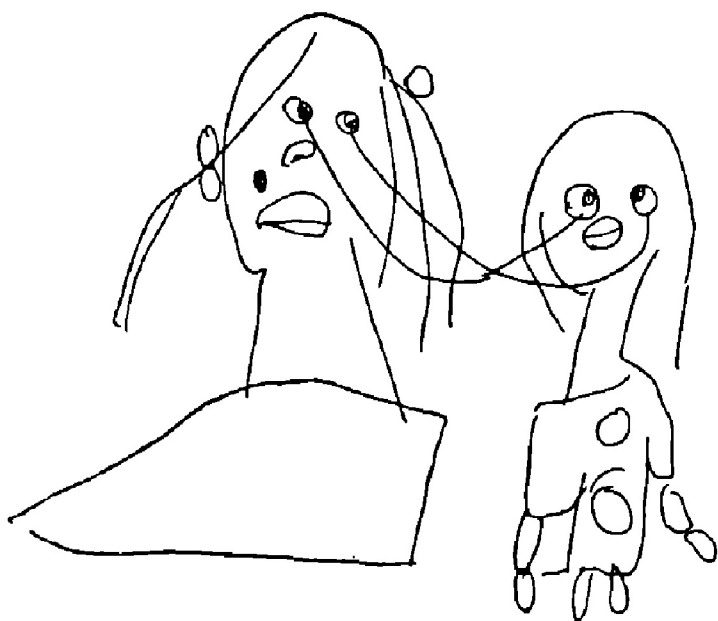


Psicologia e Pedagogia

A CRIANÇA RETARDADA E A MÃE

MAUD MANNONI



Martins Fontes

Psicologia e Pedagogia

A CRIANÇA RETARDADA E A MÃE

MAUD MANNONI

Tradução: Maria Raquel Gomes Duarte

Revisão e texto final: Monica S. M. da Silva

Supervisão técnica da tradução: Otávio de Souza

Martins Fontes

Título Original:

L'Enfant Arriéré et sa Mère

© Editoins du Seuil, Paris, 1964

1.^a Edição Brasileira: Janeiro, 1985

© do texto da presente edição: Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

Tradução: Maria Raquel Gomes Duarte

Revisão e texto final: Monica S. M. da Silva

Supervisão técnica da tradução: Otávio de Souza

Produção Gráfica: Everthon P. Consales

Composição: Gabarito Arte & Texto Ltda.

Capa: Alexandre Martins Fontes

Todos os direitos para o Brasil reservados à

Livraria Martins Fontes Editora Ltda.

Rua Conselheiro Ramalho, 330/340

01325 -- São Paulo — SP — Brasil

conforme acordo firmado com Moraes Editores

Rua do Século, 34 2.^o Lisboa — Portugal

Índice

Prefácio	IX
Introdução	XVII
Nota técnica	XXI
1 — A lesão orgânica	1
Descrição fenomenológica	1
Abordagem analítica do problema	4
2 — A insuficiência mental	9
O débil simples	12
Seqüelas de encefalite, traumatismos	24
Crianças de estrutura psicótica	27
3 — A contratransferência	31
4 — A relação fantasmática do filho com sua mãe	37
5 — O lugar da angústia no tratamento do débil	45
A angústia no tratamento	46
A angústia na interrupção do tratamento	47
A angústia na cura	48
6 — O problema da resistência na psicanálise das crianças retardadas	55

Uma resistência dos pais	56
Resistência e interrupção do tratamento	59
Receber a mensagem dos pais	63
6 — O problema escolar	69
Classes de aperfeiçoamento	71
Escolas inspiradas nos métodos ativos: classes experimentais	71
Conclusão	76
8 — Experiências num externato médico pedagógico — histórias de casos	79
A enquete	80
As conclusões	94
9 — As etapas de uma reflexão sobre o retardamento	97
Apêndice 1	107
Psicanálise e reeducação	107
Apêndice 2	125
Efeitos da reeducação numa criança neurótica	125
Conclusão prática	147

Prefácio

Este livro prende o leitor com histórias impressionantes. Mas nem por isso é uma obra fácil.

Vivemos sob noções psicológicas, éticas e pedagógicas, que se colam a nós, mesmo quando deixaram totalmente, ou em parte, de nos satisfazer. Renunciar a elas exigiria um trabalho considerável. E o que é mais grave ainda — pressentimos que um tal esforço equivaleria a nos despojarmos de nós mesmos, para caminhar no desconhecido.

A herança que nos deixaram as literaturas, à história humana tal como é contada geralmente, às lições de moral e de catecismo, aos manuais de filosofia, vieram juntar-se hoje alguns termos freudianos. A eles recorremos comumente para nomear certas zonas de obscuridade e para provar a nós mesmos que sabemos qual é a importância do passado infantil no nosso próprio desenvolvimento, dos impulsos sexuais nas forças que conduzem o mundo. Declaramos portanto que um adolescente é tímido ou preguiçoso “porque tem complexos”, que é estúpido ou agressivo “porque foi traumatizado”. Isso acaba por introduzir uma fina camada verbal suplementar e perfeitamente supérflua entre as nossas frágeis explicações e a nossa ignorância. Não começamos ainda a nos ver segundo a ótica freudiana, nem mesmo aqueles dentre nós que se dedicam à psicanálise. O que há de comum, em nosso entender, entre o “homem dos lobos” e nós mesmos? Saídos destas leituras que nos arrancam um momento ao cotidiano — verdadeiros *westerns* da psicologia — tornamos a mergulhar no nosso universo definido, recomeçamos a julgar os outros e a nós mesmos segundo as normas e as motivações que sempre nos serviram.

Ora, o estudo de Maud Mannoni exige a coragem de nos reconhecermos e de nos comprometermos. Porque para captarmos o sentido dessas relações tão “naturais” e tão incríveis entre pais e filhos, é preciso nos forçarmos a encontrar determinadas recordações, determinados fatos de um passado infinitamente longínquo; a ressuscitar certos sonhos misturados à vida, certas visões pueris que hesitamos em considerar reais, certas impressões de delírio de uma doença infantil — todas experiências quase informuláveis, porque se situaram fora da palavra, numa época ou em momentos em que não podíamos alcançar a linguagem, em que só o nosso corpo dizia aos outros e a nós mesmos o que se tinha para dizer. Só quando realizamos o esforço requerido e conseguimos lembrar *como tudo se passava* nesses momentos, podemos voltar a percorrer tateando o caminho da nossa formação, e saberemos que, ao longo dessas aventuras “anormais”, era de nós mesmos que se tratava.

E só assim poderemos recolher o verdadeiro fruto das pesquisas e das observações da autora, isto é, entrever o que deveriam ser relações corretas de adultos com crianças.

Médicos, pedagogos ou simplesmente pais, julgamos estar convictos de que as crianças são seres humanos; todavia, não cessamos de tratá-las como coisas, sob pretexto de que a sua humanidade é para amanhã. Não cessamos de submetê-las a julgamentos de fato, que, sob formas diversas, constituem tantos veredictos arrasadores. Diagnósticos, medidas do quociente intelectual, escolha de métodos de reeducação, todos os nossos esforços para compreender e ajudar a criança débil, muitas vezes acarretam o risco de paralisá-la na sua enfermidade. A prova é que essas apreciações e essas medidas são mais de uma vez desmentidas pela evolução do doente. Uma determinada criança de quociente intelectual bastante baixo poderá sair-se melhor do que uma outra que está perto da média. A própria noção de debilidade vacila: diz-se então que há falsos e verdadeiros débeis. Maud Mannoni, que disso esteve convencida durante algum tempo, mostra-nos como teve que abandonar tal distinção.

Isso não significa, porém, que o “encorajamento”, o método que consiste em “dar confiança” à criança, tal como o praticamos, valha muito mais. Porque a criança percebe o pensamento do adulto, adivinha a dúvida sob o elogio artificial. Descobre assim uma outra forma de aprisionamento e sua angústia não se alivia.

Será preciso, então, renunciar a todos os nossos meios de abordagem, aos nossos remédios e aos nossos instrumentos? É claro que não. Mas deveremos ter sempre a precaução de tomá-los apenas por aquilo que são; de nunca amarrarmos a criança por intermédio deles; de sempre procurarmos preservar, através deles, um espaço de brincadeira,

para dar margem à liberdade do *sujeito*, no dia em que ele despertar e quiser se exercer.

A mãe nunca deixa de lutar pelo filho débil. Quando todos se desesperam à sua volta, ela é a única a prosseguir as consultas, a exigir novos diagnósticos, novas investigações, novos tratamentos. Para ela, a resignação é impossível. Milagre do amor materno, é o que se pensa; cegueira sublime. Ela luta por outro ser como se fosse pela sua própria existência.

Mas, de repente, interrompe uma psicoterapia bem encaminhada, enterra-se na doença quando o espírito do filho ressuscita, lança-se ao suicídio nas vésperas da cura. Então, não estava ela disposta a salvar o filho a qualquer preço?

Certamente não a qualquer preço. Porque era, na verdade, pela sua própria existência que ela lutava; não há aqui metáfora — ou então, a própria vida é uma metáfora. Descobre-se que a existência da mãe englobava também a debilidade do filho; que a doença do filho servia para proteger a mãe contra a sua angústia profunda. Lutando pelo filho — para curá-lo sem o curar — era antes por si mesma que lutava, com risco de acabar por lutar também *contra ele*, em nome dessa parte doente dele que é ela, e cujo desaparecimento ela não poderia suportar.

O amor materno é um dos tabus da nossa civilização. No entanto, o homem só alcançará a plena humanidade no dia em que aparecer em plena luz a verdadeira face de cada tabu. Maud Mannoni revela-nos quantas frustrações, quantas saudades de um paraíso perdido, quantas aflições — de caráter infantil — moldam de antemão o sentimento que liga a mãe, desde a gravidez, ao ser que dela vai sair. Descobrimos o papel que pode desempenhar a doença de uma criança numa família, o que ela vai representar para todo um grupo, de forma a se tornar impossível distinguir, no seio dessa totalidade, a lesão orgânica original, e saber onde começa a doença do filho e onde acaba a neurose dos pais.

Todas as mães — todos os pais também — deveriam meditar sobre este livro. Porque o drama de uma criança desenrola-se, às vezes, vinte anos, quarenta anos antes do seu nascimento. Os protagonistas foram os pais, ou até os avós. Tal é a encarnação moderna do destino.

Qual será, neste drama, o papel do psicanalista, tão mal conhecido, tão mal compreendido?

Ele nem é feiticeiro, nem hipnotizador, como muitas vezes se quer obrigá-lo a ser, ora para exigir dele o milagre, ora para melhor o atacar.

Mas ele também não é médico, nem pedagogo, nem confessor, nem reformador social — funções a que muitos gostariam de reduzi-lo, mas que ele deve rejeitar se quiser realizar bem a sua tarefa.

O psicanalista é quem desenreda os fios do destino, faz chegar à palavra o universo imaginário que assedia seu pequeno doente. É quem desobstrui os caminhos da liberdade.

O papel certamente não é fácil.

Colette Audry

À memória de meu pai

- Titia, diga-me alguma coisa, estou com medo porque está muito escuro.
- O que isso adiantaria, já que você não me pode ver?
- Não faz mal: quando alguém fala, fica claro.

Sigmund Freud, *Trois essais sur la
théorie de la sexualité*

Introdução

O estudo que se segue pretende colocar-se no sentido da tradição freudiana mais autêntica, na medida em que esta, através do revestimento biológico da época, revelou-nos sobretudo a importância da história subjetiva para a constituição e compreensão dos distúrbios psicológicos.

Jacques Lacan ensinou-nos nestes últimos anos que, num tratamento psicanalítico, quer se trate de neurose ou de psicose, o sujeito é, antes de mais nada, um ser de diálogo e não um organismo. Foi para explicar casos neuróticos e psicóticos que ele foi levado a mostrar como os textos de Freud, inclusive os mais antigos, implicam um inconsciente estruturado como um discurso, de onde provém todo o simbolismo ligado ao nascimento, à parentalidade, ao corpo próprio, à vida e à morte. Mas não é aqui o lugar para expor estas considerações teóricas.

O estudo que se segue poderá ser encarado como a extensão dessa orientação a um terceiro campo até aqui negligenciado — o dos retardamentos mentais, domínio ao qual não se poderia garantir que esse método fosse aplicável enquanto seu emprego não tivesse sido experimentado.

Se a obra de Freud se abria na direção, ainda inexplorada, da palavra, a crença na natureza orgânica de certas afecções continua, apesar disso, a nos influenciar de modo ambíguo: teoricamente, um melhor conhecimento dos fatores orgânicos deveria simplificar e reforçar os meios de ação; mas, muitas vezes, a crença inicial no caráter determinante dos fatores orgânicos serve deploravelmente de desculpa à nossa incapacidade.

Um dos domínios em que a questão merece ser examinada sem preconceitos é o das crianças anormais — quer se trate da chegada acidental de uma criança anormal no seio de uma família que nada tem a ver com a sua anormalidade, quer se trate de crianças das quais se pode dizer que o destino familiar as empurra para o lado da anomalia. Os problemas reais, quando vistos de perto, são menos simples do que se imagina; e se pode parecer paradoxal tratar ao mesmo tempo, como eu faço, reações da mãe chamada normal e reações da mãe patogênica em face de uma criança que um acidente tornou anormal, e em face de crianças simplesmente retardadas ou débeis sem nenhum fundamento orgânico estabelecido, a explicação é bem simples: proponho-me compreender no seu conjunto a variedade das reações fantasmáticas da maternidade.

Qualquer que seja a mãe, o nascimento de uma criança nunca corresponde exatamente ao que ela espera. Depois da provação da gravidez e do parto, deveria vir a compensação que faria dela uma mãe feliz. Ora, a ausência dessa compensação produz efeitos que vale a pena considerar, mesmo que pelo simples fato de nos introduzirem a uma outra ordem de questões ainda mais importantes.

Pois pode acontecer que sejam as fantasias da mãe que orientam a criança para o seu destino.

Mesmo nos casos em que entra em jogo um fator orgânico, a criança não tem que fazer face apenas a uma dificuldade inata, mas ainda à maneira como a mãe utiliza esse defeito num mundo fantasmático, que acaba por ser comum às duas.

Há quinze anos estudando crianças que muitas vezes eram consideradas como incuráveis, fui levada a questionar a própria noção de debilidade.

Esta não é suficientemente definida pela noção de déficit intelectual.

Eu entrara nesse trabalho sem qualquer julgamento preconcebido, e os primeiros sucessos tinham-me orientado para a distinção entre uma “verdadeira” e uma “falsa” debilidade.

Hoje já não sei o que pode significar esta distinção. Fui levada a tomar uma direção completamente diferente. A procurar primeiro o sentido que pode ter um débil mental para a família, sobretudo para a mãe, e a compreender que a própria criança dava inconscientemente à debilidade um sentido comandado por aquele que lhe davam os pais. Penso que cheguei a uma abordagem psicanalítica que abre possibilidades de êxito e de desenvolvimento.

Esta obra é o resultado de longos anos de clínica. Não me teria sido possível escrevê-la sem Nyssen e Ernest De Craene (Bruxelas), que me iniciaram na psiquiatria e na criminologia; sem Dellaert (Anvers), Sylvain Decoster e Drabs (Bruxelas), que nos meus primeiros anos de estudo me prestaram generosamente os seus serviços; sem a Sociedade Belga de Psicanálise em que me formei; sem Schlumberger, Leuba e Lagache, em Paris. Devo a Françoise Dolto ter podido me beneficiar da sua enorme experiência — a exatidão do seu sentido clínico em psicanálise revelou-se decisiva na orientação dos meus trabalhos.

Dirijo os meus agradecimentos a todos os membros da Sociedade Francesa de Psicanálise, a quem devo o fato de ter podido escrever este trabalho.

Agradeço a Colette Audry e a meu marido pelos conselhos durante a elaboração desta obra.

Este livro também não poderia ter sido escrito sem Jacques Lacan, que me encorajou a levantar questões, ao invés de dar respostas antecipadamente.

Nota Técnica

No decorrer deste livro, os termos *psicoterapia* e *psicanálise* serão empregados alternativamente. É importante sublinhar desde já que não se trata de uma diferença essencial, e que na realidade são antes duas formas de psicanálise propriamente dita (trata-se de diferenças na posição, sentada ou deitada, e de um ritmo mais espaçado de sessões).

Esta questão de terminologia deve, de fato, ser revista, num momento em que, em certos meios psicanalíticos, o termo *psicoterapia* se opõe ao termo *psicanálise* (trata-se neste caso de uma psicoterapia de apoio ou de sugestão, ou simplesmente de uma ajuda afetiva que todo psiquiatra ou pediatra pode ser levado a dar). Como notou Held no “Congresso das Línguas Românicas” (Paris, 1963), uma série de fatores contribuiu, a partir de então, para distinguir nitidamente, ou até para opor, o espírito da psicoterapia e o da psicanálise (especialmente pela ausência constatada de neurose de transferência e pela redução do tempo de duração do tratamento).

Quando emprego o termo *psicoterapia*, trata-se sempre de uma pura apreensão psicanalítica do caso (com possibilidade de uma neurose de transferência). O leitor deve compreender que a minha posição é sempre estritamente psicanalítica e que estou, por isso, em desacordo com a extensão reeducativa dada em certos meios analíticos ao espírito da psicoterapia chamada analítica quando ela se afasta, na condução do tratamento, do rigor analítico indispensável.

Quanto à duração de uma psicoterapia, abordo essa questão no capítulo 5. Se é certo que, em psicoterapia, aceita-se mais facilmente a interrupção do tratamento apenas porque desapareceram os sintomas,

se é um fato que nas crianças a intervenção de um psicanalista em determinados momentos de uma crise pode curá-la “magicamente”, e se é certo que algumas curas psicanalíticas podem ser surpreendentes pela sua brevidade, não é menos certo que estas noções devem ser revistas no plano teórico.

A análise dos meus próprios “tratamentos breves” levou-me a uma prudente reserva: há um tempo médio de tratamento que parece indispensável, qualquer que seja o número de sessões por semana. Se a duração do tratamento é muito encurtada *no tempo*, corremos o risco de deixar o sujeito, posteriormente, em luta com uma outra forma de neurose; tento abordar esse assunto no capítulo 6.

Devo sublinhar que não estou de acordo com as distinções feitas por alguns, no momento do diagnóstico, entre as indicações de tratamentos breves, de apoio, e as indicações de tratamentos psicanalíticos, longos. Isto, é claro, quando se trata de um psicanalista, pois é evidente que todo médico é levado, por vezes, a fazer, por assim dizer, “psicoterapias” de tipo breve.

Se o caso de um indivíduo depende de práticas psicanalíticas, do ponto de vista da *técnica*, a melhor atitude para o psicanalista é não ter idéia preconcebida sobre a duração (de outro modo, corre o risco de cometer erros idênticos aos denunciados ao longo deste livro e pelos quais uma criança rotulada como débil inscreve-se como tal num papel). A perspectiva de tratamento breve ou longo corre o risco de fixar igualmente o psicanalista num papel e de ter uma influência desagradável sobre as suas atitudes contratransferenciais. Se é verdade que de fato temos tendência para “abandonar mais cedo” uma certa categoria de crianças, há aqui uma questão que merece ser revista e repensada no plano teórico. De grande importância, ela nada tem a ver, no entanto, com a distinção feita por alguns entre psicanálise e psicoterapia.

Capítulo 1

A lesão orgânica

A — Descrição Fenomenológica

Examinarei aqui o caso das crianças retardadas graves ou mongolóides, cuja organicidade, desde o início, vai sublinhar o caráter fatal da doença, levando os médicos a fazer muito cedo um diagnóstico sem apelo.

O meu estudo é forçosamente parcial, visto que só se refere aos casos em que os pais se viram obrigados a consultar um psicanalista; não se trata de um estudo geral do problema, mas sim de um exame muito delimitado de pais que se vêem em dificuldade pelo nascimento de uma criança doente, classificada desde o início como irrecuperável, e portanto na perspectiva de vir a ser uma asilada.

Os pais irão tentar questionar indefinidamente o diagnóstico (quer dizer, a afirmação do caráter quase irrecuperável da doença); e, desde o nascimento, o bebê irá tornar-se um cliente habitual dos consultórios médicos.

É a mãe que vai travar, contra a inércia ou a indiferença social, uma batalha longa cujo alvo é a saúde de seu filho deficiente, saúde que ela reivindica mantendo uma moral de ferro em meio à hostilidade e ao desencorajamento.

Se o pai está abatido, resignado, cego ou inconsciente do verdadeiro drama que se desenrola, a mãe está a maior parte das vezes terrivelmente lúcida. Feita para dar a vida, ela é de tal modo sensível a qualquer

atentado à vida que saiu dela, que pode também sentir-se senhora da morte quando o ser que trouxe ao mundo torna impossível, para ela, qualquer projeção humana¹.

A relação de amor mãe-filho terá sempre, neste caso, um ressaibo de morte, de morte negada, disfarçada a maior parte das vezes em amor sublime, algumas vezes em indiferença patológica, outras vezes em recusa consciente; mas as idéias de homicídio existem, mesmo que nem todas as mães possam tomar consciência disso.

O reconhecimento desse fato está por outro lado ligado, muito freqüentemente, a um desejo de suicídio — o que torna evidente que se trata de uma situação, realizada de maneira exemplar, em que mãe e filho não são senão um. Toda depreciação da criança é sentida pela mãe como depreciação de si própria. Toda condenação do filho é uma sentença de morte para ela. Se ela decide viver, será preciso que viva contra o corpo médico, a maior parte das vezes com a cumplicidade silenciosa do marido, impotente num drama que nunca lhe dirá respeito com a mesma intensidade.

A mãe vai portanto viver *contra* os médicos, mas procurando sem cessar o seu apoio.

Irá de consultório em consultório, para obter o quê, ao certo?

— A cura do filho?

Ela não acredita nisso; e a criança lhe pertence; dá-la está fora de questão.

— Um diagnóstico?

Já foi estabelecido numerosas vezes por especialistas eminentes.

— A verdade, então?

Mas que verdade, se só a mãe *sabe*?

— Que sabe ela exatamente?

A mãe quer, sobretudo, nada saber e nada receber desse médico a quem vem pedir — o quê?

Nada, no que diz respeito ao filho. Um pouco, no que diz respeito a ela. A mãe deseja obscuramente que a sua pergunta nunca receba resposta, para que possa continuar a fazê-la. Mas precisa de força para continuar, e é isso que ela vem pedir. Precisa de uma testemunha, uma testemunha que sinta que por trás da fachada de tranqüilidade, ela não agüenta mais.

1. Por quê? Porque, digamos desde já, a enfermidade de um filho atinge a mãe num plano narcísico: dá-se uma perda brusca de toda referência de identificação, o que implica, como corolário, a possibilidade de comportamentos impulsivos. Trata-se de um pânico diante de uma imagem de si que já não se pode nem reconhecer nem amar.

Uma testemunha que, se for preciso, saiba que ela tem vontade de matar.

A *sra. B.* sabe, desde o nascimento do filho, que ele é mongolóide. Todavia *não escuta* as palavras do obstetra. Quando a criança tem 3 meses, um pediatra confirma o diagnóstico. Desta vez a mãe o escuta e recusa os exames orgânicos que permitiriam definir o diagnóstico de modo irrevogável.

“De que adianta o que eles estão me pedindo? Um ser anormal a gente mata, não se pode deixá-lo viver. Não é o grito de uma mãe”, acrescenta, “mas uma revolta metafísica.”

Esta mãe escolheu não saber, ao preço de uma agorafobia que apareceu no dia em que ela colocou claramente o problema do homicídio do filho e do suicídio.

Esta criança acha-se, aos 18 meses, num estado de entorpecimento fóbico que paralisa um desenvolvimento já perturbado. A anorexia sucede-se a recusa motora (quando tecnicamente tinha adquirido o andar). A única maneira, para Pierre, de não ser arrastado pelos desejos de morte da mãe é ser negativo. É na oposição que ele encontra o apoio do pai, que pode então reconhecer “virilidade” no filho.

Joëlle é uma bela criança de 8 anos, condenada, ao nascer, por três professores. “É mongolóide, e não há esperanças de que venha a andar.”

Aos 2 anos e meio é tratada por um especialista alemão que declara que a criança tem as sete vértebras cervicais bloqueadas. Alguns dias depois, a criança começa a andar, os tiques desapareceram.

Depois, começa para a mãe a batalha da educação: daí em diante, ela deseja ver instruída aquela criança que lhe deve o fato de não ser totalmente enferma. Mas o contexto fóbico é tal que, sem a mãe, *Joëlle* está perdida. Será exatamente assim? Examino a criança, sozinha, apesar da oposição da mãe. O que irá acontecer?

Por parte da criança, uma desordem contida (desordem que se manifesta por perturbações somáticas diversas); e o pânico por parte da mãe que por três vezes entra no consultório *para ver se Joëlle ainda está lá* (isto é, para ver se *Joëlle* ainda está viva).

É em casos análogos que as tentativas de psicoterapia são geralmente recusadas, porque a mãe dificilmente admite a intromissão de um terceiro: é preciso que a criança escape, de certo modo, à lei do pai. Só a mãe determinará seu lugar. A ronda dos médicos continuará: mas, desta vez, tratar-se-á simplesmente de encontrar uma causa orgânica “tratável”.

Tal é também a situação de *Liliane*, 14 anos, Q. I.: 0,49, anoréxica desde o nascimento. A mãe não autoriza a experiência psicoterápica que lhe foi aconselhada, e prefere deixar a filha fechada num quarto, en-

quanto trabalha na fábrica, a confiá-la a uma estranha. No entanto, não renuncia a outros exames, procurando numa organicidade endócrina o fator responsável pelo estado da filha.

Em todos esses casos, o pai não se sente no direito de ser tratado como interlocutor aceitável. “Uma criança doente”, dizia-me um desses pais, “é assunto da mulher.”

E quando, excepcionalmente, o pai sente que o caso lhe diz respeito, não é raro que reaja com episódios depressivos ou persecutórios. Intervém então para interromper a psicoterapia iniciada, porque sabe que “tudo está perdido”. “Está farto dos médicos que o exploram”, etc.

Se o pai aceita com serenidade a doença do filho, é quase sempre ao preço de uma culpabilidade enorme: como homem, como pai, é sempre de alguma maneira demissionário. A mãe sente-se de tal modo em jogo, que lhe é difícil renunciar. O seu papel está traçado: tirará o essencial do seu dinamismo dos instintos de vida e morte; reivindicadora, revoltada, será sublime na abnegação, intransigente se for o caso de matar, e guardiã de uma fortaleza se for tentada uma psicoterapia. A consciência do seu papel de mãe aparecerá até na recusa do direito que o filho “em perigo” tem de se tornar um ser autônomo. É identificando-se com os homens da sua linhagem que ela encontrará na desventura uma força sobre-humana, inesgotável.

B — Abordagem Analítica do Problema

O que é para a mãe o nascimento de um filho? Na medida em que aquilo que deseja no decurso da gravidez é, antes de mais nada, a recompensa ou a repetição de sua própria infância, o nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos: um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa “real” do filho. Esse filho de sonho tem por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar.

Se este filho, carregado com todos os sonhos perdidos da mãe, nasce *doente*, que irá acontecer? A irrupção na realidade de uma imagem de corpo enfermo produz um choque na mãe: no momento em que, no plano fantasmático, o vazio era preenchido por um filho imaginário, eis que aparece o ser real que, pela sua enfermidade, vai não só renovar os traumatismos e as insatisfações anteriores, como também impedir posteriormente, no plano simbólico, a resolução para a mãe do seu próprio problema de castração. Porque esta verdadeira chegada à feminilidade terá inevitavelmente de passar pela renúncia à criança-fetice, que não é senão o filho imaginário do Édipo.

Em compensação, verifica-se na realidade uma certa situação fantasmática: este filho lhe é dado como um objeto para cuidar fora da influência do marido — e é muitas vezes em referência ao *seu próprio pai* (e não à sua mãe) que ela encontrará a força para educá-lo.

A situação que para uma criança normal seria uma situação neurotizante, visto que satisfaz um desejo materno do tipo histérico, é reconhecida na realidade como sendo conforme ao bem do filho: não é à mãe que compete, naturalmente, cuidar eternamente do filho deficiente?

Esse filho que lhe é entregue, não estará justamente aí a verdadeira dimensão do drama? É em outro lugar, isto é, nela mesma, que a mãe vai sentir, a partir de então, a insegurança de ser².

Toda mulher, diante das referências de identificação que estão ausentes no filho doente, vai viver a sua angústia³ em função do que a marcou na sua história, isto é, em função de sua própria castração oral, anal, fálica. A mãe viverá assim, no seu estilo próprio, um drama real que é sempre o eco de uma experiência vivida anteriormente no plano fantasmático e de que saiu marcada de um modo determinado.

“Eu tinha certeza”, disse-me a sra. B., “de que o parto ia ser uma experiência terrível; meu obstetra tinha a mão mutilada.”

“Queria ser uma boa mãe”, dizia-me uma outra, “eu tentava, em imaginação, sentir-me como a minha bisavó.” Com efeito, essa mulher não tinha podido encontrar na mãe e na avó referências de identificação válidas.

O nascimento de um filho doente, para uma mulher que manteve “más relações com a mãe”, implica o risco de despertar os conflitos neuróticos e compensados pelo casamento. Há angústia e, por vezes, reações fóbicas.

2. A ausência de diálogo, uma situação a dois numa solidão total, é responsável pela angústia e pela depressão dessas mães que aos olhos do mundo “suportam admiravelmente o choque”. Esta angústia que não podem partilhar com os outros é muito difícil de suportar. Por isso, há um momento na história do filho doente em que o problema da mãe se coloca com maior intensidade que o dele.

3. Angústia e castração: “É próprio da angústia”, afirma Aulagnier, “não se uomear. Dizer que se está angustiado é ter-se distanciado para reconhecer a angústia.

“Falar de *castração* é uma metáfora. Nós constatamos a angústia, ou o sintoma”.

“A *castração*? É o que aparece sob a forma de angústia quando o Outro já não reconhece o indivíduo como objeto do desejo (paralelamente à absorção do leite, há absorção de uma relação fantasmática, desejos de um e do outro)... A fantasia fundamental manifesta-se quando o indivíduo já não pode referenciar-se em face ao desejo do Outro. A angústia surge em torno do que não se pode nomear: é tornar-se um objeto cujas insígnias já não são decifráveis. Ao dizer: oral, anal, fálico, definem-se as insígnias com que o ego se paramenta para se reconhecer”.

Em contrapartida, se a mulher se manteve *muito ligada ao pai*, o filho vai encontrar um lugar definido na família. Muitas vezes será ele o preferido, aquele que, na fantasia materna, os outros irmãos e irmãs terão que servir até a morte.

Vemos que a criança doente raramente é acolhida numa situação verdadeiramente triangular. Mas existem casos em que é o pai que se preocupa com a criança; trata-se então, a maior parte das vezes, de uma identificação com a própria mãe. Porque, como responsável pela lei, o pai só pode sentir-se perplexo diante de um filho que, de início, é destinado a viver fora de todas as regras.

Se, finalmente, se trata de uma *mãe dita normal*, o nascimento de um filho doente não pode deixar de ter incidências sobre ela. Com efeito, em resposta à demanda da criança, ela deverá prosseguir, de certo modo, uma eterna gestação (que realiza um desejo no plano da fantasia inconsciente), e acabará por deixar esse filho, que não pode separar-se dela por agressividade, em estado adinâmico, tal como a ave chocando um ovo que nunca poderá vingar. Tais mães ficam marcadas pela provação e chegam a assumir um aspecto esquizóide à força de se comportarem, também elas, em resposta ao filho, de uma maneira atônica, adinâmica.

Estamos diante de uma situação dual. No interior mesmo do retardamento há sempre um leque diverso de reações perversas (chamadas mesmo: fundo orgânico perverso), psicóticas, fóbicas, que vão, evidentemente, de par com um certo modo de relação mãe-filho. Porque a mãe responde à demanda do filho com as suas próprias fantasias. Mas há um outro fator que não deve ser subestimado: o modo como o filho vai influenciar a mãe, mesmo a mãe normal, e induzi-la a adotar em relação a ele um tipo de vínculos sadomasoquistas. A mãe conheceu esses vínculos num plano fantasmático em dado momento da sua história, e agora eles lhe evocam algo de muito primitivo, de muito fugitivo, experimentado às vezes com uma boneca-fetiche dela mesma; trata-se de algo que tem um caráter destrutivo e dificilmente situável numa relação com o Outro, ou, melhor dizendo, dificilmente confessável: a criança vai despertar algo dessa ordem, que na mãe nunca foi simbolizado⁴.

4. Não-simbolizado: que não pode ser traduzido em palavras, como não entrando nem na ordem da lei, nem na ordem da cultura.

Trata-se de uma experiência muito particular, vivida numa relação imaginária com o outro, o outro que não é esse indivíduo meu semelhante, mas o meu duplo numa espécie de reflexo especular. A situação criada assim não tem saída, ou antes, só tem saída pela violência.

É necessário um terceiro termo para conseguir ultrapassar essa luta imaginária. Para Hegel, esse termo é o dom do trabalho pelo qual o indivíduo adquire

O estado de entorpecimento da criança pede a educação chamada de aquisição de automatismos. A criança é naturalmente *alienada como sujeito autônomo*, para se transformar num objeto a ser cuidado. Neste caso da criança adinâmica, mãe e filho deixam-se levar numa vida vegetativa, em que não há lugar para o esforço, basta que a vida exista. A mãe aceita ser parasitada, ou antes, habitada, por um ser que não tem existência senão num corpo despedaçado⁵.

Se, pelo contrário, a criança se manifesta como *sujeito que deseja*, é o seu corpo que já não lhe pertence e está como que alienado. Cria-se uma situação em que mãe e filho deixam de ter suporte de identificação. Ao animal malvado em que a criança se transforma por momentos, a mãe reage com o adestramento que mascara a angústia diante do ser humano que ela já não reconhece.

E, no entanto, as mães estão sempre à procura de uma luz, felizes com um nada que por vezes é do nível do além. "O que eu peço", disse-me uma mãe, "é poder imaginar que Deus mora no meu filho." Deus, e não um abismo sem nome.

De resto, só a música é capaz de trazer a essas crianças uma espécie de alegria pura.

As mães oscilam entre o adestramento e uma espécie de despreocupação pacífica fora do tempo, à imagem do filho que se sente bem, fora de um corpo e fora de uma relação com o Outro.

Mães sublimes, tranqüilas ou ferozes, mas sempre habitadas pela angústia; sua habilidade consiste em negá-la, sendo a recusa de saber, para elas, uma prova de saúde.

Essas mães situam sua angústia nitidamente na relação com o Outro; sua questão gira, de fato, em torno daquilo que o Outro espera ou pode suportar delas.

Quando temos um filho anormal, elas parecem dizer, estamos ao mesmo tempo muito *sós*, porque através desse filho não nos sentimos reconhecidas como humanas, e muito *vigiadas*, porque, mais do que as outras mães, temos que dar de nós mesmas uma imagem suportável.

o autodomínio e uma possibilidade de expressão. Para Lacan, esse terceiro termo, diferente do imaginário, é precisamente o simbólico.

5. Pode acontecer que estados de estupor fóbico venham agravar o atraso e a dependência do filho para com a mãe, criando mesmo um estado semelhante ao que se encontra em certas formas psicóticas: a criança não pode ter de si própria uma imagem de corpo unificado; seu "despedaçamento", que ela traduz nos desenhos, indica sua impossibilidade de ser sujeito; assim pode acontecer que nos indique que só pode ser uma boca, uma boca a ser alimentada. A ausência de imagem unificada de si mesma a coloca em estado de perigo, em pânico de ser rejeitada; por isso procura refúgio num adulto de quem se torna *parasita*.

Em outras palavras: tudo o que resta no inconsciente de fantasias não utilizadas, de resíduos de uma ferida que ficou foracuída (*forclose*), é necessário guardar para si; senão, como dizia uma mãe, há “devolução ao remetente”. “Certo dia, uma menina jogou no lixo alguma coisa que não tinha aparência humana. Quando a lata de lixo foi esvaziada, enviaram-lhe um *resto* de lixo como *devolução ao remetente*. Que quer que eu faça desse sonho e desse lixo?”, perguntou a cliente.

Com efeito, a verdade e a dor não são reconhecidas senão na medida em que o Outro lhes aceita a provação através de sua própria angústia.

Um dos dramas das mães de anormais é a sua solidão, assediada por fantasias de que não podem falar; o filho participa sempre do mundo fantasmático da mãe, é marcado por ele de um determinado modo; mas o que dizer da mãe para sempre fascinada, moldada por aquilo que, no seu filho, nunca tomará aparência humana?

Capítulo 2

A insuficiencia mental

Nas páginas precedentes examinei a reação muito particular que liga o *retardado grave* à mãe. O diagnóstico de irrecuperabilidade pesa por si só sobre os dois destinos e os molda de uma determinada maneira.

Para a criança *débil*, o caso é diferente. O retardamento nem sempre é verificável à primeira vista e a anormalidade não aparece desde o início como fatal; pode acontecer mesmo, muitas vezes, que a insuficiência mental só seja descoberta de modo quase acidental, durante uma consulta médica.

Os males de fígado, de estômago, de que a mãe se queixa numa consulta pediátrica, às vezes não são mais do que uma manifestação de angústia (da mãe ou do filho) traduzida nessa linguagem sem palavras que é a doença. A escuta psicanalítica que o pediatra pode ter nessas circunstâncias permite a solução de certos casos de “urgência”, na medida em que em alguns casos o perigo de morte em que se encontra uma criança reside principalmente na incapacidade de suportar sozinha uma carga de angústia grande demais.

A intervenção de um médico que se deixa, em lugar da criança, marcar pelo desnordeio da mãe, permite uma retomada das relações normais mãe-filho, indispensável para que essa criança possa continuar a viver¹.

1. No instituto de Mme Aubry são feitos estudos sobre este problema; brevemente deverá ser publicado um livro da equipe, sobre o psicossomatismo. Por

Há um fato a ser destacado: muitas vezes alguém consulta o médico por causa de um sintoma que parece realmente grave — quando, na verdade, trata-se de alguma coisa completamente diferente. A carga emocional, a culpabilidade que marca aquilo que se está escondendo — não só da própria consciência, mas também da consciência do médico — é tão grande, que não se pode colocá-la em questão logo de saída.

É tratando a doença somática, e mantendo ao mesmo tempo a escuta psicanalítica para o que não está bem *em outro lugar*, que o médico ajuda a mãe a fazer por si mesma a transposição que se recusava a fazer.

O mesmo acontece, em certa medida, quando nos vêm consultar por “retardamento mental”. Raros são os casos em que os pais aceitam de bom grado que seja dada uma dimensão psicanalítica a um problema que, para eles, só se deve resolver a nível prático: então, temos que ou negar que haja retardamento, ou dar um remédio concreto (classe especial, operação, medicamento) para vencer um mal muito preciso, sem o qual, segundo nos dizem, “tudo iria bem”.

Mas o que é na realidade a debilidade mental?

Há aqui duas atitudes possíveis: ou o consultado “sabe”, e, firme na sua consciência, orienta a criança para um serviço de reeducação competente; ou então procura compreender e o tempo pouco lhe importa: para condenar alguém é sempre cedo demais.

Escolhi, deliberadamente, nunca saber. Quero dizer que, consciente do problema psiquiátrico que se coloca, dei-me sempre tempo para refletir; quando se trata de uma criança, o tempo do diálogo é prolongado o mais possível.

Assim, em cada caso destacava-se, para além do sintoma, uma significação que poderia ter importância num tratamento eventual. A cada vez aparecia um tipo de relação inter-humana que, uma vez esclarecido, permitia introduzir na linguagem o que muitas vezes ficava imobilizado unicamente no sintoma. Reeducando apressadamente o sintoma, eu não só teria deixado escapar uma possibilidade essencial de expressão, como também me teria feito cúmplice de uma mentira a nível dos pais. Mentira que o sujeito respeitaria, por assim dizer, ficando também no seu universo fechado.

Para ilustrar meu objetivo, selecionei alguns casos de crianças diferentes do ponto de vista do grau de gravidade do sintoma. Escolhi, em primeiro lugar, a criança que em geral se chama *débil simples*, cujo Q. I. está entre 0,50 e 0,80 e que não manifesta nem distúrbios caracteriais evidentes, nem evolução psicótica caracterizada.

outro lado, o dr. Benoît escreveu um artigo (a ser publicado) sobre a significação dos casos de urgência em pediatria.

Este “rótulo” de débil foi dado às crianças numa consulta médica. Os pais receberam uma indicação de orientação baseada no exame do filho.

Por razões diversas, os pais procuraram a confirmação do diagnóstico — e o caso levou-os ao circuito psicanalítico. A partir daí, já não se tratava de “orientar” apressadamente, mas de, mesmo à custa de vários meses de entrevistas ou de psicoterapia, examinar um problema complexo (que, na nossa opinião, não estaria resolvido só pela orientação). Através de vários casos — os de *Daniel, Philippe, Raymonde, Charlotte, Irène* — analisarei, por etapas, as questões que me preocupam durante o exame de uma criança retardada.

Esta porta “debilidade simples” abriu-se para mim sobre um universo desconhecido, em que encontrei dramas, relações humanas patogênicas, tal como as encontramos nas anamneses de psicóticos. Os casos escolhidos vão servir aqui para marcar pontos, para acentuar observações que serão retomadas posteriormente.

Deixando o domínio do “débil simples”, tomei o exemplo de uma criança com a chamada *consequência de encefalite*, o exemplo de uma criança marcada por uma história intensa de *traumatismo*, e ainda dois exemplos de crianças de *estrutura psicótica*.

A minha pesquisa, em todos os casos, não é estanque. Para mim não se trata de encontrar uma nova causa do retardamento, e também não se trata de fazer um diagnóstico melhor. Esforço-me simplesmente por ir além de um rótulo que foi o ponto de partida da cristalização de uma angústia familiar.

A pergunta que faço a mim mesma não é: será débil ou não? É antes da seguinte ordem: o que há de perturbado ao nível de linguagem (na relação mãe-filho) que se exprime por um caminho desviado, fixando o sujeito no status social que lhe foi conferido, fixando a mãe no papel que ela se atribui?

O método de composição que emprego neste capítulo vai, portanto, de modo muito primário, tomar como ponto de partida diagnósticos feitos por outros que não eu. Não procuro reintroduzir uma classificação diferente. Pelo contrário, limito-me, partindo de um veredicto, a colocá-lo em questão. Através destes casos indico o que neles posso desvendar de aberrante: traços psicóticos, perversidade, dramas familiares. Como é que esses traços vão, em seguida, juntar-se para formar o quadro da criança retardada, tal como eu a concebo? O livro prossegue para retomar esses temas, para acentuar o que foi indicado, deixando apesar de tudo o retrato do “retardado” na penumbra, porque.

neste estágio de pesquisa, um passeio nas trevas é preferível à segurança que dá a luz.

“Por favor, diga-me o que sou”, parecem confessar-me estas crianças, “diga-me de uma vez por todas para que eu possa, tranqüilamente, voltar para o meu lugar à sombra e ficar à vontade nas trevas.”

Justamente o que eu não quero é, pelo meu *dizer*, conduzir o *agir* do sujeito.

Ele tem suas razões para ficar nas trevas. Eu procuro segui-lo. A luz só vem por repentes e eu peço desculpas ao leitor por deixá-lo nesta angústia, indispensável, da penumbra e da desordem.

É através da desordem que se vai produzir uma certa ordem. Talvez ela não seja nem a minha, nem a do leitor, mas a do sujeito — e logo compreenderemos melhor.

O que é a aventura psicanalítica senão essa caminhada através de atalhos, sempre inexplorados, em que a verdade se entrevê, mas nunca se alcança?

A — O Débil Simples

Voltemos agora ao nosso estudo: como acabei de explicar, vou estudar as crianças não-caracteriais cujo Q. I. se situa entre 0,50 e 0,80.

O que para mim constitui um problema é a diversidade muito grande de êxito escolar e social nestas crianças de Q. I. insuficiente: algumas são bem-sucedidas num C. E. P. com Q. I. de 0,65, ao passo que outras com Q. I. de 0,80 têm dificuldade em se qualificar no plano profissional — eis um problema que merece um exame atento. Ao estudar o assunto mais de perto, não podemos deixar de nos impressionar pela diversidade de casos com que nos deparamos: cada criança tem a sua história muito particular, que afeta todo o seu futuro humano. Tudo nela é banal, mas o contexto afetivo que produziu a debilidade foi descuidado durante anos, por conta de uma orientação baseada estritamente num fator quantitativo deficiente. Ora, a gravidade da desordem psicomotora dessas crianças é por vezes também função da relação fantasmática do sujeito com a mãe e com seu próprio corpo.

É portanto esta relação que importa esclarecer primeiro.

Daniel é uma criança de 7 anos na época do exame; Q. I.: 0,60. Filho indesejado, foi no entanto bem acolhido ao nascer. Desenvolvimento normal, ao que parece, até a idade de 6 meses, quando foi submetido a uma operação cirúrgica (hérnia) de urgência. Entretanto, a mãe observa que sempre se inquietou por causa desse filho, desde que ele nasceu, porque não sentia nele nenhum apelo em direção ao outro. Os médicos a tranqüilizavam: “O seu bebê é normal”. No entanto, se a criança não tinha dificuldades alimentares, iria apresentar um

atraso em todo o seu desenvolvimento psicomotor (anda aos 2 anos, fala aos 4, etc.). O exame físico revela um atraso de 2 anos na ossatura e igualmente um atraso de 2 anos na estatura e no peso. Esse atraso aparece no exame psicológico: criança doce, boazinha, desconhece a sua idade, ou então diz que tem 5 anos; tem dificuldade em executar ordens simples. Colocou-se sob o domínio de uma irmã 2 anos mais nova, que se encarrega de suprir a motricidade deficiente do irmão (amarra-lhe os sapatos, orienta-o na rua, etc.).

O que chama a atenção, num exame aprofundado, é a maneira como o sujeito vive inteiramente num mundo fantasmático em que predominam as idéias de morte, de homicídio, e, especialmente, a morte de uma criança de 5 anos (da sua idade, em suma, visto que ele diz ter 5 anos, ou a idade da irmã a quem está congeminado). Aliás, esse receio da morte responde a todo um contexto fóbico referente a motores, cavalos; tudo o que é dinâmico é sentido como perigoso, e traduzido em fantasias de devoração antropofágica.

Uma anamnese mais avançada vai revelar que, com a idade de 5 anos, a criança assistiu a um acidente de automóvel em que o pai esmagou o seu companheiro de brinquedos (5 anos). Ora, esse pai também é um fóbico, educado por uma mãe autoritária, exclusivista, e tratado pelo pai sempre como "incapaz".

O acidente deixou o pai de Daniel arrasado "como se isso quisesse dizer que o meu pai tinha razão", dirá ele.

A mãe só me confessará no decorrer da psicoterapia que aquele que chama de "papá" e em quem parece tão fixada, não é na realidade o seu pai. Seus pais se divorciaram quando ela tinha 2 anos; quanto ao verdadeiro pai, sempre o detestou.

Se a mãe de Daniel teve desde o nascimento do filho o pressentimento de que ele seria anormal, era por receio de que se assemelhasse a esse verdadeiro pai, cuja existência escondia de todos.

Por seu lado, o pai de Daniel vê no retardamento do filho uma confirmação da sua própria falta de valor, ecoando as previsões do pai.

Mesmo que Daniel tivesse sido normal, teria sido incluído na fantasia dos pais, que, desde o início, tinham receio de encontrar na criança a evocação ou os traços daquilo que os ferira na infância, a um e a outro, de um modo irremediável.

E o retardamento global de maturação dessa criança não podia deixar de ser vivido pelos pais com uma intensidade dramática, equivalente à experiência de castração, pois eles sabiam, antes mesmo das constatações médicas, que esta criança simbolizaria o que sempre lhes tinha *faltado*. Foi em torno dessa falta que se cristalizou a demanda da mãe em todas as consultas médicas. Esta falta transformou-se no lugar de chamada de um desejo que desde então tendeu a se realizar.

E a criança, por sua vez, quis tornar-se um pássaro para “não ter corpo, não ter vontades, exceto a de nunca ficar muito tempo no mesmo lugar”.

Vejamos: esta criança oferecia, no momento da sua apresentação, um quadro físico e psíquico tão uniforme de debilidade simples clássica, sem, aliás, apresentar nenhum distúrbio caracterial, que eu nunca a teria admitido em psicoterapia se o médico da família não tivesse insistido particularmente no interesse de uma tentativa psicoterápica, a fim de aliviar a mãe que pedia desesperadamente “que se fizesse alguma coisa”.

Só um I. M. P.² me parecia indicado: o quadro clínico era comum, a anamnese pobre. O essencial do contexto familiar só apareceu pouco a pouco, através das fantasias trazidas pela criança (fantasias que os pais se esforçaram por “explicar” quando lhes falei delas).

O que engana neste tipo de exame é a reserva dos pais que querem orientar as investigações apenas para o retardamento intelectual, recusando, muitas vezes, a abordagem psicanalítica do problema e desejando que o seu pedido de ajuda escolar seja tomado ao pé da letra.

“Estou farta dos doutores”, dizia-me a mulher de um vinhateiro, “e no entanto é simples. Mostro-lhes o meu menino, em cujo cérebro há algum espaço vazio. Portanto, é preciso preenchê-lo, com uma operação. Se há médicos que cortam apêndices e outras coisas mais, deve haver também *um médico que ponha* essas peças que estão faltando. O resto são histórias.”

E a criança a quem faltam essas “peças” vai reproduzir, com o médico ou o analista, a atitude induzida nela pela atitude dos pais, arriscando-se assim a ser vítima de uma resposta idêntica: o terapeuta só pensará em consertar a deficiência sob o ângulo essencialmente pedagógico.

Porque este vazio provoca a angústia, a angústia do terapeuta diante da sua própria impotência; ora, a única abordagem psicoterápica possível é a de nada desejar *em lugar da criança*; senão esta faz-se pássaro, como dizia tão graciosamente Daniel, pássaro para evitar ter corpo e vontades. A criança deseja receber do Outro uma resposta que a assumiria no plano instintual; mas diante desta resposta, em pânico, evade-se. É se abstendo de qualquer resposta que se facilita para ela a única saída possível para a eventualidade, não da cura, mas da utili-

2. *Instituts Médico-Pédagogiques* (Institutos Médico-Pedagógicos): institutos especializados abertos às crianças de inteligência inferior à média. Lá, as crianças retardadas vivem, pelo próprio fato de estarem internadas, separadas de todas as relações com o mundo “normal”.

zação máxima das suas possibilidades intelectuais, num corpo por ela reconhecido.

Se a inabilidade psicomotora desse tipo de criança é muitas vezes o sinal clínico que confirma o retardamento intelectual, não é menos verdade que esse corpo doente tem uma relação fantasmática com o filho imaginário da mãe.

“Eu não queria filhos”, diz a mãe de *Philippe* (Q. I.: 0,80; anorético desde o nascimento). “Minha mãe morreu quando eu nasci, a minha irmã gêmea também morreu, e a outra é louca. A minha madrastra disse-me: ‘O seu lugar já não é aqui, nada nesta casa é seu’. Meu pai consentiu que eu fosse posta para fora. Casei-me nova para não me sentir órfã. Um filho separa a gente do marido, nunca mais é a mesma coisa.”

Philippe tornou-se o protegido do pai (culpabilizado por uma escolaridade deficiente e insucessos profissionais); o pai faz todos os esforços para que o filho não incomode a mãe, quer dizer, para que não passe pelos rigores da lei que ela encarna. O que chama a atenção nessas crianças é a maneira como elas conseguem sempre criar uma situação a dois, tornando-se o objeto de um dos pais. O sentido da inabilidade motora inscreve-se nesta relação (o corpo do filho pertence sempre a um dos pais).

“A mamãe e eu somos dois contra um”, confessa *Nestor*, um débil de 16 anos, dificilmente recuperável no plano profissional. “Sou sempre eu que ganho, e ele fica danado.” “Ele” quer dizer o pai. O pai sempre teve vergonha desse filho que não o honrava — e a mãe, fixada, de um modo histérico, no seu próprio pai, reivindicava, de certo modo, um ser masculino só para ela, que não tivesse que honrar os homens que não eram da linhagem dela.

Tais condutas por parte dos pais produzem, como consequência, seu quinhão de comportamentos sociais, comportamentos cuja origem é menos orgânica do que fruto da reação a uma situação familiar patológica.

Este caráter patogênico muitas vezes passa despercebido quando a criança é nova, porque o médico, a exemplo dos pais, preocupa-se antes de mais nada com a readaptação escolar e nem sempre se dá conta do quanto o meio familiar pesa sobre a gênese dos distúrbios caracteriais que se juntam à debilidade, ou simplesmente sobre a paralisção do êxito escolar ou profissional. O débil, que como tal tem seu lugar determinado na família, encontrará sempre muito mais dificuldades do que aquele que, apesar do seu retardamento, sofre as sanções paternas.

Por que razão há débeis “estúpidos” e débeis “inteligentes”, com Q. I. idênticos?

A resposta não está certamente na distinção entre verdadeira e falsa debilidade; está principalmente no sentido que tomou o seu distúrbio na constelação familiar — é o que vou tentar esclarecer através dos dois casos seguintes.

Raymonde tem 14 anos quando a trazem à consulta. Obtém em todos os testes um nível homogêneo de debilidade (Q. I.: 0,63).

Fisicamente, parece muito retardada; apresenta grande falta de coordenação, e debilidade psicomotora; tem andar “de pato” e os braços parecem existir mais para incomodá-la do que para lhe serem úteis; de uma imperícia extrema, não mostra habilidade manual nenhuma.

Um exame afetivo mais aprofundado revela uma menina completamente neutralizada, educada na impossibilidade de opor o menor negativismo ativo. Tudo é “bonzinho”, os seres humanos são descritos por ela como seres sem vida, sem contato. Nas relações com a mãe, *Raymonde* oscila entre o negativismo passivo e a agorafobia³.

A questão que se coloca para mim é saber para que poderia servir a inteligência de *Raymonde* se ela a tivesse. (As outras crianças da família, não-débeis, têm com efeito um atraso escolar enorme, são disléxicas e caracteriais; ora, o pai é professor universitário.)

Para se dar bem com essa mãe rígida e fóbica, seria preciso, afinal, não existir. “É só se mexer, que eu grito”, diz a mãe. Com efeito, ela não suporta nada nos filhos, e muito menos o seu dinamismo. A mãe é o terror; filhos e marido estão, de certo modo, reduzidos ao estado de objetos que se deixam manipular para evitar uma depressão dela. Os meninos reagem com distúrbios caracteriais; *Raymonde* faz-se múmia para não ser rejeitada.

A sua debilidade tem, de certa forma, um caráter compulsivo de defesa. Em resposta à demanda da mãe, ela é uma gracinha aterrorizada, pronta a se fazer esquecer.

Se o pai exerce a lei, a mãe grita ou cai em estados confusionais. Então é a mãe que vai *ser* a lei sem nenhum suporte simbólico⁴. “Nunca pude imaginar”, diz ela, “o que fosse um filho. Quando estava grávida, sentia a bexiga dela pesar sobre a minha; aliás, ela sempre faz

3. A sua oposição é passiva, o negativismo não é franco, e ela é uma “gracinha que, por momentos, não compreende mais nada, não consegue executar mais nenhuma ordem”. Culpabilizada por uma atitude sentida como de descontentamento, a criança é, em outros momentos, agorafóbica, obrigando a mãe “detestada” a acompanhá-la para todo lado.

4. Isto é, sem nenhuma referência a uma imagem humana estruturante — e sem que o seu filho represente verdadeiramente para ela um ser humano situado num devenir. Esta mãe precisa exercer um poder de um modo quase “gratuito” e, portanto, absurdo.

xixi na cama.” Tocando na própria cabeça, acrescenta: “Talvez a cabeça dela tenha tido um episódio meníngeo”. A mãe sente Raymonde como fazendo parte do seu próprio corpo. Se a mãe é tão severa quanto à educação da limpeza, é, segundo suas palavras textuais, “porque eu não gosto de ter mau-cheiro”.

A debilidade de Raymonde parece ter uma base orgânica inegável. Os especialistas estão todos de acordo em dizer que se trata de uma “história *in utero*”. Todo o desenvolvimento físico inicial da criança foi perturbado: anda aos 2 anos, fala aos 6, depois de um período de afasia.

Ora, o que representou essa gravidez, psicologicamente, para a mãe?

Solteira, grávida apesar dos medicamentos abortivos, esteve até o fim em perigo de ser abandonada por aquele que se tornou seu marido e que só se casou com ela quando a viabilidade do nascimento da criança foi devidamente verificada. “Se ela não tivesse vivido”, disse-me o pai, “eu não me teria sentido obrigado a casar.”

“Se ela não tivesse resistido como um dos meus próprios órgãos, eu não teria conhecido a vergonha”, disse-me a mãe.

E cada um dos pais se refere então à própria família.

A mãe teve uma mãe rígida que nunca suportou a intrusão do homem nos seus negócios.

O pai teve uma mãe superprotetora, que nunca se conformou com o casamento do filho preferido.

Por parte dos dois existe, portanto, o pânico de ter um filho, isto é, alguma coisa de inconfessável que não seria reconhecida pelos seus próprios ascendentes, e agravada, no caso da mãe, pela obsessão de pôr no mundo um ser que corria o risco de ser hermafrodita, como, segundo ela, o fora a irmã de uma avó.

Portanto, antes de nascer Raymonde já tinha o seu destino traçado: ela seria essa alguma coisa de não-simbolizável para os pais, perseguindo a mãe ao nível dos órgãos, obrigando o pai a apresentar-se como tal quando ele queresse esconder, aos olhos de sua mãe, toda a idéia de relação sexual.

Esta criança de 14 anos, enurética, escolarmente nula, depois de 6 anos de classe de aperfeiçoamento*, era igualmente nula no plano motor: não sabia nem andar de bicicleta, nem nadar, nem lavar louça, nem costurar; só sabia descer as escadas sem cair.

* *Classe de perfectionnement*. O objetivo das classes de aperfeiçoamento é melhorar as possibilidades das crianças deficientes (particularmente no campo intelectual) e oferecer-lhes o máximo de conhecimentos possíveis. Recebem crianças de 6 a 16 anos que não podem frequentar com proveito as classes normais e incluem uma formação profissional apropriada. O número de alunos é geralmente de 15, não podendo ultrapassar 20. (N. do E.) (Ver adiante, p. 71)

A psicoterapia levou a uma recuperação motora tal, que a jovem atualmente é auxiliar de jardinagem numa escola infantil, anda de trem, viaja; e a uma recuperação escolar que lhe permite situar-se ao nível de 7.^a*. O Q. I. modificou-se pouco (0,67). A recuperação social foi espetacular: Raymonde participa de grupos de jovens e evolui num meio de pessoas da sua idade, executando um trabalho à sua altura.

O tratamento da filha acarretou à mãe, por várias vezes, acessos confusionais. Manifestavam-se através de distúrbios caracteriais violentos, que se alternavam com crises de agorafobia.

A análise revelou em Raymonde um núcleo persecutório, sendo que num determinado momento apareciam “espíritos maus” que a habitavam. Esses espíritos maus opunham-se à cura. Ora, aqui não é inútil aproximar esse contexto persecutório dos traços hipocondríacos da mãe — em particular da maneira como ela se sentira, desde o início da sua gravidez, invadida por um “órgão suplementar”, e impotente como mãe, quando a filha nasceu, salvo quanto aos cuidados de limpeza e alimentação.

Raymonde só pôde tornar-se “inteligente” e desembaraçada socialmente no dia em que pôde habitar, sozinha, num corpo próprio. Enquanto esse corpo era habitado pelos espíritos da mãe, ela não poderia passar de um animal aterrorizado e aterrorizador, sem quaisquer referências simbólicas humanas.

Aqui também o atraso de maturação foi vivido pela mãe antes de qualquer constatação médica. Ela *sabia* que daria à luz a desgraça. Mas, diferentemente da mãe de Daniel, nunca procurou a cura da filha. Foi o pai que tomou o caso nas mãos e permitiu, através de dramas familiares, uma normalização do estado da criança.

A mãe, arruinada pela angústia, necessitava que esta parte doente dela mesma se mantivesse doente *aos olhos de todos*. Raymonde transformava-se assim no objeto-testemunha que protegia a mãe contra sua própria fobia.

A sua “cura”, como vimos, só pôde ser obtida ao preço de uma crise grave da mãe. Com efeito, esta achava-se em perigo desde que se modificava um certo tipo de relação com a filha, qualificada por ela própria de “equilíbrio humoral”.

Raymonde não recuperou, segundo os testes, uma inteligência normal. Mas o fato de já não estar paralisada, imobilizada por tudo o que é qualificado de “mau”, o fato de poder mexer-se apesar das cóleras maternas, permitiu-lhe tomar o caminho que a conduziu para uma auto-

* 7^{ème} corresponde à 5.^a série do ensino primário. O curso primário compreende um ciclo preparatório (1 ano), um ciclo elementar (2 anos) e um ciclo médio (2 anos). (N. do E.)

nomia efetiva no dia em que finalmente deixou de habitar como parasita o corpo materno.

As pessoas que a cercam dizem que ela “adaptou-se socialmente”. O que quer dizer isso?

O seu Q. I. permaneceu quase inalterado — e no entanto já não é estúpida; então, ela se sai bem com os 60% de inteligência que lhe restam?

Em outras palavras, será no plano da eficiência que se deve situar a noção de inteligência? Nesse caso, os tratamentos especializados de reeducação que foram empreendidos teriam bastado para “readaptá-la”.

Ora, esses tratamentos foram inoperantes enquanto a psicoterapia não restituiu à criança a sua dimensão de sujeito autônomo. Enquanto ela era parasita da mãe, a sua inteligência e a sua motricidade não lhe pertenciam.

Então, além do déficit de capacidade, deve haver outro elemento que exerce o papel de freio em todas as relações interpessoais que o sujeito vai estabelecer. E é da natureza desse “outro elemento” que depende, muitas vezes, o grau possível de recuperação.

Charlotte, 16 anos, é uma criança cujo determinismo orgânico vai desempenhar um papel importante.

O seu Q. I. situa-se entre 0,50 e 0,60. Colocada numa classe de aperfeiçoamento aos 8 anos, sai aos 16, mal sabendo ler e escrever. Enurética, a jovem tem, além do mais, um caráter tirânico que torna penosa toda inserção familiar.

O eletroencefalograma apresenta “um traçado anormal para a idade da criança devido à lentidão dos ritmos dominantes, mas em que não aparecem sinais de focos de comicialidade e de sofrimento”.

Observada muito regularmente pelos médicos, a criança recebe, entre outros medicamentos, extratos tireoidianos, compostos glutâmicos, vitamina B 12.

Do ponto de vista neurológico, não se assinalam distúrbios importantes no tônus. “Possibilidade de um pequeno síndrome piramidal no membro inferior esquerdo.”

Do ponto de vista motor, é tentada uma reeducação especializada.

Observada durante 8 anos num curso especial, a jovem sai profissionalmente inapta, com um nível escolar equivalente a 10.^a série*.

Qual a origem do retardamento? Continua enigmática. A primeira fase de desenvolvimento foi, de início, a de uma criança retardada (anda aos 19 meses, fala aos 6 anos).

* 10^{ème} corresponde à 2.^a série do ensino primário e primeira do ciclo elementar. (Ver N. do E. na p. 18)

Charlotte, filha indesejada, veio ao mundo 6 anos depois do nascimento da irmã mais velha, num momento em que o pai, fatigado por distúrbios cardíacos, tinha necessidade de cuidados especiais.

Foi a filha preferida do pai, e a mãe de certa forma deixou-a para ele, para distraí-lo, nunca lhe falando das dificuldades caracteriais da filha, “pois o cardiologista afirmara que a menor contrariedade poderia levá-lo à morte”.

O estado do pai piorou, com efeito, quando a filha tinha 5 anos; veio a falecer quando ela tinha 14 anos, sem nunca ter querido admitir o estado patológico da filha caçula. O avô paterno, que morava uma parte do ano em casa, morreu alguns dias depois com uma “congestão cerebral”, como o filho e a mulher.

Aos 14 anos, Charlotte encontra-se, portanto, com a mãe e a irmã mais velha, sem imagem masculina. A mãe de Charlotte perde com o marido a única imagem masculina que conheceu verdadeiramente (órfã de pai aos 2 anos, viveu num meio essencialmente feminino).

E é esse meio feminino que as três mulheres vão tentar ressuscitar. Todavia é graças ao desaparecimento do pai que, pela primeira vez, é solicitada uma consulta psicanalítica para Charlotte.

Porque, quando o pai era vivo, Charlotte não tinha outra função senão a de ser aquele objeto mal definido que servia ao desejo paterno.

Sua necessidade de destruição, suas atitudes masoquistas (bater com a cabeça no chão até sangrar) eram de algum modo uma resposta a uma suposta demanda. O que contava para Charlotte era menos a existência do pai como Outro do que sua presença como suporte fálico diante do qual ela fazia, de certa forma, um exibicionismo caracterial⁵.

No exame afetivo, Charlotte se recusa a situar-se no tempo. Diz claramente que é contra tudo e que pretende ser “papai para a mamãe”.

À pergunta:

- E se a mamãe não existisse mais?
- Nesse caso, eu seria papai para minha irmã.
- E se a irmã não existisse mais?
- Eu seria papai para uma outra pessoa.

A jovem acrescentará, em outro momento, que não sabe o que é sentir um desgosto no coração. “Só vale a pena chorar pela dor física.”

Tendo ficado no fundo “uma macaca malvada”, Charlotte vive só para aborrecer um terceiro.

Esta espécie de identificação com o pai, que apareceu quando este morreu, se trata, na realidade, de uma identificação com um objeto de gozo.

5. Negava o pai enquanto sujeito. Servia-se dele como objeto de tortura ou de gozo numa construção fantasmática perversa.

A tentativa de psicoterapia analítica, empreendida muito tardiamente (depois de terem sido tentadas todas as formas de reeducação), mostrou o quanto o insucesso no trabalho, a não-inserção social, tinham se tornado para Charlotte o seu modo de relação com o Outro (com o Outro que era, por isso mesmo, negativizado). A psicanálise permitiu a Charlotte não se tornar uma asilada, mas a recuperação foi apenas parcial; a jovem pôde ao menos ser aceita como ajudante de cozinha numa comunidade religiosa e deixar de viver em casa como parasita.

Charlotte dera um tal sentido de perversão ao seu retardamento — que assim se instalara solidamente —, que nenhuma reeducação especial fora bem-sucedida. Mais ainda: a análise permitiu revelar que todas essas reeducações seguidas de insucesso tinham sido para Charlotte a principal fonte de prazer.

Ao estudar o sentido que o retardamento pode ter para a criança retardada, descobrem-se situações que lembram estranhamente as que observamos nas famílias de psicóticos ou em estruturas perversas.

Modificando primeiro o tipo de relação dessas crianças com o mundo, damos a elas, ao mesmo tempo, mais possibilidades de se beneficiarem de uma reeducação especializada.

Por outro lado, desconhecendo os distúrbios psicogênicos subjacentes, corremos o risco, como no caso de Charlotte, de fazer o jogo da neurose.

Uma psicoterapia precoce é tanto mais preciosa pelo fato de que essas crianças estão muito mais expostas do que as outras a se imobilizarem irrevogavelmente num lugar onde representam inconscientemente para o Outro uma falta que têm a missão de preencher, enquanto objeto. Nesse caso, é fácil compreender a razão pela qual a estupidez de certos débeis não é mais do que o preço de um vínculo que só a psicanálise pode romper, contanto que seja empreendida bastante cedo, antes que uma rigidez de estrutura perversa a tenha paralisado definitivamente como tal.

Os distúrbios espaço-temporais dessas crianças (mesmo na hipótese duma organicidade estabelecida) são sempre acompanhados por dificuldades de localização no imaginário. Essas crianças têm dificuldade em se situarem em relação ao significante paterno. Uma reeducação espacial por intermédio da palavra que traz em si mesma um elemento significativo, tem, por vezes, incidências negativas na criança, ao nível mesmo da linguagem. Tanto é assim que uma reeducação sempre corre o risco de ser tomada pelo sujeito no sentido dos seus distúrbios, mais do que no sentido da sua cura⁶.

6. Tratando depressa demais o sintoma, por meio de uma "reeducação", de fato corremos o risco, em certos casos, de provocar uma eclosão psicótica

Um mesmo tipo de pedagogia especial pode, então, mostrar-se enriquecedor para um e deformante para outro, sem que por isso se deva pôr em questão a natureza da pedagogia.

O que se deve questionar é o tipo de crianças às quais se destina essa reeducação, e o papel determinante que ela é levada a desempenhar, à sua revelia, na relação mãe-filho. Nos casos em que o reeducador substitui uma mãe cevadora, há o risco de que a criança responda à sua demanda por uma evasão. . .

Um estudo sistemático dos sucessos e fracassos nas reeducações especiais traria à luz o sentido que estas tomam na fantasia de cada criança, em resposta ao lugar que a mesma criança ocupa nas fantasias dos pais.

Um outro aspecto não negligenciável é a contratransferência do educador em face da criança retardada. É freqüente que esse educador se conduza, para com a criança, em função da sua situação de mãe adotiva, fazendo tábua rasa de todas as aquisições positivas que a mãe, mesmo desajeitada, proporcionou ao filho, e exigindo que este se separe da mãe e seja internado num estabelecimento em que a atenção será sobretudo dirigida para a "aquisição de automatismos". Essa reação inoportuna é bastante comum e merece ser mencionada. Ela é, geralmente, a expressão de um medo diante do abismo instintual apresentado pela criança. Uma maneira de não se deixar arrastar para ele é recusar uma criança de Q. I. notoriamente insuficiente. Essa criança responde ao pânico do adulto com uma atitude ainda mais paralisada ou ainda mais violentamente caracterial. Pode acontecer que um meio normal, do tipo escola nova, leve a melhoras espetaculares, contradizendo os prognósticos pessimistas dos reeducadores especializados.

Por quê?

Porque o indivíduo vai achar-se, enfim, num meio em que nada lhe é positivamente solicitado. Diante da ausência de desejos do adulto a seu respeito, a criança responderá, então, manifestando os próprios desejos.

Foi o caso de *Irène*, 12 anos, grande fóbica com Q. I. de 0,60, "recusada" num estabelecimento especializado, cuja diretora fez o impossível para enviá-la para um estabelecimento de crianças mais afetadas do que ela. *Irène* desabrochou de tal modo quando transferida para

repentina: é de outro modo que a criança "em reeducação" vai, desde então, exprimir a sua alienação. Um discurso perturbado, uma desorganização completa na orientação e no ritmo, têm muitas vezes uma causa psicogênica que merece ser levada em consideração.

uma escola nova, que chegou a freqüentar uma classe de 7.^a série*, exceto em aritmética (em que as lacunas do domínio espaço-temporal são tais, que dependem de uma técnica especializada).

Casos deste tipo não são raros e mostram até que ponto devemos desconfiar, nós, os adultos, de toda atitude normativa a respeito de um ser deserdado; este, mais ainda do que uma criança normal, reclama essa dimensão de sujeito que lhe é tão parcimoniosamente concedida.

Estas crianças que de início são, pelo seu estado, o objeto exclusivo de cuidados maternos, sem a intervenção da lei encarnada por uma imagem paterna, recriam durante a escolaridade um mesmo tipo de relação dual, com uma mulher novamente toda dedicada a elas e preocupada em encarnar em seu lugar o desejo (desejo de se adaptar, de progredir). Cria-se assim uma situação muito particular em que, na relação com o Outro, o desejo do Outro não é simbolizado: a criança, protegida pela solicitude do adulto, não tem a possibilidade de enfrentar a experiência de castração. A mensagem do pai nunca chega até ela. A criança está fadada a permanecer numa certa relação fantasmática com a mãe que, pela ausência nela mesma do significante paterno, deixa a criança reduzida ao estado de objeto, sem esperança alguma de aceder ao nível de sujeito. Pelo contrário, a impossibilidade, para este tipo de crianças, de estabelecerem uma identificação significativa, deixa-as sem defesa contra as situações de dependência dual. Não têm a possibilidade de se interrogarem sobre a sua falta de ser, porque essa falta, tomada ao nível da realidade pelos que as rodeiam, vai de qualquer modo condicioná-las a não sofrerem e a preencherem um vazio (o seu vazio intelectual, escolar), sem que nunca se coloque a questão de saber se este vazio real não se duplica, na mãe, pela sua própria falta de ser, cujo acesso se acha raramente barrado para a criança pelo significante paterno.

Essas crianças que, a um nível inconsciente, não tiveram condições de passar pela castração significativa têm, em face do mundo objetual, um comportamento particular⁷: não podem investir os objetos — e é especialmente no domínio espaço-temporal e da matemática que aparece um tipo bastante particular de dificuldades, rebelde à pedagogia tradicional.

Falta a essas crianças uma certa dimensão do simbólico, a ponto de a própria noção dos números, enquanto tais, ser recusada: três maçãs, na sua realidade, podem ser aceitas como uma entidade correspondente ao número 3. Mas ao desaparecimento das maçãs vai correspon-

* 5.^a série do curso primário. (Ver do E. na p. 18)

7. Permanecem desprovidas de senso.

der o desaparecimento do significante, e o número 3, então, já não corresponde a nada.

A reeducação da matemática, tal como foi concebida até hoje por Francine Jaulin, visa essencialmente, num primeiro momento, reintroduzir, por jogos progressivos no domínio abstrato, esse suporte essencial que falta, e que nada tem a ver com uma carência ao nível da realidade ou da compreensão. Além das maçãs, dos piões, há alguma coisa que não pode ser assimilada pelo débil; os exercícios no domínio concreto não bastam. Desde o início, deve-se introduzir um trabalho que leve a um confronto com o *sentido*, a partir do sentido mais elementar das coisas. É inútil abordar os rudimentos do cálculo, acrescenta Francine Jaulin, se o indivíduo não pode situar-se em relação ao seu corpo, em relação ao espelho, em relação ao espaço, à família, ao seu lugar na família. Por isso, é preciso introduzir primeiramente um diálogo, como se estivéssemos diante de uma criança de 18 meses.

“O que adianta”, dizia-me, por exemplo, Isabelle, “ser a 2.^a de 5 ou a 7.^a de 5?” Com efeito, o que adianta, se o indivíduo não assimilou uma situação triangular que lhe permita dar um sentido a tudo o que ultrapassa uma relação primitiva com a mãe?

Além disso, quanto às lacunas intelectuais ou motoras da criança, a inquietação dos que a cercam fixa-a como objeto parcial, dando-lhe na sua fantasia um valor privilegiado. “Minha inteligência está bloqueada”, diz Pierre. “O dr. X disse que sou um débil mental por causa da febre que tive aos 5 anos, de modo que tenho buracos de memória, buracos para o passado e para as contas.” Esta criança, realmente muito dotada mas tratada como débil depois de uma encefalite, nunca se conformou com o fato de não ter de passar pela Lei do Pai. Mergulhou numa espécie de autismo em que a preocupação principal era não sofrer. “Vou ser monge”, disse-me essa mesma criança, “para não ter problemas.”

É porque o significante paterno não se opôs ao inconsciente materno que o indivíduo se acha desapossado do sentido da própria vida, e em perigo de não se sentir dono das suas pulsões.

B — Seqüelas de Encefalite, Traumatismos...

A lesão orgânica de encefalite cria reações persecutórias tão profundas, que o caráter do indivíduo se altera imediatamente. A intervenção precoce da psicoterapia (um mês depois da doença) previne distúrbios graves que, cristalizando-se, poderiam levar a condutas perversas. A lesão intelectual de algumas dessas crianças nem sempre é tão incurável como se julga. Uma psicanálise revela, muitas vezes, de início, sentimentos persecutórios (devidos à agressão da doença, assimilada muitas vezes a uma imagem dos pais) — e se a lesão foi precoce

veremos que a ausência de significante paterno vai criar nesses indivíduos um verdadeiro pânico em relação a suas pulsões, pânico que pode traduzir-se também pela apatia, a obesidade, a “estupidez maciça” de uma criança que, positivamente, não quer saber de nada.

Pierre, 13 anos, Q. I. 0,70; com encefalite aos 5 anos, apresentou no decorrer da doença uma espécie de episódio de angústia: sentia-se habitado por um diabo que lhe corria na cabeça; em outros momentos tinha a impressão de ver na varanda um homem que ameaçava matá-lo.

Em seguida, surgiram dificuldades ao nível da linguagem. *Carícia* significava *burro bonzinho*. *Malvado* significava *cachorro perigoso*. Produziu-se uma verdadeira suspensão da possibilidade de comunicação, como se a cadeia verbal se achasse interrompida por palavras cujo papel essencial era remeter a outros objetos que proporcionassem segurança ou pânico, isto é, suscetíveis ou não de serem incorporados.

Instalada a inibição, a criança fechou-se cada vez mais às questões intelectuais, até o dia em que o médico trouxe a resposta, que a criança fez imediatamente sua: “débil mental”.

O que me forneceu de essencial a primeira entrevista que tive com o pai?

A idade real da criança não era a sua idade oficial.

Com efeito, a mãe, para fazê-la “esquecer” o atraso, tinha-lhe dado, depois da doença, um atraso *oficial* de 2 anos — o que, segundo o pai, originou toda uma confusão familiar, “mas, no que se refere a esta criança, sempre deixei a minha mulher agir; ela podia, melhor do que eu, dar-se conta do que exigia a sua doença”.

No decorrer da análise, a revelação ao menino, por intermédio do pai, da trapaça da mãe, provocou uma crise grave, equivalente a uma verdadeira recusa da experiência de castração. “Não quero continuar mais, a gente sofre demais, quero ser monge.”

É o pai que intervém para que a análise prossiga, causando assim na mãe e no filho uma confusão idêntica, devida à intervenção da Lei.

Só em virtude dessa crise é que eu soube da existência de uma irmã mais velha esquizofrênica e de uma outra caracterial. Desde então, toda a análise da criança se desenrolou através do *medo de trair um segredo*, quer dizer, o medo de desagradar à mãe ao revelar palavras ditas “terríveis ou ferozes”, pronunciadas na ausência do pai e visando a avó materna. Na realidade, essas palavras tinham sido sentidas pela criança como um perigo de homicídio dirigido contra ela, “porque a mamãe, assim, parecia mais forte que todos”.

Não é inútil acrescentar que foi a partir da intervenção paterna que a criança pôde adquirir os sinais matemáticos + e —, nascendo, assim, a esperança de uma escolarização.

Foi também a partir de uma ação paterna que a escolaridade de *Nicolas* foi interrompida e definitivamente comprometida em matemática, sendo que qualquer problema o lançava num estado de pânico, próximo de um estupor fóbico.

Com a idade de 7 anos, *Nicolas* tinha sido arrancado aos seus: o pai, num acesso de violência, acabava de matar a mulher e a sogra.

Este mesmo pai, em outro acesso de fúria, tinha cortado com um machado um dedo de *Nicolas*, quando ele tinha apenas 4 anos de idade.

A irrupção na realidade de uma imagem paterna castradora devia fechar à criança o acesso à castração simbólica, fixando-a a um corpo que ela fantasia como despedaçado. Desde então, toda a exigência social iria recair sobre o objeto parcial a que *Nicolas* estava identificado na época do drama e despertar nele a angústia que manifestava a sua fantasia.

Tudo iria ocorrer então como se cada provação pusesse em jogo o seu corpo. Para se defender, *Nicolas* se tornaria obeso, “bonzinho passivo”, e de uma estupidez que um Q. I. relativamente elevado (0,87) em nada justificava.

Foi só depois de 7 anos de diversos tratamentos de reeducação que foi enfim aceita, em condições difíceis, uma psicanálise, pois o sujeito já tivera tempo de estruturar suas defesas contra toda reeducação que pudesse torná-lo inteligente.

Com efeito, era preciso a todo custo que *Nicolas* guardasse só para si o segredo (o crime do pai) sem que, por isso, tivesse de “reconhecê-lo”.

No entanto, quando da morte de sua mãe, ele pronunciara estas palavras⁸: “Tenho que morrer para encontrá-la... ah, quando eu for grande vou pedir-lhe uma espingarda, e aí a gente vai ver...”

Estas seriam as suas últimas palavras agressivas (o drama dos pais lhe foi escondido em seguida); a criança iria apagar-se em “ausências” cada vez mais numerosas, que a isolariam dos que a cercavam. Distúrbios de fala viriam a se instalar e uma inibição escolar enorme tornaria *Nicolas* rebelde a todos os tratamentos de reeducação. Essa inibição era do tipo “recusa de reconhecer o que era adquirido na véspera”.

Logo, estagnação num presente que, sobretudo, não devia ter relação com o passado e o futuro.

O passado, *Nicolas* o tinha esquecido.

O futuro, recusava-se a vislumbrá-lo.

Tratava-se manifestamente de um caso de *falsa debilidade*, mas a importância que havia sido dada à insuficiência intelectual levava a

8. Contadas por um amigo da família em cuja casa a criança se refugiara no momento do drama.

criança a cultivar esse sintoma (ao qual toda a família adotiva se flixava manifestamente, pois se tratava de um deslocamento da verdadeira natureza da doença de Nicolas, em relação com a importância do drama).

Nicolas tinha-se fechado, pois, num círculo, ao abrigo da angústia; o sintoma era o significante de alguma coisa que o indivíduo não queria introduzir na consciência. De resto, a família adotiva empenhava-se em não lhe dar a chave que permitiria desvendar o segredo.

A estupidez de Nicolas, sua bondade, não eram mais que o inverso de idéias de homicídio, de sentimentos de ódio e de revolta.

A debilidade neste caso tinha resolvido tudo, e os distúrbios de palavra, que alguns se esforçaram por reeducar, não eram mais do que o início do caminho que conduz às trevas, a uma espécie de esquecimento que a loucura produz.

Este caso ilustra até que ponto a inteligência não é um fator puramente quantitativo, e tampouco equivale a uma adaptação. Ela existe para servir a fins que nos podem escapar. Em Nicolas, a falta de inteligência permitia o esquecimento e a ausência de revolta.

C — Crianças de Estrutura Psicótica

A insuficiência intelectual serve por vezes a outros fins.

Mas antes de abordar esta questão, vejamos como se apresentam debilidades aparentes em casos que não são mais do que estruturas psicóticas (não reconhecidas como tais na primeira consulta).

Edouard tem 7 anos na época do primeiro exame. Inclassificável nos testes, corre o risco de ser internado. Esta solução parece convir maravilhosamente à mãe. “Compreenda, minha senhora, o que se faz por um homem não se faz por uma criança.”

A mãe é universitária, o pai, sem emprego, é o “bebê” da mãe; passa períodos freqüentes internado em casas de saúde.

Edouard nasceu depois de vários abortos; chegou como um intruso, desalojando o pai do lugar de filho único. Desde o início foi tratado por esse pai como um rival (rasteiras desde quando aprendia a andar), depois sadicizado em presença de uma mãe passiva. “Quando você crescer você vai me matar, não é mesmo?” E era deste modo que o pai atormentava o filho com a sua presença.

Edouard tornou-se associal, destruidor, perigoso para os outros, sem que jamais a família se comovesse.

Foi preciso que chegasse à idade escolar, para que a professora alertasse o médico da escola e para que fosse feito um primeiro diagnóstico de debilidade profunda, mas com a menção “não tem aparência de oligofrênico”.

Foi então que começou a aventura psicanalítica.

Muito cedo, Edouard declarou-nos que tinha perdido a cabeça e a memória.

Seguiram-se meses de condutas agressivas de autodestruição, equivalentes a suicídio, até que um dia, com uma voz humana, a criança me disse, chorando: "Não há chefe em casa. O papai foi embora, está doente, não é cômodo ter uma mamãe que escolheu um papai como esse".

Foi deitada no divã analítico que a criança pronunciou estas palavras. Precedendo essa virada, houve as atitudes regressivas, quase fatais, de uma criança dobrada sobre si mesma, que dizia raivosamente: "*Eu não nasci*".

É curioso notar, de passagem, que esse nascimento, com a dimensão simbólica que implicava, fez-se no clima de rigor analítico. "Estou sofrendo tanto", dizia-me a criança, "que vou perder meu coração do meu coração."

Ainda dessa vez, a debilidade era para a criança uma máscara que encobria uma certa confusão do real e do simbólico, num ser para quem o acesso ao imaginário tinha sido interceptado.

A demanda de Edouard nunca tinha sido simbolizada pelo Outro. Fantasia e realidade estavam a tal ponto confundidas que, pais e filhos, viviam numa festa sacrificial perpétua, mas na ausência de Deuses.

Edouard se constituíra num "gorila", recusando qualquer dimensão que não fosse a satisfação imediata das suas pulsões.

O débil aparente (psicótico na realidade) apresenta-se quer com grandes distúrbios caracteriais, como Edouard, quer com uma espécie de apatia rebelde a todos os encorajamentos.

O débil "difícil" tem mais possibilidades de ser orientado em psicanálise do que o débil tranqüilo, amorfo, cuja estrutura subjacente é muitas vezes bem difícil de definir. Às vezes, há muito tempo a família está de posse de um diagnóstico que não quer ver questionado. Vem apenas *solicitar* uma orientação, uma reeducação, e nem sempre é cômodo para o médico driblar a solicitação.

Há mesmo casos em que a "debilidade verdadeira", que aparece como um "acidente" numa família numerosa, surge como sendo tão natural que não se procura pô-la em dúvida.

Monique, de 10 anos, Q. I.: 0,56, freqüentou durante quatro anos as classes preparatórias*, sem ter aprendido a ler. O que me diz esta criança durante uma breve entrevista que tive com ela? "Ora, ora, afinal a senhora sabe muito bem que eu não posso!"

* *Classes préparatoires*. O ciclo preparatório está interligado com a última seção das escolas maternas e corresponde ao primeiro ciclo do curso primário. (Ver N. do E. na p. 70)

Foi como débil que essa criança encontrou seu lugar, numa família numerosa, e nem ela nem a mãe fazem questão de que seja desalojada.

A análise deste tipo de crianças, não-caracteriais, não francamente psicóticas ou perversas, assemelha-se em certa medida aos tratamentos das doenças psicossomáticas, apenas com uma diferença: o sujeito, em vez dos seus males de estômago, traz de presente a sua estupidez. O seu discurso é o relato detalhado, sem nenhuma cor afetiva, dos pequenos acontecimentos da semana: "Esta manhã fiz a feira, daqui a pouco vou almoçar fora com a mamãe, tirei 10 em leitura. O meu irmãozinho está andando".

Este relato, nós o ouvimos sessão após sessão, com apenas algumas variações: o irmãozinho terá sorrido ou chorado, em vez de andar.

O único imprevisto (confirmando aos olhos de certos analistas o diagnóstico irrefutável de debilidade) é a maneira como a criança às vezes escapa do seu discurso para dizer: "olha uma mosca, olha um operário lá em cima do telhado", para encadear em seguida, com o mesmo ar desesperadamente estúpido, a seqüência da história, que não é seqüência nenhuma. Porque as únicas verdadeiras palavras estão naquilo que lhe *escapa*: o operário no telhado e a mosca lhe interessam. Mas como esses detalhes não são considerados como interessando ao analista, o sujeito, objeto do desejo do Outro, volta ao seu disco de tonalidade impessoal, pois não é dele que se trata. A cilada na qual cai o analista consiste em que, sem querer, ele formou uma idéia da debilidade e toma por moeda corrente o que não é senão um tipo de relação do filho com a mãe. Mas o que satisfaz a mãe está longe de satisfazer o analista: daí o mal-entendido atual em torno dos tratamentos de crianças débeis. O analista aborrece-se prodigiosamente com elas, controla-se para manter as aparências e resolve a questão proclamando a incurabilidade do caso. Não quero dizer com isso que todos os débeis sejam curáveis. Mas há, no centro da própria noção de debilidade, um problema importante que merece que nos detenhamos nele.

A debilidade, qualquer que seja a origem que lhe atribuamos, é concebida geralmente como um déficit de capacidade do indivíduo. Os testes são considerados como *medidas* da capacidade restante e não como as indicações de um *sintoma*. Isso influencia o prognóstico no sentido de uma incurabilidade fundamental e o analista, de início, não espera do tratamento mais do que uma melhora mais ou menos acentuada. O tratamento é orientado no sentido da utilização prática da capacidade restante. O sucesso do tratamento vai definir-se em termos de *readaptação*.

Se, num plano pedagógico e prático, readaptação e reeducação são fatores não negligenciáveis nos tratamentos de débeis, a verdade é que, enquanto analistas, teremos que nos questionar a nós mesmos, se qui-

sermos chegar, algum dia, a consolidar teoricamente a psicanálise dos débeis, da mesma forma como tentamos, atualmente, consolidar nossas bases de abordagem nos tratamentos de psicóticos.

A psicanálise dos débeis é uma experiência muito particular, que nada tem em comum com a psicanálise dos neuróticos. Aproxima-se da análise dos psicóticos pelo modo como a família do sujeito entra maciçamente em jogo durante o tratamento.

E é, de fato, porque a família tem o poder de frear todo o desenvolvimento do sujeito que o analista deve ter todo o cuidado para não assumir o lugar dessa família, pela concepção que ele possa ter da noção de debilidade.

A debilidade concebida como déficit capacitário *isola* o sujeito na sua deficiência. Procurando para a debilidade uma causa definida, nega-se que ela possa ter um *sentido*, quer dizer, uma história, ou que ela possa corresponder a uma *situação*.

O que mais me chamou a atenção nas anamneses dos débeis, foi até que ponto elas podiam parecer “vazias”: só várias conversas prolongadas nos farão saber da existência de um primogênito esquizofrênico, de um acontecimento traumático ou de uma história familiar grave por parte de um dos pais, história à qual a criança débil dá, a partir do seu próprio estado, um sentido.

Se o psicanalista está geralmente de acordo quanto ao caráter defensivo “neurótico” da estupidez, ele também acha, no entanto, que uma psicanálise, que põe em jogo a palavra, só pode ser destinada a indivíduos dotados de uma inteligência normal. Aceita, no máximo, um débil “inteligente”, mas, para o verdadeiro débil, nada há a fazer.

Ora, por trás da máscara da debilidade, dissimula-se por vezes uma evolução psicótica ou perversa. Em outros casos trata-se de um equivalente psicossomático ao qual o doente se apega. Mas o que nos engana é a influência de uma família que se apega também ao lugar por ela atribuído à criança.

É por isso que o estudo do débil, como o do psicótico, não se limita ao sujeito, mas começa pela família.

O fracasso das terapias de débeis nos ensinaria tanto quanto os sucessos, ou até mais.

Mas o analista só pode estudar esses fracassos questionando-se, também ele, diante desse tipo muito particular de doentes. Pois é pelo viés da *contratransferência* que se abre o caminho que conduz à compreensão dos débeis.

Capítulo 3

A contratransferência

Não se pode abordar a psicanálise dos débeis sem mencionar o lugar que nela ocupam os sentimentos contratransferenciais do analista. Este é posto à prova logo de início. Um pôr à prova sempre “imprevisto”, que não se assemelha em nada à situação analítica tal como ela se apresenta no neurótico.

No caso das crianças *oligofrênicas* que estudamos no primeiro capítulo, o analista está nitidamente mais à vontade no hospital do que com a clientela particular. Com efeito, o que o constrange é receber pagamento de uma família, sem poder dar nenhuma certeza de melhora. De início, quer se defenda ou não, será considerado pelos pais como um desses “exploradores da desgraça” que as pessoas consultam sabendo de antemão que serão exploradas. O psicanalista depois do curandeiro, por que não? *Mas ninguém acredita nisso.*

Ou melhor, a mãe quer acreditar nisso, e o pai cede por inércia ou culpabilidade.

A analista mulher vai portanto ser imediatamente apanhada na rede materna. Ora, a mãe só confia o filho a outra pessoa, em caso extremo, para provar a si mesma e aos outros que ninguém além dela é capaz de fazer face à situação.

O indispensável apelo ao pai acaba muitas vezes tendo um saldo negativo. Logo de início o pai nos acusa de “aproveitar da desgraça dos outros”: o filho é a sua cruz e ele não confia seu desespero à mu-

lher para não deixá-la acuada diante do pior. Ou se o pai, em vez de agressivo, mostra-se amorfo, a situação nem por isso melhora; entrincheirado por trás da mulher, diz mais ou menos isso: "Arranjem-se vocês duas, isso não é comigo". Quer se trate de um pai terrível ou de um pai esquivo, a situação de início será sempre muito particular: "É entre mulheres que isso vai se definir". E a mãe vai despertar na analista a Onipotência Materna, que essa mesma analista encontrou na sua própria primeira infância.

O trabalho do analista com a criança ou é depreciado (a mãe julga que só a sua presença pode resolver as dificuldades do filho) — ou, com maior freqüência, excessivamente louvado, sendo os seus efeitos qualificados como *milagrosos*, e aqui está a armadilha: a mãe convida o analista a entrar, como ela, na zona da onipotência (ela tem necessidade de acreditar nele para "agüentar o golpe"). Pressentindo o perigo, o analista, para não se fazer suporte das fantasias maternas, arrisca-se a denunciá-las, para se defender delas. Deste modo, suspende o tratamento. Ao dizer aos pais, após 3 meses de tratamento: "Acho que atingi um limite e não sei se, continuando, pode-se esperar uma melhora", o analista sente-se satisfeito por se mostrar sincero, mas só está se defendendo contra as fantasias agressivas dos pais, que ele tem medo de aceitar.

E essa fantasia do casal parental está ainda presente, no decorrer do tratamento, entre o analista e a criança. Se no início o analista, apanhado numa relação emocional de mãe adotiva, se deixa lamber, beijar por uma criança babona (quer dizer, em pânico), ele pode, quando essas reações fóbicas cederem, deixar-se tomar pela impaciência diante da recusa da criança em viver os afetos de outro modo que não puramente instintual. Interditando a quebra de objetos, expomo-nos, em contrapartida, aos gritos destinados não só a nos atingir, como também a alertar a mãe que espera e escuta. A tonalidade aguda do som é um desafio aos tipos de sonorização mais aperfeiçoados. É uma mãe compadecida com a nossa desgraça que encontramos no fim da sessão. E se, na sessão seguinte, a criança não grita, a mãe, admirada, faz esta observação: "O que aconteceu de errado? Não a ouvi hoje. Acho que ela está cansada".

O que pode aliviar a mãe, nos casos graves, é a idéia de que o filho nos atormenta tanto quanto a ela. Se a criança foge a esta regra, a entrevista com a mãe será ainda mais útil, pois ela terá ainda mais reflexões a nos fazer.

A interrupção da terapia (muitas vezes pela intervenção do pai) resulta a maior parte das vezes da contratransferência do analista: este está farto, não ousa dizê-lo, e acaba por declarar aos pais que já não tem muita esperança. Eles já tinham consciência desta verdade, mas

não queriam *reconhecê-la*. Se o analista está disposto a continuar o tratamento, a expressão de uma dúvida é inoportuna: no estado atual dos nossos conhecimentos, não podemos permitir-nos afirmar muito cedo que toda a esperança seja vã.

Nos casos de *debilidade simples*, a relação do analista com os pais vai depender do papel por eles atribuído ao filho, como débil.

1) *Se a criança está consagrada a continuar débil*, mascara com o seu estado um risco de depressão grave na mãe. Esta, desde o começo, vai intervir para “suspender” o tratamento, tomando geralmente por pretexto os progressos que o filho fez.

O analista pode, evidentemente, apelar para o pai, mas, na maior parte dos casos, é a mãe que é a lei e o apelo ao pai é inútil. O erro é querer, de início, desembaraçar-se de uma mãe tão frágil, mandando-a a um outro analista para fazer uma análise “que lhe diga respeito”. Mas isso não lhe é possível, pois é o filho que “lhe diz respeito”. O que lhe é necessário é o analista do filho, para deprimi-lo no lugar dela. O segredo do sucesso desses tratamentos reside nesta relação de grupo em que cada um, enquanto indivíduo, é levado a se colocar em questão. É suportando primeiro a depressão da mãe, e às vezes seu risco de suicídio, que o analista chegará talvez a realizar, depois, uma análise com uma criança-sujeito, em vez de uma criança-objeto-fóbico-da-mãe.

Não é raro ver então o pai entrar em jogo para se queixar por sua vez, mas esta queixa surge, curiosamente, no momento em que tudo já vai muito melhor e em que o pai sabe que suas queixas não comportarão riscos. Por trás da criança débil transparece assim, às vezes, todo um perfil de um casal sadomasoquista, paralisado na sua dupla neurose pelo estado estático, imobilizado, da criança.

O talento dessas crianças é, geralmente, o de “fazer falar” os pais em seu lugar. São os pais que têm por missão, num primeiro momento, exprimir a relação transferencial; é importante levar isso em conta e receber as mensagens de onde quer que elas venham.

2) *Se, pelo contrário, a debilidade da criança não é suportada pelos pais*, estes atribuem imediatamente ao analista um papel de reeducador.

Confrontamo-nos então com um tipo de mãe cevadora que, mais uma vez, é preciso levar em conta. Ao esclarecer o sentido da relação materna, corremos o risco de provocar a interrupção do tratamento, porque se cria na mãe uma angústia insuportável.

Se, no caso de uma criança normalmente dotada, podemos permitir-nos pedir à mãe para se ocupar mais dos seus assuntos do que dos

assuntos do filho, não podemos ter a mesma conduta pedagógica normativa com a mãe do débil, porque desse modo chocamo-nos contra o mundo fantasmático materno. “Muito antes que os médicos me dissessem, eu já *sabia* que ele seria anormal.” Esta mãe, é preciso fazê-la falar de si mesma e do seu sofrimento, suportar a sua angústia, para que o filho seja menos impregnado por ela. Somos, para este tipo de mães, o “analista-milagre”, com tudo o que isto comporta de ambivalência.

A análise dessas crianças é longa, porque elas têm dificuldades em não produzir na sessão o seu tipo de relação com a mãe: são “objetos bons”, cujo único modo de existência consiste em preencher a existência do Outro.

“Você trabalhou bem com a doutora”, será invariavelmente, no fim da sessão, a frase da mãe ansiosa: ela tem sempre a arte de fazer justamente o tipo de observação que não se deve fazer. Todavia, não adianta apressar as coisas num momento em que mãe e filho formam ainda um só corpo. Se nos opomos à mãe, criamos na criança uma angústia que nem sempre torna possível a continuação do tratamento. A única coisa a fazer é analisar com o filho e a mãe este tipo de observação, a fim de compreendermos o que ela significa para um e para outro.

Quanto ao débil de estrutura psicótica, encontramos mães que lembram as dos esquizofrênicos, as quais já aprendemos a conhecer; assim, corremos menor perigo de rejeitá-las porque sabemos melhor a que corresponde sua presença na própria condução do tratamento.

Tanto é verdade que o caminho que conduz ao sentido da debilidade passa primeiro pela senda dos pais, que, ao lidar com a análise das crianças débeis, fui logo de início levada ao mundo dos pais. Esclarecendo, ao nível dos pais, a situação do filho nas fantasias deles é que se chega a obter esse certo desprendimento que permitirá a análise do débil.

A propósito, será que podemos, aqui, falar verdadeiramente de análise?

Não se tratará, antes, de uma série de provações pelas quais *nós*, do nosso lugar de analista, temos que passar?

1) Em primeiro lugar, a *não-satisfação-integral* na maior parte dos casos de débeis não psicóticos ou perversos: o analista se aborrece em companhia de um paciente estúpido, de boa vontade, para quem o real e o simbólico são confundidos a tal ponto, que o humor só raramente lhe é acessível.

Com efeito, essa “realidade”, tão envolvente que se torna repulsiva na sua mediocridade, não é mais do que a carapaça que serve ao sujeito

para não perceber sua impotência — pois, se ele se sente impotente, torna-se automaticamente fóbico. No entanto, o que complica o trabalho é o conluio mãe-filho no interior dessa carapaça. Tocar na impotência do filho é tocar na falta de ser da mãe, provocando assim, muitas vezes, reações ao nível da realidade, na falta de mediador simbólico. Se a criança chega a uma certa passagem fóbica verbalizada na análise, está salva, pois uma nova ordem será introduzida: em vez de se encontrar na mãe, é fora dela que a criança partirá em busca de uma solução — e geralmente fará, a partir de então, o que for preciso para introduzir o pai no diálogo analítico. Mas a mãe nesse momento se achará tão isolada, que, muitas vezes, permanecerá para sempre guardiã de uma praça forte que não é mais do que um compromisso familiar no seio da neurose materna¹.

2) Muitas análises de débeis — voltarei a isso mais detidamente — permanecem *inacabadas*. O analista, nestes casos, contenta-se só com a *readaptação*. Tecnicamente, essas análises muitas vezes nem sequer começaram (o que a presença do analista modificou foi o tipo das relações intrafamiliares). O verdadeiro trabalho, do ponto de vista da análise, fica por fazer.

E é através das idéias de morte que este trabalho deve ser prosseguido, tanto é verdade que o sujeito só pode ter acesso aos símbolos se compreender a relação que existe entre o sentido do seu desejo e o homicídio.

Se é difícil para o débil falar nisso, é porque ele personifica, de certo modo, a morte, a negação, na sua conduta e no seu discurso. Ele é esta negação viva; é como tal que recorre à mãe e eterniza o seu desejo. A sua existência só pode assumir um sentido a partir dessa experiência. E, mesmo assim, ainda é preciso poder introduzi-la na palavra. Isto quer dizer que, geralmente, é necessário encontrar um analista bastante paciente para nada desejar, durante anos, e tornar-se enfim, para

1. Neurose de uma mãe que aceita mal uma verdadeira situação a três, em que o pai desempenha o papel de guardião da lei. A situação "a dois" às vezes provoca na mãe tais satisfações, que a evolução do filho chega a ser sentida por ela como uma perda de objeto, como se a criança deixasse uma parte do corpo materno. Não são raros os mecanismos de luto patológico nesses momentos em que surge a esperança de melhora do filho. Houve uma certa mãe que procurou uma instituição para débeis no dia em que recebeu a confirmação de que o filho se havia recuperado no plano intelectual: só a intervenção do pai pôde evitar que o filho voltasse ao estado de doença que, de fato, convinha à mãe.

o sujeito, mais morto do que ele próprio, de tal modo que a angústia possa enfim brotar².

Se na análise de adultos essa atitude é “natural”, ela é muito mais difícil de ser mantida numa análise de crianças, porque a criança tem sempre a alternativa de fazer os pais falarem em seu lugar. É no inconsciente dos pais que, muitas vezes, é preciso procurar o inconsciente da criança, para poder fazer com eles um trabalho determinado que torne possível o tratamento da criança. Isso equivale a criar uma situação em que finalmente seja concebível que a Verdade escondida por trás dos sintomas seja assumida pelo sujeito. Esta Verdade, tão difícil de atingir nos pais, às vezes confirma “segredos” que o filho não quer trair, com medo de sentir-se em risco de perdição. Por outras palavras, a criança é, nestes casos, o penhor vivo de uma mentira ao nível do casal.

Tocando nela, abala-se um edifício.

E é talvez diante dessa possibilidade de repercussões em cadeia que o analista se protege, declarando curada uma criança adaptada, mas que não chegou, no seu discurso, ao domínio do *eu*, na medida em que sua verdade ainda permanece alienada na verdade dos pais.

2. O sujeito tem que ultrapassar uma negação primitiva, em que o Outro está ausente, para chegar a uma possibilidade de identificação através do uso reencontrado da sua função imaginária. Trata-se, para ele, de passar do estado de objeto ao de sujeito; mas tornar-se sujeito comporta um risco — e pode acontecer que o paciente escolha “fazer-se de morto” ou então “petrificar” o analista pela inércia que opõe em tudo. Nestes casos, a debilidade mental encobrirá traços psicóticos ou uma neurose obsessiva grave? Essa é a pergunta que o analista é levado a fazer...

Capítulo 4

A relação fantasmática do filho com sua mãe

Vimos a que ponto a criança retardada e sua mãe formam, em certos momentos, um só corpo, o desejo de um confundindo-se tanto com o desejo do Outro¹, que os dois parecem viver uma única e mesma história. Essa história tem por suporte, no plano fantasmático, um corpo atingido, por assim dizer, por ferimentos idênticos que adquiriram uma marca significativa. O que na mãe não pôde ser resolvido ao nível da experiência de castração, vai ser vivido, como eco, pelo filho que, nos seus sintomas, muitas vezes não fará mais do que fazer “falar” a angústia materna.

1. A psicanálise freudiana caracteriza-se pela importância dada ao *desejo* na constituição do sujeito e do objeto.

J. Lacan faz notar que o desejo distingue-se da *necessidade* e da *demanda*. O desejo aparece vazio, como uma falta de ser, que subsiste enquanto falta, mesmo que a necessidade e a demanda sejam satisfeitas. A satisfação da necessidade apresenta-se então como um logro. A mãe, lograda na perspectiva da necessidade e da demanda, acredita escapar aos problemas do desejo empanturrando o filho com a “sopa sufocante daquilo que ele tem”, esquecendo “o que ele não tem” e “confundindo seus cuidados com a dádiva do seu amor”. (*La Psychanalyse*, vol. 5, Paris, P. J. F.)

A demanda (que é a articulação da necessidade e que corresponde ao nascimento mesmo da linguagem) está assim no ponto de partida da relação do filho com a mãe e das vicissitudes dessa relação.

Mireille tem 8 anos quando a trazem à consulta. O psiquiatra nota uma debilidade mental importante (Q. I.: 0,54); prescreve um tratamento de glutamina e aconselha uma orientação em classe de aperfeiçoamento.

A criança foi mandada embora da classe de aperfeiçoamento. Em seguida, faz-se uma reeducação ortofônica, mas sem qualquer êxito. É então que, como último recurso, o psicanalista é consultado.

Logo de início *Mireille* coloca seu problema: “Quem é *Mireille*?”

Ela chama o adulto de Argélia. A Argélia sempre tem nos bolsos um termômetro e injeções.

Propõe-se aos pais uma psicanálise. A mãe inicialmente a recusa: “Quando *Mireille* está comigo, não tenho medo.” “Se a senhora levar *Mireille*, eu não poderei viver.”

Ora, o que me conta *Mireille* como eco à angústia materna? “A menina faz coisas indecentes. Despiram-na. Comeram-na. Por isso a mãe ficou doente.” (Estas coisas indecentes é o modo como a mãe imagina a análise).

Mais tarde, no decorrer de um jogo, *Mireille* me traz o seguinte: “O que é que você espera por ter nascido? — pergunta o pai à filha. A menina não escuta o pai e sangra”.

Vemos já aqui que, no tratamento, *Mireille* e a mãe nunca poderão ser dissociadas. Uma vai sempre sentir-se envolvida pela outra. Para compreender o sentido dos sintomas da criança é nos pais que será preciso procurá-lo primeiro.

Na família de *Mireille*, apesar de o pai ser policial, é a mãe que é a lei. Mãe infantil e fóbica, que não existiu senão “colada” a imagens adultas que morreram sucessivamente. Órfã aos 20 anos, casou-se para as substituir: ela só podia viver presa a uma imagem adulta, cuja única função era preservá-la contra o medo.

Mireille, na ausência do pai, desempenha para a mãe esse papel contrafóbico. Se lhe tirarem *Mireille* e o marido, estarão tirando da mãe todas as suas defesas e ela se encontrará imediatamente em perigo. Tratando de *Mireille*, estaremos despertando a histeria da mãe.

Um drama lançou *Mireille* no círculo materno. Aos 5 anos, a criança foi atropelada por um carro. Nessa idade, *Mireille* se acreditava uma pessoa crescendo. A irrupção na realidade de uma imagem de corpo esmagado constituiu o começo do desencadeamento psicótico (mas os psiquiatras consultados não querem ver nisso mais do que um sinal de debilidade mental).

Desde esse dia *Mireille* fez-se chamar de Carole (nome da irmã mais nova não-esmagada, que, como tal, tinha o direito de crescer). *Mireille* ficou com um corpo que ela fantasiava como doente.

“Um corpo”, diz ela, “nunca é um corpo, mas pedaços que se entendem ou não se entendem.”

Este esmagamento na realidade — e não a um nível simbólico — impediu a criança, daí em diante, de enfrentar qualquer provação, ou seja, de passar pela “castração simbólica”, pois esta se chocaria contra um corpo que Mireille fantasiava como despedaçado e a colocaria imediatamente em perigo de esmagamento ou violação.

O acidente, em si mesmo traumatizante, sobrepôs-se, para a mãe, a uma história de violação vivida por ela na idade pré-púbere. A criança tinha que sofrer os seus efeitos: viveu esse drama da mãe no dia em que, na análise, foi solicitada a ficar na posição deitada. A criança teve uma crise de histeria (crise que não era a *sua*): “Estou com dor na perna, ela está quebrando. Não quero me tornar uma mulher pequena, quero ser uma mulher média, tenho medo de ser uma mulher pequena porque isso quer dizer que sou uma menina. Não quero ser uma mulher ridícula. Quando a gente se torna mulher muito cedo, a gente é fraca. É um mau hábito. Fazer amor enfraquece. É falta de educação. É preciso ser uma mulher de verdade”.

A criança, num discurso que faz eco às preocupações maternas, confia-nos o seu desejo de ter um ego. A imagem materna é sentida como a *coisa* do Pai, e nada mais.

No tratamento, será feito todo um trabalho com a criança, para situá-la em face dos irmãos, em face da mãe, num corpo que lhe seja próprio, com desejos diferentes daqueles da mãe. E a autonomia de que Mireille vai dar provas não deixará de influenciar a mãe, visto que esta intervém nesse momento do tratamento para o interromper. Ora, o que me diz precisamente a criança naquela sessão: “A mamãe quer Mireille assim, então por que mudar?”

Com efeito, por que mudar?

A função de Mireille não é justamente representar tudo o que nos pais não pôde tomar sentido, tudo o que neles não pôde ser simbolizado, por falta de ter sido submetido à lei? Tudo o que, enfim, nunca entrou numa dialética verbal (os pais sofreram ambos de uma carência paterna e viveram num meio feminino do qual toda imagem masculina era banida)?

Mireille é, por momentos, o divertimento dos pais.

Isso ela exprime com clareza numa sessão em que faz a seguinte descrição da mulher:

“Uma mulher é uma flor cortada, muito bonita, ela nunca murcha. O papai lhe dá de beber. A mulher-flor é o divertimento do papai.

“Ela não é capaz.

“O papai ama essa mulher-flor incapaz.

“Os filhos são capazes, porque são pequenos.

“Quando a gente cresce é que se torna incapaz de fazer o que é preciso.

“O único trabalho da mulher capaz é o dos filhos. Ela aprende no lugar deles.

“A mulher-flor nunca está no seu emprego. Não tem profissão.

“Os filhos têm desgosto de ter uma mãe assim.

“Isto me faz rir porque me faz pensar na mamãe.

“As mulheres”, acrescenta a criança, “são feias. É melhor ser uma gatinha. É mais gostoso. É bom ser desejável. A única coisa que importa é o divertimento.”

Com efeito, a mãe de Mireille é o dever encarnado (embora incapaz de qualquer trabalho manual). Ela é o aborrecimento, a respeitabilidade. Mas as fantasias dessa mãe são inteiramente centradas em torno de temas de violação. Às vezes ela se apresenta vestida exatamente à moda de uma moça de 1900. Nesses momentos, parece estar saindo de uma moldura, verdadeiro quadro vivo, com esta filha aérea participando do seu devaneio, as duas fora do tempo ou, antes, suspensas num tempo que não querem deixar passar. Mireille simboliza então para a mãe o desejo perdido.

Fazendo eco às dificuldades da mãe, Mireille, no interior da situação transferencial, parece sempre em perigo na sua relação com o Outro. Ela se defende de dois modos:

1) Ou atua numa conduta de pânico as fantasias de devoração materna, e há ansiedade. Mireille dá-nos assim a sua resposta². Por esta entrada na angústia, no decorrer do tratamento, não se pode dizer que se encontra uma palavra; *encontra-se em eco* a resposta da mãe à sua própria angústia.

2) Ou então, num acesso hipomaníaco, Mireille se faz de palhaço: em face do desejo do Outro, consegue não se sentir em perigo de ser suprimida, é o Outro que ela suprime; nesse tipo de sessões a criança inverte os papéis, caricatura a personagem do terapeuta, conduz-se como bobo do rei: o seu papel é divertir.

Enfrentar a Lei continua a ser para Mireille uma coisa impossível: nesses momentos, procura abrigo na loucura. Contudo, essa loucura foi sempre considerada pelo psiquiatra como a expressão da sua debilidade mental. Todos os anos são solicitados eletroencefalogramas para verificar os progressos de “maturação”. Os eletroencefalogramas são normais, mas uma certa crença numa possível organicidade faz com que, para-

2. A sua resposta quer dizer uma conduta psicótica, que serve para proteger o sujeito contra qualquer questionamento.

lamente à influência da análise, a ação do médico venha objetivar criança e pais numa doença que não é mais que a expressão de uma história familiar, de uma história que existia antes do nascimento de cada um dos autores do drama.

Relatei aqui um caso exemplar, para mostrar até que ponto a criança é tributária da saúde dos pais, até que ponto ela participa, mesmo sem que eles queiram, das dificuldades que eles próprios não conseguem superar. Vimos que o principal obstáculo contra o qual o débil se choca é a impossibilidade de enfrentar as provações — o que nós, analistas, chamamos “experiência de castração”. Essa fixação numa certa etapa de desenvolvimento muitas vezes já foi vivida sem sucesso por um dos pais. Eles acharam, à sua maneira, a solução imaginária para a falta de ser na qual estão mergulhados: para a mãe de Mireille, a sua fobia, a sua histeria, os seus receios de violação e de devoração.

Mireille, tragada pelo mundo materno, vive, por pessoa interposta, a insegurança da mãe. As fantasias de Mireille, como as da mãe, são uma busca de simbolização. Mas, para Mireille, a ausência de significante paterno deixa-a num mundo desprovido de sentido, num mundo em que a falta de ser nunca chega a ser completada.

“Sou uma coitadinha, ninguém pode fazer nada por mim, ninguém pode me pedir nada. A única coisa que tenho a fazer é brincar, é ser bonita.” Ela parece dizer: não estão vendo que só sou reconhecida pelos meus nesse papel?

Num caso desse gênero, debilidade e psicose se juntam — e por isso é importante, na condução do tratamento, receber ao mesmo tempo a mensagem do filho e a dos pais: o clima que favorece a eclosão psicótica existe antes mesmo do nascimento do filho. Desde a concepção, o indivíduo desempenha para a mãe um papel muito preciso no plano fantasmático; o seu destino já está traçado; será esse objeto sem desejos próprios, cujo único papel será preencher o vazio materno.

Ao procurar, através do tratamento, distinguir as fantasias do filho daquelas da mãe, eu levo o sujeito a assumir a sua própria história, em vez de permanecer alienado na história da mãe. A história da criança nem por isso deixa de ser uma história que se escalona por várias gerações. O nó do drama existe já ao nível dos avós.

Mas, vocês me perguntarão, não é a própria hereditariedade que você põe em evidência, através deste mal implacável, cuja origem remonta por vezes à terceira geração dos ascendentes?

Bem, acontece que pais *adotivos* patogênicos podem, exatamente do mesmo modo (numa certa relação fantasmática mãe-filho), criar uma situação psicotizante em que um se tornará débil e o outro superdotado.

Lembremos, em primeiro lugar, de que é feita esta relação fantasmática.

Para a mãe, real ou adotiva, existe um primeiro estado, semelhante ao sonho, em que ela deseja “um filho”; esse filho é, a princípio, uma espécie de evocação alucinatória de alguma coisa da sua própria infância, que foi perdida. A princípio, ela cria esse filho futuro sobre o traço da lembrança, uma lembrança na qual estão incluídos todos os ferimentos sofridos, expressos numa linguagem do coração ou do corpo (é assim que, nas mães de psicóticos, as diferentes etapas do embrião vão ser vividas no plano imaginário como um desenvolvimento de corpo parcial no interior delas mesmas). Esse filho, tão ardentemente desejado, quando nasce, isto é, quando a demanda se realiza, cria para a mãe a sua primeira decepção: ei-lo então, esse ser de carne — mas, separado dela; ora, a um nível inconsciente, era com uma espécie de fusão que a mãe sonhava.

E é a partir desse momento, com esse filho separado dela, que a mãe vai tentar reconstruir o seu sonho. A esse filho de carne vai-se sobrepor uma imagem fantasmática, que terá por papel reduzir a decepção fundamental da mãe (decepção que tem sua história na infância dela).

Desde então, é uma relação enganadora que se vai instituir entre mãe e filho — este último, na sua materialidade, sendo sempre para a mãe a significação de outra coisa.

Desde o início, a mãe vai enganar-se sobre o filho.

Esse desejo que, na mãe, vem da sua mais longínqua infância, desejo que lhe é revelado nos seus sonhos, mantém-se enquanto a demanda lhe é possível. Portanto, muito será solicitado da criança. Mas, à medida que ela responde à demanda materna, eis que o desejo se esvai. A construção da fantasia o substituirá, para lançar novamente a mãe no caminho que a conduz, numa espécie de miragem, à conquista de um objeto perdido. O filho tornar-se-á, à sua revelia, o suporte de alguma coisa de essencial nela, donde um mal-entendido fundamental entre mãe e filho.

O filho, destinado a preencher a falta de ser da mãe, não tem outra significação senão existir para ela e não para si próprio. Responder à demanda da mãe é, por assim dizer, criar sempre um mal-entendido, visto que, para além do que a mãe formula, é outra coisa que ela visa — mas ela não tem consciência disso. E a toda pretensão do filho à autonomia vai corresponder imediatamente o desaparecimento, para a mãe, do suporte fantasmático de que ela tem necessidade.

O que ela quer exatamente do filho?

Ela não sabe, ignora que sua demanda é o invólucro do seu desejo perdido.

E quando, numa tal perspectiva, a mãe, real ou adotiva, solicita do filho que seja inteligente, o que é que vai ocorrer?

Na medida em que, por trás da sua demanda, é de outra coisa que se trata, a criança permanecerá como uma sombra, tendo sido atribuído um lugar preciso à sua inteligência na fantasia materna. A relação mãe-filho vai estabelecer-se através de um prisma deformante. A criança não sabe que é chamada a desempenhar um papel para satisfazer o voto inconsciente da mãe (papel do superdotado, do débil, do doente). Sem o saber, ela é, de certo modo, “raptada” no desejo da mãe.

No caso da debilidade mental, a inteligência deficiente vai ocupar a mãe a tal ponto, que, diante dos outros, o que falta ao filho será sempre objetivado por ela. (É nele que alguma coisa falta e, enquanto a mãe estiver persuadida disso, a doença do filho irá dissimular a doença materna.)

Todo o desejo de despertar, por parte do filho, vai ser sistematicamente combatido pela mãe — até que ele acabe por se persuadir de que “não pode”. Em todo o caso, é na medida em que “não pode” que ele ocupa a mãe e é amado por ela.

Tais mães ficam plenamente satisfeitas quando outro filho consegue desempenhar para elas o papel de filho superdotado. Sem se darem bem conta disso, vão opor continuamente os dois filhos um ao outro; serão elas que criarão a relação de irmãos inimigos, relação que lhes permite manter intacto, em cada um deles, o suporte fantasmático de que elas têm necessidade. Chegarão até a criar, em cada um dos filhos, dons artificiais: um será dotado para a música, o outro para a pintura. Mas esses dons, em que elas os aprisionarão, servem apenas para marcar para o filho os seus limites e a sua impotência.

A noção de teste será empregada, utilizada abusivamente pela mãe, sempre para lembrar ao filho o que lhe falta.

Tive ocasião, num artigo publicado em *La Psychanalyse*, vol. IV, de falar de uma família adotiva, em que uma das crianças, *Jean M.*, se tinha fixado no papel de débil e em que o irmão, superdotado, também teve que ser tratado, devido à cura de J. M. Cada uma das crianças tinha a impressão de existir só para a mãe, isto é, de monopolizá-la pelos seus sintomas, a ponto de qualquer possibilidade de cura ser vislumbrada com pânico. A cura de J. M. marcou, com efeito, uma aproximação com o pai adotivo e uma ruptura com a mãe: “Felizmente me resta o pequeno”, confiou-me ela. Mas esse pequeno, superdotado, afundava-se pouco a pouco em desordens caracteriais de tal gravidade, que foi aconselhada uma hospitalização.

Tais mães podem, além disso, sustentar no filho doenças imaginárias, quer dizer, objetivar ao nível do corpo um defeito que encontra o seu sentido na mãe. Foi assim que, numa outra família, atribuiu-se à filha mais velha o papel de eterna doente; pesquisa de sífilis aos 6

anos, pesquisa de distúrbios da tireóide aos 9 anos, sapatos ortopédicos e colete *ad hoc* para a coluna vertebral. Mais tarde, pesquisas de distúrbios cardíacos.

Foi à custa de uma ruptura com a mãe que a filha conseguiu não se tornar hipocondríaca. Todavia, seus estudos no primário e no secundário sofreram os efeitos nefastos da fantasia materna. A filha devia ser de tal modo limitada nos estudos (limitada sobretudo em relação a uma filha mais nova que a mãe queria que fosse brilhante), que, devido à mudança de língua (deixara o país do pai pelo da mãe), esqueceu todas as noções adquiridas em aritmética e ficou sempre com dificuldades nessa matéria. Aliás, ela devia uma certa estabilidade, no início do seu desenvolvimento, apenas ao fato de ter sido educada na Ásia por uma ama indígena até ter a idade de 6 anos, fora de todas as projeções maternas.

A irmã mais nova, “brilhante”, era anoréxica e caracterial. Não tinha conhecido, na primeira infância, um período de estabilidade tão longo quanto a mais velha — e só pôde manter-se num equilíbrio relativo estando “contra” tudo o que vinha da mãe. Era o seu meio (desesperado) de obrigar a mãe a formar desejos fora dela. Essa inteligência manteve-se “brilhante” enquanto foi o reflexo do mundo fantasmático da mãe — e revelou-se impotente na adolescência, isto é, no momento em que a atividade intelectual só podia tomar um sentido em nome do sujeito. Nesse momento, a criança “largou” os estudos ao nível da 3.^a série*, com o acordo tácito da mãe, indiferente, em suma, ao sucesso intelectual, a partir do momento em que esse sucesso viria assinalar a separação entre mãe e filha.

Qualquer estudo da criança débil ficará incompleto enquanto o sentido da debilidade não for procurado primeiro na mãe. O estudo do tipo de relação fantasmática mãe-filho levaria talvez a precisar os fatores determinantes da escolha psicótica, psicossomática ou perversa.

Uma pesquisa do sentido da doença do filho na mãe não deve conduzir-nos necessariamente à conclusão simplista de que é a mãe que deve ser tratada. Trata-se, ao contrário, a partir de uma anamnese bem compreendida, de ajudar o filho a assumir no tratamento, em seu nome, a sua própria história, em vez de fazer suas as dificuldades de relação da mãe com a mãe dela, realizando assim, na sua neurose, o sentido fantasmático que ele pôde, ao nascer, assumir para a mãe. Quanto a saber se a mãe, na seqüência do tratamento do filho, teria necessidade, também ela, de ser tratada, é uma questão completamente diferente.

* Corresponde à 4.^a série do curso secundário.

Capítulo 5

O lugar da angústia no tratamento do débil

A situação analítica desemboca, mais cedo ou mais tarde, na angústia. Esta surge na relação transferencial: tem estreita relação com a maneira como o sujeito se situa em relação ao desejo do Outro.

Como, de fato, o analista não deseja nada, o sujeito acha-se confrontado, através das suas próprias projeções, com o seu próprio mundo fantasmático. E é precisamente a revelação da fantasia que é fonte de angústia. “Tenho de fugir, tenho medo dos seus picantes”, diz-me uma criança psicótica no momento em que exprime, em massa para modelar, um corpo fantasiado de violação a um nível oral: “Um pipi e uma aranha regalando-se com o seu pipi”.

O que caracteriza a situação de angústia é a impossibilidade, para o sujeito, de utilizar a palavra como mediadora. Quando consegue traduzir em palavras o que sente, já não há verdadeiramente angústia: uma comunicação pôde ser estabelecida.

Verifica-se uma falsa saída quando o indivíduo se serve da palavra — como acontece frequentemente — para exprimir o contrário daquilo de que se trata. É assim que a criança utiliza os pais provocando suas queixas, e que os próprios pais procuram, com as suas queixas, mascarar a angústia.

A função do analista é ser marcado em lugar deles; ele é, para cada um, o *lugar do Outro* de onde pode surgir a angústia.

A — A Angústia no Tratamento

O que acontece no decorrer do tratamento do débil chamado *sem* angústia? Quem vai suportar essa angústia e qual será o papel dela na relação transferencial analista-sujeito-pai?

O que caracteriza esse tipo de pacientes é que eles existem apenas como testemunhas de uma angústia que provocam.

É quando *Mireille* está de partida para os esportes de inverno sem a mãe, que esta julga receber de Deus, certa noite, uma mensagem que lhe diz respeito: “Se você deixar sua filha partir, acontecerá uma desgraça a ela”. E a angústia oprime-a no ventre; um ginecologista chamado em urgência fala em “neurose de angústia” e prescreve calmantes.

Essa crise é, na realidade, uma mensagem destinada a me atingir enquanto analista da filha. Mensagem que o pai é encarregado de me trazer: “A minha mulher está doente; desta vez não é chantagem, ela *sabe* que acontecerá uma desgraça e eu não quero ser o responsável por isso”. O que me vem pedir esse pai senão uma resposta à angústia que a mulher provoca e que ele não pode assumir sem ser também atingido?

E qual será a minha resposta senão a aceitação total de uma situação em que, pelo meu próprio lugar, deverei de certo modo ser ferida?

“Ai de você”, parecem dizer-me, “se alguma coisa acontecer a esta menina.”

A minha resposta foi:

— Deixem que ela vá.

Ela foi ouvida como uma ordem que permitiu ao pai reconhecer-se: seria ele quem cuidaria da aplicação da lei. A intransigência paterna teve como primeira consequência a dissolução da angústia na mãe, magicamente reasssegurada durante algum tempo. Os distúrbios psicossomáticos cessaram. Depois, tudo foi novamente colocado em questão, quando a filha voltou, para reingressar num internato após os esportes de inverno.

“A minha filhinha está feliz demais”, escreveu-me a mãe, “os irmãos e irmãs vão mal, o que prova que o seu lugar é entre nós. Eu só quero o Bem dela. Estou em perfeita saúde moral e é com toda a objetividade que lhe comunico a minha decisão de trazê-la para casa.”

De novo o marido teve por missão vir me culpabilizar. “A senhora tem certeza de que está com a razão? Tem certeza de que vai chegar a um resultado, e quando?”

De fato, onde estava a verdade? Com que direito eu podia fazer pressão? Era na minha confiança em mim que o pai vinha atingir-me e procurar-me.

O analista torna-se por vezes o substituto da criança, cuja ausência cria um vazio, apelo de angústia para cada um dos membros da família.

“O pequeno já não é nada desde que está sem a irmã, e está acontecendo mais ou menos o mesmo com todos”, diz-me o pai.

Completamente diferente foi a reação da família X., a quem a separação do filho *caracterial* (débil em consequência de uma encefalite vacinal) tinha causado um alívio tal, que o seu regresso foi vivido como uma desgraça. A criança mostrava-se ainda mais parasita e destruidora. A mãe não teve outra saída senão vir deprimir o analista: “Isso não adianta nada, está como no primeiro dia. Aliás, eu bato nele, queria que ele fosse embora”. Escutando a mãe, deixando-lhe a liberdade de fazer pelo filho o que achasse melhor, foi possível arranjar uma solução sensata: prosseguimento da terapia e manutenção na família.

“O Senhor enviou-me esta provação, é preciso que eu a aceite”, foi então a resposta da mãe.

A normalização das relações mãe-filho nasceu aqui pelo simples fato de o analista não ter culpabilizado a mãe no seu papel parental.

Certamente não foi por acaso que Deus foi invocado no momento em que a questão que se colocava para a mãe era: “O que mais quer de mim este filho, até onde chegará ele com a sua demanda, ou antes, o que há para além dela para que eu me sinta tão perdida?”

“Quem vai castrar o Outro?”, assim se poderia formular a angústia. “Eu não posso, apesar de tudo, ceder”, disse a mãe com um não sei quê de vergonha, como se ela se sentisse em perigo de não mais ser considerada uma boa mãe.

B — A Angústia na Interrupção do Tratamento

Foi a mesma angústia insustentável que a analista fez surgir, quando declarou a uma mãe de oligofrênico: “Acho que cheguei a um limite”. Ela revelava, com a sua própria dúvida, a dúvida da mãe quanto à curabilidade do filho. A idéia de retardamento sempre tinha sido rejeitada: a intervenção de um analista que não tinha uma fé à altura dos pais provocou o abandono do tratamento. O que a mãe vinha pedir era uma certeza, isto é, a afirmação, no discurso do Outro, da mentira dela.

Colocar em questão o que devia, do ponto de vista da mãe, ficar fora de alcance, só podia desencadear a fuga de sua parte; ela recuava diante de uma imagem que não podia reconhecer sem se sentir, ela própria, imediatamente em perigo, a um nível narcísico.

A angústia, era a criança que vivia. Ela sentia-se permanentemente destruidora ou parasita do adulto. "As mães são dos meninos. Eu, *Gérard*, é menina e o papai trabalha para a mãe."

O pai acumulava a mãe de dinheiro, *Gérard* a preenchia de outro modo, absorvendo todos os seus instantes. E, para ela, a referência ao terceiro tanto não devia existir, que não suportou a provação da psicoterapia — talvez porque o analista não tenha sabido compreender a tempo a importância simbólica da quietude materna.

Serena, esta mãe desejava continuar a sê-lo — com a condição de que o analista assumisse sozinho o peso da dúvida e do medo. O seu papel, nos casos de crianças muito atingidas, é verdadeiramente o de assumir a angústia dos pais. Esta angústia é misturada com culpabilidade — por acaso não é preciso um culpado para explicar a anomalia do filho?

É isso, de fato, que os pais, depois de muitos rodeios, vêm finalmente solicitar. Enquanto o insucesso de um tratamento pode ser imputável a alguém, a esperança subsiste. Curiosamente, é no momento em que tudo enfim parece possível (foram encontrados a escola ideal e o terapeuta) que a mãe se permite recuar e passa por um episódio depressivo, no decorrer do qual o Outro é visado. É então que a angústia do analista é procurada e se tenta ultrapassar a situação tendo em vista o amor de Deus: é preciso que tudo isso tenha um sentido, o sofrimento só é suportável se puder ser dado como expiação ou sublimado.

C — A Angústia na Cura

Uma etapa angustiante no tratamento de uma criança débil é o momento em que a "cura" pode ser vislumbrada. É a propósito desta possibilidade de saída "feliz" que, na família, tudo vai ser novamente colocado em questão. Ainda aqui o analista enfrenta uma situação ansiógena, que às vezes ele tenta evitar aceitando a suspensão prematura do tratamento solicitada pelos pais. Ele sempre subestima, nesses casos, o papel que continua a desempenhar na fantasia materna "a falta do filho", justamente no momento em que há o risco de que ele não falte mais. . .

Muitas análises interrompidas cedo demais deixam o sujeito, de fato, no limiar de uma neurose obsessiva. Deixa-se uma criança aparentemente "readaptada", para reencontrar, 3 ou 4 anos depois, um adolescente paralisado, anulando qualquer demanda, retirado numa torre de marfim, ao abrigo da angústia que, todavia, subsiste, num estado de dependência total em relação ao Outro.

A transferência não foi analisada com a profundidade suficiente; foi incluída, suspensa, na fantasia do paciente. Então, toda a atividade do tratamento limitou-se a uma ajuda sugestiva numa relação imaginá-

ria. O que faltou foi a verdadeira abertura psicanalítica sobre aquilo que constitui, para o sujeito, demanda e desejo. É na medida em que nenhuma solução foi dada a esse problema que há o perigo de aparecer a rigidez obsessiva.

O analista de crianças — talvez principalmente a mulher — facilmente deixa o cliente partir, pronto a decretar o término de um tratamento, se o sujeito manifestar esse desejo. Tomando ao pé da letra, cedo demais, um desejo de evolução (associado ao sucesso escolar), passa-se ao lado da angústia que está lá escondida no pedido. O sujeito, enfrentando-a sozinho, corre o risco, então, de mascarar-la — donde o impasse a que chegam análises aparentemente bem sucedidas, quer se trate de débeis ditos sem angústia ou de débeis ansiosos tornados aparentemente tranqüilos, “disponíveis”. A brevidade do tratamento deixa muitas vezes em suspenso um problema mais profundo, mascarado até então por um sintoma; este desaparece, o verdadeiro problema fica, mas só reaparecerá mais tarde, incluído numa neurose obsessiva.

O que não foi suficientemente esclarecido na transferência foi o papel desempenhado pelo analista como objeto parcial na fantasia da criança. É por desconhecer a função do analista a este nível que se correm sérios riscos ao interromper precocemente um tratamento. Pois, a partir desse momento, o sujeito vai deixar-nos a sua pergunta e a sua angústia de castração, tomando o caminho da “estupidez neurótica”, descrita por Freud como mecanismo de defesa. Esta parece estar, de fato, em relação estreita com a ausência de simbolização suficiente, por parte do sujeito, de tudo o que se relaciona com a falta. Ausência de simbolização também por parte do analista que, deixando-se cair na armadilha de uma “realidade”, deixa escapar uma peça mestra da articulação do desejo nas suas metamorfoses.

Se a menina se defende no fim do tratamento contra uma depressão que é, muitas vezes, da ordem de um luto, o menino evita tudo o que na análise possa evocar o problema do confronto com o Pai. Estabelecer-se-á então um *status quo* — a partir daquilo que, na transferência, foi assimilado pelo sujeito com a interiorização do objeto bom, no caso o analista. A este, o doente oferecerá como presente o seu êxito escolar ou o abandono de um sintoma.

Ora, o analista, tal como os pais, muitas vezes não exige mais. Com efeito, a rapidez do tratamento constitui para ele um elemento gratificante a não ser negligenciado.

Mas a interrupção da análise neste ponto deixa de tal modo o sujeito em luta com sua questão fundamental, que, nos casos dos débeis, o saldo do tratamento é uma suspensão do desenvolvimento intelectual, um retorno aos bloqueios do início — seria mais exato dizer uma trans-

formação dos sintomas, no sentido de uma adaptação superficial, destinada a mascarar uma "estupidez neurótica"¹.

Esta interrupção, *a pedido* dos pais e da criança, implica o risco de deixar o sujeito em luta, não com o problema da cura, mas com o de uma recusa de curar verdadeiramente, isto é, ele vai ficar bonzinho, insuficientemente crítico e não muito ansioso, para, assim, contentar os que o cercam, que extraem disso um benefício narcísico e não são atingidos pela depressão ou a reivindicação do sujeito, tal como podem apresentar-se num fim de análise.

De resto, devemos perguntar-nos se o limite máximo de cura numa criança muito atingida não corresponde ao que ele julga que aqueles que a rodeiam podem suportar. Certas inteligências fecundas param, no decorrer da evolução, para se moldarem, por culpabilidade, de acordo com a inibição dos adultos que a cercam.

Encontramos essas crianças, mais tarde, "apagadas", desprovidas até da originalidade que lhes conferia a sua neurose. A sua "não-aptidão para saber" terá sido, nesse meio tempo, resolvida por uma orientação escolar precoce, no sentido da sua inibição. De crianças-"problema" transformaram-se em adolescentes medíocres. Se os pais têm a satisfação de ter um filho "fácil", este último abandonou, para si mesmo, qualquer questionamento que pudesse colocar em questão os pais, Deus, o mundo; ele fez seu, de certa forma, o superego dos pais.

Pode-se perguntar se o melhor prognóstico de evolução, depois de um tratamento analítico, não se coloca a partir daquilo que tem de quase crucial ou dramático a última parte do tratamento (através da angústia de morte). Os casos "graves" têm assim mais possibilidades de se curar completamente (sobretudo se a família não os suporta) do que os casos médios, "recuperados" pela família com a cumplicidade do analista, que se conforma com a gratificação por um sucesso.

O que me impressiona nos dois casos é a maneira como o trabalho psicanalítico vai ser, em seguida, completamente escotomizado pela criança.

Aos 18 anos, "esqueceu" esse período da sua infância, conservando apenas a vaga recordação de "desenhos feitos com uma senhora". Certas orientações (fazer-se psiquiatra) foram, no entanto, inconscientemente motivadas por aquilo que resta de elementos transferenciais disponíveis para uma sublimação bem-sucedida.

1. A ignorância do sujeito *antes* do tratamento dissimulava às vezes traços de gênio, tão pronto estava a captar a sua Verdade, a tocar com o dedo o próprio nó do drama familiar. E a interrupção de análise faz-se quase sempre com base na esperança dada por uma personalidade que se busca. Mas se a interrupção for prematura, o que sucederá será uma mediocridade sem brilho.

Se este elemento residual da transferência permaneceu não simbolizável, os efeitos do tratamento cessam ao mesmo tempo que a presença do analista.

O sujeito, nesses casos, desenvolve mecanismos de isolamento dos afetos, que tornam muito problemático qualquer sucesso de um tratamento posterior. Se o tratamento não o tornou verdadeiramente autônomo, ele corre o risco de ser apanhado, de novo, no círculo da dependência materna. Eis uma das respostas obtidas numa enquete...

“O meu filho tornou-se muito agradável, apático, atencioso, calmo. Percebe que é retardado e sofre por isso. Parece não ter ambições e nem necessidades — e só é feliz perto de nós e dos nossos amigos.”

A suspensão dessa psicoterapia tinha sido um erro, devido em parte à atitude contratransferencial do analista, que tinha interrompido o tratamento a tempo de não ser atingido, ele próprio, pelas reivindicações e angústias maternas. Esta criança “emprestada” pela mãe à “Senhora” tinha sido devolvida por esta, a pedido daquela: assim, a criança estava reduzida, entre as duas, ao estado de objeto de troca sem que nunca o pai se manifestasse senão dando carta branca à mãe.

Eis um outro tipo de resposta, a respeito de uma criança cujo tratamento tinha sido interrompido a pedido da mãe, com o acordo do analista. Se o tratamento tinha proporcionado ao sujeito um sucesso completo no plano escolar, tinha-o deixado, no entanto, num estado de dependência em face do adulto:

“A transformação iniciada com a senhora continua. A criança percebe que tudo o que lhe peço é para seu próprio bem, atual e futuro. Está se desenvolvendo, e guarda uma ótima lembrança das sessões com a senhora, porque a senhora foi a primeira a fazê-la sair de si mesma”.

Como essa mãe sabe que o filho guardou uma lembrança tão boa do tratamento, senão pelo fato de que mãe e filho formam um só corpo? Por ter tomado ao pé da letra o pedido de interrupção do tratamento, o analista, ainda aqui, faltou à sua verdadeira missão, que é mais a de inserir a criança no jogo do significante do que adaptá-la à simples “realidade”.

Porque a criança fica, ao mesmo tempo, prisioneira de uma relação imaginária e suficientemente liberada para um sucesso escolar; e, na medida em que esse sucesso é ainda trabalho da mãe, não podemos prever o que acontecerá em seguida no plano sexual e no plano do sucesso profissional adulto. Na medida em que a criança, pelo seu sintoma, constitui para a mãe uma espécie de garantia contra a sua própria angústia, o tratamento não terminou. Mãe e filho têm que concluir uma evolução para uma autonomia recíproca. Se a mãe não é ajudada a poder aceitá-la, ela acaba por permanecer senhora única do destino do filho.

“Se terminamos o tratamento”, escreve-me outra mãe, “é porque meu filho não quis mais prestar-se a ele, afirmando ter compreendido melhor os seus deveres futuros. Voltou a ser afetuoso e aberto. O seu grande atraso em francês, sua grande emotividade, talvez façam com que seja malsucedido. Nesse caso, recorrerei aos seus bons conselhos.

Aqui, também, o tratamento analítico foi assimilado pela mãe como uma ajuda estritamente moral e educativa. No momento em que as dificuldades caracteriais desapareceram, faz-se um lugar para a criança na família, apesar do risco de fracasso claramente vislumbrado. É a mãe que tem a última palavra.

No caso dos *débeis ansiosos*, há o risco de que a terapia seja interrompida quando não houver mais distúrbios caracteriais: aceitando a suspensão do tratamento nesse momento, o analista devolve para o círculo materno um doente cujas defesas se desmoronaram, mas que não está bastante amadurecido para se desenvolver por conta própria.

Nos casos de *débeis ditos sem angústia*, o risco de suspensão do tratamento é muito menor com uma mãe rejeitadora. O perigo subsiste com uma mãe superprotetora, para quem a evolução do filho é a expressão da castração dela. “Desde que ele partiu”, disse-me uma mãe, “sinto em mim um vazio, já não sei o que fazer de mim mesma, estou completamente perdida.”

Já dissemos que a criança, na sua enfermidade, às vezes protege o adulto contra a loucura ou o desespero, donde a necessidade, para o analista, de se encarregar verdadeiramente da família, que, se não se sentir suficientemente ajudada, “retomará” a criança, pretendendo que ela esteja curada, quando, na realidade, a sua estrutura psicopática ficou imutável.

“Se é assim”, disse-me um pai a cujos problemas o analista parecia muito pouco atento, “não vou mais lhe dar a minha filha. Aliás, eu e a minha mulher achamos que ela teve muita sorte, leva uma vida privilegiada, é feliz, e não podemos admitir isso.”

Muitas vezes esquecemo-nos de que, quando tocamos uma criança, tocamos justamente aquilo que existia como germe patogênico, antes mesmo do seu nascimento. Mudando a relação do sujeito ao mundo, chocamo-nos infalivelmente contra os adultos que, por suas próprias dificuldades, criaram na criança esse tipo perturbado de relação. É preciso que adultos possam aceitar a cura daquela que, pela sua doença, veda a ferida dos pais.

“O que seria de *Henri* se ele tomasse gosto pela vida?”, dizia-me uma mãe bem intencionada, preferindo a idéia de internamento à de continuar um tratamento, que implicaria o risco de despertar no filho idéias de casamento. (Esse filho, Q. I. 0,80, considerado como um importuno, mostrava-se na vida, em resposta à demanda materna, um

grande débil, completamente inexistente, perdido nos abismos de um masoquismo total.)

A angústia continua existindo. Suportada pela criança que a exprime em distúrbios caracteriais, vivida pela mãe que se serve do filho para mascará-la — ou utilizada pela criança como único modo de relação possível, visando o surgimento da angústia no Outro.

O analista não pode deixar de estar em luta com a angústia — a menos que suspenda o tratamento, como é muitas vezes o caso, no momento preciso em que ela vai adquirir um sentido no diálogo analítico.

A criança pode utilizar a mãe de modo que ela o subtraia a um confronto penoso, tal como a mãe pode sentir-se ameaçada através da provação vivida pelo filho. O analista, quer queira quer não, estará sempre, num dado momento, em luta com os pais, isto é, será alvo de um estilo de relação que não deixará de despertar nele as suas próprias defesas. Ora, é preciso que ele possa ser atingido pela angústia que o Outro procura provocar nele, que ele a assuma, para permitir o prosseguimento do tratamento.

Capítulo 6

O problema da resistência na psicanálise das crianças retardadas

Freud indicou na sua obra o lugar que ocupa a *resistência* num tratamento psicanalítico.

Mostrou-nos como se deve utilizá-la para fazer surgir a verdade através das distorções do discurso. A palavra do sujeito deve livrar-se da mentira na qual se imobilizou. É preciso que o analista possa ir além da linguagem objetivante, anônima, para conduzir o paciente “à linguagem do seu desejo, isto é, à linguagem primeira, na qual, para além daquilo que nos diz dele, já nos fala sem o saber, e, antes de tudo, nos símbolos do sintoma”¹.

O psicanalista acha-se então, a maior parte das vezes, diante de um enigma a ser decifrado. É através de uma mentira, disse eu, que a verdade pode ser reencontrada; mas é necessário também procurá-la onde ela está escrita.

Ao tratar, neste capítulo, da resistência do sujeito, seguirei passo a passo uma construção difícil, cansativa, com o fim de colocar em questão não só a sua fuga, mas também a minha (a expressão de uma

1. J. Lacan: “La Parole et le Langage en Psychanalyse”, in *La Psychanalyse*, vol. I, Paris, P. U. F.

falta de confiança em mim ou na psicanálise). É *do lugar do Outro* que vou procurar o que pode constituir-nos, a um e a outro, como sujeito².

Colocar em questão a nossa resposta, introduzindo-nos na linguagem do nosso desejo, vai permitir-nos esclarecer o que pode parecer incompreensível numa conduta, ou obscuro num discurso.

A — Uma Resistência dos Pais

Se, na psicanálise de adultos, a resistência se manifesta por queixas que constituem um obstáculo ao desvendamento da fantasia, na psicanálise de crianças é o *ego da mãe* que freqüentemente virá interromper o progresso, antes que a fantasia se desvende. É, portanto, na mãe que a angústia vai surgir primeiro.

No tratamento de Mireille, a frase “Não posso mais viver” será pronunciada pela mãe antes de ser vivida pela filha. Curiosamente, é a mãe que, neste caso, vai introduzir a sua *resistência* no momento preciso em que, no tratamento, a criança estará a ponto de exteriorizar as fantasias de violação da mãe e a histeria materna.

Se o filho, como nos diz Lacan, é a falta da mãe, o que acontece no caso de retardamento, em que ele é *verdadeiramente falta*? Vimos até que ponto é em torno dessa falta que se cristalizará a demanda da mãe em todas as consultas médicas. A angústia da mãe é, de certo modo, mascarada pela preocupação de ter que “pôr qualquer coisa onde não há nada”, para retomar os próprios termos de uma dessas mães.

Mas o que acontecerá no dia em que a falta deixar de faltar? A mãe (ou o pai) irá manifestar então, através do seu desnorteio, o seu próprio problema de castração, mascarado até então pelo filho que tinha a missão de o significar. A cura do filho pode, em casos extremos, significar a morte de um dos pais.

Já tive ocasião³ de citar a resposta desta criança de 12 anos à pergunta do médico:

— O Doutor pode curar você e tornar você inteligente. Quer tentar?

— É preciso pedir a Deus, responde a criança.

— Então peça.

— Bem, Deus diz que posso trabalhar com o Doutor, mas eu não quero, porque a mamãe só tem a mim para viver.

2. Retomarei aqui, algumas vezes, exemplos utilizados no capítulo anterior para ilustrar a angústia no tratamento — refiro-me a *Mireille e Gérard*, o oligofrênico — a fim de extrair agora o seu sentido. Este sentido será por vezes a revelação dos meus erros. É a partir de faltas por mim cometidas que posso comunicar as reflexões que se seguem sobre a condução de um tratamento.

3. “La Psychothérapie des débiles”, in *La Psychanalyse*, vol. V, Paris, P. U. F.

Nem sempre a criança pode fazer essa advertência e nem o analista avaliar o seu perigo. Foi assim que se iniciou a análise de *Gilles*, grande oligofrênico, apenas com o consentimento por escrito do pai (que invocou razões de trabalho para nunca ir até o analista do filho). Anamnese normal, casal unido e aparentemente sem história. Três meses depois do início do tratamento, *suicídio do pai*. Foi só a partir desse acontecimento que se pôde fazer o esclarecimento psicanalítico do caso e que eu fiquei sabendo o que se segue:

1) Gilles tinha sido, na realidade, perturbado desde o nascimento por um pai que só suportava o filho na medida *em que este se fazia de morto*.

2) Esse pai tinha sido também, de certo modo, o objeto parcial da sua própria mãe, grande melancólica. Ele a consolava por ter um marido que ela desvalorizava. Em seguida, tinha enchido de dinheiro essa mãe sempre insatisfeita e depressiva. Durante a sua infância, tinha-se criado uma relação muito particular entre os dois: ele deveria continuamente “enchê-la” de satisfação — sem nunca o conseguir, evidentemente, pois ela estava, pelo seu estado patológico, condenada a ficar sempre insatisfeita. Pelo menos ele se tornou aquele que, pela sua presença, neutralizava a angústia. Mas era uma presença de “objeto para encher a mãe de satisfação”, mais do que uma presença de ser humano autônomo — porque a sua autonomia teria sido vivida por ela como uma perda (como a perda de um objeto ao qual nos apegamos) ou mesmo como uma amputação de uma parte do seu corpo.

3) Ele havia encontrado na mulher o mesmo esquema familiar, chocando-se contra o mesmo tabu de castas. Ela era, de fato, de uma família abastada, superior à sua. Tinha procurado relações exclusivas com ela, brigando com os sogros, e tinha ficado arrasado quando a mulher lhe anunciou que estava grávida. Ele lhe disse: “Eu não posso suportar a idéia de fazer um ser vivo”.

O pai de Gilles não estava portanto, por sua história, preparado para assumir um papel de chefe de família. O que ele necessitava era uma imagem materna para encher de satisfações, mas de satisfações que não produzissem fruto e que, sobretudo, fossem desprovidas de qualquer sentido simbólico. Fazer um ser vivo era introduzir um terceiro termo na sua relação com a mulher. Era entrar forçado numa dimensão de relação humana não suportável, tão carregada estava de angústia.

A princípio, Gilles só podia ser tolerado sob a condição de não existir. O leite materno veiculou durante o maior tempo possível uma dose bastante grande de sonífero.

O retardamento do desenvolvimento inicial permitiu, de certa forma, que se mantivesse velada a angústia dos pais. Quando, finalmente,

se deu o desenvolvimento motor, o pai não pôde suportá-lo e desenvolveu um delírio de perseguição que terminou num suicídio diretamente relacionado com o tratamento que dava ao filho uma possibilidade de cura.

No trabalho psicanalítico, o diálogo estabeleceu-se ao nível mesmo da recusa da criança, ao nível mesmo da sua ausência. Desde o início, todo o material trazido por Gilles girou em torno da cena primitiva.

Nas fantasias que nos trouxe, a criança mostrava-nos que caso se *identificasse* com o pai, receberia dele um sexo não fecundo. Caso se *identificasse com a mãe*, receberia do pai a morte.

Como nascer dessa morte? Esta iria ser a própria questão do tratamento.

Mas ao tentar tornar viva uma criança ligada ao genitor patogênico, o analista não poderá deixar de precipitar o surgimento de um ato não controlável por ele. O que falta à criança, aqui, nada mais é do que a garantia da função do pai. Tocando nisso, vai-se colocar o pai, de um modo brutal, em face do seu próprio problema de castração — e nós vimos que, não podendo vivê-lo a um nível simbólico, é na sua realidade corporal que ele vai encontrá-lo, ao se suprimir.

O que significa para os pais a cura do filho? É uma pergunta que a criança pode fazer a si mesma quando embarca na aventura psicanalítica — mas seria prudente que o analista a fizesse a si mesmo antes da criança, a fim de estar menos desprevenido diante das reações dos pais, ou até mesmo para estabelecer um prognóstico sobre o grau de tolerância dos pais à análise.

Alain, débil encoprético, traz o seguinte sonho: “O papai pede a minha coisa para curar a mamãe, que sofreu um acidente”.

A mãe, castradora dos machos, tinha necessidade desse filho encoprético e débil, para instaurar nele uma falta significativa. Curando o filho, era contra a resistência da mãe que nos iríamos chocar. E a criança previa-o neste sonho em que o pai parecia implorar-lhe que guardasse a sua “coisa” só para ele.

Existem assim famílias em que todos os meninos são débeis (Q. I. entre 0,60 e 0,70) e não-tratáveis, porque, segundo uma dessas mães, “É só junto dos pais e sob a sua influência que eles podem encontrar a felicidade”.

O filho não desejado torna-se aquele que depois suporta amor demais ou ódio demais. Nos dois casos, desenvolve-se uma situação masoquista, que não pode ser ignorada, sendo a missão da criança chamar a si a angústia dos pais. Esse chamamento não é mais do que uma bargem contraposta ao perigo de ver surgir a “verdadeira” angústia, que não se quer.

Ao tocar a criança toca-se, portanto, uma certa forma de equilíbrio, entre pais e filhos.

O que mais importa, na minha opinião, não é a procura de uma especificidade de estrutura no débil: com efeito, creio que sob o rótulo de retardamento pode-se encontrar todo o leque da neurose, da psicose e da perversão — com a diferença de que a neurose oferecerá aqui sempre um caráter de gravidade incomum. A gravidade da doença depende essencialmente do sistema de relações no qual o débil está envolvido.

E é na situação psicanalítica que essa questão vai aparecer mais nitidamente. Vamos tentar ver como, retomando exemplos citados acima.

B — Resistência e Interrupção do Tratamento

Na página 48, qual foi o erro de técnica que provocou a interrupção do tratamento de Gérard?

Recapitulemos a situação.

Trata-se de uma criança oligofrênica. Realiza-se uma psicoterapia experimental com uma duração de três meses. Os pais deveriam procurar novamente o médico analista que aconselhou o tratamento, a fim de saber se é preciso ou não continuar a experiência. Ao fim deste prazo, o analista avisa à mãe que a data da consulta se aproxima e que ele vai enviar o balanço do trabalho efetuado. Ele lhe comunica a sua dúvida: “Creio que cheguei a um limite, mas se o médico acha que se deve continuar, eu concordo”. Essa observação provoca uma ruptura, de forma bastante brutal. Por quê?

Porque a mãe, tão forte na aparência, tão serena em sua confiança em si, edificou a sua força sobre a seguinte ambigüidade:

“Eu sou Onipotente,

Eu não sou Onipotente.”

e projetou essa ambigüidade sobre o analista do filho.

1) Ela dá o filho que é a *sua falta*. O analista passa a *ser* desde então a falta que o objeto da angústia da mãe vai completar. Assim, a mãe erige o analista em *Onipotência*.

2) Todavia, se o analista é *Onipotência*, a mãe já não tem função, já não pode dar o objeto da sua angústia. Portanto, é preciso que o analista seja também um personagem *não Onipotente*. E a esta frase inconfessada, a mãe vai reservar um lugar.

Se o analista tivesse dito: “Posso tentar sempre”, teria satisfeito este voto inconfessado: “Ele não é Onipotente”, e a mãe teria podido então dotá-lo de Potência, dando-lhe o objeto da angústia dela. Ao mesmo tempo a mãe dominava o analista.

Ao dizer à mãe: “Creio que cheguei a um limite”, o analista deveria, em suma, satisfazer a mãe, se o voto desta: *ele não é Onipotente*.

fosse consciente. Mas como justamente não o era, o analista, com essa frase, entra no jogo da revelação da fantasia, donde o pânico e a ruptura. Dizer à mãe: "*Eu não sou Onipotente*", é o mesmo que dizer-lhe: a senhora não é Onipotente; em outras palavras, mostrando-me castrada, eu a castro.

O que significa esta resposta em relação à experiência de castração? Que eu obrigo a mãe a passar do plano da castração imaginária à verdadeira castração. A minha resposta equivale a dizer: "A senhora não é nada para mim, eu não corro atrás do seu filho".

Se o analista assume no tratamento a castração simbólica⁴, a análise, todavia, só é possível caso ele aceite hospedar nele o objeto da angústia da mãe, cabendo-lhe mostrar o sentido que isso pode ter para ela. Ora, na frase: "*Creio que cheguei a um limite*", há como que uma recusa de ser o lugar da angústia do Outro. E, curiosamente, esta afirmação por parte do analista vai deixar na mãe, insatisfeita, a dupla posição contraditória e coexistente.

A Onipotência implicada no meu veredicto não vai passar pela mãe, visto que não faço questão do seu menino. Portanto, na hipótese de eu manter a minha Onipotência, é dela que a estou tirando.

E se é *a minha impotência* que eu exprimo, trata-se de uma falta técnica não partilhável numa relação afetiva. Ao mesmo tempo, anulo-me no mundo fantasmático da mãe.

A castração só pode, portanto, ser assumida pela mãe se a provação que ela comporta tiver lugar no Outro. Qualquer palavra do analista, puramente profissional e simbólica, corre o risco, assim, de ter efeitos imaginários que conduzam à suspensão do tratamento.

Se no exemplo de *Mireille* (página 46) não se deu a ruptura, é porque a pergunta do Pai: "A senhora tem certeza de estar com a razão? Tem certeza de que vai chegar a um resultado, e quando?" ficou sem resposta. O pai procurava provocar-me, mostrar-me onipotente (quer dizer, tentava incluir em mim a sua filha como objeto de amor e angústia) a fim de me surpreender, de certo modo, numa posição em que eu ignoraria a lei.

4. *Assumir a castração simbólica*: trata-se de uma expressão muito imperfeita, em uso no mundo psicanalítico, difícil de traduzir: de fato, não se assume nunca a castração; mas num momento do seu desenvolvimento, o sujeito é capaz de compreender que a experiência que tem que viver não comporta para ele um risco de amputação corporal. É no momento em que aquilo que está implicado na ameaça de castração já não põe o corpo em jogo, que nós entramos numa dialética verbal. Este momento corresponde para o indivíduo à entrada no mundo simbólico (isto é, ele deixa uma relação imaginária dual ameaçadora, aceitando a intrusão de um terceiro termo que é entre outros o nome do pai no momento do Édipo).

Mas eu aleguei justamente a fidelidade à lei (na medida em que foi o regulamento interno da instituição de crianças o que se invocou como motivo necessário para a sua partida para os esportes de inverno).

Verifiquei depois que o pai queria deixar-me ser a guardiã da lei, na medida mesmo em que ele podia deixar-me o objeto da sua angústia, quer dizer, o problema das suas relações sexuais com a mulher.

A singularidade da análise de crianças reside no fato de serem os pais, mais do que os filhos, que põem o analista à prova como guardião da lei — mas isso obriga-os a deixar a sua angústia, pois senão não teriam necessidade, pelo filho, de colocar um analista no circuito. . .

Nos tratamentos de crianças débeis, é importante compreender até que ponto os pais estão escravizados à sua demanda, na medida em que o filho materializa por demais a falta — donde as formas graves que pode tomar, para certas crianças, o dano da debilidade. Basta por vezes uma deficiência ligeira para precipitar uma evolução neurótica grave e fazer aparecer um comportamento extremamente débil, que nenhum teste justifica — tal como uma deficiência séria pode ser agravada mais ainda pela resposta materna, e desembocar numa estrutura psicótica sobreposta.

Freqüentemente a criança débil defronta, nos pais, o indefrontável — que não é mais que a morte dela. Se quisermos apreender no débil algo como uma estrutura, é isso mesmo que vamos encontrar. Quer se trate do voto de morte transformado em amor sublime, no caso de uma criança muito atingida (que reage por um entorpecimento fóbico sobreposto ao retardamento), ou de uma rejeição materna, que dá à criança ligeiramente deficiente o aspecto de um grande retardamento, visto que ela não se sente no direito de existir senão se fazendo de morta; quer se trate do drama próprio dos pais com os seus ascendentes, drama que cria neles o pânico quando são obrigados a assumir por sua vez o papel de pais — ou quer se trate, enfim, de um acidente mortal no qual a criança acreditou participar. . .

Em todos os casos, a função do filho é ser esse objeto fantasmático que protege os pais contra a revelação do próprio nó da sua neurose. Tirar esse objeto de queixa que constitui o filho doente representa tocar nas defesas dos pais e pô-los em face de alguma coisa tão insustentável, que alguns reagem a isso recorrendo ao suicídio.

No caso de *Gilles* (página 57), a cura significava para o pai a denúncia da sua relação incestuosa inconsciente. Depois de ter ameaçado os seus de homicídio, enforcou-se. “Nós somos malditos”, dissera ele dias antes de morrer. Enquanto Gilles permanecia um morto-vivo, o pai não se sentia ameaçado por um confronto homossexual. No dia em que Gilles

deixou de estar paralisado pelo entorpecimento fóbico, o pai desenvolveu um delírio de perseguição⁵.

A retirada do objeto de sua queixa vai colocar a mãe em face das suas próprias idéias suicidas. O filho, ao se curar, vai afetar o equilíbrio do casal, artificialmente mantido por essa mentira, da qual o filho era o penhor. Ao ignorar esse papel característico desempenhado pela doença da criança débil na saúde dos pais, corremos o risco de fazer explodir neles, imprudentemente, as defesas que os protegiam contra a angústia ou a loucura.

É por isso que aqui, mais do que em qualquer outro caso, impõe-se ao terapeuta a necessidade de receber as mensagens dos pais, os quais

5. A dificuldade em abordar uma situação triangular deixa o pai de Gilles num perigo permanente de fascinação pela imagem do Outro; a exacerbação de uma relação essencialmente dual traduzia-se por crises de violência. Só a aceitação de um terceiro termo o teria protegido, no plano fantasmático, de um risco de agressão (que era talvez o inverso de um desejo homossexual inconsciente). Mostrando-se menino, Gilles despertava no pai sentimentos de desejo e de perigo. Com efeito, toda idéia de competição, todo confronto com uma imagem masculina era sentido pelo pai como um homicídio (porque ele vivia em um nível arcaico em que o Outro era ainda uma imagem especular dele, um objeto a ser demolido). Trata-se de uma relação patológica com o Outro, que se encontra nas estruturas paranóicas, em que o reconhecimento de um rival, isto é, de um Outro enquanto tal, não é possível, visto que o Outro é sempre confundido com o próprio corpo, donde a inexistência de um semelhante, e perigo de um reflexo especular (em que a imagem do seu duplo desempenha um papel central) num mundo em que os outros estão ausentes. A vida aí só é possível na morte (como no mito de Narciso); suicídio ou homicídio tornam-se então os equivalentes possíveis.

É por isso que o papel de um *terceiro termo*, em qualquer relação com o Outro, é tão importante, permitindo ao sujeito ultrapassar uma relação imaginária dual sem saída, para alcançar uma "ordem da cultura". Esta terceira determinação é chamada por Lacan de "simbólica": ela corresponde à entrada do pai na relação mãe-filho, ela introduz um ordem (da lei, da cultura, da linguagem). É a partir daí que um tipo de relação com o Outro vai se esboçar e que o indivíduo vai sentir-se apto ou não a apreender no Outro o sentido de um discurso. Lacan diferencia o Outro (O), *sujeito do discurso*, do outro (o), que é o outro *imaginário* (numa situação dual, é o outro-objeto).

Freud escreveu com toda a clareza: "Numa psicanálise, a intervenção dos pais é um perigo positivo, um perigo que não sabemos como enfrentar". (III, XXXIII, vol. XV, *Introductory Lectures on Psycho-analysis*, Stand. Ed.). Todos os analistas de adultos tiveram ocasião de verificar a validade dessa advertência. Nas análises de crianças não acontece necessariamente o mesmo. Na única análise de criança que Freud nos comunicou, atribuiu a parte mais importante — a meu ver importante demais — ao papel do pai, de quem ele se fez um aliado — ou um auxiliar. Se além do fato da neurose da criança ser um problema dela, a criança neurótica é ao mesmo tempo o sintoma da mãe ou do casal parental, é evidente que seremos levados a tentar modificar a técnica do tratamento.

não poderão suportar a sua angústia se ela não passar pelo analista do filho. É deixando-os sós em luta com ela que se corre o risco de um acidente no real.

Nem todos os pais de crianças débeis são tão gravemente perturbados. É de se notar no entanto que, nas famílias em que o débil pode assumir a sua debilidade e integrar-se socialmente, a ajuda do analista não é procurada. Os casos que chegam até nós são antes aqueles em que um certo tipo de relação pais-filho comprometeu uma evolução normal.

C — Receber a Mensagem dos Pais

O psicanalista de crianças deve ou não ocupar-se dos pais⁶?

Esta questão divide atualmente os meios psicanalíticos. Propõem-se diversas soluções para evitar “a irrupção ansiosa dos pais na análise”.

Colocado desta maneira, o problema põe em foco a dificuldade do psicanalista ante essas testemunhas de acusação, representadas pelos pais. Mandá-los “para outro lugar” elimina o problema do analista, mas não o do paciente. De fato, no diálogo analítico, os pais, ou um deles, estão sempre presentes se soubermos reconhecê-los através do discurso do sujeito. A questão de saber se eles têm ou não que aparecer na cena analítica é um falso problema pois, aconteça o que acontecer, eles sempre irromperão. O seu aparecimento “real”, se aceito pelo psicanalista, 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. Pode acontecer, assim, que uma criança revele na análise a histeria da mãe, que nada tem a ver com a sua própria estrutura. 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.

Ao receber a mensagem dos pais, não se está fazendo a psicoterapia deles. É colocando-se ao nível do tratamento da criança que esta mensagem não deve escapar ao analista, especialmente nos casos em que filhos e pais formam ainda um só corpo. O pai ou a mãe, de resto, não sentem a necessidade de se queixar “em outro lugar” (ora, a indicação de uma psicanálise para eles só se colocaria sob essa condição). O pai ou a mãe querem o mesmo analista da criança, e isso muitas vezes por-

6. Foi a questão levantada principalmente durante o Congresso de Pedopsiquiatria de Roma (junho de 1963), na mesa-redonda “Psicoterapias analíticas”.

que a criança faz tudo para que seja assim. Vendo os pais, evita-se, por outro lado, que a criança introduza numa conduta fora da análise uma palavra que tem o seu lugar no diálogo analítico.

Nos casos graves, pode acontecer que seja possível verbalizar a um pai ou mãe angustiados, diante da criança, a culpabilidade que esta sente em face da sua cura.

“Os pais pensam que Cocotte está demais na psicoterapia. Eles aceitam isso, mas com condições. Um dia eles vão demolir a psicoterapia.”

Esta frase de Mireille, explicada aos pais com o acordo da menina, provocou esta resposta essencial no decorrer de uma conversa que se seguiu, só com o pai: “É verdade que eu a acho suficientemente curada, e que essa cura me irrita”.

Esse mesmo pai, consciente dos seus próprios problemas, tinha-me pedido, num determinado momento, o endereço de um psicanalista, com o intuito de se submeter, ele próprio, a uma análise. Acabou não conseguindo resolver-se, de tal modo o filho era ainda, para ele e para a mulher, o problema deles próprios.

Se esquecermos isso, estaremos expostos a interrupções prematuras do tratamento, deixando a criança sozinha em luta com as fantasias homicidas dos pais, fantasias que teriam vindo muito naturalmente exprimir-se no decorrer da sessão. Estas não precisam ser explicadas, precisam ser recebidas. “É para a senhora que eu tenho necessidade de deixar isso”, dizia-me uma mãe. Ela traduzia assim a necessidade de deixar para o analista do filho “um resto” não simbolizável, de que a criança tinha sido o penhor no passado.

Nos casos de neurose, pode acontecer que uma mãe abusiva pretenda acupar a sessão em lugar do filho. Isto poderá ser verbalizado numa entrevista só com a mãe. De resto, é no início do tratamento que a questão se coloca assim. Depois, quanto à mãe, o fato de saber que o analista está à disposição basta para que sua solicitação não venha se intrometer no próprio tratamento do filho. Se a solicitação da mãe se faz com insistência, é geralmente porque se trata do seu problema pessoal mascarado por trás do problema do filho. Nesse caso, pode-se propor uma análise para a mãe, mas esta não deve ser feita “em nome do filho”. Se dissermos a um adulto: “Precisa de uma análise por causa do seu filho”, caminhamos no sentido de uma perversão da relação pais-filhos. Se a criança deve aprender a viver por sua própria conta, o mesmo acontece com os pais, que têm que assumir a sua vida e a sua análise em seu próprio nome.

É pela análise da contratransferência que o analista, quando trata uma criança, consegue enfrentar o seu próprio questionamento. Recusando o diálogo com o genitor patogênico, expomo-nos ao risco de vê-lo

irromper no real da maneira menos previsível (foi assim que uma avó, excluída da consulta, não descansou enquanto não conseguiu separar o neto da mãe, fazendo com que fosse hospitalizado).

Infelizmente, há o problema do tempo: não é possível tratar ao mesmo tempo muitas crianças psicóticas, porque é preciso poder dedicar muito tempo a elas e à sua família. Pode até acontecer que, num serviço de atendimento público, um ou outro dos pais procure mobilizar os diferentes membros do serviço, mas isso *faz parte integrante do tratamento*: é um ponto de importância capital que nunca deve ser esquecido.

Aqueles que, tendo tido na prática a experiência do peso dos pais de psicopatas ou de débeis, depois os encaminharam para outra consulta, perderam a possibilidade de ter a segunda parte da experiência, que consiste em conduzir o tratamento da criança com a intrusão da queixa dos pais. Esta intrusão é "importuna" na medida em que o analista não a suporta. Nesse momento, ele perde uma oportunidade importante na evolução do tratamento.

Só a condução de uma psicanálise de criança com a intrusão do genitor patogênico permite compreender até que ponto a castração só pode ser assumida pela criança se a *angústia* que ela implica é aceita pelo Outro. É somente nesse momento que alguma coisa da ordem do simbólico vai ser possível. Deste Outro, que é o genitor patogênico para a criança, é o analista que vai ter a experiência; e o fato de ser atingido pela angústia parental vai permitir-lhe ajudar pais e filho a lhe dar um sentido.

No tratamento de *Mireille*, cada vez que a angústia de castração é o sinal de uma falta, ela vai tocar, nos pais, a falta deles que não pôde ser simbolizada, e desencadear neles reações de defesa ao nível do real.

Será, *na mãe*, a queixa histérica ou o aparecimento de uma gravidez durante o tratamento de *Mireille* (gravidez no decorrer da qual os outros filhos são ignorados);

No pai, haverá, ao nível do real, proteção contra a imagem de mulher fálica, mediante uma tentativa de mutilação (tentativa de fazer a mulher abortar, supressão da criança, etc.).

Se *Mireille* comunica a sua angústia aos pais, fica em perigo, pois é ao nível de uma mutilação no real que eles reagem. A existência do analista como terceiro é, daí em diante, de importância capital para que o discurso da criança possa chegar a tomar um sentido.

"*Mireille* não nasceu, quero ficar onde devo ficar, junto da mamãe", vem como um eco à queixa que me foi formulada: "Isto não pode continuar assim, minha filha está com sorte, é preciso que ela volte à vida", quer dizer, que ela "coma o pão que o diabo amassou" como os irmãos e irmãs.

“Vamos parar o tratamento”, diz-me o pai, “a senhora não me dá uma garantia suficiente contra a minha mulher.”

Por outro lado, a criança acrescenta, logo que nos encontramos novamente: “Eu quero ficar no não-aceito”.

A entrevista com os pais permite a continuação da psicoterapia e mostra até que ponto o pai procura utilizar-me contra a mulher, tentando obrigar-me a decisões no real.

A mãe só pôde aceitar o luto que representa para ela a cura da filha à custa de uma nova gravidez. “Agora sinto-me cheia e está tudo bem.”

“Não dá mais”, diz o pai, “é preciso que minha mulher se submeta a uma intervenção terapêutica, se a senhora quiser que a criança continue o tratamento; é uma coisa ou outra.” Isto quer dizer uma escolha ao nível de uma mutilação que deveria atingir mãe ou filho, para que o pai possa viver. Uma escolha cuja angústia deve ser vivida pelo analista, para que o pai seja ajudado a transpor o seu sofrimento a um nível diferente daquele de um ajuste de contas na realidade: “Veja, eu tenho uma resistência em relação ao prosseguimento do tratamento como se fosse de mim que se tratasse. Eu é que teria necessidade de uma análise, mas não posso. Reencontro-me na minha filha. Eu era como ela, tinha medos, a minha mulher também. Por que razão a minha filha não teria os mesmos medos e as mesmas faltas?”

Faltas que desencadeiam nos pais reações de angústia que eles não dominam, às quais um sentido não pode ser dado.

O lugar de Mireille é de fato na mãe. É fazendo parte dos órgãos maternos que ela preenche a angústia. Separada da mãe, Mireille torna-se, enquanto sujeito, uma falta não simbolizável, não significável — a mãe, com efeito, nunca pôde fazer o luto da *separação* no parto.

Como sujeito, Mireille não é reconhecida pelos seus: ela é esse objeto fantasmático que mascara a angústia deles, angústia que se exprime desde que ela se esforce por existir como sujeito.

Não é em função de um certo discurso impossível que as primeiras interrogações da criança no tratamento serão interrogações sobre a morte, o nascimento, o sexo, *através da dimensão da castração?* Dimensão necessária, segundo parece, para poder passar do universo anônimo de uma certa *Cocotte* àquele do *eu* e do *tu*, escandido pelo tempo no qual o passado simples poderá inscrever-se.

“Eu quero a facilidade, é isso que conta. É uma má idéia aceitar as dificuldades. Quando você era criança, você aceitou as dificuldades. Você fez 18 anos. Você aceitou mais ainda as dificuldades, você teve uma péssima idéia ao fazer isso. Eu não aceitei as dificuldades. Eu fui feliz no não-aceito. Não sou como você. No entanto, quando eu era pequena, sonhava com prisão e com promessa de viver.”

“Por que é que as meninas não têm torneirinha?”

“O que é que a gente arrisca quando nasce?”

“O que é perder os pais? Na realidade, já não os estou perdendo?”

é a pergunta na qual paramos nesse momento da análise — no momento preciso em que o discurso da criança já não é totalmente o de uma psicótica.

Aceitar a dimensão do simbólico é, para Mireille, aceitar-se órfã. É difícil quando não se tem 10 anos — e, no entanto, essa é uma condição essencial de cura —, e é porque ela implica, neste ponto, um outro modo de trocas entre pais e filho que é necessário ao analista poder recolher a angústia dos pais desorientados pelo filho que procura viver, nomear-se frente ao Outro, e já não incluído no Outro.

Capítulo 7

O problema escolar

450.000 crianças retardadas na França, segundo as estatísticas de Heuyer, Piéron e Sauvy¹, um número insuficiente de escolas especializadas para as acolher; a ausência, mesmo ao nível do Ministério Nacional da Educação, de uma coordenação satisfatória para tornar obrigatória a escolaridade de todas as crianças inaptas a seguir o ensino tradicional: tal é a situação atual.

A lei de 15 de abril de 1909, criando classes de aperfeiçoamento e escolas para crianças instáveis, deu apenas resultados limitados, em consequência do seu caráter não obrigatório: a lei não permitia nenhum “rastreamento” sistemático e não impunha nenhuma obrigação escolar.

Como observaram, com muita propriedade, P. Nobécourt e L. Babonneix²:

a) Esta lei não se ocupa nem dos epiléticos, nem dos perversos, nem dos encefalíticos, nem dos delinquentes.

b) Não trata da inclusão, no programa das escolas normais, de noções relativas à pedagogia dos anormais.

c) Não prevê inspeção médica especial para as classes de aperfeiçoamento.

1. Dr. J.-L. Lang: *Enfance inadaptée*, P. U. F., 1962.

2. In *Les enfants et jeunes gens anormaux*, Masson, 1939.

“Coloca as classes de aperfeiçoamento e as escolas autônomas na dependência de várias administrações, em vez de ligá-las a um organismo único.”

Projetos de lei sucessivos seriam promulgados, para tornar obrigatórias as classes de aperfeiçoamento e para perfazer a formação de professores especializados.

Em 1935, Heuyer propõe um plano³ referente ao “rastreamento” dos retardados, ao aumento do número de classes de aperfeiçoamento, de classes para atrasados, de casas de reeducação para caracteriais, epiléticos, encefalíticos e delinquentes anormais, etc.

Em 1937 Mme. Brunswchwig, subsecretária de Estado da Educação Nacional, organiza um estágio para os membros do Ensino Público que se ocupam de crianças anormais.

As iniciativas privadas são numerosas, servindo de paliativos felizes na ausência de estabelecimentos especializados, cuja criação incumbe à Educação Nacional e ao Ministério da Saúde Pública. Infelizmente, escapam muitíssimas vezes à inspeção médica.

Desde a criação da Previdência Social, são cada vez mais numerosos os externatos médico-pedagógicos e as escolas especializadas que são reconhecidas e subsidiadas (donde a possibilidade de aumentar o material pedagógico e de contar com um pessoal qualificado em número suficiente). Organismos tais como a Salvaguarda da Infância e da Adolescência ocupam-se da coordenação e da organização desses estabelecimentos no plano do tratamento. Todavia, falta sempre, em escala nacional, um organismo central que evitaria a anarquia administrativa e organizaria, paralelamente ao ensino tradicional, o ensino dos inadaptados — e não somente o ensino especializado para inadaptados, mas também a integração deste ensino no seio de técnicas médico-psicológicas que, muitas vezes, devem ter precedência sobre a própria pedagogia.

Vale a pena mencionar de passagem a experiência belga.

Foi em 1857 que os Frères de la Charité constituíram um método pedagógico especial inspirado em Séguin, destinado primeiro aos retardados pobres, estendendo-se em seguida às crianças da classe abastada.

A influência do dr. Decroly, de Demoor, etc., no início do século XX, provocou um amplo movimento médico-pedagógico: criação de uma inspeção médica para se ocupar do rastreamento dos retardados desde a idade de 6 anos, variedade de classes especiais* e de escolas

3. Publicado na *Revue médico-sociale de l'Enfance*, terceiro ano, n.º 3, 1935.

* *Classe spéciale*. A classe especial funciona nos institutos médicos pedagógicos e recebe as crianças que estão em tratamento no I. M. P. Os programas

públicas e privadas tendo o direito de possuir a sua autonomia própria. Uma preparação profissional dos retardados foi instituída, assim como um sistema muito liberal de subvenções, abrangendo todo o conjunto da Proteção da Infância.

Esse sistema permite a criação de escolas de naturezas muito diferentes, atendendo à grande variedade de tipos de crianças a que se aplica o rótulo de retardadas.

Se a *organização* do ensino dos retardados se impõe em escala ministerial, não é menos verdade que vamos, a partir daí, esbarrar na diversidade do problema do retardamento, tal como tentei apresentá-lo numa perspectiva estritamente psicanalítica.

Neste capítulo só abordarei as questões pedagógicas a partir do ângulo segundo o qual o psicanalista pode percebê-las (especialmente quando lida com uma criança malsucedida num determinado sistema escolar, correndo até o risco de ser internada, que se mostra adaptada a um outro sistema, sem que se possa considerar essa vantagem como aquisição do tratamento psicanalítico).

O meu fim aqui é levantar problemas, a fim de acentuar a complexidade de um tema que só pode ser abordado com visão ampla e espírito de compreensão.

Quais são, na atual situação, *os métodos de educação dos retardados*⁴?

1 — Classes de aperfeiçoamento

A admissão das crianças depende de uma comissão médico-pedagógica. Só se admitem nessas classes as crianças ditas educáveis, cujo Q. I. se classifica entre 0,75 e 0,80.

O efetivo limita-se, em princípio, a quinze alunos. O ensino procura individualizar-se, recorrendo às disciplinas manuais e às noções concretas. Estas classes recusam sempre todas as crianças que apresentem dificuldades psicológicas caracterizadas (particularmente os psicóticos e os "caracteriais").

2 — Escolas inspiradas nos métodos ativos: classes experimentais

Estas escolas devem-se, quase sempre, à iniciativa privada. Embora não admitam os mongolóides e os retardados graves, aceitam um leque bastante amplo de crianças deficientes, que são recusadas pelas classes

são adaptados às necessidades e ao nível mental e escolar de cada aluno. O conjunto da educação ministrada à criança é supervisionado pelo psiquiatra do estabelecimento e faz parte integrante do tratamento. (N. do E.)

4. Não abordo o problema da organização dos I. M. P. O meu fim é falar unicamente do problema da escolaridade em "externato".

de aperfeiçoamento tradicionais. Encontram-se aí psicóticos e crianças de Q. I. muito inferior às normas admitidas (aproximando-se às vezes de 0,50, que a experiência de um determinado estilo de vida, ao lado de uma psicoterapia, consegue melhorar consideravelmente. Certas crianças, condenadas ao internamento, devem sua salvação a esse tipo de escolas⁵. Diga-se de passagem que é lamentável que os convênios oficiais com essas escolas impliquem o risco de, no futuro, limitar o recrutamento, devido a uma regulamentação estreita demais, e a fechar as portas a crianças suscetíveis de recuperação, desde que lhes seja dada essa possibilidade.

Os métodos dessas diferentes escolas muitas vezes são baseados nos métodos de *educação sensorial* elaborados pelos Frères de la Charité⁶. Isto supõe o uso de um material vasto e caro, para a educação do tato, da audição, da visão e, a partir daí, a aprendizagem escolar: aritmética, leitura, etc.

O *método dos Centros de Interesse* foi, por outro lado, elaborado pelo dr. O. Decroly (e aplicado particularmente na escola do dr. Jadot Decroly, em Bruxelas). Este método generalizou-se, de certa forma, entre todos os educadores de anormais. Procura-se estabelecer um programa de ensino baseado nas *necessidades* da criança (alimentação, vestuário) e *nas relações da criança com o seu meio* (a criança e a família, a criança e os animais, etc.). O ensino pretende ser o mais vivo possível, deixar lugar a uma possibilidade de trabalho individual, procurando também, ao máximo, a participação ativa do sujeito.

A isto, acrescenta-se a introdução de *métodos especiais* específicos de certas dificuldades.

1) *A aprendizagem da leitura* e da escrita é realizada levando em conta os trabalhos de Mme Borel Maissonny sobre o assunto.

2) Acontece o mesmo com as *dificuldades da linguagem* (o auxílio de uma ortofonista é obrigatório para os estabelecimentos oficiais).

5. Citemos o externato médico-pedagógico dirigido por Mme Niox Chateau, em Levallois, e outro dirigido por Mlle Ooghe, em Thiais, ambos aprovados atualmente pela Previdência Social. Citemos outra iniciativa privada, a escola de Mlle Forey, em Levallois. Sem querer esquecer o que devem certas crianças à Escola Nova de Levallois, dirigida por Mlle Roustin: em princípio é aberta só às crianças chamadas normais, mas a introdução, em número muito limitado, de casos atípicos (retardados manifestos) permitiu várias vezes uma recuperação talvez mais eficaz do que num meio especializado, em que as crianças se movem em vaso fechado entre "deficientes". Infelizmente, desde que firmou um contrato com o Estado, passou a recusar todos os casos de crianças inaptas ao ensino normal, o que provocou o fim de uma experiência tão benéfica para alguns.

6. *Education sensorielle chez les Enfants anormaux*, Frères de la Charité, Gand, 1922.

3) Mais recentemente, voltou-se a atenção para as *dificuldades de aritmética* (Mme Jaulin elaborou um método de pré-aprendizagem, destinado especialmente às crianças que têm distúrbios acentuados no plano espaço-temporal).

4) Vêm em seguida os trabalhos manuais, as diversas técnicas de desenho, de pintura livre (é importante sublinhar a contribuição dos trabalhos de Arno Stern neste campo).

5) É importante notar também os benefícios que trouxeram a ginástica especializada e a dramatização.

6) Finalmente, dá-se atenção, muitas vezes de modo preponderante, à reeducação psicomotora, rítmica, ao relaxamento, à reeducação gnósica e prática, à reeducação gestual, etc. O concurso de reeducadores especializados é obrigatório nos estabelecimentos oficializados.

A *seleção* se faz sobretudo com base no Q. I. (sem que o exame puramente intelectual seja sempre completado por um exame afetivo aprofundado). É uma preocupação legítima separar as crianças educáveis das "não educáveis", mas a própria noção de educabilidade nem sempre é clara; vimos que existem crianças aparentemente asilares que são parcialmente recuperáveis com a ajuda de uma terapia.

Os retardados em idade escolar poderiam ser classificados nas seguintes categorias (classificação arbitrária, baseada exclusivamente naquilo que ocorre, de fato, na prática cotidiana):

— As crianças aptas a se beneficiarem da *classe de aperfeiçoamento*, quer dizer, essencialmente sujeitas a uma pedagogia especializada.

— Aquelas que foram *recusadas* pela comissão e enviadas para Centros de crianças muito atingidas, de Q. I. baixo, geralmente I. M. P. Algumas dessas crianças são recuperáveis, se colocadas num meio menos asilar. Entre elas há psicóticos que, seja qual for o seu Q. I., se reabilitariam melhor nos hospitais-de-dia.

— As crianças expulsas ou recusadas na classe de aperfeiçoamento, que obtêm bom êxito num *ambiente normal*.

— As crianças que, mandadas para um Centro de retardados graves, conseguem integrar-se num meio do tipo *escola nova*.

— Aquelas que, com um Q. I. relativamente elevado (0,80), não obtêm bons resultados na classe de aperfeiçoamento.

Vamos tentar ilustrar alguns destes pontos com exemplos:

1) A classe de *aperfeiçoamento* permite a certas crianças, com acompanhamento de psicoterapia, que voltem ao circuito normal, com a condição de o seu fundo masoquista ter sido bem revelado. Esse fundo masoquista é acompanhado de uma conduta agressiva, que provoca a resposta angustiada do Outro. Algumas dessas crianças têm necessidade, afetivamente, de destruir um meio normal, para triunfar num meio "que envergonha os pais". Alguns fóbicos acham-se divididos entre o

risco de destruir o meio e o medo de “a cabeça explodir”, sendo então o sucesso escolar sentido como uma ameaça. Algumas crianças recusadas em classes de aperfeiçoamento e orientadas para I. M. P. desenvolvem um verdadeiro complexo de “abandono”; a estadia não faz então mais do que precipitar mecanismos de desestruturação. Essas crianças correm até o risco de instalarem-se progressivamente num comportamento asilar, ao qual já não é possível fazê-las renunciar.

É de se desejar, portanto, a possibilidade de psicoterapia para todas as crianças destinadas a serem orientadas para um I. M. P.: qualquer orientação está condenada ao insucesso quando não comporta motivação válida para o sujeito — e vimos, ao longo deste trabalho, até que ponto o drama dessas crianças é, justamente, nunca terem sido tratadas como sujeitos de seus desejos. (A entrada de uma criança consciente das suas dificuldades em estabelecimento especializado é preferível, como prognóstico de recuperação, à de uma criança que chega sem se interessar por seu futuro, indiferente, *porque a puseram lá.*)

2) Certos *oligofrênicos psicóticos* não se dão bem nas classes de aperfeiçoamento (nos casos em que tenham sido admitidos excepcionalmente). É preciso dizer também que eles são muito mais sensíveis que outros à saúde mental do professor.

Foi assim que *Gilles* reagiu com pânico à estrutura depressiva de um professor excelente, cujo único defeito era ser infeliz; a criança reagia por uma conduta agressiva, completamente fora do habitual e inexistente nos lares normais onde tinha tido ocasião de ficar durante as férias. Faltou pouco para que *Gilles* fosse transferido (apesar da opinião desfavorável do terapeuta e do médico do centro psicopedagógico em que ele era observado) para um estabelecimento hospitalar. Ora, colocado em seguida num meio de escola ativa (especializada em retardados), *Gilles* não só teve um comportamento normal, como aceitou uma escolaridade recusada até então (isto é, até os 10 anos). “Quero ler, porque depois posso quebrar pedras.” E mais tarde a criança me confessará: “Na outra escola eu tinha medo, o professor era louco”. Louco, com certeza ele não era — mas a sua depressão despertou na criança a depressão do seu próprio pai, que acabara por suicidar-se: pondo o professor à prova, *Gilles* fazia de qualquer modo reviver o pai...

3) *Irène*, Q. I. 0,60, recusada numa classe especializada por causa da sua debilidade motora, do seu aspecto “pouco animado” (nessa menina o papel dos fatores orgânicos na gênese das perturbações aparecia irrefutável), expandiu-se de tal modo numa escola nova (para anormais) que chegou a freqüentar a 7.^a, exceto em aritmética. Sobrepondo-se a seus distúrbios, havia um entorpecimento fóbico que cedeu pouco a pouco sob a influência da psicoterapia.

Assim, não é raro encontrar uma criança de Q. I. bastante baixo (0,60) que só tem a ganhar ao ser colocada num meio mais evoluído: o contato de retardados graves a deprime e contribui para frear nela toda evolução e toda curiosidade.

Se um ambiente de retardados graves permite eventualmente uma aquisição no plano técnico (motricidade), esse ganho muitas vezes é fraco no que se refere à falta de emulação no plano afetivo. Essas crianças se dão conta de que estão em companhia de "idiotas", e reagem por meio de um comportamento de agressividade passiva. Falta-lhes alguma coisa essencial para seu desabrochar pessoal.

Foi assim também que *Raymonde* (Q. I.: 0,63) se transformou no dia em que lhe foi possível freqüentar uma escola de prendas domésticas — e isto apesar da sua impossibilidade de seguir os cursos teóricos, penosos demais para ela.

A *orientação pedagógica* de todas essas crianças coloca portanto um problema. Uma pedagogia especial, baseada exclusivamente na aquisição de automatismos, nem sempre é a solução mais feliz, porque vai ao encontro do masoquismo profundo de algumas dessas crianças. Ao contrário, a influência dos métodos ativos em certas escolas não tradicionais traz a esse tipo de crianças uma possibilidade de evolução que não se deve desprezar.

O segredo destas últimas escolas é não terem nenhuma idéia preconcebida, além da preocupação de deixar viver as crianças (sem que elas se atrapalhem mutuamente), de observá-las, de ajudá-las a primeiro tomar consciência da sua situação de *sujeitos* (permitindo-lhes múltiplas formas de expressão), dado que foram durante tanto tempo objetos moldados à vontade do adulto. A aquisição escolar se faz numa segunda fase, depois de uma necessária integração no grupo. Aliás, é nesse momento que se esbarra, a maior parte das vezes, com a exigência das mães, que fazem questão absoluta e apaixonadamente da instrução e se mostram facilmente descontentes se o filho não é "alimentado" num ritmo suficiente. Aliás, essa insatisfação materna pode, em si mesma, ser benéfica para a criança, que vai achar enfim um lugar em que serão tomadas medidas só para ela, e não para ela através da mãe.

Se é necessária uma seleção nos estabelecimentos para retardados, deve-se chamar a atenção, apesar de tudo, para o perigo de uma codificação estrita demais, baseada apenas no fator do Q. I. — cuja rigidez teria por efeito eliminar casos-limite, ou mesmo psicóticos que seriam recuperáveis se paralelamente fosse feita uma psicoterapia.

Muitas vezes as crianças são examinadas dentro de uma perspectiva de *classificação*, sendo que o veredicto do médico acentua magicamente o caráter *fatal* do retardamento. Dando-lhes uma possibilidade, num meio desejoso de aceitá-las, muitas vezes fazemos um trabalho útil.

É por isso que, se qualquer regulamentação da infância deficiente deve revestir-se de garantias morais para evitar a exploração de determinada miséria humana, deve também, mais do que em quaisquer outros casos, ajudar as iniciativas individuais, a fim de se multiplicarem as escolas experimentais, com caráter próprio. Essa não-homogeneidade na distribuição escolar corresponde à própria exigência da diversidade dos casos agrupados sob o rótulo de "retardamento".

Os sucessos, bastante paradoxais em sistemas escolares diferentes, não se explicam nem pelo método pedagógico empregado, nem pelo nível intelectual do sujeito, mas antes pelo que este encontra como resposta ao que buscava inconscientemente.

O educador pode, pela sua resposta, aumentar o peso das dificuldades da criança ou, ao contrário, aliviá-lo, e isso muitas vezes sem que ele próprio na verdade se dê conta.

É evidente que uma criança que sofre de uma espécie de anorexia escolar estará mais à vontade num meio em que nada lhe seja positivamente imposto. É igualmente certo que este mesmo meio pode criar, em outra criança, a angústia pela ausência de um quadro estruturante.

Se o meio normal pode ter um efeito positivo é, muitas vezes, porque intervém num momento preciso da evolução da criança.

De fato, o meio escolar apresenta-se em oposição a um caminho já sobrecarregado de dificuldades. O professor despertará, muitas vezes, ressonâncias de pressões parentais antigas, e é da maneira como a criança consegue suportar essa situação que dependerá o sucesso.

Afinal de contas, não há método pedagógico que possa ser apresentado como uma panacéia; os mais criticáveis podem ser felizes em certos casos. A personalidade do professor pode ser um fator importante, de resto quase incontrollável, mas é apenas um entre outros fatores, que é difícil dizer antecipadamente se são favoráveis ou não.

No estado atual das experiências pedagógicas e das nossas classificações em matéria de retardamento mental, só se pode desejar o prosseguimento de tentativas mal regulamentadas, cujos sucessos e insucessos me parecem instrutivos tanto para os pedagogos como para os psicanalistas — e que além disso mostram-se benéficos para as próprias crianças. O grande perigo é que a regulamentação escolar (das crianças retardadas) se adiante aos nossos conhecimentos reais.

Conclusão:

1) Se neste capítulo falei de experiências pedagógicas diversas e de diversos tipos de crianças débeis ou deficientes, foi para sublinhar que só terão a ganhar em não receber, prematuramente, um "rótulo" preciso, de que dependeria toda a sua orientação futura.

2) Se me estendi tanto sobre os diversos tipos de experiências pedagógicas, foi também para sublinhar o seu efeito terapêutico inesperado que, em certos casos, facilitará uma reinserção social, ou até uma cura, enquanto em outros nada terá de positivo. A Q. I. iguais não correspondem tipos de ensino idênticos. A dificuldades caracteriais “iguais”, não correspondem medidas pedagógicas idênticas. Nunca será demais sublinhar as razões inconscientes que levam uma criança a adotar, numa classe de aperfeiçoamento, um comportamento que a faria passar por asilar e a se mostrar capaz de uma adaptação perfeita num outro estabelecimento (adaptação que permitiria a continuação da psicoterapia) — enquanto que, para uma outra, a mesma classe de aperfeiçoamento seria a solução salvadora.

3) O que me parece fundamental no meu estudo sobre a criança débil, é o quanto é necessário entrever o problema médico-psicológico, não esquecendo nunca o esclarecimento que dele pode dar a psicanálise. Só um trabalho de equipe (médico-psicanalista) permite uma orientação válida da criança inadaptada, orientação que sempre deveria ser colocada em questão. É revelador que, nos insucessos de orientação pedagógica, se perceba que o fator psicanalítico foi omitido, desmentindo assim os prognósticos mais otimistas ou mais pessimistas.

4) A lição primordial que se colhe da apreensão psicanalítica dos casos mais graves é a necessidade, para o consultor, de não emitir diagnósticos irremediáveis. A criança sempre só tem a ganhar quando se dá a ela um máximo de abertura. O seu drama começa quando os adultos não esperam mais nada dela: “O médico disse que sou débil por causa da febre que tive aos 5 anos. . .” Quantos diagnósticos são assim ouvidos como condenações à morte, paralisando para sempre as relações filho-pais numa relação de superproteção culpabilizante, cujos efeitos neuróticos são dos mais deploráveis.

5) A missão da educação nacional é poder dirigir-se a todas as crianças (o que faria supor um sistema escolar muito flexível, permitindo a todos os inadaptados uma escolarização que levasse em conta suas dificuldades⁷⁾). Um sistema escolar menos rígido permitiria, num plano humano, recuperações em meio normal (o que não é possível em classes superlotadas).

7. 1969. Este capítulo, escrito em 1963, não leva em conta todo um movimento atual que, na França e em outros países, coloca em discussão e questiona as instituições tradicionais de ensino especializado e de “atendimento”.

O rastreamento em higiene mental *se revela patogênico*, porque é utilizado numa perspectiva essencialmente segregativa.

1971. Recenseiam-se hoje por volta de um milhão de crianças ditas “inadaptadas”. Esse número elevado coloca o *problema político* de um sistema que *fabrica os inadaptados de que “necessitamos”*.

A questão é complexa na medida em que é importante captar o sentido da inadaptação antes de vislumbrar os remédios para ela. Isto só se pode fazer em equipe e supõe possibilidades escolares bastante amplas para que o tratamento possa fazer-se, em cada caso, no meio que melhor convier à criança⁸.

8. Na França, atualmente, estão sendo feitas experiências que introduzem nos hospitais-dia ou nos externatos médico-pedagógicos uma possibilidade de tratamento psicanalítico, com consultas, em alguns casos, fora do estabelecimento, e em outros, no próprio estabelecimento.

Capítulo 8

Experiências num externato médico-pedagógico histórias de casos

Muitas vezes tenho sido censurada por falta de precisão nosológica nos meus trabalhos: dizem-me que é muito interessante minha abordagem do problema do retardamento, *mas, apesar disso*, não perderia eu de vista noções psiquiátricas essenciais?

— O diagnóstico de encefalite não estaria mal colocado desde o início? Você diz que ficam na criança seqüelas no plano psicomotor. Não se trataria de outra coisa?

— Essas crianças serão mesmo retardadas? Talvez tenham sido mal feitos os testes... Asseguro-lhe que o “verdadeiro” débil apresenta menos problemas. Essa abertura psicanalítica tem, sem dúvida, interesse, mas, na prática, de que ela nos adianta?

A objeção parece-me suficientemente séria para que eu procure completar este trabalho por uma enquete em externato médico-pedagógico (isto é, num meio especializado que só recebe crianças retardadas com a indicação do psiquiatra e que é controlado pelo serviço competente da Previdência Social).

1. Agradeço a Mlle Ooghe ter-me aberto a sua escola. Sou grata a J.-L. Lang por ter concordado em reler os capítulos 7 e 8 e apresentar críticas que me foram preciosas.

O dossiê dessas crianças muitas vezes é lacônico. Eu quis, também neste caso, ir além de um veredicto, e tentar compreender uma *situação familiar*.

Se por um lado, como se verá nas conclusões deste capítulo, estabeleci uma *classificação*, levando em conta dados tradicionais da psiquiatria francesa, por outro lado procurei sobretudo introduzir, como sempre faço, a escuta psicanalítica do problema de cada um.

Através da aridez, da monotonia destes relatórios, o leitor encontrará a preocupação que tentei manter ao longo de todo este livro, e que me permite afirmar o seguinte:

Um diagnóstico é um ponto de referência para o médico. Para o doente, o diagnóstico não tem muito sentido. Ele não sabe o que fazer com o diagnóstico. Trata-se de ajudá-lo a superar um veredicto, e isso só pode ser feito a partir do diálogo; mais uma vez, é preciso instaurar esse diálogo.

Eis, então, o relatório de casos de crianças orientadas, em externato médico-pedagógico, em razão de seu retardamento mental. Para alguns, esse retardamento mental encobre, de fato, uma evolução psicótica.

A — A Enquete

I. Anne. I. R.: 6 anos e meio; I. M.: 4 anos e meio; Q. I.: 0,69; E. E. G.² não foi feito.

Trata-se, de fato, de uma evolução psicótica.

A menina, a mais nova de três filhos, nasceu dezesseis anos depois dos mais velhos. A mãe esforça-se por esconder sua gravidez: “Eu tinha vergonha”. Antes mesmo que a criança venha ao mundo, ela pressente que não será como das outras vezes. “No que vai dar isso”, ela repete incessantemente. . .

Parto difícil. O bebê vomita o leite, mas parece precoce, reagindo à voz da mãe, sensível à sua presença.

No entanto, é separado da mãe com 12 dias. A maternidade o retém durante um mês (numa incubadeira de vidro); várias moças se ocupam dele.

É entregue à mãe num estado físico lamentável, sempre vomitando, e gritando dia e noite. A mãe percebe nitidamente que tem nos braços um bebê em perigo. Por iniciativa própria, diante do estado precário do filho, alimenta-o à noite e o bebê melhora (isto é, a mãe sente de novo estabelecer-se um contato, mas a criança continua a vomitar as mamadeiras diurnas).

2. I. R.: Idade real. I. M.: Idade mental. Q. I.: Quociente intelectual. E. E. G.: Eletroencefalograma.

Aos 2 meses, infelizmente o bebê é hospitalizado outra vez, para uma operação mais tarde julgada inútil (tumor cerebral, gânglios inflamados). As cordas vocais são atingidas. A criança quase morre. A mãe a retoma aos 3 meses. Está também muito cansada e sente-se esgotada para tratar de um bebê com quem é preciso, de novo, restabelecer o contato.

Para ela, o bebê foi abandonado por duas vezes, teve o corpo agredido e voltou afônico.

Até os 8 meses, os vômitos vão se repetir. Mas os aborrecimentos alimentares cessam depois da mudança de dieta (alimentação sólida). A menina torna-se alegre.

No entanto, é preciso esperar 22 meses para que ela comece a andar: "Era prático deixá-la na cama, para fazer o trabalho doméstico". disse-me a mãe. Com efeito, aos 15 meses a criança era tão inerte que "onde a pusessem, ela ficava".

A aquisição da motricidade é acompanhada de uma conduta fóbica, e desde então tudo se passa como se a cada nova experiência a criança corresse o risco de reviver o perigo da perda da mãe. "Ela tem medo e cola-se à minha pele."

A mãe também está ansiosa: "As crianças", diz ela, "tamparam minha ansiedade". A imagem paterna é das mais apagadas. "As crianças", diz-me a mãe, "são o meu raio de sol." No entanto, os mais velhos desenvolveram-se bem. Só a mais nova apresenta uma evolução psicótica.

"No que vai dar isso?" é o que se dizia a mãe, como vimos, antes do nascimento.

Quando, depois, o médico chama a sua atenção para um tumor, ele não sabe até que ponto seu diagnóstico, juntando-se com as fantasias da mãe, vai criar nela uma espécie de choque, pela irrupção da realidade no lugar da fantasia.

Por outro lado, na criança, houve não só perda da voz materna (com o que isto representava do ponto de vista simbólico) como também a sua própria voz foi atingida na realidade. Quando se sabe até que ponto um bebê se distingue pouco da mãe, em que medida o corpo desta é sentido pela criança como o seu próprio corpo, pode-se avaliar o drama do bebê arrancado à mãe, perdendo com ela todos os pontos de referência simbólica e sofrendo, ainda por cima, uma *castração* ao nível do real (na lesão das cordas vocais).

É difícil dizer se, a partir desse momento, "os dados estavam lançados". A verdade é que é sobre essa fragilidade que a criança vai ter que se construir, e já vimos a que preço.

A sua entrada num bom externato médico-pedagógico tem um sentido, pois permite não só uma escolaridade maleável como também, e

sobretudo, uma psicoterapia que, por si só, pode tirá-la do estado de estupor fóbico, de mutismo — cuja relação com o retardamento mental fica por esclarecer.

Não se trata aqui de reeducação, mas sim de tratamento para tirar a criança do seu mundo psicótico.

II. *Colette*. I. R.: 6 anos; I. M.: 4 anos e 2 meses; Q. I.: 0,60; E. E. G.: N.

O externato médico-pedagógico foi aconselhado com vistas a uma psicoterapia. Não se trata de um retardamento simples, mas de um conjunto de traços que fazem pensar numa evolução psicótica (portanto, não nos podemos fiar só no fator do atraso de desenvolvimento; o quadro evoca traumatismos precoces).

Primogênita de três filhos, *Colette* nasce num momento difícil para os pais: nem um nem outro têm ainda formação profissional. São jovens, sem dinheiro, ambos preocupados com seus exames. A filha vai conhecer sucessivamente: a creche aos 3 meses, um desmame brusco aos 4 meses (a mãe está grávida novamente), e aos 6 meses a separação da mãe, substituída pela avó materna.

Parece ter-se estabelecido uma boa relação de objeto³. Mas, aos 2 anos, a criança é retomada pela mãe — que nesse ínterim teve outro bebê — e entregue, com a irmã, durante o dia, a uma ama.

Entra então num período depressivo, com princípio de crises fóbicas. E enquanto chama desesperadamente pela avó, vive a sua relação persecutória com o Outro numa série de objetos transicionais que serão quebrados, estragados, torturados.

O nascimento de um terceiro bebê, desta vez um menino, com intervalo tão pequeno, não vai resolver o problema (aliás, a criança age como se esse irmão não existisse). Trata-se da revivescência de um ciúme já vivido sem ter podido ser compreendido. A criança parece ter perdido as referências de identificação, com o nascimento do segundo. Desde então, isolou-se cada vez mais, tornando-se inadaptada na idade escolar.

De fato, com o nascimento da irmã (coincidência com uma separação e a perda de uma boa relação de objeto, essencial a uma criança perturbada pelas separações precoces), a aquisição da linguagem ficará paralisada até os 6 anos.

Colette diz “você” em vez de “eu” e não pronuncia uma frase que não seja em resposta a uma pergunta que ela faz e que o adulto deve

3. *Relação de objeto*: expressão freudiana para designar as relações do sujeito com uma pessoa, por oposição às atitudes narcisistas (como na linguagem corrente, diz-se *o objeto amado*).

repetir, pois o seu discurso só pode ser o eco do discurso do Outro. Perdendo o Outro, ela se perdeu (o confronto com a irmã na realidade sobrepôs-se ao desgosto que sentiu num plano simbólico pela perda da avó. A criança não pôde fazer, nessa época, uma regressão satisfatória, visto que a regressão teria significado uma volta a um período anterior de insegurança). A escolha psicótica ofereceu-se então como única solução.

Os distúrbios de linguagem e o retardamento não podem ser curados por uma reeducação. Só um tratamento psicanalítico pode levar a criança a sair do seu mundo persecutório.

III. *Charles*. 11 anos; Q. I.: 0,65; E. E. G.: não foi feito.

Orientado para um externato médico-pedagógico em razão do seu retardamento, depois de uma tentativa frustrada de reeducação da linguagem e de reeducação psicomotora.

Foi a ausência da linguagem que inquietou a mãe, quando a criança tinha 4 anos.

Na realidade a sua história remonta a antes do nascimento. Desde o nascimento, ele foi demais, como a mãe foi demais na sua própria família (não foi criada pela mãe, que se recusou a educá-la). Condições de moradia dramáticas acentuaram o desnorreamento do casal, que morava num hotel e era ameaçado de ser despejado quando o bebê chorava.

Durante os primeiros anos de vida do bebê, os pais só conheceram a expulsão — e o filho, em resposta às fantasias dos pais, chorava ininterruptamente, desde o nascimento, não dando sossego à mãe, nem de dia e nem de noite. “O que é uma criança? Desamparada, neste quarto, perguntava a mim mesma, o que ela está fazendo aqui, quem é ela?”

Aos 14 meses, separação da criança, entregue a uma ama, para aliviar a mãe (na espera de que um H. L. M.* fosse atribuído ao casal).

A mãe só a retomou aos 21 meses. “O bebê estava como louco, rolava pelo chão, estava branco, era triste, selvagem, gritava.”

O nascimento de um irmão, um ano mais tarde, não adiantou nada. Chegando à idade escolar, Charles não conseguiu aprender a ler.

Se o fator escolar é importante neste caso (com 11 anos a criança não tem o nível do curso elementar), não é menos verdade que só o tratamento psicanalítico podia ajudar a criança a vencer suas dificuldades.

* H. L. M. *Habitation à loyer modéré*. Apartamentos alugador por preços módicos. (N. do T.)

A princípio, Charles era para a mãe um ser desprovido de qualquer significado. Ele só tinha lugar como testemunha da infelicidade materna. Foi sobre este fundo de insegurança que se configurou a separação mãe-filho. A volta para casa, um ano depois, nós a conhecemos: enco-prético, enurético, coberto de pústulas, inchado, tal era o quadro de desamparo moral de uma criança frágil demais para se estruturar na ausência da mãe. (A separação tinha-se feito sobre um terreno em que a criança já se sentia rejeitada ao nível simbólico; estava, desde então, amadurecida para passar por uma evolução perturbada.)

Linguagem, a criança não tem. O que teria ela para dizer, ela que viveu tudo tão intensamente no seu corpo?

IV. *Jean*. 8 anos, débil e epilético; Q. I.: 0,65; E. E. G.: muito perturbado, com numerosos acessos de ondas pontiagudas.

A mãe me diz: “É o mais velho de três filhos, quer dizer que é como se fossem dois”; acrescenta: “Meu corpo não era feito para recebê-lo. Meu filho teria que ser internado. Ele pesa”.

Este é, pois, o lugar que a mãe reservava ao filho.

Desde o nascimento, o bebê chorou sem parar — e cada um dos seus desejos ia ser sentido pela mãe de um modo persecutório. Não desejavam que ele começasse a andar muito cedo (as dificuldades de moradia faziam com que o lugar habitual da criança fosse mais a cama do que o chão). O atraso da primeira fase de desenvolvimento correspondeu, de qualquer modo, à vontade dos pais.

Foi em torno da educação da higiene que a criança se opôs à mãe. “Ele não queria fazer cocô no penico, só de cócoras, como um cachorro, e nunca num recipiente apropriado.”

Vieram depois as ausências epiléticas, até 120 por dia, que levaram a mãe a procurar, a todo custo, uma internação.

À rejeição materna, o filho respondeu com angústia e crises caracteriais. O que procurava então essa criança, o que havia de não expressível, de não assumível, que ela não pôde introduzir na linguagem?

A paz que encontrou no externato médico-pedagógico permitiu que cessassem as crises epiléticas (“em casa, a senhora compreende, sou obrigada a amarrá-lo para vigiá-lo”); mas para além de uma escolaridade deficiente quanto à reeducação, houve o tratamento psicanalítico que só podia ajudar a criança a introduzir na linguagem um desespero que, até então, só tinha podido exprimir na linguagem do corpo.

V. *Denis*. Quarto de cinco filhos, 10 anos; Q. I.: 0,79; E. E. G.: não foi feito.

Mandado para um externato médico-pedagógico em razão do seu retardamento mental. Na família há notícia de uma criança morta (icterícia precoce) e duas crianças débeis.

O fator orgânico domina o quadro: incompatibilidade de grupo sangüíneo nos pais; um filho em cada dois sofre de icterícia nuclear com lesão cerebral. Além disso, Denis tem movimentos coreiformes.

Todavia, além da lesão orgânica, Denis sofreu hospitalizações precoces e conheceu o desamparo moral e físico da primeira idade:

Aos 10 e 15 meses, hospitalizações e operação desastrosa das adenóides. A criança sai com os nervos abalados.

Aos 2 anos e meio uma febre tifóide de forma meníngea leva Denis à quarta hospitalização. O comportamento de pânico da criança aumenta e leva à indicação de uma quinta hospitalização em Nérís-les-Bains para tratamento nervoso. A criança é novamente amarrada e maltratada fisicamente numa casa de saúde que foi em seguida tirada da lista da Previdência Social. "Voltou de lá como louco."

De fato, desde a idade de 18 meses a criança passou a ter terror dos médicos. A hospitalização precipitou nela um comportamento fóbico (houve irrupção de um fato real de mutilação, impedindo conseqüentemente a castração simbólica).

É no corpo que a criança vai sentir-se continuamente ameaçada de perder a integridade física. As hospitalizações, as separações, terão assim sempre o sentido de uma nova agressão, no desespero de não se sentir protegida contra a mãe por uma imagem masculina (a criança doente sente-se sempre mal protegida por uma mãe sentida como impotente para livrá-la dos perigos).

"Eu teria querido um marido como o meu pai", disse-me a mãe. "A minha repressão", acrescenta mais adiante, "são os meus intestinos." (Tem, com efeito, uma paralisia intestinal que cessa quando o objeto de angústia se materializa no filho — este vem, de certo modo, substituir o intestino. . .)

Sem lesão orgânica, Denis já teria, pela sua história, uma possibilidade de destino psicótico.

A organicidade aparece somente como fator suplementar: Denis é débil como o irmão — mas não é isso o essencial. Esta criança só pode ser devolvida a si mesma se chegar a traduzir pela palavra um pânico que ela vive ao nível do corpo, em falta de mediador simbólico. Como poderia superar sua enfermidade se está paralisada por embargo traumático de sua história?

Curar⁴, para ela, só pode ser concebido na reconquista de si como *sujeito*, não alienado no pavor.

VI. *Claude*. 6 anos; Q. I.: 0,65; E. E. G.: não foi feito.

Filho único de um casal de gente simples, cuja vida é difícil em conseqüência de más condições de moradia. "Uma sala muito pequena com tudo dentro, até a cozinha; à noite abrem-se as camas e tudo o mais."

"Ele adora seu trem elétrico, mas a sala é tão pequena, que a gente pisa nele, e não dá para armá-lo. Para ele ficar sossegado, a gente não convida ninguém."

Aos 2 anos e meio, a mãe separa-se do filho e este vive até os 4 na casa dos avós maternos, que só falam o bretão — língua da mãe, que ela sempre se recusou a falar com o filho quando ele era bebê (por razões de status social).

Aos 4 anos, a criança sente-se perdida em Paris e mostra-se instável na classe. E, no entanto, diz a mãe, "é tão bonzinho, sempre pensativo, sempre alheio, se a gente o deixa num canto, ele fica".

De fato, aos 4 anos a criança não construía frases em francês; todavia, parecia ter aprendido o bretão.

Atualmente a linguagem espontânea é boa, segundo nota a psicóloga, se bem que as frases não sejam construídas. É ao nível da *comunicação* que se dá o bloqueio; é como se uma vez que o Outro entra em jogo, as palavras já não pudessem ser veiculadas. "Ele passa continuamente de um assunto para outro, e treme sempre ao menor choque", diz a mãe.

Além do retardamento mental e dos distúrbios específicos da linguagem, há certamente alguma coisa a se compreender ao nível mesmo da comunicação, isto é, do diálogo: desde que o diálogo se instaure, o sujeito não pode deixar de se colocar entre parênteses.

"Ele não sabe chorar, nunca é mau. Estamos tão habituados ao seu retardamento que o achamos bem assim." Esse "retraimento de agressividade" talvez seja uma impossibilidade do sujeito se estruturar como menino, sem se sentir imediatamente em perigo de ser rejeitado.

Só uma investigação psicanalítica poderia esclarecer-nos sobre este ponto e nos fazer compreender o sentido que tem para a mãe a deficiência do filho.

4. Pelo termo "curar" não entendo restituir uma integridade física e psíquica, comprometida por fatores orgânicos não negligenciáveis, mas desembrasar o sujeito dos distúrbios psíquicos que entravam uma evolução de início deficiente.

VII. *Janine*. Quinta de cinco filhos, 13 anos; Q. I.: 0,54; E. E. G.: não foi feito.

“Nós a colocamos em E. M. P. porque não a querem mais em outro lugar. Para nós ela está bem. Basta que ela faça sua obrigação, e tudo bem.” É assim que a mãe situa as dificuldades da filha. “Nós duas nos entendemos perfeitamente, é a minha preferida.”

Com efeito, só a mãe compreende a linguagem da filha. Esta parece ter tido desde o começo um retardamento no plano psicomotor (aos 6 meses não ficava sentada), mas está muito bem integrada numa família numerosa, em que cada filho participa da vida da casa, em que o entendimento entre os irmãos é bom.

Janine parece ter tido uma evolução de débil — muito bem (talvez bem demais) aceita pela família. “Está aferrada ao seu lugar de menina mimada, e não se dá bem com o irmãozinho.”

De fato, mesmo na hipótese de uma “verdadeira debilidade”, não nos podemos impedir de notar que foi como débil que Janine pôde achar um lugar na família.

Sessões psicanalíticas, mesmo que não modificassem em nada o Q. I., permitiriam talvez esclarecer como os benefícios secundários da doença⁵ fixaram Janine nela. É a partir daí que se poderá levá-la a se assumir enquanto sujeito responsável.

VIII. *Albert*. 6 anos; Q. I.: 0,71; E. E. G.: “traçado espontâneo contendo anomalias. Estas consistem em elementos lentos, pouco amplos, aos quais se misturam longos acessos de ritmos rápidos patológicos na ausência de tratamento barbitúrico”.

A mãe apresenta-se de uma forma rígida, com total ausência de afetividade. Conta a história do filho como se fosse um fato que não lhe dissesse respeito. O que domina é a sua recusa em ter filhos. Ora, ela teve três. O mais velho morreu com 10 dias, o mais novo tem 1 ano; Albert tem 6.

Há um H. L. M. em vista, mas até agora a família só conheceu uma sucessão de quartos de hotel. A criança é entregue a uma ama até os 5 meses e meio. Os pais a retomam durante as férias, mas ela tem uma toxicose aos 7 meses. Levam-na em coma ao hospital. “Está salva”, dizem os médicos, “mas o futuro dirá o que irá acontecer.”

Ao sair do hospital, o bebê é novamente entregue à mesma ama até os 2 anos e meio. Na sua volta, as dificuldades vão começar. A moradia exígua impede toda atividade motora, a criança é colocada numa creche

5. A doença é por vezes vivida pelo doente como um modo de relação com o Outro de que ele pode tirar vantagens, até mesmo privilégios.

de dia e, à noite, encontra uma mãe cansada pelo trabalho. Volta a apresentar incontinência e grita de noite. Para aliviar a mãe, propõe-se uma nova separação e Albert vai para uma instituição de crianças. Volta de lá num estado de instabilidade terrível. Seu caráter deteriora-se cada vez mais. Torna-se duro: "Vá deitar", diz ele ao pai, "sou eu que mando aqui".

O irmãozinho de um ano também é completamente disrítmico, tem vômitos, berra à noite.

A criança enfrenta (além do retardamento) uma situação familiar perturbante: mãe poderosa que impõe a lei, pai apagado que conheceu na infância o abandono materno. Albert sente-se em perigo com essa mãe (como ela, ele provoca o pai, sublinhando que é ele, o filho, quem manda). Na realidade, procura um senhor que lhes faça a lei, a ele e à mãe. Ternura, nunca teve. Uma conduta reivindicante tornou-se o seu único modo de comunicação. É de se perguntar se não seriam úteis sessões psicanalíticas, nem que fosse a título experimental. Agredida no corpo, esta criança esteve, além de tudo, em estado de quase abandono materno.

IX. *Marcel*. 6 anos; Q. I.: 0.57; E. E. G.: N.

Primogênito de três filhos, tendo todos um atraso de linguagem (e provavelmente um atraso intelectual).

Mãe esgotada pelas dificuldades dos primeiros anos de casada (o casal tem moradia decente há muito pouco tempo).

O bebê, indesejado, chorava dia e noite.

Aos 8 meses, uma toxicose provocou hospitalização de um mês.

Aos 4 anos, uma separação de 5 meses do meio familiar (a linguagem ainda não tinha sido adquirida) foi sentida de modo fortemente traumatizante. "Morávamos em más condições, então ele foi tirado de nós." A mãe acrescenta: "Eu nunca sorrio, para mim é difícil suportar o fato de ser filhos assim".

De fato, esta mãe, abandonada pelo próprio pai quando ainda era pequena, foi vítima de uma formação depressiva. "Os outros têm filhos bonitos, a infelicidade foi reservada só para mim." Com os nervos esgotados, não pode enfrentar o seu papel de mãe: "Arrependo-me de ter casado, arrependo-me de ter tido filhos".

Neste lar, as crianças se chocam com a ausência total do sentido de vida por parte dos pais, e reagem fechando-se ao mundo simbólico (os distúrbios de linguagem, nas três crianças, talvez não sejam puramente mecânicos; testemunham bem uma certa carência nas relações fundamentais com a mãe).

X. *Julie*. 12 anos, primogênita de dois filhos: Q. I.: 0,57; E. E. G.: N; radiografia do crânio: N.

"Minha filha é inteligente", diz a mãe, "tem algumas dificuldades para falar." Trata-se de fato de um grande retardamento mental de que os pais não têm consciência.

Houve, de início, um traumatismo no parto. Deram à mãe uma injeção para "acelerar as contrações", e a mãe não pôde suportar as dores intensas que sobrevieram bruscamente e ficou, segundo os seus próprios termos, "como louca". Tiveram que adormecê-la imediatamente; mas o parto fez-se lentamente, foi necessário o fórceps (há seqüelas neurológicas, mas parecem, segundo o neuropsiquiatra, de pouca importância). O desenvolvimento inicial do bebê foi retardado. Houve recusa de alimento e dificuldades caracteriais. Aos 3 anos a criança ainda não sabia falar e recorreu-se a uma reeducação da fala.

O fato de ter um filho anormal coloca a mãe sob a dependência da sua própria mãe e do sogro.

A inquietação destes é sentida por ela como uma censura. Sente-se muito só, "como quando meu pai morreu; eu tinha 9 anos. Depois que ele se foi eu era sempre jogada de um lado para outro; isso me criou um vazio".

A única maneira, para a mãe, de não se sentir em estado de abandono é ignorar o retardamento da filha. "Ela é inteligente; fala mal, mas isso é uma questão de educação. Desejo para ela uma vida de solteira, agradável, com um trabalho, mesmo que não remunerado."

Trata-se, na realidade, de uma mãe muito ansiosa, que se esforça a todo custo para agüentar o golpe.

XI. *Pierre*. 6 anos e meio; Q. I.: 0,58; E. E. G.: não foi feito; quarto de cinco filhos: o mais velho, anormal, morreu aos 2 anos e meio; dois outros filhos são retardados.

Pierre sofreu uma asfixia neonatal e mais tarde depressão anaclítica. Toda a família vivia num só cômodo quando a criança nasceu. A mãe, sobrecarregada, não pôde fazer face aos cuidados que reclamava este bebê, difícil desde o início, que recusava qualquer alimento. A ansiedade da mãe, o filho reagiu com uma oposição passiva. Anorético, com vômitos freqüentes, tornou-se caracterial. Com a idade de 4 anos, "por causa das más condições de moradia", é separado durante um ano da mãe e colocado num *aerium*.

"Ficou sem fala. Parecia perdido", disse a mãe.

Quando voltou, a mãe teve um medo atroz de perdê-lo, ligado à sua própria história (órfã aos 5 anos, só tinha conhecido internamentos sucessivos e ausência de amor). Mãe cevadora, tem tal excesso de amor para dar, que os filhos sentem dificuldade em manifestar desejos pró-

prios. Cada um foge à solicitude materna com perturbações diversas. Para Pierre, o acidente obstétrico duplicou-se com hospitalizações e a insegurança materna. “Estou sempre à espera da morte de um dos meus filhos. Meu marido me diz: ‘Você vai nos dar azar com seu jeito de ver desgraça em todo lugar’. Fui tão infeliz, que só vejo isso.”

XII. *Roger*. 8 anos; Q. I.: 0,70; E. E. G.: nenhum sinal cortical de lesão latente.

Filho único de pais idosos (a mãe tem filhos normais de um primeiro casamento). Nascido de 7 meses, o bebê teve uma asfixia neonatal e mais tarde uma estafilococcia-bulbosa. Os seis primeiros meses passam-se no hospital. “Não sabia o que era sorrir, pois só conhecia o isolamento.”

Mãe ansiosa, que vai abandonar os filhos mais velhos para se dedicar ao filho doente. Ela o faz de modo a não deixar lugar a nenhuma possibilidade de autonomia. O pai não tem nenhum direito de zelar pela educação do filho. “Os mais velhos eu eduquei sozinha; tendo marido, não se pode fazer mais nada. É o que eu digo, é só ter um homem, que nada mais funciona.”

Tudo é proibido para essa criança (nenhuma liberdade motora); qualquer acidente psicossomático é vigiado pela mãe. Providenciou para ela e para o filho camas conjugadas.

A criança está presa à fantasia materna. A doença dá à mãe todos os direitos; e ao pai uma culpabilidade suficiente para justificar a sua retirada.

Um retardamento intelectual, afinal bastante leve, acha-se maciçamente reforçado por um tipo de relação mãe-filho, ao qual uma criança normal não teria podido resistir sem perturbações sérias.

XIII. *Georges*. 7 anos e meio; instável no Terman; E. E. G.: não foi feito.

Mais velho de seis filhos (em sete anos de casamento). Dois outros filhos são retardados. A família mora em dois cômodos e cozinha.

A mãe teria desejado um planejamento dos nascimentos, “mas os médicos disseram-me que não podiam fazer nada”.

Com cianose de nascença, Georges é um bebê que vomita frequentemente, até os 6 meses. Com essa idade, declara-se uma meningite. Atraso motor entre outras seqüelas.

Órfã de mãe aos 10 anos, a mãe de Georges trabalhou como empregada doméstica desde essa idade. “Eu era tão só, que quis casar-me — agora tenho filhos demais, não agüento mais e tenho medo que o meu marido me largue.”

A sogra dela disse ao filho: "Sou contra esse casamento, desejo que você faça muitos filhos nela e volte para nós sozinho".

Aos 24 anos, à beira da depressão, essa moça frágil *não pode ser mãe*. "Não tenho gosto em brincar com as crianças, nem em falar com elas. Sobrecarregada de trabalho, já não suporto ninguém. Penso em suicídio e às vezes me sinto sufocada."

Trata-se, no limite, de um caso de "hospitalismo familiar". Bebê em estado de abandono com uma mãe esgotada que não pode estabelecer nenhum contato humano normal.

XIV. *Paul*. 10 anos; Q. I.: 0,55; E. E. G.: atraso de maturação — nenhuma lesão cortical; último de três filhos.

Doente durante todo o primeiro ano de vida: umas vinte otites, um princípio de meningite aos 9 meses, uma toxicose 15 dias depois, com hospitalização de um mês. A partir dos 18 meses, convulsões a cada elevação de temperatura, e febre a cada choque emocional (mesmo que fosse uma alegria, um presente...).

Mãe maternal que se recusa a enxergar o retardamento do filho e o integra aos outros filhos como um sujeito normal. "Uma mamãe não se dá conta disso. Uma mamãe acha o filho sempre bem."

A emotividade dessa criança, agredida tão cedo na sua segurança física básica, atua essencialmente no plano psicossomático. Paul não pode ser feliz sem correr o risco de imediatamente ter febre e convulsões.

XV. *Françoise*. 7 anos; Q. I.: 0,50; E. E. G.: traçado ligeiramente anormal devido a lentidão e instabilidade; primogênita de dois filhos. A falta de moradia leva a mãe a entregar a filha a uma ama até os 6 meses. O bebê fica bem, num ambiente calmo, no campo. O casal, tendo recebido um H. L. M., retoma o bebê, que é confiado durante o dia a uma vizinha barulhenta, que tem outros filhos. Essa mudança é mal suportada e surgem crises convulsivas que só cessam aos 3 anos e meio. Aos 7 meses, meningite e hospitalização. Françoise fica em seguida com a avó materna, e volta para casa aos 13 meses, no momento do nascimento do irmão, que ela nunca pôde aceitar (período de encopresia nessa época).

Várias pessoas se ocupam da criança durante o dia; ela é instável e difícil. Choca-se contra o pai que a ignora, "de tanto que lhe faz mal ter uma filha assim".

Encolerizada diante da sua impotência para se exprimir, a criança passa aos atos e provoca reações negativas dos adultos.

De fato, desde a idade de 6 meses, conheceu a ruptura com um ambiente calmo, reencontrado por algum tempo na casa da avó materna, e depois novamente perdido.

“Na nossa casa, ela está sempre nervosa, é preciso levá-la depressa à casa da vizinha.”

Mãe esgotada pelo trabalho de telefonista. “É um ritmo infernal, há momentos em que nem ouço os chamados, tenho tonturas. Então tudo se embaralha, é o início da depressão.”

XVI. *René*. 10 anos; Q. I.: 0,60; E. E. G.: N; caracterial; o mais velho de 3 filhos.

“Desde que começou a andar, as coisas vão mal, ele quer quebrar tudo, não é capaz de fazer nada como todo mundo. As pessoas me dizem: é preciso amarrá-lo.”

“Tomou calmante desde as primeiras mamadeiras, que ele vomitava.”

Será que se trata de uma debilidade simples?

A oposição, os distúrbios caracteriais do menino tornam difícil qualquer exame. Mãe ansiosa, não preparada para o casamento, tomada de pânico diante da idéia de que a criança possa chorar no quarto do hotel, o que significaria a expulsão. Esse filho não desejado é o objeto de uma hipersolicitude materna, à qual ele reage com vômitos, distúrbios caracteriais, recusa escolar. A mãe diz: “Eu estava num estado de nervos terrível; num determinado momento, achei que estava perdida”.

Só uma experiência de psicoterapia pode dizer se essa criança é tão débil como testemunham os testes. . .

XVII. *Sybillé*. 8 anos; Q. I.: 0,53; E. E. G.: N; a mais nova de 3 crianças. Aos 6 meses, tem uma infecção, cuja conseqüência é uma hemiplegia constatada por volta dos 8 meses.

Essa doença é ainda mais dramática porque Sybillé, antes de nascer, estava destinada a substituir na fantasia materna uma filha mais velha, concebida durante um primeiro casamento. “Nunca falo dela: aos 15 anos, ela não quis me ver mais; isto foi para mim como um luto.”

Muito cedo, Sybillé é objeto de uma hipersolicitude materna, a que reage com vômitos e asma.

Com a idade de 4 anos, devido a uma mudança de casa, a criança perde o sono e esgota a mãe, a ponto de esta ter uma depressão nervosa. Para culminar, o médico faz um diagnóstico irremediável: “É congênito. Se a menina a está cansando, a senhora poderá desfazer-se dela, entregando-a aos meus serviços”. “Agora”, acrescenta a mãe, “estou acabada.”

Com efeito, esta mãe tem a impressão de ter suportado o choque contra o corpo médico (a reeducação motora foi feita pela mãe, e o externato médico-pedagógico foi encontrado por ela).

“A senhora compreende, um médico nunca devia matar a esperança. A esperança é necessária para viver. Queria a minha menina viva. O golpe que os médicos me deram, deram nela também.”

Mãe à beira de uma nova depressão nervosa, que só suporta o choque com reações psicossomáticas em cadeia. Condenando uma filha que a mãe tentava fazer viver, foi esta última que lançaram em estado de abandono moral, sem nenhum proveito para uma nem para a outra.

XVIII. *Denis*. 8 anos; Q. I.: 0,66; E. E. G.: não foi feito; segundo de cinco filhos (três outros têm distúrbios caracteriais e dificuldades escolares).

Filho não desejado, que em consequência um acidente de automóvel, aos 3 anos e meio, tornou-se fóbico e instável.

Mãe depressiva, empregada doméstica desde a idade de 10 anos, no campo. Os engravidamentos sucessivos levaram-na a um tal esgotamento moral, que todos os filhos reagem com distúrbios psicossomáticos ou dificuldades caracteriais.

Só uma psicoterapia poderia dizer-nos mais alguma coisa sobre esta criança.

XIX. *Evelyne*. 13 anos e meio; Q. I.: 0,55; E. E. G.: não foi feito; primogênita de 6 filhos.

Aos 3 meses, uma meningo-encefalite, que teve como consequência a lesão de um nervo auditivo, sem tratamento possível.

A mãe era solteira na época desta primeira gravidez. Perdida, mal preparada para a maternidade por uma mãe pouco instruída, a jovem se sobrecarrega inutilmente e dá à luz antes do tempo, aos 6 meses e meio de gravidez.

O bebê, posto numa incubadeira, é entregue à mãe dois meses depois; pesa 2 kg. “Tinha apenas um quarto e cozinha; era preciso manter uma temperatura de 25° dia e noite, era preciso pôr lenha e carvão no fogo. Foi terrível, eu não queria tornar a passar pela mesma coisa.”

Um mês depois, é a hospitalização por meningo-encefalite, seguida de outras hospitalizações antes dos 6 meses — e mais tarde Berck “para recuperar a saúde”.

Mãe maternal, sobrecarregada pela família numerosa, e no entanto enfrenta tudo corajosamente. A sua atitude superprotetora com a mais velha, que ela quer subtrair à lei do pai, torna esta uma histérica em alto grau (que faz chantagem com suicídio).

“Fiz o que pude, tinha pouca instrução. O meu marido é bom, a menina muitas vezes nos separa, ela faz a chuva e o bom tempo na nossa casa. Vê-la me faz chorar, e eu deixo as coisas correrem. Se a senhora me disser que devo, vou acreditar na senhora. . . Faz bem *falar*; os médicos nunca têm tempo. Eu não sou instruída, mas o que a senhora diz o coração compreende.”

Todas as mães, sem exceção, *pedem para falar* e constituem, por essa razão, um peso para o pessoal docente submerso por reivindicações, pedidos que não são mais do que a expressão de uma ansiedade, agravada pelo sentimento de solidão na desgraça.

B — As Conclusões

Essas dezenove crianças representam a metade do externato médico-pedagógico estudado (as outras dezenove não foram examinadas porque já estavam em psicoterapia).

No que se refere à “classificação”, têm um Q. I. variando entre 0,50 e 0,70. Quase todas têm dificuldades no plano psicomotor e distúrbios de linguagem.

Encontram-se no seio desta população escolar as *grandes formas clínicas* descritas por Simon e Vermeulen:

- a) Os débeis *harmônicos*, afetados por retardamento simples.
- b) Os débeis *desarmônicos*, tendo, além de um atraso intelectual, uma instabilidade, uma emotividade anormais.
- c) Os débeis epileptóides, perversos, os chamados *débeis evolutivos* (quer dizer que se teme uma evolução psicótica).

A etiologia dos retardamentos é diversa. Podemos assinalar:

- 1) Os fatores genéticos dos retardamentos simples.
- 2) As causas patogênicas da vida intra-uterina (causas infecciosas, incompatibilidade sangüínea, etc.).
- 3) O papel dos traumatismos obstétricos (anoxia neonatal).
- 4) As causas provenientes do meio em que vive o bebê (hospitalismo em instituições ou hospitalismo familiar; dificuldades econômicas e miséria social).

Encontrei o papel importante desempenhado pelas carências afetivas, a situação anaclítica⁶ do filho separado muito cedo da mãe, em su-

6. Fénichel explica assim a palavra: “No que diz respeito aos mecanismos da escolha do objeto, Freud fez uma distinção entre o tipo de escolha anaclítica — na qual um objeto é escolhido porque provoca associações relativas a um outro objeto original no passado, normalmente o genitor do sexo oposto — e o tipo de escolha narcísica — na qual o objeto é escolhido porque representa certas características da própria personalidade do sujeito”. Deu-se o nome de situação *anaclítica* à situação de aflição de uma criança a quem falta o objeto original que lhe garante uma segurança.

ma, um conjunto de sinais de carência destacados em 1945 por Spitz, em 1951 por Bowlby e em 1955 por Jenny Aubry. Seus efeitos são, muitas vezes, irreversíveis. Pode-se acrescentar a isto os efeitos psicológicos de uma toxicose do lactente, em que a aparição brutal da doença lança num estado de torpor próximo da reação "catastrófica".

Mas o que distingue este estudo é a maneira como, deliberadamente, pretendi, de certo modo, ignorar o *rótulo* que marcava a criança, para entrar em *diálogo*, para além do sintoma.

Diálogo muitas vezes impressionante, com pais que sofrem pela sua descendência, pais a quem muitas vezes nos permitimos dizer: "Não há nada a fazer".

A classificação e a etiologia diversas dos retardamentos não devem fazer-nos perder de vista o ponto que eles têm em comum e sobre o qual a psicanálise pode ter um certo efeito: em todas essas famílias, há um desgosto de viver, uma história perturbante que é paralela ao retardamento, ou que o agrava.

Os pais procuram ser ajudados, o seu desamparo é, às vezes, maior do que o da criança. Esta, devido a uma agressão física precoce, desenvolveu uma sensibilidade de tipo particular.

A psicanálise na escola (contrária, em princípio, à teoria analítica) impõe-se num meio de famílias com sérias dificuldades no plano económico e em que os encargos não permitem grandes deslocamentos.

Todos os pais desejam poder estabelecer um diálogo analítico. Alguns desaprenderam a falar. "Estou despedaçada, de modo que, a senhora compreende, quando volto para casa, tudo tem que explodir, não tenho força para lhes falar. É uma corrida desenfreada, já não ouço nada."

Num grande número de casos, os pais são a própria imagem da resignação. Os pais não têm em si mesmos do que fazer viver o filho que, desde o início, está condenado a um certo estado de desesperança e ao mais completo absurdo.

Só uma dialética verbal pode permitir-nos esperar uma modificação das relações pai-filho e, portanto, a evolução, por vezes até a cura, deste último.

Quanto à *prevenção*, três fatores me chamaram a atenção:

1) *A nocividade das hospitalizações e separações precoces*. Provocam perturbações às vezes irreversíveis, quando o filho é muito novo ou ainda não adquiriu a linguagem.

Às vezes são aconselhadas separações, apesar de um passado de hospitalismo, *quando as condições de moradia são insuficientes*. Mas depois nada muda: a mãe continua a enfrentar condições de moradia dramáticas, às quais se junta o problema de um filho gravemente perturbado por um afastamento contra-indicado no plano psicológico.

2) Evidentemente, não se podem incluir as extraordinárias *dificuldades da vida material*, em particular de moradia, entre os inúmeros fatores que provocariam ou agravariam as deficiências mentais. Mas é preciso levar em conta o fato de que estas dificuldades, às quais se junta também a ignorância completa de qualquer planejamento familiar, acentuam os sentimentos negativos da mãe perante um novo nascimento. Além disso, muitas vezes essas dificuldades materiais agravam a tarefa da mãe e acabam por criar situações que se poderiam designar pelo termo paradoxal, mas certamente justificado, *hospitalismo familiar*.

3) É importante chamar a atenção para os malefícios graves causados pelos *diagnósticos médicos*. Mesmo que não haja esperança, a única atitude defensável é uma perspectiva humana, em que algo positivo é proposto aos pais desnorteados. "Sabe, quando o médico me disse: é congênito, não se conseguirá nada — foi terrível não ter mais esperança."

"Pessoas boas, levei anos para encontrá-las. Serei grata por toda a vida a este senhor X *que não podia fazer nada por mim*, mas que me falou como a um ser humano. A minha filhinha, pela primeira vez, era um ser humano e não somente um: Ah, se quisesse desfazer-se dela."

Esse diálogo humano, essa possibilidade de palavra, não são dados às mães de deficientes. Um veredicto de condenação tem os efeitos mais nefastos, primeiro ao nível do casal, em seguida ao nível do filho. Esses pais têm, mais do que outros, necessidade de solicitude e de apoio moral. As considerações acima não tiram nada ao caráter orgânico de muitas afecções. Elas são importantes na medida em que chamam a atenção para um fator agravante suplementar.

Capítulo 9

As etapas de uma reflexão sobre o retardamento

Em *Évolution psychiatrique*, 1962, tomo XXVII, fasc. III, B. Castets, R. Lefort, M. Reyns, relatando uma experiência de psicoterapia com débeis (alguns dos quais grandes retardados) num I. M. P. do Norte da França, fazem a seguinte observação: “Não parece inconcebível que a idiotia, a imbecilidade e a debilidade mental não sejam, muitas vezes, mais do que formas de autismo. . . não sejam, numa palavra, mais do que formas psicóticas que exigem serem tratadas como tais”.

Esta experiência, que vem ao encontro de outras experiências isoladas, constitui, por si só, um marco na história da medicina.

Com efeito, até há relativamente pouco tempo, o diagnóstico de “debilidade mental” era um diagnóstico irremediável, uma contra-indicação para qualquer tentativa de psicoterapia.

Os *psicanalistas*, advertidos por Freud de que os deficientes mentais e os superdotados podiam provir de uma mesma fonte (a histeria), aceitavam bem a noção de “estupidez” como defesa neurótica, mas se recusavam, por outro lado, a dar um sentido à debilidade mental concebida como um déficit orgânico¹.

1. Os psicanalistas ocuparam-se das crianças normais, inibidas ou neuróticas em que a *estupidez* era o sinal de bloqueio afetivo que repercutia no plano intelectual. A insuficiência mental, pelo contrário, foi mantida durante muito tempo fora do campo de investigação psicanalítica.

Fisiologistas e biólogos descreveram as alterações do cérebro em certos deficientes mentais. Os endocrinologistas puseram em evidência as anomalias do metabolismo em certas formas de oligofrenia, sublinhando, de resto, que certas psicoses estão ligadas a um desequilíbrio endócrino. Em suma, foram tentadas múltiplas classificações para descrever as anomalias dos deficientes mentais, sem que se pudesse chegar, no entanto, a uma teoria sobre a relação entre os tipos de insuficiência orgânica e a conduta dos indivíduos, dado que nem sempre esta última se explica por aquela.

Os *psicólogos*, influenciados, apesar de tudo, pelas teses organicistas, estabeleceram, também eles, classificações destinadas mais a descrever um desenvolvimento mental tipo do que a explicar a insuficiência dos que não tinham alcançado nos testes a média requerida. A inteligência é considerada como uma quantidade homogênea; a noção capacitária prevalece para decidir sobre a orientação de um sujeito.

Foi sobretudo nos Estados Unidos que se desenvolveu, em todas as escalas (escolares, industriais), a tendência para a utilização universal dos testes, provas que servem para dividir os seres humanos em superdotados, dotados, medíocres. Esta obsessão da classificação é, de certo modo, uma consequência do taylorismo: trata-se de obter, por toda parte, o melhor rendimento possível de indivíduos considerados, no limite, como robôs.

Essas idéias foram combatidas pelos russos por razões ideológicas; no seu espírito, todos os homens deverão conseguir se desenvolver, se lhes for assegurado um meio favorável — e por isso se dá uma importância especial, na U. R. S. S., à pedagogia destinada a dar a mesma possibilidade a todos. No entanto, há alguns anos os investigadores russos começaram a colocar em questão os insucessos dessa pedagogia racional, e a procurar o seu sentido.

Essa atitude, mais generosa do que a dos americanos e que está de acordo com a concepção própria do século XVIII, do homem essencialmente racional, na prática não é menos ineficaz, pois acaba por negar a debilidade mental e os seus problemas, para aplicar ao sujeito os métodos educativos correntes com a simples preocupação de adaptá-los a um desenvolvimento retardado.

Na França, é a partir de uma classificação psicológica e organicista que foram criados estabelecimentos para os deficientes mentais, sendo alguns notáveis. Foi elaborada uma pedagogia para “readaptar socialmente”; os progressos da ortofonia, da reeducação psicomotora, fazem com que as crianças possam se beneficiar, num I. M. P., das técnicas mais modernas no que diz respeito à reeducação.

Mas o insucesso de reeducações tecnicamente bem conduzidas leva certos médicos a se questionarem.

Se, há apenas quinze anos, todos os débeis eram excluídos das consultas psicopedagógicas como “inaptos para uma psicoterapia”, hoje são, muitas vezes, objeto de uma solicitude particular. Trata-se, segundo se pensa, de distinguir o “verdadeiro” débil, inapto a uma psicoterapia, do “falso” débil, para quem todas as esperanças são permitidas.

Foi nesse sentido que se orientaram as minhas primeiras pesquisas. Em 1950, publiquei o resumo da análise de uma criança débil, realizada sob a orientação da dra. F. Dolto.

O primeiro desenho de *Xavier* era de um homem sem cabeça, andando sobre uma corda esticada por cima de um precipício.

Tratava-se de uma história dramática, mantida em segredo na anamnese, e que se desvendou pouco a pouco. Essa criança de 5 anos servia para proteger com a sua presença um pai a quem pesava na consciência a morte de centenas de homens. Era procurado pela polícia francesa, por ter colaborado com os alemães, entregando a estes uma aldeia inteira. De pai terrível com seu uniforme nazista, tornara-se um homem apavorado; o seu único recurso era esconder-se com o filho, cuja presença devia bastar para eliminar todas as suspeitas. Ora, apesar do filho, ou por causa do filho, o pai foi preso.

A partir desse momento, a criança desenvolveu uma espécie de “perda da realidade” segundo alguns, “atitude regressiva” segundo outros: as aquisições escolares cessaram.

Alguma coisa no desenvolvimento de *Xavier* parecia parada.

Com a idade de 6 anos, a criança tinha perdido não só um pai *real* (um luto é uma coisa à qual nos acomodamos), mas verdadeiramente o que Lacan chama de o *Nome do pai*, que ele jamais podia evocar sem vergonha — a ponto de se sentir não tanto órfão de fato, como órfão em si mesmo, por perda do significante paterno.

O desenho surgido na primeira sessão foi explicitado verbalmente durante o tratamento: “Esta criança não tinha cabeça, porque se tivesse cabeça ficaria louca de sofrimento”.

Na realidade, a história da criança remontava para muito além do drama. O pai ditava a lei com seu uniforme nazista; mas, em casa, era a mãe que *era* a lei, e esta é uma característica que encontramos em todos os psicóticos e na maior parte dos débeis.

O sucesso da psicanálise de *Xavier* me fez acreditar que havia débeis “falsos” e “verdadeiros”. Orientei-me portanto, numa primeira fase, para um exame psicológico extenso e pude estabelecer duas categorias: os que tinham um nível *homogêneo* de debilidade nos diferentes testes e aqueles em que os resultados eram *contraditórios* de um teste para o outro.

Era nesse critério que me baseava para orientar ou não as crianças para uma psicoterapia. . .

Ora, Françoise Dolto, certo dia, tomou a seu cargo, no Claude Bernard, a psicoterapia de uma criança, apesar da homogeneidade manifestada dos testes, que atestavam a debilidade do sujeito (0,60). A anamnese era "rasa", como é muitas vezes nos psicóticos. Não havia nada a assinalar. Tudo era perfeitamente normal na família.

Mas o que revelou a análise? Que a criança era o objeto que protegia a mãe contra a sua própria fobia de cachorros. A melhora do filho trouxe uma crise grave para a mãe, que teve, também ela, de ser tratada. Mãe e filho formavam um só corpo; tocando um, atingia-se infalivelmente o outro.

Deve-se notar que não foi a mãe que pediu a consulta para a criança, mas a professora. Quanto ao pai, entrincheirava-se por trás da mulher: "É ela que decide".

O sucesso deste caso (certificado de estudos com um Q. I. notoriamente insuficiente e que não se modificou com a análise) abalou para sempre a minha segurança nos diagnósticos, segurança em que não nos deveríamos fiar em ocasião alguma.

Foi então que comecei a estudar as *Reações da Família à Debilidade*. Essa contribuição foi apresentada em 1954 ao Congresso dos Centros Psicopedagógicos, em Paris. O estudo era sobre 80 crianças cujo Q. I. variava entre 0,35 e 0,80.

Eu tinha abandonado a classificação "débil homogêneo" e "débil de resultados contraditórios". Tinha percebido que certos débeis de caráter homogêneo viam-se recuperados por uma psicoterapia, ao passo que outros com resultados contraditórios não progrediam nada.

Terminava esse estudo com as seguintes observações:

"Um Q. I. inferior ou superior não tem grande sentido em si. O que conta é o que a criança faz do seu Q. I. É aquilo para que serve a sua inteligência. Avançando na análise dessas crianças, somos levados, num dado momento, a fazer a seguinte pergunta: será ele débil ou esquizóide? Avançando mais, é a própria noção de debilidade, e talvez mesmo a gênese das psicoses, que deveria ser questionada."

Esse trabalho não teve outro efeito senão inquietar os médicos quanto à noção de "falsa debilidade".

Seria possível, responderam-me, que em consequência de erros de diagnóstico, um "falso" seja classificado como "verdadeiro"?

Era cedo demais para que a *própria noção de debilidade* pudesse ser publicamente questionada.

Todavia, o resultado prático foi que a partir daí, no Claude Bernard, todas as crianças de Q. I. insuficiente passaram a ser submetidas a um "exame complementar" (e foi a mim que coube o privilégio de ter que sugerir ou não a utilidade de uma psicoterapia).

Não dispondo de tempo *material* para submeter todas essas crianças a “provas complementares”, tive pelo menos o tempo de escutar “os seus discursos”.

“Ora, vamos, a senhora sabe muito bem, apesar de tudo, que eu não posso.”

Nem todos dão tão nitidamente a chave da sua debilidade. Mas todos eles indicam, de um modo mais ou menos confuso, a sua maneira de se situar diante do Outro. É raro que eles se oponham a este Outro: procuram de preferência se moldar no seu desejo. Todo confronto é recusado, e a provação de castração é a pedra na qual tropeçam todos os débeis. Esta provação, o débil vive-a na sua realidade corporal, porque é um sujeito diminuído, mas não pode vivê-la ao nível simbólico. Com efeito, não pode dar testemunho dela e, menos ainda, a partir daí, lançar um apelo ao Outro.

Ao nível da *palavra*, todo perigo de castração é negado. A debilidade intervém para não comunicar o que o sujeito experimenta.

E a inteligência estrutura-se de um modo tal que, em vez de se tornar a interrogação sobre a vida e a morte, passa a *ser* essa própria morte. Tal é a resposta de um sujeito que, no limite, quer ser assexuado para não ter que se interrogar sobre nada.

A análise leva-o a se questionar a partir da sua insuficiência vista como “falta” (é assim que é sentida por todo sujeito, de um modo quase persecutório, a intervenção do analista em sua vida).

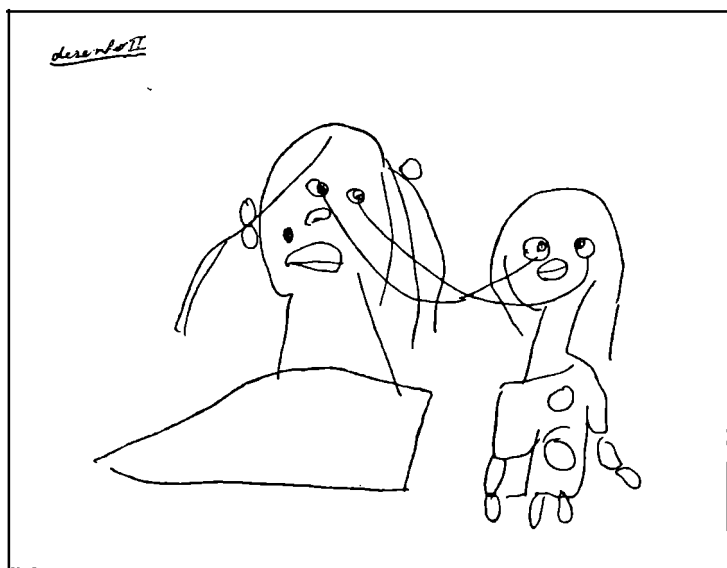
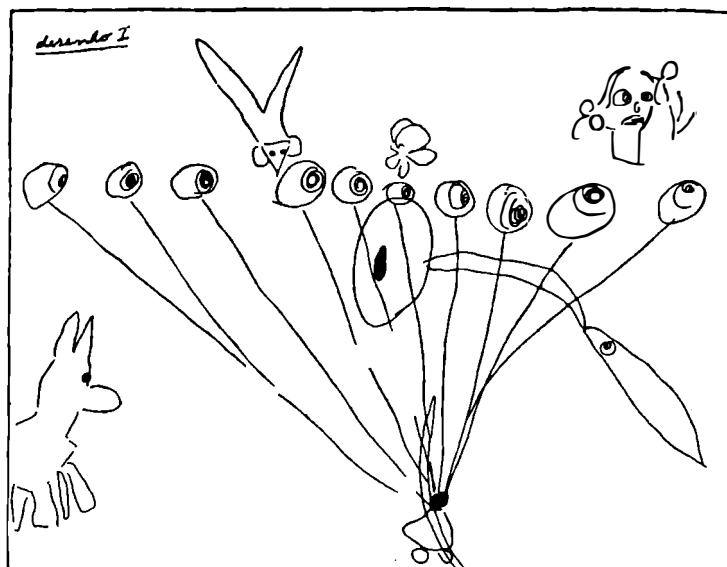
Ora, essa insuficiência é, para o débil, plena, ela tem como função justamente esconder não só a sua própria falta de ser, mas o que é sentido como falta de ser na mãe.

A ausência de imagem paterna como suporte de identificação constitui para o menino o próprio sentido do seu retardamento — de um retardamento que é acompanhado da recusa de se submeter a uma outra lei. Ele permanece fixado a um ego imaginário de uma certa idade, a sua escolha se faz nesse sentido. Uma escolha que, a maior parte das vezes, recusa um devir de homem.

Desde que se inicia uma análise, todo critério de “verdadeiro” ou de “falso” débil cai. Só o que conta é saber como é vivida a debilidade pelo sujeito e a sua família.

Existe um tipo de relação mãe-filho que se encontra nos tratamentos de psicóticos. O prognóstico será favorável se a criança for nova, e se a mãe puder ser ajudada.

Certos mecanismos aparecem nas doenças psicossomáticas como em certas estruturas perversas. Na medida em que a criança recebe um benefício secundário bastante grande pela sua doença, dificilmente renuncia a esta — donde os insucessos de certos tratamentos.



Antes de perguntar “O que é debilidade mental?”, eu desejaria dar aqui o exemplo do que Aulagnier chama “*o desvelamento da fantasia*”. Trata-se, no caso, de um momento crucial no tratamento de Mireille.

“Isso me faz mal, não está bom, isso me deixa triste. Os vestidos não são alegres. As calças são proibidas. Tia Eliane não gosta de calças.

“Meu negócio é não usar calças.

“As calcinhas não passam dos joelhos. As calças não ficam bem *porque dá para ver*.

“Quando a gente está com as pernas cobertas, não fica bem.

“Eu estou me comportando mal. Sinto que vou pegar a doença da calça.

“É falta de educação vestir calça. Dá para ver nosso traseiro e *dá para ver tudo*, você compreende, quer dizer nada.

“Meu negócio são os vestidos. As calças representam o diabo. O diabo tem um *collant* e uma calça.”

Desenho I: “É a senhora M. que vai estar de calças com os cabelos que passam dos joelhos. Aqui estão as calças da senhora M. com cocô na frente. Ela está suja e sai xixi por baixo. Puxa, como ela está suja!

“E depois ela faz cocô nos cabelos.

“Ela *só tem um olho*, porque está de calças. O outro olho foi para dentro das calças e está sangrando. Este olho está vendo os cabelos vermelhos. Está contente e está vendo uma margarida.

“Este olho está olhando o fogo que sai do bumbum da senhora M. Este olho vê muitos outros, com linhas. Todos estes olhos julgam o olho das calças. Porque este olho calça tem prazer.

“Nas calças tem um olho que vê um lobo que chega com a língua que diz: é bom, *ele quer comer o olho da calça*.

“O lobo vai comer o olho da calça. A senhora M. vai ficar sem ele.

“A partir de agora, é o outro olho que vai funcionar: terá um peixe que vai jogar um barbante na boca da senhora M. Ele vê uma máscara e mais outros olhos. Esta máscara é um homem. O olho do peixe vê *o outro* olho do lobo.

“O lobo está contente de ver isso.

“A máscara distraiu-se. Viu alguém com tranças.

“É uma outra máscara.

“Estes olhos vêem vermelho, quer dizer, *a morte na senhora M*. Ela vai morrer porque ela gosta de morrer.

“Atrás (desenho II) eu te faço a continuação”. (Trata-se de uma cabeça-estátua ligada pelos olhos a uma mãe fálica.)

“A senhora M. não se deixou morrer. Aceitou as tranças e uma pinta. Sua cabeça está cortada, ela se deixou morrer.

“Os seus olhos estão vendo alguém vivo que está falando com ela e não está de calças. Este alguém pôs uma camisola de dormir. Os olhos vão de um para outro. A senhora M. mudou-se em estátua. Já não tem medo que lhe cortem alguma coisa.” E a criança vai embora, com a mão sobre o sexo. . .

Exigem que Mireille ponha calças. Esta ordem, Mireille não pode executar. As calças são colocadas à força. Mireille vai, então, caminhar como um autômato, pois perdeu todas as referências de identificação diante do mistério que parece encobrir para ela a vontade do Outro de vê-la de calças. Mireille já não sabe quem é, reclama com angústia um vestido para poder de novo se nomear.

Entretanto, apresenta-se, em face ao desejo do Outro, como um objeto que perdeu não só toda a identidade, mas toda a unidade; o espelho devolve-lhe uma imagem desprovida de significação — e o Outro, enquanto suporte identificatório, acha-se por isso mesmo dissolvido: é a angústia. A resposta é um corpo fantasiado como despedaçado, no qual a criança exprime o próprio nó do seu drama — e situa a falta fundamental, donde todo o acesso ao estado de sujeito parece impossível.

Com efeito, amar, para Mireille, é absorver ou ser absorvida, quer dizer, fazer-se objeto. E é por isso que tudo o que é prazer está imediatamente em perigo de ser suprimido, comido pelo Outro.

E, no entanto, Mireille esforça-se por se situar como sujeito, face ao Outro (os olhos ligam-se um ao outro, fixam-se sobre alguém vivo), mas, para que esta relação se mantenha, é o corpo, fonte de prazer, que vai ser alienado: Mireille torna-se estátua, longe de todo perigo de captação, fora de toda ameaça de ser devorada.

Ela nos deixa como mensagem essa sucessão de olhos, introjeção do Outro ao nível do seu corpo, enquanto multiplicação de corpos parciais que se apresentam como outras tantas ameaças endógenas.

Descobrimos aqui uma dimensão do drama comum a um certo tipo de débeis, que nos permite compreender por que, neles, uma reeducação intensiva (até o emprego do ouvido eletrônico) pode precipitar uma evolução psicótica, por introdução de corpos estranhos suplementares.

O que é, então, a debilidade mental?

Parti de teses organicistas e de classificações psicológicas para, através do questionamento contínuo das minhas investigações, chegar a quê?

A não querer conhecer nada, num primeiro momento, a respeito do Q. I. ou da lesão orgânica, a fim de escutar o sujeito falar, para apreender, através do seu discurso e do discurso dos pais, o sentido que possa ter tomado a debilidade, para ele e para eles.

Ora, para o débil é muito difícil falar; ele é falado. É difícil para ele desejar, pois é um objeto manobrado, reeducado, desde a mais tenra idade. A dimensão que nós lhe damos lança-o na angústia: ao ser tratado como sujeito, perde de repente todas as referências de identificação. Já não sabe quem é nem onde vai. E, muitas vezes, será grande a tentação para ele de permanecer numa quietude débil, ao invés de aventurar-se sozinho no desconhecido.

No estado atual dos nossos conhecimentos, vale a pena tentar toda “experiência de psicoterapia de três meses”, mesmo, e talvez sobretudo, para o mais deserdado dos seres. Porque, quanto mais um sujeito é organicamente atingido, mais é chamado a viver como parasita da mãe.

A colocação de tais crianças em I. M. P. traz muitas vezes como primeira reação uma necessidade de se mostrarem destruidoras com respeito ao ambiente, comprometendo assim, quando elas existem, as possibilidades de reeducação. Uma tentativa de psicoterapia permite ao menos esclarecer o negativo e dar-lhe um sentido.

Quanto mais avançamos na abordagem psicanalítica do problema da debilidade mental, mais nos afastamos das noções psicológicas correntes que dizem respeito à inteligência.

A inteligência é uma noção grosseira, oposta artificialmente à afetividade. A debilidade nada tem a ver com a estupidez, que é, antes, defesa neurótica². O critério de adaptabilidade é também insuficiente como testemunho da noção de debilidade. Vimos débeis perfeitamente adaptados, obtendo até mesmo sucessos escolares, e, no entanto, “débeis” nos testes.

Não será a própria noção de inteligência que temos de rever?

O estudo sistemático das crianças débeis levaria talvez, além da organicidade irrefutável em certos casos, ao esclarecimento dos fatores comuns que encontramos nos tratamentos de psicóticos. Tentei apontá-los ao longo do meu trabalho.

Recordemos o que parece ser essencial:

1) *Situação dual com a mãe*, sem intervenção de imagem paterna proibidora.

2) *Recusa da castração simbólica* (é como objeto parcial que a criança é o alvo da demanda do Outro).

3) *Dificuldade de alcançar os símbolos* e papel desempenhado pela carência da metáfora paterna em certas dificuldades específicas em aritmética.

Sou levada, assim, a fazer esta pergunta: *O débil não terá mais a ganhar sendo tratado como doente mental (com uma esperança de re-*

cuperação) do que paralisado numa orientação baseada num déficit capacitário?

Há não muito tempo, o psicótico estava condenado ao hospício. Hoje, o débil tem ainda por destino ser o objeto de alguém ou de alguma coisa (passa da reeducação materna a todos os modos de reeducação). Amanhã talvez encontremos com mais segurança a via que levará o débil a reconhecer-se como ser humano, com desejos não alienados no Outro. Só então as noções de debilidade poderão ser colocadas em questão.

Apêndice 1

Psicanálise e reeducação

Os psicanalistas de crianças estão ainda, sem darem por isso, fascinados pela pedagogia, fascínio que prevaleceu durante toda uma época.

Procurarei aqui situar melhor a psicanálise infantil em face da pedagogia e das diferentes formas de reeducação.

Trata-se de saber se sempre estamos agindo oportunamente ao prescrevermos uma reeducação a uma criança, logo de início, sem o cuidado de compreender melhor o que subentende o sintoma pelo qual os pais nos vêm consultar.

Se, do ponto de vista da prática, nós nos arranjamos como podemos nos consultórios muitas vezes sobrecarregados, com pessoal insuficiente, não é menos verdade que, do ponto de vista da teoria, existe atualmente um problema, sobretudo por ocasião da primeira consulta: devem-se orientar todos os deficientes mentais para uma classe de aperfeiçoamento, todos os disléxicos para uma reeducação, ou deve-se primeiro compreender o sentido de um sintoma que, se é reeducação cedo demais, pode voltar a exprimir-se de uma outra maneira?

Minha experiência ensinou-me que as diferentes formas de reeducação, tão preciosas quando empregadas com conhecimento de causa, de nada servem quando a criança não está pronta a beneficiar-se delas como sujeito autônomo e responsável. E corre-se até o risco das dificuldades se estruturarem como um modo de defesa obsessivo. A psicanálise efetuada depois de uma reeducação falha será sempre mais difícil, e é muitas vezes vivida pela criança como uma ceva suplementar.

Chamando a atenção para uma certa evolução da psicanálise, tenho a preocupação de introduzir questões onde por vezes tudo foi resolvido por meio de soluções de uma outra época e que foram erradamente consideradas como definitivas.

A psicanálise infantil, no seu início, esbarra, quanto à sua técnica, no problema pedagógico. Nos nossos dias, as diferentes formas de reeducação tomaram, em muitos casos, o primeiro lugar, em detrimento da análise propriamente dita.

Se estava bem estabelecido que, para curar um adulto, o psicanalista devia manter-se no âmbito de uma técnica rigorosa (isto é, não devia tornar-se moralista), para a psicanálise infantil julgou-se possível permitirem-se todos os desvios da técnica — e, especialmente, a intervenção ao nível do real, como se o analista fosse um supereducador, um superpai ou supermãe. Esta atitude normativa teve efeitos desastrosos, de que ainda não nos livramos. Atualmente, se os psicanalistas admitem que esse procedimento não é conforme à doutrina freudiana, continuam, apesar disso, a ser influenciados pela pedagogia. Frequentemente, continuam sendo pedagogos, quando se trata de dificuldades escolares, de debilidade mental, de dislexia, de discalculia, etc.; propõem reeducações onde, muitas vezes, seria necessária uma investigação psicanalítica (nem que só numa primeira fase).

É essa progressão perigosa das influências culturais, sociais, morais, sobre a psicanálise que vou tentar esclarecer colocando aqui o problema nas suas origens.

Até muito recentemente, a psicanálise de adultos pertencia a um setor privado da medicina e o seu emprego nos hospitais era bastante limitado.

Não aconteceu o mesmo com a psicanálise infantil, que progrediu paralelamente ao desenvolvimento do serviço social por todo o mundo. Assim, em certos países, psicanálise infantil e assistência puderam, no limite, ser confundidas.

Dizem-nos¹, no Congresso Internacional de Serviço Social de 1927: "Como separar a assistência social e o domínio do padre, do juiz, do médico, do educador?"

Era a época em que monitores e psicólogos se disseminavam nos Estados Unidos, ao passo que na Europa as aplicações da psiquiatria continuavam reservadas aos médicos, estando a *lay analysis* ainda no seu início.

1. Dr. René Sand, *Le Service social à travers le monde*, Armand Colin, 1931.

Freud tinha previsto esse desenvolvimento: também ele tinha sonhado com uma medicina humanitária e com a necessidade que teríamos, algum dia, “de adaptar a nossa técnica a condições novas”. Ele sonhara em ver os Estados Unidos aceitarem um dia os encargos de investimento que representaria a psicanálise das assistentes sociais.

“Qualquer que seja a forma dessa psicoterapia popular e dos seus elementos”, acrescentava ele, “as partes mais importantes, mais ativas, continuarão a ser aquelas que tiverem sido inspiradas na psicanálise despojada de todos os preconceitos” (ou, como diz a tradução francesa, a psicanálise que não se preocupa com nenhum ideal social ou caritativo).

A visão de Freud realizou-se nos Estados Unidos, mas a parte principal que devia caber à psicanálise pura foi reduzida, pois economizou-se uma verdadeira formação psicanalítica aos *psychiatric social workers*.

No artigo que acabo de citar, Freud insistia no fato de que a psicanálise das classes populares seria mais difícil, porque a neurose é mais preciosa para os pobres e mais difícil de abandonar². Nos Estados Unidos, tendia-se, porém, a proceder como se a psicanálise do pobre exigisse menos despesas.

Os *psychiatric social workers* estão a serviço das famílias presas de dificuldades psicológicas, de caráter conjugal ou pedagógico: trata-se essencialmente de readaptar o indivíduo ao meio. O *psychiatric worker* torna-se, de algum modo, o árbitro de um conflito, o conselheiro que se escuta.

Eis o relatório textual de uma destas atividades³: “Karl, um menino de 11 anos, exasperava todos os que o rodeavam, pela sua desobediência, sua violência, sua preguiça; os irmãos e irmãs o ridicularizavam sem cessar, os pais sempre o repreendiam, os professores o castigavam ou se recusavam a ocupar-se dele. Falava-se em colocá-lo numa classe para anormais ou num centro de reeducação.

“A clínica de reeducação do caráter fez uma enquete que mostrou que a criança era vítima de um meio no qual as preocupações materiais causavam uma perpétua tensão nervosa.

“A assistente psiquiátrica consegue, pouco a pouco, que a mãe encoraje o filho em vez de o repelir; que os irmãos e as irmãs parem

2. Temos hoje, neste domínio, uma experiência mais extensa do que na época de Freud, mas que se processa no mesmo sentido. Deve-se levar em conta o benefício secundário da doença e das resistências que daí resultam. Estes casos encontram-se em todas as classes sociais. Mas talvez a perspectiva de deixar a neurose para dirigir-se para a realidade seja mais fácil de encarar quando as condições exteriores são mais sorridentes.

3. Porter R. Lee e Marion E. Kenworthy, *Mental Hygien and Social Work*, Nova York, The Commonwealth Fund, 1929.

de alimentar nele um sentimento de inferioridade; que os professores se preocupem mais em elogiar os seus progressos do que em insistir nos seus insucessos”.

Esta é, sob uma forma caricatural, uma amostra do que se produz quando se deixa de lado a compreensão analítica, para pôr todas as esperanças numa reeducação pelo conselho. E assim pode acontecer que, depois de se terem dado aos pais conselhos que se julgavam judiciosos, se assista à sua demissão sob o efeito da culpabilidade, sendo que a ansiedade da criança só aumenta⁴.

Foi por volta de 1930 que se manifestou ao máximo nos Estados Unidos essa necessidade de bondade e caridade de que a psicanálise nos ensinou a desconfiar.

Foram criadas *habit clinics* (clínicas de bons hábitos) para as crianças difíceis e os *child guidance clinics* para rastrear os retardamentos e educar os caracteres. Esta preocupação de educação estendeu-se aos pais. Criaram-se não só escolas de pais, mas também escolas de educação sexual para adultos.

Assim, ao lado da psicanálise clássica, aparentemente sob a sua influência, mas na realidade numa direção totalmente oposta, desenvolveu-se naquele país todo um sistema psicossocial de prevenção e de tratamento.

Trata-se, muitas vezes, de um verdadeiro empanturramento, de um *forcing* de bons hábitos e de conselhos esclarecidos. Não é inútil assinalar que instituições e métodos desse gênero refletem, de certo modo, a enorme insegurança oral dos americanos⁵.

4. A psicanálise nos ensina que é inútil tomar um sintoma ao pé da letra, pois trata-se sempre de outra coisa. Ao intervir nas queixas parentais com receitas educativas, nem sempre sabemos o que estamos fazendo, pois não sabemos o que subentende sua demanda. Ao mobilizar educadores, pais e irmãos em torno do sintoma de uma criança difícil, não só não estamos prestando nenhum serviço a esta última, como corremos o risco de provocar um deslocamento ou uma acentuação de seus distúrbios. O psicanalista deve manter-se em seu lugar para permitir ao sujeito que alcance sua verdade, através de revoltas e oposições. O tratamento psicanalítico só se pode fazer corretamente se, na vida, o sujeito se choca contra a lei dos pais, a lei da escola, etc. Se quisermos subtraí-lo a um rigor necessário, estaremos caminhando no sentido da sua doença e impedindo todo progresso.

5. Existe uma forma de “insegurança oral” que se manifesta por uma avidez e uma exigência sempre insatisfeita. Aqui, não se trata de dar mamadeiras suplementares e variadas, mas de inventar fórmulas sempre renovadas de educação, de pedagogia, de dietética, para satisfazer a angústia das mães americanas. Esta preocupação de educação dos pais confunde-se de fato com um *forcing* de conselhos, que é exatamente o contrário de uma informação objetiva e impede qualquer questionamento dos problemas individuais.

Esbocei aqui o quadro de um fenômeno que não é próprio dos Estados Unidos (se bem que tenha sido lá, em dado momento, particularmente visível) e que diz respeito ao que se poderiam chamar os efeitos paralelos do desenvolvimento da verdadeira psicanálise⁶.

Foi nesse clima de medicina social que a psicanálise se desenvolveu na Inglaterra. Mas esta aplicação limitou-se aos tribunais para crianças, às clínicas de *child guidance*, às creches experimentais. E parece que houve, de início, primazia da compreensão analítica sobre o fator social ou, pelo menos, que um trabalho mais modesto do que aquele que tinha sido empreendido nos Estados Unidos permitiu um melhor controle pela equipe analítica, evitando abusos. A presença de analistas dá à consulta de *child guidance* um aspecto diferente daquele que caracteriza o simples trabalho do *psychiatric social worker*, mesmo que este trabalhe em equipe e seja aconselhado por um analista no que se refere às interpretações a serem dadas ao cliente.

Na Inglaterra, houve a preocupação de levar em conta a influência do meio (com as modificações a fazer nele) e os conflitos intrapsíquicos. O analista acabara por esquecer a existência desses conflitos intrapsíquicos, preocupado que estava em agir sobre o meio ambiente.

Um dos grandes méritos de Melita Schmideberg foi o de abandonar receitas e idéias preconcebidas para voltar a uma autêntica discussão dos problemas humanos. Se ela concedeu um grande peso à influência do meio e ao fator social na etiologia das neuroses (propondo especialmente numerosas medidas de prevenção e de higiene sociais), soube, por outro lado, continuar sendo uma clínica rigorosa nas suas consultas hospitalares.

A sua concepção, quanto à influência a se exercer sobre os pais, opunha-se, de certo modo, às concepções americanas: o seu mérito foi o de *escutar* os pais; dava-lhes poucos conselhos, ou nenhum, mas estava inteiramente disponível para os relatos das suas desgraças ou desgostos, mesmo quando os filhos já eram adolescentes.

Escutava, usando seu conhecimento analítico para decidir até onde podia chegar naquilo que solicitava aos pais. E mostrava-se muito pouco exigente. Cita o caso de uma mãe que lhe trouxera o filho psicótico; a mãe regozija-se pela mudança e acrescenta: "Isso deve ser da mudança da lua". "Por que não?", responde Melita Schmideberg. E acres-

6. Ao lado da psicanálise, desenvolveu-se uma espécie de pedagogia, inspirada numa vulgarização simplista das noções freudianas. O conselheiro sexual, educativo, vem substituir o psicanalista, em detrimento da psicanálise. As caricaturas americanas são, quanto a este tema, eloqüentes por si mesmas.

centa: "A estupidez de certos pais é o seu modo de reagir a uma situação intolerável"⁷.

"Não tenho nenhum objetivo, e não tenho nada em vista em matéria de educação", declara ela, "e já me aconteceu aprovar uma mãe hipertensa por bater no filho quando ela sentia necessidade disso; não é que eu aprove surras, mas um esforço de autocontrole estava acima das forças dessa mãe."

Trata-se de, através da psicoterapia, levar a criança a lidar com a mãe que tem, mais do que inculcar nesta princípios educativos que correspondam talvez à verdade do analista, mas não à do cliente.

Melita Schmideberg tinha, portanto, uma dupla atitude:

Por um lado, esclarecia, pela sua compreensão analítica, o problema social das crianças delinquentes, órfãs, e estimulava estudos sobre as crianças internadas nos hospitais, a fim de introduzir reformas sociais necessárias. Digamos que, neste plano, ela tinha uma conduta política; educadores e juizes só tinham a ganhar com isso, em termos da compreensão de um problema que também é deles.

Por outro lado, ela agia nas suas consultas com um rigor analítico que a protegia do perigo de influenciar o meio da criança de quem ela se ocupava.

No momento em que se desenvolviam no Ocidente as obras sociais e as técnicas psicanalíticas, a Rússia de 1930 punha em funcionamento um enorme aparelho de Estado para criar condições de vida que se ajustassem o melhor possível ao trabalho: ao mesmo tempo que os pais recebiam os meios de fazer um trabalho produtivo, as crianças eram educadas, e dava-se especial importância à necessidade de lazer para uns e para outros. Em suma, a assistência era reduzida ao mínimo e a integração de cada um, segundo suas possibilidades e seus gostos, era encorajada ao máximo. Tratava-se de uma conduta política; não havia lugar para a psicanálise.

E, no entanto, esta conduta política não teria sido desacreditada por Freud. Desde 1919 ele insistia sobre o fato de que a única solução válida⁸ se situava ao nível do Estado, porque ela implicava verdadeiras reformas de estrutura.

Dizia Freud: "Nós não podemos, por outro lado, adotar na vida uma atitude de higienistas ou de terapeutas fanáticos. A profilaxia ideal das doenças neuróticas não seria vantajosa para todos. As neuroses têm uma função biológica enquanto medida defensiva e razão de ser social."

7. Melita Schmideberg, *Children in need*, Allen and Unwin Ltd., Londres.

8. S. Freud, *De la technique psychanalytique*, página 33, Paris, P.U.F.

Portanto, não se trata tanto de ensinar os homens a serem bons, caridosos, tolerantes, como de criar, em escala política, reformas de estrutura para que o homem possa, de certo modo num quadro legal, encontrar os meios de desenvolvimento.

Se o psicanalista de crianças corre o risco, em consulta, de substituir a *Sociedade*, procurando mais reformar o meio do que destacar os distúrbios psicogênicos da criança, ele corre o risco, em face dos pais, de ser vítima de um erro idêntico: para ele é grande a tentação de substituir os *educadores* naturais, colocando-se como pedagogo ou moralista, mais do que como psicanalista. Aliás, foi em torno dessa controvérsia que se fez a principal cisão no mundo analítico inglês.

Anna Freud, no início, pretendia-se, de fato, supereducadora. Não num espírito de reforma social, como os *psychiatric works* americanos: ela era analista, o seu ponto de vista continuava individualista. Mas os pais eram para ela o adversário; era preciso substituí-los sob o ponto de vista educativo. E a preocupação social reaparecia com a idéia de que se poderiam criar escolas especiais para recolher as crianças que estivessem em análise, a fim de eliminar a influência dos pais.

Tal atitude de “mãe adotiva” era tão pouco suscetível de ser compreendida que Anna Freud sugere, no início, que se limite o recrutamento dessas escolas aos filhos de analistas...

Reencontramos nesta controvérsia questões referentes à contratransferência do analista em face dos pais. Foi precisamente por este aspecto que Anna Freud foi levada a considerar a análise de crianças como muito diferente da análise de adultos. Ela descobriu que na criança não se desenvolvem neuroses de transferência. O tratamento, desde o início, foi concebido como uma mistura de análise e de reeducação. Aliás, esta ficava a cargo da análise⁹. Anna Freud mostra-o bem, expondo o caso de uma criança neurótica que se torna perversa no decorrer da análise, devido ao erro, como confessa a autora, de não permitir aos pais que assumissem normalmente o seu papel de educadores.

O mérito de Melanie Klein é justamente ter chamado a atenção para os perigos de uma tal atitude contratransferencial, e de ter reconduzido a análise de crianças à dimensão de análise de adultos.

É pela reintrodução do rigor na condução do tratamento que a transferência vai poder aparecer; e, acrescenta ela, a ausência de qualquer intervenção pedagógica, em vez de enfraquecer o ego, irá reforçá-lo.

9. Anna Freud, *Psychanalyse des Enfants*, P.U.F., 1951.

Melanie Klein, depois de ter lançado essas novas bases, viu-se, num determinado momento, prisioneira de um sistema (a sua maneira de interpretar as fantasias fora de qualquer contexto às vezes é discutível, acabando o analista por perder de vista o discurso do sujeito, preocupado que está com a resposta a lhe dar). Mas os fundamentos da psicanálise infantil estavam criados.

Simplesmente, o desenvolvimento da psicanálise infantil, principalmente nas consultas hospitalares, veio coincidir com o desenvolvimento de novas técnicas pedagógicas e sociais; isso deu a este ramo da psicanálise a sua fisionomia particular. Se na época de Anna Freud o analista pretendia-se pedagogo, nos nossos dias as múltiplas formas de reeducação intervêm de certa forma do mesmo modo para encampar a boa consciência do analista. É este ponto que eu gostaria agora de desenvolver.

A França teve que esperar o fim da guerra de 1940 para assistir ao desenvolvimento dos equivalentes do *child guidance clinics*. Possuía já numerosos serviços sociais e toda uma política social, mas a psicanálise não tinha entrado na vida pública. Havia somente consultas em hospitais em que as crianças podiam ser acompanhadas por análise. A criação da Previdência Social iria criar uma demanda pública de consultas médico-psicológicas. Em Paris, um primeiro centro oficial de *Child Guidance*, patrocinado pelos ministros da Saúde e da Educação Nacional, iria abrir-se sob o impulso de George Mauco e de Juliette Boutonier.

A partir de então, os centros multiplicaram-se, tanto em Paris como no interior. Centros similares abriram-se para os estudantes: trata-se dos B.A.P.U.¹⁰ (o primeiro foi criado em Paris sob o impulso de Claude Veil e Eliane Amado).

O trabalho do analista num centro público cria problemas específicos, na medida em que o analista, pago pela Sociedade, procura inconscientemente justificar-se pela sua "eficácia". Ora essa "eficácia" muitas vezes é contestável do ponto de vista da regra analítica, e às vezes chega até a comprometer a "cura" do indivíduo.

Freud, devemos repeti-lo, tinha previsto uma adaptação necessária da nossa técnica a uma psicoterapia popular, mas ele tinha insistido na salvaguarda do espírito analítico. É em função deste rigor que me parece indispensável questionar as nossas motivações pessoais nos nossos atos extra-analíticos, sempre mais numerosos em consultas públicas do que com a clientela privada.

10. *Bureau d'aide psychologique universitaire* (Bureau de auxílio psicológico universitário da *Mutuelle* dos estudantes).

Dois exemplos vão ilustrar a questão que estou colocando:

1. Tenho em psicoterapia uma criança que mora com quatro irmãos e os pais num quarto de empregada, sem água. É trazida à consulta por nervosismo e instabilidade.

Na realidade é a mãe que está esgotada pelos prodígios engenhosos que desenvolve para manter os cinco filhos elegantes. O marido é oriundo da África do Norte. O acesso a um H.L.M. parece-lhes impossível. A mãe é frágil e só os aborrecimentos exteriores a protegem de uma depressão.

Deixei-me influenciar pela preponderância do fator do meio ambiente e arrumei um alojamento para a família. A minha única atitude propriamente analítica foi chamar a atenção dessa mulher para os problemas pessoais, estranhos aos aborrecimentos reais, e obrigá-la a voltar, para ser observada por alguém que não fosse eu. Essas precauções evitaram o episódio depressivo que se seguiu à mudança de casa.

Tocamos aqui em todo o problema da assistência social. Não sabemos o que fazemos quando ajudamos ou quando damos conselhos. Atos isolados que um analista pode ser levado a realizar não justificam a generalização de uma forma de ação que certamente não é a da análise¹¹.

2. O segundo caso é o de um rapaz que veio "para receber uma ajuda e deixar o trabalho de vigia". Foi entregue aos cuidados de uma obra universitária e o seu pedido foi satisfeito. Voltou a ver-me para me dizer que já não necessitava de uma psicanálise, visto que tinha conseguido obter o que pedia. À pergunta "O que é que você vai fazer?" respondeu-me: "Encher o saco da Sociedade não trabalhando e sendo sempre ajudado."

Este rapaz era, decerto, um grande doente, mas, satisfazendo-se tão facilmente o seu pedido, cortara-se qualquer possibilidade de recuperação.

Se lhe era quase impossível, com seus nervos, assumir ao mesmo tempo o trabalho e o prosseguimento dos estudos, a ajuda iria, paradoxalmente, dar-lhe o direito de estar doente e criar assim, nele próprio, uma ausência de desejos¹².

11. O direito à moradia, à instrução especial, o direito a uma vida materialmente decente, não pode em nenhum caso depender da caridade privada; é função do Estado (o que suprime o problema complicado da "dívida" e da gratidão).

12. Neste exemplo, a ajuda do Estado não foi dada ao rapaz enquanto ele era saudável. Ela lhe foi concedida quando se tornou doente. A estrutura persecutória (quase paranóica) do sujeito existia muito antes desses acontecimentos — mas as dificuldades materiais, na idade em que os estudos são sentidos como vitais, precipitaram a eclosão dos distúrbios neuróticos. Se tivesse sido menos atingido, teria utilizado a neurose militando no plano político. Pelo contrário, soçobrou numa atitude de revolta anárquica, passiva e estéril.

Numa consulta de dispensário, o analista é induzido, voluntariamente, a dar importância ao fator *meio ambiente*: sente-se ridículo, às vezes, por encarar os casos só pelo viés analítico. Ora, se é certo que o *meio* afeta e merece ser denunciado numa perspectiva de reforma política, não é menos certo que, quando um indivíduo se apresenta a nós, há interesse em situá-lo como sujeito na sua história, isto é, antes de tudo em compreender a natureza da sua *demand*a e evitar muitas vezes tomá-la ao pé da letra, para que possa articular-se a sua relação com o Outro, isto é, consigo mesmo.

A originalidade de Balint em medicina consistiu em não tomar o sintoma ao pé da letra, em tentar, sempre que possível, inseri-lo na história do doente, enfatizando o sujeito mais do que sua parte doente.

O livro de Balint¹³, tão pertinente em medicina, recebeu em psicanálise uma aplicação às vezes discutível. Efetivamente, para alguns colocou-se a questão de saber se seria oportuno examinar a criança como "sintoma dos pais". Dizem-nos que, cristalizando o exame sobre a criança, nós a fixamos como objeto e fortalecemos os sintomas.

Não é assim que Balint coloca o problema. É da contratransferência que ele se ocupa essencialmente, a fim de ajudar o médico a recuar suficientemente em relação à doença, ao doente e a si próprio. Trata-se de saber se o médico vai dar medicamentos, conselhos, uma orientação, para ficar quites com o doente, ou se vai ser o suporte do questionamento de um problema humano que lhe é proposto: o que equivale a questionar a si mesmo, na medida das ressonâncias que o problema desperta nele.

Ora, é isto que me parece fundamental em clínica infantil: porque o médico, sem se dar conta, muitas vezes tende a satisfazer os pais tomando o sintoma ao pé da letra. Penso nas dificuldades escolares, nos problemas provocados pela dislexia e pela debilidade. É certo que é grande a tentação para orientar a criança, para a mudar de meio, introduzir reeducações diversas, antes mesmo que tenha sido compreendida a significação do sintoma na história do sujeito assim como na sua relação com a família.

Várias vezes Freud situou o problema da inteligência e das suas metamorfoses na estrutura histérica ou obsessiva. Citamos o texto de *Estudos sobre a Histeria*¹⁴ em que se sublinha que os superdotados e os débeis podem ter saído de uma mesma perturbação: a histeria. E sabemos pela prática das análises de crianças o quanto esta observação

13. Balint, *Le médecin, son malade est la maladie*, P. U. F. 1960, tradução de J. P. Valabrega.

14. S. Freud, *Studies on Hysteria*, Vol. II, Cap. III, Stand Edit., 1895.

se confirma; creio ter salientado no meu estudo sobre os superdotados e os débeis¹⁵ que, nos dois casos, são utilizados mecanismos de defesa idênticos.

Não poderemos ter uma tal perspectiva se confiarmos o sujeito a instrumentos de medida sem fazer intervir a dimensão analítica indispensável.

O consultante analista muitas vezes tem escrúpulos de introduzir a dimensão analítica em consultas públicas, como se ele se achasse aí, mais do que em outra parte, influenciado por imperativos sociais e tentado por fórmulas de reeducação, aparentemente mais rápidas.

Vamos dar mais um exemplo (nunca será demais) do que pode resultar de uma abordagem propriamente analítica de um caso.

Alain era um débil de 9 anos (Q. I.: 0,70) que não sabia ler, nem escrever, nem contar. Tinha sido submetido, sem êxito, à reeducação ortofônica.

Era na realidade um fóbico completamente parasitado por uma mãe que não o distinguia de si própria.

Uma psicoterapia permitiu a mudança completa da criança, que (não-escolarizável até então) pôde entrar numa classe de aperfeiçoamento. Atualmente frequenta uma classe normal da escola comunal, com dois anos de atraso. Também aqui deu-se ajuda à mãe e ao filho, o que permitiu que se destacasse a significação da debilidade do filho na história da mãe.

A história, mantida em segredo na primeira entrevista, vale a pena ser contada, pois nela se revela de modo impressionante a gênese da debilidade.

A mãe de *Alain*, órfã muito cedo, foi educada por um irmão vinte anos mais velho do que ela. Casou-se, contra vontade desse irmão, com um homem também vinte anos mais velho, o pai de *Alain*. Esse casamento provocou o casamento do irmão, e a mãe de *Alain* ficou grávida ao mesmo tempo que a cunhada. A gravidez deu oportunidade para uma reconciliação geral.

Todavia, a cunhada teve uma menina, enquanto a mãe de *Alain* deu à luz o menino ardentemente desejado pelo irmão. O bebê-menina adquiriu uma anorexia mental na idade de um mês, enquanto o pai era internado numa casa de saúde. Assim, a família ficou a cargo dos pais de *Alain*.

Quando *Alain* fez 6 anos, instalou-se num estado depressivo, quer dizer, tornou-se idiota e desajeitado manualmente. A mãe vendeu então

a sua loja para se ocupar unicamente deste filho que ela vestia, alimentava, lavava. Ele até dormia no quarto dos pais. O problema escolar assumiu, para a mãe, uma importância ainda maior pelo fato de que ela desejava que o filho se tornasse instruído como o irmão dela, e não jeitoso e manualmente habilidoso como o marido.

Alain e a prima viveram assim como uma espécie de gêmeos, sendo que, ao que parecia, cada um só tinha o direito de viver às custas do outro. A prima era inteligente, mas presa de acidentes psicossomáticos. Alain vendia saúde, mas era débil. Ambos carregavam o peso do mito familiar. Eram os filhos malditos do incesto.

O corpo fantasiado, tal como o apresentava Alain nas suas primeiras modelagens, tinha como modelo o corpo oral. A bola cefálica era em forma de traseiro, tinha dois olhos enormes, e era desprovida de nariz, boca e orelhas; as representações corporais eram as de um corpo digestivo.

Alain era ao mesmo tempo negativo e fóbico; a sua neurose traduzia-se por uma debilidade que só tendia a se fixar e por pretensas perturbações ortofônicas (dois anos de reeducação sem que a criança aprendesse a ler).

A apreensão psicanalítica deste caso permitiu-nos compreender por que razão qualquer medida educativa de recuperação só podia conduzir ao fracasso; era necessário liberar primeiro uma energia até então mobilizada pela angústia.

As crianças débeis apresentam-se muitas vezes como grandes fóbicas. Todavia, algo as diferencia radicalmente do neurótico: o neurótico pode exprimir a ameaça do Outro a um nível simbólico, numa dialética verbal, porque não se sente inteiramente implicado no seu corpo por essa ameaça.

O *débil* ou o psicótico respondem à ameaça do Outro com o corpo. Este é habitado pelo pânico; falta-lhes a dimensão do simbólico, que lhes permitiria situarem-se em face do desejo do Outro, sem estarem em perigo de se deixarem absorver por ele.

Dissemos ao longo deste livro que a importância da família, nos casos de análise de crianças, cria, sob o ponto de vista técnico, um problema similar ao que encontramos nos tratamentos de psicóticos. A família que solicita o médico espera, desde o início, uma resposta em relação ao que a pessoa da débil representa para ela simbolicamente. Daí a extrema importância da atitude que o médico adotará em face do sintoma, desde a primeira consulta.

Primeiro, a *escolha do consultante* em clientela privada não é indiferente; muitas vezes tal escolha é feita em função das defesas da família que vai assim orientar a investigação no sentido aceito por ela.

O *pediatra ou o médico de família* é consultado a propósito de distúrbios manifestamente psicogênicos — não por ignorância, mas pela recusa, mais ou menos consciente, de levar em conta o elemento afetivo. O pediatra, se pretende ser eficaz e se não quer ver a sua clientela abandoná-lo, é obrigado a levar em conta essas defesas sem atacá-las de frente e a levar insensivelmente os pais (às vezes isso leva três ou quatro anos) a consultar também um psicanalista.

É nesse contexto que a ação do médico, se ele próprio foi analisado, é das mais úteis. É nesse nível que os trabalhos de Balint são importantes.

O contato humano, a presença humana do médico que procura, para além do sintoma, estabelecer um contato verbal, dá resultados qualificados pelo cliente como “miraculosos”. Em algumas dessas histórias familiares, muitas vezes é só ao nível da criança (isto é, às vezes da terceira geração) que uma tomada de consciência analítica dos problemas vai poder produzir-se.

O *psiquiatra*, não analista, geralmente é consultado por medo da análise.

O *psicólogo*, se é analista mas não médico, é manifestamente consultado como tal “para que não seja grave”, e é de fundamental importância que a questão de exame completo (isto é, em equipe, com um analista médico) seja imediatamente colocada, a fim de que a psicoterapia, caso seja efetuada, não adote uma perspectiva falsa, a dos pais.

O *médico analista*, enfim, se for o primeiro consultante, é solicitado porque os pais admitem implicitamente o fator psicológico. Simplesmente, sentem-se culpados e é a criança que está errada. Toda arte do psicanalista consultante vai consistir num deslocamento desse jogo de xadrez.

Trata-se, em relação com a própria história dos pais, de fazê-los compreender a gênese das dificuldades do filho, sem chamar a atenção para a culpabilidade, valorizando os pais no seu papel de pais, a criança na sua condição de sujeito, deixando ao mesmo tempo aparecer os mal-entendidos.

Na primeira consulta, o consultante encontra a possibilidade de realizar um ato verdadeiramente psicanalítico, verbalizando ao doente, em presença da família, os resultados do exame e situando as dificuldades com relação aos pais numa perspectiva não culpabilizante. Este ato é ainda mais necessário se não for efetuada uma psicoterapia.

Ele permite a mobilização das tensões filho-pais, uma desdramatização da situação dada, e muitas vezes dá à criança a possibilidade de ser, pela primeira vez, tratada como sujeito e de encontrar o seu equilíbrio. O analista torna-se assim o reservatório da ansiedade dos

pais, e estes, menos polarizados sobre o filho, podem deixar viver este último. Mas isso só é possível se o analista se abstém ao máximo de dar conselhos. A prova é difícil, pois os pais vêm para receber conselhos.

Numa consulta de *child guidance*, o consultante se vê em confronto não só com a demanda da família, mas com o julgamento da sociedade. Ele é, muitas vezes, apanhado num enquadramento pedagógico, e assume, queira ou não, um papel social definido na readaptação do donete. É consultado como uma das engrenagens de um organismo. O papel mágico é desempenhado pelo organismo, e não é indiferente que seja um centro psicopedagógico, ou um dispensário de consultas familiares, ou um serviço hospitalar. Na maior parte dos casos, há mais confiança no renome do serviço do que no médico em particular.

O primeiro consultante é ele próprio influenciado pela engrenagem do serviço e pelas facilidades oferecidas para as várias formas de reeducação. Se a idéia lhe ocorresse, ele poderia, sem encontrar objeção, recorrer ao emprego de todas ao mesmo tempo, e só não no mesmo dia devido aos limites impostos pela Previdência Social... Há aí um fator importante: uma determinada organização induz o clínico, se ele não tem consciência disso, a adotar, antes de tudo, soluções de readaptação social ou escolar, satisfazendo assim a demanda dos pais e o superego da sociedade.

E no entanto as diversas reeducações, se empregadas com conhecimento de causa (isto é, muitas vezes depois de uma psicoterapia), são tão mais eficazes que, na tese apresentada por Francine Jaulin, em 1960, sobre a reeducação em matemática, os resultados excelentes eram obtidos pelos que se tinham beneficiado da psicoterapia. Tanto isso é verdade, que uma reeducação só é possível se encontra à sua disposição uma energia suficientemente liberada de entraves neuróticos.

O estudo do *insucesso escolar* foi feito de modo muito pertinente pela equipe de Claparède¹⁶.

Male e Favreau distinguem o insucesso que depende da pura readaptação pedagógica, daquele que constitui sintoma neurótico suscetível de psicanálise. Todavia, a distinção não é fácil. São os erros de orientação que nos ensinam, mais tarde, o que estava amalgamado ao sintoma. Se é verdade que para alguns basta uma readaptação pedagógica, não é menos verdade que, às vezes, tomam-se por perturbações acidentais o que é, na realidade, o começo de uma evolução neurótica ou psicopática.

O valor dos tratamentos associados (com diferentes formas de reeducação), para uma criança que esteja em psicoterapia, pode ser con-

testável. Não se deve subestimar o perigo de fixar a criança nos sintomas apresentados; estes perdem o seu valor de linguagem na medida em que são reeducados, e é de um outro modo que serão então vividos os seus distúrbios, como o mostrei, no caso de *Isabelle*¹⁷, disléxica reeducada.

Male e Fravreau também expuseram de modo muito claro o problema da consulta em meio hospitalar. Eles montaram o quadro (página 152) que se apresenta ao clínico em busca de um diagnóstico. Trata-se de pontos de referência que permitem determinar o papel dos fatores neurológico, pedagógico, psicológico, com vistas a uma reeducação apropriada.

Todavia, as relações da psicanálise com as diferentes formas de reeducação continuam sendo um elemento teórico importante a ser elucidado. Repetindo: são os insucessos das orientações pedagógicas que nos mostram que a dimensão analítica foi omitida na consulta, sendo o diagnóstico, assim, falseado. Nada é certo neste domínio e a força do consultante reside, muitas vezes, no fato de ousar assumir a dúvida, permitindo assim que o sujeito escape a uma condenação. . .

O problema que se coloca para o consultante é o da orientação ou para uma forma de assistência (social, pedagógica), ou para uma psicanálise.

Mas o que é atualmente a psicanálise infantil e quais são as suas relações com a pedagogia?

Kris¹⁸ fez uma síntese do desenvolvimento das idéias psicanalíticas lembrando que no início o interesse estava centrado nas reações típicas da criança e nas inter-relações genéticas, econômicas, dinâmicas; que com o desenvolvimento da psicologia do ego, os fatores históricos ganharam importância: meio e organismos são vistos nas suas inter-relações; que em seguida a psicanálise deixou de ser colocada só em termos de conflitos, dando-se prioridade aos mecanismos de defesa (Anna Freud) ou ao trabalho com a fantasia (Klein).

Apesar de tudo, diz ele, a psicanálise infantil orienta-se muito nitidamente numa perspectiva de adaptação, de aprendizagem.

Do ponto de vista técnico, a condução varia conforme se julgue necessário ver só o filho, o filho com a mãe, mãe e filho paralelamente.

17. Maud Mannoni, "Problèmes posés para la psychiatrie des debiles", in *La Psychanalyse*, vol. 5, P.U.F., cf. igualmente o Apêndice II do presente livro: "L'image du corps et la parole dans un cas de dyslexie rééduquée", publicado em *Sauvegarde de l'Enfance*, junho de 1960.

18. Kris, "Developments and problems of Child Psychology, Psycho-analytical study of a child", vol. V, in *International University from New York*.

Essas idéias desenvolvidas por Kris mostram *até que ponto a psicanálise infantil tem dificuldade em se desligar da influência do fator social e pedagógico.*

O psicanalista, desde que se trate do tratamento de uma criança, sente-se culpado diante da Sociedade se ele subestimar os valores (aliás reais) dos tratamentos associados ou dos internatos especializados.

E sentindo-se acusado pelos pais se a criança é malsucedida num exame, o seu primeiro reflexo, quando trabalha num organismo público, corre o risco de ir no sentido da assistência ou da reeducação — isto é, vê-se tentado a substituir a Sociedade, o Professor, os pais, cedendo assim aos fenômenos da contratransferência diante dos educadores naturais.

Anna Freud teve o grande mérito de colocar o problema da análise da criança, mas para esbarrar em seguida nas questões da educação. E é sempre contra este mesmo problema pedagógico que se choca, nos nossos dias, a psicanálise infantil.

Se é verdade que uma ajuda pedagógica apropriada (classes especiais, reeducação) é essencial para o futuro escolar das crianças, não é menos verdade que, na consulta, o analista ganha, num primeiro momento, ao ignorar todas as possibilidades de reeducação, para colocar todas as deficiências (intelectuais ou ortofônicas) em termos “analíticos”, a saber: que significam essas deficiências na história do sujeito?

Escutando o sujeito, pode-se, como tentei demonstrar, fazer muitas vezes com que se destaque o próprio sentido da sua deficiência, que certamente estará ganhando em não ser tratada de início como tal.

Tomando o sintoma ao pé da letra acaba-se por perder de vista o discurso da criança. E, neste discurso, intervêm todos os elementos de desordem escolar, intelectual, etc., que motivaram a consulta. Eles constituem, à semelhança do sonho, um enigma que é preciso decifrar. Às vezes há um trabalho lento a ser feito antes que se possa ler esse processo que os pais apresentam, e do qual a criança faz eco na sua maneira de se apresentar.

A criança, na sua neurose, consegue muitas vezes desenvolver um mito em torno do seu sintoma, que se torna assim um elemento signifiante. Sempre que recorremos precipitadamente a fórmulas de reeducação, fechamos ao sujeito a possibilidade de colocar o seu próprio problema e de sair, pela linguagem, de uma mentira, de uma recusa de verdade objetiva até então em sintomas definidos.

Ora, para que apareça um sentido, é preciso haver uma possibilidade de movimento na instauração do diálogo analítico. O analista não poderá estabelecer esse diálogo se introduzir, logo de saída, a sua resposta.

São justamente os pais que, sob o peso da sua ansiedade, procuram intimar-nos a responder. Se nós o fazemos, muitas vezes não será mais

do que uma gratificação imediata, de curta duração, e que corre o risco de errar o alvo. Porque essa resposta vai muito além de uma orientação pedagógica. O que nos pedem é para nos encarregarmos não somente da criança, mas do casal parental e do seu problema.

Mas o seu problema, o casal não o conhece. O que ele quer é uma resposta num momento em que a sua angústia se tornou insuportável. A esse propósito, relembremos o diálogo relatado por Freud em *Trois essais sur la théorie de la sexualité* e colocado em epígrafe neste livro.

Se tiver que ser dada uma palavra ao casal desnorteado, que seja a esse nível. Uma palavra nas trevas é exatamente o que é preciso para que o problema possa ressaltar, liberado do pânico do abandono¹⁹.

19. A única coisa que importa é que o analista possa ser marcado pela angústia dos pais. É a partir daí que os pais podem encontrar novamente a força para enfrentar o seu drama.

Quanto ao resto, a posição correta do psicanalista é não tomar ao pé da letra o sintoma do sujeito. Esse sintoma tem um valor de linguagem. Aparece para exprimir o que o sujeito não ousa dizer em palavras. O trabalho no tratamento analítico vai levar o sujeito a uma tomada de consciência de si próprio através da angústia. Vai ajudá-lo a deixar uma relação puramente imaginária para entrar num mundo em que os outros têm um lugar. Pode-se dizer que é a partir desse instante que o sujeito se abre à cultura, a uma ordem na escrita, à linguagem, etc.

Apêndice 2

Efeitos da reeducação numa criança neurótica¹

Quero tentar, através da análise de um caso, revelar não a natureza da dislexia, mas fazer aparecer as suas estruturas subjacentes — a fim de estudar a relação que pode ter a reeducação ortofônica com a psicanálise.

Deixarei deliberadamente de lado, nesta exposição, toda a explicação neurológica do problema, que foi dada de modo muito claro por Francis Kocher, no seu livro *La rééducation des dyslexiques*². Um outro estudo muito completo sobre o assunto foi publicado, em janeiro de 1950, pela sra. Roudinesco, sr. e sra. Trelat³. Depois de terem feito o histórico dos trabalhos neurológicos, os autores chamam a atenção para os distúrbios da motricidade, os distúrbios da representação espacial, os distúrbios de lateralização, o atraso de linguagem nas crianças examinadas. Sublinham o fato de, nas crianças disléticas, a percepção global ser visual, automática e não simbólica. Quaisquer que sejam as complicações neurológicas do problema, o único tratamento aconselhado é uma reeducação ortofônica, que, conforme o caso, enfatizará a importância da leitura ou dos exercícios de orientação que a precedem. Por

1. Publicado in *Sauvegarde de l'Enfance*, junho de 1960, sob o título "L'image du corps et la parole dans un cas de dyslexie rééduquée".

2. Paris, P. U. F.

3. "Étude de 40 cas de dyslexie d'évolution", in revista *Enfance*.

quê? Porque “mesmo que haja uma lesão orgânica, estabelecem-se no indivíduo novas substituições funcionais e a reeducação continua sendo possível.”

Apesar da orientação neurológica do seu trabalho, a sra. Roudinesco e o sr. e a sra. Trelat terminam a sua exposição insistindo no fato de quase todos os disléxicos estudados terem distúrbios de caráter. A gravidade da dislexia parece mesmo, segundo as suas observações, função da atitude dos pais diante da enfermidade. Quanto mais ansioso é o meio familiar, maior é a perturbação da criança. E é este aspecto do problema que vou tentar aprofundar, procurando compreender os distúrbios que nos são assinalados.

Há crianças disléxicas que, para serem curadas, só necessitam de uma reeducação ortofônica. Há outras que são mais facilmente reeducadas se receberem paralelamente uma ajuda psicológica apropriada. Para outras, enfim, uma reeducação ortofônica empreendida sem psicoterapia prévia acarreta o risco senão de agravar os distúrbios subjacentes, pelo menos de entravar seriamente a recuperação escolar: as muletas oferecidas a uma criança que, por razões profundas, se recusa a servir-se delas, terão, como único efeito, complicar um quadro clínico já rico em oposições ou em abandonos.

Uma reeducação ortofônica parece, com efeito, prematura nos casos em que a criança não está em condições de lhe dar um sentido. O que importa não é saber que B e A é BA, mas que este saber conduza a outros conhecimentos, quer dizer, a outras ciladas e outras dificuldades. A criança que não quer saber que B e A é BA, tem razões profundas para permanecer no seu estado, e são essas razões que me interessam em primeiro lugar.

Embora a criança de quem vamos falar tivesse aprendido a ler às custas de muita paciência, ela se recusava a dar um “sentido” à leitura — ela lia, de certo, mas que não se pedisse a ela para se servir da leitura para seu prazer, nem para progredir. De resto, para frear qualquer avanço possível, ela se tornara rebelde aos números, e aqui esbarraríamos contra um muro: nunca queria saber nada de aritmética

Quem é essa criança?

Isabelle tem 7 anos e 4 meses quando a vejo pela primeira vez.

É a terceira de uma família de cinco filhos. Os mais velhos são gêmeos (menino e menina) e têm 3 anos a mais do que ela. Há uma menina quatro anos mais nova do que Isabelle e um menino com 21 meses.

As crianças são todas bem dotadas e aparentemente normais, muito tônicas e vivas. Isabelle é exceção; aparece logo como o pato da ninhada. É infeliz e tudo o que faz é inoportuno. Chora quando lhe dão um

presente — e, se diz “sim”, nunca se tem certeza de que não queria dizer “não”. Diz as coisas ao contrário; quando diz “eu desço” deve-se entender que vai subir. Aos 7 anos não adquiriu o que se chama de linguagem corrente.

O problema escolar, segundo este quadro breve, aparece comprometido de antemão. É evidente que o que importa, no caso dela, não é aprender que $1 + 1$ são dois — é, primeiro, estar de acordo com o sinal $+$ tal como é reconhecido pelos outros. Para Isabelle, inicialmente, $+$ pode querer dizer $-$.

Esta contradição, a criança vai vivê-la muito cedo, em simbiose com a mãe. Esta é uma mulher jovem, muito dotada, tendo começado muito cedo a estudar matemática superior. Os seus estudos foram interrompidos quando tinha 19 anos, pela morte da mãe, com quem tinha relações ambivalentes. Ela me disse: “Eu era muito mimada pela mamãe, que me batia o tempo todo.” Julgou-se obrigada a substituir essa mãe (embora a irmã de 14 anos pudesse passar sem ela); mais ainda, adotou um papel de vítima. Essa irmã de 14 anos, fraca na escola, era a preferida da mãe e entendia-se mal com a mais velha. Foi como vítima que esta última enfrentou, depois, a sua vida de mulher.

Encontrou, bastante nova, um rapaz brilhante, apaixonado por matemática e por pesquisa. Ele será, para ela, um eterno estudante — sendo bem-sucedido na vida profissional, consciente e responsável dos seus encargos familiares. Ele é a própria imagem de tudo o que a mulher desejava fazer aos 20 anos. É o marido que representa, na sua vida, a libertação da tutela materna, ao passo que a mulher se torna, à semelhança da sua mãe, a dona de casa que se dedica aos filhos. Teve esses filhos sempre contra a vontade. O primeiro morreu antes de ter completado um ano. Em seguida, vieram os gêmeos. Não conheceu tréguas e renunciou ao sonho de prosseguir os estudos. Quando os mais velhos estavam em idade de ir para a escola, viu-se grávida de Isabelle — e sentiu-se condenada pelo destino ao seu papel de mãe no lar. O nascimento de Isabelle foi a mudança da sua vida: por esse nascimento, renunciou a ela própria, para assumir apenas um papel anônimo de esposa e de mãe. Anônimo quer dizer não reconhecido por ela própria. Ela seria o que o destino quisesse. Os nascimentos seguintes foram aceitos sem mais histórias. Para todos, ela foi a mãe que alimenta e trata bem os filhos. Para todos, menos para Isabelle. Para Isabelle ela foi mais, porque era necessário salvá-la de si mesma, forçá-la a viver.

Isabelle foi uma criança prematura (1,900 kg); a mãe teve (segundo suas próprias palavras) que brigar para que fosse alimentada. Com efeito, nos primeiros 8 dias ela só tomou soro injetável. No 9.º dia, no momento de voltar para casa, o médico consentiu que ela se ali-

mentasse com o leite da mãe, que ela bebeu avidamente. Em pouco tempo a criança tornou-se muito bonita. Aos 4 meses tinha se recuperado a tal ponto, que foi ordenado o desmame progressivo, segundo os métodos modernos de alimentação. A criança recusou a alimentação de transição: ficou 24 horas sem comer; depois teve uma pequena anorexia que decresceu a partir dos 18 meses, quer dizer, praticamente na idade em que a criança adquiriu independência motora, pôde escapar à mãe e “fazer bobagens”. Nesse momento desapareceu a recusa de alimentação e a criança passou a sentir, pelo contrário, necessidade de se alimentar como um adulto (salsicha, vinagre).

No entanto, dos 4 aos 18 meses, tinha recebido doses consideráveis de gardenal e, segundo a expressão da mãe, parecia “ausente”.

Essa “ausência” estava manifestamente ligada ao sofrimento da mãe, ainda mal adaptada à sua nova condição. Era na medida em que a ausência da criança solicitava a mãe que esta saía do seu sofrimento para se ocupar do sofrimento da filha.

Quanto mais Isabelle se tornava insuportável, mais a mãe não só se prendia a ela, como também descobria o dever da mãe no lar. Isabelle ajudava a mãe a renunciar aos seus sonhos de moça independente.

Isabelle iria, pois, impor a tirania aos seus, enquanto a mãe reencontrava normalmente o lugar de vítima que tinha ocupado em relação à própria mãe ou, antes, em relação à irmã de 14 anos, por quem tinha abandonado os estudos.

O pai só se interessava pelos grandes: só o filho evoluído quanto à linguagem e à expressão retinha sua atenção. Praticamente, foi preciso esperar a cura de Isabelle para que ele se manifestasse a seu respeito. Talvez seja útil notar, de passagem, que esse pai, tão pouco presente para a filha, tinha se ocupado dela aos 3 anos, levando-a ao hospital para uma ablação das amígdalas; Isabelle passou três dias sem querer “reconhecê-lo”. Aos 6 anos, levou-a à escola comunal, onde não puderam ficar com ela, de tanto que ela gritava.

No primeiro exame, Isabelle tem um Q.I. de 0,71, um *Rey* completamente perturbado, totalmente desprovido de sentido. No *Kohs* fracassa na prova de 5 anos. Completamente desorientada no espaço, é bem-sucedida, em contrapartida, na prova de 9 anos no *Porteus*.

O exame afetivo coloca imediatamente os problemas em evidência. Tudo se passa como se Isabelle não devesse viver. Voltando atrás, pode-se mesmo dizer que a criança sentiu que o seu nascimento era a morte de qualquer coisa essencial na mãe. “A coisa mais bonita que me pode acontecer”, dirá ela, “é aparecer uma fada que me faça morrer. Sou ruim demais para viver.” Ela me dirá também que deseja ser uma flor vermelha para morrer e um animal preto para não ser amado,

como se o fato de ser amada comportasse um perigo em si. Este perigo, a criança o deixa aparecer no protocolo do Rorschach.

Há sangue e morte na prancha 2. Na prancha 5 a criança fala do coração do nosso ventre, como se o ventre tivesse um coração. Em todo o caso, há bons ventres e maus ventres (os maus são pretos como o animal não amado). Os bons são coloridos. Na prancha 10, com as suas algas dispersas, evoca todo o bom ventre que se desdobra no próprio despedaçamento da prancha.

Noto, na época, que a criança parece, nas suas fantasias, fazer uma regressão com imagens de morte.

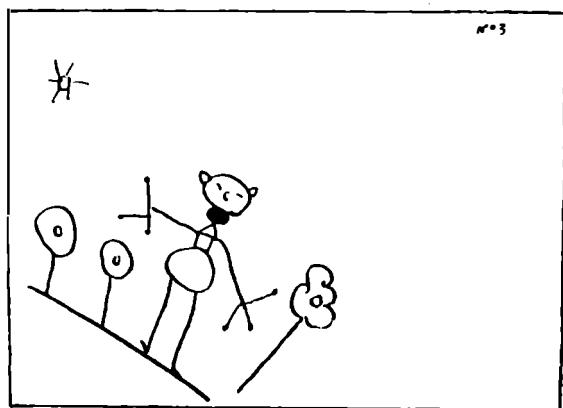
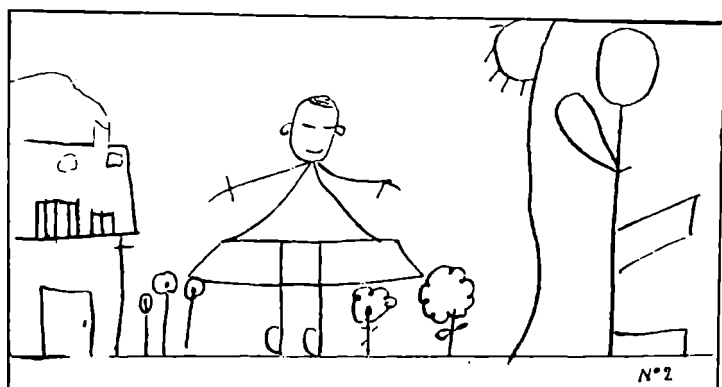
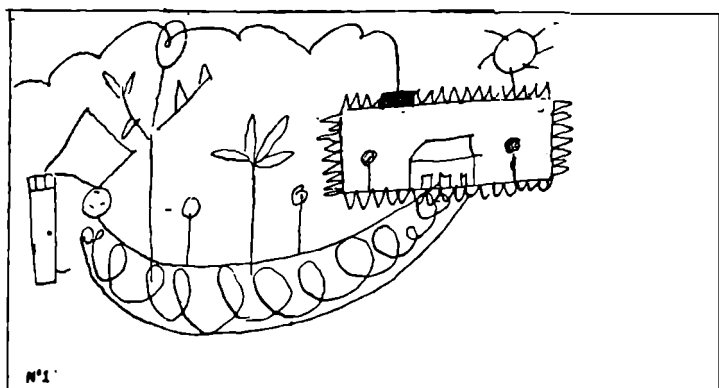
Desde este primeiro exame, já me parece necessária uma psicoterapia. Mas não depende de mim. Será empreendida só dois anos mais tarde. No decorrer desses dois anos a criança seguiu uma reeducação ortofônica que permitiu a aprendizagem da leitura, deixando inalterada a recusa da escolaridade e o comportamento difícil.

Quando revejo Isabelle aos 9 anos, ela se apresenta como uma criança medrosa, chorando o tempo todo, "colada" à mãe, agressiva, sem amigos e sem nenhum contato com o pai, que parece ignorá-la completamente. Isabelle está sempre à parte do grupo; se acabou por aceitar a escola, não se integrou de modo nenhum no grupo. Conseguiu, pelo seu comportamento difícil, que uma professora se ligasse a ela a ponto de mantê-la em sua classe até a idade de 11 anos.

Na primeira sessão, a criança apresenta imediatamente a situação triangular. Acha-se filha única, com um pai e uma mãe que se ocupam inteiramente dela (na realidade não se trata de uma situação a três, mas de uma situação linear). No desenho, a casa dos pais, construída do lado certo, é ligada por um caminho florido à casa da menina, construída ao inverso (a menina está de cabeça para baixo) (*desenho 1*).

Na segunda sessão, aparece o sol que se esconde e as flores que permitem à menina que fale (a criança utilizará espontaneamente essas flores, não se tratando da boneca-flor de F. Dolto) (*desenho 2*).

São portanto as flores que, de início, vão permitir a Isabelle exprimir as suas emoções. Isso é tanto mais notável pelo fato de que é certo que esta criança não se exterioriza e apresenta um sério atraso no desenvolvimento da linguagem. A técnica da análise de crianças (tal como é utilizada por F. Dolto) vai permitir-lhe, numa linguagem simbólica, encontrar imediatamente uma riqueza espantosa de expressão. Aliás, ela tem essa facilidade de linguagem porque nunca se trata dela; Isabelle, durante cerca de um ano, fala por generalidades — e nota-se



que se trata sempre de flores em geral, de meninas, de árvores, de tudo, menos dela.

As flores têm vontade de independência, mas permanecem, por dever, fixadas à terra. Se fossem embora, provocariam sofrimento. Espontaneamente, Isabelle identifica-se com a margarida e se desenha entre a casa e as flores. A boca é muito grande e as mãos não devem “servir para nada” (segundo a sua expressão).

Desde a quarta sessão, Isabelle situa o seu caso: diz claramente que a sua dislexia é o equivalente de um episódio anoréxico. Melhor, convida-nos a compreender as razões da sua anorexia que surge, segundo parece, da própria ambivalência da mãe a seu respeito.

Eis, textualmente, as palavras da criança:

“No *desenho 3* a criança sofre no pescoço, nunca será grande, forcem-na a comer, cospe tudo. Sente-se bem quando tudo é cuspidito. Não se quer encher para não ser grande, para não trabalhar. A cabeça está em outro lugar, as mãos brincam e tremem de frio. Este moço se sentiria bem se tivesse uma flor no lugar da cabeça, porque beberia. Só beberia leite com o ventre bom do leite que o enche”.

A criança distingue em seguida duas imagens maternas:

— a mamãe boazinha que dá leite;

— a mamãe má que dá de comer.

Dar de comer é assimilado ao perigo de morrer.

Isabelle acrescenta:

“As coisas na escola também são assim, matam. . .”

— Matam quem?

— “A mulher e a criança.”

Encontramos aqui as relações de objetos bons e objetos maus. O ventre que recebe leite bom é bom. A mãe que dá cedo demais comida sólida (ou o alimento escolar) é sentida como má, como o objeto introjetado — e este mau, se é engolido, mata. Portanto, para viver é preciso recusar. A criança se choca então contra a mãe, que se sente morrer se deixa de ter objeto fálico para maternar.

O progresso no comportamento de Isabelle vai datar desta sessão, permeado, no entanto, de uma série de tentativas de crescimento e de regressões. É a estas alternâncias que vamos assistir agora.

O *desenho* seguinte é o de uma menina dando a mão à mãe, que parece não ter a sua cabeça (*desenho 4*). A mãe tem a cabeça pendida (como se estivesse com dor no coração ou na cabeça). Tem uma portinha na barriga. Esta pequena porta, nas explicações de Isabelle, tornar-se-á a porta que Isabelle tem nas orelhas e que ela mantém fechada.

“A menina bebe vinho pelos olhos e cresce. Ela faz uma mistura de xixi e cocô, e não consegue distinguir a sua necessidade da frente da sua necessidade de trás.”

Com a boca, ela toma o que lhe dão. Com os olhos, só toma o que ama. Nas orelhas tem uma portinha fechada e escuta só aquilo que tem vontade de escutar. Essa porta se fecha para as pessoas grandes e, evidentemente, para a escola. Com as mãos, muitas vezes se recusa a segurar; com os pés, faz tudo. Com o ventre recusa o que vem para dentro, exceto o vinho. É contra aquilo que o fazem. A criança fala-me de olhos de medo, de olhos de pessoas grandes, de olhos que se engole quando a mamãe nos força a comer.

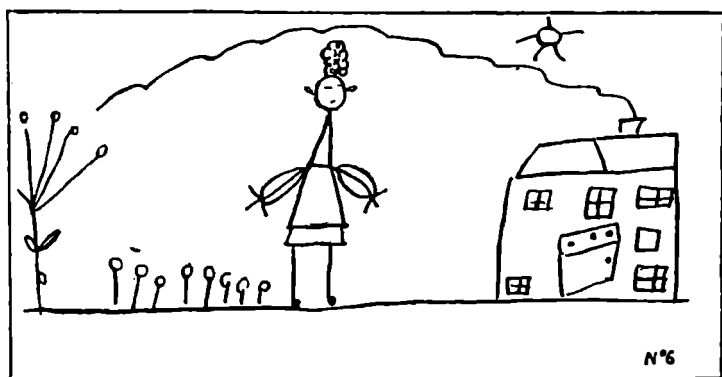
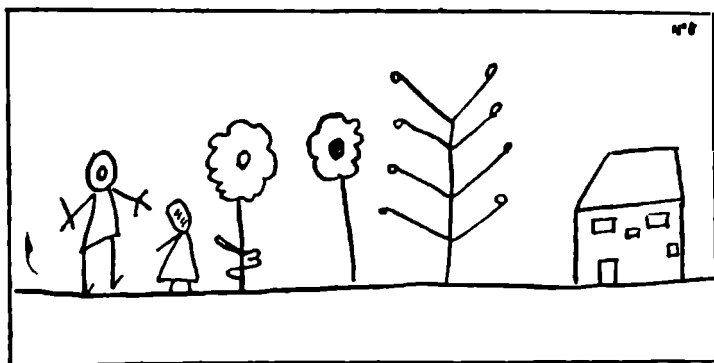
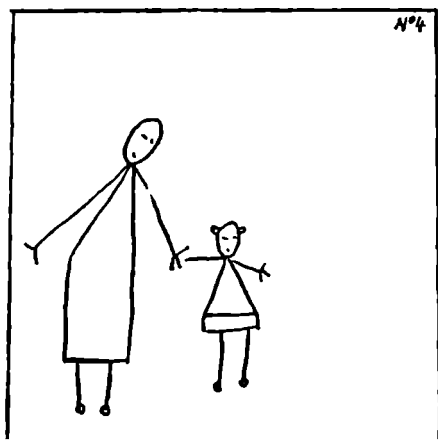
A criança não estará dando aqui um quadro completo das suas dificuldades? Encontramos o traumatismo vivido aos 4 meses pelo bebê, que se enchera com o leite bom e que, por se recusar a comer, afligiou a tal ponto o adulto que este último se transformou para ela num bicho-papão devorador, lançando o pavor até pelos olhos. Esses olhos que lançam a angústia no pescoço.

A portinha fechada às pessoas grandes fala longamente sobre a recusa escolar e sobre a inutilidade que há, para o adulto, em agravar a situação fazendo ingerir à força o que não pode ser engolido.

Mas que relação misteriosa existe entre a porta da mãe e o fato de a criança dela se aproximar para se recusar à linguagem?

O período que segue esta sessão provoca uma recusa total de escolaridade, uma revolta completa contra a mãe. Todavia, Isabelle adquire bruscamente a habilidade motora, faz tricô, anda de bicicleta... Tem amigos. Este período “catastrófico”, para empregar os termos da mãe, corresponde igualmente a uma interrupção das sessões por doença minha. Não tenho necessidade de estabelecer uma relação com a transferência. Isabelle estabelece-a sozinha. Faz, com massa de modelar, um grande lobo preto (pensei no animal não amado do início) que, com o coração e as patas, quebra e rouba alimentos. A criança acrescenta: “A sra. Mannoni foi má por ter deixado Isabelle”.

Esse lobo estava num estado de dissociação. O corpo, segundo as palavras da criança, não estava de acordo com o coração e as patas. O corpo, isto é, a cabeça e o tronco, estava paralisado, o coração e as patas agiam maldosamente e uma senhora corajosa reparava os estragos. “Se o lobo fosse uma menina, a menina procuraria fazer desordem, exceto a cabeça, que não funcionaria — e por quê? — para não fazer morrer toda a família que a aborrece.” A menina evita portanto ser agressiva na cabeça e na linguagem — é, quando muito, passivamente negativa. Em todo o caso é com essa imagem do corpo que ela se inscreve na sua relação com os outros.



Na sessão seguinte (sétima), venho a saber que Isabelle ensina a irmã a ler; cuida dela e a protege. As suas relações sociais são bruscamente normalizadas na escola. Nesta sessão, a criança me diz: "Seria cômodo se a gente pudesse dizer se tinha necessidade de nascer e onde." Ela coloca assim, implicitamente, o desejo da mãe de ter ou não um filho, o desejo do filho de ter esta ou aquela mãe.

De qualquer modo, Isabelle e a mãe já não formam uma entidade sadomasoquista; tornam-se distintas e descobrem seus desejos.

A menina do *desenho 5* não quer ter pernas para não se cansar, não quer ter traseiro para não ser obrigada a fazer cocô. Em contrapartida, deseja uma frente de menina.

Esta recusa do traseiro e das pernas é, apesar de tudo, bastante positiva; é, antes de tudo, uma recusa a suportar uma situação masoquista. E essa relação sadomasoquista mãe-filho vai esclarecer-se na sessão seguinte, em que a árvore está revoltada contra a terra má que lhe dá comida má. O sol se lamenta por não mandar. (No que se refere a Isabelle, o pai não manda. É a única criança da família que concerne inteiramente à mãe. Esta só faz o marido intervir quando se trata de atos traumatizantes: levar ao otorrino — Isabelle teve o pressentimento de que o papai queria mandar arrancar-lhe a língua — e levar à escola, que parece ter sido a revivescência do primeiro traumatismo; Isabelle gritou como se quisessem arrancar-lhe alguma coisa — conta-me a mãe). A criança cala-se de repente e me diz: "Tudo isso é segredo, não se deve falar da árvore, as meninas têm o seu segredo, e não têm o direito de pensar em coisas más." "Aliás", acrescenta ela, "se eu fosse árvore, mudaria de família." De fato, seria muito cômodo, digo-lhe eu, escolher a família; a gente não faria mais confusão com os números, pois teria escolhido um lugar. Com efeito, a criança ignora o lugar que ocupa, ignora se é a mais velha ou a mais nova; assim, até a hierarquia dos números é desprovida de sentido para ela. "Porque eu sou a terceira de cinco, como você diz? Eu digo que sou também o n.º 4 ou o n.º 9, aliás, eu me chamo Emilie e não Isabelle. De resto, quem é velho, quem é novo, tudo é maionese."

E assim Isabelle começa, sem o saber, a situar-se no tempo e a estabelecer hierarquias. Assim, ela aceita ao mesmo tempo os sofrimentos e os lutos que isso implica. Eu digo os lutos porque foi exatamente nessa sessão que a criança evocou a fantasia do bebê morto, enquanto a mãe, acidentalmente (mas certamente não por acaso), me falava do medo de que Isabelle morresse como o bebê... Na sessão seguinte, Isabelle confessa que agora tem ouvidos para escutar. Para escutar o quê? O que dizem dela: "Acham-na feia e estúpida. De resto, não tem cabeça, sempre teve a flor vermelha à guisa de cabeça" (*desenho 6*).

Ela não tem nome, está à procura de pais e uma terra boa para poder crescer. Acaba encontrando uma casa ideal, a casa dos sonhos de todas as meninas, a família que a gente escolheria, se pudesse escolher.

Esta família ideal vai poder viver numa casa que *dura*. Esta casa repousa sobre a terra má misturada à terra boa. Isabelle parece querer aceitar com isso a mistura do bom e do mau, num corpo que nem por isso se dissocia. Todavia acrescenta que a menina do desenho não está em casa e as mãos da menina não têm vontade de fazer nada, os pés têm vontade de se desfazer.

A melhora de Isabelle é cada vez mais espetacular: a criança torna-se alegre, agradável de se ver. Passa as férias da Páscoa com a família e o pai a descobre, têm enfim trocas em conjunto. No plano escolar, ainda não adquiriu uma leitura corrente, e a aritmética continua inexistente.

Entra depois num período que podemos chamar de perseguição. "É culpa dos outros" será o tema das próximas sessões.

A criança aborda o problema do ciúme em relação aos irmãos e irmãs mais dotados. Para não ser infeliz de ciúmes, diz não a tudo. Quando somos agressivos, matamos; a única solução é, portanto, opor-se passivamente.

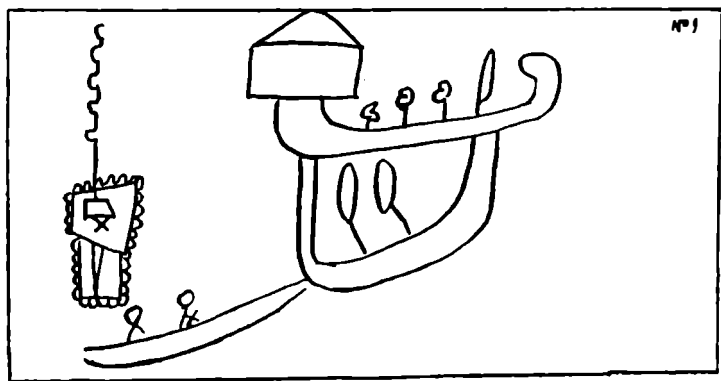
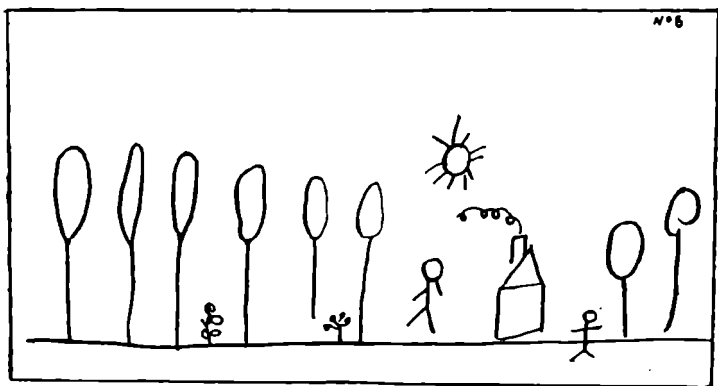
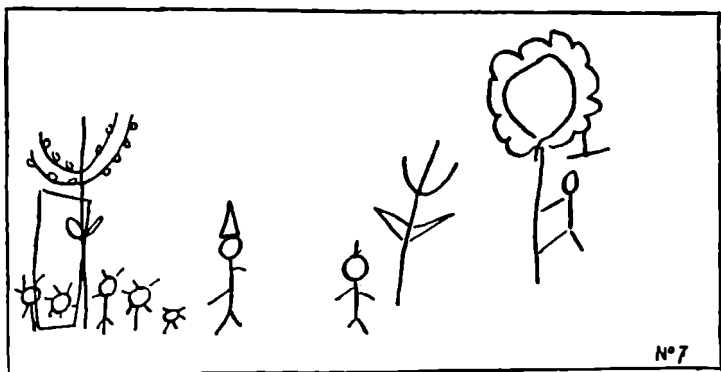
Isabelle desenvolve de novo o tema das duas casas, uma que repousa sobre nada, a outra que repousa sobre a terra boa. Duas espécies de crianças aparecem então: umas têm cabeça, e outras que têm uma cabeça que não é sólida. As que têm uma cabeça que não é sólida vivem à parte e dizem não. Dizer sim seria ter medo.

Nas sessões seguintes, a criança volta novamente ao tema das casas que não repousam sobre nada e nas quais não se pode viver. Nesse lugar, a única maneira de viver é tornar-se uma flor *que pica*. Eis finalmente expressa uma possibilidade de agressão dinâmica: não se deixar arrancar ou comer.

É na época da flor *que pica* que Isabelle vai descobrir o *eu*. Espontaneamente ela me diz: "Eu serei a flor que pica" (*desenho 7*). Ao mesmo tempo parece pronta a aceitar a idéia de independência e de autonomia. O tema da sessão seguinte será a vida dos órfãos que se arranjam perfeitamente sem as pessoas grandes (trata-se aí, provavelmente, dela e do seu desdobramento imaginário) (*desenho 8*).

Na última sessão desse primeiro ano, a criança traz-me o pai, que a acha transformada: "É uma filha viva que tenho aqui, agora eu passeio com ela."

A criança sai de férias. Na volta, aprendeu espontaneamente a leitura e lê, por prazer, livros para a sua idade. Adquiriu igualmente uma linguagem normal, o vocabulário enriqueceu-se consideravelmente. As novas aquisições fazem-se quase sempre nas férias, seja quando Isabelle



está separada dos pais, seja, como neste caso, graças a um novo acontecimento (a aproximação do pai permitiu-lhe participar nos jogos dos mais velhos, de que até então era excluída).

Ao voltar, conta-me uma história que tem por tema *o espelho e a criança*. O espelho não está contente com o fato da criança se olhar nele. O espelho queria estar só, não quer que sejam os dois iguais. O espelho queria comer a criança porque ele queria ser a criança. A criança queria comer o espelho porque queria ser o espelho (*desenho 9*). Isabelle acrescenta: "Tudo isso é muito complicado. As flores desta casa murcham na primavera e o espelho também se engana porque confunde o que vive e o que morre, toma uma coisa pela outra." A vida e a morte são também o sim e o não. Mas Isabelle não sabe, ou já não sabe se *dizer* sim, ou *fazer* sim, é crescer ou morrer. Comer para crescer é arriscar-se a desaparecer, arriscar-se a morrer. "Estar contente com o que se faz", dirá ela, "pode levar à morte: havia uma senhora que estava tão contente de fazer bolos que por isso morreu na sua loja."

O que podemos notar nesta passagem sem nexos é o sentimento de perigo que parece representar para a criança o acordo do ato com o sentimento. Tudo se passa como se fosse preciso para ela nunca estar inteiramente de acordo com o que se faz. É uma passagem de estilo obsessivo em que ela adota o *sim não* como meio de defesa.

O que mais é esse espelho em relação a Isabelle? É, segundo me parece, a própria relação de Isabelle com os outros. Ela descobre, assim, que é preciso poder ser dois e diferentes, e não dois fundidos um no outro. E, na sessão seguinte, Isabelle acrescentará, por si mesma, palavras que levam a concluir que é preciso poder deixar a mamãe com os seus medos e não adotar os medos da mamãe: "A fumaça", diz Isabelle, "arde nos olhos das crianças. Elas têm medo. No fundo elas não têm medo, é porque a mamãe tem medo que elas têm o medo da mamãe. O menino acabou fazendo as coisas de que ele gosta e não de que mamãe gosta." A criança descobre que é preciso fazer aquilo de que a gente gosta e não aquilo de que a mamãe queria que a gente gostasse. Mas para isso é preciso ser menino. "Com efeito", diz Isabelle, "a mamãe diz para si: felizmente eu tenho a minha filhinha: o que será de mim se os meus meninos me abandonarem..."

E nós encontramos aqui uma das razões de ser fundamentais de muitos débeis. O que será da mamãe se ela não tiver mais a debilidade do filho para sustentá-la?

Na distinção feita por Isabelle entre menino e menina há, em estado de reflexo, o próprio problema da mãe que só pode aceitar-se como menina na medida em que é sadicizada. Isabelle, ao separar-se da mãe,

torna-se menino-menina (isto é, só pode conseguir sua autonomia ao preço de uma contradição interior).

Isabelle frequenta o catecismo com as crianças da sua idade e vai às fadinhas. Nos dois lugares não sabem que ela é anormal. Nos dois grupos ela se empenhou, desde o princípio, para ser inscrita como uma menina normal.

Na sessão seguinte, Isabelle expõe o que se poderia chamar do seu "édipo". A mamãe, na história de Isabelle, disse à filhinha: "Não quero que você cresça, vou sempre segurar você pelos seus defeitos, não quero que o sol ache você boazinha". "Dentro de dez anos", explica Isabelle, "estarei sozinha, mas a mamãe me diz: se você crescer não vou ter mais nada para me ocupar. Quando eu era pequena", acrescenta ela, "era a mamãe que agia ou falava por mim."

Crescer é fazer a mamãe morrer de desgosto, e, por isso, a criança hesita em fazer a mamãe morrer. Na sessão seguinte, insiste no caso da menina que fica a contragosto com a mãe. A mãe ficou doente, a menina sempre dizia *não* — e estes *não* equivaliam sempre a *sim*. A menina se joga no fogo, e, graças a isso, a mamãe lhe dá uma flor com um bebê dentro. Ela pode, acrescenta Isabelle, dizer *sim* à menina que vai crescer e partir.

Segue-se um período muito penoso para a mãe e para a filha, porque são as duas que vão transformar-se agora, e é a mãe que vai ajudar a filha a ousar ser grande. A mãe foi a primeira a poder passar pelo luto de um objeto fálico. A mãe aceita finalmente que o marido seja severo com Isabelle, como com os outros. Isabelle vai, portanto, ter que levar em conta a palavra do pai, que será a mesma para ela e para os irmãos. Isabelle está péssima na vida, e se faz manifestamente de anormal. Em seguida, me traz as suas próprias fantasias de reivindicação fálica: "As meninas gostariam de arrancar as torneirinhas dos meninos." Com massa para modelar, ela me faz um moço chamado menino, com uma torneira no traseiro e uma frente de menina que ela destrói raivosamente dizendo-me que eu não tenho nada de bom. Acrescenta que não quer mais brincar com os meninos que pulam sobre as meninas e lhes fazem mal. Agora que o pai cuida de Isabelle, vai falar com a professora, interessa-se pelos seus progressos, a criança passa por uma crise de ansiedade. Tem medos que não pode definir. É neste período que Isabelle é levada a me precisar as suas relações com a mãe: "Eu queria ser filha única para estar sozinha com a mamãe."

No dia seguinte, Isabelle faz uma espécie de atuação (*acting out*) na escola: vomita na classe e grita durante três horas. De tarde, sozinha com a mãe, mostra-se alegre e eficaz em casa.

Na sessão seguinte, manifesta-me o desejo de deixar a mamãe e o medo de que a mãe a deixe, ou morra.

Este período de angústia intensa (um mês) salda-se por uma distensão enorme e a partida de Isabelle, que deixa a mãe para esquiar com um grupo de crianças. Ela se mostrará então perfeitamente normal, escondendo dos outros o seu atraso escolar. No dia da partida, uma criança faz esta observação à irmã mais velha: "Então Isabelle é sua irmã? Olha, você tem sorte de ter uma irmã assim, nem um pouco chata".

Na volta a professora nota que ela fez nítidos progressos em francês; adquiriu grande número de noções gramaticais. Isabelle continua refratária à aritmética, se bem que tenha adquirido a noção dos números.

Agora, nas sessões introduz os cheiros associados aos alimentos: há bons e maus cheiros, e o perigo de se deixar invadir por eles...

Os progressos da criança são cada vez mais rápidos. Ela me traz o seguinte tema: "Vozes do papai e da mamãe falam na escuridão. Gostaria de saber o que dizem e o que dizem de mim. Tenho medo que os dois vão embora..."

O pai continua a se interessar pelo trabalho de Isabelle. Quando ele se dedica a isso, ela tem uma explosão e, em seguida, tem um rendimento excelente.

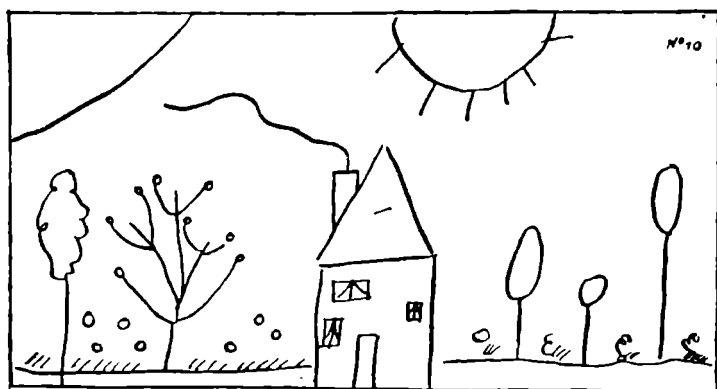
Adquire a noção do tempo, aprende a ver as horas e começa a entrar na tabuada de multiplicação.

Estamos em abril de 1959. Estudo, com a criança, a possibilidade de um internato no ano seguinte, achando que ela poderá agora tirar proveito de uma recuperação escolar mais completa — e que a separação da família (tal como em certas anoréxicas) só poderá ser salutar. É a criança que aceita e a mãe que sofre. Toda a família vai visitar o pensionato durante as férias, e quando a diretora lhe pergunta se virá no ano seguinte, a criança responde: "Como eu sei escrever, se eu não gostar, pedirei que venham me buscar".

Na reabertura das aulas, depois da Páscoa, Isabelle brinca com as suas cinco bonecas (todas meninas). Dá aula para elas e lhes ensina principalmente aritmética. Isabelle tem, nas fadinhas, uma amiga querida que vai muitas vezes à casa dela. Agora ela me fala muito das outras crianças, dos exames das mais velhas e de que algum dia ela precisará fazê-los. Aborda espontaneamente a questão da idade e do nível da sua classe. "Tenho 11 anos, digo a todo mundo que vou entrar na sexta — eu sei que estou só na décima atrasada."

Termina o ano com um prêmio. Na penúltima sessão, retoma os temas do início, mas a atmosfera é totalmente diferente. Há uma casa onde a gente se sente bem para brincar, as flores e as árvores sentem-se

bem, as árvores não morrem, porque bebem e têm uma terra boa que lhes dá o que é preciso (*desenho 10*).



A última sessão termina com as imagens de um padrinho e de uma madrinha que Isabelle parece introduzir como substitutos das imagens parentais. Fala-se na possibilidade de ela passar uns tempos na casa deles. Enquanto esperam, diz ela, “deram-me um casal de rolinhas.”

Ainda é cedo demais para nos pronunciarmos sobre este caso. Aparentemente, a criança mudou totalmente; talvez fosse vantajosa, para ela, uma investigação mais avançada, mas não estou certa. Em todo o caso, ela deseja nitidamente ir para outro lugar. Pode acontecer que a aquisição escolar se faça de repente, graças à separação, o que lhe permitirá dizer que não deve os seus progressos a ninguém.

Creio que, se tivéssemos começado por uma psicoterapia e acabado por uma reeducação ortofônica, teríamos ganho tempo e evitado a separação que se tornou necessária. Com efeito, foi preciso não só desfazer as estruturas subjacentes da dislexia, mas lidar também com a ceva suplementar que a reeducação ortofônica significou para a criança. A psicoterapia apareceu de início quase como um educador ortofônico suplementar.

O que me pareceu notável neste caso foi a maneira como a criança foi levada espontaneamente a esclarecer os seus problemas — e como, através disso, ela pôde recuperar sucessivamente uma estabilidade psicomotora, o sentido do ritmo, de orientação, o gosto pela leitura, a noção dos números (sendo que, além de tudo, o Q.I. também se tornou normal: 0,93).

A ambivalência e a contradição existiam antes do nascimento. A mãe deu à luz Isabelle ao mesmo tempo repelindo e desejando esse nascimento. Foi uma mãe gratificante enquanto o bebê não era senão um prolongamento dela; em seguida, houve uma falta para a mãe, a que a criança reagiu por um apelo. E, durante anos, uma e outra desenvolveram-se em eco à falta de viver de cada uma. Quando a criança descobre em si a possibilidade de ser autônoma, diz em resumo: "O que vai ser da mamãe sem mim para se ocupar?" A mãe e a filha deverão, de certo modo, ser ajudadas a passarem uma sem a outra. Mas o sofrimento será bem maior para a mãe do que para a filha.

Nestes problemas de reeducação disléxica, lidamos muitas vezes com estruturas pré-psicóticas, como sucede com os débeis. O que não está bem na linguagem, na escrita e na ortografia toma um sentido na imagem do corpo e na própria história do sujeito. A maior parte dessas crianças vive no desconhecimento: não se aceitam no seu sexo, negam a situação familiar perturbante na qual se encontram, etc. Isso pode ir muito longe: tenho na memória o caso de um menino que se dizia filho da mãe e da avó. E como encontramos na vida essas inversões nas relações da criança com os outros, elas se traduzem em seguida, diria eu, também no domínio escolar.

Isabelle era de início um menino-menina, sim-não, em eco à própria situação da mãe. Foi preciso que a mãe saísse primeiro da sua própria contradição, se pusesse de acordo com o universo do significante, para que em seguida a filha, por sua vez, descobrisse o seu sexo como um significante. Em outras palavras, enquanto Isabelle estava absorvida pela mãe, a sua única autonomia consistia em recusar o alimento e em não dar ouvidos ao que ela dizia. O problema da recusa da linguagem aparece, curiosamente, como estando em relação com a porta do ventre da mãe. Há bons e maus ventres. Haverá também palavras boas e más? A criança, fechada à linguagem realista, é sensível à linguagem da fábula, cujos sinais não são sentidos como perigosos.

Do ponto de vista do método, a análise de Isabelle desenvolveu-se paralelamente com uma ajuda à mãe. Achei que, neste caso de simbiose mãe-filho, era preferível que as duas fossem atendidas pelo mesmo terapeuta. Isso me permitiu evitar à mãe um desses desmoronamentos impressionantes que sempre constatei nas minhas psicoterapias de débeis. Aqui a mãe foi quase levada a "presentear" a filha à sociedade. Em todo o caso, ela permitiu um novo nascimento da filha.

Isso me pareceu o mais característico na experiência muito limitada que eu tenho das crianças disléxicas. Assistimos sempre, num dado momento, a uma transformação radical na relação mãe-filho: a mãe dá ao filho o direito a uma vida autônoma, ao passo que antes ele estava im-

plicitamente obrigado a acompanhar os desejos ou o ritmo dela. É quando a criança, de acordo com a mãe, deixa de recusar o jogo materno, que ela pode encontrar-se num corpo próprio, articulado, com uma cabeça humana no lugar de uma flor.

Isso é válido, evidentemente, para muitas crianças em psicoterapias, mas o é sobretudo para as que se desenvolveram tão ao contrário, que se tornaram doentes no ritmo, na palavra, na escrita.

Se retomarmos a situação a três, tal como Isabelle a apresentou no início da análise, encontraremos uma imagem paterna à parte e, no primeiro plano, uma mãe que se ocupa inteiramente do filho.

Para Isabelle, só conta uma relação dual com a mãe — relação agressiva em que, segundo suas palavras, cada uma se coloca em perigo de comer a outra ou de ser comida. Os dois momentos importantes da análise serão aqueles em que será expressa pela filha essa relação sem palavras com a mãe. Há, num primeiro momento, os olhos de medo, os olhos de pessoas grandes que a gente engole quando a mamãe nos força a comer. Recusar o alimento é a única saída que a criança tem para introduzir um terceiro termo — e para escapar assim à imagem absorvente, terrível da mãe. Num segundo momento (que coincide com a aquisição da linguagem corrente e da leitura), Isabelle introduz a imagem do espelho e da outra criança. É ver quem escapa ao perigo de ser engolido pelo outro. O espelho deseja ser a criança, e a criança deseja ser o espelho. O fato de falar nisso faz Isabelle sair de uma situação na qual estava aprisionada. O “terceiro termo” introduzido no caso é a linguagem das fábulas. Nesta linguagem imaginária empregada em psicoterapia, a criança pode falar porque as coisas não lhe dizem respeito. Na vida real, falar é um compromisso e ela não pode consentir nele.

Em psicoterapia, a criança é suficientemente arguta para sentir que aquilo de que ela fala lhe diz respeito, apesar de tudo, mas pode fazer de conta que não, e eu aceito este jogo. Na vida real, a única saída possível para manter a autonomia de que ela tem necessidade é recusar a linguagem e os seus sinais. Não pode fazer de conta que recusa, pela simples razão de que a mãe se sente envolvida no jogo e na recusa. Isabelle poderia temer que a mamãe morresse de verdade, quando afinal é só de brincadeira que ela precisa que a mamãe morra — para que ela possa existir de verdade. Para que a linguagem fosse acessível a Isabelle, seria preciso que comportasse um disfarce, uma escapatória possível. Seria preciso que uma distância pudesse introduzir-se entre ela e o outro.

Ora, na linguagem sem palavras, tal como existe na relação dual de Isabelle e da mãe, não há escapatória possível. A mãe sente que tudo

lhe diz respeito, a tal ponto que Isabelle tem que inventar para si uma linguagem secreta.

Se pôde encontrar esta linguagem comigo, foi porque me mantive durante todo o tempo que ela quis, no plano que não lhe dizia respeito, ao mesmo tempo que lhe dizia respeito. Joguei o jogo de nunca a comprometer, até o momento em que ela pôde se comprometer verdadeiramente, tornando-se a flor que pica. Antes disso era *a gente*. Houve muitas sessões, no início, em que a criança empregava o *eu*, mas era para acrescentar quase imediatamente: não é verdade. O *eu* do início era a dúvida, a negação “eu sou o n.º 4, o n.º 9, chamo-me Emilie e não Isabelle, tudo é maionese”, e no fundo nada disso existe.

Foi por uma linguagem imagística, que aparentemente nada tinha a ver com a criança, que se pôde, de início, englobar a relação sem palavras mãe-filho. A aprendizagem do que se chama de *linguagem* fez-se ao mesmo tempo que se introduzia o pai na vida da criança. Isabelle teve de libertar-se primeiro dos laços perturbantes que a paralisavam, para poder depois aceitar uma aprendizagem.

Quem sou eu, menina ou menino? O que é a vida e a morte? Finalmente as questões podem ser formuladas, conduzindo a criança, pouco a pouco, ao domínio da linguagem e à sua própria história.

No início, não era da linguagem em geral que se tratava, mas apenas de uma possibilidade de aprendizagem no domínio da leitura, da ortografia, da aritmética.

Isabelle, no plano técnico, era antes de mais nada uma disléxica: era uma criança em idade de aprender que se recusava a aprender e que, por esta razão, mobilizava pais, educadores, médicos. Pareciam não se dar conta do seu atraso de linguagem, e a sua debilidade nos testes vinha por acréscimo.

Tentou-se fazê-la aprender a ler mediante uma reeducação ortofônica. Foi, em certa medida, o insucesso dessa reeducação que levou à psicoterapia. Quem era pois esta criança, a quem tinham conseguido ensinar a ler — mas que ficava tão distante do significado do que lia, que a própria aprendizagem bem-sucedida tornava-se um absurdo.

Seguindo as etapas do desenvolvimento da imagem do corpo, tal como Isabelle apresenta na psicoterapia, vamos assistir paralelamente à recuperação de tudo o que nela estava bloqueado. No início, segundo as próprias palavras de Isabelle, a cabeça e o tronco estão paralisados; só estão vivos o coração e as pernas. Essas pernas, a gente usa para ser mau... ou então não usa para nada. As mãos não podem pegar nada, os olhos têm medo. Tal é a imagem do corpo dada após algumas sessões de análise. Porque na primeira sessão Isabelle desenhou literalmente um homenzinho de cabeça para baixo, a própria imagem das suas inversões.

Primeiramente, ela irá recuperar a habilidade motora e fazer amigos. Tendo encontrado um corpo humano, Isabelle utilizará os ouvidos para ouvir. Torna-se bonita, o pai ocupa-se dela. E é só a partir de então que se verifica a aquisição da linguagem corrente. A leitura corrente vem depois, numa ordem, a meu ver, muito natural.

A leitura corrente e a linguagem estão, de resto, associadas à descoberta do eu — e é quando a criança fala em seu nome que ela expõe, numa sessão, a sua relação com a mãe, especialmente na passagem sobre o espelho e a criança. Em seguida, poderá situar-se na família, descobrir para si um lugar e um nome. O corpo está no seu lugar, a família em ordem e, com ela, a leitura.

A dislexia (isto é, um universo em que os sinais estão alterados) é freqüentemente acompanhada daquilo a que se chama um atraso na linguagem e que, por vezes, não é mais do que um bloqueio da expressão do sujeito. Tenho na memória a conversa de um menino dislético de 12 anos com sua mãe, que o incita a *dizer* tudo o que fez durante o dia. “Bem... sim”, responde o menino evasivamente — “Então, o quê, você não me *disse* nada?” — “Mas sim”, responde a criança, “acabei de explicar tudo.”

No mundo do dislético, achamos ao mesmo tempo uma imagem corporal invertida, lacunar, corporal e uma relação sem palavras com a mãe, tão rica de significações, que a criança, para nela não se perder, foge, procurando um terceiro termo que será uma negação. E é nesta negação, forma de uma certa linguagem, que será preciso descobrir um sentido, permitindo ao sujeito encontrar primeiro para si uma estrutura correta num mundo aceito por ele; só depois disso vem a aprendizagem, não imposta pelo adulto, mas desejada pela criança.

A questão que aqui se coloca é saber se falar é uma atividade corporal, ou se o conhecimento do corpo se faz pela palavra, ou ainda se a atividade corporal e a palavra se combinam. No caso de Isabelle, tudo pode ser palavra, mesmo o que não é dito. Pouco importa: o que conta, para o analista, não é tanto verbalizar o que não está bem, mas ser receptivo à confusão de um corpo despedaçado que não se situa em nenhum lugar. Quando Isabelle empregar corretamente a palavra, já terá encontrado, em parte, uma imagem correta do corpo.

A minha intenção não é resolver aqui esta questão da relação da imagem do corpo e da palavra na criança dislética. Limito-me a levá-la e a deixá-la à espera.

Tentei, nestas páginas, à luz de um caso “extremo”, evidenciar os traços característicos do dislético. Poderão opor-me a etiologia diversa do dislético e o amplo leque das formas de dislexia. Isto não impede

que se possa encontrar, em graus diversos, perturbações nas relações com a mãe, que podem ir dos traços fóbicos leves até a estrutura esquizóide, aliás freqüente nos casos chamados de "débeis verdadeiros".

Se o débil parece ter "o seu lugar" na família, o disléxico está em conflito mais ou menos aberto com os seus, "não se admite" o seu infortúnio (a mãe será muitas vezes de tipo histérico).

Em casos de traumatismo (em que a criança esteve perto da morte) encontram-se igualmente sinais disléxicos acompanhados de uma impossibilidade de identificação animal.

Nem todas as crianças disléxicas, felizmente, têm necessidade de psicoterapia; mas certamente seria útil estudar a história de cada uma para se chegar algum dia a uma melhor compreensão do verdadeiro sentido da dislexia.

Dito isto, pode ser interessante para o leitor saber o que foi feito de Isabelle depois desse tratamento interrompido.

Notícias recentes dessa criança, que tinha sido confiada (depois da sua estada no pensionato) a um estabelecimento especializado de reeducação, informaram-me de que o progresso escolar, depois da interrupção da psicoterapia, foi nulo; em outras palavras, a aquisição da leitura e da aritmética que se fez no decorrer da psicoterapia, sem reeducação especializada, permaneceu estacionada, apesar dos esforços de reeducadores especializados.

O estabelecimento de educação desfez-se dela mandando-a para uma casa de crianças débeis onde não a mantiveram, por causa dos seus distúrbios de comportamento.

"Quem sou eu, menina ou menino? O que é a vida e a morte?" As perguntas, dizia eu, finalmente podem ser formuladas, conduzindo a criança, pouco a pouco, ao domínio da linguagem e à sua própria história. Os progressos espetaculares realizados no decorrer da psicoterapia tinham-me levado a acrescentar que "continuará a progredir". As idéias de "maturação" influenciavam-me à minha revelia.

O problema da morte, Isabelle o havia colocado nas primeiras sessões, na mesma ocasião em que falava do casal que lhe prometera as rolinhas... mas deixara o seu problema para mim.

Sua análise teve portanto que ser retomada justamente no ponto em que até então não se tocara: a entrada num mundo em que todos os relógios páram, em que a vida fica suspensa, em que está presente a morte, mas uma morte que eterniza para sempre o desejo...

A interrupção da análise no momento preciso em que a vida começava a ter um sentido para Isabelle havia posto a criança em perigo. Não tendo tido tempo para reconhecer na situação transferencial o lugar

que eu ocupava entre as suas figuras mortais, foi para os seus reeducadores que transferiu o seu poder de mumificação: se um psicanalista pode e deve fazer-se mais morto que a própria morte, para que no sujeito se faça enfim o apelo ao Outro, o reeducador tem de se proteger contra uma criança estagnada que desafia as técnicas mais experimentadas. A resposta do reeducador foi enviá-la para um centro de débeis... O destino de Isabelle fez com que a análise cruzasse de novo seu caminho.

Anoréxica, fóbica, rebelde a qualquer aprendizagem escolar, Isabelle, no decorrer da análise, tivera oportunidade de sentir desejos, visto que ninguém os tinha em lugar dela. A interrupção da análise ia mergulhá-la de novo no perigo que suscitava nela toda a objetivação dos sintomas numa reeducação. A recusa escolar voltou exatamente no dia em que a sua demanda (aprendizagem escolar) foi tomada ao pé da letra — pois esta demanda encobria de fato a morte, e não a vida⁴.

Este caso mostra até que ponto o analista mais convicto corre sempre o risco, *por se tratar de uma criança*, de propor soluções educativas. Ora, o seu papel é de aceitar e de suportar a idéia de uma impotência total, de uma ineficácia completa, para que o sujeito possa nascer para o seu destino.

4. Isabelle escapou a uma investigação analítica mais longa pela demanda de uma escolarização intensiva. Essa demanda encobria, de fato, o voto dos pais: fazendo-o seu, a criança tornava a representar as dificuldades da sua infância e reagia por mecanismos de defesa obsessiva. O que constituía para os pais vida e progresso era sentido por Isabelle como perigo e necessidade de se imobilizar "*para que nada mude*". Só o prosseguimento da psicoterapia vai permitir à criança uma evolução correta. A aprendizagem será possível no dia em que a criança a desejar por si mesma, não alienada no desejo dos adultos. Sendo assim, foram perdidos anos "para ganhar tempo", um tempo escolar. A reeducação do sintoma paralisou a criança nas suas dificuldades. A interrupção muito apressada da psicoterapia colocou-a novamente em face deste problema fundamental (a angústia da morte) a que ela já tinha tentado fugir, paralisando-se.

Conclusão prática

O esclarecimento psicanalítico do problema do retardamento mental, tal como foi apresentado neste livro, não nega o valor que certamente têm reeducações especializadas, a urgência do problema social e escolar, o benefício dos tratamentos médicos.

O número de psicanalistas de crianças, especializados nos tratamentos de psicóticos, é tão notoriamente insuficiente que nem mesmo é possível, tecnicamente, propor, em escala nacional, uma generalização dos métodos psicanalíticos a todos os deficientes mentais.

O que eu quis fazer enxergar não é tanto um método de tratamento em oposição a outro, mas uma nova mentalidade em face do ser diminuído, uma maneira de abordagem radicalmente “anti-racista” do problema humano.

A evolução da técnica leva-nos hoje a criar classes para dotados, superdotados, mal dotados. Acha-se normal basear-se no Quociente Intelectual para orientar autoritariamente um sujeito, ou até para anunciar-lhe que ele é “débil por causa da febre que teve”.

Nos países primitivos, os loucos vivem entre os outros homens, têm o seu lugar na aldeia, assumem um papel, mesmo que seja o papel de louco, e são respeitados como tal. Na nossa civilização, não há lugar para o ser humano incapaz de um certo rendimento social ou escolar. A corrida ao rendimento escolar atinge o pré-púbere que, se é perseguido pela má sorte, será muito cedo excluído de todo o sistema escolar. Será excluído não pela cor da pele, mas pela forma ou qualidade da sua inteligência.

Esta total impossibilidade de ser aceito pelos que o cercam fixa, automaticamente, o “doente mental” na sua “doença”. Ser rotulado

como débil ou louco, como ser apontado por ser negro, só pode levar à submissão a um estado de fato, ou à revolta. Não há possibilidade de se assumir como ser autônomo, ultrapassando uma fronteira traçada pelo Outro. Tal como se foi julgado, assim se deve permanecer.

A pedagogia tem feito progressos no sentido da adaptação, da melhoria do bem-estar do sujeito, dentro dos limites daquilo que o Outro crê que ele pode realizar.

A evolução da medicina social se tem feito também no sentido da recuperação social dos seres diminuídos: constroem-se escolas especiais, oficinas acolhem os deficientes.

Uma regulamentação do problema da infância inadaptada talvez permita, num futuro próximo, uma melhor coordenação da Educação Nacional com os serviços de Saúde.

O perigo é que as regulamentações se adiantem aos nossos conhecimentos e que a técnica, uma vez mais, se sobreponha ao humano.

Uma vez que as escolas foram regulamentadas, é cada vez mais difícil admitir nelas, a título excepcional, um débil (talvez recuperável por uma psicoterapia ou suscetível de melhora), para quem um meio normal constitui, às vezes, uma contribuição essencial.

Do mesmo modo, as escolas de prendas domésticas que às vezes acolhiam, a título excepcional, meninas pouco dotadas mas aptas a aprender a arte de cozinhar, fecham as portas "por causa da inspeção". A segregação entrou nos nossos costumes a ponto de ser regulamentada.

"Toda escola oficializada compromete-se a não receber nenhuma criança de Q. I. inferior."

É contra esse estado de coisas que, ao longo deste livro, eu me insurjo.

Sei que os meus protestos são, muitas vezes, tomados como uma tentativa para provar a supremacia da psicanálise sobre as outras disciplinas. Essa reação não será, em si mesma, um sinal do nosso tempo, dominado pela idéia de competição e da especialização desmesurada?

Pelo fato de eu ter denunciado num grupo vários traços "moralizadores e caridosos" de uma certa concepção da psicanálise infantil, houve quem achasse que eu questionava todo o sistema atual das assistentes sociais e dos educadores¹. Cada um se sente ameaçado na sua própria disciplina sempre que eu abordo à luz da psicanálise o caso

1. Comunicação ao grupo de estudos da Sociedade Francesa de Psicanálise, dezembro, 1962.

da criança retardada. Colocar em questão a criança retardada não equivalerá a colocar em questão a nós mesmos?

Os psicanalistas, tal como outros médicos, não estão isentos dos preconceitos desfavoráveis a respeito dos deficientes mentais. Aceitam tratar dos chamados “falsos débeis”, mas não aceitam entrar em diálogo com os “verdadeiros”. Para além de qualquer fator de organicidade, esforcei-me por fazer aparecer o sujeito, perdido, esquecido através de todos os exames de laboratório.

O capítulo “Histórias de casos” é dedicado aos contatos com a família do doente, contatos que visam não tanto os sintomas como os laços inter-humanos no seio da família e o sentido que tomaram para a mãe as perguntas:

— O que é uma criança?

— O que é uma criança deficiente?

Questionar um sintoma evidente não é o mesmo que curá-lo. Há quem me censure por provocar, deste modo, esperanças enganadoras.

Esquecem-se de que o drama dessas crianças é feito justamente de *desesperança*. Como pode uma criança lutar, se os seus pais admitiram resignadamente a impossibilidade dela fazer progressos? Que sentido dar a uma vida que os próprios adultos legaram à falta de sentido? Para uma certa criança, o drama é que a sua insuficiência tem por missão esconder a loucura ou a neurose grave de um dos pais. Para outra, talvez não haja nada a fazer, mas dando-lhe uma dimensão de sujeito (em vez de fazer dela um objeto que os adultos empurram uns para os outros), já se permite uma superação da sua infelicidade. Aceitar-se com seus limites intelectuais ou com sua miséria física supõe uma possibilidade de revolta criadora ou salvadora ao longo de um caminho em que o drama pessoal pôde ser entrevisto: escolher sua vida é sempre escolher a luta.

Se não tomarmos cuidado, correremos o risco de esquecer que o débil pode ser levado a se fazer perguntas.

“Quem sou eu?” Esta interrogação nos introduz na diferença entre o *eu* e o *você*; a autonomia da consciência obtém-se a partir do momento em que o sujeito pode situar-se no tempo, pondo os outros no seu lugar, ao mesmo tempo que se situa em face dos outros. A dialética psicanalítica leva o débil, enfim, a reassumir o seu próprio destino e a sua relação com o mundo.

Essa aquisição é mais preciosa ainda para uma criança cuja enfermidade a paralisou como um objeto, vedando-lhe qualquer possibilidade reflexiva.

Poucas crianças podem beneficiar-se de uma psicanálise; o tratamento psicanalítico continua sendo o apanágio de privilegiados (privilegiados do destino, do acaso, da fortuna). A reflexão psicanalítica, presente todo o tempo neste livro, nos dá, no entanto, um ensinamento essencial: o ser humano tem tudo a ganhar em não receber de um membro da sociedade uma condenação irremediável.

Depois de ter sido feito um diagnóstico preciso, a criança vai fixar-se num papel determinado, e os pais vão cumprir uma missão cheia de ciladas neuróticas no plano das trocas interpessoais.

Na nossa época todo mundo faz diagnósticos; o médico, o diretor da escola, a assistente social, a vizinha informada pelo último programa de televisão. Qualquer adulto “evoluído” está pronto a dar uma “opinião autorizada”. Cada um conhece a “melhor escola”, o melhor reeducador, cada um dá a sua opinião sobre o tratamento, e tem nos lábios o nome do “melhor” médico.

Isto talvez seja resultado da popularização das noções científicas, mas talvez seja também uma medida da ansiedade do público. Preocupando-nos com um deficiente, mascaramos a nossa própria angústia. É ele que é doente, não somos nós.

Este livro, justamente, não quer questionar as instituições ou as pessoas (ainda que sejamos muito sensíveis aos malefícios de uma política que deixa tão pouco lugar à saúde pública e ao ensino; mas não é esse o nosso propósito): procurando um responsável, fugiríamos ao verdadeiro problema, que é o questionamento de nós mesmos e da nossa época.

Não há lugar, na nossa sociedade, para o deficiente mental. É esse o drama. Pela força das circunstâncias, ele se vê condenado a continuar à margem dos homens ou “condenado” a curar-se (isto é, a assumir uma dose de sofrimento).

Esse problema não é exclusivo da França.

Se o nosso país, por um lado, tem mesmo o privilégio de ter uma equipe de vanguarda no campo do *tratamento* das crianças débeis e psicóticas², por outro lado não estamos, em escala nacional, adiantados (em comparação com o que se faz na U.R.S.S.) no que diz respeito ao *diagnóstico*; nossa desvantagem deve-se ao caráter esterilizante e fatalista dos testes de nível mental. Há crianças demais que são orientadas no sentido do insucesso, quando lhes poderia ser dada possibilidade de desenvolvimento num meio escolar em que lhes fosse mais fácil viver.

2. Neste domínio devemos muito às pesquisas teóricas e aos trabalhos de Aulagnier, Dolto e Lacan, para citar apenas estes.

O que é um débil?

Este livro deixará o leitor sem resposta.

Porque não é isso o essencial. O que conta é procurar, para além do deficiente, a palavra que o constitui como sujeito às voltas com o desejo.

“Se esta palavra é acessível, é porque nenhuma verdadeira palavra é palavra somente do sujeito, visto que é sempre estabelecendo-o na mediação com um outro sujeito que ela opera, e que, por isso, está aberta à cadeia sem fim — mas sem dúvida não indefinida, porque se fecha — das palavras em que se realiza concretamente, na comunidade humana, a dialética do reconhecimento³.”