

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA INFÂNCIA:
CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS**

Juliana Zinelli Bolsson

Dissertação de Mestrado

São Leopoldo, RS

2011

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA INFÂNCIA:
CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS**

JULIANA ZINELLI BOLSSON

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora:
Profa. Doutora Sílvia Pereira da Cruz Benetti

São Leopoldo,RS

2011

Juliana Zinelli Bolsson

“As manifestações de angústia e o sintoma na infância: considerações psicanalíticas”

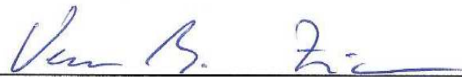
Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovada em 19 de agosto de 2011.

BANCA EXAMINADORA

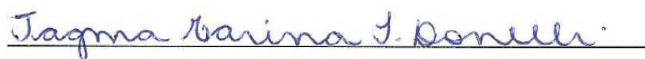


Profa. Dra. Silvia da Cruz Benetti – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Vera Blondina Zimmermann – Universidade Federal de São Paulo

Profa. Dra. Blanca Susana Guevara Werlang – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul



Profa. Dra. Tagma Marina Schneider Donelli – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

“Não existe uma regra de ouro que se aplique a todos. Todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico pode ser salvo”.

(Sigmund Freud)

AGRADECIMENTOS

*“Quem somos nós, quem é cada um de nós
senão uma combinação de experiências,
de informações, de leituras, de imaginações?
Cada vida é uma enciclopédia, uma biblioteca,
um inventário de objetos, uma amostragem de estilos,
onde tudo pode ser completamente remexido
e reordenado de todas as maneiras possíveis”.*
(Italo Calvino)

Concluindo essa etapa de formação profissional, gostaria de agradecer intensamente às pessoas que contribuíram para o desenvolvimento dessa Dissertação de Mestrado:

Ao Programa de Pós-Graduação (PPG) da Faculdade de Psicologia – Mestrado em Psicologia Clínica da UNISINOS, a todos os professores, através de sua coordenadora, Profa. Dra. Vera Regina Röhnelt Ramires, pelo importante trabalho desenvolvido e pelo carinho com que me acolheram.

À Vanessa Andréa Rodrigues e Liliana Egewarth, da Secretaria das Ciências da Saúde da UNISINOS, pela importante atenção dedicada aos alunos do PPG.

À equipe do Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde (PAAS), pela receptividade e oportunidade que me dispuseram.

Ao participante dessa pesquisa e seus responsáveis, que compartilharam sua história e contribuíram para o desenvolvimento desse trabalho.

À Dra. Blanca Suzana Guevara Werlang, Dra. Tagma Marina Schneider Donelli e Dra. Vera Blondina Zimmermann, pela cooperação, pelo interesse e pela disponibilidade em participar dessa banca.

À Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti, minha admirável orientadora, que me acolheu de forma ímpar e ajudou a ampliar meu olhar a respeito dessa incrível profissão que abrange tantas compreensões. Pelo tempo, conhecimento, pela incansável disponibilidade e dedicação. Nessa intensa e longa jornada, mostrou-me caminhos, deixando-me livre para segui-los ou não. Fez o impossível se tornar possível!

À Dra. Andréa Gabriela Ferrari, pela revisão de meu Projeto de Mestrado, pelos construtivos apontamentos, contribuições e ensinamentos. Por fazer parte de minha formação profissional de Especialista e Mestre.

À Ana Claudia Meira, pelo cuidado e pela responsabilidade no trabalho de revisão de meu Projeto e minha Dissertação de Mestrado.

Às minhas amigas, que compartilharam minhas angústias, tristezas, incertezas, conquistas, e que, mesmo longe, torcem por mim: Luciana Peres, Rafaella Leonardi e Patrícia Mazzucatto. Em especial, à minha irmã de coração, Lissia Ana Basso, que esteve comigo em todos os momentos, bons e ruins, presenteando-me com sua escuta e paciência singular.

Aos companheiros de reuniões, que me ajudaram na reflexão desta Dissertação: Em especial à Francis Acuna, pelo carinho e pela ajuda na apresentação da Dissertação.

À minha família: minha mãe Suzana, meu pai Eurico e meu irmão Rafael, por me concederem essa grande oportunidade de aperfeiçoamento profissional. Compreenderam minhas ausências, permitindo que eu evoluísse como sujeito. Deram-me asas e, o mais importante, me deixaram voar. Amo vocês!

*“Enquanto eu tiver perguntas
e não houver respostas...
continuarei a escrever”.*
(Clarice Lispector)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
-----------------	----

SEÇÃO I: AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA INFÂNCIA: REVISÃO CONCEITUAL

1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Perspectiva Histórica acerca do enfoque psicanalítico da angústia.....	17
1.1.1 Primeira teoria da angústia.....	19
1.1.2 Segunda teoria da angústia.....	20
1.1.3 Caso Clínico do Pequeno Hans.....	21
1.2 Complexo de Édipo em Freud.....	22
1.3 Complexo de Édipo em uma visão pós-freudiana.....	24
1.4 Contribuições psicanalíticas pós-freudianas acerca da angústia na infância.....	27
1.4.1 Angústia e objeto <i>a</i>	28
1.4.2 Manifestações de angústia anteriores ao recalque.....	30
1.5 As manifestações de angústia e o sintoma na constituição psíquica do sujeito.....	33
1.5.1 Sintoma.....	33
1.5.2 Sintoma na infância.....	36
2 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	37
REFERÊNCIAS.....	39

SEÇÃO II: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS DOS PROCESSOS PSÍQUICOS ASSOCIADOS À ANGÚSTIA E AO SINTOMA INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO

1 INTRODUÇÃO.....	45
1.1 Considerações acerca da angústia e do sintoma na constituição psíquica da criança.....	47
2 MÉTODO.....	50
2.1 Participante.....	50
2.2 Procedimentos.....	51
2.3 Instrumentos.....	51
2.3.1 Psicoterapia de Orientação Psicanalítica Infantil.....	51
2.3.2 Teste das Fábulas.....	54
2.4 Análise dos Dados.....	57
2.5 Procedimentos Éticos.....	58

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO.....	58
3.1 Síntese da História de Vida.....	58
3.2 Síntese das Sessões.....	60
3.3 Resultados do Teste das Fábulas.....	68
3.4 Discussão do Caso Clínico.....	69
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	79
ANEXO B – Teste das Fábulas: Aplicação e Interpretação dos Resultados.....	80

AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA INFÂNCIA: CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS

RESUMO

Esta dissertação de Mestrado buscou estudar o tema das manifestações de angústia e do sintoma infantil sob a ótica da psicanálise, através de um entendimento teórico da constituição psíquica do sujeito relacionado à trama familiar. Com base no referencial teórico freudiano e pós-freudiano, através das contribuições de Freud, Lacan, Zornig, Costa, entre outros, tentou-se compreender as manifestações de angústia na criança com relação às funções parentais. Com isso, desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa. A partir das sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica e do Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993), realizou-se uma compreensão dinâmica de um estudo de caso clínico. Os resultados obtidos permitiram identificar que a angústia manifestada pelo paciente era derivada dos processos edípicos associados à trama familiar. Espera-se, com este trabalho, fornecer subsídios para o aprimoramento teórico conceitual das questões relativas às manifestações de angústia e do sintoma na infância, bem como para o trabalho clínico em psicoterapia de orientação psicanalítica.

Palavras-chave: Angústia. Sintoma. Infância. Psicanálise.

ABSTRACT

This Master thesis aimed the study of anguish manifestations and childhood symptoms of childhood from the viewpoint of psychoanalysis, stressing the understanding of the subject's psychic constitution in relation to the family structure. Based on theoretical Freudian and post-freudian, with the contributions of Freud, Lacan, Zornig, Costa, an attempt was made to understand the manifestations of anguish in children with respect to their parental functions. This way, a qualitative research was developed based in the clinical case of a child, using the clinical material obtained in the psychoanalytic psychotherapy sessions and in the Test of Fables (Cunha & Nunes, 1993). The results have identified that the anguish expressed by the patient was derived from oedipal processes associated with the family structure. It is expected through this work to improve the theoretical framework about the manifestations of anguish and symptoms in childhood, as well as the clinical practice of psychoanalytical psychotherapy.

Keywords: Anguish. Symptom. Childhood. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

O atendimento psicoterápico na infância e na adolescência, considerando as questões emocionais destas faixas etárias, tem sido foco de interesse de estudos e pesquisas na área da saúde mental. Além da importância do aprimoramento das técnicas de atendimento psicoterápico, outro aspecto relativo a este interesse refere-se à característica de que, no

Brasil, se verifica uma alta procura de atendimento psicológico destas populações. Por exemplo, na área da clínica psicológica, o público infantil corresponde a mais de 50% de procura de atendimento entre todas as faixas etárias (Melo & Perfeito, 2006). Assim, a demanda infantil tem representado a maioria entre a população atendida na área da saúde mental.

Os dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) apontam que de 10% a 20% da população de crianças e adolescentes sofrem de transtornos mentais. Desse total, de 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo. Entre os mais frequentes, estão os transtornos de ansiedade.

Já ao final da década de 80, estudos epidemiológicos, segundo Bernick e Lotufo-Neto (1994), demonstravam que os quadros de ansiedade eram prevalentes na população, tanto na comunidade quanto nos sistemas primários de saúde. Porém, só a minoria destes pacientes procura atendimento médico e, destes, poucos procuram atendimento especializado. Na infância, a prevalência de desordens mentais era estimada em 23,2%, diferenciadas em moderadas e graves. Os casos que se apresentam como leves ou duvidosos correspondem a 13,2% (Boarini & Borges, 1998).

Considerando o cenário atual, em relação aos processos associados à infância e aos atendimentos psicológicos, na clínica infantil, os quadros mais frequentes de demanda por atendimento psicoterápico referem-se a situações associadas aos sintomas de ansiedade, agressividade, fobias e dificuldades relacionadas à escola (Cunha & Benetti, 2009). Especificamente em relação à ansiedade na infância, algumas manifestações de medo e preocupações podem ser normais durante o desenvolvimento. No entanto, quando patológicas, manifestam-se de forma exagerada, interferindo na qualidade de vida, nos aspectos emocionais e no desempenho diário da criança (Castillo, Recondo, Asbahr & Manfro, 2000).

Em uma breve revisão sobre a psiquiatria clássica, encontramos a classificação dos sintomas de ansiedade na infância através dos quadros de transtorno de ansiedade generalizada, fobia social e específica, transtorno do pânico e transtorno de ansiedade de separação. Estes transtornos fazem parte dos quadros psiquiátricos mais frequentes nas crianças e nos adultos, com uma prevalência durante o período de vida de 9% e 15% respectivamente. Além destes, os transtornos ansiosos de separação são os mais comuns em crianças e adolescentes, correspondendo a 4% (Castillo et al., 2000).

Nos transtornos ansiosos, os sintomas são primários, isto é, não são decorrentes de outros transtornos psiquiátricos como a depressão, as psicoses e os transtornos do

desenvolvimento. Os sintomas ansiosos (e não o transtorno propriamente dito) podem aparecer em outros transtornos, sendo esta ansiedade explicada pelos sintomas do transtorno primário. Como exemplo, citamos a ansiedade no início do surto esquizofrênico ou o medo de separação dos pais de uma criança com depressão maior. Com isso, estimamos que metade das crianças com transtornos ansiosos possa apresentar, juntamente, outro transtorno (Poderoso & Linetzky, 2003).

Ainda que seja importante salientar a visão psiquiátrica, não podemos deixar de lado a epistemologia que é própria da clínica, a qual leva em consideração o caso clínico, isto é, o sujeito singular em questão. Nesse caso, destacamos a importante contribuição da psicanálise na compreensão da psicopatologia. Portanto, a abordagem das psicopatologias, antes de ser interdisciplinar ou transdisciplinar, precisa comportar as trocas com outros âmbitos e outras abordagens, longe de pretender uma totalização. O desafio, então, se faz a partir do estabelecimento de uma linguagem que consiga abranger a exposição de diferentes posições, sem criar barreiras ou uma linguagem única, levando em conta o caso clínico e seus avanços (Berlinck, 2005). Kupfer e Voltolini (2005) afirmam que é justamente no exame das diferenças entre o campo da psicanálise e o da medicina que se encontra a aposta de uma tentativa de articulação possível, sem cair no bloqueio da verdade e em um debate estritamente epistemológico.

Com base nestas pesquisas, iniciamos a realização da presente dissertação, tendo como finalidade um estudo compreensivo sobre o tema do sintoma e da angústia infantil na constituição psíquica do sujeito em relação à trama familiar. Partindo do estudo das pesquisas publicadas sobre o assunto, tivemos a oportunidade de adquirir um maior conhecimento sobre os trabalhos já desenvolvidos, assim como de autores estudiosos do tema, para então, ter a possibilidade de avançar para um entendimento mais profundo do assunto.

A escolha de inserir estudos psiquiátricos na introdução da dissertação advém do pressuposto de que não podemos focar nossa atenção no tema que está sendo pesquisado, sem termos conhecido, mesmo que superficialmente, diferentes posicionamentos. Embora tenham – psicanálise e psiquiatria – bases e nortes diferentes, em alguns momentos essas duas linhas se cruzam. Com isso, achamos necessário e válido revisar estes estudos, com fins de não alienação de nossa compreensão. Afinal, “não devemos esquecer que a psicanálise começou como um ramo da medicina, portanto objetivando não apenas *compreender* o mundo psíquico, mas ainda, e principalmente, *intervir* nele” (Mezan, 2007, p. 336).

Assim, o foco dado nesta pesquisa se dá pelo referencial psicanalítico, substanciado por Freud, Lacan e autores que se baseiam nestes, mais focados na área infantil, como Silvia

Abu-Jamra Zornig. Partindo do pressuposto que a psicanálise leva em conta o sujeito do desejo, que deve ser pensado em sua singularidade, observamos que a teoria psicanalítica possui elementos fundamentais para a contribuição de uma maior apreensão do funcionamento psíquico. Nesta pesquisa, então, buscamos aprofundar as manifestações de angústia e do sintoma infantil relacionado à constituição psíquica, e os processos associados à representação das figuras parentais.

A metodologia que adotamos, neste trabalho, serve de aporte indispensável para a compreensão do caso clínico, baseado em um exame aprofundado dos aspectos clínicos e da técnica psicanalítica. No estudo sobre a escolha do método, esbarramos em algumas questões e posicionamentos distintos, mas adotamos a metodologia que nos possibilitou o suporte fundamental do processo analítico, ou seja, o inconsciente, a associação livre, a transferência, juntamente com um teste projetivo, o qual nomeamos de dispositivo clínico. Portanto, em um primeiro momento, esta pesquisa baseou-se no entendimento teórico das manifestações de angústia e do sintoma na criança inserida na trama familiar. Logo, em um segundo momento, realizamos o estudo de caso único, fundamentado na teoria psicanalítica, com a utilização de um teste projetivo. A junção de nosso material permitiu uma compreensão aprofundada do caso.

A Seção I desta dissertação apresenta o artigo teórico, abrangendo a exposição do tema do sintoma e da angústia na infância e sua constituição psíquica relacionado à trama familiar, à luz da psicanálise. São trabalhados principalmente conceitos de Freud (1909/1996), Lacan (1995), Gurfinkel (2006) e Zornig (2008). A Seção II, por sua vez, apresenta o artigo empírico, o qual abrange a compreensão psicanalítica dos processos psíquicos associados às manifestações de angústia e aos sintomas na infância a partir de um caso clínico. Este artigo buscou responder a alguns questionamentos sobre a representação da criança para com suas figuras parentais e o lugar que a criança ocupa na trama familiar. Com isso, tivemos a possibilidade de analisar os processos psíquicos relativos à infância associados às manifestações de angústia, realizando a discussão clínica do caso junto com a elaboração e embasamento teórico.

SEÇÃO I – ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA INFÂNCIA: REVISÃO CONCEITUAL

RESUMO

Este artigo tem como objetivo a compreensão teórica das manifestações de angústia e do sintoma infantil sob uma perspectiva psicanalítica. Nesse sentido, apresentamos uma revisão sobre a angústia e o complexo de Édipo na visão psicanalítica freudiana e pós-freudiana de psicanalistas, tais como Freud, Lacan, Gurfinkel e Zornig. Com base nesses trabalhos, discutimos os desdobramentos das questões da angústia na infância em relação à trama familiar, a angústia manifestada na criança em um momento transitório, assim como o momento de ordem mais edípico, apontando para o cominho relacionado à neurose infantil. Em suma, verificamos que as fases que envolvem as manifestações de angústia e sua relação com o sintoma são, indiscutivelmente, processos essenciais para a escuta psicanalítica da clínica infantil e para uma investigação mais aprofundada.

Palavras-Chave: Angústia. Sintoma. Infância. Psicanálise.

ABSTRACT

This article aims at the theoretical understanding of the manifestations of anguish and symptoms in children based on a psychoanalytic perspective. In this sense, it presents a review of the anguish concept and the Oedipus complex in freudian psychoanalytic perspective and post-freudian psychoanalysts, such as Freud, Lacan, Gurfinkel and Zornig. Based on these studies, the issues related to anguish in childhood in relation to family structure, the anguish expressed in the child in a transitory as well as in a more oedipal moment were discussed, pointing to the path related to the infantile neurosis. In short, it was found that the stages involving the manifestations of anguish and relationship with the symptom are without doubt essential processes for child psychoanalysis and also for the investigation of the elements involved in these processes.

Keywords: Anguish. Symptom. Childhood. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

Desde as primeiras contribuições freudianas sobre a constituição psíquica do sujeito, observamos que o período da infância tem ocupado um lugar de destaque como um dos momentos fundamentais para o desenvolvimento e a estruturação do aparelho psíquico. Em 1909, Freud (1996) inaugurava, com o caso clínico do “Pequeno Hans”, a própria análise

infantil. Vemos, assim, que já há muito tempo a psicanálise contribui para o aprofundamento das questões relativas à infância (Zornig, 2008).

Ainda hoje, diversos estudos voltam-se para a complexidade das situações envolvendo o desenvolvimento infantil e sua relação com o sintoma. Com base em um instrumento desenvolvido para sistematizar indicadores observáveis da relação pais-bebês, um grupo de profissionais especializados no atendimento de crianças pequenas (Grupo Nacional de Pesquisa)¹ investigou as concepções sobre a constituição psíquica em andamento ou já em dificuldades. Este instrumento, nomeado de “Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil” (IRDI), foi elaborado tendo como base o referencial teórico psicanalítico. Os indicadores referem-se a observações relacionadas ao bebê e às pessoas que exercem a função materna e paterna (Kupfer, Bernardino, Jerusalinsky, Rocha, Lerner & Pesaro, 2008).

De uma forma breve, os resultados da pesquisa IRDI apontam, primeiramente para as dificuldades de ordem psíquica que interferem no desenvolvimento da criança, incluindo a psicomotricidade, os hábitos, a socialização e a linguagem. Logo, a análise estatística do IRDI apontou o instrumento como possuindo maior capacidade de predizer problemas de desenvolvimento do que de risco psíquico. Isto pode nos levar a encontrar indícios precoces de evolução ulterior de patologias graves, como a psicose e o autismo. Contudo, os indicadores que demonstraram uma maior sensibilidade de poder preditivo referentes ao risco psíquico foram os da última faixa de desenvolvimento (12-18 meses), no eixo função paterna, comprovando a hipótese levantada pela psicanálise de que a instância paterna é fundamental e se introduz nos primeiros tempos da subjetividade, fazendo seus efeitos serem notados a partir do segundo ano de vida (Kupfer et al., 2008).

Perpassando de alguma maneira as manifestações sintomáticas da criança, temos que a angústia infantil situa-se como um dos afetos presentes desde a experiência de nascimento, o próprio momento de constituição do sujeito ou mesmo da rivalidade edípica. A angústia na infância relaciona-se, então, diretamente com as figuras parentais. Quando se trata da constituição do sujeito, consideramos a relação inicial da criança com sua mãe e a intervenção do pai nessa relação. A função² paterna é indissociável da materna, pois o pai deve ter um lugar no discurso materno, isto é, o pai só será o pai na medida em que ele for nomeado pelo

¹ Esta pesquisa foi subsidiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de São Paulo, pelo Centro Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e também pelo Ministério da Saúde. Este grupo teve coordenação técnica de Alfredo Jerusalinsky e coordenação nacional de Maria Cristina Machado Kupfer.

² O termo *função* é pensado em relação aos pais enquanto eles *funcionam* para a criança de determinada forma, enquanto exercem determinado papel na relação com ela (Faria, 1998).

discurso materno. Sendo assim, é preciso diferenciar os pais reais dos pais enquanto função. Faz-se necessário, então, realizar esse cruzamento entre as funções materna e paterna como constituintes do sujeito (Faria, 1998).

Desta forma, estão em jogo, nas manifestações de angústia, tanto os elementos maternos como os paternos, pois, antes mesmo de a criança nascer, já pré-existe um discurso parental que a envolve (Costa, 2007). Um estudo psicanalítico realizado por Ferrari e Piccinini (2010) ressalta a importância do mito familiar para a constituição subjetiva da criança; ou seja, a possibilidade de a mãe imaginar o bebê é fundamental, tanto para ela, quanto para a própria criança. É preciso algo, então, que preceda o sujeito, para que ele possa se constituir como tal. Logo, o bebê irá constituir seu *eu* na relação com alguém, para que este lhe forneça sentidos para seus atos.

Em outro estudo, Piccinini, Ferrari, Levandowski, Lopes & Nardi (2003) enfatizam a representação que a mãe faz da criança antes de ela nascer, que não é a de um feto em desenvolvimento, mas a de um bebê imaginado já desenvolvido. A partir dessa concepção, se estabelecem três bebês na mente materna: o bebê imaginário, o bebê edípico e o bebê propriamente dito. O primeiro se constrói durante a gestação, é o bebê das expectativas, do desejo maternal. O segundo é resultado da história edípica infantil materna, sendo o mais inconsciente de todos, carregado pela fantasia da mãe de ter um filho com o pai. Por fim, o terceiro é o que a mãe segurará nos braços quando nascer. A compreensão destes processos, bem como o lugar que o sintoma da criança ocupa na rede familiar, são, indiscutivelmente, passos essenciais para uma escuta clínica.

A angústia na criança pode ocupar um lugar tanto associado ao momento em que esta criança constitui-se como tal, como em relação às vivências posteriores de ordem mais edípicas, apontando para a complexa relação entre o lugar do sintoma e sua constituição psíquica. Porém, a angústia na criança também pode ser vista nas fases psicosssexuais anteriores à castração, ligadas a afetos originados na angústia de separação da mãe (na hora do nascimento, no desmame, na separação das fezes na fase anal) (Zornig, 2001).

Com isso, direcionamo-nos ao lugar da constituição subjetiva da criança, que será o resultado da sobreposição de suas características e do campo determinado pela subjetividade dos pais. A clínica com crianças faz-nos pensar e refletir sobre essas relações na medida em que os pais, enquanto funções, enquanto sujeitos desejantes, assujeitados a seu inconsciente em uma ordem de desejo particular, podem ou não ocupar, para o filho, determinadas funções (Faria, 1998).

As manifestações de angústia na infância podem, portanto, constituir-se com um grau intenso de sofrimento psíquico, o qual, por sua vez, pode levar para a constituição de uma neurose infantil, indicando duas vertentes na clínica psicanalítica com esta faixa etária. Uma delas é relativa à posição de dependência e alienação da criança frente a seus pais (cuidadores), e a outra à possibilidade de constituição de uma neurose infantil que vem como resposta ao inconsciente dos pais. Sendo assim, a angústia infantil remete à trama familiar, na estrutura da infância, correspondendo às alternativas edípicas do sujeito, às tentativas da criança, a seu modo, através de fantasias e das teorias sexuais infantis, conseguir “uma mediação (representação) entre ela e a mãe (fálica)” (Zornig, 2001, p. 185).

A partir disso, focalizamos nosso interesse em ampliar a compreensão dos processos psíquicos associados às manifestações de angústia infantil abarcados pela teoria psicanalítica. No entanto, indagamo-nos: qual o lugar que ocupa a angústia no cenário do sintoma infantil? Essa angústia na criança se manifesta em um determinado momento de sua constituição com o intuito de organização psíquica anterior ao recalque ou já direciona para o caminho relacionado à neurose infantil?

Considerando tanto a importância das manifestações de angústia na clínica infantil, como a necessidade de aprofundamento no estudo do funcionamento psíquico na infância, destacamos o lugar do sintoma na infância relacionado à constituição psíquica infantil ligada às funções parentais, tomando como base a complexa rede de relações e conflitos familiares que se configuram no sintoma da criança, no sentido de entender os aspectos das funções parentais envolvidos nestes.

Inicialmente, apresentamos uma revisão sobre a angústia na visão psicanalítica freudiana e pós-freudiana (Lacan e contribuidores/seguidores), passando pelo complexo de Édipo. Logo adentramos nos desdobramentos das questões sobre a angústia na infância em relação à trama familiar.

1.1 PERSPECTIVA HISTÓRICA DO ENFOQUE PSICANALÍTICO DA ANGÚSTIA

Conforme mencionado, foi no caso clínico do Pequeno Hans – caso modelo da psicanálise de crianças – que Freud (1909/1996) inaugura a própria análise infantil. Segundo Santiago (2005), foi através desse caso clínico que Freud demonstrou que o tratamento psicanalítico pode tratar a angústia da criança, no interior do dispositivo clínico.

Em uma revisão sobre o conceito de angústia na obra de Freud, Canepelle (2003) deduz que, na angústia infantil, os pais protegeriam a criança contra os perigos do mundo

externo, mas em relação aos outros perigos, próprios da infância, o eu da criança (ainda fraco e inacabado) deveria por si só erguer esforços de defesa.

Com relação a esses casos associados às manifestações de angústia e de sintomas na infância, ligadas à primeira fase de constituição psíquica do sujeito, a abordagem psicanalítica, desde seus primórdios, tem contribuído muito para a compreensão aprofundada destas na infância. A angústia³ ocupa um lugar demarcado na história da psicanálise, encontrando no caso clínico do Pequeno Hans a manifestação em sua expressão fóbica.

Na psicanálise, a angústia tem um *status* especial, no sentido de que Freud, desde seus escritos iniciais, já abordava esta questão, muito em função da fobia (Gurfinkel, 2006). A fobia, termo derivado do grego *phobos*, designa, como nos indicam Roudinesco e Plon (1998), o pavor de um sujeito em relação a uma situação, a um ser vivo ou a um objeto. Ocupa, na clínica atual, várias nomeações, podendo o psicólogo deparar-se com o diagnóstico de pânico, fobia, fobia social, entre outros.

Entretanto, na visão psicanalítica freudiana, a fobia não deve ser considerada como um processo independente, relacionando-se basicamente à angústia. Utiliza-se, além disto, a expressão *histeria de angústia*, a qual é uma neurose em que o sintoma mais prevalente e central é o da fobia. Nesse caso, a libido⁴ não é convertida, mas é liberada como angústia (Roudinesco & Plon, 1998).

Conforme observado, historicamente, a angústia infantil ocupa um lugar central na psicanálise. Principalmente, no caso clínico do Pequeno Hans, Freud (1909/1996) discorreu extensamente sobre os mecanismos psíquicos envolvidos nas manifestações de angústia e também da fobia. Freud havia iniciado seus estudos sobre a fobia nos anos de 1890, sendo que a evolução de suas ideias sobre este quadro estava inteiramente ligada à angústia (Vanier, 2002; Santoro, 2008; Lowenkron, 2009).

Referindo-se à questão da angústia, é preciso percorrer a evolução das ideias freudianas, identificando sua concepção acerca da origem e das determinações dessas manifestações.

³As palavras afetos de *ansiedade* e *angústia* na obra de Freud, muitas vezes, se confundem, tornando-se equivalentes. O termo *Anxiety* seria o estado daquele ou daquilo que se acha estrangulado, estreitado, sufocado. É em angústia, em português, que esta ideia de estreitamento e restrição acha-se reproduzida. O termo *ansiedade* não traduziria com conveniência o inglês *anxiety*, mesmo que sua origem seja de desassossego e inquietação (Freud, 1895b/1996). Portanto, o termo angústia será usado quando referir-se à psicanálise, e o termo *ansiedade* para designar os processos psiquiátricos, já que estes carregam, em suas definições, o termo *ansiedade*.

⁴ “Manifestação da pulsão sexual na vida psíquica e, por extensão, a sexualidade humana em geral e a infantil em particular” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 471).

Encontramos, assim, duas teorias da angústia em Freud. Uma é articulada em seus trabalhos iniciais, e a outra é publicada em 1926, em “Inibições, Sintoma e Ansiedade”. Nesse artigo, Freud (1996) descreve alguns tipos de angústia: angústia como libido transformada; angústia realística e neurótica; angústia como sinal e angústia e o nascimento. Na angústia como libido transformada, a angústia vem como uma reação a situações de perigo (concepção que logo foi descartada por Freud). Na angústia realística e neurótica, não existe uma diferença genética entre ambas, estando ambas relacionadas. A psique é dominada pela angústia, no caso de sentir-se incapaz de lidar com um perigo exterior. A angústia como sinal ela vem como um sinal de desprazer. Por último, a angústia e o nascimento estão interligados, pois o nascimento é a primeira experiência de angústia, sendo fonte e protótipo da sensação da mesma.

1.1.1 Primeira Teoria da Angústia

Na primeira teoria da angústia, Freud (1895b/1996) argumenta que esta manifestação corresponderia a uma tensão física sexual, que não seria elaborada psiquicamente. A neurose de angústia mantém a tensão sexual somática afastada do psíquico, interferindo na elaboração psíquica. Com base nesta compreensão, seria edificada a teoria freudiana do recalque⁵, que sustenta que o recalque consiste simplesmente em afastar algo do inconsciente, podendo incluir o caso da demência precoce e outras afecções narcisistas (Freud, 1915/1996).

Conforme Freud (1895b/1996), na primeira teoria da angústia, a fobia estava associada à histeria e fazia parte de dois grupos. As obsessões e fobias poderiam ser chamadas de traumáticas e consideradas ligadas ao sintoma da histeria. Especificamente, o estado emocional nas fobias seria sempre o de angústia e de medo. Nesse sentido, Freud discriminava dois tipos de fobias: as fobias comuns, que incluíam o medo exagerado, por exemplo, da escuridão, da solidão, da morte, de cobras, e de doenças em geral; e as fobias contingentes, que seriam o medo de algo que não gera medo ao homem comum, como a agorafobia⁶, e outras fobias de locomoção. Contudo, no texto sobre a neurose de angústia, as fobias não teriam uma base psíquica e fariam parte das neuroses de angústia, sendo que o

⁵ O recalque é constitutivo do inconsciente. É exercido sobre excitações internas, cuja persistência provocaria um desprazer excessivo. Não deve ser confundido com a repressão que é uma operação psíquica que tende a suprimir uma ideia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável. (Roudinesco & Plon, 1998).

⁶ A diferença da fobia e da agorafobia é que, nesta última, o paciente consegue locomover-se quando está acompanhado de uma pessoa escolhida, diferente da fobia (Freud, 1909/1996).

mecanismo das fobias estaria totalmente associado ao estado emocional de angústia (Freud, 1895a/1996).

A neurose de angústia tem uma origem sexual, mas não possui mecanismo psíquico. Sua causa seria uma acumulação de tensão sexual causada pela abstinência ou excitação sexual não consumada. A angústia, na primeira teoria, então, aparece essencialmente como a inscrição corporal pela impossibilidade de elaboração psíquica. Já na segunda teoria, de não psíquica, tóxica e constituindo-se frente ao perigo, passa para o domínio do psíquico (Freud, 1895a/1996).

1.1.2 Segunda Teoria da Angústia

Ao longo dos anos de 1920, na segunda teoria da angústia, Freud (1926/1996) afirma que é da angústia que surge o recalque. Isso quer dizer que esta angústia resulta de um medo imaginário da castração, angústia como um sinal do eu, sinal de perigo a uma exigência pulsional, de um desejo enigmático. É somente após esta angústia que o recalque intervém.

Na segunda teoria da angústia, essa vem como sinal para que o recalque seja acionado e está vinculada ao temor da castração. Então, é no caso clínico do Pequeno Hans (Freud, 1909/1996), marcado pelo complexo de Édipo, que foi dado o primeiro passo sobre essas questões ainda pendentes e no qual foi introduzida uma nova entidade clínica chamada de “Histeria de angústia”. Neste momento, Freud (1895a/1996) comunica que as fobias devem ser entendidas como parte de várias neuroses e não se pode classificá-las como processo independente, propondo o nome de histeria de angústia ao processo que se assemelhava ao mecanismo da histeria, no qual o sintoma fóbico é central.

No que se refere às manifestações fóbicas, aos medos e temores excessivos, na segunda teoria da angústia, esses indicam a realização fantasiosa do desejar e também do recalque, além de estarem associados ao temor da castração. Sendo assim, na fobia, o perigo da castração é reconhecido pelo eu⁷; a angústia surge como um sinal e inibe o investimento do id, formando, então, o sintoma fóbico. A angústia passa a ser dirigida a um objeto, expressada de maneira distorcida. A segunda teoria da angústia vem, então, demarcar um modelo mais funcional, ou seja, há uma função e uma utilidade, permitindo uma concepção histórica desta. Logo, a angústia é entendida como algo da experiência do passado

⁷ Em um primeiro momento, o eu foi designado como a sede da consciência. A partir da década de 1920, o termo mudou e foi conceituado como uma instância psíquica – o ego – tornando-se, em grande parte, inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998).

que se repete, possibilitando uma concepção simbólica desta. Sua função é a de reagir a um perigo, podendo ressurgir quando algo associado ao perigo ameaça (Gurfinkel, 2006).

Observamos, então, que a fobia desliza da neurose de angústia para a histeria de angústia, não sendo considerada uma entidade clínica independente. No artigo “Ansiedade e Vida Instintual”, Freud (1933/1996) refere-se à primeira experiência de angústia como sendo tóxica, em relação ao processo do nascimento, em que os efeitos do coração e da respiração são característicos da angústia. Disso, advém uma distinção mais elucidada entre angústia realística e neurótica. A angústia realística é uma reação aparentemente compreensível frente a um perigo de fora, na qual dois resultados são possíveis: 1) geração da angústia, repetindo uma antiga experiência traumática, limitando-se a um sinal, podendo o sujeito adaptar-se à nova situação de perigo ou ter como resultado a fuga ou a defesa; 2) ou a antiga situação manterá o domínio e gerar angústia. A angústia neurótica é observada sob três condições: 1) encontra-se na forma flutuante, em estado de apreensão difusa; 2) encontra-se vinculada a determinadas ideias, tendo relação com um perigo externo; 3) e a angústia na histeria ou em neuroses graves, que aparece acompanhando os sintomas ou em forma de ataque, sem base visível em um perigo externo.

1.1.3 Caso Clínico do Pequeno Hans

A partir disso, com relação à infância, encontramos no caso do Pequeno Hans uma das primeiras incursões de Freud (1909/1996) acerca da angústia. O sintoma que acomete o menino é o medo de ser mordido por cavalos. A fobia de Hans surge entre os três e os cinco anos, na fase fálica, na qual ele apresenta grande interesse pela origem dos bebês e pelos órgãos genitais. Nesta época, a mãe de Hans dá a luz a uma menina, situação que coloca à prova os cuidados maternos. Os sintomas do menino manifestam-se, portanto, a partir do nascimento de sua irmã, e são intensificados pela necessidade de ter mais um a competir pelo amor de sua mãe. Ele passa a usar a satisfação autoerótica, como a masturbação, a qual é condenada por seus pais. No entanto, a fase é marcada pelo complexo de Édipo, pelo qual Hans deseja sua mãe e tem raiva de seu pai, que é visto como rival, isto é, aquele que pode castigá-lo, castrando-o. Diante disso, Hans associa o pai à figura do cavalo, e desloca a função do pai para o animal, surgindo o medo que este o morda.

No caso no Pequeno Hans, o que acometia o menino era o terror da castração. A angústia assim produziu o recalque. Portanto, neste relato clínico, o terror do menino seria em relação a ficar separado da mãe, com o sentimento de estar sendo forçado a isto pelo pai. A

figura deste pai ameaçador é projetada no cavalo, advindo daí o medo. É o temor da castração que está em jogo no sintoma fóbico na concepção de Freud (Gurfinkel, 2006).

Freud (1909/1996), então, irá conceituar o termo *histeria de angústia* (na observação do caso clínico do Pequeno Hans), na qual a libido que teria sido liberada do material patogênico pelo recalque não é convertida (desviada da mente para o soma), mas é posta em liberdade em forma de angústia. A histeria de angústia pode se combinar com a histeria de conversão (sem nenhum traço de angústia), como também pode exibir sentimentos de angústia e fobias sem nenhuma conversão, sendo esta última, o caso do Pequeno Hans, que apresentava uma histeria de angústia com sintomas fóbicos sem conversão.

Foi com base na compreensão deste caso que se firmou a segunda teoria da angústia, na qual a fobia foi considerada como parte da histeria de angústia. Logo, no que se refere às fobias infantis, Freud (1909/1996) já considerava que estas aconteciam com frequência. Na vida futura, as crianças que foram fóbicas em algum momento de sua infância se tornariam neuróticas ou saudáveis. Assim, as fobias podem diminuir ou desaparecer em meses ou anos.

Já naquela ocasião, Freud advertia sobre um importante aspecto acerca da demasiada atenção que é dada ao sintoma, minimizando suas causas. Deste modo, ao educar as crianças, visa-se uma *criança modelo* e não se dá a devida atenção ao caminho do desenvolvimento para o bem desta.

Considerando estes aspectos das vivências infantis, observamos duas importantes forças psíquicas envolvidas no sintoma, uma delas vinculada ao processo de separação materna e a outra à entrada do pai, ou seja, o estabelecimento do momento edípico, fundante do sujeito. Neste sentido, vemos que a angústia assume também um lugar representativo dos períodos iniciais de estruturação psíquica do sujeito, isto é, tanto relativa à possibilidade de separação materna como da entrada da função paterna (Costa, 2007).

1.2 COMPLEXO DE ÉDIPO EM FREUD

Fundamentalmente, o complexo de Édipo foi para Freud um dos elementos principais do desenvolvimento psíquico, consistindo, em essência na ligação afetiva da criança com as figuras parentais. O complexo de Édipo, de alguma maneira, traça o destino do sujeito, pois as escolhas de objeto de amor na puberdade serão construídas com base nele. Tem o efeito de estruturação da personalidade; é a partir do declínio do Édipo e da entrada na latência que a estrutura será definida. Portanto, o estudo da sexualidade infantil relacionado aos complexos de Édipo e de castração, está diretamente ligado à angústia (Freud, 1925/1996).

É importante ressaltar a diferença que Freud dá na constituição do Édipo e do complexo de castração na menina e no menino, que se evidencia na fase fálica⁸. O menino vê na mãe sua propriedade; está apaixonado por ela. Contudo, descobre que ela transferiu seu amor a outro, seu pai ou substituto, e se coloca como rival deste. A partir disto, ele tem duas possibilidades de satisfação: uma ativa e outra passiva. Na primeira, o menino pode se colocar no lugar do pai e ter relações com a mãe; na segunda, pode assumir o lugar da mãe e ser amado pelo pai. Assim, o medo da castração e o reconhecimento de que as meninas (mulheres) são castradas põem fim às duas possibilidades de satisfação do Édipo, pois as duas levam à perda de seu pênis – a ativa como punição resultante, e a passiva como condição (Gurfinkel, 2006). Desta feita, o menino, segundo Roudinesco e Plon (1998), evolui do objeto mãe (abandonando-a) para se identificar com o pai, o que mais tarde lhe possibilitará outra escolha de objeto e outras identificações. Destarte, o menino sai do Édipo pela angústia de castração.

Já o complexo de Édipo na menina se expressa de outra maneira. Inicia quando a menina considera-se aquilo que seu pai ama acima de tudo. Ainda assim, chega um momento em que ela deve sofrer uma dura punição por parte deste pai, ou seja, a castração. Entretanto, a menina aceita a castração como um fato consumado, pois ela viu o pênis, sabe que não o possui e quer tê-lo. Neste caso, abandona o desejo de ter o pênis e, em seu lugar, deseja ter um filho, tomando o pai como objeto de amor (Freud, 1925/1996). Nas meninas, o complexo de castração é correspondente à inveja do pênis, havendo o reconhecimento da própria castração e mudando de objeto de amor da mãe para o pai. A castração introduz a menina no complexo de Édipo (Gurfinkel, 2006).

Em síntese, na menina, o Édipo se dá pela castração. Ela experimenta a mesma fantasia que o menino, ou seja, de que o clitóris é um pequeno pênis que vai crescer, acreditando que foi castrada e alimentando seu sentimento de inferioridade. No menino, a saída do Édipo é pela angústia de castração (Freud, 1925/1996).

Na concepção de Freud, na fase fálica, há na menina uma troca do objeto original (mãe) para o objeto pai. A menina teme a castração por senti-la como fato consumado, e não experimenta a angústia de castração como o menino. A angústia de castração surge com a ameaça da castração, sendo inconsciente. A castração na fase fálica demarca bem a perda do objeto como determinante da ausência. Com efeito, o declínio do Édipo na menina será provocado por um agente externo, a ameaça da perda do amor da mãe. Em suma, o complexo

⁸ Organização da diferença sexual relacionada à posse ou não do falo (Roudinesco & Plon, 1996).

de castração implica o reconhecimento da diferença entre os sexos. No menino, ocasiona a constatação, a rememoração ou a atualização da ameaça de castração por ocasião de atividades masturbatórias, sendo que na menina a castração é atribuída à mãe que a priva do pênis (Gurfinkel, 2006).

1.3 COMPLEXO DE ÉDIPÓ EM UMA VISÃO PÓS-FREUDIANA

Nas contribuições psicanalíticas mais contemporâneas acerca da angústia, autores como Lacan destacam o lugar da relação primordial com a mãe. Esta é para a criança o Outro, ou seja, o lugar onde se origina o código, a linguagem, as palavras, que vão captar e moldar suas necessidades. Ao mesmo tempo em que a mãe é o Outro, ela é também o outro, o do transitivismo, a imagem com a qual vai se identificar e constituir seu eu, enquanto outro imaginário, semelhante especular (Bleichmar, 1984). A partir disso, destacaremos os três tempos do complexo de Édipo.

No primeiro tempo, a mãe sente sua própria castração como lhe faltando algo: o falo. Este reconhecimento faz com que ela procure algo que a faria perfeita, ou seja, a criança faz a mãe se sentir completa, pois é para ela o falo. A mãe fálica, então, é aquela que sente que nada lhe falta, está completa (Bleichmar, 1984). Mas o que seria o falo na concepção de Lacan? O falo é o *significante*⁹ do desejo do outro, na medida em que o desejo da mãe vai ficar inscrito. Então, o falo aparece no lugar da falta, onde se inscreve a falta. Ao aparecer como uma presença, o falo produz a ilusão de que não falta nada, ou seja, se a imagem está presente, há a ilusão de que se está completo; mas também há o falo simbólico, que surge com a entrada da função paterna e produz a ameaça de se perder algo presente, isto é, da criança perder a mãe para o pai (Bleichmar, 1984). Assim, o falo imaginário aparece como completando uma falta, sendo que o sujeito produz a ilusão de que não lhe falta nada (como é a criança para sua mãe).

É através deste movimento que Lacan (1995) assinala que a criança intervém como substituta compensatória ao que falta à sua mãe (falo). Contudo, a criança terá que descobrir que alguma coisa é desejada pela mãe para além dela, para além do objeto de prazer que ela sente ser para sua mãe. Tem de perceber que o falo tem um valor simbólico. É preciso que o

⁹ O *significante* é um aspecto material, é um vestígio acústico, uma imagem virtual, uma imagem do sonho, um fonema, uma palavra, um odor determinado. É *no e por meio do* *significante* que alguma coisa se inscreve que é de outra ordem. O *significante* inscreve algo que é uma ausência, aparece em lugar da coisa, em substituição de uma ausência, remete sempre a outro *significante* e sempre pode ser riscado, anulado, destituído de sua função, ou seja, aparece como presente por contraste por uma possível ausência (Bleichmar, 1984).

elemento simbólico intervenha, ou seja, a função paterna. O segundo tempo do complexo de Édipo é o momento em que a criança se insere no registro da castração pela intrusão da dimensão paterna.

Antes de prosseguir, é preciso aqui abrir um parêntese para definir o termo castração na visão de Lacan. A castração, para este autor, é simbólica e se introduz através de um corte (uma separação entre mãe e filho). Portanto, ao mesmo tempo, produz-se também uma perda para cada um. Isto quer dizer que a criança que se separa do falo perde sua identificação com ele, deixa de ser o falo, e a mãe perde seu falo (filho): “(...) o complexo de castração assume um valor-pivô na realização do Édipo, é muito precisamente em função do pai, porque o falo é um símbolo do qual não há correspondente, equivalente” (Lacan, 2008/1956, p. 206-207).

É a partir da inserção da criança no registro da castração, que a mediação paterna irá intervir sob forma de privação na relação mãe-criança-falo. Ou seja, a função paterna irá separar a criança da mãe, fazer um corte simbólico nessa relação dual imaginária. A criança, nesta segunda fase, é intimada a questionar sua identificação fálica e, ao mesmo tempo, renunciar a ser o objeto de desejo da mãe. Mas o que isso quer dizer? Quer dizer que a criança reconhece o pai como interdito. Esse pai deve frustrá-la da mãe e, do ponto de vista da mãe, o pai deve privá-la do falo (criança). Sendo assim, esse pai surge como outro na vida subjetiva da criança e, logo depois, como um objeto fálico (Dor, 1989).

A noção de que na mãe falta o falo e de que sua mãe é desejante, será, para o sujeito, decisiva. Então, na tríade mãe-criança-falo, triângulo pré-edipiano, com a entrada da função paterna (decepção fundamental da criança), ela apreende que ela não é o único objeto de desejo de sua mãe, mas que o interesse da mãe é o falo (Lacan, 1995).

É a entrada da função paterna como interdito da relação imaginária mãe-criança-falo que institui o terceiro tempo do complexo de Édipo, o qual representa o passo a ser dado pela criança na conquista do falo. Essa etapa é marcada pela simbolização da lei, na qual a criança aceita negociar; tal como a mãe, ela encontra-se na dialética do ter o falo e não mais do ser o falo, ou seja, a mãe que não tem o falo pode desejá-lo naquele que o apreende, e a criança poderá também cobiçá-lo onde ele se encontra (no pai) (Dor, 1989).

Contudo, é preciso diferenciar o complexo de Édipo nessa etapa na menina e no menino, pois o falo não tem o mesmo valor para a criança que o possui (menino) e para a criança que não o possui (menina). No menino, a saída *normal* dessa situação é que ele receba simbolicamente o falo do qual necessita. Porém, para que ele necessite, é preciso que ele tenha a ameaça de uma instância castradora, isto é, a função paterna. A função do Édipo tem como destino, no menino, a permissão da identificação do sujeito com seu próprio sexo. O

objetivo é de que ele esteja, um dia, na posição de ser um pai, recebendo o falo simbólico através da ameaça da castração paterna (Lacan, 1995).

Já na menina, é exatamente por não possuir o falo (ter ou não ter o falo; falicização da situação), que ela entra no complexo de Édipo. Sendo assim, a menina, na dialética do ter ou não ter o falo, encontra o falo no pai. Esse pai é, para ela, seu objeto de amor, e este objeto torna-se objeto de satisfação da relação natural de procriação. A partir daí, existe na menina uma renúncia ao falo. Renunciando ao falo, ela torna-se propriedade daquele de quem ela espera uma criança, o seu amor, seu pai. Freud já pontuara que as teorias sexuais infantis vão marcar a história do sujeito, seu desenvolvimento e tudo o que será em relação aos sexos. Isto se produz antes do complexo de Édipo, na fase fálica (Lacan, 1995).

O decisivo nessa situação não é que o pai venha a substituir a mãe em seu lugar de onipotente – pois isto deixa o sujeito igualmente na relação dual – mas, sim, que este pai venha como terceiro indicar que o outro não é onipotente e absoluto, que o outro tem que aceitar, por sua vez, a lei (Bleichmar, 1984). Portanto, o fim do complexo de Édipo, conforme Lacan (1995) aponta-nos, se dá na instauração da lei, como recalcada no inconsciente.

Assim, em uma leitura contemporânea pós-freudiana, delineiam-se posições fundamentais tanto da *função materna* como *paterna* no processo estruturante do sujeito. A função da mãe e do pai implica a constituição subjetiva do sujeito, em relação ao seu desejo. A função da mãe, através de seus cuidados, acarreta marcas particulares no sujeito, mesmo que seja através de suas faltas. A função do pai é de trazer seu nome para uma encarnação da Lei no desejo (Lacan, 2003).

O bebê aliena-se à imagem do Outro (no primeiro momento, a mãe), instaurando uma relação dual, imaginária e de total dependência. Com a entrada do pai, esse lugar imaginário, no qual a criança encontra-se (onde ela é o falo da mãe) será destituído, para que o bebê possa sair dessa posição mortífera de ser o objeto do desejo da mãe para se constituir como sujeito desejante. Assim, a função fundamental do Édipo está muito associada à função paterna, que irá intervir como simbólica e permitirá à criança adquirir sua identidade (Costa, 2007).

É fundamental o valor que a mãe dá à palavra e/ou à autoridade do pai, estando ele presente ou não, pois a ausência real do pai não implica a sua ausência no complexo de Édipo. O pai é uma entidade simbólica que ordena uma função, isto é, ele nomeia, encarna a Lei. Em resumo, não é somente o momento do complexo de Édipo em si, mas também como se dá o ingresso da criança neste processo que é de extrema importância (Costa, 2007).

Retomando os aspectos acima discutidos, os três tempos da estrutura da organização objetal em referência à falta de objeto – que se articulam para a constituição psíquica do

sujeito – são: 1) a privação, que é uma falta real, um furo, e seu objeto é sempre simbólico (exemplo disso é quando a mãe se vê privada da criança como representante do objeto de seu desejo, e quando a criança é privada da mãe enquanto objeto da satisfação de sua necessidade. O que vai privar ambas é o pai imaginário, isto é, o que irá romper com essa relação dual; 2) a frustração, que é a noção de um dano; está no domínio da reivindicação, das exigências desenfreadas e sem leis, sua falta é sempre imaginária, e seu objeto é real (referindo-se à primeira idade da vida, ligada aos traumas, às investigações, impressões de experiências pré-édípicas). O caminho da frustração é articulado essencialmente em torno de três elementos: a mãe, a criança e o falo; e 3) a castração, que se classifica na categoria da dívida da cadeia simbólica. Assim, há uma falta fundamental e é sempre de um objeto imaginário (a saída da frustração é operada pela função paterna. Esse é o momento crucial da estruturação do sujeito, uma vez que a castração reordena as relações do sujeito com a falta e dá um novo estatuto ao falo, que de objeto imaginário passa para a condição simbólica (Lacan, 2008/1962; Fragelli & Petri, 2004).

1.4 CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PÓS-FREUDIANAS ACERCA DA ANGÚSTIA NA INFÂNCIA

Nas questões relativas às manifestações de angústia na infância, encontramos, nas contribuições pós-freudianas, especialmente em Lacan (1995), a releitura do caso clínico do Pequeno Hans, caso primordial para os desdobramentos do conceito de angústia na teoria psicanalítica. Nessa releitura, Lacan destaca que, apesar de todo o amor paterno, gentileza e bondade, Hans não manifesta temer a castração em relação a seu pai. A mãe de Hans o deixa todas as manhãs como terceiro no quarto do casal, mesmo contra a vontade do marido, indicando que ela não considera as palavras deste. Para Lacan, o pai não está presente no discurso da mãe; ela não o deixa entrar na relação com o filho. O pai simbólico para Hans é Freud, o que sabe tudo, o pai superior, que testemunha a sua verdade.

Então, além da mãe de Hans estar em uma posição que pode ser descrita como engolfadora, ela não autoriza a entrada desse pai. No Pequeno Hans, o imaginário vem para reorganizar o mundo simbólico, ou seja, o medo do cavalo ocorre para demandar a função paterna. A angústia surge em Hans quando ele é separado de sua mãe. Sua relação com ela está impregnada de intimidade, fazendo com que a angústia assim sobrevenha. Acontece, então, a chegada da irmãzinha de Hans, que acaba excluindo-o, ficando ele *de fora* da situação (Lacan, 1995).

Na perspectiva lacaniana, o problema de desenvolvimento de Hans liga-se à ausência do falo do pai. É na medida em que ele se defronta com seu complexo de Édipo, que a fobia se produz, pela necessidade de uma simbolização. O complexo de castração é incansavelmente buscado pelo menino (Lacan, 1995).

Ao passar pelas contribuições de Freud (1926/1996), observamos que a angústia ocorre pela falta de objeto (separação da mãe ou do falo). Em Lacan (2005), a angústia não é sem objeto. Isso se refere à noção de que a angústia não estaria ligada à falta de objeto, mas à relação do sujeito com seu objeto perdido – não tão perdido, pois se encontram vestígios dele nos sintomas e formações do inconsciente, ou seja, o objeto *a* (Fontenelle, 2009).

1.4.1 Angústia e Objeto *a*

Inicialmente, é importante explicitar alguns conceitos originados na teoria lacaniana acerca das representações do sujeito. Encontramos os conceitos do *Outro* (com a letra inicial maiúscula, representado esquematicamente pela letra A), que se refere a um lugar simbólico (a lei, a linguagem, o inconsciente, lugar terceiro, que determina o sujeito), e o *outro* (com letra inicial minúscula), indicando o semelhante (imaginário, lugar da alteridade especular) representado esquematicamente pela letra a. Lacan também denominou pela letra *a* o objeto *a*. A letra *a* refere-se à pergunta: “Quem é meu semelhante?”. A psicanálise não pode responder a esta pergunta, mas pode oferecer a possibilidade de construir o objeto *a*. Isto é, a letra *a* viria nomear a dificuldade do sujeito, surgindo no lugar da não-resposta, expressando uma ausência (Nasio, 1993).

O objeto *a* é, por essência, o gozo que percorre a borda dos orifícios do corpo. Isso quer dizer que há uma série de partes destacáveis do corpo, que não são apenas elementos orgânicos, mas sim, fantasias e imagens (Nasio, 1993). O objeto *a* aparece, então, como uma falta ou em forma fragmentada, principalmente através dos quatro objetos desligados do corpo que são o seio (objeto da sucção), as fezes (objeto da excreção), a voz e o olhar (objetos do desejo) (Roudinesco & Plon, 1998).

Estas partes desligadas do corpo podem representar *a*. Porém, nem tudo que é isolável no corpo é, necessariamente, objeto *a*. Para que isso ocorra, é preciso uma condição imaginária e duas simbólicas. A condição imaginária é determinada pelo seio e pelas fezes, que são figuras destacáveis do corpo (ao contrário da voz e do olhar), que transbordam da superfície que as porta. O seio, por exemplo, convida o bebê a pegá-lo com a mão, agarrá-lo, mordê-lo. Nisso, se daria à condição imaginária (Nasio, 1993).

Em relação à primeira condição simbólica, esses lugares do corpo (que são destinados à separação), estão ligados aos orifícios naturais, como a boca – no seio, e o ânus – nas fezes. Os outros dois objetos, a voz e o olhar, não necessitam de imagem, mas são determinados pela mesma condição simbólica, ou seja, o piscar dos olhos, que dá origem ao olhar (quando o bebê olha para a mãe, e a mãe direciona seu olhar para o bebê), e as paredes da glote, que vibram para originar a voz (quando a mãe envolve a criança de palavras, e quando a criança demanda sua mãe através do choro). Estes dois objetos não fazem parte da condição imaginária, simplesmente por serem objetos difíceis de imaginar (como exemplo, seria difícil desenhar a voz ou o olhar) (Nasio, 1993).

Já a segunda condição simbólica caracteriza-se pelo fato de os objetos só se desligarem e se separam do corpo através da fala. Isto quer dizer que a primeira fala, a mais primitiva, é a que separa (ou une) o seio do corpo da mãe e a boca do bebê do seio, ou seja, o grito (demanda). É através do grito que a criança pede para mamar e firma-se como sujeito do desejo. Ao se separar do seio, o bebê o transforma em um seio mental, que passa a lhe pertencer. O grito que tem valor de demanda implica, na verdade, uma dupla demanda: a demanda do sujeito ao Outro (do bebê à mãe) e do Outro ao sujeito (da mãe ao bebê). É somente através dessa dupla demanda, condição simbólica, que o sujeito se separa. É a partir da inadequação entre a demanda e a linguagem (entre aquilo que quero e a fala que anuncio para obter) que aparecem os mal-entendidos. Por exemplo, quando o bebê grita por estar com fome e a mãe acha que ele está com frio. É errando o alvo de seu objeto, que o sujeito transforma o objeto real em uma imagem alucinada (por exemplo, transforma o seio real em seio alucinado), e é esta imagem que se chama de objeto do desejo, ou objeto *a* (Nasio, 1993). É como enfatiza Quinodoz (1993), baseado na teoria de Freud: é na ausência do objeto de satisfação que a imagem dele vai constituir uma representação simbólica. Ao procurar novos objetos, o sujeito tentará reencontrar o objeto original que foi perdido, o objeto da satisfação total.

Porém, o objeto *a* não é o seio alucinado. Essa primeira experiência de satisfação (satisfação total, mítica), cuja repetição trará apenas uma satisfação parcial (pois nunca será igual à primeira), deixará marcas no psiquismo. Marcará uma perda, deixará um resto, que causa no sujeito a busca do reencontro dessa primeira experiência, o reencontro do objeto perdido. Assim, o objeto *a* aparece como objeto da falta, no lugar de resto e tendo como função a causa do desejo, pois, para o sujeito ser desejante, é preciso que o objeto causa de seu desejo lhe falte, ou seja, é preciso que permaneça a falta estruturante (Nasio, 1993).

Por exemplo, o que causaria angústia em um bebê não seria a falta do objeto seio, mas a invasão desse objeto¹⁰. É quando algo vem ocupar o lugar do objeto faltoso do desejo que a angústia surge (Rego, 1998; Jorge, 2007; Vegh, 2009). A angústia advém ao sujeito, então, quando no lugar dessa falta (que nos é estruturante), aparece algo:

...O que provoca angústia é tudo aquilo que nos anuncia, que nos permite entrever que voltaremos ao colo. (...) A possibilidade da ausência, eis a segurança da presença. O que há de mais angustiante para a criança é, justamente, quando a relação com base na qual essa possibilidade se institui, pela falta que a transforma em desejo, é perturbada, e ela fica perturbada ao máximo quando não há possibilidade de falta (Lacan, 2005, p. 64).

Sendo assim, a angústia e o objeto *a* estão interligados. O objeto *a* não é um significante, e não possui imagem. Ainda que desejado pelo sujeito, não é representável, portanto, é um resto não-simbolizável. Ele é o objeto causa do desejo (Roudinesco & Plon, 1998). Por sua vez, a angústia seria a tradução subjetiva do objeto *a*, pois este vem alarmar o lugar da falta (que pode vir a ser ocupada), barrando o sujeito através da angústia (Souza, 2009).

Por conseguinte, o objeto *a* não é passível de sentido (pois não é representável, está nesta falta estruturante). É na impossibilidade de o sujeito superar a perda do objeto de satisfação que dará lugar ao objeto *a*, com a condição de evidenciar a falta, por essa perda. O objeto *a* relaciona-se, então, com a separação do corpo e também com as operações de constituição do sujeito (Pisetta, 2009; Guedes, 2010).

1.4.2 Manifestações de Angústia Anteriores ao Recalque

Algumas manifestações de angústia na criança podem estar relacionadas às fases psicosssexuais do sujeito em constituição, anteriores à castração e ao recalque. Ou seja, as manifestações de angústia podem sobressair na criança com fins de organização psíquica em uma determinada fase em que o aparelho psíquico ainda não está constituído (Zornig, 2008). É preciso, então, adentrarmos nas questões referentes ao recalque.

¹⁰ “Vocês não sabem que não é a nostalgia do seio materno que gera a angústia, mas a iminência dele?” (Lacan, 2005, p. 64).

Em relação ao recalque, percorreremos brevemente alguns estudos freudianos para a compreensão deste conceito. Em uma carta a Fliess (Carta 75), ainda na primeira tópica¹¹, Freud (1897/1996) afirmava que o recalque seria a denominação clínica da falta de tradução de alguns materiais que não tinham acesso a consciência. Com isso, o recalque não lidaria com as pulsões em si, mas com seus representantes (imagens ou ideias) que, apesar de recalcados, continuavam ativos no inconsciente sob a forma de derivados quase prontos a retornar para o consciente.

Em seu artigo “Repressão”,¹² Freud (1915/1996) sustenta que a essência do recalque está em afastar algo do consciente, mantendo-o a distância. Freud distingue três tempos do recalque: 1) recalque propriamente dito; 2) recalque originário; e 3) retorno do recalcado nas formações do inconsciente. A primeira afeta os derivados mentais do representante recalcado; na segunda (que também é chamada de recalque primário), o recalque nega a entrada na consciência ao representante psíquico. Com isso, designa a divisão entre consciente e inconsciente, concomitante à aquisição da linguagem. Por último, na terceira (que também pode ser chamada de recalque secundário), ele deixaria sintomas em seu rastro, indicando o retorno do recalcado.

Com isso, segundo Goldgrub (2010), o recalque expulsaria da consciência os conteúdos que estão vinculados ao complexo de Édipo, isto é, representações vinculadas ao momento inicial da posição de sujeito, definido pelo não-reconhecimento do desejo do outro, situando a criança na fase da latência. Portanto, na primeira tópica, o recalque viria para evitar que algo se torne consciente e é um processo que está na fronteira do inconsciente e consciente. Já na segunda tópica¹³, Freud (1926/1996) defende que o retorno do recalcado se manifestaria sob a forma de sintomas, sonhos, esquecimentos e outros atos falhos. Nesta tópica, o recalque é ligado à parte inconsciente do eu.

Portanto, o recalque (recalcamento) na concepção de Freud propende manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões, cuja realização, produtora de prazer, afeta o equilíbrio do funcionamento psíquico do sujeito, transformando-se em fonte de desprazer. O recalque, então, é constitutivo do inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998). O recalque faz uma cisão no universo simbólico do sujeito, impedindo a passagem da imagem à

¹¹ Na primeira tópica, Freud diferenciou o inconsciente, o pré-consciente e o consciente (Roudinesco & Plon, 1998).

¹² Entendemos por repressão, a operação psíquica que tende a suprimir uma ideia ou um afeto cujo conteúdo é desagradável. Encontramos, nos textos de Freud, uma confusão entre recalque e repressão, consequência da tradução. Usaremos recalque para os processos inconscientes (Roudinesco & Plon, 1998).

¹³ Na segunda tópica, Freud fez intervir três lugares, o isso, o eu e o supereu (Roudinesco & Plon, 1998).

palavra, mas isso não elimina a representação e nem destrói sua potência significativa. Na verdade, isso constitui o inconsciente, que continua insistindo no sentido de possibilitar uma satisfação da pulsão (Goldgrub, 2010).

Com relação às manifestações de angústia anteriores ao recalque, Zornig (2008) enfatiza os momentos no qual a criança não está suficientemente organizada em seu psiquismo, produzindo, assim, algumas manifestações sintomatológicas. Assim, algumas manifestações infantis não podem ser entendidas como sintomas, pois pode acontecer de o aparelho psíquico não ter constituído as ligações necessárias para que haja a inscrição das representações.

Os sintomas na infância poderiam ser interpretados como uma tentativa da criança estruturar sua realidade psíquica, podendo eles se manifestar de forma transitória em uma determinada fase, para fins de uma organização psíquica ao invés de uma constituição patológica. Assim, as angústias anteriores ao complexo de castração (mesmo Freud apontando que o complexo de castração deve ter sua aparição na fase fálica, quando a criança se depara com a diferença dos sexos) podem ser relidas na dialética entre o total e o parcial, ou seja, entre a parte que se separa e a parte da qual é separada (relação imaginária mãe-bebê), a fim de indicar a angústia como estruturante.

Nos estágios anteriores à castração e ao recalque, uma das tentativas da criança de se organizar psiquicamente pode se manifestar através da angústia de separação. Nesta, a criança irá encarar os momentos de desprendimento de sua mãe com muita angústia, pois é ela que lhe dá, desde o seu nascimento, um amparo. Cada separação de sua mãe poderá remetê-la à angústia de um abandono psíquico. As situações de perigo temidas pelo eu significam muitas vezes uma separação, a perda de um objeto amado ou a perda do amor desse objeto. Assim, a angústia na criança é da ausência da pessoa amada ou seu substituto, sendo que essa separação pode levar a uma situação de desamparo (Sisti & Groman, 2005; Menegat, 2006).

Outra manifestação da angústia infantil na tentativa de organização psíquica anterior à castração e ao recalque, é a experiência de estar diante de pessoas estranhas. Isso não se relaciona tanto à noção de que a criança tem medo de pessoas desconhecidas, mas remete à perda do rosto amado, ou seja, à perda da mãe. Assim, outras experiências, como o medo do escuro e o medo de ficar sozinho, se referem à mesma questão: a ausência da pessoa amada (Zornig, 2008). A angústia do estranho na criança vem denunciar a impossibilidade de estabelecimento da presença/ausência do outro consigo. Por volta dos três meses de idade, o bebê, em primeiro lugar, possui o rosto da mãe, objeto de identificação primária. É somente após esta etapa que surgirá a angústia diante do estranho, dando lugar à diferenciação e à

distância do outro. Sendo assim, a criança que não consegue alcançar sua identidade corporal, acaba incapacitada de constituir um objeto idêntico a si em frente ao espelho, isto é, vê o outro como vê a si mesma; não consegue diferenciar (Zimmermann, 1997).

É nesta fase, tão importante para a constituição psíquica do sujeito, que a criança encontra-se no estádio do espelho. Conforme Lacan (1998), por volta dos seis aos dezoito meses, a criança irá passar pela troca da imagem do corpo esfacelada por uma forma ortopédica (de sua totalidade), na qual ela vai apreender, pouco a pouco e parcialmente, a imagem do eu como pleno e unificado. É no estádio do espelho, que, segundo Dor (1989), a criança conquista a imagem de seu próprio corpo. No primeiro momento deste estádio, a criança se confunde entre si e o Outro, sendo no Outro que ela se vivencia e se orienta. O segundo momento constitui uma fase determinante do processo identificatório, no qual a criança descobre que o Outro do espelho não é um Outro real, mas sim uma imagem. Ela não procura mais apossar-se dessa imagem, pois saberá distinguir a imagem do Outro, da realidade do Outro. No terceiro momento, há uma dialética entre as duas etapas anteriores, na qual a criança, reconhecendo-se através de sua imagem, recupera a dispersão do corpo esfacelado em uma totalidade unificada, que é a representação do próprio corpo. Portanto, é só depois desta fase que a criança poderá apresentar manifestações de angústia relacionadas a uma constituição psíquica patológica, ligadas ao complexo de Édipo.

1.5 AS MANIFESTAÇÕES DE ANGÚSTIA E O SINTOMA NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DO SUJEITO

Percorremos as manifestações de angústia pós-freudiana relacionadas ao objeto *a*. Enfatizamos as manifestações de angústia anteriores ao recalque, com fins de organização do aparelho psíquico na criança. A partir disso, adentramos na importante ligação entre sintoma e angústia na constituição psíquica do sujeito, posterior ao recalque, relacionado ao complexo de Édipo.

1.5.1 Sintoma

Partindo, então, para uma breve revisão do conceito de sintoma em Freud, encontramos, na Quarta Lição das “Cinco Lições de Psicanálise”, uma determinada especificação. O sintoma seria a consequência dos desejos sexuais recalcados da infância. Freud (1910/1996) determina que só os fatos da infância é que explicarão a fragilidade a

certos traumas futuros, e é somente com a volta dos restos de lembranças à consciência, que se poderá efetuar o afastamento dos sintomas.

Em seu artigo “Sobre a Psicanálise”, Freud (1913/1996) relaciona o sintoma ao recalque. Os sintomas, então, seriam consequência dos produtos finais dos conflitos que levaram ao recalque. Logo, as pulsões sexuais que se submeteram ao recalque constituem a base para a formação dos sintomas, sendo estes, substitutos de satisfações sexuais. Em seu artigo “Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra”, Freud (1919/1996) afirma que a formação dos sintomas é movida por forças motivadoras que são sexuais¹⁴, e as neuroses nascem do conflito entre o ego e as pulsões sexuais rejeitados por ele.

Em “Inibições, Sintoma e Ansiedade”, Freud (1926/1996) faz uma diferenciação entre sintoma e inibição. Ele considera o sintoma em geral como a presença de algo patológico, sendo consequência do processo de recalque; já a inibição é uma restrição normal de uma função, podendo ser um sintoma. Ainda neste artigo, Freud (1926/1996) relaciona o conceito de angústia e o de sintoma. Na ligação existente entre eles, observamos que a angústia é um sintoma da neurose. Isso quer dizer que os sintomas se constituem para remover o ego de uma situação de perigo e para evitar a angústia, isto é, os sintomas reúnem a descarga psíquica que seria liberada como angústia. A geração de angústia é um requisito prévio da formação dos sintomas e os coloca em movimento. O ego desperta a sensação de prazer/desprazer e, com isso, produz angústia.

O sintoma, então, é camuflado por suas relações com a angústia, pois vem desmascará-la. Ou seja, a angústia aparece no lugar do sintoma; os dois se representam, mas a angústia é anterior ao sintoma. Este se constitui como mecanismo egóico para limitar a aparição da angústia. Assim, se o sintoma surge para tentar preencher a falta primordial, a angústia vem alarmar o seu lugar de constituição, ou seja, de que há falta. A angústia não aparece como indicando a falta, mas indicando um perigo primordial: que a falta que constitui o sujeito venha a faltar. A angústia aponta para a tentação de que não haja falta no outro (Pisetta, 2009).

No artigo “Moisés e o Monoteísmo: três ensaios – Parte I”, Freud (1939/1996) concilia os sintomas de neurose às duas tendências do trauma¹⁵ (traumas positivos e negativos). Os traumas positivos dizem respeito a reascender a experiência vivida do trauma, recordar,

¹⁴ “Sexualidade, neste contexto, deve ser entendida no sentido amplo em que é usada na psicanálise e não deve ser confundida com o conceito mais limitado de genitalidade” (Freud, 1919/1996, p. 224).

¹⁵ O conceito de trauma pode ser entendido como as impressões que cedo são vivenciadas e logo esquecidas, tendo grande importância na etiologia das neuroses. Não se afirma que o trauma é, necessariamente, a origem das neuroses (Freud, 1939/1996).

repetir ou torná-la real. Os traumas positivos são nomeados de *fixações no trauma*; os traumas negativos referem-se ao oposto dos positivos, isto é, os traumas esquecidos não são recordados nem repetidos, tendo como nomeação *reações defensivas*. Caracterizam-se, principalmente, pelo que podemos chamar de evitações, tendo a capacidade de intensificação em inibições e fobias. A partir disso, os sintomas de neuroses reuniram ambas as tendências do trauma, de maneira que ora uma, ora outra, teriam suas manifestações mais predominantes.

Em continuidade, Freud (1939/1996) afirma que os sintomas possuem grande intensidade psíquica e, além disso, mostram-se independentes de grandes consequências em relação à organização dos processos mentais, que seguem as leis do pensamento lógico e as reivindicações do mundo externo real. Portanto, os fenômenos de formação de sintomas justificar-se-iam pelo retorno do recaiado.

Na medida em que a experiência de Freud vai se desenvolvendo, o conceito de sintoma evolui de uma expressão do inconsciente e do recaiado (no qual o tratamento direcionava-se, para o retorno do elemento esquecido, recaiado, para a consciência), para a concepção de trauma que logo foi abandonada, para a teoria da fantasia, isto é, para o trauma servir-se como uma realidade psíquica do sujeito e fundamento da fantasia. O sintoma, então, tem função de defesa contra a angústia, constituindo, assim, seu valor estrutural, relacionado ao recalque (Vanier, 2002; Dias, 2006).

Entretanto, em uma leitura pós-freudiana lacaniana, o sintoma está relacionado diretamente ao campo do Outro. Em um primeiro momento, Lacan (1998, p. 282) afirma que o sintoma “é o significante de um significado da consciência do sujeito”. Isso se refere ao fato de o sintoma ser, segundo Dias (2006), simbólico, ou seja, possui uma estrutura significativa e é dessa ordem que ele deve ser interpretado. É partir da análise que a cadeia significativa vai se desenrolar, ou seja, é através das associações livres, que os sonhos, os lapsos, as repetições, as brechas do sujeito e também os sintomas (que se dão pela via dos significantes e não do significado) irão emergir, e a partir disso, é que o sintoma vem revelar o sujeito do inconsciente. É a partir da cadeia significativa que irá deslizar os significantes recaiados ligados ao sintoma. Portanto, o sintoma na concepção de Lacan, também está relacionado ao recalque, mas é somente pela cadeia significativa que ele irá revelar o sujeito do inconsciente.

1.5.2 Sintoma na Infância

Considerando as questões relacionadas ao sintoma na infância, em “Notas Sobre a Criança”, Lacan (2003) remete o sintoma infantil à estrutura familiar, como resposta ao que

existe de sintomático desta estrutura, podendo representar a verdade do casal. No entanto, este sintoma também pode relacionar-se com a subjetividade da mãe, estando à criança implicada em uma fantasia materna. A criança, neste caso, realiza a presença do objeto *a* na fantasia, ou seja, substitui o objeto de falta do desejo da mãe. A criança pode se apropriar sintomaticamente das produções fantasmáticas maternas e se assujeitar ao desejo mortífero do Outro.

Psicanalistas contemporâneas abordam a questão do sintoma, seguindo a linha de Freud e Lacan, acrescentando contribuições importantes. Entre eles, Mannoni (1999) conceitua o sintoma como estando relacionado sempre entre o sujeito e o Outro. Ele se desenvolveria com um Outro e para um Outro. O sintoma sobrevém à criança para fazer escutar o modo como ela se situa frente ao desejo do Outro. Assim, o sintoma aparece no lugar de uma fala que falta, de um não-dito. Ele seria um disfarce, nada mais do que a expressão de uma linguagem em código para o interlocutor.

Faria (1998) propõe uma discussão entre o sintoma *da* criança e o sintoma *na* criança, salientando que uma pequena, mas importante diferença se faz, no quesito sujeito do desejo. O sintoma *na* criança é o sintoma atribuído a ela pelo discurso dos pais/cuidadores. O sintoma *da* criança envolve o sujeito em questão, ou seja, a própria criança, sujeito singular. A partir disso, Zornig (2008), referindo-se ao sintoma da criança e o lugar dos pais:

O sintoma da criança decorre não só da relação imaginária inconsciente estabelecida com os pais, mas principalmente de sua articulação entre o lugar proposto por eles e a construção de sua neurose infantil por suas produções fantasmáticas em seu percurso edípico (p. 132-133).

Para Zornig (2008), a neurose e os desejos parentais estão implicados fundamentalmente na eclosão dos sintomas do filho, pois sua existência já está demarcada nas fantasias e nos desejos destes pais. A criança em constituição identifica-se com o lugar de objeto do desejo materno, tentando preencher a falta estrutural do Outro, para fins de evitar a angústia de castração – assunção da própria falta (Zornig, 2008). O Édipo e a castração, então, marcam o corte na relação do sujeito com sua satisfação primeira, o gozo da infância. Na descoberta da castração dos seres que antes eram pensados como completos, o sujeito irá se orientar em relação ao que pode nomear, ou seja, dar um lugar simbólico (Couto & Chaves, 2009).

Portanto, o sujeito se constitui como sujeito desejante através da ameaça de castração. É a partir do terror da angústia inconsciente de castração que se encontram as manifestações neuróticas, ou seja, os medos, as fobias e os outros vários sintomas, que o interrogam na via

consciente e que são defesas contra a angústia intolerável que o constitui. É o temor da castração que está em jogo nas manifestações de angústia que, ligado ao complexo de Édipo, amedronta o sujeito. A angústia, então, demarca que o sujeito está passando pela experiência de encontro com algo que permanece estrangeiro ao simbólico, isto é, a castração (Rego, 1998; Fuks, 2001).

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infância configura um dos momentos fundamentais para o desenvolvimento e para a estruturação do aparelho psíquico. Alguns estudos (Kupfer et al., 2008; Ferrari & Piccinini, 2010), como observamos, focam seu interesse na complexa relação entre o desenvolvimento infantil e a manifestação do sintoma. A partir disso, as fases que envolvem as manifestações de angústia e sua relação com o sintoma, são, indiscutivelmente, processos essenciais para a escuta psicanalítica da clínica infantil e para uma investigação mais aprofundada.

A angústia na infância, como sabemos, está situada em um lugar especial na história da psicanálise, pois foi através do exame dela, no caso do Pequeno Hans, que Freud (1909/1996) desenvolveu a própria análise infantil.

As manifestações de angústia podem acarretar um sofrimento psíquico intenso, e levar à constituição de uma neurose na criança. A angústia está presente desde o nascimento – vivido como trauma – até o momento de estruturação psíquica do sujeito e sua relação com o complexo de Édipo.

Observamos que a angústia infantil está muito relacionada com as figuras parentais. Pode estar associada a um momento transitório, de constituição psíquica, anterior à castração, relacionada à angústia de separação materna; como também pode estar associada às vivências posteriores, de ordem mais edípicas.

Em síntese, nas contribuições de Freud (1926/1996) acerca da angústia, observamos duas teorias no desenvolvimento da história da psicanálise. Na primeira, ela seria basicamente uma inscrição corporal pela impossibilidade de elaboração psíquica. No entanto, na segunda teoria da angústia, esta passa para o domínio do psíquico, sendo um medo imaginário da castração, sinal de perigo, que ocorre devido à falta de objeto.

Na releitura de Lacan (2005), a angústia não é sem objeto, mas está relacionada com o objeto *a*. A angústia, assim, viria delatar o lugar da falta, isto é, viria denunciar que o sujeito é completo, não castrado. Contudo, ao abordarmos as manifestações de angústia na infância,

inevitavelmente, passamos pelo campo do sintoma. Lacan (2003) descreve o sintoma infantil como resposta ao que há de sintomático na estrutura familiar, quando a criança pode se apropriar das produções fantasmáticas do Outro. Com isso – quando não há uma mediação entre a criança e o Outro (em geral, assegurada pela função paterna) – a criança fica à deriva das fantasias da mãe, tornando-se objeto desta. Sendo assim, a função fundamental do Édipo está ligada à função paterna, que irá intervir na relação dual criança-Outro e irá permitir que a criança adquira sua identidade.

Portanto, os desejos parentais e suas funções influenciam fundamentalmente na eclosão dos sintomas na criança. O Édipo e a castração marcam um corte na relação do sujeito com o Outro e constituem o sujeito como desejante. É a partir do terror da angústia inconsciente de castração, angústia de se separar da alienação materna, que surgem as manifestações neuróticas, como a angústia. Esta vem alarmar que o sujeito está passando pela experiência da castração, ou seja, de se assumir faltante. É a assunção da própria falta pelo sujeito.

Vimos, então, que a angústia na infância ocupa um lugar estruturante, mas também tem pode se constituir como um sintoma, que diz respeito a uma constituição de ordem patológica, mais edípica, podendo levar a uma neurose infantil. É especialmente com a compreensão desses aspectos que o psicoterapeuta de orientação psicanalítica tem que se ocupar, para poder colocar em marcha o trabalho na clínica psicanalítica infantil.

REFERÊNCIAS

- Berlinck, M. T. (2005). O ensino da psicopatologia: problemas e perspectivas. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, número especial, 166-178.
- Bernick, M. A., & Lotufo-Neto, F. (1994). A importância médico-social dos transtornos ansiosos. Em V. Gentil, & F. Lotufo-Neto (Eds.). *Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN*. São Paulo: EDUSP.
- Bleichmar, H. (1984). *Introdução ao estudo das perversões: a teoria do Édipo em Freud e Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Boarini, M. L., & Borges, R. F. (1998). Demanda infantil por services de saúde mental: sinal de crise. *Estudos de Psicologia*, 1(3), 83-108.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/SAS. *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Canepelle, A. (2003). *Para uma teoria da angústia: corpo, percepção e perigo em Esboço de Psicanálise de Freud*. Tese de Doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP.
- Castillo, A. R., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). Transtornos de ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 20-23.
- Costa, T. (2007). *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Couto, L. V., & Chaves, W. C. (2009). O trauma sexual e a angústia de castração: percurso freudiano à luz das contribuições de Lacan. *Psicologia Clínica*, 2(1), 59-72.
- Cunha, T. R. S., & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Boletim de Psicologia*, 130, 117-127.
- Dias, M. G. L. V. (2006). O sintoma: de Freud a Lacan. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 399-405.
- Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan: o inconsciente estruturado como linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Faria, M. R. (1998). *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. São Paulo: Hacker (Cespucc-FAPESP).

- Ferrari, A. G., & Piccinini, C. A. (2010). Função materna e mito familiar: evidências a partir de um estudo de caso. *Agora, XIII*(2), 243-257.
- Fontenelle, M. I. (2009). Esta velha angústia. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Clínica da Angústia, 26*, 102-110.
- Fragelli, I. K. Z., & Petri, R. (2004). A transmissão da falta, a partir da leitura do seminário IV de Lacan. *Estilos da Clínica, IX*(17), 118-127.
- Freud, S. (1996). Apêndice: As concepções de Freud sobre as fobias. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 87-88). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895a).
- Freud, S. (1996). Obsessões e fobias: seu mecanismo psíquico e sua etiologia. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 75-86). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895b).
- Freud, S. (1996). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 75 (14 de novembro de 1897). Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 1, pp. 318-322). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1897).
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 10, pp. 15-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996). Cinco lições de psicanálise: Quarta lição. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 11, pp. 52-59). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996). Sobre a psicanálise. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp. 223-229). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). Repressão. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 14, pp. 151-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996). Introdução à psicanálise e as neuroses de guerra. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 17, pp. 221-223). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1919).
- Freud, S. (1996). Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 19, pp. 273-286). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1925).
- Freud, S. (1996). Inibições, sintoma e ansiedade. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 20, p. 81-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).

- Freud, S. (1996). Ansiedade e vida instintual. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 22, pp. 85-112). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1933).
- Freud, S. (1996). Moisés e o monoteísmo: Três ensaios – Parte I. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 23, pp. 67-107). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1939).
- Fuks, B. B. (2001). Notas sobre o conceito de angústia. *Estudos de Pesquisa em Psicologia*, 1(1), 9-24.
- Goldgrub, F. (2010). As teorias da ansiedade e das pulsões em Freud. *Revista de Psicanálise*, 19(1), 11-32.
- Guedes, D. F. P. (2010). Uma introdução ao conceito de objeto a. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 8(1), 159-174.
- Gurfinkel, A. C. (2006). *Fobia*. São Paulo: Caso do Psicólogo.
- Jorge, M. A. C. (2007). *Angústia e castração*. Belo Horizonte: Reverso.
- Kupfer, M. C. M., Bernardino, L. M. F., Jerusalinsky, A. N., Rocha, P. S., Lerner, R., & Pesaro, M. E. (2008). A pesquisa IRDI: resultados finais. Em R. Lerner, & M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 221-230). São Paulo: Escuta.
- Kupfer, M. C. M., & Voltolini, R. (2005). Uso de indicadores em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(3), 359-364.
- Lacan, J. (1995). *O Seminário, livro 4: a relação de objeto* (1956-1957). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003). Notas sobre a criança. Em J. Lacan. *Outros Escritos (1962-1963)*. (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: a angústia* (1962-1963). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 3: as psicoses* (1955-1956). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 16: de um outro a Outro* (1968-1969). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lowenkron, T. (2009). A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 43, 133-139.

- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua “doença” e os outros*. São Paulo: Via Lettera.
- Melo, S. A., & Perfeito, H. C. C. S. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia*, 23, 239-249.
- Menegat, C. B. (2006). *Estratégias lúdicas utilizadas pelas crianças frente à separação materna na entrada da pré-escola*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – RS.
- Mezan, R. (2007). Que tipo de ciência é, afinal, a psicanálise? *Natureza Humana*, 9(2), 319-359.
- Nasio, J-D. (1993). *5 Lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Piccinini, C. A., Ferrari, A. G., Levandowski, D. C., Lopes, R. S., & Nardi, T. C. de. (2003). O bebê imaginário e as expectativas quanto ao futuro dos filhos em gestantes adolescentes e adultas. *Interações*, VIII(16), 81-108.
- Pisetta, M. A. A. M. (2009). A falta da falta e o objeto da angústia. *Estudos de Psicologia*, 26, 101-107.
- Poderoso, C. M., & Linetzky, L. (2003). Problemáticas “actuales” (acerca del pânico y la agorafobia). *Psiquiatría y Psicoanálisis. Psicoanálisis APdeBA (Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires)*, XXV, 1-15.
- Quinodoz, J-M. (1993). *A solidão domesticada: a angústia de separação em psicanálise*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rego, J. A. (1998). *Fobia em Lacan: reflexões sobre a relação de objeto e as estruturas freudianas*. IV Jornada Freudiana Lacaniana. Recife. Recuperado em 20 de maio de 2010, de <http://www.psicanalise.org/psinew-textos/psi-fobia-lacan.htm>.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santiago, A. L. (2005). O que a psicanálise aplicada ao tratamento da angústia nas crianças ensina à psicanálise pura. *Virtualia: Revista Digital de la Escuela de la Orientación Lacaniana*, 13, 2-5.
- Santoro, V. C. (2008). A dama da lagartixa: um caso de fobia. *Reverso*, 56, 77-84.
- Sisti, F. C., & Groman, R. M. G. (2005). Pânico e angústia de separação. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, número especial, 130-137.

Souza, E. L. A. (2009). A potência iconoclasta do objeto a: psicanálise e utopia. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Clínica da Angústia*, 26, 93-101.

Vanier, A. (2002). O sintoma social. *Ágora*, V(1), 205-217.

Vegh, I. (2009). Angústia e a orientação do sujeito. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Clínica da Angústia*, 26, 60-74.

Zimmermann, V. (1997). *Os transtornos na constituição psíquica: efeitos no corpo e nos processos de alfabetização*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. Recuperado em 23 de janeiro de 2011, de www.tekowam.com/verabzimmermann.

Zornig, S. A-J. (2001). Neurose infantil, neuroses da infância. *Psyché*, 8, 183-190.

Zornig, S. A-J. (2008). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

SEÇÃO II – ARTIGO EMPÍRICO

CONSIDERAÇÕES PSICANALÍTICAS DOS PROCESSOS PSIQUICOS ASSOCIADOS À ANGÚSTIA E AO SINTOMA INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO

RESUMO

O presente artigo busca compreender os processos psíquicos associados às manifestações de angústia e do sintoma na infância com a apresentação do estudo de caso único. Assim, com base na teoria psicanalítica, pretendeu-se identificar qual a representação do paciente para com suas figuras parentais, assim como o lugar que a criança ocupa na trama familiar. A compreensão deste caso foi realizada através das sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica e do Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993). A análise do caso clínico permitiu identificar que as manifestações de angústia estavam associadas às questões da configuração familiar que colocavam o paciente em uma posição de dependência da função materna (exercida pela avó) e, portanto, o sintoma indicava o esforço de romper com esta posição. Supõe-se que a representação que ele tinha de sua figura materna era de uma figura sufocante, ficando alienado no lugar de objeto. A representação parental do paciente era de figuras que abandonam, e do pai, em específico, como ausente, pelo qual o paciente fazia suplência como um elemento terceiro. Espera-se, com este trabalho, fornecer subsídios para o aprimoramento teórico conceitual das manifestações da angústia e do sintoma na infância, bem como para o trabalho clínico em psicoterapia de orientação psicanalítica.

Palavras-chave: Angústia. Sintoma. Infância. Estudo de caso. Teste das Fábulas. Psicanálise.

ABSTRACT

This article seeks to understand the processes associated with psychic manifestations of anguish and symptom in childhood with the presentation of a clinical case study. Thus, based on psychoanalytic theory, it was investigated the child's representation of his parental figures, and the place he occupies in the family story. The understanding of the clinical case was performed through the sessions psychoanalytic psychotherapy and testing of Fables (Cunha & Nunes, 1993). The case analysis indicated that clinical manifestations of anguish were associated with issues of family configuration that placed the patient in a dependent position of the maternal function (exercised by her grandmother) and therefore the symptoms indicated the effort to break away from this position. We assumed that the representation that the patient had of his mother was of a suffocating figure, who placed him at an alienated position in place of the object. The representations of figures of the parents were to leave, and fathers, particularly as missing. It is hoped that this work could provide subsidies for the improvement of the theoretical and conceptual understanding of manifestations of anguish and symptom in childhood, as well as for clinical work in psychoanalytic psychotherapy.

Keywords: Anguish. Symptom. Childhood. Case Study. Test of Fables. Psychoanalysis.

1 INTRODUÇÃO

É consenso entre as escolas da linha psicanalítica que a infância ocupa um lugar central na constituição e estruturação psíquica do sujeito. Pela importância desse período da vida, as diferentes abordagens psicanalíticas compreendem as vicissitudes da primeira infância como determinantes para a personalidade e para as escolhas futuras do sujeito (Ferrari & Donelli, 2010). Todavia, a importância dada ao período da infância como momento fundamental do desenvolvimento humano, principalmente considerando os aspectos de estruturação do aparelho psíquico ligados à sexualidade e do desejo parental, é recente.

Nesse sentido, o lugar que a infância ocupa na psicanálise atual reflete toda uma mudança na concepção dessa faixa etária, ocorrida ao longo dos séculos. Assim, ao refletirmos sobre o lugar da infância ao longo da história, observamos que apenas no século XIX, com a posição freudiana acerca da sexualidade e o infantil, é que vai acontecer uma profunda transformação na forma como essa era entendida. Na Idade Média, a criança era vista como um pequeno adulto, não sendo percebida por suas características merecedoras de cuidados específicos e especiais. Foi somente com as teorizações de Freud (1996), mais precisamente em 1905, com os “Três Ensaios Sobre a Teoria da Sexualidade”, e sua teoria sobre o complexo de Édipo, que essa concepção se modificou, contemplando a criança como um ser dotado de sexualidade, com um corpo pulsional, de desejo (Costa, 2007).

A criança, para a psicanálise, sente tristeza, raiva, solidão, desejos destrutivos, vivencia conflitos e é portadora de sexualidade. Isto quer dizer que a criança é um sujeito desejante, que demanda amor e não somente objetos que satisfaçam suas necessidades. No entanto, a constituição da criança começa mesmo antes de ela nascer, ou seja, ela já é investida pelos pais, cuidadores e pela família. É marcada pelo desejo inconsciente dos pais (que possuem marcas de seus respectivos pais), já representando algo para um e para o outro. Assim, em função da história singular de cada um de seus pais, ela já possui um lugar simbólico demarcado na trama familiar (Prizskulnik, 2004).

A idealização dos pais é inevitável para com a criança, isto é, eles esperam algo dela, por exemplo, que ela venha a ser inteligente, torça por um determinado time, seja educada, etc. A partir dessa idealização, a criança pode vir a fracassar, por tentar atingir uma perfeição impossível – e este fracasso pode ser saudável e constituinte – ou pode vir a obter condições de buscar seu próprio caminho e descobrir suas próprias características singulares. Com isso, vemos que a infância não é exatamente um período calmo e tranquilo, pois as crianças precisam encontrar sentido para muitas questões que não compreendem, representadas por

momentos de conflito, de situações não-ditas, tentando responder aos enigmas que geram angústia. A criança é única em sua forma de sentir e vivenciar essas situações, mas, em alguns casos, poderá vir a conseguir expressar seus desejos e responder aos enigmas somente através das manifestações de sintomas (Prizskulnik, 2004; Bernardino, 2006).

Desta forma, os estudos psicanalíticos abordam a questão das manifestações de sintomas na infância como anúncio de que algo não vai bem, não apenas com a criança, mas também com o casal parental, pois a criança é o objeto de desejo inconsciente dos pais (Motta, Silva & Castro, 2010). Segundo Lacan (2003), o lugar dos pais no sintoma infantil é fundamental, podendo o sintoma na criança vir a representar uma resposta dela ao que existe de sintomático na estrutura familiar ou uma apropriação pela criança das produções fantasmáticas do Outro.

Nesse sentido, para além das contribuições freudianas sobre a importância da sexualidade infantil e da relação estabelecida com os pais da infância, Lacan (2003) destaca que o desejo parental vai igualmente dar expressão ao que há de sintomático na criança. Por exemplo, o desejo materno é fundamental para incluir a criança em um lugar de existência. Porém, a criança não deve ficar presa a esse desejo. Da mesma forma, precisa da função paterna para romper com essa relação dual, para que, assim, não seja para sempre o objeto do desejo da mãe. Todavia, a criança pode vir a ocupar o lugar de fantasma do desejo materno. Com isso, o sintoma infantil relaciona-se fortemente com as funções parentais, ou seja, com a trama familiar na qual ela está inserida (Zornig, 2008). Destarte, em resposta a essas situações, a criança irá expressar seu sintoma em relação à posição que ocupa nesta trama.

O sintoma infantil manifesta-se de diversas maneiras. Há, porém, uma manifestação clínica fundamental nos processos psíquicos, que é a angústia. Desde os primórdios da psicanálise, no caso clínico do Pequeno Hans, Freud (1909) discorre extensamente sobre a compreensão das manifestações de angústia na infância, como também vai inaugurar a análise infantil. Naquele momento inicial, questões da sexualidade e da fase edípica predominaram na leitura freudiana do sintoma de Hans. Sem dúvida, na atualidade, o entendimento da angústia infantil reveste-se de uma leitura singular e complexa. Permanece, porém, dentre todas as situações relativas ao sofrimento psíquico na infância, ocupando um lugar central na apreensão do sintoma da criança (Zornig, 2008).

Ainda hoje, o estudo das manifestações de angústia infantil mantém-se como um tema instigante voltado para o entendimento de como uma criança poderia responder com o seu sintoma ao que há de sintomático na estrutura familiar? Nesse sentido, perguntamo-nos: como o ideal imposto pelas figuras parentais, juntamente com suas fantasias, seus desejos e as

neuroses inconscientes podem, de alguma forma, interferir e, por consequência, contribuir para a eclosão do sintoma na criança? E, nesse caso, qual a representação¹⁶ da figura materna e paterna bem como do lugar que a criança ocupa na trama familiar?

Tais questionamentos deram origem a este trabalho, que discute os processos psíquicos associados às manifestações de angústia e do sintoma na infância, a partir do estudo de caso de um menino de oito anos que manifestava intensa angústia. Iniciaremos esta discussão retomando de forma sintética as principais ideias freudianas e contribuições posteriores de autores pós-freudianos.

1.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA ANGÚSTIA E DO SINTOMA NA CONSTITUIÇÃO PSÍQUICA DA CRIANÇA

Nos desdobramentos da construção teórica de Freud, o conceito de angústia pode ser entendido, de uma forma geral, como um afeto de desprazer que se manifesta no sujeito, em lugar de um sentimento inconsciente, na espera de algo que ele não pode nomear (Chemama & Vandermersch, 2007). Historicamente, encontramos duas teorias na evolução das ideias freudianas para a compreensão da angústia. Nos anos de 1890, na primeira teoria da angústia, esta era interpretada, basicamente, como a impossibilidade de elaboração psíquica do sujeito, tendo a inscrição corporal como uma via possível. Nesse sentido, a neurose de angústia, que se refere a uma acumulação de tensão sexual causada pela abstinência ou excitação sexual não consumada, manteria a tensão física sexual longe do psíquico, impossibilitando sua elaboração psíquica (Freud, 1895/1996). Nos anos de 1920, na segunda teoria da angústia, esta passa para o domínio do psíquico. Freud (1926/1996), então, afirma que é da angústia que surge o recalque¹⁷, e a angústia viria como um sinal do eu, sinal de um perigo, de um desejo enigmático, de um medo imaginário da castração. É no caso clínico do Pequeno Hans, que Freud (1909/1996) vai introduzir uma nova entidade clínica, chamada de *histeria de angústia*, cujo processo se assemelha ao da histeria, mas na qual o sintoma fóbico é central (Chemama & Vandermersch, 2007).

¹⁶ Entendemos por representação, a representação da coisa, descrita por Freud. É considerada pela criança como equivalente do objeto percebido e é investido em sua ausência, sendo que o sistema inconsciente só compreende a representação da coisa (Laplanche & Pontalis, 2001).

¹⁷ O recalque pretende manter no inconsciente todas as ideias e representações ligadas às pulsões, cuja realização, produtora de prazer, afeta o equilíbrio do funcionamento psíquico do sujeito, transformando-se em fonte de desprazer (Roudinesco & Plon, 1998).

Ao percorrer as contribuições pós-freudianas, encontramos em Lacan um estudo aprofundado com relação à angústia. Há uma distinção importante entre a angústia em Freud e a angústia em Lacan. Em Freud (1926/1996), a angústia não possui objeto, e seria basicamente um sinal para que o recalque fosse acionado, estando vinculada ao temor da castração e à perda de um objeto fortemente investido. A angústia na concepção de Lacan (2005) não seria sem objeto, mas estaria relacionada com o objeto perdido, objeto que Lacan nomeou de objeto *a*.

É importante explicitarmos o lugar no qual se constitui o objeto *a*. Para isso, voltamos para a primeira experiência de satisfação do bebê (satisfação total, mítica), quando ele demanda, por exemplo, através do grito o seio (alimento). A satisfação de sua necessidade fará com que essa experiência seja única. Quando demandar o seio novamente, a satisfação será somente parcial, pois jamais será igual à primeira. A partir disso, surgem os mal-entendidos, isto é, quando o bebê chora por fome, e sua mãe acha que ele está com frio. A criança, então, vai transformar o objeto real em uma imagem alucinada e, quando houver a ausência do objeto de satisfação, fará com que a imagem dele também constitua uma representação simbólica. Assim, sempre que procurar novos objetos, o sujeito irá tentar reencontrar o objeto original que foi perdido, o objeto da satisfação total (Nasio, 1993).

Essa primeira experiência, então, marcará uma perda, um resto, que causa no sujeito a busca do reencontro, isto é, o reencontro do objeto perdido. É aí que o objeto *a* aparece, nomeando esta falta, no lugar de resto. Mas por quê? O objeto *a* vem no lugar dessa falta, pois, para o sujeito ser desejante, é preciso que o objeto causa de seu desejo lhe falte. É quando algo vem ocupar o lugar do objeto faltoso do desejo, que a angústia surge, alarmando que o lugar da falta que é estruturante pode vir a ser ocupado. A angústia vem denunciar a falta da falta, isto é, vem denunciar a completude do sujeito, não castrado. Assim, a angústia vai apontar para a tentação de que não haja falta no outro, ou seja, que o outro não seja castrado, faltante, vindo alarmar essa completude (Pisetta, 2009).

A partir disso, ao adentrarmos nas manifestações de angústia, inevitavelmente passamos pelo campo do sintoma na infância, pois as ligações entre o conceito de angústia e o conceito de sintoma se tornam evidentes. O sintoma, na perspectiva psicanalítica, é um fenômeno subjetivo, que constitui a expressão de um conflito inconsciente (Chemama & Vandermerch, 2007). Na concepção de Freud (1926/1996), o sintoma é o retorno do recalado, ou seja, a libido insatisfeita que encontra uma satisfação substituta. O sintoma que advém do recalamento torna-se independente do eu, que impede que os sintomas permaneçam isolados e busca agregá-los a sua organização. No entanto, o sintoma liga-se à

angústia quando testemunha que o recalque falhou. Assim, a angústia é anterior ao sintoma, e a constituição deste vem como mecanismo para limitar a aparição da angústia.

Todavia, se o sintoma tenta preencher a falta primordial, mascarando a angústia, esta vem reclamar seu lugar de constituição, isto é, de que há falta. A angústia indica, então, que a falta que constitui o sujeito vem a faltar, já que está sendo preenchida. Ao abordar o sintoma infantil, Lacan (2003) o relaciona com a resposta da criança ao que existe de sintomático na estrutura familiar, podendo a criança se apropriar das produções fantasmáticas do Outro. Quando o sintoma decorre da subjetividade da mãe, a criança é correlata de uma fantasia. Assim, quando não tem mediação (em geral, assegurada pela função paterna), a criança fica exposta às fantasias da mãe, tornando-se objeto desta e tendo como função revelar o que está oculto. A criança, então, substitui este objeto, mostrando a falta em que se especifica o desejo (da mãe). Seguindo por esta linha, Mannoni (1999) afirma que o sintoma aparece na criança como uma máscara, e que seu papel é esconder o acontecimento perturbador. Na ausência do direito de se significar na linguagem, é através do sintoma que a criança manifesta o que tem a dizer.

Contudo, é preciso discriminar em que fase do desenvolvimento psíquico se encontra a criança. Algumas manifestações sintomáticas podem surgir na criança em uma fase anterior ao recalque, isto é, o aparelho psíquico pode não ter se constituído para que haja inscrição das representações. Com isso, essas manifestações se apresentam de forma transitória. Não podem ser consideradas como sintomas ou uma constituição patológica, mas sim como uma tentativa da criança de se organizar psiquicamente (Zimmermann, 1997; Zornig, 2008).

Assim, a constituição da subjetividade na criança advém do campo do Outro. A criança se constitui psiquicamente através de sua relação com as funções parentais e, por consequência, o sintoma, muitas vezes expressado pelas manifestações de angústia, relaciona-se a uma fase posterior, de ordem mais edípica. Portanto, é a alienação imaginária do bebê com o Outro e a função primordial do pai no complexo de Édipo que vai possibilitar a criança se constituir como sujeito desejante. É preciso, então, que ocorra uma separação da criança do desejo mortífero materno, isto é, separação da criança de ser para sempre o objeto de desejo da mãe, e é neste momento que a função paterna é essencial (Zornig, 2008).

A partir disso, fica claro que a angústia infantil está extremamente ligada à trama familiar, na relação da criança com os pais. É através do complexo de Édipo e da castração que as manifestações de angústia poderão surgir no sujeito, pois o Édipo e a castração marcam um corte na relação da criança com seus pais (cuidadores). O sujeito constitui-se como sujeito desejante através da castração. Porém, a neurose e os desejos parentais vão

inferir de forma profunda na constituição de seu sintoma (Rego, 1998; Fuks, 2001; Couto & Chaves, 2009).

2 MÉTODO

O método que adotamos nesta pesquisa é o clínico-qualitativo que, segundo Turato (2005), compreende mais profundamente sentimentos, ideias e comportamentos de pacientes e também de seus familiares. Além disto, o pesquisador está incluído como instrumento de pesquisa, usando de seus sentidos para abranger o objeto em estudo. O método clínico-qualitativo é voltado em específico para os *settings* das vivências em saúde, buscando interpretar os significados, trazidos pelos sujeitos, dos múltiplos fenômenos de seus problemas. Este método aborda as relações, as estruturas sociais e os atos quanto à sua transformação e construção significativa.

Em relação a esta pesquisa, o aspecto clínico-qualitativo se insere na perspectiva da pesquisa em psicanálise. Conforme Iribarry (2003), a pesquisa em psicanálise trabalha tanto com a impossibilidade de prever o inconsciente, quanto com a singularidade e o estilo particular do analista (pesquisador) que se coloca para um outro, não incluindo a generalização. O pesquisador está em um processo de descoberta e revelação e até de renovação de seu campo. A clínica psicanalítica sustenta-se, como apontam Moura e Nikos (2000), em uma estrutura fundamental da escuta, da associação livre, que permite o ordenamento e deciframento do material inconsciente. É um efeito da fala, uma leitura dirigida pela escuta, base para o pesquisador identificar novos significantes, promovendo uma abertura de sentidos para os dados que estão sendo pesquisados.

2.1 PARTICIPANTE

Este artigo foi constituído pelo estudo de caso de uma criança de oito anos, do sexo masculino, a quem chamarei de Nicolau. Ele foi encaminhado para atendimento no Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde (PAAS), da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Rio Grande do Sul. O caso foi delimitado com base nos motivos de encaminhamento, que se constituíram por manifestações de angústia, medos e situações associadas a comportamentos fóbicos.

2.2 PROCEDIMENTOS

Primeiramente, realizamos uma busca nos prontuários da lista de espera do PAAS. Após a identificação de crianças cujas queixas se restringiam às situações de medos e manifestação de angústia, foram realizados os contatos com os responsáveis para verificar o interesse no atendimento e a confirmação do sintoma. Neste primeiro contato, foi explicitado o objetivo do trabalho, e solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo A). Com a concordância, combinamos os atendimentos. Inicialmente, fizemos uma entrevista para coletar os dados da história da criança, do sintoma e outros dados. As demais crianças foram encaminhadas para atendimento na Clínica.

Foram realizados vinte e um atendimentos, com frequência semanal, com duração da sessão de aproximadamente 45 minutos. A sala onde foram efetuados os atendimentos contém um armário com brinquedos (jogos de memória, jogo da vida, dama, soldadinhos, família terapêutica, entre outros), espelho, mesa e cadeira pequena para crianças e uma casa mediana de madeira. Após cada sessão, o relato foi efetuado por mim, a partir da associação livre.

2.3 INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram a psicoterapia de orientação psicanalítica, com entrevistas não-estruturadas com pais e/ou responsáveis (quando necessário), e o Teste Projetivo das Fábulas. Este foi aplicado como forma de sistematizar as principais representações infantis acerca de situações conflitivas da infância, especialmente daquelas ligadas às figuras parentais, sendo que o objetivo principal foi o de utilizá-lo como um dispositivo clínico.

2.3.1 Psicoterapia de Orientação Psicanalítica Infantil

*“Qualquer um que se empenhe em ouvir
a resposta das crianças
é uma mente revolucionária”
(Dolto, 2007).*

A psicoterapia¹⁸ de orientação psicanalítica infantil segue o pressuposto de que o psicoterapeuta não é um educador, não julga nem aconselha. O trabalho do terapeuta é principalmente observar a criança, colocar em palavras suas angústias, o que ela sente, seus conflitos. Seu papel é apresentar-se como um profissional neutro, à escuta do sofrimento da criança.

É a análise da transferência (Dolto, 1996). Nos desdobramentos da psicoterapia de orientação psicanalítica com crianças, conseqüentemente, a relação transferencial aparece, pois a psicoterapia de crianças não se dá somente pela fala livre, como a dos adultos. Segundo Chemama e Vandermersch (2007), a transferência, no sentido psicanalítico geral, pode ser entendida como um vínculo afetivo e automático que se instaura entre o paciente e o analista, testemunhando a organização subjetiva do sujeito. A demanda de análise, por si só, já comporta uma dimensão transferencial. Mas como pensar a transferência na psicoterapia de crianças?

Na psicoterapia de crianças, estamos diante de diferentes transferências, ou seja, da transferência do terapeuta, dos pais e da criança. Os pais, com seus afetos, suas emoções e seus conflitos, fazem parte do sintoma da criança; sendo assim, fazem parte também do tratamento. Portanto, ao tocarmos no sintoma da criança, arriscamo-nos a fazer emergir o que no sintoma servia para *alimentar* ou para obturar a ansiedade do adulto. É raro que uma psicoterapia da criança não mobilize os problemas dos pais. A relação dual mãe-filho aparece na relação transferencial, e os pais estão sempre implicados, de alguma maneira, no sintoma dos filhos. Sendo assim, a questão é ajudar a criança a sair de um certo jogo de equívocos, o que pode ser alcançado se soubermos que a experiência da transferência no tratamento infantil se dá através do terapeuta, da criança e dos pais (Mannoni, 1999).

Partindo do mesmo questionamento, o terapeuta de crianças se depara com duas posições: na primeira, ele é o parceiro do jogo, no qual a criança vai apresentar e representar sua história; no segundo, o terapeuta vai esperar o “tropeço”, isto é, o novo, o que vai surgir no decorrer do tratamento. Em particular na psicoterapia de orientação psicanalítica com crianças, encontramos alguns desafios, principalmente no que diz respeito às decisões tomadas pelos pais. São eles que procuram o tratamento para o seu filho, são eles que, em geral, levam a criança para a psicoterapia e tentam encontrar soluções que façam a criança

¹⁸ Como afirma Calligaris (2008), um psicoterapeuta é um profissional que tenta aliviar as dores do viver através da escuta e do diálogo, interrogando motivações conscientes e inconscientes dos sujeitos que lhe pedem ajuda. Embora alguns psicanalistas considerem a psicoterapia com arrogância (como uma espécie de aplicação utilitária de sua disciplina), a psicanálise continua a ser, segundo o autor, uma forma de psicoterapia.

“voltar para o caminho certo da educação que lhes deram”. Ao levarem seu filho para a psicoterapia, os pais também levam consigo sua queixa, alguns sintomas da criança que os perturbam, angustiam ou fazem sofrer (Costa, 2009; Roizin, 2009).

É preciso estarmos atentos para uma questão simples, porém necessária, que se refere à queixa da criança que se configura na psicoterapia de orientação psicanalítica, e que não é (e não será) necessariamente a mesma da queixa dos pais. No entanto, não podemos dedicar menos atenção à fala deles. Muito pelo contrário; escutar os pais faz parte da psicoterapia com crianças, sendo de fundamental importância para o manejo da transferência e para a sustentação do tratamento. Escutá-los para identificar em que lugar a criança encontra-se situada no desejo deles, no discurso que eles mantêm em relação ao seu filho. É aí que a psicoterapia da criança pode se tornar inquietante para os pais. Muitas vezes, é o que faz com que eles retirem a criança do tratamento: geralmente neste ponto, quando algo começa a afetá-los. A partir do manejo da transferência com os pais, com a criança e o desejo do terapeuta é que o enigma se apresenta, e o tratamento poderá se transformar em questão para um ou mais dos sujeitos envolvidos. Por isso, em alguns casos (ou na maioria deles), faz-se necessário abrir o discurso dos pais, oferecendo um espaço para um trabalho em relação direta com eles (Costa, 2009; Roizin, 2009).

No atendimento com crianças, o terapeuta introduzirá, através de sua espera e de sua não-demanda, o confronto da criança com um adulto que não é imperativo, que não ocupa a posição de mestre, que não lhe dá orientações do que deve ou não fazer, não lhe ensina, enfim, não lhe pede nada. Isso aparece como efeito apaziguador para a criança, pois ela se depara, então, com um Outro que deseja nada especial, apenas que ela siga suas questões com fins de desvelar o desejo que a leva para a retomada da construção do desenvolvimento. Assim, se produz algo novo, que dará possibilidade da criança se perguntar: “o que ele quer de mim?”. É nesse sentido que a condução do tratamento pode vir a produzir uma modificação subjetiva do sujeito em relação ao seu sintoma. Portanto, o tratamento virá a proporcionar a passagem da criança da posição de objeto – na qual foi destinada a ocupar na fantasia do Outro – para ter acesso ao seu desejo em uma condição de sujeito (Costa, 2009).

Sendo assim, na clínica com crianças, o terapeuta deve ter a disponibilidade de ouvi-la, como também a sua família, pois, se não se escuta a demanda trazida pelos pais, a análise da criança não se torna possível. A escuta analítica dos pais destaca o nó que os une à criança através do sintoma desta. Isto quer dizer que a questão que estava antes alienada, retorna para o sujeito que a traz. A estrutura que sustentava os lugares distribuídos de determinada maneira desmonta-se. Desmontar a estrutura que se apresentou, destacando o enodamento que une os

pais e a criança sintomaticamente, fará com que cada um remeta-se às suas próprias questões (Faria, 1998).

2.3.2 Teste das Fábulas

O Teste das Fábulas, aplicado como instrumento para análise do caso, foi validado por Louisa Duss (cujos primeiros estudos foram feitos em 1940) e traduzido para o Brasil pelas autoras Jurema Alcides Cunha e Maria Lúcia Tiellet Nunes em 1993. Pode ser utilizado na clínica para avaliação psicodinâmica com crianças, adolescentes e adultos. A técnica deste teste é projetiva aperceptiva (interpretação subjetiva da percepção), facilitando a projeção e a manifestação do material inconsciente. Neste teste, o sujeito faz uso da projeção, sendo possível avaliar as áreas da personalidade. É um instrumento qualitativo, com referencial teórico freudiano (Cunha & Nunes, 1993).

As fábulas possuem vantagens para a prática de diagnóstico e psicoterapia. Entre essas vantagens, está o bom contato com o sujeito, uma transferência inicial positiva e identificação de projeções. Cada fábula é dirigida a uma área da vida do sujeito e busca fazer emergir os conteúdos latentes que possam estar provocando angústia (Fonseca & Mariano, 2008). A técnica projetiva é enriquecida com conceitos teóricos que ajudam a chegar a uma apreensão do caso. O Teste das Fábulas é indicado para detectar situações de crises, neuroses e psicoses. Também é um útil recurso para o entendimento psicodinâmico da criança (Cunha & Nunes, 1993). Portanto, cada um dos instrumentos projetivos possui particularidades próprias de interpretar os resultados, mas apresenta sempre algo peculiar do sujeito e seu inconsciente (Fonseca & Mariano, 2008).

Ao tratarmos da relevância do instrumento do teste projetivo, remetemo-nos à importância que estes possuem na clínica, com o seu jogo de construção e reconstrução, incentivando o risco da enunciação. Para a psicanálise, o uso de testes projetivos, tanto na clínica, quanto em pesquisa, conta com algumas resistências, embora alguns estudos franceses demonstrem que a utilização deste Teste é eficaz para o tratamento (Sublime, 2003; Rassial & Pereira, 2007; Boekholt, 1993). Muitas críticas são direcionadas aos instrumentos de avaliação psicológica. Dessas críticas, advém a afirmação de que, principalmente os testes projetivos, não são válidos e/ou estão ultrapassados. No entanto, estas afirmações não correspondem à prática clínica, pois os testes psicológicos são usados como uma ferramenta frequente pelo psicólogo.

Especificamente os testes projetivos, que têm como finalidade uma avaliação psicodinâmica da personalidade, são muito usados pelos psicólogos, com a expectativa de revelar a personalidade inconsciente de seus pacientes. Com isso, as motivações pessoais, os conflitos, as experiências de vida do paciente surgem através da projeção. Sem dúvida, os testes projetivos possuem um importante valor na prática clínica e nos contextos de avaliação psicológica, e novos estudos que se utilizem destes são sempre bem vindos (Werlang, Fensterseifer & Lima, 2006). Assim, nesta pesquisa, utilizaremos o Teste das Fábulas como um dispositivo clínico, o que não deixa de ser um ato de autorização e um diferencial para a mesma.

Para Sublime (2003), os testes projetivos podem ser considerados como uma proposta metafórica: há interlocução dos assuntos, com uma série de enunciados (destruição provisória de uma coerência narcisista), levando o sujeito a pronunciar-se por um ato de enunciação (reconstrução provisória), incentivando uma arte singular, ato de autorização. Segundo a autora, o teste projetivo em crianças viria convocar, na regressão, o momento do espelho, em que a criança espera um sorriso, um olhar, ou ainda um elemento sonoro vindo do Outro, que vem nomeando, autenticando sua imagem (passagem do significante para uma cadeia significante). Somente é possível pela não-indução do terapeuta e por sua atenção e implicação, da qual o sujeito pode – em sua interrogação pelo Outro – vir a situar-se no lugar de identificação imaginária, mesmo que provisória. Na situação transferencial, o instrumento do teste projetivo permite representar algo para alguém, compreender uma via possível do deslizamento significante. Portanto, o teste projetivo destina-se ao retorno do vestígio de lembrança, incentivando o discurso através de uma série de imagens e sinais enigmáticos, ajudando o paciente, ao seu conhecimento, a passar da compulsão à repetição a uma perspectiva de recordação de sua história.

Além disso, o uso do teste projetivo pode vir a funcionar como um produto do sintoma, na falta de uma metáfora que estrutura, ato de autorização na experiência dual, articulado pela palavra. Seu uso pode vir a inscrever-se em uma clínica da transferência, permitindo ao terapeuta não se desprender da espontaneidade, desejando manter esta posição, evitando a tentação de controlar, para exercer uma função entre a ousadia e a cautela (Sublime, 2003).

Já Rassial e Pereira (2007) ressaltam a importância da validação empírica em psicanálise que, além de ser atualmente muito discutida, produz controvérsias e opiniões divergentes sobre este assunto. Na clínica psicanalítica, a teoria é inseparável da prática, pois é uma condição de produção e alcance. A questão da transferência entre analista e paciente

dificulta a utilização dos princípios experimentais. A importância da questão se dá pela transmissão da psicanálise científica e a formação de analistas com a decorrência das tentativas de avaliar os efeitos da psicanálise.

Adere-se à ideia de que qualquer avaliação comparativa tem apenas efeitos ideológicos, inscritos no método mesmo. Então, é necessário procurarmos entre os analistas, um consenso que permita validar empiricamente as descobertas e os efeitos da psicanálise, distintos aos das práticas terapêuticas, médicas ou psicológicas. Os testes projetivos são instrumentos muito apropriados, dado que não se baseiam em autoavaliação, não reduzindo um sentimento ou o desaparecimento de sintomas (Rassial & Pereira, 2007).

Boekholt (1993) – que também faz uso de técnicas projetivas – aponta para alguns estudos em psicanálise que, entre os anos de 1966 e 1982, se utilizaram destas técnicas. Um estudo longitudinal com base psicanalítica sobre uma análise fatorial, com um material rico de teste-reteste, tem como resultados a temática que persiste, em geral, em crianças, isto é, as marcas dos conflitos iniciais traçadas indelevelmente no psíquico. Nos países de língua francesa, os estudos até então publicados nesta época, priorizavam os aspectos perceptivos. Porém, foi somente a partir dos anos de 1980, com a retomada da abordagem psicanalítica sugerida por Bellak¹⁹ que alguns trabalhos visaram, além das características do material precisamente redefinido, apreender a diversidade dos registros da problemática vinculada à função latente.

A autora afirma que contar uma história é, no processo de simbolização, um degrau, pelo qual a linguagem liberta um momento de apoio real da imagem para formar um produto da atividade mental composta de sinais, morfemas. Sua finalidade é essencialmente livre, ou seja, é a expressão de uma necessidade imediata ou a posse da coisa real. Contar é falar não pela necessidade, mas pelo prazer de falar; é juntar-se ao discurso-comunicação, a um discurso lúdico. A expressão pulsional, então, afasta-se da via corporal e da palavra-coisa para dotar-se de representantes psíquicos e abrir-se ao jogo indefinido das representações (Boekholt, 1993).

No entanto, além da complexidade das operações envolvidas na capacidade simbólica para a narração de um material específico, a situação envolve uma inversão paradoxal do papel tradicional: contar histórias ao adulto é, com efeito, pôr-se de certa maneira “ao seu lugar”, é “identificar-se” a ele, quando a criança tem os meios para tornar-se, por sua vez, contador e fabricante de imagens além delas próprias. É certamente possível, a condição de

¹⁹ Leopold Bellak é psicólogo, psiquiatra e psicanalista. Faz parte das grandes figuras da clínica, tanto infantil, como adulta, e marcou um momento decisivo na reflexão sobre a psicologia projetiva (Boekholt, 1993).

ter uma experiência mínima de um sistema de comunicação que autoriza estes modos de investimento da linguagem. No teste projetivo, o analista é o substituto parental que é susceptível de encarnar pela mediação da transferência (Boekholt, 1993).

Assim, a possibilidade de a criança contar histórias tem um valor altamente preventivo das capacidades criativas, relacionais, e os investimentos ulteriormente atribuídos à língua, incluindo a escrita. Sem necessariamente assumir a forma de uma narrativa já construída e concluída, o início dos investimentos futuros reside no interesse atribuído ao material do adulto, e o prazer “do brincar pôr em palavras” é percebido. A situação dos testes projetivos mobiliza a criança, para a capitalização de recursos psíquicos novos, e no período de latência, recorre à regressão (Boekholt, 1993).

2.4 ANÁLISE DOS DADOS

Com base no material coletado através das sessões de psicoterapia de orientação psicanalítica com a criança, o Teste das Fábulas e entrevistas com responsáveis, realizamos a análise compreensiva do caso. O estudo do caso está ligado profundamente à experiência clínica. Em primeiro lugar, acontece a sessão e, logo, a elaboração do sentido daquilo que ocorreu no atendimento, seguindo o caminho do *pathos* do paciente. A escrita da clínica psicanalítica acontece *a posteriori* à clínica. Ao se escrevermos sobre o caso, abre-se caminho para entrarmos no campo da experiência compartilhada no nível de teorização (Guimarães & Bento, 2008).

Ao escrever a clínica psicanalítica, através do estudo do caso, portanto, vamos nos deparar com três momentos importantes: em um primeiro momento, a escrita da *patho*-doença, que está direcionada à descrição da história da doença; em um segundo momento, a escrita do *phatos*-paixão-transferência, centrado na relação de transferência entre analista e analisando; em um terceiro momento, a escrita da história da doença juntamente com a transferência da relação terapêutica, para assim realizar o enlace teórico em psicanálise (Guimarães & Bento 2008).

Contudo, há seis passos que devemos passar para realizar a pesquisa psicanalítica do estudo de caso: 1) coleta dos dados da observação clínica, pelo relato do que foi observado e dito nas sessões; 2) anotação das interpretações clínicas feitas durante a análise; 3) construções teóricas e tentativa de relação entre o sintoma e os acontecimentos da vida do paciente; 4) teorização da clínica, que acontece fora do *setting* terapêutico; 5) metapsicologia,

ou seja, a construção das classes de objetos psíquicos como o inconsciente; 6) construções filosóficas gerais (Guimarães & Bento, 2008).

Na presente pesquisa, estas etapas consistiram na organização dos dados com base nas observações, relatos das sessões de psicoterapia e na análise do Teste Projetivo das Fábulas. Realizamos o estudo de caso, através da integração do material. Para a teorização da clínica, utilizamos como referencial o aporte psicanalítico para discussão e reflexão sobre o significado inconsciente das produções. Portanto, nosso propósito foi aprofundar a compreensão do sintoma e das manifestações de angústia na infância, bem como a representação da criança de suas figuras parentais relacionadas à trama familiar, a partir do estudo de caso de um menino de oito anos.

2.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), respeitando todas as normas da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

Organizamos o caso clínico de Nicolau com base na história de vida do menino, nas sessões clínicas e na interpretação do Teste das Fábulas (Cunha & Nunes, 1993). Assim, apresentamos a síntese da história e das sessões, seguidas da análise do Teste. Por último, realizamos a discussão clínica e integração do caso.

3.1 SÍNTESE DA HISTÓRIA DE VIDA

Nicolau é um menino de oito anos, que cursa a terceira série do ensino fundamental. Na primeira sessão, ele chega acompanhado de sua mãe, Rose. Segundo ela, Nicolau é muito nervoso, chora por qualquer motivo, não pode ser contrariado e róí as unhas dos pés e das mãos até sangrar. Nicolau também apresenta problemas de “*intestino seco*”²⁰, e passa muito

²⁰ O que se encontra em itálico no texto refere-se à fala literal dos sujeitos.

tempo sem defecar, tendo que tomar remédio. Só vai ao banheiro acompanhado de alguém, e chega a demorar até vinte minutos.

Rose relata que a gravidez de Nicolau foi complicada, pois ela sangrava muito. Teve que tomar remédio durante toda a gravidez para “*trancar*”, mas depois foi tudo bem. Conta que, há mais ou menos um ano, quando foram fazer o cadastro para atendimento psicológico, o filho sofreu um acidente com um ventilador em casa. O ventilador pegou fogo em seu quarto, ocasionando uma queimadura em seus pés. Ressalta, porém, que antes deste incidente, ele já era medroso; tinha vários medos, principalmente de ficar sozinho, em qualquer peça da casa. Além disso, Nicolau não fazia nada sozinho, não assistia à televisão, não ficava no quarto e sempre solicitava ter alguém junto a ele em quase todos os momentos. No momento atual, fica sozinho à tarde por duas horas, mas a avó materna tem que “*fugir do trabalho para espia-lo*”. A mãe conta que, certo dia, Nicolau gritou muito por socorro em casa, e tiveram que chamá-la em seu trabalho. Não era nada grave e, sim, o medo de ele ficar sozinho.

Seu pai, Ronaldo, reside em outra cidade. No discurso de Rose, este pai não se faz presente na vida do filho, chegando a ficar um ano sem ver o menino. Quando diz que vai buscá-lo, o filho se arruma, fica esperando, e o pai não aparece. A separação do casal aconteceu quando Nicolau tinha dois anos e foi um pouco conturbada, pois eles brigavam muito. Nessa época, uma das irmãs de Nicolau já tinha nascido e frequentava uma creche. A menina voltava para casa “*assada*”. Nessa ocasião, Rose descobriu que o dono da creche abusava da menina e o denunciou a polícia. Este momento foi muito difícil para Nicolau, que viu a tristeza e o desespero da família.

No discurso da avó materna Catharina, aparecem questões que nos ajudam no desenrolar do caso. A avó, que em alguns atendimentos “*invadiu*” a sala, demonstra preocupação e, muitas vezes, desespero. Catharina diz ver Nicolau como seu filho. Segundo ela, Rose brigava muito com ele quando ele era mais novo e, por esse motivo, elas decidiram que ele iria morar com ela, com a condição de que seria definitivo. Nicolau dorme na mesma cama que a avó, mas o quarto é dividido por um pano, para dar privacidade a ele. Catharina relata alguns medos em relação a Nicolau: não gosta que ele tenha amigos, nem que ele saia de casa. Conta que, quando Nicolau era pequeno, todas as atenções eram voltadas a ele; “*a gente não deixava nem ele cair*”. Depois, vieram os acontecimentos: “*a chegada das duas irmãs, a separação de seus pais, ele indo morar comigo, o meu namorado*”. Catharina diz não namorar em casa por respeito a Nicolau.

Com relação ao pai de Nicolau, o discurso da avó se mostra semelhante ao de Rose. Catharina afirma que Nicolau “*é louco pelo pai*”, mas este não quer saber dele. Atualmente, o pai está com outra família e com um filho pequeno.

Observamos que a demanda por atendimento traduzia-se na queixa de manifestações de angústia juntamente com o nó aparente no qual a trama familiar se encontrava. Nicolau expressava, a partir do discurso de suas cuidadoras e através das manifestações de angústia, grande dificuldade em se manter sujeito de seu próprio desejo, atestado pela impossibilidade de se separar das pessoas e da angústia que se sobressai em seu corpo. A função materna, evidentemente, é ocupada pela avó. A sua mãe cria e cuida de suas duas irmãs, mas não de Nicolau. Da mesma forma, o pai – não totalmente apagado do discurso, mas posto de lado – é tido como alguém que abandona. O nó que os une e que se faz ecoar nos sintomas de Nicolau vem anunciar que algo não está bem. Através do tratamento, teremos a possibilidade de *estremecer* esses lugares, para que surjam questionamentos passíveis de mudança.

3.2 SÍNTESE DAS SESSÕES

Nas primeiras sessões com Nicolau, fica evidente a impossibilidade do menino de se desgrudar das figuras cuidadoras, principalmente da avó. Na primeira sessão, na qual se encontram na sala, além de mim, Rose e Nicolau, o pai do menino surge na sessão através de um telefonema feito à mãe durante a consulta. Nicolau reage, afirmando não querer falar nem ver o pai. Rose entende sua reação, dizendo que o menino está bravo com o pai agora, mas que é “*louco por ele*”. Afirma que ela e sua mãe cobram muito de Nicolau, pois ele é “*o homenzinho da casa e é o mais velho*”.

Nos atendimentos que se seguem, a avó de Nicolau marca sua presença, me pedindo para conversar em particular. Ao se mostrar muito preocupada e dizer se tratar de algo urgente, combinamos ocupar alguns minutos da sessão de Nicolau, mas que marcaríamos uma entrevista separada. Catharina relata que Nicolau não sabe ler nem escrever e que a professora o passou de ano por pena. O diretor pediu um exame neurológico, pois Nicolau demonstra, além dessas dificuldades na escola, desatenção e sonolência em aula.

Ao relatar sua relação com Nicolau, começa a ficar mais evidente qual o lugar que ele ocupa na vida da avó. Ela não o deixa sair de casa e não quer que ele faça amigos, ou seja, o quer só para ela. No tempo limitado que tínhamos, ela deixa mais evidente suas fantasias. Em relação a Nicolau ter amigos: “*ele é muito bobinho, influenciável; depois vai que ele começa*

a se drogar com esses amigos, e fazer bobagem. Tenho medo que ele ande sozinho na rua. É muito perigoso, o trânsito está horrível, os assaltos, está muito perigoso”.

No decorrer dos primeiros atendimentos, Nicolau demonstra certa colagem em relação aos brinquedos. Exemplo disso está em não conseguir montar uma casa de brinquedo diferente da figura da caixa. Porém, aos poucos, Nicolau vai se desprendendo em sessão, inventando brincadeiras, inserindo nessas brincadeiras regras e leis. Em determinados momentos, peço-lhe que me ensine certos jogos dos quais não sei as regras. Com isso, abre-se a possibilidade para Nicolau sair do lugar de objeto e se deparar com um Outro que não sabe tudo, que não é onipotente e que lhe permite desejar. Deste modo, ele vai conseguindo se autorizar mais em sessão e, mesmo que minimamente, tem a possibilidade de se desprender.

Na quarta sessão, Nicolau demonstra desejo em certas atividades da escola: esportes e aulas extras. Observo o embaraço das leis nessa família. A mãe é quem cuida das questões relativas à escola de menino; as demais questões é Catharina quem cuida. Nicolau demonstra estar perdido diante dessas regras, assim como sua mãe, que exige respeito e obediência do filho, mas, ao mesmo tempo, impõe leis desconhecidas por ele. Nas sessões que prosseguem, Nicolau precisa confirmar que vai ter alguém o esperando em casa quando voltar. Pergunta para a avó ou para a mãe, quando estas o acompanham ao tratamento, se elas o esperaram em casa logo após terminar a sessão. Nicolau começa a praticar as atividades que desejava, entre elas, jogar futebol e aulas particulares, demonstrando muita empolgação para com elas.

A avó marca presença nas sessões, dando alguns recados, querendo conversar, ou simplesmente invadindo a sala, dizendo-se desesperada. Dentre os recados, então, a disponibilidade da professora em conversar, mas o número da escola e/ou da professora me foi concedido com resistência. Após inúmeras tentativas de conversar com a professora, tornou-se evidente a impossibilidade disso acontecer. Peço, também, na quinta sessão, o telefone do pai de Nicolau. Novamente sinto a resistência da avó, que já se justifica de antemão, afirmando que Ronaldo está sempre trocando o número do telefone, e frequentemente está muito ocupado.

Sem saber, neste momento, introduzo o pai nessa relação patológica na qual se encontra Nicolau. Ao nomear o pai em sessão, fica claro que ele é importante para a vida do menino, que é preciso saber sua posição, seu discurso, e sua presença na trama familiar. Conversar com o pai torna-se praticamente impossível. Os telefones que me foram concedidos só davam na caixa postal, impossibilitando meu acesso. Com a professora, aconteceu o mesmo. Nota-se a dificuldade da família em inserir outros discursos relacionados a Nicolau: a professora, que aparece na sessão através de recados, e o pai que apenas a mãe e

a avó podem ter acesso. Mesmo assim, somente por ser nomeado em sessão, o pai já se faz presente. Seu nome e seu lugar ficam demarcados, ameaçando os lugares nos quais estão posicionados os sujeitos nessa família.

Nas sessões seguintes, Nicolau demonstra muita insegurança nos jogos, fica ansioso e acha que vai perder sempre. Ele antecipa a perda, a todo o momento. Essa perda tão demarcada nas sessões pode indicar que Nicolau se percebe em um lugar de desvalia, isto é, desprotegido, o que, por sua vez, pode ter relação com a ausência da função paterna, ou o medo em perder o pai completamente. Assim, o menino faz suplência ao pai através de sua angústia. Ele demanda a função paterna para sair da posição de objeto na qual se encontra.

Agendo uma sessão separada com Catharina. Nesta oitava sessão, algumas das fantasias inconscientes da avó se revelam, demonstrando um pouco mais a relação que ela possui com Nicolau e qual a posição que seu neto ocupa na estrutura dessa família. Catharina se diz muito preocupada e desesperada. Afirma que Nicolau não se desgruda em nenhum momento e que está muito agressivo. Não sabe o que fazer.

O motivo mais aparente do descontrole da avó se faz desvelar na notícia que os vizinhos lhe dão. Estes a informaram que, quando ela está trabalhando, Nicolau fica na porta do prédio onde reside e, às vezes, caminha até a esquina. Ela fica furiosa por saber que ele andava na rua sem sua permissão, mesmo que só à frente de casa. Diz que ele está chorão e que fica escutando as conversas de adultos. Segundo ela, Nicolau ficou bravo, pois ela não deixou que um amigo o visitasse. No entanto, não gosta que leve amigos para casa, pois ela tem medo: *“o Nicolau é muito submisso. Esse amigo bate nele, eu já vi. No futebol, esse guri bateu no Nicolau na minha frente e na frente da treinadora, e o Nicolau não fez nada”*.

Catharina diz amar Nicolau, mas não sabe se vai seguir morando com ele, se ele continuar agindo assim: *“eu amo ele, mas desse jeito não vai dar. Não tenho mais idade. Eu disse pra ele: ou ele melhora, ou vou ter que deixar ele com a mãe dele, e a mãe dele eu sei que vai falar com o pai dele, deixar o Nicolau com o pai, pra dar um jeito”*. No momento, diz que, por essas ações, ela não está falando com o neto. Ameaçou tirar tudo dele: futebol, psicóloga, aula particular. No final, marcamos outro horário.

Na nova sessão agendada, a avó afirma que Nicolau está feliz agora, pois foi visitar o pai. Eis que o pai finalmente aparece, surpreendendo no desenrolar do tratamento. Catharina justifica que era aniversário de Ronaldo, e que ele entrou em contato, pedindo que o filho fosse passar o final de semana com ele. Catharina conversou com a esposa de Ronaldo. Ela salientou não querer que o marido seja ausente e gostaria que Nicolau fosse morar com eles. Catharina é enfática: *“Eu disse pra ela que ‘morar não’, que ele é minha vida, meu amor,*

meu companheiro, mas acho que ele devia ir ver mais o pai, já que o pai não pode vir ver ele”.

Segundo o relato da avó, Nicolau ficou muito feliz e teve que “implorar” que ela o deixasse ir. Ela relata que Nicolau adora vir à psicoterapia, mas que depois que começou o tratamento, ficou muito medroso. Saliento que foi por esse motivo que ele começou o tratamento, mas Catharina afirma que Nicolau ficou mais medroso do que antes. A transferência se faz presente, sendo que o motivo do medo do paciente é transferido para mim, ou seja, é por causa do tratamento que Nicolau está pior. Ao mesmo tempo em que Nicolau adora “vir à psicóloga”, manifesta, aos olhos e discurso da avó, uma piora nos sintomas.

Então, é importante indagar: ele está pior ou alguma coisa está começando a mudar? Sabe-se que, no tratamento de orientação psicanalítica, não se visa à extinção dos sintomas, muito pelo contrário; os sintomas são nossos aliados, principalmente a angústia, que demarca que o lugar da falta que é estruturante do sujeito, está sendo ocupado. Entende-se aqui que a piora do paciente no discurso da avó diz respeito a ele se posicionar mais, saindo da posição passiva em que se encontrava, demonstrando-se sujeito de desejo, separado da avó. Com a entrada do pai nessa relação, os lugares que antes estavam enrijecidos começam a *estremecer*.

Catharina relata que Rose é muito irritada com Nicolau, não tem paciência. “*Mesmo sendo uma ótima filha, como mãe ela deixa a desejar*”. No discurso da avó, Rose não é suficientemente boa para o filho. Segundo Catharina, em relação a coisas materiais, Rose não deixa lhe faltar nada, mas, em relação aos problemas e aos medos de Nicolau, Rose acha “*frescura*”.

Ao falar do neto, Catharina fala também de seus próprios medos: “*o Nicolau é muito romântico, muito ingênuo, tem medo que as pessoas abandonem ele, daí ele não briga com ninguém. Tenho medo que façam chantagem com ele, que ele fique apanhando, que nem ele apanha desse amigo que não é amigo, e ele não faz nada, não reage, depois vai lá e conversa com o menino de novo, tem medo de não gostarem dele*”. No final da consulta, sugiro a Catharina que procure atendimento psicológico para ela, no qual possa falar e refletir sobre suas questões.

Na décima sessão com Nicolau, este chega demonstrando felicidade. Relata que foi ver o pai e que gostou muito. Era para ele ficar o final de semana, mas permaneceu a semana inteira. Conheceu seu irmãozinho mais novo, que tem oito meses, e diz ter sido bem tratado. Relata que, no próximo feriado, está combinado de ele ir ver o pai novamente. Está animado, pois vai ver o pai com mais frequência. Nas sessões subsequentes, Nicolau relata que está indo sozinho para os atendimentos e para o treino de futebol.

Mais uma vez, é necessário agendar um atendimento com a avó, que seguia adentrando nos atendimentos do neto, demonstrando desespero. Ofereço um horário no qual Catharina está trabalhando, e Nicolau lhe alerta sobre isso. Ela diz conseguir sair do trabalho: *“eu dou um jeito, faço tudo pela minha vida, meu amor* (referindo-se ao Nicolau)”. O atendimento mostrou-se revelador. Catharina chega comentando que conseguiu dar uma *“fugidinha”* do serviço, pois trabalha há anos no mesmo local, e o patrão a conhece: *“ele sabe que faço tudo pelo meu amor, minha vida”*.

O discurso de Catharina em relação a Nicolau revela-se mais patológico no sentido de ele não estar no lugar de neto, ou mesmo, filho, mas de um marido, homem, amante. Seu desejo, demonstrado de forma impositiva, visa ao homem ideal, parceiro, companheiro. Catharina relata que um colega de trabalho tem dois filhos e que eles convidam Nicolau para brincar. Nicolau insiste, mas ela não deixa, pois tem medo. Na escola, segundo ela, *“a professora quer que ele faça o exame neurológico, porque ele está comendo as unhas dos pés e das mãos. Está em carne viva”*.

A avó não consegue sustentar sua palavra, isto é, deixa Nicolau de castigo, mas logo o libera, afirmando não saber guardar rancor, e que o neto *“é romântico igual a ela”*. Com relação ao menino morar com ela: *“(...) ele é impossível, eu sei que ele é chatinho, falador, mas ele é minha vida. Já disse pra Rose que desse jeito não dá. Eu criei ela e mais um filho e não passei por isso, criei com dificuldades, mas desse jeito vou devolver ele pra ela... mas não vou, não consigo”*. Catharina pede que eu fale para Nicolau que ela o ama e que é para ele não aceitar chantagens. *“Tem que ser homem. Se baterem nele, ele tem que bater de volta, tem que se defender, não pode ser um fracote...”*. Catharina chora muito na consulta; respira com dificuldade, soluçando.

Catharina assume ter muitos medos, e se culpa pelo o que o neto está passando. Diz já ter passado por muita coisa na vida. Viu seu pai abusar de sua irmã, e sua mãe que prometeu sempre protegê-las não fez nada. Catharina não culpa sua mãe, *“pois ela não estava em casa”*, mas diz ter sofrido muito. Depois viu a história se repetir com a filha de Rose, *“aquele horror na creche”*. Afirma ter medo que façam algo semelhante ao Nicolau: *“É disso que eu tenho medo que façam com o Nicolau, que o levem para o banheiro, que peçam pra ele fazer ‘coisas’... ele não sabe, é bobinho, e esses guris de hoje são violentos”*. Nicolau lhe pediu para ir ao futebol sozinho. Ela não deixou, pois as ruas estão violentas e que ela iria atrás dele cuidando.

Dos amigos de Nicolau: *“Ele fica incomodando, quer trazer amiguinhos pra casa. Quer ir na casa dos amiguinhos, eu não deixo. Vai saber o que eles vão fazer? Eu não vou*

poder proteger....”. Ao final da sessão, sugiro novamente que Catharina procure por atendimento psicológico, pois seria importante tanto para ela, como para Nicolau, ela ter um lugar em que pudesse falar mais sobre as suas questões.

Na semana seguinte, agendo uma sessão separada com Rose, que demonstra, neste momento, conseguir ocupar um lugar materno, fazendo-se mais presente na vida do filho. Ela conta que o menino não está indo bem na escola e que ele é muito submisso. Relata que dois colegas de Nicolau *“aprontam com ele”*, e que talvez ela tenha que ir ao conselho tutelar, pois, segundo ela, o filho *“apanha desses colegas, se vende por merenda. Ele não precisa disso, mas é pra não perder os amigos. A gente conversa com ele, mas não adianta. Ele tem esse medo de ser rejeitado, acho que é por causa do pai dele isso”*.

Rose confirma o lugar que Nicolau está posicionado em sua relação com Catharina. Ela conta que seu padrasto faleceu logo quando Nicolau nasceu e, por esse motivo, Catharina se apegou muito ao neto, fazia e faz tudo por ele. Rose diz saber que o filho ama a avó de um jeito diferente. Diz saber do amor que seu filho tem por ela, mas com a avó é diferente: *“eu sou a mãe dele, eu sei disso, mas a gente sente que eles se entendem...”*.

Ao relatar o comportamento de Nicolau: *“muito agressivo com as palavras. Ele se acha da nossa idade, parece que ele está sempre armado, desconfiado, se irrita por tudo, até quando não consegue colocar uma camiseta direito, ele se irrita”*. Ao falar do pai de Nicolau, Rose salienta não confiar muito em seu comprometimento. Conta que, quando Nicolau esteve com o pai, este teve que deixá-lo três vezes de castigo, pois ele estava muito agressivo com as palavras. Rose acha que o motivo é o medo de ficar sozinho: *“ele tem esse medo, a gente vê isso, sente isso, que ele tem muito medo, medo de ficar sozinho. Sempre tem que ter alguém junto. Agora que ele está andando mais sozinho, dá uma volta na quadra, compra chiclete...”*.

Na décima quinta sessão, Nicolau, faz um desenho, ilustrando um sol grande e amarelo, duas nuvens azuis, um solo verde, uma árvore e uma flor rosa, duas borboletas amarelas, e uma com as antenas verdes, uma menina e um menino e, ao centro do desenho, um balão de coração com um rosto alegre. Diz que, no desenho, estamos em um parque. Nicolau cobre toda a folha com giz de cera azul que esconde seu rosto, que logo retoca. O rosto que ficou opaco e desaparecido na folha, recebe retoques para que, enfim, se sobressaia. Nesta sessão, começo a conversar com Nicolau sobre o término do tratamento, que está próximo. Ele comenta sobre seus amigos da escola. Conta que um desses amigos o agride fisicamente, mas que ele não pode revidar, pois esses meninos sempre estão em três. Relata que, na verdade, não são seus amigos, mas que gosta deles mesmo assim. Pergunto-lhe quem

são seus amigos. Ele fica em silêncio, e fala sobre um menino que mora perto de sua casa, e de outro, mas que não lembra o nome.

Nicolau demonstra não possuir amigos fora da escola; e os amigos da escola são violentos com ele, confirmando as fantasias da avó. Os relacionamentos possíveis a Nicolau só podem ser feitos na escola, pois, fora dela, o único lugar que lhe resta é em casa, “protegido” pela avó. Os amigos com os quais Nicolau conseguiu fazer laços são exatamente os que a avó parece não lhe autorizar, afirmando que não é bom fazer amigos, não é seguro, eles são violentos e é melhor não tê-los.

No decorrer das últimas sessões, Nicolau vai conseguindo, de sua forma, ir se autorizando e se desprendendo, lidando com regras e leis, inventando jogos, lidando com a perda, tendo a possibilidade de ter voz. Assim, Nicolau mostra-se cada vez mais desprendido, participando de atividades na escola, indo à casa de amigos estudar e brincar. Relata que está sendo convidado para aniversários de coleguinhas da escola e vai ter a possibilidade de se fazer presente. Conversamos novamente sobre o fim do tratamento. Nas sessões seguintes, esse descolamento mostra-se mais evidente. Nicolau passou férias com seu pai e ficou mais que o tempo previsto.

Na penúltima sessão, converso de novo sobre o término do tratamento, já que o final dos atendimentos tinha que ser bem trabalhado, para que não fosse considerada mais uma perda para ele. Quando começo a falar sobre esse assunto, Nicolau faz silêncio e segue com outro assunto. Relata que tentaram assaltar sua casa, e que ele ficou com medo, mas, depois, se sentiu seguro. Ele estava dormindo e acordou com a sua avó gritando, mas ela já havia chamado à polícia, e seu namorado ia chegar com uma arma. A polícia só chegou duas horas depois. Segundo Nicolau, foi um susto, mas, no final, não aconteceu nada. Digo-lhe que o final do tratamento pode lhe deixar com medo, mas, assim como aconteceu em sua casa, logo ele poderá vir a se sentir seguro. Pergunto-lhe o que acha do final da psicoterapia. Ressalto que, na próxima semana, será nossa última sessão e aponto seus avanços. Nicolau concorda, diz que gosta de vir às sessões, mas reconhece que muitas coisas mudaram, para melhor.

Na última sessão, aviso para Nicolau que há duas semanas tento contatar sua mãe e sua avó, mas que não tenho retorno. A mãe e a avó não retornam minhas ligações, demonstrando certa resistência com o término do tratamento. Nicolau comenta que sua avó quer que ele continue com a terapia. Conversamos sobre o término novamente. Digo que se sua mãe e sua avó quiserem conversar comigo, podem entrar em contato. Encerramos, então, o tratamento.

Na outra semana, recebo o telefonema da avó de Nicolau. Ela quer conversar, e se diz muito preocupada e desesperada. Com o anúncio do fim do tratamento, *o mundo desaba* para ela. Tudo o que antes estava bem vem à tona como queixa novamente. Catharina chega à sessão, afirmando não estar bem e chora muito. Diz querer “entregar” Nicolau. Relata que ele incomodou muito para ir à casa de um amigo, e ela acabou deixando, mesmo contrariada. Nicolau disse a avó que os pais desse amigo sabiam que ele ia visitá-los. Quando chegou para buscar Nicolau, Catharina percebeu que os pais do amigo estavam reclamando, pois não queriam crianças no bar (na casa do amigo, tem um bar na frente). Ela justificou, dizendo que Nicolau tinha-lhe avisado que os pais sabiam que ele ia passar à tarde com eles, mas estes negaram. Segundo Catharina, *“não admiti isso, do Nicolau ter mentindo pra mim. Não acredito que ele mentiu pra mim. Ele nunca fez isso, não acredito (...). Daí o Nicolau veio, e perguntei pra ele porque ele tinha mentido. Ele me respondeu agressivo, e eu virei um tapa nele. Não me lembro disso, estava com raiva, furiosa, não me lembro de ter dado o tapa”*.

Catharina conta que chegou em casa e bateu de cinta em Nicolau. No outro dia, ela percebeu que o rosto dele estava vermelho e inchado: *“perguntei se ele tinha apanhado na escola, porque ele é um boca aberta, um trouxa! Ele disse que não, perguntei de novo. A Rose, que estava junto, também perguntou. Aí ele falou que tinha sido eu, que na hora que ele me respondeu, eu larguei a mão nele”*. Catharina relata que avisaram na escola sobre a agressão, e reuniram o conselho da escola juntamente com Rose. Esta não deixou Catharina ir à reunião da escola: *“eu disse que eu queria ir, eu que errei, eu tinha que ter ido na reunião, mas a Rose disse que eu não ia saber falar direito, como se eu fosse uma retardada, uma neurótica, então, acabei não indo. Briguei com ela, nem sei o que eles conversaram. Liguei a manhã inteira pra ela, e a gente acabou brigando por telefone, e não sei o que aconteceu”*.

Catharina assume tratar o neto como um adulto e parecer ter uma relação amorosa com o mesmo. Afirma que, nas brigas, sempre salienta que *“vai deixar dele”*, e que deve ser por esse motivo que ele é inseguro. Segundo Catharina, *“às vezes, quando brigo com ele (Nicolau), eu digo que vou mandar ele morar com a Rose. Ele deve ser inseguro nisso... Mas, com a Rose, ele já me disse que não mora, que ele vai morar com o pai dele. Ele voltou das férias que passou com o pai com essa certeza. Porque o pai dele quer que ele more lá, e eu sei que é o melhor pra ele, que ele educa bem, só tem que estudar. Mas eu não sei se consigo mais cuidar dele, com toda essa confusão. Eu digo uma coisa, a Rose diz outra, ela me desautoriza, eu desautorizo ela, fica nessa confusão”*.

Catharina demanda muito. Pergunta-me o que ela deve fazer e fala-me o que eu devo dizer. Ressalto a importância de Nicolau ter a estabilidade e segurança de que, se fizer alguma

“arte”, não vai ser mandado embora de casa. Catharina afirma que Nicolau quer muito morar com o pai, e que ele voltou das férias muito bem: *“ele veio das férias que passou com o pai maravilhoso, educado, parou de roer as unhas. Desde as férias com o pai ele não rói mais. Ele gosta de lá, voltou de lá, sentou comigo, parecia um adulto, e me explicou que ano que vem, ele vai ir morar com o pai, que o pai vai ver uma escola pra ele, e que, nos finais de semana, ele ia vir me visitar. Eu fiquei impressionada. Disse que também poderia ir visitar ele”*. Depois de escutar e trabalhar às preocupações da avó, reafirmo-lhe o término do tratamento com Nicolau e reforço que, agora, o mais importante era eles conseguirem, a seu modo, resolverem estas questões.

Segundo Catharina, *“ele melhorou muito mesmo, não está mais roendo as unhas, está bem na escola, está menos agressivo, menos ansioso, mas ele me pediu, que queria muito continuar contigo, ele te adora (...)”*. Com esta última tentativa de sedução de Catharina, afirmo-lhe que não seguirei mais atendendo na instituição, mas, mesmo assim, a minha indicação é que seria interessante eles resolverem estas questões, em relação ao Nicolau ir ou não morar com o pai e/ou seguir morando com ela. Era importante que eles estabelecessem laços, nos quais a autoridade fosse bem definida e exercida, e que certas questões deveriam ser trabalhadas por ela. Ressalto a necessidade de ela começar um tratamento psicológico. Esta foi minha indicação naquele momento. Catharina concordou.

3.3 RESULTADOS DO TESTE DAS FÁBULAS

Na interpretação dos resultados do Teste Projetivo das Fábulas, na fábula um (do passarinho), o fenômeno choque apareceu, assim como nas fábulas três, seis, sete e dez. Esse fenômeno aparece quando a criança dá respostas curtas para se ver livre do que a incomoda. Na fábula dois (do aniversário de casamento), ocorreram às respostas simbólicas, bem como na quatro, cinco, oito e dez. Na resposta simbólica, o sujeito introduz em sua verbalização imagens de seu sistema simbólico individual, incluindo estereótipos culturais e reagindo de maneira pessoal aos agentes externos. Na fábula três (do cordeirinho), a resposta popular se sobressaiu, assim como na sete, na oito e na nove. Nas fábulas cinco e oito, ocorreram duas respostas, a simbólica e a popular.

Ainda que nas demais fábulas predominassem narrativas de ação ativa e afetos deslocados para o ambiente, o que podemos observar é que Nicolau está em uma situação em que seu estado emocional manifesta-se de forma depressiva e triste se sobressaindo também à

manifestação de medo. Nota-se um conflito edípico mal ou não resolvido. Aparecem questões agressivas, que talvez não possam ser bem expressadas em relação aos pais, que ilustram as histórias. No entanto, nas respostas de Nicolau, fica evidente um empobrecimento simbólico, pois ele responde sem conseguir deslizar muito entre seus significantes, mantendo-se colado a um discurso que pouco deixa escapar. Mas neste pouco que deixa escapar, abre-se o caminho para uma possível intervenção nessa rede familiar que se mostra entrelaçada as fantasias que se manifestam sob forma de angústia em Nicolau.

3.4 DISCUSSÃO DO CASO CLÍNICO

No transcorrer dos atendimentos clínicos com Nicolau, foram se desenrolando os nós em que o mesmo se encontrava e que também se encontravam os sujeitos que o rodeavam. Já nas primeiras entrevistas, ficou claro que o conflito da trama edípica não se desfez. O que aparece como manifestação de angústia em Nicolau apresenta-se como uma tentativa de denunciar o Outro (função materna exercida pela avó) pelo medo aterrorizante em ficar sozinho. O desejo mortífero da avó não permitia que ele se descolasse (Zornig, 2008). Nicolau expressa, através de seus sintomas, não conseguir se descolar da avó para mais nada. Os medos manifestados, de ficar sozinho em qualquer peça da casa, a agressividade, roer as unhas até sangrar, possuem relação com as fantasias inconscientes de Catharina.

Supomos, através do tratamento e do Teste Projetivo das Fábulas que a representação de Nicolau de suas figuras parentais era de insegurança e fragilidade. A representação da função materna (exercida pela avó) era de uma figura sufocante de seu desejo, representando uma alienação patológica e engolfadora. A representação paterna de Nicolau era manifestada através de sua angústia de se separar das demandas da avó. Nicolau fazia suplência ao pai, o que aparece no tratamento (*ele é louco pelo pai*) e também no Teste das Fábulas (fábula 5, na qual a “criança” *pede ajuda ao pai*). A representação do pai é de ausente e que falhou em sua função de terceiro.

O pai, então, apresenta-se como falho em sua função de agente da castração simbólica. Com isso, deixa o filho à deriva dos caprichos da função materna e em uma lei que funciona conforme o desejo da avó e não como estruturante e organizadora da relação entre os membros da família. Este pai não cumpre de maneira satisfatória sua função de terceiro, de interdito, deixando Nicolau preso na díade com a avó, sem conseguir desprender-se. No entanto, o pai, excluído da trama familiar, mas não totalmente apagado no discurso, exerceu sua função simbólica inicial; senão, estaríamos relatando um caso de psicose. A mãe de

Nicolau tenta minimamente entrar nessa díade avó-neto, mas não consegue. Para conseguir sobrevir como sujeito desejante, “deu de presente” o filho para a sua mãe suprir uma falta, recusando a castração, tornando-a e mantendo-a completa (Zornig, 2008).

Entretanto, na última sessão, através do discurso de Catharina, podemos perceber que Rose assume sua função ao deixar a avó de fora da reunião do conselho na escola. Isso acaba fazendo uma função de lei, que se sobrepõe, freando a avó. Rose, então, assume um importante papel do qual ela estava afastada, isto é, assume sua função de mãe, barrando as demandas desenfreadas de Catharina. Além disso, pela primeira vez, Nicolau posiciona-se frente à avó, afirmando que a origem da agressão partira dela. Trazer esta questão para o domínio público, inserir a função de lei através da mãe e inaugurar a escola como um agente de reconhecimento do lugar de Nicolau, foram situações importantes de desvelamento do nó familiar. De certa forma, apontou que a manutenção deste nó estava extremamente ligada à Catharina, que lutava para que o enodamento não fosse desfeito.

Observamos, então, que o sintoma de Nicolau se enlaça na dinâmica parental em que ele se encontra, ocupando a posição de objeto do desejo do Outro, nublando com seu sintoma as questões relativas à avó como sujeito, isto é, a necessidade da avó de se enfrentar como sujeito incompleto, impossibilitada de recuperar o objeto de desejo perdido e suprimindo sua falta através de Nicolau. Surgem, assim, as fantasias de Catharina para com Nicolau, tais como o medo de deixá-lo sozinho e a possibilidade de que se repetisse com o menino o que acontecera com sua irmã e com sua neta. A violência de seu passado se faz presente refletida em seus medos projetados no menino, fazendo-a abraçar e *proteger* Nicolau de maneira sufocante, deixando-o à deriva do enclausuramento, sobrevivendo em Nicolau as crises de angústia para alarmar o lugar do desejo. A proteção de Catharina mata e sufoca o desejo do menino, além de se expressar sua própria agressão para com Nicolau.

Ao mesmo tempo, a escuta se fez também para com a rigidez desses lugares em que estavam posicionados os sujeitos dessa relação. Catharina não deixava ninguém entrar em sua relação com o Nicolau: a mãe é menos importante que ela, o pai está bem onde está e seu namorado não pode entrar em sua casa por causa de Nicolau. A demanda inicial deixa em aberto a possibilidade de Nicolau não se separar nem se deslocar da posição na qual se encontrava. Na queixa inicial apresentada, nos deparamos com um menino que estava amarrado na relação narcísica da avó. Seu sintoma denunciava a posição na qual ele se encontrava inserido nessa trama. Com isso, ele se agarrava à avó, em todos os lugares da casa, não suportava seu corpo separado do dela, bastando-lhe essa relação especular. Porém, no

decorrer dos atendimentos, surge o desejo de Nicolau de se desgrudar, se descolar, sair dessa posição mortífera, sobressair-se como sujeito de seu próprio desejo (Zornig, 2008).

Ao funcionar como um elemento terceiro, que se interpõe entre Nicolau e Catharina, o tratamento proporciona que o menino se questione sobre quem deve escolher suas atividades e quais atividades, quem deve ter amigos e quais amigos. Como terapeuta, fico, algumas vezes, como “causadora” do agravamento do sintoma, justamente quando Nicolau começa a se desprender. Meu lugar de terapeuta neste processo se faz valer no momento da determinação de a avó não entrar na sessão, para que, assim, pudesse ser delimitado um espaço. Em consequência, a avó fica de fora, e mantém uma relação ambígua de amor e ódio comigo, evidenciada pelo discurso de ora apresentar o menino como me adorando, ora piorando nos sintomas; ora querendo ir ver o pai, mas tendo que implorar para que isso aconteça. Ao mesmo tempo em que é vista como protetora da integridade de Nicolau, a avó também é vista como um risco que ameaça o gozo sintomático de Nicolau fixado no lugar de objeto.

Nicolau veio substituir o marido “perdido” de Catharina, e novamente o significante “perda” aparece entrelaçado na trama dessa família. Rose “dá o filho de presente” para a mãe superar sua perda. É da perda que se trata. Exemplo disso ocorre, quando, nas sessões, através dos jogos, aparecem o medo e a angústia do menino em perder nos jogos, o medo de ficar sozinho, indicando que não consegue se descolar e perder as pessoas. A avó o ganhou, pois perdeu. Perdeu o marido e ganhou outro de presente. Assim, Nicolau implora para se descolar através de sua angústia, e tenta se desprender mesmo que minimamente. Com isso, ao colocar o neto no lugar privilegiado de objeto amoroso (*ele é tudo pra mim, meu amor, minha vida*) Catharina desloca para ele um desejo sexual que deveria ser direcionado a outro adulto que pudesse responder-lhe pela linguagem da paixão e não inserir em Nicolau significantes obscuros, aos quais ele precisa responder através de seu sintoma. A questão trazida para os atendimentos pela avó e pela mãe de Nicolau apresenta seu lado opaco relacionado ao inconsciente dessas mulheres, ligados à implicação no sintoma do menino. Ao mesmo tempo, ele procura responder à demanda que lhe é solicitada, através de seus sintomas, construindo por meio dessa fantasmática, uma neurose infantil (Zornig, 2008).

Sabe-se que o desejo do Outro é de extrema importância para fazer do bebê recém-nascido um participante do campo simbólico. Ao tomar o bebê como objeto de seu desejo, o Outro (função materna) o torna parte de si, sendo os dois um só. O bebê passa a ser o falo materno e encontra um primeiro sentido, isto é, o de fazer-se objeto para o gozo do Outro. No entanto, para que o bebê não fique apenas puro corpo biológico, é necessário a entrada no

campo do desejo do Outro. Deste modo, ao lhe propor um lugar, esse Outro irá, através de imagens e significantes, fundar o sujeito. Através do estádio do espelho, que monta a imagem corporal, transformará o organismo em corpo próprio. Assim, ao ser reconhecida pelo Outro, a criança tomará sua imagem como base para seu eu. Há um tempo primordial de ser objeto para o Outro (que captura o corpo e inscreve significações), tempo que é sustentado pela ilusão do Outro-todo, completo. Ao passar posteriormente pela operação de alienação, que dá entrada ao campo da linguagem, o sujeito apreende seu corpo e inscreve significações e, assim, poderá vir a se representar no campo simbólico. Com essa operação, o sujeito fica submetido à ordem simbólica. Contudo, trata-se de chegar nesse lugar, para logo abandoná-lo, pois vai ser preciso uma nova operação, fundamental: *tornar o desejo próprio pela via da separação* (Bernardino, 2007).

Não é exatamente essa a posição na qual se encontrava Nicolau? Preso no lugar de objeto de desejo do Outro, tentando desesperadamente se desprender, assim como sua avó tentava desesperadamente não deixá-lo? No entanto, é somente através da operação da separação que o sujeito vai encontrar uma nova saída resultante de duas faltas: a do Outro que, ao fazer uma demanda, revela-se como faltante, isto é, desejante; e a do próprio sujeito que irá se defrontar com sua incompletude. A avó de Nicolau, em sua impossibilidade e dificuldade em se assumir castrada, faltante, aprisiona-o com seu desejo mortífero sufocante, trazendo à tona o enigma de seu desejo, resultando nas manifestações de angústia apresentadas pelo neto (Bernardino, 2007).

Assim, quando há a possibilidade dessa separação, ela é percebida através da operação do Fort-Da²¹. Com isso, a ilusão do Outro-todo completo vai, aos poucos, sendo quebrada pelas alternâncias do agente desse Outro (geralmente a mãe que se alterna em presenças e ausências) e se faz faltante. Portanto, o falo que o bebê se faz para a mãe já não é suficiente para retê-la. No caso do Nicolau, essa função materna, do Outro, é exercida pela avó. Mas que falta ele tinha? O medo de ficar sozinho refletia-se na impossibilidade da avó de assumir-se faltante, tendo como consequência a proteção patológica e o terror da perda. Nicolau se encontrava, então, nesse conflito de não conseguir se fazer sujeito de seu próprio desejo e ter que dar conta das fantasias da avó (Bernardino, 2007).

Mas ainda é preciso ir adiante, na questão da constituição psíquica do sujeito e entrar em outra operação psíquica fundamental: o Édipo. Nesta operação, a castração do Outro é

²¹ Jogo em que Freud observou seu neto, que lançava um carretel preso a um fio e o recuperava, repetindo várias vezes a brincadeira e enunciando: “ó” (Fort – longe em alemão) e “á” (Da – aqui, em alemão), ilustrando a tentativa de elaboração da separação da função materna e a entrada na linguagem (Bernardino, 2007).

encontrada (ou espera-se que seja). A função paterna se faz fundamental como mediadora, apresentando a possibilidade de um caminho além da lei materna, mas fundado por ela, pois é através da função materna que a palavra da mãe vai dar abertura para a criança ser apresentada à função paterna. No caso do Nicolau, a função paterna se fez valer no momento em que o pai foi nomeado e convocado a integrar (e mediar) a relação dual mortífera entre Nicolau e Catharina.

Tanto o pai como a professora foram impedidos, de alguma maneira, de fazerem parte concretamente do tratamento. Entretanto, o valor simbólico de suas operações tiveram efeito, ou seja, como sujeitos que poderiam vir ocupar a posição de agentes separadores dessa relação patológica entre avó-neto. Somente por serem nomeados em sessão, principalmente o pai, o laço dual foi *estremecido*, surgindo questionamentos e mudanças, em especial da parte do menino. O pai retorna à vida de seu filho com a força de sua função, mostrando seu valor e exercendo seu papel fundamental, apontando um novo horizonte de sustentação e possibilidade de desejo para seu filho. Este se agarra *com unhas e dentes* nesta possibilidade, *sacode* a estrutura que antes estava acomodada nas fantasias e nos desejos da avó, para se rebelar contra o lugar em que se encontrava como quase que completamente objeto de pura angústia (Bernardino, 2007).

A partir disso, portanto, verificamos a evolução da relação da criança com o Outro, nessa sequência de operações psíquicas. São essas mudanças de posições que vão resultar na mudança da posição de objeto para o Outro para sujeito de sua história. Com isso, destacam-se dois elementos essenciais nessas operações: o falo e a castração. O falo, como a chave das significações do campo simbólico (que introduzirá a criança no mundo simbólico); e a castração (falta) que, por sua vez, deve incidir primeiramente no Outro para não atingir o pequeno sujeito. Se o Outro aceita deixar-se marcar pela falta e assumir-se como sujeito castrado, faltante, a criança poderá fundar-se como sujeito dividido e desejante. Após isso, a finalização do complexo de Édipo se faz com a neurose infantil, e a criança fica na espera da puberdade, período de latência.

No caso do Nicolau, através do tratamento, se fez valer a função terceira na relação mortífera entre avó e neto. Com isso, pode-se questionar a posição em que se encontravam os sujeitos na trama familiar e como o sintoma e as manifestações de angústia sustentavam os lugares. A entrada da função paterna foi essencial para o desenrolar do tratamento, mostrando possibilidades a Nicolau, não só de desejo, mas de sustentação do mesmo, podendo ele sair da posição de objeto (mesmo com a resistência da avó) para a de sujeito desejante.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do caso clínico permitiu identificar que as manifestações de angústia estavam associadas às questões da configuração familiar que colocavam Nicolau em uma posição de dependência da função materna (exercida pela avó) e, portanto, o sintoma indicava o esforço de romper com esta posição. O gradual envolvimento da função paterna permitiu a consolidação da posição edípica e a diminuição da sintomatologia clínica. Supomos, através dos atendimentos e do Teste Projetivo das Fábulas, que a representação que Nicolau tinha de sua figura materna (avó) era de uma figura sufocante que o colocava a mercê de suas demandas e seus desejos, ficando alienado no lugar de objeto. A representação parental de Nicolau era de figuras que abandonam, e do pai em específico, como ausente, para o qual o menino fazia suplência como um elemento terceiro.

Considerando o objetivo de compreender os processos psíquicos relacionados às manifestações de angústia na criança, associados à trama familiar, e a representação que a mesma possui de suas figuras parentais, a partir do tratamento, evidenciamos a rede de significantes em que o paciente estava inserido. Foi possível identificar que, através de seu sintoma, ele vinha alarmar o lugar em que estava situado na estrutura familiar, ou seja, como objeto do Outro, objeto de amor. Concluíamos, por conseguinte, que o sintoma que era expresso pelas manifestações de angústia e medo demonstrava a insegurança do paciente por ainda estar alienado ao desejo do Outro, não conseguindo simbolizar a presença e a ausência. Com a entrada da função terceira em cena, houve a possibilidade de o sujeito advir como sujeito de desejo. No caso do paciente Nicolau, essa possibilidade se sobressaiu, pois obtivemos um prognóstico bom, na medida em que ele teve a oportunidade de se fazer sujeito de sua própria história.

Entretanto, podemos observar a complexidade da clínica infantil que engloba toda uma rede familiar na qual a criança encontra-se inserida, alertando-nos para a necessidade de um atento olhar clínico e singular diante dessas questões. Apontamos as limitações desse estudo, por ser um estudo de caso único, mas ressaltamos a importância de cada caso ser um caso de escuta singular da criança na clínica psicanalítica inserida em sua trama familiar, indicando as funções parentais como fundamentais na constituição psíquica do sujeito. A dificuldade da clínica psicanalítica com crianças descortina a grande implicação do psicoterapeuta no tratamento, pois a criança, diferentemente do adulto, não se expressa (somente) pela fala livre. O terapeuta deve ter a implicação de escutar a criança e também estar aberto às demandas e

fantasias parentais, sendo de grande importância para a condução do tratamento de orientação psicanalítica infantil e na implicação do sintoma.

Com o caso clínico apresentado, abriu-se a possibilidade de novos estudos com o foco na relação e vínculo inicial entre cuidador e criança, no que diz respeito ao gozo do cuidador que sustenta a criança no lugar de objeto. Sugerem-se mais pesquisas focando o sintoma da criança relacionado à trama familiar, pois a criança, através do sintoma, expressa que alguma coisa não está bem, e os pais, exercendo ou não suas funções, podem ter implicação no sintoma e devem se comprometer para com o tratamento.

REFERÊNCIAS

- Bernardino, L. M. F. (2007). A intervenção psicanalítica nas psicoses não-decidas da infância. Em Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) (Org). *Psicose: aberturas da clínica* (pp. 54-66). Porto Alegre: Libretos.
- Boekholt, M. (1993). *Épreuves thematiques en clinique infantile: approche psychanalytique*. Paris: Dumond.
- Calligaris, C. (2008). *Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas, aspirantes e curiosos*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Chemama, R., & Vandermersch, B. (2007). *Dicionário de Psicanálise*. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos.
- Costa, T. (2007). *Psicanálise com crianças*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Costa, T. (2009). O desejo do analista e a clínica psicanalítica com crianças. *Psicanálise & Barroco em Revista*, 7(2), 86-102.
- Couto, L. V., & Chaves, W. C. (2009). O trauma sexual e a angústia de castração: percurso freudiano à luz das contribuições de Lacan. *Psicologia Clínica*, 2(1), 59-72.
- Cunha, J. A., & Nunes, M. L. T. (1993). *Teste das Fábulas: forma verbal e pictórica*. Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Dolto, F. (1996). *No jogo do desejo: ensaios clínicos* (2ª ed.). São Paulo: Ática.
- Dolto, F. (2007). *As etapas decisivas da infância*. São Paulo: Martins Fontes.
- Faria, M. R. (1998). *Introdução à psicanálise de crianças: o lugar dos pais*. São Paulo: Hacker (Cespuc-FAPESP).
- Ferrari, A. G., & Donelli, T. M. S. (2010). Tornar-se mãe e prematuridade: considerações sobre a constituição no contexto do nascimento de um bebê com muito baixo peso. *Contextos Clínicos*, 3(2), 106-112.
- Fonseca, A. L. B., & Mariano, M. S. S. (2008). Desvendando o mecanismo da projeção. *Psicologia em Foco*, 1, 1-8.
- Freud, S. (1996). Apêndice: O termo 'angst' e sua tradução inglesa. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 3, pp. 117-118). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1895).

- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 7, pp. 15-133). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996). Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas de Sigmund Freud*. (Vol. 5, pp. 15-131). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1909).
- Freud, S. (1996). Sobre a psicanálise. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 12, pp. 223-229). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996). Inibições, sintoma e ansiedade. Em J. Strachey (Trad.) *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. (Vol. 20, pp. 81-167). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1926).
- Fuks, B. B. (2001). Notas sobre o conceito de angústia. *Estudos de Pesquisa em Psicologia*, 1(1), 9-24.
- Guimarães, R. M., & Bento, V. E. S. (2008). O método do “estudo do caso” em psicanálise. *Psico PUCRS*, 39, 91-99.
- Iribarry, I. N. (2003). O que é pesquisa psicanalítica? *Agora*, 1, 115-138.
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. Em J. Lacan. *Outros Escritos (1962-1963)* (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2005). *O Seminário, livro 10: a angústia (1962-1963)*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua “doença” e os outros*. São Paulo: Via Lettera.
- Motta, C. R., Silva, L. R., & Castro, H. de. (2010). A psicanálise da criança: um estudo de caso. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 9(1), 89-94.
- Moura, A., & Nikos, I. (2000). Estudo de caso, construção de caso e ensaio metapsicológico: da clínica psicanalítica à pesquisa psicanalítica. *Pulsional: Revista de Psicanálise*, 140/141, 69-76.
- Nasio, J-D. (1993). *5 Lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Pisetta, M. A. A. M. (2009). A falta da falta e o objeto da angústia. *Estudos de Psicologia*, 26, 101-107.

- Prizskulnik, L. (2004). A criança sob a ótica da psicanálise: algumas considerações. *PSIC – Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 5(1), 72-77.
- Rassial, J. J., & Pereira, M. E. C. (2007). Questions épistémologiques et méthodologiques sur la validation en psychanalyse: epistemological and methodological questions about the validation in psychoanalysis. *Psychologie Française*, 53, 71-80.
- Rego, J. A. (1998). *Fobia em Lacan: reflexões sobre a relação de objeto e as estruturas freudianas*. IV Jornada Freudiana Lacaniana. Recife. Recuperado em 20 de maio de 2010, de <http://www.psicanalise.org/psinew-textos/psi-fobia-lacan.htm>.
- Roizin, S. (2009). O tempo do sujeito-criança do inconsciente. *Stylos Revista de Psicanálise*, 2(18), 135-145.
- Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sublime, L. (2003). Des limbes du symbolique a l'acte d'auteurisation ou de la fonction sinthomatique de l'usage des tests en psychologie clinique. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI(1), 130-147.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39, 507-514.
- Werlang, B. S. G., Fensterseifer, L., Lima, G. Q. de. (2006). Teste Aperceptivo Familiar (FAT): técnica projetiva de avaliação psicológica. *Avaliação Psicológica*, 5(2), 255-260.
- Zimmermann, V. (1997). *Os transtornos na constituição psíquica: efeitos no corpo e nos processos de alfabetização*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo. Recuperado em 23 de janeiro de 2011, de www.tekowam.com/verabzimmermann
- Zornig, S. A-J. (2008). *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta.

ANEXOS

ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Eu, Juliana Zinelli Bolsson, psicóloga, mestranda em Psicologia Clínica da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), juntamente com a minha orientadora Profa. Dra. Sílvia Pereira da Cruz Benetti, estou realizando a pesquisa Angústia na Infância. Esta pesquisa tem como objetivo a compreensão aprofundada das situações de angústia na infância no atendimento de crianças e/ou adolescentes. Considerando a importância dessas manifestações na clínica infantil atual, refletida na alta procura por atendimento psicológico, verifica-se a necessidade de aprimorar o entendimento do funcionamento psíquico infantil. A pesquisa será realizada no Projeto Ambulatorial de Atenção à Saúde (PAAS), da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, Rio Grande do Sul. Gostaríamos de convidar seu (sua) filho (a) (neto (a), sobrinho (a)) a participar deste trabalho.

A participação nessa pesquisa consistirá de até vinte e cinco entrevistas, realizadas com periodicidade semanal, e da aplicação de um instrumento psicológico que solicita à criança a narrativa de histórias livres. Caso necessário, será dada continuidade para o atendimento psicológico, após o final do trabalho. Você receberá um retorno da avaliação e pode interromper a participação no estudo a qualquer momento do trabalho, sem que haja qualquer prejuízo ao atendimento psicológico de seu filho (a). Além disso, você não será identificado em nenhum momento, sendo que sua identidade e dados familiares não serão revelados, assim como será mantida confidencial a identidade da criança ou adolescente.

Você também pode solicitar informações e esclarecimentos que achar necessário e contatar a pesquisadora responsável por este trabalho, Psicóloga Juliana Zinelli Bolsson – CRP: 07/17845, a qualquer momento, pelo telefone 51 33919140 ou 51 97847813. Este termo deverá ser preenchido e assinado em duas vias, sendo que uma permanecerá com você e a outra deverá ser devolvida ao pesquisador.

Desde já, agradecemos a sua contribuição para o desenvolvimento deste trabalho e colocamo-nos a disposição para esclarecimentos adicionais.

São Leopoldo, _____ de 2010.

Assinatura do responsável: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____
Psicóloga Juliana Zinelli Bolsson CRP: 07/178445

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 23.12.20

ANEXO B – TESTE DAS FÁBULAS

APLICAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

No Teste das Fábulas, as histórias não devem ser lidas nem modificadas, mas memorizadas. Com crianças até oito anos aproximadamente, ao mesmo tempo em que se começa a contar a história, apresenta-se a lâmina correspondente e, no decorrer da história, vai se indicando a ilustração adequada, sempre marcando o tempo para cada uma das fábulas, isto é, o tempo que a criança levou para começar a contar a história (tempo de reação). As verbalizações devem ser anotadas integralmente, bem como as pausas, as mudanças de entonação de voz ou os comportamentos não-verbais, pois podem haver verbalizações não adaptadas (examinadas quanto à ocorrência de estados emocionais, fantasias e defesas). Ao final de cada verbalização, faz-se um inquérito, mesmo que a verbalização seja curta e que não deixe dúvidas, para que assim se possa enriquecer a resposta. É preciso ter cuidado, pois as perguntas devem ser neutras e não sugestivas, mas ter a intenção de estimular a fantasia (Cunha & Nunes, 1993).

A análise do material se dá, primeiramente, pelo manejo dos dados, que corresponde:

- 1) Tempo de reação (TR), caracterizando o tempo que a criança leva para dar sua resposta logo após o término da fala do terapeuta. O TR acima de dez segundos é considerado longo, podendo indicar resistência, mesmo se a resposta for considerada com conteúdo normal. Uma resposta rápida e/ou imediata pode sugerir a presença de um conflito;
- 2) Choque: quando a criança dá uma resposta muito curta;
- 3) Contaminação: quando a resposta for semelhante à da fábula anterior ou pela parte da história da fábula anterior;
- 4) Perseveração: elementos essenciais da história ou da resposta, que aparecem mais de uma vez;
- 5) Respostas não adaptadas: respostas que não apresentam nexos lógicos;
- 6) Auto-referência: a criança pode se colocar na história, mas depois nega;
- 7) Distúrbios Perceptuais: adições, omissões ou distorções do tema;
- 8) Sequência: revela a inter-relação dos temas, para que se possa chegar a um entendimento mais integrado sobre o caso;
- 9) Censura inicial e final: quando a criança inicialmente produz respostas neutras, mas depois surgem os problemas que geram conflitos, a isso se chama de censura inicial. A censura final acontece quando, ao final das fábulas, aparecem respostas neutras, populares e aceitáveis;
- 10) Simbolismo: verbalização na qual a criança introduz imagens de seu sistema simbólico individual (Cunha & Nunes, 1993).

Os estados emocionais são categorizados por: tristeza, ansiedade, medo, ciúme, raiva, alegria, depressão, culpa, remorso, onipotência/impotência, admiração, fracasso, sucesso. A categorização das respostas inclui, em específico para cada lâmina: 1) Tempo de Reação; 2)

Ação (0. Sem resposta, 1. Ação não adaptada ao conteúdo da fábula; 2. Passiva; 3. Insegura; 4. Ativa; 5. Passiva-Ativa; 6. Insegura-Ativa; 7. Ativa-Passiva; 8. Ativa-Insegura); 3) Enredo; 4) Personagens; 5) Desfecho; 6) Resposta Popular; 7) Resposta não adaptada ao conteúdo da fábula; 8) Resposta simbólica; 9) Choque; 10) Auto-referência; 11) Distúrbios perceptuais; 12) Fantasias; 13) Estados emocionais; 14) Defesas (Cunha & Nunes, 1993).

A categorização das fantasias caracteriza-se por: 0) Sem resposta ou sem indícios; 1) Abandono; 2) Rejeição; 3) Agressão deslocada para o ambiente; 4) Auto-agressão; 5) Heteroagressão ativa; 6) Heteroagressão passiva; 7) Volta ao útero; 8) Onipotência; 9) Edípica; 10) Privação; 11) Reparação; 12) Narcisista; 13) Ganho secundário; 14) Castração; 15) Impotência; 15) Castigo. A categorização das defesas inclui: projeção, negação, distorção, atuação, bloqueio, hipocondria, introjeção, comportamento passivo-agressivo, regressão, deslocamento, somatização, isolamento, racionalização, formação reativa, repressão. Por último, é realizada a integração do material (Cunha & Nunes, 1993).

Na sessão da aplicação do Teste das Fábulas, explico para Nicolau que lhe contarei algumas histórias para ele terminá-las, e lhe mostrarei algumas figuras correspondentes às histórias. Nicolau não gosta no início, se mostra resistente, mas aceita. Nicolau responde às fábulas com duração total de quinze minutos. As respostas foram curtas, e eu tive que fazer algumas perguntas.

História 1: “Um papai e uma mamãe pássaros e seu filhote passarinho estão dormindo em um ninho, no galho. De repente, começa a soprar um vento muito forte que sacode a árvore, e o ninho cai no chão. Os três passarinhos acordam em um instante, e o passarinho papai voa rapidamente para uma árvore, enquanto a mamãe passarinho voa para outra árvore. O que vai fazer o filhote passarinho? Ele já sabe voar um pouco...”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Vai sair voando para a mamãe.

Terapeuta: Hum, algo mais?

Nicolau: É isso.

Nicolau pergunta quantas histórias são e se vai demorar muito. Digo-lhe que são dez histórias e que, depois, se sobrasse tempo, poderíamos fazer o que ele quisesse. Nicolau aceita.

História 2: “É a festa de aniversário de casamento do papai e da mamãe. Eles se amam muito e dão uma bela festa. Durante a festa, a criança se levanta e vai ficar sozinha no fundo do quintal. Por quê?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Porque a mamãe brigou com ela, e ela ficou triste.

Terapeuta: Brigou? Por quê?

Nicolau: Brigou porque ela estava incomodando.

Terapeuta: Algo mais?

Nicolau: Não, é isso.

História 3: “Lá no pasto estão uma mamãe ovelha e seu cordeirinho. O cordeirinho pula todo o dia ao lado da mamãe e, todas as tardes, a mamãe lhe dá um bom leite quente que ele adora. Mas ele já come capim também. Um dia, trouxeram para a mamãe ovelha um pequeno cordeirinho que estava com fome, para que a mamãe lhe desse leite. Mas a mamãe ovelha não tem leite bastante para os dois, e diz para o seu primeiro cordeirinho: ‘Como eu não tenho leite bastante para dar aos dois, vá, então, comer capim fresco.’ O que o cordeirinho vai fazer?” Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Ele vai comer capim.

Terapeuta: Algo mais? Como ele se sentiu?

Nicolau: Ah, se sentiu triste.

História 4: “Um enterro está passando pelas ruas da cidadezinha, e as pessoas perguntam: quem morreu? Alguém responde: é uma pessoa da família que mora ‘naquela’ casa. Quem é que morreu?” Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau demora alguns segundos...

Nicolau: O filho.

Terapeuta: Hum, o filho. O filho de quem?

Nicolau: Do pai e da mãe.

Terapeuta: Mas o que aconteceu?

Nicolau: A casa pegou fogo.

Terapeuta: E como estavam se sentindo os pais?

Nicolau: Tristes.

História 5: “Uma criança diz baixinho: ‘Aí, que medo!’ De que ela sente medo?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Ela viu alguma coisa.

Terapeuta: Ah, é? Que coisa?

Nicolau: Um bicho.

Terapeuta: E ela estava com alguém?

Nicolau: Não, estava sozinha.

Terapeuta: E que bicho era esse?

Nicolau: Um rato ou uma barata.

Terapeuta: E o que ela fez?

Nicolau: Pediu ajuda para o pai.

História 6: “Uma criança tem um elefantinho, do qual ela gosta muito e que é lindo, com sua tromba bem comprida. Um dia, voltando do passeio, a criança entra em seu quarto e acha seu elefantinho muito diferente. O que ele tem de diferente? Por que está diferente?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Ele cresceu.

Terapeuta: Mais alguma coisa?

Nicolau: Não sei. É isso.

História 7: “Uma criança conseguiu fabricar um objeto de argila, uma bonita torre, que ela acha lindo, lindo, lindo. O que ela vai fazer com ele? Sua mãe pede o objeto de presente, e a criança é livre para dar ou não. O que esta criança vai fazer?”. Monstro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Vai dar para a mãe.

Terapeuta: E como ela reagiu?

Nicolau: Ah, ela ficou feliz. (sorri).

História 8: “Um menino fez um lindo passeio no parque, sozinho com sua mamãe. Eles se divertiram muito juntos. Voltando para casa, o menino acha que seu papai está brabo. Por quê?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Porque ele foi passear com a mãe e não falou para o pai...

Terapeuta: E precisava avisar o pai?

Nicolau: (risos) Sim, né? Senão ele fica brabo.

História 9: “Uma criança volta da escola, e sua mãe lhe diz: ‘Não comece já a brincar, pois tenho uma coisa para lhe contar’. O que a mamãe vai lhe contar?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Tem que fazer os temas, ou que vai levar ele pra passear.

Terapeuta: E como ele se sentiu?

Nicolau: Feliz.

História 10: *Terapeuta: Ok. Vamos à última agora.*

Nicolau: Já? Até que é legal essa brincadeira.

Terapeuta: Ah, gostou, é?!

Nicolau: Aham.

“Uma criança acorda de manhã, muito cansada, e diz: ‘Ai, que sonho mau que eu tive’! Com o que ela sonhou?”. Mostro a prancha com o desenho da fábula.

Nicolau: Que a mãe e o pai iam morrer.

Terapeuta: E como ela estava se sentindo?

Nicolau: Assustada.

Na interpretação do Teste das Fábulas, a fábula um, a ação é ativa, e o personagem que apareceu foi o da figura materna. O mecanismo de defesa foi o de negação. Na fábula dois, surgiu uma fantasia de castigo, o mecanismo de defesa foi o da introjeção, e os estados emocionais de culpa e tristeza. Na fábula três, a ação é ativa e adaptada, o mecanismo de defesa é o comportamento passivo-agressivo, e o estado emocional é o da tristeza. Na fábula quatro, os personagens que apareceram são o pai, a mãe e o filho, as fantasias são de agressão deslocada para o ambiente, e o estado emocional de tristeza. Na fábula cinco, os objetos que surgiram foram os bichos rato e barata. A natureza da fábula seis é de transformação física, a identificação da mudança foi a do tamanho grande, e o local foi a tromba do elefante. Os mecanismos de defesas são a negação e bloqueio.

Na fábula sete, a ação é ativa, a repressão aparece como defesa e o estado emocional é o de alegria. Na fábula oito, o motivo é sugestivo de culpa edípica, também tendo como fantasia a edípica, como defesa a atuação, e no estado emocional sobressaiu-se a raiva. Na fábula nove, os desejos estão relacionados ao lazer, as proibições relacionadas à escola, e o estado emocional é o de alegria e ambivalência. Nesta Fábula, Nicolau teve duas respostas, uma relacionada às responsabilidades escolares e a outra ao lazer. E, finalmente, na fábula dez, na introdução de novos conteúdos, apareceram acontecimentos aterrorizantes; a fantasia é

a de agressão deslocada para o ambiente, o estado emocional é o do medo, e o mecanismo de defesa de comportamento passivo-agressivo.