



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Solange d' Avila Melo Sarmiento

**Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de  
adultos com limitação intelectual moderada: a (in)sustentável  
leveza entre autonomia e dependência**

Rio de Janeiro

2009

Solange d' Avila Melo Sarmento

**Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de adultos com  
limitação intelectual moderada: a (in)sustentável leveza entre autonomia e  
dependência**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências Humanas e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino.

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

S246 Sarmento, Solange d' Avila Melo.

Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de adultos com limitação intelectual moderada: a (in) sustentável leveza entre autonomia e dependência / Solange d'Avila Melo Sarmento. – 2008. 103f.

Orientador: Carlos Alberto Plastino.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Psicanálise – Teses. 2. Síndrome de Down – Teses. 3. Autonomia (Psicologia) – Teses. 4. Dependência (Psicologia) – Teses. 5. Inclusão social – Teses. 6. Winnicott, D. W. (Donald Woods), 1896-1971 – Teses. I. Plastino, Carlos Alberto. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 159.922

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Solange d' Avila Melo Sarmento

**Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de adultos com  
limitação intelectual moderada: a (in)sustentável leveza entre autonomia e  
dependência**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Ciências humanas e Saúde.

Aprovada em 13 de março de 2009.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Carlos Alberto Plastino (Orientador)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Fabíola Rodhen  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marisa Schargel Maia  
Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação - IBMR

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Isabel de Andrade Fortes  
Instituto de Psicologia - UFRJ

Rio de Janeiro

2009

## DEDICATÓRIA

Dedico à Flávia e Silvério, *in memoriam*, amizades construídas com passos e abraços.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Ney, meu marido, que, desde os tempos de “palestras sobre Jung no MAM”, tem estado ao meu lado. Seu carinho e sua colaboração ativa na manutenção da infra-estrutura doméstica, foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui.

A Fernanda, minha filha, incansável colaboradora em todos os momentos desta tese. A Vicente, meu filho, imprescindível auxiliar em questões “informáticas”. Incentivadores de meus sonhos, parceiros em palavras, imagens e confiança.

Aos três, agradeço os períodos nos quais aceitaram minha ausência e, mais ainda, agradeço os períodos nos quais reivindicaram a minha presença.

A meus pais, Ascendino e Izilda, que sempre me mostraram a importância de amalgamar diferenças.

A Neyza Prochet, pelo incentivo para esta pesquisa. Sem o seu auxílio, seu olhar ao mesmo tempo crítico e carinhoso eu não teria vislumbrado a possibilidade de transformar minha experiência em dissertação.

A Fernando Rodrigues, por toda sua ajuda e confiança nos primeiros movimentos em direção ao mestrado.

Ambos condensam a afetividade familiar e as exigências do mundo acadêmico.

Aos meus pacientes e suas famílias, por tudo que me ensinaram.

A Denise Barros, Cynthia Carvalho e Juliana Diniz, que comigo formaram o “quarteto fora-de-si”. Juntas, caminhamos nos estudos iniciais em direção ao IMS.

A minha turma do mestrado do IMS, pela colaboração mútua e pelo respeito às diferenças.

A Simone Motta, simpática e eficiente representante do setor administrativo.

A Plastino, meu orientador, que desde o começo confiou em minhas idéias.

A todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para a realização deste trabalho, meu muito obrigada.

...e foste um difícil começo.

*Caetano Veloso*

## RESUMO

SARMENTO, Solange D'Avila Melo. *Um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de adultos com limitação intelectual moderada: a (in)sustentável leveza entre autonomia e dependência*. 2009. 103f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Este trabalho explora as possibilidades de contribuição da psicanálise para a compreensão do processo de construção de identidade e busca de autonomia de adultos com limitação intelectual moderada. Parte da idéia de que estas pessoas apresentam formas diversas de subjetivação e que, como todos, ao longo da vida são passíveis de encontros e desencontros provocadores dos mais diversos sentimentos. Reconhece a importância dos aspectos orgânicos, e afastando-se dos mesmos, desenvolve a idéia de que, para além do substrato orgânico, os aspectos emocionais são fatores fundamentais para a construção da autonomia. A hipótese básica é a de que os limites e as possibilidades de aquisição da autonomia são variáveis e que os aspectos emocionais são importantes neste processo. Há aspectos da dependência ambiental que são insuperáveis nestes casos, o que não quer dizer que sejam fixos ou imutáveis. Mesmo levando-se em consideração as restrições impostas pela base orgânica dos quadros estudados, as ligações familiares, primordialmente representadas pela relação da mãe com seu filho, colocam-se como fator importante quando se propõe a compreender e trabalhar com estas pessoas. O trabalho aborda a articulação possível entre a dependência e a autonomia levantando algumas consequências: nas práticas sociais, na construção da subjetividade e nos tratamentos. Pretende desenvolver a idéia de que a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott traz uma importante contribuição para a compreensão deste processo.

Palavras-chave: Psicanálise. Autonomia/dependência. Inclusão social. Síndrome de Down. Limitação intelectual.

## ABSTRACT

This paper explores some possible psychoanalytical contributions in understanding the process of identity construction and autonomy of adults with moderate intellectual limitations. This work is based on the idea that this group shows different forms of subjectivity and, like all of us, has its share of encounters and disencounters experienced in life with every kind of feelings about this. Although recognizing the importance of the organic aspects, it searches further than those looking for the emotional aspects which are essential to the construction of autonomy. The basic concept adopted is that the limits and possibilities of the conquest of autonomy vary from person to person and the emotional aspects embedded are crucial in the process. There are aspects of environmental dependency that are insuperable in those cases, although it doesn't mean that they are fixed or that they cannot change. Even considering the organic restrictions of the studied cases, the family connections (essentially represented by mother and son relationship) are very important in understanding and working with those cases. This work aims a possible articulation between dependency and autonomy enlightening some consequences in social practices, in the construction of subjectivity and in treatment. It intends to develop the idea that Winnicott's primitive emotional development concepts offer an important contribution to this process.

Keywords: Psychoanalysis. Autonomy/dependence. Social inclusion. Down Syndrome. Intellectual limitation.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Quadro comparativo de Freud e Winnicott de acordo com idéias de Kuhn – paradigmas .....	50
Tabela 2	Quadro comparativo de Freud e Winnicott de acordo com idéias de Kuhn – elementos .....	51

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES .....	13
2 AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA .....	16
2.1 Estudos na área de saúde .....	16
2.2 Estudos na área de família .....	20
3 NOSSO OBJETO .....	27
3.1 Sobre a Síndrome de Down .....	28
3.2 Sobre limitação intelectual moderada .....	28
3.3 Sobre a natureza e a cultura .....	31
3.3.1 <u>Corpos e sujeitos</u> .....	31
3.3.2 <u>O normal e o patológico</u> .....	36
4 A QUESTÃO PARADIGMÁTICA .....	41
4.1 A inclusão social .....	41
4.2 Novos paradigmas na psicanálise .....	47
5 A BASE TEÓRICA .....	53
5.1 Winnicott e o desenvolvimento emocional primitivo .....	53
5.1.1 <u>As primeiras experiências</u> .....	53
5.1.2 <u>Aos seis meses</u> .....	56
5.1.3 <u>A Integração</u> .....	57
5.1.4 <u>A personalização</u> .....	59
5.1.5 <u>A realização</u> .....	59
5.1.6 <u>A preocupação materna primária</u> .....	61
5.1.7 <u>A conquista da posição depressiva</u> .....	62
5.1.8 <u>O espaço potencial</u> .....	66

5.1.9	Rumo ao mundo .....	67
5.2	<b>Dificuldades no processo</b> .....	69
6	<b>PSICOTERAPIA</b> .....	77
6.1	<b>Introdução</b> .....	77
6.2	<b>Autonomia relativa</b> .....	78
6.3	<b>Enquadre clínico</b> .....	81
6.4	<b>Demandas</b> .....	82
6.5	<b>Obstáculos</b> .....	82
6.6	<b>Transferências</b> .....	83
6.7	<b>Traumas</b> .....	87
6.8	<b>Famílias</b> .....	92
7	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	98
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	100

## INTRODUÇÃO

O **objeto de estudo** deste trabalho é o processo de construção de autonomia de adultos com limitação intelectual moderada e sua relação com o desenvolvimento emocional.

Seu **objetivo geral** é investigar em que medida, para além do substrato orgânico, a construção da autonomia depende da existência de um sujeito capaz de fazer escolhas de acordo com suas necessidades, limites, desejos e maneira de ser no mundo.

Os **objetivos específicos** deste trabalho se resumem nas hipóteses a seguir. Até que ponto:

1) as descrições teóricas dos processos de desenvolvimento normal podem servir como base teórica para a compreensão das pessoas com limitação intelectual moderada;

2) os fatores emocionais interferem no desenvolvimento do processo da autonomia;

3) as relações familiares atuam no estabelecimento dos limites da autonomia;

4) uma abordagem psicoterápica de base analítica pode auxiliar os sujeitos com limitação intelectual em seus conflitos.

Para tanto, será feito um estudo teórico de exploração conceitual em textos psicanalíticos que versam sobre o tema. Por ser representante de um paradigma de que inclui as relações com o ambiente como constitutivas do ser humano, Winnicott será utilizado como base teórica predominante.

A **metodologia** será a revisão de literatura, método exploratório de artigos e livros, além da articulação de alguns conceitos teóricos com a experiência clínica da autora.

A **justificativa** para este estudo é a dificuldade em obtermos referências psicanalíticas para atendimento de pessoas com limitação intelectual. Além disto, percebe-se que, apesar do par conceitual autonomia/dependência ser bastante estudado nos mais diversos setores do saber atual, a questão dos aspectos psicológicos inerentes aos processos não são suficientemente enfatizados. A necessidade de situar a experiência clínica de consultório em um contexto social mais amplo também foi fator de significativa importância para este trabalho.

As **Considerações Preliminares** apresentam os primeiros questionamentos da autora na direção deste trabalho.

O **capítulo 2** mostra como as questões relativas à articulação entre dependência e a autonomia são foco de interesse em vários setores na área de saúde. Assim, estes temas aparecem referidos a outros grupos e fenômenos sociais, ampliando a abrangência do tema. O objetivo final deste capítulo é abrir o caminho para a subjetividade e para as relações familiares na conquista da autonomia, o que aponta para a possibilidade de acompanhamento psicoterápico no caso de conflitos ou angústias subjacentes aos processos.

O **capítulo 3** define o universo de pessoas consideradas como 'especiais' para fins deste trabalho. Com Canguilhem e Joyce Mc Dougall, questiona-se os conceitos de normalidade e anomalia e algumas questões sobre a "viagem psicanalítica".

O **capítulo 4** trata de algumas condições que possibilitaram o trabalho terapêutico: a inclusão social e novos paradigmas na psicanálise.

O **capítulo 5** apresenta a abordagem teórica do trabalho, que é baseada principalmente na teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott, da dependência absoluta (ou dupla dependência) à dependência relativa (ou independência). Apresenta-se ainda neste capítulo autores como Maia, Plastino, Prochet, Safra, Travassos-Rodrigues que retomam a teoria de Winnicott e oferecem uma visão mais atual de seus desdobramentos.

O **capítulo 6** reúne alguns aspectos do atendimento clínico psicoterápico efetuado pela autora, bem como algumas observações sobre os mesmos, comparando-os a outros processos psicanalíticos, principalmente ao atendimento infantil.

O **capítulo 7** traz as considerações finais a respeito da possibilidade de se utilizar o referencial psicanalítico para a compreensão dos processos de autonomia e dependência de pessoas 'especiais'.

## 1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

A mera possibilidade de uma pessoa ‘especial’ ir a um consultório de psicanálise para falar de suas angústias seria, senão impossível, bastante improvável até alguns anos atrás. Porém, esta demanda foi recebida e acolhida pela autora. Para fins deste trabalho, são denominados de ‘especiais’, adultos com um diagnóstico prévio de limitação intelectual moderada, conforme será definido no capítulo 4.

A partir de um trabalho clínico exercido desde 2001, surge o interesse de um aprofundamento teórico, bem como a necessidade de articulação e inserção do mesmo a contextos sociais mais amplos, para além do consultório. Por sua singularidade, esta experiência suscitou muitas questões teóricas e técnicas que se impuseram como motivação para a construção desta pesquisa. As dificuldades de encontrarmos uma literatura psicanalítica específica, e a necessidade de articulação com outras formas de compreensão do sujeito, também foram fatores importantes para a elaboração deste trabalho.

Nossas questões iniciais referiam-se à adequação dos instrumentos psicanalíticos para aproximação terapêutica com estas pessoas. Neste sentido, esbarrávamos nos nossos próprios limites teóricos, ainda impactados com a “barreira orgânica”: diante de fatores tão concretos, como os limites cognitivos e físicos quais seriam os instrumentos mais adequados para estes processos terapêuticos? Como se constituiria a subjetividade destas pessoas? Qual a especificidade do processo? Seria um novo campo ou poderíamos aproximá-lo de alguma outra experiência? Porém, o próprio trabalho terapêutico foi nos mostrando aspectos emocionais importantes, que nos afastaram da organicidade e nos aproximaram da intersubjetividade.

A partir mesmo da experiência clínica, um tema se destaca como presente em todas as demandas: a questão da dependência/autonomia, que se torna, então, nosso objeto de investigação. O que foi observado é que a autonomia desejada e/ou conquistada é bastante variável e surge a hipótese de que para além do substrato orgânico, os fatores emocionais contribuem de forma importante neste processo. Nova questão aparece: de que maneira os aspectos emocionais e a diversidade das relações familiares contribuem no processo de construção de autonomia? A

proposta é de pensar o que pode acontecer nas relações intersubjetivas que facilite ou não a independência/autonomia.

Este trabalho pretende explorar as possibilidades de contribuição da psicanálise para a compreensão do processo de construção de identidade e busca de autonomia das pessoas com limitação intelectual moderada. Parte-se da idéia de que estas pessoas apresentam formas diversas de subjetivação e que, como todos, ao longo da vida são passíveis de encontros e desencontros provocadores dos mais diversos sentimentos. Reconhecendo a importância dos aspectos orgânicos, vamos nos afastando dos mesmos e desenvolvendo a idéia de que, para além do substrato orgânico, os aspectos emocionais são fatores fundamentais para a construção da autonomia. A hipótese básica é a de que os limites e as possibilidades de aquisição da autonomia são variáveis e que os aspectos emocionais são importantes neste processo. Há aspectos da dependência ambiental que são insuperáveis nestes casos, o que não quer dizer que sejam fixos ou imutáveis. Mesmo levando-se em consideração as restrições impostas pela base orgânica dos quadros estudados, as ligações familiares, primordialmente representadas pela relação da mãe com seu filho, colocam-se como fator importante quando se propõe a compreender e trabalhar com estas pessoas.

O trabalho aborda a articulação possível entre a dependência e a autonomia levantando algumas conseqüências: nas práticas sociais, na construção da subjetividade e nos tratamentos. Pretende-se desenvolver a idéia de que a teoria do desenvolvimento emocional primitivo de Winnicott traz uma importante contribuição para a compreensão deste processo.

Assim, ao lançarmos um olhar psicanalítico sobre o desenvolvimento emocional de pessoas 'especiais', pretende-se chamar atenção para aspectos que muitas vezes são deixados de lado quando se elaboram programas educacionais ou de saúde para estas pessoas. Não basta, por exemplo, que se trabalhe a autonomia para aprender a andar sozinho, se não houver a possibilidade de escolher para onde andar. **Não adianta aprender a se vestir sozinho, se não houver a possibilidade de se escolher qual a roupa que se vai usar.** Ou, pelo menos, reivindicamos que se possa discutir o mais democraticamente possível estes temas nas ou com as famílias e outros profissionais. A idéia principal é a de que na passagem da dependência à autonomia, as relações familiares tornam-se tão importantes quanto o substrato orgânico. No limite da autonomia haveria uma articulação entre as condições físicas, sociais, psicológicas e familiares e pensa-se que todas devem ser consideradas pelos profissionais que trabalham neste campo. Além disto, no aspecto

psicológico, propõe-se que no caso de alguma ruptura, perda ou conflito familiar, poderá haver uma quebra no processo de busca de autonomia, e que a psicoterapia poderá ajudar na retomada do mesmo.

## **2 AUTONOMIA E DEPENDÊNCIA**

Na experiência clínica que serviu de ponto de partida para esta tese, a demanda dos pacientes era variada: angústias por perdas, frustrações gerando comportamentos agressivos, entre outras. Porém, no conjunto, um tema se torna recorrente, aparecendo sob várias formas, em diversas situações e momentos de vida e do tratamento: a questão da busca de autonomia, dentro da dependência assumida/presumida. À medida que os tratamentos prosseguiam, os pacientes referiam-se mais e mais às possibilidades de fazer suas próprias escolhas, relativas a aspectos cada vez mais amplos de suas vidas.

Compreendida a relevância do tema para os pacientes, começou-se a fazer uma busca teórica sobre o mesmo; o resultado desta pesquisa foi surpreendente, no sentido de que percebemos que ele permeava vários estudos na área de saúde e se referia a diversos outros grupos. Não podendo abraçar todos os setores, escolhemos alguns trabalhos para ilustrar nosso pensamento, bem como a abrangência do tema.

### **2.1 Estudos na Área de Saúde**

A partir da década de 60, na sociologia, antropologia e mesmo nas práticas em saúde, existe a problematização do tema da autonomia. Ela vem articulada a novas concepções sociais, culturais, científicas e acadêmicas a respeito do ser humano e de sua relação com o ambiente, na construção do sentido de si mesmo e de seu adoecimento. A partir destas transformações, o próprio conceito de saúde-doença se modifica, indo em direção a uma concepção bio-psico-social, na qual as condições sócio-ambientais passam a ter relevância nos processos de adoecimento e de restabelecimento. Mesmo as pessoas adoecidas, passaram a ter maior possibilidade de decisão sobre os rumos de seus tratamentos e vidas; além disto, o sujeito passa a ser pensado como possuidor de direitos, voz e lugar social, independente de questões de gênero, idade, classe. As pessoas especiais ou com necessidades especiais, também participam e se beneficiam deste movimento de valorização crescente da autonomia. Para ilustrar estes pontos de vista destacamos quatro autores que desenvolvem este tema na área juvenil, feminina e na ética na saúde.

FORTES (1998) aborda questões éticas e legais que surgem na prática dos serviços da saúde e, utilizando-se de estudos de casos, as analisa teoricamente. Partindo da idéia de que transformações nas ciências e sistemas da saúde podem provocar uma maior impessoalidade (e também uma certa manutenção da hierarquização) nas relações entre os profissionais de saúde e seus pacientes, o autor propõe que o estudo das leis e regras de conduta que permeiam estas relações poderá facilitar mudanças no sentido do estabelecimento de ligações de cunho mais igualitário entre profissionais e pacientes.

Para o autor, os movimentos em defesa dos direitos humanos e cidadania, surgidos a partir da década de 60, favoreceram a conscientização dos indivíduos de sua condição de agentes autônomos. “A compreensão da autonomia na relação entre profissionais de saúde-pacientes está condicionada pela concepção do processo saúde-doença”, diz (FORTES, 1998, p.38). Assim, o conceito do processo saúde-doença como tendo um caráter bio-psíquico-social, “contribuiu para a ampliação da manifestação autônoma da vontade individual” (FORTES,1998, pg.38). Esta idéia, aliada à valorização do sujeito-cidadão, ciente e porta-voz de seus próprios direitos, favorece a humanização nos serviços de saúde, a quebra na hierarquia antiga na qual todo o poder decisório sobre a doença era do médico e tem como conseqüência a valorização da autonomia (do cidadão e dos pacientes).

“A partir dos anos 60, movimentos de defesa dos direitos fundamentais da cidadania e, especificamente, dos reivindicativos do direito à saúde e humanização dos serviços de saúde, vêm ampliando a consciência dos indivíduos de sua condição de agentes autônomos” (FORTES, 1998, p.38).

Fortes define a autonomia como a capacidade das pessoas de fazerem escolhas para encaminhamento de suas vidas, de acordo com suas próprias vontades e valores. É preciso que haja alguém, um sujeito possuidor de necessidades e crenças, para que o exercício de autonomia possa se dar. Neste sentido, pensamos, por exemplo, que não seria suficiente que a pessoa tivesse a capacidade de se locomover, se ela não tiver a possibilidade de decisão sobre sua movimentação. No capítulo que trata dos tratamentos apresentaremos algumas falas de pessoas especiais que ilustram esta questão.

“Autonomia significa autodeterminação, autogoverno, o poder da pessoa humana de tomar decisões que afetem sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica, suas relações sociais [...] Refere-se à capacidade do ser humano de decidir o que é ‘bom’, o que é seu ‘bem-estar’, de acordo com valores, expectativas, necessidades, prioridades e crenças próprias” (FORTES,1998, p.37).

A autonomia apresenta-se em três vertentes: na subjetivação, nas possibilidades de escolha e na possibilidade de efetivação das ações. Podemos pensar que estas dimensões da autonomia, embora naturalmente articuladas entre si, podem ser estudadas de acordo com a predominância de cada uma, predominância que é variável e momentânea. “Além da *liberdade de optar*, a ação autônoma também pressupõe *liberdade de ação*, requer que a pessoa seja capaz de agir conforme as escolhas feitas e as decisões tomadas” (FORTES, 1998, p.37) (em itálico no original).

Diz o autor que “a autonomia relaciona-se com a percepção da subjetividade de cada pessoa humana” (FORTES, 1998, p.37), e cita uma decisão do Supremo Tribunal Federal brasileiro para mostrar-nos a importância do respeito a esta subjetividade e capacidade do ser humano de tomar para si as rédeas de seus caminhos: “o instinto de autopreservação faz de toda pessoa humana, por rudimentar que seja seu conhecimento básico, o mais seguro juiz das conveniências de sua própria saúde” (Revista dos Tribunais *apud* FORTES, 1998, p.37).

Ao discriminar três características no processo de autonomia e ressaltar a subjetivação como fator principal no mesmo, Fortes vai ao encontro de nossa pesquisa. Além desta ênfase na subjetivação, encontramos neste autor outros pontos de vista que podem ser articulados à nossa pesquisa. Como veremos no capítulo seis, Winnicott postula um processo de dependência absoluta rumo à independência, sempre enfatizando que nunca somos totalmente independentes: **a independência é, na verdade uma dependência relativa**. E é na relatividade da independência que pode acontecer todo nosso trabalho de construção da autonomia. Este pensamento aproxima-se de Fortes, que também nos fala da existência de uma margem de escolha possível.

“Certamente que não se pode esperar que a autonomia individual seja total, completa [...] Apesar de todos os condicionantes, o ser humano pode se mover dentro de uma margem própria de decisão e de ação. Se, por vezes, não podemos escolher o que nos acontece, **podemos escolher o que fazer diante da situação que nos é apresentada**” (FORTES, 1998, p.39) (grifo nosso).

Para ele, na assistência em saúde, a autonomia possui alguns fundamentos básicos, que dizem respeito à manutenção do poder decisório sobre a doença/saúde nas mãos do próprio paciente. O profissional deve estar consciente e respeitar a diversidade de valores existente na sociedade atual; do mesmo modo deve aceitar

que cada pessoa é capaz de decidir o que é melhor para si, mesmo que as decisões tomadas não estejam de acordo com as práticas médicas mais aceitas no momento.

“O respeito pela autonomia da pessoa conjuga-se com o princípio da dignidade da natureza humana. Respeitar a pessoa autônoma pressupõe a aceitação do pluralismo ético-social, característico de nosso tempo; é reconhecer que cada pessoa possui pontos de vista e expectativas próprias quanto a seu destino, e que é ela quem deve deliberar e tomar decisões seguindo seu próprio plano de vida e ação, embasada em crenças, aspirações e valores próprios, mesmo quando diverjam dos valores dos profissionais de saúde ou dos dominantes na sociedade. Afinal, cabe sempre lembrar que o corpo, a dor, o sofrimento, a doença, são da própria pessoa e que violar a autonomia significa tratar as pessoas como meios e não como fins em si mesmas” (FORTES,1998, p.39/40).

Um outro ponto importante de convergência entre nossa pesquisa e o pensamento do autor, diz respeito ao processo de construção da autonomia. O ser humano não nasce autônomo: ele precisa do ambiente para se desenvolver e conquistar sua autonomia. No que consideramos uma aproximação com as idéias de Winnicott, Fortes afirma que este processo não é determinado apenas por um elemento específico, mas é variável em função da articulação fatores biológicos, psicológicos e sociais. **“O ser humano não nasce autônomo, torna-se autônomo, competente para decidir, e para isto interferem variáveis estruturais biológicas, psíquicas e sócio-culturais”** (FORTES, 1998, p.41) (grifo nosso).

Fortes aprofunda sua discussão, mostrando que a diminuição da capacidade de decisão pode ser permanente ou transitória. Aqui ele exemplifica com pessoas em coma, sob efeitos de drogas etc.

“Porém existem pessoas que, de forma transitória ou permanente, têm sua autonomia reduzida, como as crianças, os deficientes mentais, as pessoas em estado de agudização de transtornos mentais, indivíduos sob intoxicação exógena, sob efeito de drogas, pessoas em coma etc” (FORTES, 1998, p.41).

Ou seja, pensamos que a problematização da autonomia e dependência não é de interesse exclusivo para estudo e compreensão das pessoas especiais; ao contrário, é algo que pode abranger um amplo campo de interesse. Qualquer ser humano, em algum momento de sua vida, pode ter sua independência reduzida. Nestes momentos, nos quais poderá haver um retorno, uma “relativização” maior da dependência, será importante que a própria pessoa, bem como seus familiares e os profissionais cuidadores, percebam, incentivem, aceitem a manutenção de uma capacidade, mínima que seja, de autonomia, de possibilidade de decisão sobre si mesmo.

Para Fortes, a incapacitação nunca é total: mesmo naquelas pessoas consideradas incapazes legalmente, o profissional e a sociedade podem pensar que sempre haverá alguma área preservada, na qual a pessoa é capaz de deliberar sobre seus caminhos. O que não quer dizer que a avaliação das possibilidades de competências preservadas, dos limites de capacidade de compreensão e deliberação, seja algo fácil de ser feito, seja pela justiça, seja pelos profissionais assistentes, nos alerta o autor. Distanciando uma decisão legal de “incompetência” das decisões baseadas na ética, Fortes afirma que haverá sempre alguma esfera da vida na qual aquela pessoa será competente para poder decidir.

“No âmbito legal se presume que um adulto é competente até que a justiça o considere incompetente e restrinja seus direitos civis, mas no campo da ética raramente se julga uma pessoa incompetente com respeito a todas as esferas de sua vida. Mesmo os indivíduos considerados incapazes para certas decisões ou campos de atuação, são competentes para decidir em outras situações” (FORTES, 1998, p.43).

Como veremos nos capítulos seguintes, será a partir deste ponto de vista ético, que faremos nossa proposta de trabalho. Será que a psicoterapia não poderia ajudar às pessoas que provisória ou permanentemente estão em um estado de dependência ambiental significativo a preservarem, construírem ou reconstruírem sua autonomia?

## 2.2 Estudos na Área de Família

SINGLY (2004) aborda a questão da autonomia e da independência articulada às mudanças ocorridas na estruturação familiar principalmente a partir da década de 60. Para ele, a antropologia e a sociologia, além de descreverem o mundo como ele é, devem propor uma interpretação do mesmo através de concepções teóricas. Assim, compreende a família moderna, surgida a partir dos anos 60 de acordo com o que chama de “mito da interioridade” e do “imperativo de ser autônomo”.

Para o autor, a família moderna precisou se modificar para atender às reivindicações de um certo individualismo que percorre a sociedade atual. Assim, descreve dois tipos de estruturação familiar, às quais dá o nome de **família moderna um** e **família moderna dois**. Na primeira, existente até os anos sessenta, os papéis e funções sociais eram bem demarcados - pai provedor e mãe cuidadora

do lar e dos filhos – ou seja, os membros viviam para a manutenção da estrutura familiar. As autoridades paterna e materna existiam em função deste objetivo maior que era a família, que se configurava como uma unidade totalizadora, e se impunha como foco primordial das atenções, ações e estabelecimento das regras.

Na família moderna dois, pensada a partir da década de 60, surge uma nova configuração dos indivíduos em relação ao grupo familiar. Nesta nova concepção, os membros tornam-se mais importantes que o conjunto familiar; cada indivíduo do grupo passará a ser possuidor de uma natureza e originalidade que deverá ser aceita, respeitada e incentivada pela família. Há um certo “mito da interioridade”, no qual o mais importante é a busca de um “eu verdadeiro”, a ser encontrado primordialmente na vida privada; e será nesta esfera privada, no convívio com os mais íntimos que poderá surgir a “verdadeira identidade” do ser. A família não é colocada de lado, mas tem suas funções modificadas: seu objetivo agora seria justamente cuidar de cada membro, de cada “eu” existente no grupo, sendo que nestas tarefas todos também estarão envolvidos. As qualidades valorizadas não são mais a de obediência e dedicação ao grupo, mas a autonomia e iniciativa. As regras não mais são colocadas de antemão pela família, mas construídas através do diálogo e da negociação: há uma passagem da heteronomia para a autonomia. Este modelo, que articula ao mesmo tempo a autonomia dos membros e com a necessidade de convivência nas relações familiares, é chamado pelo autor de “individualista e relacional”.

“[...] o período do final dos anos 60, no qual ainda vivemos, corresponde à instauração de um compromisso entre reivindicações dos indivíduos em se tornarem autônomos e seus desejos de continuar a viver, na esfera privada, com uma ou várias pessoas próximas. É a família que chamo de ‘individualista e relacional’ ” (SINGLY, 2004, p.15).

Nesta configuração, que ao mesmo tempo pressupõe fortes anseios de autonomia e de convivência, surgem conflitos e ambigüidades. A família individualista e relacional, foco e palco da construção da identidade pessoal, não está isenta de conflitos. Ao contrário, no seio desta estrutura familiar, há contradições que o autor aproxima a dificuldades relativas à independência e autonomia. “Essa família moderna dois compõe-se com a individualização. **Sua permanência se dá a esse preço, sua instabilidade também [...]** E é nessa tensão entre os dois pólos que se constroem e se desfazem as famílias contemporâneas” (SINGLY, 2004, p.15) (grifo nosso).

Cabe aqui um esclarecimento: apesar do nome “individualista” o processo ao qual se refere não é o de um ser isolado, distante dos demais; não se está falando aqui de um individualismo moderno em sua acepção narcísica. Na verdade o termo mais apropriado é o de individualização, como descrito por Renault (RENAULT,1989). Citando Louis Dumont, Renault mostra a diferença entre individualismo e individualização: na lógica do individualismo, há um padrão narcísico de ser, onde o objetivo é a independência completa e absoluta; na lógica da individualização, há um padrão intersubjetivo de ser, uma referência ao outro. Na individualização, a presença e o olhar do outro são fonte importante no processo de construção da identidade, o que nos abre caminho para a intersubjetividade.

“Hoje, é no espaço onde circula o amor que se constrói uma grande parte da identidade pessoal dos indivíduos. Nas sociedades individualistas, a ‘família’ (qualquer que seja a forma ou a estrutura) toma para si a função de (tentar) consolidar em permanência o ‘eu’ dos adultos e das crianças. Inversamente ao que o termo individualismo pode levar a crer, o indivíduo precisa assim, para tornar-se ele mesmo, **do olhar das pessoas que ele atribui importância e sentido**” (SINGLY, 2004, p.14) (grifo nosso).

O indivíduo, nesta família moderna dois, é constituído a partir do olhar de um outro, próximo o suficiente para que este olhar possa ser percebido, e distante o suficiente para que haja possibilidade do aparecimento do “verdadeiro eu”. Singly fala mesmo de um espaço entre os membros que permite ao mesmo tempo o compartilhamento e a singularização. Será que não podemos aproximar este “entre dois” do conceito de espaço potencial descrito por Winnicott?

“Do lado da vida privada, o ideal é a alternância entre um ‘eu sozinho’ e um ‘eu com’: nem o fechamento egoísta sobre si nem a dedicação excessiva ao outro. De certa maneira, um ‘entre-dois’ que autorize a satisfação de si em certos momentos, com momentos para atividades separadas e outros para compartilhar práticas comuns” (SINGLY, 2004, p.17).

O processo de individualização é constituído por dois outros movimentos: o da autonomia e o da independência, que caminham articulados um ao outro. Para o autor a independência se refere aos recursos (econômicos principalmente, mas não somente) decorrentes de atividades que permitem que a pessoa precise menos dos outros para sua sobrevivência. A autonomia diz respeito ao sentido e significado que cada pessoa dá às regras sociais e a outros aspectos da vida em comum. A sensação de liberdade advirá da reunião, em um mesmo momento, destas duas dimensões do ser humano.

“A independência, e principalmente a independência econômica, é a maneira pela qual o indivíduo pode, graças aos seus recursos pessoais retirados diretamente de sua atividade, depender menos dos próximos; a autonomia é o conhecimento do mundo no qual esta pessoa vive: mundo definido pela elaboração tanto de regras pessoais quanto, no caso de vida em comum, de regras construídas na negociação entre várias pessoas. Quando essas duas dimensões estão reunidas -independência e autonomia- então, o indivíduo moderno tem o sentimento de estar livre, pelo menos em sua vida privada” (SINGLY, 2004, p.18).

Em função de uma série de fatores, que não podemos desenvolver neste trabalho, atualmente há uma certa permanência dos jovens na casa dos pais por um tempo mais longo do que se observava até a década de sessenta; é a chamada “geração canguru”. Por motivos econômicos ou não, permanecem morando com as famílias de origem mesmo já tendo uma idade cronológica que os indicaria como adultos “independentes”. No processo de individualização descrito anteriormente, haveria uma diferença entre jovens e adultos, que seria marcada pela justamente pela distância entre a aquisição de autonomia e a independência, sendo a integração das duas cada vez mais difícil de ser alcançada pelos jovens.

“Essa distância entre as duas dimensões do processo de individualização – autonomia e independência- é o que hoje diferencia cada vez mais os jovens e os adultos [...] Tudo se passa como se, nas sociedades contemporâneas, o modelo de identidade pessoal, completa, só pudesse ser elaborado muito tardiamente e os jovens adultos sofressem por não conseguir chegar a essa conjunção entre autonomia e independência” (SINGLY, 2004, p.18/19).

Assim, temos que as dificuldades relativas à independência e autonomia não são exclusivas de pessoas especiais e suas famílias. São questões que dizem respeito às pessoas, aos jovens atuais, que em suas histórias de vida, de alguma maneira ficam presos em tramas que são características da família contemporânea.

BRANDÃO (2004), apresenta conclusão semelhante enfocando especificamente a questão dos jovens e adolescentes, e suas dificuldades relativas ao mercado de trabalho. Neste texto, considera que a independência na contemporaneidade está ligada à independência econômica: como os jovens têm uma grande dificuldade de inserção no mercado de trabalho, ficariam com uma assimetria em seus processos de individualização. Por um lado parecem conquistar bem cedo a capacidade de deliberação sobre várias questões de suas vidas; por outro face às dificuldades de auto-suficiência econômica, permaneceriam atados à vida familiar, com suas regras e obrigações, às vezes ainda hierarquizados.

“Na atualidade, os adolescentes e os jovens conquistam cada vez mais cedo a autonomia pessoal, embora, paradoxalmente, se mantenham por um período mais longo do que em décadas passadas como dependentes de seus pais, em razão do

prolongamento dos estudos e das dificuldades de inserção e fixação no mercado de trabalho. Tal especificidade que peculiariza o processo de transição para a vida adulta na contemporaneidade indica um descompasso entre duas dimensões fundamentais do processo de individualização: a autonomia, compreendida como autodeterminação pessoal, e a independência, concebida como auto-suficiência econômica” (BRANDÃO, 2004, p.64).

A autora considera que existe uma tensão constitutiva nas relações intergeracionais atuais, que implica em uma necessidade de negociações constantes no espaço familiar. Neste sentido, creio que Brandão positiva esta tensão, já que as normas, direitos, limites seriam passíveis de modificações que poderiam atender às peculiaridades dos sujeitos e suas famílias. Na tensão familiar, surgem focos de conflitos e, ao mesmo tempo, a família servirá de palco de negociações e mudanças.

“Esse arranjo que condiciona o percurso biográfico adolescente nos dias de hoje coloca filhos e pais em uma posição de contínua negociação, no sentido do estabelecimento das regras, obrigações e direitos atinentes a cada um no espaço familiar [...] em especial nas relações entre gerações, **marcadas por uma tensão constitutiva entre a necessidade de afirmação da liberdade e da autonomia juvenis (sempre relativas) e da heteronomia (imposição dos valores parentais)** (BRANDÃO,2004,p.64) (grifo nosso).

Todo este processo de individualização juvenil implica em uma situação-limite, com seu desafio permanente de equilibrar os anseios pessoais sem quebrar a coesão familiar. Ou seja, as mesmas circunstâncias familiares que facilitam a autonomia do jovem, também provocarão posteriormente conflitos, quando a estrutura familiar se sentir ameaçada de ruptura em função da autonomia de seus integrantes.

“Em tais circunstâncias, o desafio de produzir uma ‘pessoa individualizada’ no decorrer do processo de socialização juvenil supõe um delicado equilíbrio entre a aquisição gradativa da autonomia juvenil e a afirmação da heteronomia consoante a função educativa parental” (BRANDÃO, 2004, p.64).

Aqui começamos a situar a (in)sustentável leveza entre a autonomia e a independência, reafirmando que este processo é constitutivo das famílias contemporâneas. Porém, é preciso ressaltar que as conseqüências e os desdobramentos do mesmo em cada família, e em cada sujeito, vai depender de muitos fatores: os limiares de autonomia e independência são variáveis de acordo com as características das famílias e seus membros.

“As famílias divergem entre si no tocante à possibilidade de os filhos serem mais ou menos autônomos em determinados domínios da vida social, em razão do modo como concebem sua condição de dependência parental. Para alguns, mais sensíveis ao modelo anterior, essa é impeditiva da conquista de uma certa autonomia, só atingida após a emancipação social e econômica juvenil. Para outros, mais sensíveis ao modelo contemporâneo, os termos da condição de dependência e da aquisição de autonomia podem ser combinados, equacionados e acordados. Ambos estão sujeitos às pressões sociais e possuem tensões internas em sua afirmação” (BRANDÃO, 2004, p.84).

O que se pretende aqui é que se possa pensar que as famílias das pessoas especiais também são diferentes entre si e, portanto, possibilitam a aquisição da autonomia de seus integrantes de maneiras diversas: há aquelas que são mais sensíveis às necessidades e anseios de seus jovens e há aquelas que, por vários motivos, se prendem a parâmetros hierarquizados na concepção das regras e limites para os filhos. As tensões, dificuldades, dúvidas e dores existem em todas as famílias; **o que as diferencia é a capacidade de tolerar as diferenças sem que a ameaça de ruptura familiar se torne concreta.**

As mulheres também têm percorrido um difícil caminho para a conquista de espaço social e familiar. TORRES (2004) problematiza o processo de individualização do feminino, principalmente no contexto da família e do casamento. Para ela, a mulher, como indivíduo, possuidora de direitos no plano da lei e no cotidiano, é algo relativamente recente. Na virada do século XIX para XX, a questão feminina tem início, e torna-se mais vigorosa nos quarenta anos finais do século XX. A partir daí, a questão dos direitos das mulheres, passou a permear os discursos em diversas áreas sociais. “Na sociologia da família, assim como na vida social, é relativamente recente a idéia de uma mulher ‘indivíduo’, sujeito de direito e de fato no plano da lei como no do cotidiano”, diz (TORRES, 2004, p.135).

Mesmo aceitando que o modelo anterior de mulher, ligada às questões da natureza, foi perdendo força, e que a idéia da mulher-indivíduo foi se tornando predominante, Torres questiona até que ponto estas transformações ocorreram de fato: “Mas pode se falar de uma mulher-indivíduo protagonista de seu destino, independente e segura das próprias ações, liberta ‘da sua natureza’?”, pergunta (TORRES, 2004, p.136).

Para responder a esta questão, apresenta cinco dimensões da conjugalidade, que lhe servirão de base teórica para a análise do processo de individualização do feminino. Não é nosso objetivo acompanhá-la na descrição de toda sua pesquisa, mas apresentamos resumidamente algumas idéias e conclusões, que consideramos importantes para os objetivos deste trabalho.

Para ela, a conjugalidade possui as seguintes características: 1) inscreve-se em trajetórias sociais e de gênero; 2) é produtora de sentido e de identidade; 3) a afetividade é fator importante na vertente amorosa da relação e na efetivação da sexualidade; 4) o casamento é produtor de uma realidade no plano concreto das

condições materiais; 5) a conjugalidade é social e historicamente situada. Analisando a relação de vários casais, a autora aponta que o amor tem se tornado fonte predominante nas ligações atuais, o que implicaria em uma maior paridade entre homens e mulheres, mas que não quer dizer que as assimetrias nas relações tenham deixado de existir totalmente. Finaliza apontando que também para as mulheres, o processo de individualização pressupõe instabilidades e conflitos. “O direito à felicidade parece ser para hoje, estar mais perto, e é também acrescida a liberdade individual. Mas também há risco, mais incerteza, mais ameaças”, diz (TORRES, 2004, p.155).

Ou seja, mesmo para as mulheres que já possuem um percurso mais longo de lutas e conquistas de direitos sociais, ainda há **riscos e incertezas**. Poderíamos fazer várias teses sobre o tema das “conquistas” femininas e feministas desde o século passado. O que nos importa aqui é ressaltar que sujeitos sociais com direito a voz e voto são uma construção historicamente determinada, portanto variável em função da cultura e valores de cada período. Além disto, é importante levar em conta que sempre haverá ameaças de retrocesso, incertezas quanto ao que foi conquistado e riscos de perdas, e que, portanto, a **negociação** em todos os níveis deverá ser permanente.

A partir destas descrições que revelam como as articulações entre a autonomia e da dependência referem-se a questões do mundo atual, no próximo capítulo vamos nos aproximar mais especificamente de nossa população “especial”.

### 3 NOSSO OBJETO

A minha experiência com pessoas especiais começou em 2001, a partir da amizade com Márcia Costa, que é coordenadora de uma instituição particular de educação especial de adultos, e foi a primeira pessoa que me encaminhou um paciente especial. Através de nossas conversas, fomos trocando experiências: ela me revelando questões do 'mundo especial' sobre os quais eu nunca tinha pensado, e eu lhe apresentando uma visão psicanalítica sobre algumas situações de seu trabalho. Esta enriquecedora troca possibilitou os primeiros passos para a construção deste trabalho.

Alguns aspectos desta experiência já foram apresentados em congressos de psicanálise (SARMENTO, 2003, 2005), o que favoreceu o encaminhamento de novos pacientes. Desde então, atendi a um total de seis pessoas e suas famílias (3 homens e 3 mulheres. Idade entre 30 e 45 anos) para o tratamento psicoterápico específico relacionado a este trabalho. Este grupo é quantitativamente pequeno, mas foi suficiente para proporcionar uma rica experiência, sobre a qual elaboramos esta dissertação.

As bases orgânicas dos pacientes eram variadas: Down, paralisia cerebral, dificuldades no nascimento. Assim, o primeiro foco foi decidir como agrupá-los para este estudo: se, por um lado os portadores da Síndrome de Down (SD) parecem formar um grupo diferenciado (até porque já possuem inúmeros programas, governamentais ou particulares) e comportam uma abordagem específica, por outro, algumas questões levantadas durante o trabalho psicoterápico justificava o agrupamento de todos para fim deste estudo. Estas questões referem-se exatamente ao objeto da tese: **a construção de autonomia de adultos com limitação intelectual moderada**. De uma forma ou de outra, independente da demanda inicial para a psicoterapia, este é o tema é recorrente.

Descrever o objeto da tese com o foco em "adultos com limitação intelectual moderada", gera estranhamento e dificilmente é entendido de imediato: normalmente é necessário que se inclua a SD para que se compreenda o universo. Desta maneira, exatamente porque os portadores de SD já possuem uma visibilidade social maior, opta-se por começar por eles.

### 3.1 Sobre a Síndrome de Down

A Síndrome de Down (SD) foi primeiramente descrita por Lord John Langdon Down, que em 1866 percebeu e descreveu a existência de características físicas semelhantes entre algumas crianças, que as faziam ficar parecidas com os mongóis (olhos amendoados, rostos redondos), dando-lhes inicialmente a denominação de mongolismo.

Em 1958, o geneticista Jérôme Lejèune descobriu que havia uma distribuição cromossomial diferente nas pessoas com Down: geralmente, a espécie humana possui 46 cromossomos, sendo 23 do pai e 23 da mãe. Na SD, há 47, sendo que o excesso se verifica no cromossomo 21. Daí surgiram as nomenclaturas: de **síndrome de Down**, em homenagem ao Lord que primeiro a havia descrito e de **trisomia do 21**, em função do cromossomo modificado.

É importante ressaltar que os portadores de SD possuem este cromossomo a mais, mas **a sua carga genética restante é variável como todo o resto da população**. Este cromossomo **não os torna homogêneos**: outras características físicas e emocionais seguem toda a diversidade do restante da população; muitas vezes percebemos que são parecidos fisicamente com algum outro familiar, pai, mãe ou irmãos. Sua personalidade e maneira de ser no mundo são singulares, o que os torna únicos como cada ser humano o é.

A SD tem sido bastante estudada em seus mais diversos aspectos biológicos, sociais e educacionais e não é nosso objetivo aqui fazer uma ampla descrição do fenômeno. Além disto, a pesquisa diz respeito a uma população um pouco mais ampla, que, no entanto é possuidora de uma característica comum com os portadores da síndrome: algum comprometimento permanente, que as faz estabelecer um relacionamento de dependência com o ambiente, qualitativa e quantitativamente diferente da maioria da população.

### 3. 2 Sobre limitação intelectual moderada

Como citado, esta experiência clínica adveio de uma demanda em consultório particular de um atendimento psicoterápico para adultos com limitação intelectual moderada, chamados “especiais”. Em relação à definição da população estudada, tanto o diagnóstico clínico dos quadros sindrômicos como a avaliação da capacidade

cognitiva dos pacientes em questão, foram previamente realizados por profissionais especializados no campo. Estes diagnósticos repassados pelas famílias e /ou pelos próprios profissionais foram aceitos, não sendo foco de investigação ou questionamento. Para exemplificar, utilizo COSTA (1991), que assim define a população com limitação intelectual moderada/severa:

“O termo limitação intelectual moderada/severa refere-se ao funcionamento intelectual inferior de aproximadamente 1% de uma população naturalmente distribuída. Esta faixa de 1%, tradicionalmente, inclui a população rotulada de retardada [...] e tem QI abaixo de 50” (COSTA, 1991, p.8).

Encontramos na Internet, importante referência sobre o CID X. Ela nos apresenta a definição de **retardo mental**, cujas características descritas no critério B, formam um ponto de articulação com a nossa pesquisa. Antes de apresentá-las, é importante que se ressalte que neste trabalho, usamos o termo limitação, ao invés de retardo, por considerar que este termo (limitação) é menos carregado de conotações deterministas ou de preconceitos sociais (CID X<sup>1</sup>, s/d).

“**Características Diagnósticas** - A característica essencial do Retardo Mental é um funcionamento intelectual significativamente inferior à média (Critério A), acompanhado de **limitações significativas no funcionamento adaptativo** em pelo menos duas das seguintes áreas de habilidades: comunicação, autocuidados, vida doméstica, habilidades sociais/interpessoais, uso de recursos comunitários, auto-suficiência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança (Critério B). Prejuízos no funcionamento adaptativo, em vez de um baixo QI, geralmente são os sintomas visíveis no indivíduo com Retardo Mental. O funcionamento adaptativo refere-se ao modo como os indivíduos enfrentam efetivamente as **exigências comuns da vida** e o grau em que satisfazem os critérios de **independência pessoal esperados de alguém de seu grupo etário**, bagagem sócio-cultural e contexto comunitário específicos. O funcionamento adaptativo pode ser influenciado por vários fatores, incluindo **educação, motivação, características de personalidade, oportunidades sociais e vocacionais** e transtornos mentais e condições médicas gerais que podem coexistir com o Retardo Mental” (CID X<sup>2</sup>, s/d) (grifo nosso).

Vemos então, que, mesmo nesta definição médica, há espaço para variações na aquisição da independência e habilidades pessoais. Durante as suas vidas, as pessoas têm oportunidades sócio-ambientais diversas, que vão participar do desenvolvimento de seu potencial. Assim, no que se refere aos aspectos relativos às oportunidades sócio-ambientais esta definição se articula com o que pretendemos demonstrar: mesmo diante de limitações orgânicas, há singularidades e potenciais que poderão chegar a seus extremos, em um ambiente facilitador. Seguindo esta linha de pensamento, selecionamos também características de retardo mental moderado, segundo o DSM IV:

**"F71.9 - 318.0 - RETARDO MENTAL MODERADO ...** Este grupo constitui cerca de 10% de toda a população de indivíduos com Retardo Mental. A maioria dos indivíduos com este nível de Retardo Mental adquire habilidades de comunicação durante os primeiros anos da infância. Eles beneficiam-se de treinamento profissional e, com moderada supervisão, **podem cuidar de si mesmos**. Eles também podem beneficiar-se do treinamento em habilidades sociais e ocupacionais, mas provavelmente não progredirão além do nível de segunda série em temas acadêmicos. Estas pessoas podem **aprender a viajar independentemente, em locais que lhes sejam familiares**. Durante a adolescência, suas dificuldades no **reconhecimento de convenções sociais** podem interferir no relacionamento com seus pares. Na idade adulta, a maioria é capaz de executar trabalhos não qualificados ou semiquilificados **sob supervisão**, em oficinas protegidas ou no mercado de trabalho geral, e adaptam-se bem à vida na comunidade, geralmente em **contextos supervisionados**" (DSM IV, s/d) (grifo nosso).

Podemos perceber que estas definições também apontam para possibilidades variáveis de aquisição de autonomia e independência, dentro de "contextos supervisionados". Penso que a idéia de "contextos supervisionados" é coerente com o tema que será abordado posteriormente neste trabalho sobre a necessidade de um **enquadre**.

Nos casos estudados, independente dos fatores causais que tenham provocado o quadro de limitação intelectual moderada, além da base orgânica comprovada, observou-se outra característica comum - o objeto de investigação deste trabalho: uma situação de dependência objetiva e constante do ambiente em que vivem (geralmente familiar).

**Para fins deste trabalho, denominarei de LIM ao conjunto formado pelos pacientes que chegaram à minha clínica com um diagnóstico prévio de limitação intelectual moderada, sejam portadores de Down ou não.**

É importante ressaltarmos aqui, que as demandas recebidas no consultório não se referiam ao fato das pessoas se sentirem deficientes ou diferentes: as queixas diziam respeito a fatos, que interromperam seus fluxos de vida: perdas, conflitos familiares. Assim, movidos por angústias diversas, elas buscaram uma psicoterapia como forma de possível de elaboração de seus conflitos. No capítulo sete abordaremos as peculiaridades destes atendimentos, dúvidas e aproximações teóricas.

Este trabalho não pretende negar as limitações físicas presentes nos LIM; ao contrário, estas limitações provocam repercussões em diversos níveis (sociais, familiares e subjetivas) e não devem ser desconsideradas. Da mesma forma, pretende-se valorizar o corpo, não como algo isolado, possuidor de características em si, mas articulado e integrado ao meio ambiente e à sociedade, em sua maneira de ser concebido, valorizado, aceito ou até modificado. Este corpo, que em seus

primórdios é totalmente dependente do ambiente precisa de um amparo externo para sobreviver e um olhar “do outro” para ir se constituindo em sujeito.

### **3. 3 Sobre a Natureza e a Cultura**

#### **3.3.1 Corpos e Sujeitos**

Uma vez que existe uma base orgânica real e comprovada, como podemos lidar com a mesma e ultrapassá-la? RODRIGUES (1983), defende uma posição na qual toda realidade é percebida e concebida de acordo com as representações da cultura. “[...] como qualquer outra realidade do mundo, o corpo humano é socialmente concebido, e (que) a análise da representação social do corpo oferece uma das numerosas vias de acesso à estrutura de uma sociedade particular” (RODRIGUES, 1983, p.44).

Para ele, a sociedade elege determinadas características físicas, morais e mentais como sendo as mais desejáveis para todos, mas reconhece a existência de uma diversidade populacional, que necessariamente, permanece afastada destes modelos sociais ideais.

“Sabe-se que cada sociedade elege um certo número de atributos que configuram o que o homem deve ser, tanto do ponto de vista intelectual ou moral, quanto do ponto de vista físico; que esta constelação de atributos é, em certa medida, a mesma, para todos os membros de uma sociedade, embora tenda a se distinguir em nuances segundo diferentes grupos, classes ou categorias que toda sociedade abriga” (RODRIGUES, 1983, p.44).

O corpo adquire uma posição privilegiada: palco de representações sociais de diversas ordens (sentimentos e valores), há no corpo também, algo que está ligado à materialidade da natureza. Assim, é nele que se podem amalgamar questões relativas à Natureza e à Cultura.

“Ao corpo se aplicam, portanto, crenças e sentimentos que estão na base de nossa vida social e que, ao mesmo tempo, não estão subordinados diretamente ao corpo. O mundo das representações se adiciona e se sobrepõe a seu fundamento natural e material, sem provir diretamente dele. As forças físicas e as forças coletivas estão simultaneamente juntas e separadas” (RODRIGUES, 1983, p.46).

Apresenta a variabilidade da apreensão social do corpo, que é determinada pelos diversos valores circulantes nos saberes de cada época. O autor propõe o corpo como possível ponto de articulação e superação da dicotomia entre a Natureza e a Cultura e como importante foco de atenção nas ciências sociais.

“Estudar a apropriação social do corpo é estrategicamente importante para os cientistas sociais, uma vez que ele é, sem dúvida, o mais natural, o mais concreto, o primeiro e o mais normal patrimônio que o homem possui” (RODRIGUES, 1985, p.47).

Para o autor, o corpo é o palco privilegiado para observarmos as contradições e as lutas do homem em relação às suas origens, que são ao mesmo tempo culturais e biológicas. É no corpo, utilizado para desvelar ou resguardar, que ficam representados os medos e desejos sociais: em suas marcas, insígnias, fica simbolizado o que deve ser valorizado, incluído e o que deve ser desvalorizado, excluído por ser prejudicial ou por estar contaminado por características impuras.

“Há na corporalidade humana e na natureza do homem, de modo geral, segundo as leituras que delas fazem as sociedades, uma contradição fundamental: de ser o homem ao mesmo tempo um ser da Natureza (isto é, um animal) e algo diferente de um animal (um ser cultural). Ao erigir-se em símbolo da estrutura social, o corpo, simultaneamente Natureza e representante da Cultura, condensa em si esta ambigüidade, e reproduz simbolicamente, e ao mesmo tempo, o que a sociedade deseja e o que a sociedade teme, as forças fastas e as forças nefastas. Paralelamente culturalizado e rebelde ao controle cultural, o corpo é ‘bom para pensar’ a dualidade da estrutura social, exprimindo, no que é corporalmente ‘puro’ ou ‘impuro’, respectivamente, o que a sociedade quer ou não quer ser” (RODRIGUES,1985,p.166).

Para Rodrigues, a definição do que é patológico (ou não), não pode se restringir à observação do fenômeno isolado do um contexto social ao qual pertence: por sermos permeados pela linguagem, a aproximação, descrição, compreensão do nosso objeto de estudo sempre estará ligada ao momento histórico ao qual pertencemos.

“Portanto, as tentativas de compreensão do patológico como fenômeno exclusivamente biológico e individual estão fadadas a um sucesso bastante relativo: a capacidade de pensar, exprimir e identificar as mensagens corporais está subordinada a uma *linguagem*, o que faz dela um fato eminentemente social, variável com as diferentes taxionomias das sociedades e das classes sociais” (RODRIGUES,1985,p.93) (em itálico no original).

Segundo o pensamento de que sociedades diferentes lidam de maneiras diversas com o “diferente”, o próprio Rodrigues nos remete a outra autora, Mary Douglas para nos aproximar das discussões sobre o corpo como representante de uma certa ordem social, na qual o “diferente” é considerado como sujo, devendo ser purificado ou eliminado. “Como resumiu Mary Douglas (*Apud* RODRIGUES), ‘nossas idéia de sujo é composta de duas coisas: cuidado pela higiene e respeito pelas convenções’ ” (RODRIGUES, p.140).

No livro de Douglas, as idéias sobre pureza e perigo são utilizadas para expressar movimentos sociais de ordenação e exclusão (DOUGLAS,1966). Ela

apresenta importante discussão sobre rituais de purificação, que perpassa questões relativas à pureza, perigo, contaminação e anomalia. O diferente e o anômalo são socialmente considerados como potencialmente perigosos e contaminadores. Isto acontece mesmo considerando-se que a definição de “diferente” seja variável de uma sociedade para outra. O corpo serve como um palco de articulações simbólicas que, envolvendo rituais de pureza e impureza, apontam para as ordenações sociais que podem provocar a exclusão social daqueles que são considerados impuros. Assim, a ordem social é associada a idéias de pureza, higiene e tudo o que for sujo ou impuro deve ser eliminado para não contaminar os outros: a ordem ideal seria uma ordem limpa, isenta de transgressões biológicas (doenças) ou sociais (os considerados “impuros” a cada época). “Acredito que algumas poluições são usadas como analogias para expressar uma visão geral da ordem social” (DOUGLAS, 1966, p 14).

O corpo se apresenta como lugar privilegiado no qual se pode observar a condensação dos cuidados sobre limpeza com as tradições sociais. Assim, diferenças, inclusive corporais, são colocadas no âmbito das anomalias, anormalidades e sujeiras, e consideradas perigosas, devendo, portanto ser eliminadas ou purificadas. Ainda com Douglas, Rodrigues diz:

“Tudo o que representa o insólito, o estranho, o anormal, o que está à margem das normas [...], é ambíguo, tudo o que é anômalo,... e fora de nosso controle, é germe de insegurança, inquietação e terror: converte-se imediatamente em fonte de perigo” (RODRIGUES, p.15/16).

Douglas diz que os fenômenos de anomalia e de ambigüidade podem ser aproximados, por que dizem respeito a formas ou situações, que não se inserem no quadro de uma ordenação linear. A anomalia, dentro desta ordenação social seria considerada uma impureza, uma quebra da ordem social de limpeza e provocaria ansiedade. Para evitar a “contaminação” o sujeito e as sociedades, se defenderia utilizando-se de mecanismos de evitação ou supressão. “... De início, a descoberta de uma anomalia cria ansiedade. O sujeito tenderá então a suprimir a anomalia ou a apartar-se dela (DOUGLAS, 1966, p.16)”.

Os pares conceituais normal/anormal, ordem/desordem, pureza/impureza, inclusão/exclusão, contágio/purificação, são trabalhados para denunciar a o fato de cada cultura possui uma noção específica do que seria a “sujeira” a ser eliminada. Não havendo uma impureza em si, é o olhar do outro, o olhar social que determina o que é “impuro”, e que deve, portanto, ser excluído. “Não existe pureza ou impureza

absoluta. Ela existe no olhar de quem as vê” (DOUGLAS,1966,p.12). Ela diz que todas as culturas possuem dispositivos para lidar com as anomalias, e nos apresenta formas de isto acontecer: através de uma nomeação, (que proporcionará um lugar para aquela situação especial), eliminação ou considerá-los como perigosos. “A reflexão sobre a impureza implica uma relação sobre a relação entre a ordem e a desordem, o ser e o não-ser, a forma e a ausência dela, a vida e a morte” (DOUGLAS,1966,p.16).

De qualquer maneira, há um alerta de que, não importa qual seja a ordenação e os modos de a sociedade lidar com o que está “fora”, sempre teremos que lidar com contradições e hipocrisias a que uma suposta pureza absoluta nos levam. É difícil nos aproximarmos de algo que pode nos contaminar, no sentido de que fere a nossa segurança e a nossa referência básica. A denúncia aqui é clara: é o nosso olhar, é o olhar social, que transforma os outros em...“**outros**”.

Partindo de um pólo oposto, um **corpo neurológico**, Jerusalinsky (JERUSALINSKY, 2004), descreve a aproximação que seu grupo de trabalho fez com a psicanálise, e as consequências da introdução da mesma naquele setor.

“... [o grupo] Partindo das descobertas da maturação neurológica precoce [...], foi buscar primeiro na genética e depois na psicologia as respostas àquilo que a neurologia encontrava como limite da sua prática: a produção mental. Precocemente percebeu que na reabilitação das crianças, as atitudes e sentimentos dos pais tinham uma influência quase sempre decisiva” (JERUSALINSKY, 2004, p.13).

Em depoimento contundente, ele relata como foram descobrindo que, aquilo que não era descrito na doença neurológica, o que havia no espaço do não saber e do não orgânico, ali mesmo estavam possibilidades daquelas crianças.

“Abriu-se, então, um espaço que nunca mais seria fechado: o espaço do que se ignora no destino de uma criança, para além da doença que a afete ou do limite que sua deficiência lhe trace... O assunto é: para que lado caímos fora da neurologia pura? Nós pretendemos cair do lado da psicanálise, o que implica uma ética, uma ética que tem a ver com a dinâmica do desejo daqueles que nos consultam, desejo que se expressa numa transferência porque assim se articula na relação conosco”. (JERUSALINSKY, 2004, p.14/15)

Todo o grupo começa a se implicar nesta nova forma de percepção dos pacientes, modificando a atitude terapêutica. O conhecimento médico onipotente e defensivo inicial é substituído por formas articuladas de trocas de saber, que circulam pelos profissionais, famílias e pacientes. O paciente, que antes era considerado apenas como um corpo estragado, ou seja, como um “outro”, diferente, torna-se um sujeito.

“E os terapeutas, caem a atender a demanda dos pais tal qual ela se apresenta em sua aparência: ou seja, como demanda de consertar um corpo estragado, em nível do imaginário, abrindo, assim, o espaço da constante reemergência do impossível. Frente à impotência de curar, lançam-se na onipotência do discurso científico-técnico, preenchendo os buracos da cadeia significativa parental com um saber que pretende abranger a falha da criança, recobri-la com um nome e, em certa medida, resolvê-la” (JERUSALINSKY, 2004, p.15).

A psicanálise, então passa a fazer parte daqueles atendimentos, com sua dimensão ética, que necessariamente implica em uma relação não hierarquizada com um outro, que poderá, assim, ser considerado como um sujeito capaz de desejar e fazer escolhas, substituindo o saber onipotente anterior.

“[...] Mas ela [a psicanálise] nos ocupa do modo como costuma fazê-lo quando se deixa atuar: atravessa a prática e modifica sua ética, transforma suas leis conceituais e lhe denuncia suas falhas; abre, em síntese, um lugar para o sujeito ali onde todo espaço se lhe fechava com um saber” (JERUSALINSKY, 2004, p.17).

Mais adiante, ele vai abordar os limites nos atendimentos dos pacientes com Down, já levando em consideração as novas possibilidades do campo psicanalítico.

“[...] encontramos fôlego para continuar em três fontes: 1) nos resultados que dia após dia nos surpreendiam, desmentindo o imodificável dos aspectos funcionais de diversas patologias genéticas e neurológicas (ainda que, evidentemente, nos encontrávamos com limites reais nos alcances terapêuticos); 2) no fato de que, nas disciplinas básicas da clínica, tais como a psicologia, a psicanálise e a neurologia, se operassem demonstrações cada vez mais contundentes do papel marcante e transformador que têm as experiências precoces da vida quando se trata de experiências prolongadas e sustentadas; 3) nas manifestações dos pais e das crianças, que, apesar do tormentoso labirinto de desejos e repúdios em que se vêem sumidos pelo choque com uma realidade cerceadora, empenhavam-se decididamente até o encontro de uma saída quando se lhes ofereciam meios de enfrentar-se, de algum modo com sua desgraça” (JERUSALINSKY, 2004, p.272).

Assim, partindo agora de três dimensões: modificabilidade das lesões, plasticidade neurológica que implica na troca de experiências com o ambiente e a força do desejo, o autor afasta-se do determinismo biológico, aproxima-se da intersubjetividade e defende a superação da dicotomia entre orgânico e psicológico. “No curso de todos estes anos, acrescentaram-se cada vez mais argumentos para questionar as posições dualistas e dissociativas entre o orgânico e o psíquico” (JERUSALINSKY, 2004, p.272). Termino utilizando as palavras do próprio autor, que sintetizam uma trajetória que eu chamaria de “da neurologia à psicanálise”.

“(... trata-se de um) [...] demorado trabalho de decifrar e tomar em cada caso os detalhes de suas dificuldades, as limitações de seu corpo e a disposição de seu desejo para encontrar o modo em que os conceitos das disciplinas diferentes se coloquem a serviço de um sujeito que, embora sendo portador de uma síndrome, **demanda ser alguém** [...].O fato de que dominem, em maior ou menor grau, a escritura e a leitura, ou que suas habilidades lingüísticas produzam alguns inconvenientes em sua comunicação social, ou a existência de um teto de abstração que os obrigue a restringir a complexidade do cálculo ou a manter referenciais

simbólicos na ordem do concreto, não chega, na imensa maioria dos casos, a constituir obstáculos decisivos para sua livre circulação social” (JERUSALINSKY, 2004, p.274) (grifo nosso).

### 3.3.2 O Normal e o Patológico

Vimos que a determinação do que é diferente, sujo, contaminador, anormal e que deve ser excluído ou tratado é bastante variável: corpos existem, pessoas e grupos diferentes existem, sempre existiram e existirão. Mas o que deve ser incluído ou não dentro da faixa da normalidade e do esperado; e o que a sociedade faz com o que está “fora”, é variável e este é o ponto que queremos enfatizar aqui.

Para nos auxiliar em um aprofundamento teórico sobre o tema normal/anormal, normalidade/anomalia, recorremos a CANGUILHEM (1975) e MC DOUGALL (1978).

De Canguilhem, vamos utilizar o texto *Exame crítico de alguns conceitos: do normal, da anomalia e da doença, do normal e do experimental*, do qual destaco dois temas principais: o conceito de normal, suas ambigüidades e utilizações dentro da prática médica, e as diferenças entre a anomalia e a doença.

Canguilhem inicia apresentando duas definições de normal e faz um alerta para uma certa ambigüidade semântica possível na utilização da palavra e afirma que esta ambigüidade favorece um equívoco de, para apresentar um mesmo fenômeno, utilizar indiscriminadamente o sentido avaliativo (valor) e o sentido descritivo (fato); ou seja, há um fato a ser descrito e “um valor atribuído a esse fato por aquele que fala...” (CANGUILHEM, 1975, p.95).

É a partir da vivência do ser humano e de sua apreciação sobre suas condições de vida que uma situação se torna patológica. A vida em si mesma possui um valor que independe da avaliação médica e o ser vivo empreenderia permanentemente um esforço espontâneo de luta contra os “valores negativos” que colocam em risco sua manutenção e sobrevivência. Canguilhem apresenta-nos a normatividade como um conceito que representa algo pré-existente à vida; para ele o fato de existir uma luta constante contra as ameaças da vida explicaria que a normatividade é uma necessidade vital, permanente e essencial.

Assim, a medicina e outras terapêuticas criadas pelos homens seriam o prolongamento desta normatividade vital. Para o autor, o valor da vida é considerado um fato: “É a vida em si mesma, e não a apreciação médica, que faz do normal

biológico um conceito de valor e não um conceito de realidade estatística” (CANGUILHEM,1975,p.100). Na segunda parte deste texto Canguilhem vai discutir os conceitos de anomalia e de doença. Diz que a anomalia precisa, para se tornar foco de interesse médico, ser vivida e descrita como um desconforto, como patológica pelos indivíduos portadores da mesma. Caso contrário, seria apenas uma variedade, uma diferença.

“A anomalia pode constituir o objeto de um capítulo especial da história natural, mas não da patologia [...] É porque existem anomalias experimentadas ou manifestadas como um mal orgânico, que existe um interesse - afetivo em primeiro lugar, e teórico, em seguida - pelas anomalias” (CANGUILHEM, 1975, p.105).

A anomalia só pode ser estudada a partir do momento em que houve uma quebra na normatividade vital; é preciso que haja uma experiência subjetiva negativa do próprio sujeito para que possamos nos debruçar sobre a anomalia. “Diversidade não é doença. O anormal não é patológico” (CANGUILHEM, 1975, p.106), afirma. Diz que a anomalia provoca tensões e movimentos diferentes dos provocados pela doença: a doença interrompe um fluxo vital e faz com que haja um anterior para comparação; a anomalia já está lá desde sempre e não necessariamente interromperá ou impedirá a continuidade do ser na vida.

A anomalia torna-se uma doença se passar a ser interpretada pelo indivíduo como algo que restringe sua mobilidade no mundo e o valor que dá a si mesmo. **A anomalia pode se transformar em uma doença, mas não é ela mesma uma doença.** Canguilhem vai defender a posição de que uma variação, como uma mutação, não necessariamente é patológica: “Na medida em que seres vivos se afastam do tipo específico serão eles anormais que estão colocando em perigo a forma específica, ou serão inventores a caminho de novas formas?” (CANGUILHEM, 1975, p.110).

É preciso levemos em consideração a normatividade do ser humano e não a presença de uma anomalia para considerá-los como doentes. E termina reafirmando que não existe fato normal ou patológico em si mesmo:

“Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são em si mesmas patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis [...] Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, mas é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida” (CANGUILHEM, 1975, p.113 -114).

Canguilhem nos convida a uma reflexão sobre o normal e o patológico e Joyce McDougall coloca os psicanalistas no "olho do furacão" da discussão em seu artigo *Em defesa de uma certa anormalidade*. Seu primeiro parágrafo é constituído de perguntas sucessivas: o que é normal? Existe uma única forma de normal? O que é normal para um psicanalista? O que é um psicanalista normal? Acha que a normalidade é para os analistas como a face escura da Lua: nunca poderemos vê-la. Acaba afirmando que a normalidade não seria um conceito psicanalítico.

Para ela, a primeira norma que servirá de solo para as normas posteriores é formada pela família. Para a criança, o normal é o conhecido, o de casa, o familiar. O anormal, a "inquietante estranheza" descrita por Freud, na verdade é algo que surge no sujeito, que se destaca do familiar, do normal. Assim, normas e regras dizem respeito às questões familiares: uma vontade de escapar seria o desejo de transgredir estas regras; por outro lado, a conformidade estaria ligada ao desejo de obter o amor dos pais. A norma seria a identificação com o desejo dos pais.

A partir daí, a autora apresenta suas idéias a respeito de pessoas que se sentem normais, "bem demais na própria pele"; pessoas que não se questionam, não duvidam de si mesmas nem de sua maneira de ser, mas procuram análise. Que fazer com elas? A norma sexual ou de qualquer outra natureza, possui uma dimensão sócio-temporal, ou seja, é contingente, variável, historicamente determinada. Diz que o nosso ponto de partida deve ser o questionamento que o próprio paciente nos traz; é preciso que a própria pessoa se sinta sofrendo, estranhando, para que possamos empreender a viagem psicanalítica. Para ela, a normalidade não criativa seria uma defesa, uma carapaça.

Ao se adaptar às regras, o sujeito teria limitado também sua vida fantasmática, afastando-se de si mesmo. Em algum momento da vida, o olhar imaginativo e criativo infantil passaria por uma normalização que pode ser empobrecedora do ser. Questionamentos, inquietações, estranhezas, sonhos, fazem parte de nosso estar no mundo; tudo isto pode nos levar a novas articulações simbólicas, a novas formas criativas de viver e de ser; por outro lado, uma adaptação excessiva pode nos levar à pobreza repetitiva das regras sempre conhecidas e nunca transgredidas. Estamos sempre diante de um desafio, de um contínuo questionamento das relações e de modos de ser no mundo. Se soubermos escutar criativamente os pedidos dos pacientes, talvez possamos prosseguir para além de suas (nossas?) normalidades.

“O trabalho psicanalítico é um processo criador, e esses sujeitos, como qualquer outros, trazem consigo todos os elementos para criarem seu analista e sua aventura psicanalítica. Se ao engajarem-se numa análise nada é criado, talvez seja porque não soubemos escutar o seu pedido” (MC DOUGALL, 1978, p.182).

Os textos nos convidam a refletir sobre o normal, a normalidade, a anomalia. Ambos apontam para as questões do valor que é atribuído aos fatos. Atribuídos pelos próprios sujeitos e por quem lhes observa. Este valor é função de fatores culturais, sociais, das formas de saber que perpassam uma sociedade a cada momento histórico. A síndrome de Down foi descrita inicialmente por Lord Langdon Down, médico inglês. Em 1886, ele descreveu as características da síndrome, que acabou recebendo seu nome.

Um breve passeio pela Internet já nos fornece inúmeras outras definições desta síndrome, além da de Lord Langdon. Neste trabalho não poderei me deter nas várias metáforas utilizadas nas descrições, mas gostaria de enfatizar que elas também foram se modificando ao longo do tempo. Sabemos que a própria descrição dos fenômenos varia de acordo com as idéias circulantes em cada época e também em função da subjetividade do próprio autor. Por exemplo: falar de aberração não é o mesmo que dizer alteração, disfunção, excesso genéticos. Devemos ressaltar que o termo *anomalia*, foco de nosso interesse, já tem sido substituído hoje em dia por alteração, distúrbio, excesso, palavras que parecem ter uma conotação um pouco menos negativa.

A alteração genética aqui é um fato. Mas qual o valor que poderemos dar a isto? Em seu texto, Canguilhem aponta que a anomalia é uma diferença, mas não necessariamente uma doença. Poderíamos definir a SD a partir deste ponto de vista? Ficam então as perguntas: poderíamos, com Canguilhem, pensar a síndrome de Down como uma anomalia não necessariamente patológica? Caso positivo, portadoras de uma normatividade, estas pessoas poderiam seguir seu curso normal de vida caso encontrassem um ambiente familiar e social favorável, com o qual pudessem interagir? Será que é possível determinar seus limites? Não seriam estes limites também variáveis de acordo com o entorno?

A sociedade tem feito um certo esforço na tentativa de inclusão social destas pessoas, propiciando oportunidades de convivência e desenvolvimento de recursos humanos e tecnológicos mais adequados às pessoas portadoras da síndrome e outros ‘especiais’. Mas, e se ao longo de suas vidas, houver um trauma, uma perda, uma ruptura qualquer que os faça sofrer e se angustiar? E se, por causa deste

sofrimento e angústia, forem bater às portas dos psicanalistas? Ficaríamos presos às recomendações iniciais freudianas que definem o tipo ideal de cliente para uma análise? Ou será que, com Joyce McDougall, poderemos tentar escutá-los? Poderíamos assim criativamente, empreender uma inusitada e surpreendente viagem?

## **4 A QUESTÃO PARADIGMÁTICA**

Pretendemos aqui falar sobre pessoas. Aparentemente poderia ser uma coisa simples, se considerarmos que sabemos exatamente o que é uma pessoa. No capítulo anterior apresentamos algumas considerações sobre as dificuldades de se pensar o que é normal. Onde começa e onde termina uma vida? O que nos define como seres humanos? O que os seres humanos necessitam para sobreviver e se constituírem? Muito já se tem pensado e escrito sobre estas questões, que em nossa opinião jamais serão esgotadas.

A cada nova descoberta ou a cada novo pensamento, portas se abrem e se fecham, mas nunca definitivamente. Mas, para que os saberes circulem, para que as informações sejam trocadas é preciso que alguns parâmetros sejam definidos e alguns códigos tornem-se comuns. Assim, este capítulo apresenta algumas concepções sobre os seres humanos que consideramos relevantes para a compreensão do trabalho.

O homem nasce inserido em uma natureza e em uma cultura, que não necessariamente se opõem, mas ao contrário, precisam se articular para a sobrevivência de todos nós. Pensamos que o ser humano, nascendo tão desprotegido, mas não desprovido de potencialidades, necessita do meio ambiente para a manutenção inicial da vida. Mas não é só. Todo seu potencial, sua constituição integral como ser humano será construída na troca com o mundo e com as pessoas. A experiência de pertencimento e de localização no mundo também é constitutiva de nossas subjetividades. Dentro desta idéia de um ser no mundo, que apresentamos agora mudanças sociais e mudanças na própria psicanálise, que possibilitaram a construção desta dissertação.

### **4.1 A Inclusão Social**

Nas transformações sociais, destacam-se todas as práticas inclusivas que foram difundidas nos últimos anos, numa tentativa de estender às minorias acesso aos mais diversos recursos, produtos, locais. Sob perspectiva histórica mais ampla, pode-se pensar nos direitos conquistados pelas mulheres, e na obtenção de um lugar social por parte das crianças.

Dentro deste movimento, pessoas especiais também se beneficiam desta corrente inclusiva, que os permite adquirir voz e lugar como sujeitos sociais. Desde a constituição de 1988, há uma séria preocupação com a inclusão social das minorias, que acompanhou a construção das políticas de direitos humanos. No site do Ministério da Educação, há vários indicadores que nos possibilitam o acesso e pesquisa sobre o tema. A educação inclusiva de pessoas portadoras de necessidades especiais é foco de interesse e preocupação não só no âmbito governamental, mas na sociedade como um todo.

Paulon (PAULON; FREITAS; PINTO,2005) em artigo para a Secretaria de Educação articula as práticas inclusivas ao desenvolvimento da sociedade como um todo e faz referências a espaços sociais nos quais seria possível uma convivência de aceitação da diversidade.

“A discussão sobre políticas inclusivas costuma centrar-se nos eixos da organização sócio-política necessária a viabilizá-la e dos direitos individuais do público a que se destina. Os importantes avanços produzidos pela democratização da sociedade, em muito alavancada pelos movimentos de direitos humanos, apontam a emergência da construção de espaços sociais menos excludentes e de alternativas para o convívio na diversidade” (PAULON; FREITAS; PINTO,2005,p.7).

Assim, as práticas inclusivas estão articuladas às condições sociais de aceitação e respeito às diferenças, bem como à capacidade desta mesma sociedade de integração efetiva destas pessoas nos mais variados espaços de convívio social (nas escolas, no lazer e cultura, na saúde e trabalho). O movimento inclusivo, para ser efetivo, deveria perpassar todas as áreas, sendo uma preocupação da sociedade como um todo. A autora denuncia que ainda há contradições e ambigüidades na nossa sociedade que, por um lado se coloca como diversificada, mas por outro ainda não rompeu com práticas de exclusão, que de alguma forma mantém as pessoas ‘especiais’ em um lugar também ‘especial’: de exclusão.

“A questão se torna complexa quando nos deparamos com a realidade de uma mesma sociedade, que demanda soluções de sustentação e viabilidade para sua própria pluralidade, não é uma sociedade inclusiva. [...] As pessoas com deficiência, com síndromes, são historicamente identificadas como párias sociais em função de um conjunto de igualdades mais ou menos constantes que acabam por definir seu lugar na sociedade: lugar de exclusão [...]” (PAULON; FREITAS; PINTO,2005,p.7).

Propõe, então, que a prática inclusiva deve necessariamente ocupar-se com a desinstitucionalização da exclusão nas diversas instituições e espaços sociais nos quais ainda são identificadas práticas discriminatórias. Em seu estudo, analisa a situação da educação especial, chegando à conclusão que o debate das últimas

duas décadas construiu um novo paradigma educacional, que estabelece uma educação universal, inclusiva, fundamentada em uma concepção de reconhecimento e valorização da diversidade, da qual deverão participar os setores ligados à educação (comunidade, pais, profissionais).

Com pressupostos iniciais diferentes, QUINTÃO (2005) chega a conclusões semelhantes, no que diz respeito à necessidade de ampla participação social e à necessidade de enfrentarmos ao mesmo tempo o par exclusão/inclusão em suas imbricações teóricas e práticas. Neste artigo, apresenta um duplo imperativo nos ideais contemporâneos: ao mesmo tempo em que haveria um ideal social de inclusão, haveria também um ideal de perfeição, que já em seu bojo é uma prática exclusivista. Suas reflexões são feitas a partir de seu trabalho como psicóloga em uma ONG no qual lida com crianças, adolescentes e adultos jovens, portadores de transtorno psíquico graves, quadros orgânicos decorrentes de síndromes e de doenças congênitas, e portadores de deficiência mental. Para ela, a deficiência tem importante contribuição na construção subjetiva e do lugar social destas pessoas.

“Estas ‘marcas’ - aparentes ou não - tendem a produzir uma inscrição importante na vida destes sujeitos, os quais, desde cedo, se vêem jogados diante do desafio de aprender a fazer um bom uso de suas insígnias a fim de enfrentar a vida e suas vicissitudes, buscando ‘brechas’ possíveis para ocupar um lugar no mundo como sujeitos e como cidadãos” (QUINTÃO, 2005, p.76).

A autora cita várias Leis que têm um cunho inclusivo, mas afirma que, apesar do avanço significativo nesta área, ainda há algumas dificuldades ligadas a um olhar social ainda exclusivista, que se choca diante de insígnias que não se adequam ao ideal de perfeição.

“Porém, mesmo considerando-se a pertinência das leis, isso não nos garante efeitos imediatos, pelo contrário, sua viabilidade dependerá de uma rede complexa que exigirá de todos os envolvidos, direta ou indiretamente, uma (re)posição, à medida em que passa a revisar as referências que fundamentam os conceitos e os preconceitos de uma sociedade sobre determinada questão, assim como é preciso considerar, também, os aspectos políticos, econômicos, institucionais, etc., que estão em jogo” (QUINTÃO, 2005, p.75).

Desta maneira, esta autora também coloca sobre toda a sociedade a responsabilidade práticas inclusivas e alerta que, para que a mudança social possa acontecer, há a necessidade de um reconhecimento **ético** da persistência de um olhar ainda exclusivista: sem este reconhecimento dos preconceitos que ainda permeiam o imaginário social, as mudanças não poderão atingir todos os espaços sociais tanto no que se refere aos excludentes, como aos excluídos. Aponta para

uma necessidade de **reflexão pessoal a respeito de possíveis preconceitos existentes em cada um de nós**: não basta que reconheçamos e excluamos que “as práticas” ou que “os outros” exercem; **é preciso um olhar para si mesmo, como cidadão, como pessoa e como profissional.**

“Entretanto, o que se constata é uma imensa dificuldade da sociedade para efetivar suas proposições, verificando-se a necessidade de uma constante revisão de suas práticas inclusivas, por vezes excludentes e discriminatórias [...] É curioso o que se observa, pois quem exclui são sempre os outros, e quem se propõe a incluir, tende a receber um reconhecimento social, ainda que os artifícios utilizados não estejam muito claros e que em suas práticas estejam engendrados os princípios da exclusão” (QUINTÃO, 2005, p.76).

Uma vez que os ideais de perfeição fazem parte da sociedade contemporânea (embora não exclusivamente), permeando as ações e relações sociais, a autora termina com uma reflexão que nos mostra, novamente que ainda há muito a ser feito neste campo.

“Os dispositivos construídos pela sociedade para a inclusão da diferença não tem sido suficientes para dar conta do mal-estar produzido por aqueles que carregam insígnias que denunciam a ruptura dos ideais narcísicos de perfeição” (QUINTÃO, 2005, p.78).

VERAS (2007), analisa uma campanha de cunho inclusivo: “Ser diferente é Normal”, para mostrar algumas armadilhas nas quais se pode incorrer dentro das próprias ações de inclusão. Para ela, o processo inclusivo deve ser elaborado não sob a égide de uma “normalidade”, mas dentro de uma situação de aceitação e inclusão da própria diferença. Assim, não basta a definição de um par conceitual inclusão/exclusão como objeto de estudo e prática, mas é preciso ir mais fundo na compreensão de o que se está incluindo/excluindo. O foco de seu artigo é a idéia de que é preciso incluir e acolher o outro com a sua diferença (hospitalidade), e não o tornando “igual” ou “normal”, o que seria apenas uma manifestação de “tolerância”.

“Na sociedade em que vivemos, e em que essa dicotomia (o par inclusão/exclusão) tem como termo hierarquicamente superior e privilegiado a exclusão, a simples virada dos termos – inclusão/exclusão – não basta como solução do problema. O que define a posição dos termos é nosso modo político-social de hospedar e/ou hostilizar o diferente” (VERAS, 2007, p.146).

Citando Derrida, a autora diz que através da hospitalidade, uma cultura demonstra como lida consigo mesma e com os costumes dos outros: será que esta sociedade consegue de fato considerar os outros como sendo verdadeiramente “seus” (hospitalidade), ou os mantém dentro de uma marca de eternos “estrangeiros” (tolerância)? “Quando incluir significa só ‘cumprir por força da lei’, a inclusão

funciona de fato como uma forma de tolerância e não como uma forma de hospitalidade no sentido derridiano” (VERAS, 2007, p.147).

A tolerância, segundo Veras, em sua acepção religiosa embutiria uma asserção de poder diferente do que seria uma verdadeira aceitação e escuta freudianas; além disto, sob o ponto de vista biológico, a tolerância possui uma conotação de contaminação e manutenção de uma “normalidade”. “Ultimamente, ouvindo repetidamente o lema *Ser diferente é normal*, penso que aí existe um chamado à tolerância – tomando como modelo o normal homogêneo e indiferenciado, que tolera a diferença” (VERAS, 2007, p.148).

Assim ela propõe que o termo hospitalidade, no que se aproxima do acolhimento dos estrangeiros e da diferença seria mais adequado para pensarmos as práticas de inclusão do que o termo tolerância, que apresentaria conotações hierárquicas ligadas a poder e normalidade. Ressalta a posição freudiana de aceitação do não familiar. “A diferença está em cada um e não do lado de fora. O estranho, como mostra Freud (1919), o diferente, está em nós mesmo, afirma o autor (pg.149)”. Termina defendendo a idéia de que no olhar de cada um estará contida ou não a questão da inclusão/exclusão: o potencial daquela pessoa diferente, portadora de Down não está determinado pela sua diferença em si, mas no nosso olhar, nas nossas palavras e ações. Desta maneira, a autora se aproxima de Paulon no que diz respeito à necessidade de uma reflexão ética sobre os processos de inclusão/exclusão. Toleramos ou acolhemos as diferenças e os diferentes?

“Nesse caso, dizemos que o problema é da criança, quando ele é de fato nosso, depende da palavra e do olhar que dirigimos a ela. A partir do instante em que categorizamos, classificamos essa criança, reduz-se o espaço para uma aposta no que dela poderá vir” (VERAS, 2005, p.150).

O acolhimento social, familiar e pessoal para estas pessoas torna-se assim, fator importante no desvelamento de seu potencial. A inclusão deve se dar na diferença e não na homogeneização. Sua conclusão final é contundente e comovente: ao invés de nos paralisarmos diante do(s) diferente(s), devemos encará-los e tratá-los como um outro, existente, possuidor de possibilidades desconhecidas por nós e que precisamos somente considerá-los...como **gente!**

“Talvez, depois de tantas pesquisas e conversas com profissionais, eu tenha chegado à conclusão de que o mais importante seja tomar o outro como outro; endereçar-me a ele (como as mães se endereçam a seus bebês, mesmo sabendo que eles não entendem ainda a língua sistematizada com que lhes fala), **fazer dele um interlocutor de fato, acolhê-lo e, se possível, amá-lo**” (VERAS, 2005, p.150) (grifo nosso).

Como ponto de convergência destes artigos e de interesse para nossa pesquisa, destaco as seguintes idéias: a inclusão/exclusão formam um par conceitual que assim deve ser analisado. Não há práticas inclusivas, de fato, se os dispositivos normalizadores pressupõem o paradigma de que, o que quer que se apresente fora de um contorno estabelecido como normal é, em essência, anormal. Ou seja, quando o estabelecimento da diferença estabelece uma hierarquia qualitativa, uma diferença de valor.

A inclusão deve partir da aceitação das diferenças como tal e não tornando as próprias diferenças ou os diferentes “normais”, homogêneos ou iguais. A sociedade como um todo e cada um na sociedade deveria participar deste processo, que pode ser iniciado com a assunção da existência de um desconforto diante do que não nos é ‘familiar’. Assim, citamos Freud:

“No texto denominado ‘O estranho’, Freud (1919) afirma que todo conhecimento é contato com o desconhecido, juntamente com o esforço para assimilá-lo. Nesse contato, o desconhecido, absolutamente necessário ao conhecimento, resiste a ser tornado familiar e, de certo modo, sempre resta nele algo de estrangeiro; o familiar, por sua vez, torna-se menos evidente a partir desse contato; menos familiar e, quem sabe, um pouco estranho” (*apud* VERAS, 2005, p.147).

Qual será o olhar que cada um de nós lança para um corpo que se afasta dos ideais de juventude, perfeição e beleza que são exigidos em nossa sociedade? O corpo fala? Sente, ouve, vê? Como está nosso olhar em relação às pessoas diferentes? Como vemos os corpos que não estão de acordo com o modelo de perfeição e juventude? Mais adiante trataremos também de como as famílias olham para os seus diferentes: com hospitalidade ou tolerância? Sabemos que a maneira como olhamos e descrevemos o outro, é fruto de múltiplas variáveis: desde as mais abrangentes, como o momento histórico ao qual pertencemos, às mais singulares, como nossa história de vida pessoal. De uma maneira mais ampla, podemos dizer que a forma de descrição dos fenômenos, seja em termos científicos e acadêmicos, seja no dia-dia ou na mídia, é variável, e acompanha os saberes e valores predominante daquela cultura, em uma determinada época. Concordando com Veras, Cardoso e Paulon, achamos que não há dúvida que muito já se evoluiu, mas que há muito por ser modificado ainda.

## 4. 2 Novos Paradigmas na Psicanálise

No lado da psicanálise, destacam-se inicialmente mudanças dentro da própria teoria freudiana, a partir de 1920. PLASTINO (2001) as descreve como um salto paradigmático, no qual Freud, até então se debatendo com os paradigmas modernos do primado da razão e do saber consciente, encontra na clínica, referências para a construção do primado da afetividade.

“Nossas práticas sociais bem como nossas sociedades são produtos da história, isto é, de nós mesmos. Somos nós que as criamos, sendo necessário para isso tornar hegemônicas determinadas concepções sobre a realidade, o homem e o conhecimento” (PLASTINO, 2001, p.13).

Assim Plastino começa seu livro, dando-nos o tom de suas idéias e a compreensão sobre o que é um paradigma: uma construção imaginária, criada pelos homens, que se torna hegemônica em uma determinada época. Para o autor, a concepção predominante no paradigma da modernidade é a separação entre a natureza e o ser humano. A partir desta cisão inicial, outros dualismos foram sendo criados e utilizados nas diversas áreas do saber moderno: corpo e psiquismo, sujeito e objeto, natureza e cultura. Segundo o autor, desde Freud este paradigma, que se desdobra em uma concepção racionalista e maniqueísta dos homens e da natureza, vem se apresentando como insuficiente para a compreensão de determinadas descobertas clínicas.

“A psicanálise representa uma importante vertente destes saberes sobre o homem, constituindo-se, assim, em um instrumento teórico que não é possível ignorar no processo de transformação paradigmática” (PLASTINO, 2001, p.14).

Defende a idéia de que a descoberta freudiana da realidade psíquica com seu caráter inconsciente, rompe com alguns pressupostos centrais do paradigma da modernidade, possibilitando a produção de novas concepções ontológicas e epistemológicas. Porém, Freud, que era fruto do conhecimento moderno oscilou durante muito tempo entre, por um lado, suas idéias teóricas produzidas e produtoras de um conhecimento racional do homem e do saber, e, por outro, suas descobertas clínicas, que apontavam para uma realidade psíquica inconsciente, possuidora de processos específicos que se distanciavam da homogeneidade do paradigma moderno. Assim, ao longo desta obra, Plastino analisa o trabalho freudiano, sua relação inicial com os pressupostos do paradigma moderno, a ambigüidade e ambivalência de alguns textos e o afastamento destes pressupostos

(PLASTINO, 2001, p.14). Além disto, o autor aproxima a obra freudiana dos saberes contemporâneos, cujos pressupostos relacionam-se com uma descrição e compreensão mais complexa do real. Plastino descreve os principais postulados na teoria freudiana em sua formulação final:

“[...] existência de um **psiquismo inconsciente originário**; de formas de ser desse psiquismo inconsciente radicalmente heterogêneo com relação a outras modalidades do ser; de pulsões qualitativamente diferentes que fazem parte da maneira de ser dos humanos; **de processos de apreensão direta do real**” (PLASTINO, 2001, p.17) (grifo nosso).

Não é nosso objetivo neste trabalho desenvolver toda esta passagem freudiana e sua luta entre sua formação moderna e suas evidências clínicas nem desenvolver uma análise das tópicas freudianas. O que se pretende é ressaltar que desde Freud já havia uma insuficiência do paradigma moderno. Isto não quer dizer que Freud abertamente os criticava, mas que suas descobertas clínicas o faziam questionar e reformular a teoria, sempre que ela não se mostrasse adequada. Plastino que assim sintetiza as principais idéias freudianas que nos interessam para este trabalho:

“A apreensão inconsciente possui ainda uma importante participação na compreensão freudiana dos processos de **constituição da subjetividade**. Assim, ao estudar a **identificação primária**, processo que se situa como sendo anterior à diferenciação do objeto e, obviamente, anterior ao acesso do indivíduo à linguagem, Freud a descreve como sendo ‘*direta, imediata e não mediada*’, operada através de uma *ligação afetiva*, sustentando uma modalidade de comunicação que ele denomina de *empatia*” (PLASTINO, p.98) (grifo nosso) (em itálico no original).

Deve-se ressaltar que as transformações ocorridas na teoria freudiana ocorreram sempre em função da importância que Freud dava às suas descobertas clínicas, que se desdobravam na concepção de um inconsciente originário e seu funcionamento específico; em uma qualidade na pulsão (que antes era vista apenas em seu aspecto quantitativo); e em uma ligação afetiva e direta do sujeito com o mundo (antes da mediação racional imposta pela linguagem).

Assim, segundo Plastino, já em Freud haveria uma mudança paradigmática na psicanálise, na qual haveria a possibilidade de uma ligação afetiva e empática, anterior à aquisição da linguagem que abriria portas para uma aproximação com as questões relativas à subjetividade contemporânea e com a obra winnicottiana.

Uma outra interpretação da obra freudiana pode ser encontrada em alguns trabalhos de LOPARIC (2006 e 2001). Através da conceituação kuhniana sobre paradigmas e construções em ciências, o autor apresenta-nos um Freud dentro do

primado edipiano (triangular), para destacá-lo da posição winnicotianna de um paradigma dual (relação mãe-bebê). Seguindo Kuhn, o autor diz que uma ciência normal é uma atividade voltada para a resolução de problemas e guiada por um paradigma. Porém nem todos os problemas tornam-se foco de interesse científico: é preciso que eles se tornem um quebra-cabeças cujas peças são articuladas por um determinado referencial teórico.

Para Loparic, mesmo que as idéias de Kuhn refiram-se a uma ciência mais desenvolvida que a psicanálise, o arcabouço conceitual freudiano e winnicottiano podem ser estudados à luz das idéias kuhnianas. Utilizando-se das postulações de Kuhn, Loparic analisa a obra freudiana para dizer que ela possui os elementos fundamentais de uma ciência, mesmo que ainda em desenvolvimento. Posteriormente, demonstra que havia “anomalias” na teoria freudiana, que caracterizavam a crise do paradigma. A partir desta argumentação, descreve a teoria winnicottiana como estando dentro das condições descritas por Kuhn, que, ao mesmo tempo que revelam uma crise paradigmática, favorecem a construção de novo paradigma.

“Há uma razão essencial para recorrer a Kuhn no presente contexto: tanto ele quanto Winnicott foram fortemente influenciados por Darwin. Seguindo os passos de Kuhn, falarei na *mudança de paradigma* introduzida por Winnicott na disciplina psicanalítica. Isto me exigirá uma descrição do paradigma anterior, o freudiano, o qual tornou possível um período inicial de ‘pesquisa normal’ em psicanálise, bem como o surgimento das anomalias que provocaram uma crise, em consequência da qual deflagrou-se a pesquisa revolucionária de Winnicott. Tal pesquisa resultou – e esta será a minha tese principal – na introdução, por Winnicott, de um novo paradigma para a psicanálise, ou seja, na formulação de novos problemas e de um novo arcabouço conceitual que, assim esperava ele, o capacitaria a resolver as anomalias que o preocupavam, bem como abriria perspectivas mais amplas para a pesquisa psicanalítica como um todo” (LOPARIC, 2001, pg.4/5) (em itálico no original).

Em artigo mais recente LOPARIC (2006), aprofunda e complementa a idéia da mudança paradigmática de Freud (triangular) a Winnicott (dual). Neste texto ele apresenta os elementos que, para Kuhn, são constitutivos de um paradigma, e articula-os com as teorias de Freud e Winnicott. Um paradigma seria uma “atividade de resolução de problemas”, que possuiria uma maneira de ver e interpretar o mundo que seria compartilhada por um grupo institucionalizado. O paradigma é composto de:

“(1) *exemplares*, isto é, problemas centrais que dizem respeito aos fatos acessíveis em alguma forma de experiência (observação, experimentação, clínica), acompanhados de suas soluções e 2) *compromissos teóricos*, dos quais constam: a) generalizações usadas como guias na pesquisa; b) modelo ontológico do domínio estudado (a parte propriamente “metafísica” dos paradigmas); c) modelo

metodológico (os métodos de pesquisa franqueados, analogias e metáforas permitidas), e d) valores, alguns deles epistemológicos – relativos ao modo como deve ser elaborada e praticada a disciplina em questão (capacidade de formular problemas, tipo de soluções admitidas, simplicidade, consistência interna e externa, plausibilidade) – e outros práticos, relacionados à utilidade social do saber científico” (LOPARIC, 2006, p.2) (em itálico no original).

Utilizando-se de formulações teóricas de Kuhn, Loparic parte de um outro viés da teoria freudiana, o complexo de Édipo. Afirma que este ponto central da teoria representa um paradigma triangular ao qual vai opor o que define como um paradigma dual, da relação mãe-bebê da teoria winnicottiana. Assim, em seu texto Loparic vai desenvolvendo suas idéias de que os postulados winnicottianos possuem as características kuhnianas referentes à crise e formulação de paradigmas.

Apresentamos abaixo um quadro comparativo teórico a partir do que é exposto por Loparic:

***Tabela I : Quadro comparativo de Freud e Winnicott de acordo com idéias de Kuhn - paradigmas***

<b>Kuhn: paradigma</b>	<b>Freud</b>	<b>Winnicott</b>
1)Exemplares	Complexo de Édipo, pulsões sexuais, relações triangulares	Bebê no colo da mãe
2)Compromissos teóricos		
2. a) generalizações	Teoria da sexualidade	Teoria do amadurecimento
2. b) modelo ontológico	Aparelho psíquico individual; pulsão libidinal dirigida ao objeto; leis causais	Relação com o meio-ambiente facilitador; tendências: para a integração; para o relacionamento com pessoas e coisas; e para parceria psicossomática
2. c) modelo metodológico	Interpretação transferência	Interpretação transferencial; manejo de regressão à dependência e acting out
2. d) valores epistemológicos	Ciências naturais; explicações causais; eliminação do sofrimento causado por conflitos internos pulsionais	Eliminação das defesas impeditivas do amadurecimento; facilitação para acontecimentos e integração (do dissociado); sofrimento faz parte da vida sadia

Fonte: Autora

Para ele, a teoria freudiana tem como arcabouço principal o Complexo de Édipo; além disto, o indivíduo é concebido como possuidor de um aparelho psíquico, movido por suas pulsões e pela sexualidade. Os conflitos seriam determinados por

leis causais, cujo arcabouço adviria das ciências naturais. O paradigma freudiano é triangular e sua matriz disciplinar é a sexualidade; sujeito freudiano possui uma pulsão; estabelece relações com objetos; um aparelho psíquico e um inconsciente reprimido, não integrado, a ser representado ou simbolizado. O paradigma winnicottiano é dual e sua matriz disciplinar é a maturação. O sujeito winnicottiano possui necessidades, instintos e desejos; estabelece relações com um mundo de vários ambientes; possui uma tendência à integração; seu inconsciente é do não acontecido, que precisa ser vivido ou revivido.

**Tabela II: Quadro comparativo de Freud e Winnicott de acordo com idéias de Kuhn – elementos**

Freud	Winnicott
Pulsão	a)necessidade; b)instintos ou impulso biológico; c)desejos
Relação com objetos	Relação com o mundo e com vários ambientes: a)egóicas, para atender às necessidades do processo de integração; b)instintuais: diminuição da tensão e obtenção do prazer; c)desejantes
Aparelho psíquico	Integração ou identidade pessoal
Inconsciente reprimido, não integrado, a ser representado ou simbolizado	Inconsciente do não acontecido ou desacontecido, que precisa ser vivido ou revivido
Metapsicologia	Teorização empírica
Objetificação dos fenômenos clínicos, tratados como elementos da natureza; linguagem objetificante	Atitude participante e não objetificante; linguagem de comunicação direta e não objetificante; multiplicidade de dizeres.

Fonte: Autora

Freud trabalha com metapsicologia, objetificação dos fenômenos clínicos e linguagem predominantemente verbal. Winnicott elabora sua teoria empiricamente, com uma atitude participante e com uma linguagem de comunicação direta que implica em uma multiplicidade de dizeres.

Segundo Loparic, o paradigma freudiano torna-se inadequado para Winnicott por que este trabalhava com psicóticos e adolescentes com tendências anti-sociais. Além disto, devo ressaltar que sua experiência como pediatra e profundo observador das relações entre mãe-bebê, contribuíram para a necessidade de criação de novos

parâmetros teóricos, que estão mais afinados com as questões clínicas se apresentam na contemporaneidade.

Sabemos que as mudanças sociais provocam novas concepções sobre os sujeitos e vice-versa. A demanda atual é de uma compreensão de algo, que não necessariamente diz respeito à triangulação edípica, mas à construção de uma subjetividade, onde as primeiras experiências corporais ganham relevância: surge a necessidade de um novo paradigma, de novas concepções teóricas para compreensão deste sujeito contemporâneo. Como representante de um novo paradigma Winnicott é destacado como o autor que servirá como base teórica mais importante neste trabalho. Sua teoria do desenvolvimento emocional refere-se a um momento inicial no qual o bebê ainda não existe separado de sua mãe, sendo totalmente dependente da mesma e do ambiente para sobreviver e para constituir-se como pessoa. É na troca com o ambiente que se dá construção da subjetividade e o processo de passagem da dependência absoluta à relativa.

Assim, pensa-se que a abordagem winnicottiana, além de lançar novas possibilidades teóricas de aproximação com a subjetividade contemporânea, possibilitou também a compreensão e o trabalho com as pessoas especiais.

O pressuposto básico é o de que os limites e as possibilidades de aquisição da autonomia são variáveis e que os aspectos emocionais são fator importante neste processo. Há aspectos da dependência ambiental que são insuperáveis nestes casos, o que não quer dizer que sejam fixos ou imutáveis. Mesmo levando-se em consideração as restrições impostas pela base orgânica dos quadros estudados, as ligações familiares, primordialmente representadas pela relação da mãe com seu filho, colocam-se como fator importante quando se propõe a compreender e trabalhar com estas pessoas. O trabalho aborda a articulação possível entre a dependência e a autonomia levantando algumas conseqüências: nas práticas sociais, na construção da subjetividade e nos tratamentos.

## 5 A BASE TEÓRICA

Ao estudarmos os temas da dependência e da autonomia no capítulo três, observamos que os mesmos não só eram importantes para a população estudada especificamente na tese, como também dizia respeito a outros grupos de pessoas. São indivíduos que se deparam com limitações, que podem ser de natureza física, econômica ou de outra ordem, que os impedem de exercer todo seu potencial em determinados momentos de suas vidas.

Neste capítulo, o processo de aquisição da independência será apresentado como fazendo parte do desenvolvimento normal do ser humano. Para tanto, utiliza-se Winnicott como autor principal. A obra winnicottiana é vasta e abraça diversas áreas do conhecimento sobre o ser humano. Para fins desta pesquisa este capítulo destaca as principais idéias que servirão de referência para este trabalho: o processo de desenvolvimento emocional primitivo, da dependência absoluta (ou dupla dependência) à dependência relativa (ou independência).

### 5.1 Winnicott e o Desenvolvimento Emocional Primitivo

#### 5.1.1 As primeiras experiências

Na concepção winnicottiana, o ser humano nasce com um potencial, uma tendência para se integrar, amadurecer e se desenvolver. Nasce também totalmente dependente de um ambiente que forneça os cuidados necessários à sobrevivência física e psicológica do bebê. É na articulação destes dois fatores, tendência inata e cuidados ambientais, que Winnicott pensará as questões do desenvolvimento emocional.

A partir do seu nascimento e em seus primeiros momentos de vida, o bebê, junto com seu potencial inato, apresenta uma **motilidade**: é capaz de uma certa movimentação. Esta capacidade faz parte do patrimônio natural, um potencial vital, que neste período inicial ainda não possui nenhum propósito, e nada mais é do que expressão de sua espontaneidade e do que poderá vir a apresentar-se como sua criatividade. Nos momentos iniciais, esta movimentação espontânea terá um papel importante, porque é através da mesma que o bebê fará suas trocas com o meio ambiente: com a sensibilidade de seus movimentos, o bebê vai descobrindo as nuances de suas experiências e contatos corporais. Como ainda não tem noção de

si mesmo ou de um outro, os gestos do bebê neste momento não possuem nenhum cunho de agressão intencional: Winnicott a denomina de agressividade. “Se tentarmos observar o início da agressividade num indivíduo, o que encontraremos é o fato de um movimento do bebê”, diz (WINNICOTT, 2005, p.103).

A reação materna dará o sentido para esta motilidade: é a mãe que, ao ir ao encontro de seu bebê proporcionando-lhe cuidados, e satisfazendo suas necessidades, dará o significado daquele gesto motor que ainda é desprovido de motivação. Só posteriormente, na posição depressiva, na qual o lactente adquire o sentido de si e do outro é poderíamos falar de agressão intencional. Estes temas serão aprofundados no decorrer deste capítulo.

Sob o ponto de vista do bebê, se pudermos pensar assim, não existe ainda um fora, um outro, um ambiente, sendo tudo apreendido apenas como experiências indistinguíveis quanto à suas origens: não existe ainda um indivíduo, apenas uma só organização, formada pelo indivíduo e meio ambiente.

“Gostaria, no entanto, de inserir aqui a observação de que quanto mais se volta para trás, mais se tem certeza de que só há sentido em falar do indivíduo partindo da existência de uma adaptação ambiental suficientemente boa às necessidades do indivíduo. No estágio mais inicial, chega-se mesmo a uma posição na qual apenas o observador consegue distinguir entre o indivíduo e o meio ambiente (narcisismo primário); o indivíduo não pode fazê-lo, é, portanto conveniente que nos refiramos aqui a uma organização meio ambiente-indivíduo, e não a um indivíduo. O desenvolvimento posterior à conquista do *status* de unidade depende ainda da estabilidade e simplicidade do meio ambiente” (WINNICOTT, 1978, p.442) (em itálico no original).

Aqui, o lactente precisa de um objeto externo, não só para a satisfação de suas necessidades, mas para a contenção simples desta movimentação espontânea. A esta motilidade, o ambiente vai respondendo e, segundo Winnicott, isto poderá ocorrer de acordo com três padrões: no primeiro padrão, não há invasão materna ou ambiental e o bebê pode vivenciar e aproveitar os momentos de uma maneira tranqüila: são “experiências do indivíduo”; no segundo padrão há uma certa invasão ambiental e o bebê passa a reagir à invasão, perdendo a sua espontaneidade; no terceiro padrão, a invasão é totalmente excessiva e inadequada e tem como conseqüência um “esconder-se”: o sujeito tenderia a isolar-se do mundo e de si mesmo, para não ser encontrado. Esta questão das ações e reações maternas e suas conseqüências para o bebê serão detalhadas no item da preocupação materna primária.

Neste momento, ainda há uma dependência total do bebê em relação ao meio ambiente. Winnicott a descreve como “**dupla**”: **além da existência concreta da**

**necessidade de cuidados ambientais para a sobrevivência, o bebê neste estágio ainda não tem sequer o conhecimento desta dependência, de que existe algo ou alguém ‘lá fora’; da mesma forma, ainda não se reconhece como sendo um ‘eu’.** Progressivamente e em interação com a mãe e o meio ambiente o bebê vai percebendo as variações dos cuidados que recebe, e responde aos mesmos, aí já com uma certa modulação e qualidade diferenciada, em função das trocas estabelecidas com o meio.

“Nos primórdios, há uma dependência absoluta ao ambiente físico e emocional. No primeiríssimo estágio não há vestígios de uma consciência da dependência, e por isto esta é absoluta. Gradualmente, a dependência torna-se em certa medida conhecida pela criança, que, por consequência, adquire a capacidade de fazer saber ao ambiente quando necessita de atenção” (WINNICOTT, 2001, p.6).

É importante ressaltar que, para Winnicott, a independência é sempre uma (in)dependência relativa. De uma dependência absoluta (dupla) presente no início da vida, até a dependência relativa conquistada pela maioria de nós, há um longo percurso. Percurso este que é absolutamente singular desde os seus primórdios: a tendência ao desenvolvimento é inata, mas as necessidades de cada bebê são variáveis, únicas. Da mesma forma, o manuseio, a atenção e cuidados maternos não são homogêneos. Os cuidados ambientais, que inicialmente são proporcionados pela mãe, para serem suficientes, precisarão se adaptar constantemente às particularidades do bebê e é desta articulação das tendências e necessidades iniciais do bebê com os cuidados proporcionados que emergirá um sujeito.

“Esta progressão da dupla dependência à dependência, e desta à independência, não é apenas expressão da tendência inata da criança a crescer; este crescimento só pode ocorrer se se processar numa outra pessoa uma adaptação muito sensível às necessidades da criança” (WINNICOTT, 2001, p.6).

É através da mãe (que Winnicott aponta que não necessariamente precisa ser a mãe biológica) que o mundo será apresentado à criança. Inicialmente o bebê não tem a percepção de si ou do mundo: apenas sensações que, agradáveis ou não farão parte de sua experiência de vida. A qualidade destas vivências, seu colorido será função dos primeiros cuidados fornecidos pelo ambiente e na adaptação da mãe às necessidades do lactente. A mãe é assim o suporte inicial do bebê, e a representante dos valores familiares e sociais.

“A família possui lugar claramente definido naquele ponto em que a criança em desenvolvimento trava contato com as forças que operam na sociedade. O protótipo desta interação é encontrado na relação original entre criança e mãe, relação essa em que, por vias extremamente complexas, o mundo representado pela mãe pode

vir a auxiliar ou impedir a tendência inata da criança ao crescimento” (WINNICOTT, 2001, p. IX).

É necessário ressaltar que para que esta mãe consiga desempenhar satisfatoriamente estas funções iniciais, ela mesma necessita de um suporte ambiental, que a deixe com possibilidades de dedicação ao bebê. Winnicott enfatiza que a idéia não seria a de uma mãe perfeita, mas de uma mãe que seja basicamente amorosa e suficiente, amparada também na teia familiar e social.

“Acho que todos rumamos na mesma direção [...] todos queremos tornar possível que cada indivíduo encontre e estabeleça sua identidade de maneira tão sólida que, com o tempo, e a seu modo, ele ou ela adquira a capacidade de tornar-se membro da sociedade – um membro ativo e criativo, sem perder sua espontaneidade pessoal nem desfazer-se daquele sentido de liberdade que, na boa saúde, vem de dentro do próprio indivíduo” (WINNICOTT, 2001, p.40).

### 5.1.2 Aos seis meses

A partir destes momentos iniciais descritos acima, o bebê começa a perceber que há diferenças entre os cuidados que recebe, e de modulações em suas sensações e experiências.

“Eu mesmo já afirmei anteriormente que a criança alcança algo aos seis meses, de forma que, enquanto muitos bebês de cinco meses agarram um objeto e o põem na boca, só depois dos seis meses é que o bebê médio começa a dar seqüência a isto, deixando cair o objeto como parte de seu jogo com ele” (WINNICOTT, 1978, p.272).

Não se prendendo a determinismos biológicos ou cronológicos, mas reconhecendo que existe a necessidade de uma maturação neurológica, Winnicott diz que mais ou menos em torno dos seis meses o bebê passa por um importante processo que envolve todas as experiências de trocas dialéticas com o meio ambiente vividas até então. “Ao especificar cinco a seis meses, não precisamos tentar ser demasiadamente precisos”, diz (WINNICOTT, 1978, p.272). Até aqui o lactente não tinha a possibilidade de reconhecer a si mesmo e aos outros como pessoas totais. Então este processo é uma sutil e delicada construção de um “eu”, ao mesmo tempo em que implica o reconhecimento de um “não eu”, que até então não era possível por conta mesmo da imaturidade do bebê.

“Na minha opinião, o estágio que estamos descrevendo, e acho que se pode aceitar esta descrição, é muito importante. Até certo ponto é uma questão de desenvolvimento físico, pois o bebê de cinco meses adquire a habilidade de agarrar um objeto que está vendo, logo pode levá-lo à boca. Ele não poderia tê-lo feito antes. (Naturalmente pode ter querido fazê-lo. Não há um paralelo exato entre habilidade e desejo e sabemos que muitos avanços físicos, tais como a habilidade de andar, são freqüentemente sustados até que o desenvolvimento emocional permita o surgimento da conquista física. **Qualquer que seja o lado físico da**

**questão, há sempre também o lado emocional)** (WINNICOTT, 1978, p.272/273) (grifo nosso).

Vamos acompanhar Winnicott na sua descrição dos importantes processos pelos quais a dupla mãe/bebê passa desde os primeiros momentos do nascimento (talvez até antes), até as possibilidades de existência de um sujeito autônomo, capaz de fazer escolhas, inserido em um contexto social e familiar.

“Há também a seguinte questão: em que época começam a ocorrer coisas importantes? Por exemplo, a criança que ainda não nasceu tem que ser considerada? Caso a resposta seja afirmativa, em que época depois da concepção a psicologia tem início?” (WINNICOTT, 1978, p.273).

Para responder a estas questões, Winnicott vai apresentar sua teoria do desenvolvimento emocional, da dependência absoluta à dependência relativa. Descreve três processos que acontecem neste período, enfatizando que não necessariamente eles formariam uma seqüência determinada: todo o desenrolar vai depender da singularidade da dupla mãe/bebê. São eles: integração; personalização; realização. Assim, o sentido de ser-no-mundo será construído na articulação destes processos, ao final dos quais o lactente passa a ter as noções de si mesmo, tempo, espaço, realidade. Nos desdobramentos dos processos, o bebê terá conquistado um sentido de self integrado e unitário, reconhecendo-se em seu corpo, vivendo em um tempo e espaço, tendo a possibilidade de diferenciar as fantasias da realidade.

### 5.1.3 A Integração

Para Winnicott o bebê em seus momentos iniciais não tem noção de si mesmo, de seu corpo, de tempo, de que há um mundo externo e uma realidade: ele vai se organizando pouco a pouco, a partir de uma não integração inicial. “[...], no seu início teórico, a personalidade não é integrada e que, na desintegração regressiva, há um estágio primário que a regressão conduz. Postulamos uma não-integração primária” (WINNICOTT, 1978, p.275).

Haveria uma tendência natural do bebê à integração, mas esta só poderá ser conquistada na troca com o ambiente. O bebê nasce em um estado de não-integração inicial, com todo seu potencial para o amadurecimento, mas também dependente dos cuidados ambientais: este potencial inicial só deixará de ser virtual na medida que as condições do meio ambiente o permitirem; ele precisa de outro

que o sustente e cuide. E será através da mãe, que ao mesmo tempo está identificada com seu bebê e é representante do ambiente, que o mundo será apresentado ao bebê. Fugindo novamente de uma determinação biológica, Winnicott afirma que há variações, modulações, no movimento de integração. “A integração começa logo no início da vida, mas em nosso trabalho nunca podemos tomá-la como algo natural. Temos que levá-la em consideração e observar suas flutuações” (WINNICOTT, 1978, p.275).

Estas flutuações acontecem exatamente porque a participação do meio, via mãe e família, é fundamental para a construção da subjetividade. No desenrolar deste processo a mãe vai exercer uma dupla função de ser continente de movimentos (pulsionais ou não) e uma mãe ambiente, que através do manuseio de seu bebê vai dando tonalidades, qualidades diferentes às experiências e sensações iniciais.

“A tendência a integrar é ajudada por dois conjuntos de experiência: a técnica de cuidado infantil através da qual a temperatura do bebê é mantida, ele é manipulado, banhado, embalado e nomeado e, também, as experiências pulsionais agudas que tendem a tornar a personalidade uma a partir do interior” (WINNICOTT, 1978, p.276).

Os cuidados maternos possuem, então, várias funções. Primeira, a de que sem eles a sobrevivência física do lactente não seria possível, uma vez que o bebê humano nasce despreparado para cuidar de si. Além disto, a qualidade dos cuidados vai ser parte fundamental na constituição da subjetividade: todo contato com o bebê é carregado de afetos; mesmo que este bebê ainda não saiba do que se trata, ele sente e reage a estes afetos que farão parte de sua identidade posterior. Por fim, a mãe, ao sustentar no tempo as experiências, ao sobreviver e não retaliar os primeiros movimentos espontâneos do lactente, permite que o bebê vivencie momentos de ilusão e onipotência, que se relacionarão mais tarde à sua capacidade de criar, sonhar, relacionar-se e amar. A esta capacidade materna de dedicar-se a seus bebês, de terem contato, de acariciar, atender às necessidades corporais de frio, fome Winnicott deu o nome de *preocupação materna primária* (PMP). E será a partir da articulação da dependência absoluta do bebê e a correspondente PMP que será constituído um novo ser humano. A mãe, identificada com seu bebê, propicia-lhe toda sorte de provisão ambiental necessária à sobrevivência. A sustentação (*holding*) materna, nos sentidos de sustentação de fato (ao segurar seu bebê no colo

e a maneira como o faz), e no sentido de permanência ao longo do tempo será base importante para construção egóica. Mais adiante voltaremos à PMP.

#### 5.1.4 A Personalização

A personalização refere-se à possibilidade de o bebê sentir que habita o próprio corpo. Winnicott diz que esta capacidade não está necessariamente presente, e que muitas pessoas não se sentem possuidoras de seu corpo, localizando-se fora do mesmo ou em uma parte, um órgão. “A localização do *self* no próprio corpo é freqüentemente tida como certa”, diz (Winnicott, 1978, p.274), para logo depois argumentar que não necessariamente isto acontece: há pessoas que não se sentem vivendo em um corpo próprio e integrado. Novamente, será através da sustentação e cuidados repetidos e adequados que o sujeito poderá apropriar-se de seu corpo. A personalização vincula-se à qualidade do manuseio materno (*handling*).

“Tão importante quanto a integração é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo. De novo é a experiência pulsional e as repetidas e tranqüilas experiências de cuidado corporal que, gradualmente, constroem o que se pode chamar uma personalização satisfatória” (WINNICOTT, 1978, p.276).

A integração e a personalização (e a realização) caminham juntas e o sentido de si mesmo como um ser inteiro pressupõe que se está habitando em um corpo sentido e percebido como parte daquele *self*. “Se, no desenvolvimento de um bebê, podemos assumir que o sentido de totalidade é um fato para aquele bebê, também podemos assumir que o bebê está vivendo dentro de seu corpo” (WINNICOTT, 1978, p.440).

#### 5.1.5 A Realização

A realização refere-se à relação primária que o bebê vai estabelecer com a realidade externa. Cabe à mãe, sintonizada e identificada com o lactente, apresentar progressiva e adequadamente a realidade ao bebê. A mãe oferece o objeto mesmo fantasiado pelo bebê e no início o bebê terá a ilusão de que sua fantasia criou o objeto surgido. É importante que seja assim, porque a ilusão de onipotência será o ponto de partida para importantes processos posteriores: é a partir da experiência de ilusão que poderá surgir um espaço “entre”; um espaço

intermediário, futuro palco das atividades criativas do ser humano. Com o tempo, através de pequenas falhas e atrasos maternos, o bebê vai percebendo uma realidade fora de seu controle, ao mesmo tempo em que vai se percebendo como possuidor de um “si mesmo”, inserido em um ambiente. É o início também da percepção da diferença entre fato e fantasia.

“Vejo o processo como se duas linha viessem em direções opostas, com a possibilidade de se aproximarem uma da outra. Se elas se sobrepõem, há um momento de *ilusão*, uma experiência que o bebê pode tomar, *ou* como alucinação sua, *ou* como algo que pertence à realidade externa” (WINNICOTT, 1978 p.279) (em itálico no original).

Estes três processos acontecem antes de o lactente conhecer a si mesmo e aos outros como pessoa total, ao mesmo tempo em que são eles os próprios facilitadores da conquista de uma sensação de unidade. Mais ou menos em torno da época do desmame, caso tenha havido uma certa estabilidade do meio ambiente, o bebê começará a sentir-se uno, possuidor de um *self* habitante de um psicossoma, e que está sendo cuidado por um “outro”, em um ambiente (agradável ou não). Ao mesmo tempo estará mais bem capacitado a distinguir a realidade interna (fantasia) e a externa (fato). Alertando-nos que não é adequada uma precisão exata de um período, Winnicott diz que estes importantes acontecimentos ocorrem em torno dos seis meses e que até os doze meses outro importante movimento acontecerá no psiquismo infantil. “Quando um ser humano sente que é uma pessoa que se relaciona com outra, ele já andou um longo caminho no seu desenvolvimento primitivo” (WINNICOTT, 1978, p.273).

Para que o bebê chegue aos doze meses percebendo-se como uma pessoa inteira e percebendo os outros também como pessoas totais, foi necessária a ativa participação materna. Vamos agora lançar nosso olhar para o que acontece com a mãe neste período inicial de vida de seu bebê.

“Estamos preocupados com as enormes diferenças *psicológicas* existentes entre, por um lado, a identificação da mãe com o bebê e, por outro, a dependência do bebê com relação à mãe; este último não envolve identificação, que é um estado de coisas complexo, inaplicável aos estádios iniciais da infância” (WINNICOTT, 1978, p.492) (em itálico no original).

### 5.1.6 A preocupação materna primária

“A minha tese é que, na fase mais antiga, lidamos com um estado muito especial da mãe, uma condição psicológica que merece um nome, tal como *Preocupação Materna Primária* [...]” (WINNICOTT, 1978, p.493) (em itálico no original).

Winnicott descreveu a PMP como uma condição temporária especial da mãe, na qual ela fica totalmente identificada e sensível às necessidades de seu bebê. Ela naturalmente se dedica às tarefas dos cuidados com o lactente, ficando um pouco alienada e desinteressada de exercer outros papéis seja no âmbito profissional, social ou mesmo familiar. Esta adaptação total às necessidades do recém-nascido é importante para o desenvolvimento físico e psicológico do mesmo, face à dependência absoluta na qual o bebê humano nasce. Winnicott realça que não está falando de uma mãe perfeita, sem falhas, mas apenas de uma “mãe devotada comum”. Este estado materno tende a dissolver-se após algumas semanas ou meses. Paralelamente, durante este tempo o bebê já obteve algum amadurecimento que lhe permite sinalizar com mais clareza suas necessidades à mãe. Winnicott diz que se não fosse pela gravidez, tal estado materno poderia ser considerado como patológico, como uma dissociação ou fuga (WINNICOTT, 1978, p.494).

A força deste momento é tão grande que, uma vez ultrapassado, haveria uma tendência materna a não se recordar do mesmo. O importante é que sensibilidade extrema materna tende a se dissolver espontaneamente à medida que o tempo passa: é importante que a PMP tenha acontecido e mais importante ainda que a mãe se “recupere” e retorne gradualmente as suas outras preocupações, afazeres e papéis.

“Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe na fase mais inicial da vida de um bebê, sem entender que ela deve se capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, e recuperar-se dele” (WINNICOTT, 1978, p.494).

O objetivo aqui é mostrar a profunda articulação e sintonia entre os dois pólos deste par mãe/bebê. No recém-nascido temos, uma constituição biológica, tendências de maturação e desenvolvimento, motilidade e sensibilidade, pulsões difusas. A mãe, em seu estado de PMP, poderá fornecer um ambiente facilitador, no qual a constituição biológica possa amadurecer, suas potencialidades e tendências possam se desenvolver. Poderá também, através dos cuidados adequados propiciar a vivência dos movimentos espontâneos por parte do bebê, bem como a contenção

das sensações do período inicial da vida (WINNICOTT, 1978, p.495). Porém, esta adaptação materna, mesmo considerada como “natural” por Winnicott, pode sofrer perturbações que prejudicam o bebê: ela deve ser suficiente, mas não invasiva.

“Quando a mãe fornece uma adaptação suficientemente boa à necessidade, a própria linha de vida do bebê é muito pouco perturbada por reações à invasão... um reagir excessivo não produz frustração, mas sim uma *ameaça de aniquilação*” (WINNICOTT, 1978, p.496) (em itálico no original).

As necessidades do bebê são inicialmente necessidades corporais, mas Winnicott postula que o bebê nasce com uma capacidade de elaboração imaginativa e será na articulação das vivências corporais, da tendência à imaginação e dos cuidados de holding e handling maternos, que surgirá o ego infantil. Assim, as necessidades corporais gradativamente tornar-se-ão também necessidades do ego.

“De acordo com esta tese, uma provisão ambiental suficientemente boa, na fase mais inicial permite que o bebê comece a existir, a ter experiências. A construir um ego pessoal, dominar as pulsões e enfrentar todas as dificuldades inerentes à vida” (WINNICOTT, 1978, p.497).

Passa a existir uma relação de ego entre mãe e bebê, partir da qual o bebê pode eventualmente construir a idéia de uma pessoa na mãe e de si mesmo. Assim a diferenciação mãe/bebê é positivada, encarada como uma conquista e não uma frustração (WINNICOTT, 1978, p.496).

“À luz destas considerações, a construção inicial do ego é, portanto, silenciosa. A primeira organização do ego surge a partir da experiência de ameaças de aniquilação que não levam à aniquilação e das quais o bebê repetidamente se *recupera*. A partir de tais experiências, a confiança na recuperação começa a ser algo que leva a um ego e a uma capacidade de suportar a frustração”(WINNICOTT, 1978, p.496/7) (em itálico no original).

Para Winnicott, do psicossoma inicial à construção do *self*, o bebê passa por ciclos de atividade e repouso, repetida e continuamente. Neste processo acontecerá uma gradual aquisição de uma capacidade de aguardar e se recuperar das falhas ambientais. Para que isto aconteça de forma satisfatória, é necessário um “meio ambiente especializado” que é oferecido pela mãe em seu estado de PMP (WINNICOTT, 1978, p.498).

### 5.1.7 A conquista da posição depressiva

Acompanhando o bebê em seu desenvolvimento, em sua “linha da vida”, chegamos a um outro momento importante, aproximadamente entre seis e doze

meses, que Winnicott descreve como a posição depressiva. Em um de seus artigos que tratam do tema (WINNICOTT, 1987, p.437), Winnicott utiliza-se do conceito Kleiniano de posição depressiva: por um lado para valorizá-lo, apesar de situá-lo como pertencente a um momento posterior ao que vai descrever; por outro para criticá-lo e diferenciar-se do mesmo, na medida em que postula que a posição depressiva é uma aquisição do bebê, que tem um lugar no desenvolvimento emocional normal. Neste sentido sua posição torna-se radicalmente diferente da de Klein. Sua ênfase é sempre na direção de ressaltar que muitos processos importantes acontecem antes de o bebê perceber-se como diferente de sua mãe; mais do que isto, ele postula que estes processos em si mesmos são constitutivos do próprio ego e do sentido de si mesmo.

“A criança (ou o adulto) que atingiu a capacidade para relações interpessoais, que, na saúde, caracteriza o estágio em que a criança aprende a andar, e para quem a análise das infinitas variações das relações triangulares humanas é possível, passou *através e ultrapassou* a posição depressiva. Por outro lado, a criança (ou o adulto) cuja preocupação principal são os problemas inatos da integração da personalidade e o início de um relacionamento com o meio ambiente, não se encontra ainda na posição depressiva do desenvolvimento pessoal” (WINNICOTT, 1978, p.437) (em itálico no original).

Para Winnicott as questões e conflitos neuróticos referem-se a perturbações no desenvolvimento em períodos posteriores aos que vai descrever neste artigo: períodos do complexo de Édipo, para os quais a psicanálise tradicional já teria instrumentos para compreender e trabalhar. Porém os casos de psicose, para Winnicott, estão ligados a períodos muito iniciais do desenvolvimento infantil, nos quais o bebê ainda não se constituiu como um ser independente seja em seus aspectos físicos seja nos aspectos psicológicos. “Para que um bebê alcance a posição depressiva é necessário que ele tenha se estabelecido como uma pessoa total e se relacione como uma pessoa total com pessoas totais” (WINNICOTT, 1978, p.439).

A criança só poderá chegar de modo saudável à posição depressiva se tiver tido o suporte ambiental inicial de sustentação através de uma mãe em seu especial estado de PMP. “Deve-se notar o surgimento de *um fator tempo* e que a mãe *sustenta uma situação ( holds a situation)* para que o bebê possa elaborar as conseqüências das experiências pulsionais” (WINNICOTT, 1978, p.438) (em itálico no original).

Antes da aquisição da posição depressiva, o bebê, mergulhado na sua motilidade, espontaneidade e impulsos instintivos, não percebe a diferença entre si

mesmo e o ambiente. À medida que vai sendo atendido em suas necessidades pela mãe, seus desconfortos físicos vão adquirindo modulações, sentidos. Percebe que a mesma mãe que lhe proporciona cuidados (mãe ambiente) tranquilizadores é a mesma que, ao se atrasar ou falhar era alvo de sua motilidade (mãe objeto), que aqui já começa também a ter um cunho de uma certa intencionalidade agressiva.

“A mãe sustenta a situação, fazendo-o repetidamente, em um período crítico da vida do bebê. A consequência é que algo pode ser feito por alguma coisa. A técnica da mãe permite que o amor e ódio coexistentes no bebê sejam separados, inter-relacionados e gradualmente controlados de dentro, de uma forma saudável” (WINNICOTT, 1978, p.438).

Uma vez que o bebê não tem de fato capacidade de agredir sua mãe, torna-se importante qual a interpretação que a mãe dá aos movimentos e reações de seu bebê. Caso a mãe interprete a motilidade e espontaneidade iniciais como agressão, tenderá, ela mesma, a reagir agressivamente em função de suas fantasias projetadas no bebê. Por outro lado, uma mãe agressiva, ou que manipule seu bebê de forma mecânica ou invasiva provocará respostas diferentes de seu bebê. Num ambiente saudável, no qual a mãe tenha sobrevivido e não tenha retaliado os impulsos do bebê, as tendências de integração prevalecerão e o bebê poderá caminhar em direção à posição depressiva. Nesta ele passará a integrar em uma mesma pessoa a mãe ambiente e a mãe objeto, ao mesmo tempo em que integrará aspectos amorosos e agressivos de si mesmo. Se antes não havia intenção de agressão dirigida a uma pessoa e, como consequência não havia remorso agora começam a surgir os primeiros sinais de remorso, que poderão ser a base de sentimentos de culpa futuros e também de sentimentos de preocupação (concern) e solidariedade para com os outros. Assim, a conquista da posição depressiva é positivada em termos do desenvolvimento normal, sendo importante para o indivíduo em sua inserção no social.

“Em alguma época da história do desenvolvimento de todo ser humano normal, ocorre a mudança do pré-remorso para o remorso. Ninguém questiona isto. A única questão é: quando isso ocorre, como e sob que condições? O conceito de posição depressiva é uma tentativa de responder estas três perguntas” (WINNICOTT, 1978, p.441).

Segundo Winnicott a mãe tem duas funções que corresponderiam aos estados de tranquilidade e excitação de bebê: a mãe ambiente e a mãe objeto, respectivamente. Estes dois aspectos de uma mesma mãe, inicialmente estão

separados na mente do bebê: existe uma mãe que é valorizada nos períodos de tranqüilidade e uma mãe que é atacada nos momentos de excitação.

“... mas parece possível empregar estas expressões ‘mãe-objeto’ e ‘mãe-ambiente’ neste contexto para descrever a tremenda diferença que existe para o lactente entre dois aspectos do cuidado do lactente, a mãe como objeto, ou possuidora do objeto parcial que pode satisfazer as necessidades urgentes do lactente, e a mãe como a pessoa que evita o imprevisto e que ativamente provê o cuidado de suste e do manejo global. O que o lactente faz no ápice da tensão do id e o uso que assim faz do objeto me parece muito diferente do uso que faz da mãe como parte do ambiente total” (WINNICOTT, 1982, p.72).

Com o tempo, o bebê chegará ao estágio no qual será capaz de fazer a junção destas duas funções. Ao fazer a ligação das duas mães e como ainda está começando a adquirir a percepção da diferença entre fato e fantasia o bebê poderá começar e sentir remorso de ter atacado e danificado quem lhe cuidava.

“O bebê, como pessoa total, é capaz de se identificar com a mãe, mas não faz ainda uma distinção clara entre intenção e realidade. As funções e suas elaborações imaginativas ainda não são claramente distinguidas como fato e fantasia” (WINNICOTT, 1978, p.443).

Caso a mãe sustente esta situação no tempo e sobreviva aos ataques sem retaliar, o bebê vai adquirindo confiança no ambiente e em si mesmo. A partir deste fluxo de experiência pulsional e sobrevivência, repetido diariamente vão despontando novas possibilidades de na mente infantil. É preciso enfatizar que a provisão ambiental ainda é muito importante neste momento no qual o lactente está começando a adquirir uma estabilidade interna que servirá de base futura para sua caminhada rumo à independência (WINNICOTT, 1982). A mãe-ambiente tem uma função especial neste momento, de continuar a ser ela mesma, a ser empática com o lactente, a de estar lá para receber o gesto espontâneo e se alegrar com isso (WINNICOTT, 1982).

“Como já disse, duas coisas acontecem. Uma delas é a percepção da identidade dos dois objetos, a mãe da fase tranqüila e a mãe usada ou mesmo atacada durante o clímax pulsional. A outra é o início do reconhecimento de idéias, fantasia, elaboração imaginativa da função, a aceitação das idéias e da fantasia como algo relacionado ao fato, mas que não deve ser confundido com ele” (WINNICOTT, 1978, p.444).

Ao final deste período, o bebê será capaz de integrar as duas mães em uma só ao mesmo tempo em que terá adquirido a possibilidade de distinguir entre fato e fantasia.

“A mãe está sustentando a situação, o dia prossegue e o bebê compreende que a mãe ‘tranqüila’ tomou parte de toda experiência pulsional e sobreviveu. Isto se repete dia após dia e, eventualmente, resulta no despontar, dentro do bebê, do reconhecimento da diferença entre o que é chamado fato e fantasia, ou realidade externa e interna” (WINNICOTT, 1978, p.445).

Como resultado de todo este complexo processo, surgirá uma criança que agora tem possibilidade de se preocupar com o outro, possuidora de um mundo interno integrado, rico, capaz de doações e reparações e que pode se situar em um tempo e espaço.

“Muito antes dos seis meses de idade, o bebê humano está sendo formado pelas experiências que constituem sua vida de bebê, pulsionais e não pulsionais, excitadas e tranqüilas [...] Isto, no entanto, não é suficiente para que levemos a posição depressiva de volta aos primeiros dias, semanas ou meses de vida, porque a posição depressiva depende do desenvolvimento de um sentido de tempo, de uma apreciação entre fato e fantasia e, acima de tudo, da integração do indivíduo” (WINNICOTT, 1978, p.453).

Esta capacidade de se preocupar se refere ao relacionamento do bebê com a mãe quando ambos já são percebidos, pelo bebê como pessoas completas. Em circunstâncias favoráveis, todo esse processo redundará numa capacidade de reparação e de surgimento de sentimentos futuros de solidariedade; o fracasso da possibilidade reparação leva à perda da capacidade de se preocupar e à sua substituição por formas primitivas de culpa e ansiedade.

#### 5.1.8 O Espaço potencial

A medida em que o bebê foi se diferenciando da mãe, podemos considerar que ele adquiriu um “dentro”, uma certa noção de si mesmo, e um “fora”, que diz respeito às circunstâncias do mundo e do ambiente. Mas para Winnicott, mesmo que na categoria “dentro” sejam incluídos aspectos como as fantasias e o inconsciente, isto não seria suficiente para abraçar toda riqueza do ser humano; ele postula, então a necessidade de um terceiro espaço, que não é interno ou externo, mas que está na área intermediária entre o subjetivo e o objetivo: o espaço potencial. (WINNICOTT, 1975).

“De todo indivíduo que chegou ao estágio de ser de uma unidade, com uma membrana limitadora e um exterior e um interior, pode-se dizer que existe uma realidade interna para este indivíduo, um mundo interno que pode ser rico ou pobre, estar em paz ou em guerra. Isso ajuda; mas é suficiente?” (WINNICOTT, 1975, p.15).

Não podemos no espaço deste trabalho desenvolver este tema do espaço potencial, mas destacá-lo como uma das maiores contribuições winnicottianas à compreensão do sujeito. É nesta área intermediária, que ao mesmo tempo pertence à criança e ao mundo, que se acontecerão as experiências lúdicas, criativas e

culturais do ser humano. Para Winnicott, o acontecer psicoterápico precisa de um espaço de interseção onde o brincar junto possa se dar.

“ A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que não o é” (WINNICOTT, 1975, P.59).

E é neste espaço que muito do nosso trabalho é efetuado, como veremos no capítulo seis.

### 5.1.9 Rumo ao mundo

As modulações dos primeiros cuidados proporcionados ao bebê transformam-se em experiências, que talvez não possam ser exatamente lembradas ou significadas com palavras precisas, mas certamente permanecem como vivências corporais de acolhimento e conforto ou, ao contrário, de desamparo e desconforto. Jamais podemos prescindir do ambiente ou das relações intersubjetivas, e sabemos que nos primórdios do desenvolvimento a dependência é total: é questão de sobrevivência física e psíquica.

Assim, a saída da situação inicial de dupla dependência deverá ser gradativa, com a mãe, em seu dia a dia, proporcionando ao bebê pequenas desilusões e apresentando pequenos pedacinhos de “não-bebê”, que irão fazer parte do mundo e da subjetividade infantis dali por diante. Estas pequenas falhas maternas do dia a dia são benignas, no sentido de que vão favorecendo uma separação não abrupta do par mãe/bebê. Os cuidados proporcionados pelo ambiente devem ser feitos de tal maneira que evitem um excesso de experiências que, por não serem passíveis de assimilação por um ego ainda em constituição, poderão se tornar traumáticas. Da mesma forma, a apresentação dos objetos externos ao bebê sendo gradativa, a desilusão do bebê não acontecerá de uma forma traumática.

“Nas primeiras fases do desenvolvimento emocional do bebê humano, um papel vital é desempenhado pelo meio ambiente, que, de fato, o bebê ainda não separou de si mesmo. Gradativamente, a separação entre o não-eu e o eu se efetua, e o ritmo dela varia de acordo com o bebê e com o meio ambiente” (WINNICOTT, 1971, p.153).

Cabe à mãe apresentar ao bebê, progressivamente, o que “não é o bebê”, ou seja, objetos, coisas e pessoas, que na fase inicial da vida não fazem parte do

mundo da criança. Uma mãe que não esteja sintonizada com o ritmo de seu bebê, tenderá a fazer uma apresentação do mundo para além da capacidade do mesmo, introduzindo situações que poderão abalar aquele ego que ainda está se constituindo. O ambiente tem algumas funções importantes neste período, que acompanham as necessidades dos bebês. Estes precisam: de um ambiente que lhe dê uma sustentação que perdure um tempo suficiente; de um manuseio suave, sem modificações ou gestos bruscos. Enquanto isto, seu leque de contato com novos objetos do mundo vai sendo ampliado. “Permitam-me simplificar a função ambiental e afirmar sucintamente que ela envolve: 1. o segurar; 2. o manejar; 3. a apresentação de objetos” (WINNICOTT, 1971, p.153).

Há aqui uma dupla perspectiva: se por um lado Winnicott não apresenta uma posição determinista de que a mãe e só ela poderá exercer estas funções, por outro ele fala que a mãe, por toda preparação biopsicológica pela qual passou durante a gravidez, possui habilidades especiais de se adaptar às necessidades de seu bebê, com amor e sem reservas (WINNICOTT, 1990, p.132).

Assim, a passagem da dependência absoluta à relativa se dá gradualmente: medida que o tempo passa as necessidades do bebê vão se modificando enquanto o ambiente o vai acompanhando estas transformações.

A mãe não está sozinha neste processo de adaptação/desadaptação na passagem da dependência absoluta à relativa. Auxiliada pelo ambiente e pela família, ela própria aos poucos também vai adquirindo possibilidades de lançar seu olhar para outras questões que não se refiram exclusivamente às necessidades de seu bebê. O pai, outros filhos, tarefas domésticas ou profissionais, ou mesmo uma simples vontade de cortar cabelo ou fazer unhas, são pequenas preocupações que vão possibilitando que a mãe vá, homeopaticamente, se separando de seu bebê. Além disto, toda a família vai se modificando e adaptando ao longo do amadurecimento de seus membros.

“O funcionamento familiar pode ser encarado como preventivo do trauma, desde que se permita que o significado da palavra ‘trauma’ *mude com o crescimento da criança, da primeira infância para a maturidade plena, com o crescimento que vai da dependência para a independência.* Com base nisto, a família pode ser estudada não somente como uma atitude estruturada dos pais, parentes próximos e irmãos e irmãs, mas também como algo que é em parte *produzido pelas necessidades urgentes das próprias crianças,* necessidades surgidas da dependência e do fato de que o processo individual de amadurecimento só se torna realizado em um meio ambiente facilitador” (WINNICOTT, 1994, p.115) (em itálico no original).

## 5. 2 Dificuldades no Processo

E em circunstâncias menos favoráveis, o que pode acontecer?

Com Winnicott vimos como as primeiras relações da criança com seu mundo são fundamentais para todo seu desenvolvimento. Abordamos também a importância de uma mãe suficientemente boa para que todas as potencialidades do bebê possam acontecer. Vamos agora sair do campo das relações suficientes e lançar um olhar para situações nas quais este processo foi perturbado de alguma maneira. A idéia principal é a de que o olhar materno tem importância fundamental na construção subjetiva dos bebês, e que mães muito voltadas para si mesmas, por motivos de natureza diversas, não conseguem exercer suas capacidades de PMP.

“O que vê o bebê quando olha para o rosto da mãe? Sugiro que ele, normalmente, o que o bebê vê é a ele mesmo. Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali ?* [...]referindo o caso de um bebê cuja mãe reflete o próprio humor dela ou, pior ainda, a rigidez de suas próprias defesas. Em tal caso, o que é que o bebê vê?...Muitos bebês, contudo, têm um a longa experiência de não receber de volta o que estão dando. Eles olham e não se vêem a si mesmos. **Há conseqüências**” (WINNICOTT, 1971, p.154) ( em itálico no original) (grifo nosso).

Que conseqüências? Winnicott está falando aqui de mães, que presas em suas questões narcísicas, não conseguem ver seus filhos como eles são; não refletem em seus rostos algo do bebê, mas apenas partes de si mesmas. Invadem a relação com suas fantasias, não favorecendo com isto a construção, e posterior desconstrução, da ilusão de onipotência infantil. Nestes casos, o bebê não consegue ver a si mesmo no rosto da mãe, o que poderá causar transtornos na construção de sua subjetividade.

Como no início o bebê não distingue o que é si mesmo do que não o é, a apresentação do mundo precisa ser modulada. A mãe ambiente vai ajudando nesta discriminação, proporcionando um cuidado que não imponha ao bebê um reconhecimento precoce de partes de não-eu.

“Um bebê é segurado, satisfatoriamente manejado e, isso aceito, é-lhe apresentado um objeto de tal modo, que, na sua experiência legítima de onipotência não seja violada. O resultado pode ser que o bebê seja capaz de usar o objeto e sentir-se como se esse objeto fosse um objeto subjetivo, criado por ele” (WINNICOTT, 1971, p.154).

Para que um objeto possa ser objetivamente percebido, o bebê precisa ter experienciado por um tempo suficiente, seus objetos subjetivos, sem invasões ambientais desnecessárias e traumáticas. Durante o desenvolvimento emocional, o

bebê vai adquirindo possibilidades variáveis de lidar com suas experiências; estas poderão se tornar excessivas, traumáticas se acontecerem em momentos para os quais ele ainda não está preparado. Há, portanto, na etiologia do trauma um fator ligado ao período do desenvolvimento no qual a falha ambiental acontece. O ambiente exerce uma espécie de filtragem protetora para o bebê.

As pequenas falhas do ambiente são constitutivas para o ego do bebê, mas quando as falhas são graves, haverá distúrbios no processo rumo à independência. Nos pólos do fracasso adaptativo ambiental teremos por um lado, uma conseqüência grave de perturbações na personalidade e organização do ego, quando o fracasso ambiental ocorre em momentos muito precoces, nos quais a dependência é absoluta; no outro pólo, se a desadaptação ambiental se dá em momentos posteriores do desenvolvimento, o trauma poderá ter conseqüências nas áreas de confiabilidade e ambivalência.

Para Winnicott, uma possível falha ambiental não é traumática em si, mas o será em função do período no qual ela acontece. Quanto mais precocemente for a falha ambiental, maiores serão as conseqüências no desenvolvimento da subjetividade da criança. “O trauma, portanto, varia de significado, de acordo com o estágio do desenvolvimento emocional da criança [...]” (WINNICOTT, 1994, p.113).

Vamos apresentar agora um exemplo de um trauma acontecido em um período muito precoce e que abrange uma população bem próxima ao nosso objeto de estudo. Travassos-Rodrigues (tese de Doutorado, PUC-RJ, 2007, no prelo) nos fornece uma importante contribuição teórica por se referir especificamente às primeiras relações de um bebê down com sua mãe e família. Em sua tese, a autora propõe que o impacto da notícia do nascimento de uma criança com Down sobre a família provoca reações na mãe e no ambiente, que interferem na construção subjetiva dos bebês, seus desdobramentos, inclusive em sua autonomia. Por reconhecer a importância da intersubjetividade, afasta-se da prática usual de estimulação precoce dos bebês, e propõe que se faça um acolhimento precoce destas famílias. Embora seu objeto seja exclusivamente de famílias cujos primeiros bebês foram Down, pensamos que algumas de suas considerações poderiam ser aplicadas aos nossos LIM.

A autora parte de idéia de que o momento da revelação do nascimento de um bebê down provoca uma quebra de expectativas dos pais em relação aos seus filhos fantasiados e imaginados. Além disto, surgem outras expectativas que são

decorrentes das (des)informações circulantes no social. Afirma que tanto os pais quanto as próprias equipes de saúde não estão preparados para este momento. Segundo a autora, este impacto tem conseqüências nas modulações das relações que os pais vão estabelecer dali para adiante com seus filhos, o que por sua vez trará repercussões no desenvolvimento da criança.

“Questionamos se as rupturas que levam a um desencontro nesta dança que envolve o bebê e seus pais em um período tão crítico do desenvolvimento poderiam tornar ainda mais difícil o funcionamento das funções cognitivas que sustentam e possibilitam os seus processos de pensamento. Em termos winnicottianos, uma mudança na competência e na disponibilidade dos pais e do próprio bebê em criar um *espaço potencial* perturba a constituição da autonomia do indivíduo, visto que frente a perplexidade causada pela chegada de um bebê “diferente”, se vêem desarticulados em prover uma sintonia, um compasso na comunicação com seu bebê” (TRAVASSOS-RODRIGUES, 2007, p.61) (em itálico no original).

Considera que toda a maternagem poderia ficar prejudicada a partir deste impacto inicial, causando dificuldades em relação aos processos de integração, personalização e realização dos bebês. Assim, defende a idéia de que seria importante que os profissionais que lidam com estas famílias lançassem seus olhares para uma relação, uma dupla bebê/mãe (ambiente, família), em seus primeiros momentos e contatos estabelecidos, ao invés de separar precocemente os bebês de suas mães.

“Pensamos que a preocupação materna primária e a capacidade de *rêverie* da mãe de um bebê com síndrome de Down, sobretudo daquelas que recebem o diagnóstico apenas após o nascimento do filho, fiquem abaladas frente ao trauma causado pela notícia inesperada e à desidealização abrupta relativa ao bebê imaginário. Exatamente no momento de ebulição do enlace pais-bebê, onde surge a criança não esperada, materializada, colocando o apego e os vínculos parentais em risco”(TRAVASSOS-RODRIGUES, 2007, p.69) (em itálico no original).

Seu trabalho nos forneceu um referencial teórico específico, que de uma certa forma respondia a uma questão que foi surgindo na elaboração desta tese: haveria alguma característica dos primórdios dos LIM que devesse ser destacada, estudada para melhor compreensão das dinâmicas reveladas nas psicoterapias? Em muitos momentos, ao longo da leitura de Travassos-Rodrigues, tive a impressão de que estávamos trabalhando com as mesmas famílias, apenas com uma defasagem de trinta/quarenta anos no tempo: era como se eu estivesse observando as famílias de meus pacientes no momento de seus nascimentos, anos atrás. Concordamos com a autora quando afirma que a estranheza provocada pelo nascimento do bebê down pode provocar rupturas traumáticas na díade mãe/bebê. O olhar materno precisa refletir algo da própria criança; desta maneira ao olhar para mãe o bebê poderia ver

um reflexo de si mesmo; uma mãe excessivamente narcísica não vê o seu bebê como ele o é, vê apenas a si mesma.

“Sabemos que a base para o desenvolvimento do ego do bebê se dá ao longo de uma continuidade de ser que só pode ser propiciada por esta experiência de unidade dual – que é viabilizada pelo estado de preocupação materna primária, deparamo-nos, portanto, com uma preocupação materna primária ‘atropelada’ e uma *rêverie* afetada pelo encontro com o inesperado – o bebê portador da síndrome de Down” (TRAVASSOS-RODRIGUES, 2007, p.66) (em itálico no original).

O impacto causado por uma quebra abrupta das expectativas maternas no nascimento de um bebê, pode provocar dificuldades nas possibilidades de dedicação materna: a PMP fica também prejudicada. Como consequência, o manuseio (*handling*) e a sustentação (*holding*) deste bebê também sofreriam com este impacto: por ser uma experiência dolorosa, a mãe não pode olhar para o bebê, não pode vê-lo em sua singularidade e diferença. Neste caso o bebê jamais encontra a si mesmo no olhar materno.

“Uma síndrome genética com prognóstico de deficiência mental descoberta no nascimento de um bebê pode dilacerar a *rêverie* e a preocupação materna primária. Ela pode interromper o vaivém inicial que deveria se dar entre a sensação de estranheza e a constatação da semelhança entre os pais e o bebê sobre a qual também se funda a alteridade da criança. Na maioria das vezes, não há reconhecimento, somente uma sensação de estranheza. O bebê é radicalmente diferente, daí tratar-se de uma alteridade violentamente excessiva para os pais [...] **Para que qualquer criança passe para a posição de sujeito, ela precisa sair da alienação narcísica, propiciada pelo narcisismo dos próprios pais, ...** A notícia da síndrome de Down pode provocar uma falha narcísica e prejudicar os processos nascentes de maternidade e paternidade” (TRAVASSOS-RODRIGUES, 2007, p.73) (grifo nosso).

Entendo que aqui temos um ponto de ancoramento do que foi observado na clínica, e será desenvolvido no próximo capítulo. Creio que algumas das dificuldades relativas à aquisição de autonomia que encontrei nos pacientes podem ser articuladas com estas questões ligadas ao narcisismo materno e paterno. É como se as mães estabelecessem um tipo de vínculo que seria uma eterna ilusão de uma reparação futura. Não se separam de seus filhos e não permitem também que eles vão “além” de um patamar arbitrado por elas ou pelas famílias. Enquanto estiverem juntos, haverá a fantasia de recomeço idealizado e impossível. Os bebês (e os filhos já adultos) ao mesmo tempo são revelação da ferida narcísica e objeto de fantasias de reconstrução (precária) da mesma.

Para que estas mães ultrapassem algumas condições traumáticas iniciais e se tornem suficientes, é preciso que tenham um suporte ambiental favorecedor: este amparo pode ser oferecido pelo pai, mas não necessariamente só por ele. Há casos

nos quais o pai abandona mãe e bebê, mas a família mais ampla se adapta e fornece à mãe o suporte necessário.

“Muitos maridos, neste período, abandonam as esposas por não ‘acreditarem’ que aquele bebê seja seu filho. ‘Ele não se parece nada comigo doutora, ninguém na nossa família têm esses olhos puxados’ (R.L.M., pai de um bebê portador de síndrome de Down, 25 anos, motorista de ônibus). O bebê imaginário ocupa para os pais um lugar de projeção e de projeto [...]”(TRAVASSOS-RODRIGUES, 2007, p.73).

Encontramos na clínica, mães que foram concreta ou subjetivamente abandonadas pelos pais e, mesmo assim, duplamente feridas em seus narcisismos, cuidaram de seus filhos. Nestes casos foi o suporte de uma rede familiar ou social que lhes permitiu uma maternagem suficiente.

É importante que se ressalte que a sociedade também tem responsabilidade de fornecer a estas pessoas e famílias condições que possibilitem a aquisição do máximo possível de suas autonomias. Em um ambiente favorável, e dentro de uma sociedade que aceite e favoreça as diferenças, os LIM poderão se desenvolver e se tornar pessoas que contribuirão positiva e criativamente para o social. Porém muitas vezes, as famílias não estão preparadas, a sociedade também não, e mesmos nós, os profissionais, também ainda temos muito o que refletir sobre estas questões.

Com Travassos-Rodrigues apresentamos uma possibilidade radical de falha ambiental nos primórdios da vida, e acreditamos que este exemplo nos serve como ponto de partida para pensar outras possibilidades de resoluções para as angústias de se possuir filhos especiais. É claro que é válido pensarmos que o acolhimento precoce interferirá positivamente na construção subjetiva dos pacientes, bem como de poderá evitar algumas dificuldades relativas à aquisição de autonomia. Porém, nossa clínica abraça famílias que não tinham passado pela experiência tão radical de ser o primeiro filho especial. Então, embora concordemos que os momentos iniciais de contatos da família com um bebê especial possa se tornar palco de graves rupturas narcísicas para os pais, na nossa experiência encontramos diversas resoluções possíveis, dependendo dos potenciais de cada família. A partir de um impacto inicial, as possibilidades de elaboração e reconstrução da rede familiar protetora variam: as necessidades dos bebês não são homogêneas; os cuidados maternos e as potencialidades das famílias, também não o são. Há modulações e experiências diversas durante todo o percurso desde o nascimento e a dupla dependência até a dependência relativa.

As dificuldades de se olhar um bebê não acontecem somente em famílias de bebês especiais. Na passagem da dupla dependência à dependência relativa, algumas quebras de ritmos existem, sendo necessários e importantes para a sobrevivência dos filhos, quando acontecem em momentos nos quais os bebês já podem suportá-los. A família, no início, sustenta os momentos ilusionais do bebê, proporcionando-lhe uma rede de confiabilidade e segurança, protegendo-a de experiências excessivas e traumáticas. Aos poucos e ao mesmo tempo, vai desiludindo a criança, modulando e intermediando os processos de separação e subjetivação. A mãe, então, é aquela que aceita a ilusão inicial do bebê, para depois desiludi-lo.

Prochet, em interessante trabalho (PROCHET, 2006), também fala da importância das expectativas familiares no nascimento dos filhos, mas em situações menos radicais que a de um filho especial. Lembra-nos de uma prática na idade média na qual o banho, anual, era feito de maneira tal que toda a família utilizava a mesma tina para o mesmo. Como os últimos a se banharem eram os bebês, eles já entravam então com a água turva, o que poderia provocar acidentes de não serem vistos na hora de se jogar fora a água. Lembra-nos do ditado “jogar fora o bebê com a água do banho”, que significa jogar fora algo “bom” junto com o “mau”.

“A tina de água comunal é o ambiente familiar. Nele se banham, por ordem de chegada, todos os membros, imergindo por completo nessa água/ambiente, deixando lá o registro corporal de suas presenças, seus cheiros e seus dejetos. Assim como no banho daquela época, o bebê que chega já encontra a água da tina turva nesse continente comum. Caberá aos mais velhos, aos pais, renovar suficientemente esta água, para que o banho de cada um tenha água limpa o suficiente, tépida o suficiente, clara o suficiente, para que o bebê não se perca, pois ele ainda não tem a capacidade de emergir por si mesmo. O que torna tudo claro e faz com que esta água se torne límpida novamente é o desejo e o amor dos pais por esse filho” (PROCHET, 2006, p.2).

Assim, desta maneira clara e poética, Prochet retoma a importância de os pais poderem olhar de maneira não narcísica ou invasiva para seus filhos, e acrescenta que este é um processo complexo para qualquer família. Desde a concepção, às vezes até mesmo antes, existe uma teia, uma trama familiar na qual este bebê é inserido pelos pais. Seu lugar será determinado pelo conjunto de expectativas, conscientes e inconscientes, que circulam na família e que muitas vezes remontam às gerações anteriores. As histórias familiares, o percurso de vida percorrido até então por cada membro da parentalidade, tudo isto fornece “fios”, material inconsciente ou consciente, para construção do suporte no qual este bebê será inserido.

“Tornar-se mãe ou pai é uma experiência profundamente complexa e ambivalente. Reaviva, no adulto, as fantasias ligadas aos seus próprios pais da infância, com toda a carga de amor, ódio e rivalidade existentes nessa relação. Implica em tomar um lugar na cadeia geracional, demarcar uma passagem do tempo, aspirar pela confirmação de uma maturidade que deseja ser estendida mais além do físico. Ao mesmo tempo, denuncia o futuro envelhecimento e o fim subsequente. A experiência de ter um filho enraíza-se profundamente no campo do narcisismo e dos processos identificatórios, originando-se de um desejo que emerge de um cadinho de impulsos contraditórios, banhado em fantasias de transgressão edípica” (PROCHET, 2006, p.3).

Concordamos com Prochet quando diz que o nascimento de uma criança sinaliza para os pais o início de um novo lugar geracional, que aponta para seus próprios envelhecimentos. A partir deste momento passam a olhar para frente e para trás na linha do tempo e na rede familiar. Esta questão sobre a preocupação quanto a seu próprio envelhecimento foi uma das que mais me chamou atenção na clínica e será desenvolvida no próximo capítulo.

O processo de desidealização de um filho, geralmente é progressivo: ou seja, parece que aos poucos os pais vão se dando conta de que a criança desejada, o adolescente ou filho adulto imaginados, não são exatamente o que eles estão se tornando na realidade. Mesmo quando gradativo, este processo é complexo e provoca sentimentos ambivalentes nos pais, bem como conflitos familiares. No caso dos LIM, podemos pensar que ele acontece de uma maneira mais abrupta no nascimento, impactando o narcisismo dos pais de uma maneira tão intensa que pode impossibilitá-los (temporariamente ou não) de atualizarem suas tendências de cuidadores dos filhos. A PMP ficaria prejudicada, bem como as possibilidades de o pai oferecer um ambiente favorável de acolhimento à dupla mãe/bebê. Todo o ambiente familiar parece despreparado para a inclusão de um membro com uma diferença tão radical; desta maneira, a teia familiar protetora pode se romper, impossibilitando o suporte físico e emocional para a criança.

“O desejo de criar e procriar, registro de potência, mistura-se aos temores, dos mais banais aos mais aterrorizantes, como não ser capaz de produzir um filho ‘normal’ – expressão que pode abranger uma maior ou menor tolerabilidade às singularidades do bebê, assim como exige a capacidade de suportar, sem tomar como insulto ou prova de fracasso, as diferenças entre a criança sonhada e a criança concebida. A capacidade de oferecer um ambiente facilitador onde o filho sonhado pode ser um filho encarnado estará ligada à capacidade de reconhecer e suportar a ambivalência inerente a esta experiência” (PROCHET, 2006, p.3).

É bom que se ressalta que sob nosso ponto de vista esta ruptura, embora traumática, não necessariamente implicará, ela própria, em uma demanda de psicoterapia. Pelo que pude perceber na clínica, o nascimento de um bebê especial, pode antecipar e marcar muito precocemente a diferença entre as expectativas dos

pais e o real, entre os sonhos e a realidade, mas as capacidades de reorganização familiar são variadas. Isto implica em acreditarmos que as famílias possuem possibilidades diversas de reconstrução desta trama, que podem precisar ou não de intervenção profissional.

Muitas famílias que encontrei conseguiram prosseguir dando suportes necessários e suficientes aos seus filhos. Nos pacientes que vieram ao consultório, a quebra narcísica dos pais, veio à tona com o prosseguimento dos tratamentos e foram aparecendo de maneira mais ou menos sutil quando as questões relativas à autonomia foram sendo consideradas e trabalhadas. O que não quer dizer que esta era a única dificuldade referente às relações, primitivas ou não, entre ambiente/mãe e bebê/paciente. Ou seja, de uma maneira ou de outra a ruptura inicial havia sido superada e as famílias tinham conseguido propiciar um suporte emocional suficiente, que possibilitou aos pacientes prosseguir suas vidas de uma maneira possível.

Estamos aqui pensando hipóteses de que as questões que encontrei no campo da clínica referente à aquisição de autonomia podem estar ligadas às dificuldades dos pais de lidarem desde os primórdios com as diferenças e estranhezas apresentadas por seus filhos. Como em todo processo psicoterápico que utiliza o referencial psicanalítico, levantamos hipóteses sobre o quê, na história de vida daquela pessoa, teria favorecido a emergência do sofrimento que provocou a demanda pelo tratamento. Ou seja, a partir de uma demanda e uma queixa inicial, vamos buscando na história de vida dos pacientes as situações traumáticas, atuais ou não, que possam se relacionar com o sofrimento apresentado. O próximo capítulo refere-se a situações nas quais houve a necessidade de intervenção psicoterápica.

## 6 PSICOTERAPIA

“Há décadas, quase a totalidade de estudos sistêmicos relacionados aos indivíduos deficientes e seus pais enfatiza a necessidade de um trabalho mais intenso e especializado no campo da terapia oferecida a essas pessoas. O fracasso em ajudar os deficientes e suas famílias a compreenderem a natureza e as implicações da deficiência freqüentemente proporciona a todos os envolvidos mais dor e sofrimento do que a deficiência em si mesma. Ainda assim, **são poucos os que aceitaram o desafio**” (BUSCAGLIA, 2006, p.13) (grifo nosso).

### 6.1 Introdução

Este capítulo apresenta algumas questões técnicas e teóricas relativas aos atendimentos psicoterápicos efetuados. Começa abordando a nossa concepção do que seria autonomia para os LIM. Defendemos a possibilidade de eles possuírem uma autonomia relativa e definimos este conceito: relativa a quê? A um enquadre protetor, não homogêneo, que facilite a extensão de suas conquistas e possibilidades criativas. A seguir, fala da experiência clínica, ressaltando aspectos relativos à demanda, aos obstáculos, à transferência, aos traumas e à família, articulando-os com algumas concepções teóricas.

Não se pretende elaborar uma descrição densa de casos, mas falar do trabalho em sua totalidade, ilustrando-o com algumas vinhetas. Caso haja interesse em um estudo mais detalhado de casos, sugerimos outros trabalhos (SARMENTO, 2003, 2005). É necessário ressaltar que estas vinhetas não se referem especificamente a uma pessoa, mas são uma espécie de construção, uma condensação de várias situações vividas no consultório, ou escutadas nas experiências do dia a dia. A experiência clínica adveio de uma demanda em consultório particular de atendimento psicoterápico para adultos com limitação intelectual moderada. Apesar de a psicoterapia ter acontecido nesta condição específica de um consultório particular, creio que ela propiciou uma vivência singular que embute em si mesma uma possibilidade de extensão, interesse e aproveitamento tanto na área acadêmica quanto social, motivo desta dissertação. É importante que se ressalte que a demanda não era feita em função de seus quadros sindrômicos, mas sim em função de traumas, rupturas e perdas acontecidas em suas vidas que foram desencadeadoras de angústias e sofrimentos. As dificuldades foram muitas, mas os próprios pacientes foram, cada um a seu modo me guiando nestas viagens terapêuticas.

Todo o referencial teórico é psicanalítico, e em face das peculiaridades encontradas nos pacientes, que necessitam de um enquadre específico, nossa

abordagem técnica nos aproximou das psicoterapias infantis. Como psicanalista chamo atenção para esta experiência, mas não pretendo que seja considerada como a única forma de trabalho possível com os LIM, mas que este olhar possa abrir caminhos para mais esta forma possível de subjetivação contemporânea.

“Talvez uma questão central que deva ser primeiro solucionada, diz respeito aos objetivos do processo terapêutico. As abordagens terapêuticas voltadas para a conformidade do excepcional ao comportamento e aos padrões educacionais da sociedade “normal” podem produzir resultados diferentes dos daqueles que se concentram no desenvolvimento de uma consciência do vasto potencial de cada indivíduo, independente do fato de este ser deficiente mental ou físico” (BUSCAGLIA, 2006 , p.73).

## 6.2 Autonomia Relativa

No capítulo três desta tese falamos da aquisição da autonomia em campos diversos como saúde, jurídico, social e vimos como a conquista da mesma não se dá sem dificuldades nos diversos grupos citados. Recorremos a Dumont para falar da impossibilidade de uma independência completa e absoluta: esta seria narcísica, e, como vamos ver adiante, muitas vezes patológica. Assim, seguindo o caminho da individualização e distantes do individualismo, chegamos a um padrão intersubjetivo de ser e de se constituir, que jamais prescindirá do outro como referência.

No capítulo cinco, com Winnicott, vimos que no desenvolvimento emocional normal com um ambiente suficiente, chegaríamos a um grau de independência que será sempre relativa: ou seja, uma vez que o ser humano é, sempre, um ser no mundo, constituído na intersubjetividade, social e interdependente, nunca poderá prescindir do outro de uma forma absoluta. Jamais poderemos ser seres totalmente independentes dos outros ou do ambiente. Neste sentido, como algo inatingível, a independência absoluta poderia ser pensada como uma patologia: o sujeito precisaria se afastar de todos porque teria medo da dependência; não poderia se aproximar de ninguém porque dependeria do outro de uma maneira radical. Então, sob este ponto de vista, pensamos que a saúde não está na independência absoluta, mas na possibilidade de se atingir uma (in)dependência relativa.

E a autonomia, poderá ser absoluta? Para prosseguir, às vezes é preciso recuar; então fui buscar no dicionário uma definição de autonomia que servisse ao meu propósito nesta discussão.

“Autonomia: 1) Faculdade de se governar por si mesmo; [...] 5) Condição pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta”. (FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, p.236).

No mesmo *Aurélio* encontramos que uma *condição* possui, ela mesma, conotações diferentes: pode ser um estado, um modo de ser circunstancial, uma maneira de viver. Mas pode também ser uma obrigação que se impõe (e aceita) (Ibdem, p.522).

Autônomo é aquele sujeito que se dá sua própria lei, que toma suas decisões; a isto se opõe um sujeito heterônomo para quem são dadas as leis. É claro que para todos nós, algumas leis nos são impostas seja de modo relativamente claro e concreto como as leis de um país, ou de forma mais subjetiva como as leis familiares. Sabemos que com o amadurecimento há uma tendência a que as pessoas progressivamente ultrapassem uma condição inicial de submetimento às leis familiares (heteronomia) para conquistarem suas capacidades de discernimento e escolhas próprias (autonomia). Mas este processo acontece na vida de um modo geral e não só com os LIM. Ou seja, mesmo estas definições de autonomia e heteronomia ainda nos deixam com um vasto campo conceitual para reflexão.

Então, se para todos a independência e autonomia implicam em algum referencial ligado ao outro, ao mundo, qual é a especificidade de nosso objeto? Para irmos adiante é preciso que se circunscreva e especifique esta questão: qual a especificidade da autonomia que foi percebida nos LIM? Qual o significado de autonomia para eles, diferente de uma pessoa que não tenha este problema? O que seria um sujeito que é autônomo, mas que é dependente? Creio que podemos pensar em pessoas com uma **autonomia relativa**. Relativa a quê, afinal? Defendemos que é a um **enquadre protetor, não determinista e não homogêneo**. Seria uma pessoa que precisa de um suporte externo para, dentro do mesmo, conquistar seu máximo potencial autônomo em termos cognitivos, emocionais e sociais: um quadro específico, peculiar, mas flexível, que facilite a extensão de suas conquistas e possibilidades criativas.

Ressaltamos que o fato de estarmos falando de um quadro, não implica em que o mesmo seja único ou imutável. Cada caso é um caso: estas pessoas possuem possibilidades de autonomia, mesmo relativa, diversas. Não existe um patamar externo definido, determinado e determinante a partir do qual eles não poderiam ir.

Ao contrário, este enquadre deve ser flexível para adaptar-se às necessidades e possibilidades de cada um.

Pensando nos conceito winnicottiano de dupla dependência, a autonomia relativa poderia ser caracterizada também pelo fato de persistir, mesmo na vida adulta, um aspecto de dependência ao ambiente físico que não poderá ser jamais totalmente superada: sempre precisarão de um suporte ambiental, dentro do qual poderão se movimentar, criar e fazer escolhas. Como veremos adiante, mesmo que não possuam uma compreensão total dos significantes coletivos, poderão adquirir uma capacidade de reconhecimento do outro e de si mesmos, serem produtivas e felizes, se tiverem oportunidade de utilizar adequadamente suas enormes possibilidades de apreensão afetiva, protegidas (não necessariamente controladas) por um ambiente favorável.

Permito-me fazer uma analogia com a arte: um quadro possui vários elementos; a tela, a moldura e a pintura em si. Uma moldura pode ali estar apenas para servir de suporte à tela. Há telas até que, possuidoras de um impacto estético, prescindem de molduras. Uma moldura pode ficar ótima para uma tela e enfeiar a outra. E há aquelas molduras que valorizam, realçam uma pintura. Limitam a tela e a pintura? Não posso negar. Mas isto não nos impede de olhar imagens maravilhosas, originais, valiosas dentro mesmo deste campo delimitado por nossa moldura/enquadre. Além disto, não os protegem também?

Existe uma limitação? Sim, mas dentro disto podemos encontrar pessoas singulares, muito afetivas, que podem ser produtivas e colaboradoras dentro de um suporte protetor. Necessitam de uma tutela, mas esta tutela não deve ser igual para todos, nem deve servir de ponto final para suas possibilidades. Ou seja, os limites externos devem servir para que eles alcancem suas conquistas, seus potenciais máximos, cada um em suas possibilidades. Estas jamais deveriam ser definidas por padrões ou determinações prévias: **postulamos que não existe um patamar único, determinado arbitrariamente por quem quer que seja, a partir do qual um ser humano não possa ir.** A autonomia relativa diz respeito a um enquadre necessário, mas flexível. Este enquadre se refere a uma tutela protetora, mas não controladora. **Mesmo em situações nas quais não houve ou não há um trauma, o suporte familiar (ou social) sempre será imprescindível para que os LIM possam seguir suas vidas.**

Até aqui estamos falando da necessidade de um suporte familiar e social, que de uma certa maneira, é semelhante àquele que uma criança necessita. O mesmo acontece em relação às psicoterapias: creio que dentro de determinado enquadre é possível trabalhar, olhar estas pessoas, incentivá-las a ponto de poderem ter uma vida criativa, produtiva, com iniciativas e realizações. O trabalho terapêutico deve apontar para permitir a maior ampliação possível de seus graus de autonomia relativa.

### **6.3 Enquadre Clínico**

Todo o funcionamento acontecia de maneira semelhante à psicoterapia infantil. Há a necessidade de suporte ambiental em vários níveis, dos mais concretos aos mais subjetivos: responsáveis para trazê-los ao consultório (quando moram longe do local de atendimento); alguém outro que não o paciente é responsável pelo pagamento; importância do contato com os pais; flutuações emocionais diretamente ligadas às mudanças e clima familiares e conjugais; predominância de relações bastante dependentes da mãe no aspecto emocional também; a existência de uma potencialidade de um eu ainda não totalmente desenvolvido.

Utilizamos várias formas para aproximação e contato. O manejo técnico se assemelhou a uma psicoterapia com criança, na qual se utilizam várias formas de comunicação para a troca de informações: desenhos, jogos, recortes, movimentos corporais, colagem, música, dramatizações, e também conversas. Ou seja, além das palavras, outros recursos que não necessariamente as verbais foram necessários para os encontros. Tudo isto faz parte da comunicação e foi utilizado em nosso trabalho com os LIM.

O acompanhamento e orientação para os pais fez parte de todos os atendimentos. A frequência era variada e a demanda poderia ser minha, do paciente ou da família. Geralmente a mãe era a pessoa mais disponível para estas visitas. Esta disponibilidade se traduzia não só em uma questão concreta de horários, mas estamos falando também de uma disponibilidade interna, para com o(a) filho(a) especial. São elas as incansáveis pessoas que, em suas eternas “rêveries”, são o ponto de apoio para seus filhos.

## 6.4 Demandas

A procura inicial, sempre era feita pelas famílias: alguém, geralmente a mãe, é que estabelecia a primeira aproximação. As indicações para o consultório geralmente vinham através de outros profissionais que conheciam o trabalho e as demandas foram variadas: desde angústias tão incontroláveis que faziam a família acreditar em uma deterioração neurológica irreversível, até conflitos com a família e queixas familiares de agressividade. Em nenhum caso a demanda era ligada à deficiência em si. Até então o curso da vida dos pacientes seguira naturalmente, havendo uma quebra, ruptura ou perda que provocou a procura de tratamento. O que não quer dizer que, como em todo tratamento psicoterápico, não possamos fazer hipóteses a respeito das questões mais primitivas na história de vida de cada um, que possam ser articuladas aos sofrimentos atuais.

Para as consultas iniciais não havia uma determinação prévia de quem viria às primeiras entrevistas. Então, os primeiros contatos variavam: ora só com familiares, ora já incluíam os pacientes; em alguns casos vieram só pai e mãe, sem o paciente, em outros o paciente já foi incluído desde o início; ou poderia vir só a mãe ou a mãe e o paciente. De qualquer maneira, houve os contatos exclusivos com os pacientes antes (e para) o estabelecimento dos contratos de trabalho. Nas sessões preliminares, só com os pacientes, pude perceber que eles:

a) já vinham com uma certa clareza do que seria feito ali (“quero desabafar”; ou: “tenho que falar de umas coisas”. Que coisas?, pergunto.” “Minhas coisas.”).

b) com relativa facilidade “entravam no jogo” psicoterápico. Por facilidade aqui não quero dizer em absoluto que este jogo era feito sem resistências. Ao contrário, exatamente porque estavam dentro do jogo psicoterápico é que surgiam os obstáculos inerentes aos mesmos.

## 6.5 Obstáculos

Todo processo analítico inclui a superação de vários obstáculos das mais diversas naturezas. Dentro de uma abordagem clássica, os obstáculos eram sempre compreendidos como obstáculos advindos do mundo interno dos pacientes, e como decorrência, inevitavelmente eram considerados como resistência ao tratamento, passíveis de uma interpretação. A visão contemporânea, onde o sujeito está sempre

articulado ao seu ambiente, propicia uma modificação do olhar psicanalítico, que passa a levar em conta muitas questões decorrentes das vicissitudes da vida atual. Isto não quer dizer que possamos prescindir das interpretações, mas que elas não são nossa única forma de aproximação com pacientes.

As pessoas especiais possuem uma autonomia relativa e sua movimentação possível é bastante variável: as que por acaso moram próximas ao consultório podem ir sozinhas ao mesmo (ou podem conquistar esta possibilidade). Porém há aquelas que precisam de uma outra pessoa para levá-las. Além disto, muitas vezes somos mais um elo (pelo menos no começo) na imensa fila de profissionais a serem agendados e visitados. Assim, a coordenação dos horários às vezes é complexa, em face da dependência de terceiros. O próprio setting às vezes precisou ser modificado para permitir o acesso de pessoas cadeirantes.

“[...] o objetivo básico do aconselhamento de crianças e adultos excepcionais é a aceitação final de todas as pessoas com suas forças e capacidades, mas há também a implicação de uma aceitação de todas as suas limitações. Neste sentido, a aceitação das limitações não significa um processo de busca de compensação..., mas sim o reconhecimento de que existem limitações e de que estas são aceitáveis” (BUSCAGLIA, 2006, p.137).

Estou aqui abordando os obstáculos mais concretos nestes atendimentos por duas razões: a primeira é que considero estas dificuldades, em se tratando de adultos, algo específico destes casos (ou de pessoas que estão passando por período regressivo muito forte); em segundo lugar, porque na resolução destes obstáculos, a disponibilidade familiar para a organização de suas vidas a fim de permitir a entrada e permanência do paciente em tratamento, mais uma vez, era variável. Isto quer dizer a capacidade e a forma como as famílias se colocavam e resolviam as questões para o início e manutenção do tratamento, acabavam se mostrando reveladoras de indícios valiosos da dinâmica familiar subjacente, bem como do lugar ocupado pelos pacientes (e seus atendimentos), na estrutura familiar.

## **6.6 Transferências**

Na experiência clínica pude observar que havia uma ligação muito intensa entre os pacientes e suas respectivas mães. Esta ligação acontecia não só em função da dependência ambiental, mas também em função de aspectos emocionais, que muitas vezes chegavam a dificultar a autonomia dos pacientes. Estamos falando

aqui de aspectos da relação mãe-bebê que permaneceram fusionados mesmo na vida adulta. Diante desta fusão, o analista poderá se tornar um “intruso”, um terceiro que veio simplesmente para separar o “bebê” de sua mãe. Assim, esta relação materno-paciente precisa ser levada em conta: se por um lado, de fato precisamos atuar como facilitadores desta separação, por outro é preciso que, de alguma forma, sejamos “autorizados” pelos pais nesta tarefa de desfusão. Estamos falando aqui de mecanismos inconscientes, de uma dinâmica entre mãe e filho que, às vezes, precisa ser trabalhada antes mesmo de qualquer outra intervenção terapêutica. No setting este fusão se apresenta no campo transferencial, no que corresponde ao que Winnicott denominou de transferência direta.

Em “*As variedades clínicas da transferência*” (WINNICOTT, 1955-6), ele fala de dois tipos de transferências possíveis, que corresponderiam a maneiras diferentes de acolhimento ambiental precoce. A primeira seria a transferência clássica, como descrita por Freud: a pessoa, por ter recebido os cuidados maternos suficientes, teve seu ego organizado, capaz de estabelecer as defesas apropriadas contra as angústias. Neste caso, o manejo poderá ser feito pela via da interpretação transferencial. “Esta adaptação inicial suficientemente boa à necessidade capacitará o ego do indivíduo existir, resultando disto o fato de o analista *não precisar se preocupar com os estádios anteriores* do estabelecimento do ego” (WINNICOTT, 1978, p.483) (em itálico no original).

Em seguida, ele diz que a partir do desenvolvimento teórico do conceito de identificação primária e de dependência absoluta, que implicam em um meio ambiente que (sob o ponto de vista de um bebê) ainda não se diferenciou do mesmo, o conceito de transferência passou a abranger uma outra forma de relação analista/paciente.

“[...] amplia o conceito de transferência, ...pois o ego do paciente não pode ser encarado como uma entidade estabelecida e não pode haver uma neurose de transferência, pois sua existência pressupõe a de um ego intacto, um ego capaz de manter defesas contra a ansiedade provocada pela pulsão e de assumir a responsabilidade por elas” (WINNICOTT, 1978, p.484).

Então, em casos nos quais a adaptação ambiental fracassou de algum modo, a transferência aconteceria desta segunda forma, e o trabalho com a mesma precisaria levar em conta outras questões. “[...] o *setting* se torna mais importante que a interpretação. A ênfase passa de um fenômeno para outro” (ibidem, p.486). O analista precisa, então, servir de suporte ambiental e adaptar-se suficientemente ao

paciente, para que este possa desenvolver seu ego: não é mais uma questão de interpretação transferencial, mas de uma relação direta, mediada por afetos, a serem contidos e validados pelo analista .

“O paciente tem pela primeira vez na vida a oportunidade de desenvolver um ego, [...] que se estabelecerá como um ego corporal e repudiará o meio ambiente externo com o início de uma relação com os objetos. O ego pode, pela primeira vez, experimentar os impulsos do id e se sentir real ao fazê-lo” (WINNICOTT, 1978, p.487).

Este tipo de transferência direta está ligada a mecanismos de identificação primária, nos quais fatores de indiscriminação estão presentes. Questões muito primitivas ligadas à alimentação e cuidados corporais podem aparecer. Cito uma situação na qual todo o trabalho inicial foi feito através de encartes de propaganda de supermercados. A pessoa espontaneamente trazia para as sessões de psicoterapia vários encartes daquela semana. Separava cuidadosamente as figuras, que eram recortadas e coladas em um outro papel. No início as colagens eram feitas de maneira caótica, sem nenhuma referência classificatória ou de tempo. Com o decorrer do trabalho, foram adquirindo uma espécie de ordenação e classificação de acordo com as refeições: café, almoço e jantar.

A família apresentava vários membros com problemas de sobrepeso (inclusiva o paciente). Os almoços eram palco de brigas: o paciente queria almoçar sozinho e a mãe queria que comessem juntos. Além disto, a mãe fazia questão de que uma empregada da família almoçasse com ele(s), o que acarretava um deslocamento (literal) da posição do paciente na mesa. A alimentação era o palco de uma trama e um drama que apontavam para invasões ambientais que dificultaram a discriminação e a construção da subjetividade do paciente.

Winnicott ainda ressalta que na transferência direta, haverá a possibilidade de o paciente pela primeira vez experimentar seus sentimentos hostis em relação ao fracasso ambiental, e que para isto ele poderá utilizar eventuais fracassos do analista para tal. O analista, ao reconhecer seus próprios erros, “[...] dá ao paciente a oportunidade de ficar pela primeira vez zangado com relação aos detalhes do fracasso de adaptação que (na época em que ocorreram) produziram uma ruptura” (WINNICOTT, 1978, p.488). “Ela (a mãe) quer que eu coma do jeito dela; não quero!” diz o paciente referido no exemplo anterior.

No trabalho com os LIM, a transferência se dá principalmente desta maneira direta. Isto aponta para as falhas ambientais iniciais como diz Winnicott, **mas não só**

**para isto.** Mesmo com um ambiente suficiente, **como seus egos estão sempre em construção, sua forma de relacionamento é basicamente direta, mediada pelos afetos e não pelos significantes da linguagem.** Assim, a postura do analista será em função destas características, onde a adaptação do setting e do próprio analista serão mais importantes do que qualquer interpretação transferencial. Embora tenham dificuldades de expressar seus sentimentos dentro de uma lógica de significação identitária, na abstração da linguagem coletiva, os afetos estão presentes, expressando-se de forma direta na transferência. A questão, então, que se apresenta não é a da interpretação de um conflito, mas da validação de afetos e percepções que vão se apresentando ao longo dos tratamentos. E é assim, no acolhimento das sutis modulações dos sentimentos dos pacientes, que empreendemos nosso trabalho.

Lembro de uma situação na qual eu tinha feito algumas modificações no setting (basicamente troca das cores dos sofás e almofadas por cores um pouco mais vivas) e uma das minhas pacientes especiais ao entrar na sala parou, observou tudo em volta e sem mais nenhum comentário falou: “Parabéns, Solange!”. Eu apenas agradei e disse que ficara contente por ela ter gostado. Em seguida a este episódio, ela pôde falar de como gostaria de trocar as cores das paredes e cortinas de seu quarto (que fôra utilizado por outra pessoa da família, antes de ser “seu”).

Dentro desta linha de pensamento, ressalto que de uma maneira geral, são pessoas bastante observadoras (sensíveis) de mudanças no setting e na própria analista. Estas observações não devem ser consideradas como controle ou fixação, mas como uma mostra da necessidade de integração através de um ambiente e de um analista acolhedores, que se adaptem natural e gradativamente às suas necessidades primitivas, para que possam tornar-se sujeitos, apropriando-se de seus desejos e escolhas. Assim, é muito importante que o analista possa validar, quando for o caso, sentimentos e percepções, devolvendo-as, positivando-as como algo legítimo que veio do paciente. Esta sensibilidade que possuem aponta também para uma enorme capacidade afetiva, uma empatia, uma disponibilidade rara na contemporaneidade. O que também tem implicações. Na verdade estamos lidando com pessoas cujos egos estão em construção, portanto ainda desprovidos de algumas barreiras defensivas, e que não reconhecem alguns códigos sociais. Isto os faz muitas vezes entrar em situações (e nos colocar) até constrangedoras: seu afeto

está mesclado com necessidades básicas de apego e de contato corporal, que precisam ser acolhidos sem que se percam os limites transferenciais e terapêuticos.

Além disto, creio que por possuírem um ego que está em construção, suas possibilidades defensivas não estão totalmente articuladas, o que os deixa muito à mercê de falhas, agressões e modulações no ambiente. Ou seja: **são mais sensíveis e afetivos e possuem menos defesas. Isto implica que precisam de um ambiente mais acolhedor e mais passível de adaptações do que os não LIM.** E esta é mais uma dificuldade, porque como vimos anteriormente, exatamente estas famílias muitas vezes já estão com suas redes afetivas (re)construídas precariamente desde seus primórdios. Então, aí mesmo onde é mais necessário um ambiente capaz de se modificar, encontramos famílias que têm dificuldades em adotar posturas mais flexíveis, por temores de uma ruptura. Isto reforça a necessidade de um trabalho que possibilite novas composições na rede familiar.

É importante que seja ressaltado que apesar de não poderem se expressar totalmente dentro de uma lógica abstrata e arbitrária de significantes coletivos, e de que, por conta da limitação intelectual, terem dificuldades de apreensão e expressão via linguagem, isto não quer dizer que não possuam afetos e que os mesmos não se expressem de alguma maneira. Sua limitação intelectual requer um enquadre protetor, mas não os torna desprovidos de afetos, nem de possibilidades enormes de demonstração dos mesmos.

## 6.7 Traumas

Os motivos iniciais para a procura, como colocado anteriormente, eram bastante diversificados. Porém, no decurso dos tratamentos, uma situação nos foi chamando atenção, por surgir em vários atendimentos (além da questão da autonomia): o fato de os pacientes serem desautorizados pelas famílias em suas percepções, principalmente em relação ao “clima familiar”. Por exemplo: uma mãe passa mal, com um pouco de pressão alta e o paciente percebe algo diferente no ambiente, o que lhe faz tecer algum comentário de preocupação quanto à saúde materna. Porém sua percepção, correta, é desconfirmada pela família, que sistematicamente diz que “está tudo bem”.

Este fato pode gerar uma insegurança na pessoa, principalmente se houver questões ligadas a perdas, relacionadas ou não à demanda pelo tratamento. Em

relação a isto pudemos perceber, através dos contatos com a família, que muitas vezes, um paciente tenta falar do adoecimento de um ente querido, a família diz que está tudo bem. Assim, diante uma perda real, o paciente poderá entrar em uma crise profunda de angústia, porque, acreditando na família, fica totalmente despreparado emocionalmente para a perda. Assim, ao não validar uma percepção correta, a família desautoriza o paciente e não favorece a preparação de seus sentimentos e nem a construção de sua subjetividade. A pessoa fica despreparada para os acontecimentos, fica insegura, passando a não acreditar em suas observações a respeito do seu ambiente. “Eu quero a verdade, somente a verdade!”, foi uma das falas iniciais mais recorrentes de um LIM em tratamento.

Esta questão se articula com a impossibilidade de os pais verem seus filhos como eles realmente são, que será desenvolvida a seguir. Então penso que estas desautorizações formam pequenos traumas que dificultam ainda mais os processos de subjetivação destas pessoas. Marisa Maia diz que “o traumático está no cerne dos modos de subjetivação” e que o trauma vai ser patológico ou não dependendo do “processo de afetação” com o mundo. Postula que será a partir deste campo de afetação que acontecerão a primeiras trocas do bebê com o mundo. (MAIA, 2004, p.93).

“Neste campo de afetação, o mundo não se descreve somente por coisas vistas, ouvidas ou tocadas, mas é apreendido por afetos categóricos, de vitalidade, percepções sutis, contornos intensivos. Formas que se dizem a partir de níveis intensivos afetivos. Aquilo que é objeto de introjeção é um jeito, uma forma de segurar e cuidar do bebê: o tom de voz, a angústia, a tranquilidade, prazer, medo raiva, uma infinidade de afetos e vibrações que deixam marcas” (MAIA, 2004, p.127).

Para a autora, mesmo quando se refere a processos que acontecem em um eu já estruturado, a vivência traumática se daria em função de um excesso afetivo e emocional que, naquele momento, não pôde ser traduzido em palavras. O evento traumático possui aspectos subjetivantes e dessubjetivantes: quando convoca a uma narrativa e elaboração, o trauma pode ser positivo. Porém será dessubjetivante se for impedido de ter desdobramentos para construções psíquicas propiciadoras de aquisição de sentidos e significados: seria assim criado “um campo de dor sem possibilidade de mediação” (MAIA, 2004, p.95).

Embora não se refira a traumas acontecidos com pessoas com limitação intelectual, sua descrição do aspecto dessubjetivante do trauma me forneceu importante material teórico para compreensão de meus pacientes. Assim, qualquer situação traumática precisa transformar-se em narrativa, ser validada em seus

sentidos afetivos, sensoriais e cognitivos, para que não se torne dessubjetivante. As famílias e o ambiente precisam reconhecer, aceitar e validar as percepções das pessoas especiais. Quando isto não acontece, há uma sobreposição de dificuldades nos processos de subjetivação.

“Se no processo traumático subjetivante temos formas de registros psíquicos que se deslocam, entrelaçam e se transmutam, no processo traumático dessubjetivante essa mobilidade psíquica corre o risco de ficar congelada: com a interrupção do processo introjetivo pela instauração do mecanismo de incorporação, os signos de percepção, os quais atuam através das pequenas percepções, deixam de poder desempenhar a função de mediação entre o eu e o mundo, restando ao eu o enorme esforço de tentar lidar com o congelamento de sua potência sensorial e expressiva. A possibilidade de criação de novas de organização ficará bloqueada e o único ‘caminho’ por vir já se encontrará pré-definido pelos sulcos criados pelas marcas traumáticas patógenas” (MAIA, 2004, p.174).

O ambiente familiar, como “campo de afetação” dos LIM, servirá como palco de trocas afetivas e perceptuais da pessoa e o mundo. E partir destes movimentos, os sentidos poderão ir gradativamente adquirindo um significado dentro de um código social comum. Deste modo, os afetos ligados aos traumas poderão se circular por novos caminhos, e expressar-se de uma maneira singular e não traumática.

Exemplifico com o caso de uma pessoa cuja queixa principal era de agressividade e de “pequenos desmaios”. Este sintoma, dos desmaios, tinha conseqüências sérias porque podia provocar de quedas e machucados dolorosos e graves, além de um certo constrangimento quando acontecia em situações sociais. Os desmaios eram palco de inúmeras interpretações: havia uma questão neurológica grave, comprovada e medicada (PC), o que fazia com que a família descreditasse que a psicoterapia pudesse interferir na intensidade ou freqüência das crises. Porém, a própria família e a paciente também falavam da possibilidade de que aspectos emocionais interferissem, provocassem mesmo os desmaios: independente da medicação, havia uma variação da freqüência dos mesmos, que família e paciente relatavam ( e intuía) que coincidia com situações “de emoção”.

Então, com o decorrer da psicoterapia, pudemos circunscrever os momentos nos quais havia um recrudescimento dos desmaios. Ou seja, há o fator neurológico que provoca as crises, um “desencadeamento espontâneo”; mas isto não nos impediu de ir prosseguindo na investigação de fatores afetivos que também interferem no aparecimento dos mesmos: qual o campo de afetação familiar, quais as modificações neste campo que poderiam provocar uma “ida e volta” de minha paciente?

Com o tempo, fomos nos aproximando das freqüentes viagens de familiares, nas quais a paciente se sentia “sem chão”, “sem apoio”. Aos poucos pôde acrescentar sentidos e significados as suas crises; além disto, com o trabalho psicoterápico, foi percebendo a existência de outros apoios e recursos que possuía, e que poderiam ser utilizados na ausência dos pontos de referências familiares. A separação e a dependência puderam adquirir novos significados menos traumáticos, à medida que a rede ambiental protetora, que é sempre necessária para os LIM, pôde ser ressignificada e ampliada.

Uma rede é algo que sustenta uma pessoa de maneira flexível: adapta-se ao corpo de cada usuário. Além disto, ainda permite uma certa movimentação, um embalo, a ser empreendido de acordo com a necessidade e desejo de cada um. A rede familiar suficiente também envolve o bebê de maneira tal que ao mesmo tempo lhe propicia amparo e sustentação, lhe permite uma certa movimentação necessária para seu desenvolvimento.

Citando Winnicott, Prochet também nos fala sobre a importância da adaptação familiar, como algo fluido, que requer modificações ao longo do tempo. (PROCHET, 2006).

“Winnicott (1965) estabelece uma relação estreita entre família e trauma, ao apontar o papel da primeira em fornecer à criança uma proteção contra o segundo. Aponta o trauma como um fator etiológico ligado a diferentes momentos do desenvolvimento, relacionando-o às falhas da mãe ambiente em exercer as funções de filtragem, estabilização ambiental e sustentação física e psíquica desta organização em marcha chamada bebê, protegendo-o de acúmulos e excessos. A família necessita criar uma trama de ligações que se cruzam e interligam, formando uma rede de sustentação que ofereça segurança e confiabilidade intrínseca suficientes para proteger a criança das experiências traumáticas. Ao mesmo tempo, necessita também desiludi-la, nos ajustes necessários aos processos de separação e individuação. A mãe, então, precisa ser aquela que desilude seu bebê depois de tê-lo iludido” (PROCHET, 2006, p.5).

A autora, então nos leva para o campo dos traumas, ressaltando que para Winnicott há pequenos traumas adaptativos que, na verdade são necessários para que a criança possa integrar-se como um eu, possuidor de sentimentos de ambivalência que se referem a um outro. Há, por outro lado, traumas que prejudicam as tendências rumo à integração, independência relativa e autonomia. Aqui o ambiente fracassou nas suas funções de filtragem e sustentação, e o processo de desilusão aconteceu de maneira violenta, para além das possibilidades da criança suportar naquele momento.

“Talvez seja possível, então, falar de dois tipos de trauma: um trauma adaptativo, a serviço de um reconhecimento e aceitação de uma realidade externa, portanto

benigno, que, ao promover a desilusão, permite a experiência de ambivalência em relação ao objeto bom, que passa a ser igualmente odiado e instaura a capacidade de *concern*. O segundo, chamaremos de trauma maligno, que ultrapassa as possibilidades egóicas da criança onde o rompimento da idealização, ao invés de permitir a experiência de ambivalência, amplifica os mecanismos de cisão, inibe a capacidade de simbolização, impedindo a integração e o curso em direção à autonomia. Trauma, assim, nesta concepção, fundamenta-se no fracasso do ambiente em oferecer as experiências necessárias de **adaptação e desadaptação**, dentro de um timing ativamente implicado à singularidade do bebê” (PROCHET, 2006, p.6)(em negrito no original) .

Penso que para os LIM existem as mesmas possibilidades de um trauma ser subjetivante ou dessubjetivante, maligno ou benigno, de acordo com o acolhimento e contenção que a família proporcionará ao membro que sofreu o trauma. Muitas famílias evitam contar ou conversar com os LIM sobre “coisas tristes, ruins” que supostamente “os fará sofrer”. Isto cria uma espécie de temas tabu, ou sofrimentos tabu que, assim, não poderão ser compartilhados pelos LIM com sua família ou com outras pessoas de seus vínculos sociais. Cremos que isto não é adequado ou necessário: primeiro porque possuem uma capacidade afetiva enorme, o que os faz rápida e corretamente perceber mudanças no clima familiar. Ou seja, a família não conta alguma coisa, achando que eles não sabem ou não perceberam, mas isto não é verdade; muitas vezes o assunto tabu já surgiu de alguma forma nas sessões, muito antes de a família me (ou ao paciente) comunicar sobre o fato.

Além disto, para eles também um acontecimento, mesmo que seja uma grande perda, por exemplo, não necessariamente é traumático. O que tornará a situação traumática será a impossibilidade de conversarem, expressarem seus sentimentos de alguma forma. Uma experiência, um afeto não consentido pelo ambiente familiar, poderão tornar-se traumáticos porque isolam, alienam o sujeito de si mesmo e de seus contatos reais com mundo.

Na psicoterapia haverá a possibilidade de os pacientes revelarem seus sentimentos e emoções, cada um com sua forma singular de expressão. No setting poderão ressignificar vivências, abrindo novos caminhos para seus afetos. Muitas vezes, além de não validar, de desconsiderar o que é percebido pelos pacientes, a família os desqualifica dando informações contrárias ao que tinha sido corretamente percebido. Isto gera situações de dupla mensagem propiciadoras de situações psicotizantes para os pacientes. Suas capacidades cognitivas são limitadas e seus egos estão em eterna construção, mas isto não quer dizer que sejam psicóticos, que não possam lidar com sofrimentos diversos, ou que devam ser “poupados” em nome de uma proteção que se torna desqualificadora de suas subjetividades. Na minha

experiência, o trauma adveio mais em função da impossibilidade de dar significados às vivências e percepções, e da na ausência de um espaço no qual isto pudesse ser revelado e elaborado, do que dos fatos em si. Creio mesmo que possuem uma capacidade de elaboração de seus sentimentos muito diferente do que é imaginado pelas famílias.

“O possível nesta cura está em proporção direta com a capacidade dos que rodeiam este ‘paciente’ de escutar sua risada como riso, sua irritação como irritação, sua queixa como queixa, sua dor como dor. Simplesmente dar importância àquilo que ele tem para dizer” (JERUSALINSKY, 2004, p.274).

## 6.8 Famílias

O que é uma necessária e importante participação da família durante períodos da infância, com os LIM, algo desta ordem permanece como sendo necessário ao longo de suas vidas. Ou seja, de uma certa maneira, mesmo como adultos, sempre vão precisar de um suporte ambiental para que a partir daí, possam ter uma vida relativamente autônoma.

Assim, a participação da família em termos de aconselhamento durante os atendimentos sempre foi necessário. Em alguns casos, necessário e suficiente, e em outros, foram necessários alguns encaminhamentos para psicoterapias dos próprios pais. Desde o primeiro momento ficou clara a necessidade desta participação em função das dependências que os LIM possuem do ambiente. Com os contatos com as famílias, aos poucos outras questões foram aparecendo e as hipóteses se ampliaram. Foi possível constatar a enorme variabilidade e níveis de dependência e autonomia conquistados pelos pacientes ao longo de suas vidas. Os motivos desta variabilidade tornaram-se focos de nosso interesse, e foi a partir daí que surgiram as primeiras hipóteses de que para além da questão orgânica, as relações familiares apresentavam-se como fator importante nos processos. Como veremos nas conclusões, estas idéias fortaleceram-se a tal ponto que chegamos a postular que o atendimento às mães/famílias deverá ser parte fundamental dos processos.

“A família pode contribuir para esse processo de aceitação positiva, permitindo e encorajando que as pessoas excepcionais atravessem alguns dos aspectos dinâmicos de aceitação das limitações da realidade” (BUSCAGLIA, 2006, p.138).

Há uma angústia materna em relação à aquisição de autonomia dos filhos muito semelhante à angústia que observamos em pais de crianças e adolescentes

normais: uma espécie de ambivalência afetiva e uma ambigüidade de sentimentos quando percebem seus filhos “crescendo, criando asas”. Se por um lado ficava evidente o esforço de toda uma vida, na procura e efetivação dos melhores recursos possíveis para que seus filhos se tornassem o mais autônomos possível, por outro, às vezes surgia uma espécie de nostalgia, sentimento de “traição” e desconforto quando eles por acaso queriam ir além do pensado e suportado pela família. “Eu quero ter um milhão de amigos!” Fala uma pessoa, fã do “Rei” (Roberto Carlos, cantor popular).

Desta maneira ia me mostrando, à sua maneira, um desejo de ampliação do campo das suas relações afetivas. Por outro lado, me pedia para escrever repetidamente os nomes de seus familiares: listas e mais listas foram feitas. No início aleatoriamente; depois separadas por “família da mãe” e “família do pai”; posteriormente as listas foram se ampliando e discriminando: só tios; só amigos, etc. Assim, ia recompondo sua rede de sustentação familiar e afetiva, que, ameaçada de ruptura, lhe provocada sensação de desamparo e angústia.

Quero ressaltar que a disponibilidade familiar é muito importante para que os LIM construam sua autonomia. A participação materna é fundamental para todas as conquistas dos LIM, mas muitas vezes se chega um determinado momento em que a própria conquista vira foco de tensão familiar. No que diz respeito a namoros, por exemplo, isto ficava particularmente evidente. Para algumas famílias era algo natural, e para outras uma radical impossibilidade. “Não quero que meu filho namore porque não consigo administrar isto!”. Quem determinará o ponto limite da autonomia? A sociedade, a família, os pais, os pacientes?

“Será sempre difícil especificar o grau de independência necessário aos deficientes. Toda pessoa vacilará entre a dependência e a independência, pois não pode haver linhas de desenvolvimento específicas a serem seguidas pelas crianças excepcionais. Isto significa que as famílias terão de estar alertas aos conflitos pelos quais essas crianças poderão estar passando no âmbito dessas tendências vitais opostas. Devem estar atentas ao que as crianças podem fazer por si mesmas, ao que devem pedir que elas façam ou quando será necessário que alguém faça por elas” (BUSCAGLIA, 2006, p.133).

Além disto, como os pais estão envelhecendo, surge uma outra preocupação: quem cuidará de seus filhos após suas mortes? Esta questão tem uma repercussão social direta: uma vez que a dependência ambiental possui um fator intransponível, quem cuidará destas pessoas quando os pais não mais existirem? Alguém da família? A sociedade como um todo, em lares especiais? Nos pais ressurgem uma aflição com um novo significado: desde sempre parece que há uma certa angústia

de separação/reparação permeando a vida familiar; no envelhecimento isto vira urgência: “temos que consertar, deixar tudo certo antes de morrermos”. “Acho que quando nós morrermos, a D. (irmã) vai assumir”. Ou: “não sei o que vai ser de C.: o irmão não está nem aí...; não posso contar com ninguém!” A observação clínica nos mostrou que aqui também há modulações e surpresas: há situações nas quais a morte de um membro da família, mesmo que muito ligado ao paciente, provocou uma desestruturação maior em outras pessoas do grupo familiar do que no próprio LIM.

Surpreendentemente também foi surgindo uma outra angústia, desta vez principalmente nas mães: os filhos também estão envelhecendo, e a possibilidade de as mães os perderem provocava fortes sentimentos de ambivalência afetiva. “Como vou ficar sem ele?” Assim as próprias mães se davam conta que, após décadas de investimento maciço em seus filhos, elas próprias pareciam ter-se tornado dependentes dos mesmos: uma profunda ameaça e sentimentos de frustração surgiam quando pensavam sobre as possibilidades de separação. “Sabe como é? Não sei explicar, depois de tanto tempo, acho que já me acostumei; meu marido já foi...”.

“Os pais devem receber ajuda a fim de compreender que seus próprios sentimentos em relação à deficiência de seus filhos, durante a infância, podem servir de obstáculo às oportunidades da criança de atingir a maturidade. Frequentemente esses sentimentos são inconscientes” (BUSCAGLIA, 2006, p.39/40).

Como vimos com Travassos-Rodrigues e Prochet, a superação do impacto do nascimento de um bebê especial é um processo difícil para os pais. Então pensamos que algo de seus narcisismos fica prejudicado, dificultando um olhar não narcísico ou invasivo para aquele filho. Para Winnicott a mãe precisa refletir em seu próprio rosto algo do filho para que, então ele se possa ver refletido no olhar materno. No início, o bebê precisa ver a si mesmo no olhar materno, mas ao final do processo poderá perceber a si mesmo e a sua mãe como pessoas distintas: “Depois o bebê se acostuma à idéia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe”. (WINNICOTT, 1971, p.155). Portanto pensamos que a impossibilidade familiar/materna de olhar para o bebê, acarretará conseqüências para o mesmo, em termos de seu desenvolvimento e conquistas de autonomia. Nosso trabalho com os pais seria o de facilitar sua descoberta de quem é aquele filho, ajudar-lhes na valorização das singularidades e das diferenças. Não seria este também muitas vezes nosso trabalho com famílias de não LIM? Sabemos nós, realmente, quem são

nossos filhos? Também muitas vezes não nos sentimos feridos narcisicamente porque eles não correspondem ao esperado/desejado?

O que é singular aqui é que as crianças e os adolescentes normais, em termos gerais, têm uma força de ego que os possibilitará seguir seus caminhos, mesmo que os pais não os facilitem ou discordem dos mesmos. Por não terem esta força, os LIM precisam que os pais sejam mais facilitadores das escolhas possíveis. Quando estes estão atrapalhados em seus narcisismos ou outras questões, a tendência é justamente a oposta: serem mais inflexíveis e exigentes em suas expectativas. E é aqui que o trabalho terapêutico tem uma de suas aplicações: com os pacientes, lançar-lhes um olhar que possa refletir a si mesmos, e com os pais ajudá-los a descobrir quem são seus filhos, quais as suas características e potencialidades.

“O vislumbre do bebê e da criança vendo o eu (*self*) no rosto da mãe e, posteriormente, num espelho, proporcionam um modo de olhar a análise e a tarefa psicoterapêutica. Psicoterapia não é fazer interpretações argutas e apropriadas; em geral, trata-se de devolver ao paciente, a longo prazo, aquilo que o paciente traz. É um derivado complexo do rosto que reflete o que há para ser visto...Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (*self*) para o qual retirar-se para relaxamento”(WINNICOTT, 1971, p.161)(em itálico no original).

Em termos teóricos, parece que estas mães jamais conseguem superar, sair, modificar a necessária preocupação materna primária (PMP); parecem ter que permanecer em uma eterna rêverie, o que acaba trazendo conseqüências desconfortáveis não só para seus filhos, mas também para si mesmas e para as famílias. A PMP, então parece nunca poder se transformar em devoção comum. O ponto é: isto acontecendo assim, é fundamental que possamos trabalhar os aspectos onipotentes destas mães, transformando-as em suficientes.

Não seria absolutamente uma perspectiva de “você deveriam ter feito assim” ou de termos uma cartilha, uma teoria que explique tudo. O principal seria, a partir da constatação e valorização da relevância absoluta de tudo que fizeram até então, tentar ajudá-las a encarar mais este momento no crescimento de seus filhos, que precisam aprender estabelecer um vínculo mais autônomo com seus pais, ainda que permaneçam dependentes do ambiente sob vários pontos de vista.

Então parece haver um período inicial de lua-de-mel com o profissional, mas que poderá ser modificada com o tempo, se as questões relativas à autonomia não forem trabalhadas com as famílias. Conflitos surgem, em questões relativas à autonomia ( ou outras ), o que reforça a necessidade do acompanhamento familiar

durante todo o tratamento, mesmo que feito de uma forma variável, não regular. Com a evolução da psicoterapia, as capacidades e os desejos de fazer as próprias escolhas vão surgindo, e isto precisa ser conversado com as famílias para que elas possam acolher, suportar e, porque não, incentivar estas novas possibilidades de seus filhos.

É preciso que se ressalte que o que estamos falando aqui não é da ordem de uma subversão (im)possível de valores sociais ou de uma espécie de ruptura total com a família. Aqui se trata muitas vezes de questões tão simples como a possibilidade de escolher suas próprias roupas, o horário no qual se vai tomar banho ou a forma de alimentação. Naturalmente que há questões e conflitos mais complexos, que provocam reações diferentes em cada família e em cada membro da família, como é o caso de querer namorar ou viajar com um grupo de outros especiais, mesmo que acompanhados por educadores. Geralmente as questões mais sensíveis para as famílias que observei diziam respeito a dois temas: sexualidade e morte.

Ou seja, o trabalho com os pais envolve a possibilidade de ajudá-los a tentar, a se adaptar a uma certa ausência dos filhos. Por ausência estamos falando da mais radical, a morte, mas também da possibilidade de moradias alternativas, que propiciem um enquadre social adequado que permita aos LIM uma vida o mais autônoma possível. A importância social deste trabalho incluiria, então a constatação da necessidade de amparo, a construção de uma infra-estrutura social que possa acolher estas pessoas na ausência ou impossibilidades familiares, bem como o apoio à família durante o processo. Um espaço que possa acolhê-los em caso de necessidade ou desejo.

Além disto parece que de uma maneira repetida em minha experiência, os familiares ou as mães têm uma idéia a respeito da capacidade de autonomia de seus filhos muito aquém do que meu conhecimento dos mesmos me permitia pensar. E trabalhar isto é importante, porque se elas não confiarem na autonomia dos filhos, estes terão maiores dificuldades de confiar em si mesmos. Muitas vezes o trabalho de orientação era quase pedagógico no sentido de incentivar os pais a permitirem alguns novos vôos de seus filhos: “Deixa o X. ir ao mercado, ele tem capacidade...”; “Vamos ver o que acontece depois, vamos ver o retorno”. Algumas famílias apresentavam uma dissociação na qual um dos membros era bastante mais permissivo do que o outro o que provocava uma dupla mensagem para o paciente: ora algo era permitido, ora não. Isto provocava medos e inseguranças, se refletiam nas seguintes perguntas:

“o que vai me acontecer se fizer? Acho que eles não vão gostar...”; “Será que posso?”; “Chii, acho que não sei fazer, não...”.

Assim, as famílias são ao mesmo tempo nossos maiores aliados e também nossos maiores limitadores. São aliados na medida em que nos levaram os pacientes, observaram seus sofrimentos e querem o seu restabelecimento. Vivem com os pacientes o seu dia a dia: nós também não poderíamos onipotentemente abrir mão destas famílias. O problema é que às vezes o desejo familiar é o de retorno à “situação anterior” à ruptura traumática. “Quando é que vamos ter nossa filha de volta?”, perguntam-me, apontando para uma necessidade de reparação. Esta é uma demanda que não necessariamente poderá ser atendida.

Parece-me que muitas destas situações não são novas: apresentam-se no desenvolvimento de crianças normais, filhas de mães/pais também normais, conforme foi visto no capítulo sobre a autonomia. Só que no caso dos LIM, o processo de crescimento e conquista de autonomia acontece durante toda a vida, de uma maneira mais lenta, aonde a passagem do tempo se dá de uma maneira muito peculiar, não correspondendo à cronologia da idade.

Como em todas as famílias os conflitos relativos à aquisição de autonomia existem, e a resolução dos mesmos vai variar em função das possibilidades das dinâmicas familiares. Há aquelas que são mais sensíveis às necessidades de cada um (especiais ou não) e que suportam melhor o crescimento autônomo de seus membros, sem que surja uma grande ameaça de ruptura. Há outras que são mais rígidas em seus valores, o que produz uma tensão e pressão maior quando acontece de um membro caminhar em uma direção não prevista inicialmente pela família.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em função de nossa pesquisa, pudemos observar que, a partir de um substrato orgânico (a limitação intelectual), os limites da autonomia puderam ser modificados e ampliados à medida que a psicoterapia abriu espaços para uma (re)construção subjetiva.

Achamos válido considerar que as descrições teóricas dos processos de desenvolvimento normal foram suficientes para servir como base teórica para a compreensão das pessoas com limitação intelectual moderada.

Percebemos que os fatores emocionais e as relações familiares interferem no desenvolvimento do processo da autonomia e que a abordagem psicoterápica de base analítica pôde auxiliar os sujeitos com limitação intelectual em seus conflitos, e na construção de sua subjetividade e autonomia.

O espaço psicoterápico ajuda os pais a poderem se desprender de seus filhos (des)idealizados; a aceitarem-nos em suas singularidades e diferenças; a perceber os limites e a descobrir novas potencialidades. Para os pacientes, é um espaço facilitador da expressão de si mesmos, de seus afetos, no qual poderão ser reconhecidos em suas subjetividades.

Através da psicoterapia observamos o surgimento de sujeitos mais autônomos, capazes de fazer escolhas de acordo com suas necessidades, limites, desejos e maneira de ser no mundo. Desta maneira, novos caminhos puderam ser percorridos na articulação de sentidos e significados para os pacientes e suas famílias.

Ressaltamos que, em nossa pesquisa, percebemos que a existência de um ego frágil nos LIM implica na necessidade de enquadres familiares e sociais a partir dos quais eles poderão viver com suas potencialidades. Este ego frágil é característico dos LIM, e não uma patologia. Assim, é importante que toda sociedade se prepare para o acolhimento dos mesmos, fornecendo enquadres nas mais diversas áreas sociais, amparo em “lares alternativos”, quando necessário. Como foi visto, sempre precisarão de um suporte, mais este não é homogêneo, devendo se adaptar às possibilidades e necessidades de cada um.

Seus egos são frágeis, mas existe uma subjetividade que precisa ser vista, respeitada, valorizada e incentivada pelas pessoas que lidam com os LIM: familiares, profissionais da educação ou da saúde. Todos, enfim.

Toda estrada possui trilhos e trilhas: nos trilhos partilhamos os códigos sociais já existentes de nossas percepções, palavras, idéias. Caminhamos seguros nos caminhos protegidos dos significados compartilhados. Isto é importante porque somos seres inseridos para sempre em um contexto social. Nas trilhas podemos observar novas realidades; são desvios que nos levam a paraderos antes desconhecidos e inexplorados. Também são importantes porque são um lugar de novas descobertas: nelas experimentamos direções e posições diferentes; nosso olhar encontrará novas realidades, outros espaços e possibilidades poderão ser vistos e criados.

Assim, se em uma estrada houver “um difícil começo”, talvez se abandonarmos o conforto dos trilhos por alguns momentos, possamos encontrar nas trilhas, potencialidades diferentes das que encontramos na segurança nos trilhos. Caminemos, então, tentando encontrar um espaço na sustentável leveza entre trilhos e trilhas.

## 8 REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Eliane Reis. Iniciação sexual e afetiva: exercício de autonomia juvenil. In: HEILBORN, Maria Luiza (org.). **Família e Sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV. 2004. p. 63 – 86. 153 p.

BUSCAGLIA, Leo. **Os deficientes e seus pais**. Rio de Janeiro: Record. 2005. 415 p.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense. 1995. 307 p.

CARDOSO, Maria Helena Cabral de Almeida. **Uma produção de significados sobre a síndrome de Down**. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000100011](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100011). Acesso em: 15 Jan. 2008.

CASTELÃO, Talita Borges; SCHIAVO, Márcio Ruiz; JURBERG, Pedro. **Sexualidade da pessoa com síndrome de Down**. São Paulo: Rev. Saúde Pública. 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100007) &lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 Jan. 2008.

COSTA, Márcia Lippincott Ferreira da Costa. **Análise da Vida Escolar de alunos com Limitação Intelectual Moderada/severa**. 1991. 89 P. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Educação Especial. UERJ, Centro de Educação e Humanidades.

DOUGLAS, Mary. **Pureza e Perigo**. São Paulo: Perspectiva. 1966.277p.

FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999, 2128 p.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. **Ética e Saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudos de casos**. São Paulo: EPU. 1998. 119 p.

JERUSALINSKY, Alfredo. **Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004. 318p.

KHUN, Thomas. **A Estrutura das Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva. 1997. 352 p.

MAIA, Marisa Schargel. **Extremos da Alma**. Rio de Janeiro: Garamont, 2003. 252 p.

MC DOUGALL, Joyce. **Em defesa de uma certa anormalidade**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1987. 182 p.

PAULON, Simone Mainieri; FREITAS, Lia Beatriz de Lucca; PINTO, Gerson Smiech. **Documento subsidiário à política de inclusão** Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial. 2005. 52 p. Disponível em:

<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/livro%20educacao%20inclusiva.pdf>. Acesso em: 18 de Jan. 2008.

PLASTINO, Carlos Alberto. **O Primado da Afetividade**. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 2001. 175 p.

PROCHET, Neyza. **O Bebê e a Água do banho**. Psicanálise do Século XXI: Conferências Brasileiras de Roberto Rodman/ Ivonise Fernandes da Motta (org.). Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2006. 368 p.

QUINTÃO, Denise Teresinha da Rosa. **Algumas reflexões sobre a pessoa portadora de deficiência**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n1/a11v17n1.pdf> . Acesso em: 9 Nov 2008. 6 p.

RENAULT, Alain. **A era do indivíduo**. Lisboa: Piaget. 1989. 281 p.

RODRIGUES, José Carlos. **Tabu do Corpo**. Rio de Janeiro: Achiamé. 1983. 173p.

SARMENTO, Solange d' Avila Melo. "Eu quero ter um milhão de amigos": do trauma à trama, um atendimento muito especial. In: Anais da Jornada de Psicanálise da SPCRJ, 8., 21/10/2005. **Sintomas à procura de sentido**. Rio de Janeiro: SPCRJ, 2005. 72 p.

\_\_\_\_\_. Nasce uma flor: um processo via identificação primária. In: Anais da Jornada de Psicanálise da SPCRJ, 6., 29/11/2003. **Identificação**. Rio de Janeiro: SPCRJ, 2003. 70 p.

SINGLY, François de. O nascimento do "indivíduo individualizado" e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers; SINGLY, François de; CICCHELLI, Vincenzo. (orgs.) **Família e Individualização**. Rio de Janeiro: FGV. 2004. 206 p.

TORRES, Anália. A Individualização no feminino, o casamento e o amor. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers; DE SINGLY, François; CICCHELLI, Vincenzo. (orgs.) **Família e Individualização**. Rio de Janeiro: FGV. 2004. 206 p.

TRAVASSOS-RODRIGUES, Fernanda. **Síndrome de Down: da estimulação precoce do bebê ao acolhimento precoce da família**. 2007. 228 p. Tese apresentada para obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica. PUC-RJ, Departamento de Psicologia. No prelo.

VERAS, Viviane. **Ser diferente é ser normal?** 14 p. 2007. Disponível em: <http://143.106.58.55/revista/include/getdoc.php?id=1080&article=413&mode=pdf> Acesso em: 18 de jan. 2008.

WINNICOTT, Donald Woods. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. 1975. 208 p.

\_\_\_\_\_. **Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves. 1978. 526 p.

\_\_\_\_\_. **O ambiente e os processos de maturação.** Porto Alegre: Artes Médicas. 1982. 268 p.

\_\_\_\_\_. **Privação e delinquência.** Rio de Janeiro: Martins Fontes. 1987. 322 p.

\_\_\_\_\_. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago. 1990. 222 p.

\_\_\_\_\_. **Explorações Psicanalíticas.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1994. 460 p.

\_\_\_\_\_. **A Família e o desenvolvimento individual.** São Paulo: Martins Fontes. 2001. 247 p.

ZELJKO, Loparic. **Esboço do Paradigma Winnicottiano,** Cadernos de História e Filosofia da Ciência. São Paulo: UNICAMP/PUCSP. 2001. 66 p. Disponível em: <ftp://ftp.cle.unicamp.br/pub/grupofpp/paradigma-port-final.pdf/>. Acesso em 17 de out. 2007.

\_\_\_\_\_. **De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática.** Disponível em: [http://www.centrowinnicott\\_eprint/uploads/c9441562-982f-4176.pdf](http://www.centrowinnicott_eprint/uploads/c9441562-982f-4176.pdf). Acesso em 17 de out. 2007.

**CID X<sup>1</sup>** – Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm> Acesso em: 09 de nov 2008.

**CID X<sup>2</sup>** – Disponível em: [http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid\\_janela.php?cod=144](http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid_janela.php?cod=144) Acesso em: 07 de out 2008.

**DSM IV** – Disponível [http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm\\_janela.php?cod=178](http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm_janela.php?cod=178) Acesso em: 07/10/08