

MARCELO LÁBAKI AGOSTINHO

**O PORCO-ESPINHO, O MENINO DO
FURACÃO E OUTRAS HISTÓRIAS:
QUADROS DE UMA EXPOSIÇÃO
PSICANALÍTICA.**

**Dissertação apresentada
ao Instituto de Psicologia
da Universidade de São
Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção
do título de Mestre em
Psicologia**

**São Paulo
2003**

MARCELO LÁBAKI AGOSTINHO

**O PORCO-ESPINHO, O MENINO DO
FURACÃO E OUTRAS HISTÓRIAS:
QUADROS DE UMA EXPOSIÇÃO
PSICANALÍTICA.**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo,
como parte dos requisitos para obtenção do
título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a Dra. Tânia Maria José
Aiello Vaisberg

**São Paulo
2003**

Ag75p

Agostinho, Marcelo Lábaki

O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica / Marcelo Lábaki Agostinho -- São Paulo : s.n., 2003.
vii 99 p. ; il.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Clínica.

Orientadora: Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

1. Entrevista psicodiagnóstica 2. Consultas terapêuticas 3. Família (Psicologia) 4. Relações familiares 5. Psicanálise I. Título

**O PORCO-ESPINHO, O MENINO DO
FURACÃO E OUTRAS HISTÓRIAS:
QUADROS DE UMA EXPOSIÇÃO
PSICANALÍTICA.**

MARCELO LÁBAKI AGOSTINHO

BANCA EXAMINADORA

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

(Nome e assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ___ / ___ / _

Aos meus pais

Afonso Celso (*in memoriam*) e Emily

Obrigado por tudo que me ensinaram e pelo incentivo constante.

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta e indireta de muitas pessoas. Manifesto minha estima e gratidão a todas elas.

À minha orientadora, Prof^a Dra. Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, pela solidariedade constante, fundamental na realização deste trabalho.

À equipe da Clínica da USP, Márcia A. Isaco de Souza; Maria Aparecida Mazzante Colacique; Selene Onila T. Passos; Rosiani Pereira da Silva; e Profas. Eliana Herzberg e Ana M. de B. Aguirre, que testemunharam o meu trabalho com famílias.

Aos professores do Departamento de Psicologia Clínica, com quem discuti os casos nos Grupos de Supervisão.

Às secretárias do Departamento de Psicologia Clínica, Cícera, Cláudia e Arlete, que sempre torceram pelo meu trabalho.

Ao Ernesto Sang e Alexandre Maduenho, cujas contribuições foram muito preciosas.

À Tatiana M. Sanchez, Belinda Mandelbaum e Sidney Shine, do Laboratório de Estudos da Família, Relações de Gênero e Sexualidade, por sempre acreditarem no meu trabalho.

Aos colegas da Ser & Fazer, pelo apoio e incentivo, especialmente à Jaci Ferreira, que sempre tinha o texto certo na hora certa.

Aos colegas do IPUSP, especialmente Conceição e Fabiano, que sempre me estimularam a entrar no Mestrado.

À professora Eva Maria Migliavacca e às colegas do grupo de Mitologia Grega, Denise e Adriana, pelos excelentes momentos de aprendizagem conjunta.

À minha analista, Ana Maria Stucchi Vannucchi, com gratidão.

À Maria Aparecida Faria Marcondes Bussolotti, que muito me ajudou na revisão e escrita deste trabalho.

À eterna família do Hospital-Dia da Mooca, Jorge Fouad Maalouf; Eliane S. Rodrigues; Maria do Carmo B. Sartorelli; Márcia Ramos; Neusa de Jesus Duque; Glória de Jesus Fernandes; Maricy D. A. M. Fenga; Márcia Inocência Moreno; Mira Wajntal e Elizabeth Coqueiro.

Aos colegas do consultório, Francisco e Flávio, por partilharem minhas inquietações clínicas e pessoais.

À Grace Lagnado e à Mônica Seincman, pelo apoio e incentivo.

Ao Roberto Fernandes, pois, sem você, a vida não teria graça.

À Dona Cida, pelo carinho e atenção, mesmo que à distância.

À Cláudia Amaral Mello Suannes, pois melhor amiga não há.

À vovó Alice, nonagenária, sábia e que me mostrou o valor da perseverança.

À tia Sumaya, por acreditar na minha competência.

Aos meus irmãos, Saulo e Carla, e aos meus cunhados, Irany e Márcio. Vocês são a melhor família que alguém poderia querer.

Aos meus quatro adoráveis sobrinhos, Victor, Lucas, Gabriel e Caio. Obrigado por existirem.

À Val, pelo apoio doméstico e pelas esfihas maravilhosas.

Porém quando Rashid contou à Srta. Onita sobre a falta de concentração de Haroun, ela falou firmemente, com toda a segurança: “Eram onze horas quando a mãe dele foi embora. Agora vem esse problema dos onze minutos. O motivo vem da *pense-color-gia*”. Rashid e Haroun demoraram um pouco para perceber que ela queria dizer *psicologia*. A Srta Onita continuou: “Devido a uma tristeza pense-colór-gica, o rapazinho aqui está cismado com o seu número onze e não consegue chegar ao doze”.

Haroun e o Mar de Histórias

Salman Rushdie

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Apresentação	1
1: Posso ter a palavra?	5
2: Quadros – narrativas – de uma exposição	26
3: Quadros	38
O porco-espinho	39
Filho só do coração	46
A mentira tem perna curta... ..	55
O menino do furacão	60
Álbum de retratos	66
4: Alguns Olhares	79
5: Considerações possíveis	90
Coda	95
Referências bibliográficas	96

Resumo

AGOSTINHO, Marcelo Lábaki. *O porco-espinho, o menino do furacão e outras histórias: quadros de uma exposição psicanalítica*. São Paulo, 2003. 99p. Dissertação (Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Este trabalho de Dissertação de Mestrado objetivou investigar as entrevistas iniciais realizadas com as famílias que buscavam atendimento para um dos filhos, no período de julho de 1997 a junho de 2001, na Clínica Psicológica Dr Durval Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e em consultório particular. Fundamenta-se na leitura da obra de D. W. Winnicott, que traz importantes contribuições para a psicanálise contemporânea. Realiza uma crítica aos modelos de triagens existentes nas Clínicas-Escola e em outras instituições, destacando o caráter de exclusão dessa prática. Discute, também, aspectos da dinâmica e função da família do ponto de vista de D.W. Winnicott. A metodologia que embasou o trabalho utiliza-se do método psicanalítico para fundamentar a pesquisa de práticas clínicas diferenciadas e inovadoras. Recorre, ainda, às idéias de Walter Benjamin sobre o valor da narrativa como forma de partilhar experiências inter-humanas. Há o relato de cinco casos que ilustram a prática de consultas psicoterapêuticas com famílias. Na discussão dos casos não se pretende esgotar as compreensões destes, mas apontar possíveis sentidos. Discute-se, também, o modelo de intervenções usadas nesse trabalho, que se baseiam na idéia de o analista ser capaz de sustentar sua prática clínica (dar *holding*). Destaca-se, enfim, o valor deste trabalho para os pacientes e para as instituições públicas.

Palavras-chave: Consultas terapêuticas; consultas psicoterapêuticas com famílias; psicanálise; entrevista psicodiagnóstica; família; relações familiares.

ABSTRACT

Agostinho, Marcelo Lábaki. *The porcupine, the boy in the hurricane and other stories: pictures at a psychoanalytic exhibit*. São Paulo, 2003. 99p. Master's Dissertation. Institute of Psychology, University of São Paulo.

This master's dissertation aims at investigating the initial interviews carried out with the families that, between July, 1997, and June, 2001, sought help for one of their children at the Dr. Durval Marcondes Psychological Clinic, of the Department of Clinical Psychology at the University of São Paulo's Institute of Psychology, and at a private office. The dissertation is based on the writings of D. W. Winnicott, who has contributed much to contemporary psychoanalysis. A criticism is presented in regard to the screening models currently used in school-clinics and other institutions, especially the character of exclusion of this practice. Aspects of the dynamics and function of the family are also discussed from Winnicott's point of view, with the psychoanalytic method being used as the basis for studying innovative alternative clinical practices. Reference is also made to Walter Benjamin's ideas regarding the importance of narration as a way of sharing inter-human experiences. Five clinical cases are described to demonstrate the practice of therapeutic consultation work with families, although the discussion of these cases merely brings up possible meanings, and makes no pretense at providing any type of full understanding. Also discussed is the model of intervention used in this work, which is based on the idea of the analyst as someone able to give holding in his or her clinical practice. Finally, the value of this work for patients and for public institutions is also highlighted.

Key words: Therapeutic sessions with families; psychoanalysis; psychodiagnostic interviews; family; family relations.

APRESENTAÇÃO

Este trabalho aborda a prática clínica que desenvolvi com famílias desde a minha graduação em Psicologia em 1987. Atendo-me, aqui, aos pacientes atendidos no período de julho de 1997 a junho de 2001, na Clínica Psicológica Dr. Durval B. Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP e no meu consultório. Além disso, foco as entrevistas iniciais realizadas com as famílias que buscavam atendimento para um dos filhos. Com o desenvolvimento do meu trabalho e do meu amadurecimento profissional, observei que nestas entrevistas, mais do que apenas colher dados e ouvir as queixas dos pais, é possível realizar um atendimento clínico, na tentativa de fornecer experiências mutativas¹ para a criança e familiares. Assim, chamo esse procedimento de *consultas psicoterapêuticas com famílias*.

No meu encontro quase que diário com famílias em consultas psicoterapêuticas, deparo-me com sofrimentos, dúvidas dos pais em relação a como educar filhos, angústias das crianças em razão dos sintomas e, durante as consultas, ações inesperadas e surpreendentes, que apontam para uma esperança de transformação. Apesar de nas consultas destacarem-se aspectos do sofrimento pessoal de cada indivíduo e família, também vislumbro questões de um contexto social mais amplo que, por sua vez, influencia e determina o tipo de sofrimento com o qual nos deparamos na clínica psicanalítica moderna.

Como aponta MELLO (2002):

Estamos longe e perto da família. Não conhecemos ou temos dificuldades em conhecer o que se passa em nossa própria família. Muitas vezes, um observador

¹ SAFRA (1995) define momentos mutativos da seguinte forma: “O paciente sente que o analista lhe dá holding e ele (o paciente) busca expor nessa nova relação uma necessidade que não pode ser satisfeita ao longo de seu desenvolvimento, na esperança de que o analista o compreenda satisfazendo assim, de forma simbólica, o que busca para completar a evolução de sua personalidade. É o encontro dessa necessidade com o objeto procurado que chamo aqui de ‘momentos mutativos’.” (p. 35).

desapaixonado pode oferecer, mais do que nós, um quadro compreensivo de sua dinâmica, pois o volume de afeto circulando no interior da família nos cega para o conhecimento e o reconhecimento das relações que ali se dão. Mas estamos dentro dela, e nesse sentido a conhecemos melhor que ninguém. Ali nascemos e crescemos: a língua familiar modelou nossa imagem primeira do mundo e os instrumentos que usamos para conhecê-lo. Ainda assim, os laços de família nos confundem e não desvendam facilmente o seu mistério. A familiaridade embaralha e mistifica o entendimento e as fortes correntes afetivas obscurecem o olhar. É mais fácil apreender os mecanismos macro-sociais, estudar as estruturas que representam a forma de sua transmissão na sociedade, que possuir uma representação clara do que ocorre em nossa própria família. Para tanto, temos que contar com a psicanálise e sua penetração nos meandros do inconsciente. (p. 15-16).

Assim, valendo-me da minha experiência como psicanalista, que julgo valiosa para a compreensão das famílias, no capítulo 1 – “Posso ter a Palavra” apresento a minha prática clínica com consultas familiares em instituições e consultório, exemplificando-a com vinhetas de vários casos. Realizo uma crítica aos modelos de triagem existentes nas Clínicas-Escola e em outras instituições de um modo geral, chamando a atenção para o caráter de exclusão dessa prática. Aponto, ainda, para novas configurações familiares que aparecem nos atendimentos, embasando-me na análise dos censos demográficos realizada por E. BERQUÓ (1988). Também discorro sobre aspectos da dinâmica e função da família do ponto de vista de D.W. WINNICOTT (2001).

No capítulo 2 – “Quadros – narrativas – de uma exposição” apresento a metodologia que embasou o meu trabalho. Destaco o valor do método psicanalítico para a pesquisa de práticas clínicas diferenciadas e inovadoras, utilizando-me da

visão de diversos autores, tais como VAISBERG (2003), SILVA (1993) e VAISBERG, MACHADO & AMBROSIO (2003). Utilizo-me, também, da audição de uma peça musical para discutir a seleção dos casos que ilustram a minha prática clínica. A partir da música *Quadros de uma exposição*, de Mussorgsky, apresento a idéia de que meus casos clínicos são como quadros, pois transmitem estímulos e sensações ao leitor. Recorro, ainda, às idéias de BENJAMIM (1994) sobre o valor da narrativa como forma de partilhar experiências inter-humanas.

A seguir, no capítulo 3 – “Quadros”, relato cinco casos atendidos por mim. Escolhi quatro casos em que as crianças estavam presentes com os pais nas consultas e um caso em que conversei apenas com o adulto que procurava atendimento para a filha. Espero, nesses relatos, ilustrar vivamente a minha prática e experiência clínica em *consultas psicoterapêuticas com famílias*.

Discuto, então, os casos no capítulo 4 – “Alguns olhares”, estabelecendo uma interlocução com alguns pensamentos de D.W. WINNICOTT. A discussão dos casos não pretende esgotar as compreensões destes, mas apontar possíveis sentidos.

Finalmente destaco no capítulo 5 – “Considerações Possíveis” o valor deste trabalho para os pacientes e para as instituições.

1

POSSO TER A PALAVRA?

“— Posso ter a palavra?”

Dessa forma peculiar e inusitada, João¹, de oito anos, interrompeu sua mãe, durante uma consulta familiar, antes que ela começasse a contar por que estavam ali.

— “Meu pai me agarrou no supermercado e houve uma discussão entre ele e minha mãe. Eu parecia um brinquedo, sendo puxado pelos meus pais. Depois, meu tio foi para cima do meu pai, para brigarem.”

A mãe, Ruth, retoma a palavra e tenta explicar melhor. Segundo ela, o seu ex-marido, chamado Pedro, mora com outra mulher, mas não contou para o filho. Uma vez, ela e João, inesperadamente se encontraram com Pedro no estacionamento do supermercado e ele puxou o filho. Ruth, instintivamente, reagiu, puxando-o também. Fala que ficou com medo do ex-marido ter um acesso de raiva e amassar o carro, como já fizera durante outra briga.

Nesse fragmento de uma das muitas consultas iniciais que realizei com famílias, vejo, claramente, uma criança manifestar a sua própria opinião pelo fato de estar num consultório, conversando com um psicólogo que, até então, era um total desconhecido para ele e sua família (nesse caso, ele e sua mãe). Acho interessante como ele se posicionou ao pedir a palavra, pois parece que queria contar a sua versão dos fatos, francamente e sem “enrolação”. A mãe, provavelmente, iria relatar uma história toda detalhada, talvez até defendida e racionalizada, e ele, mais do que depressa, já escancara tudo que vive, indo direto ao ponto: “*sou um boneco, um brinquedo entre meus pais, que ficam brigando e não sabem o que fazer de mim.*” Também é interessante observar como ele usa um jargão típico do poder judiciário, pois os pais brigam judicialmente pela sua guarda. Ele me pede a palavra, como se eu

¹ Todos os nomes usados nesse trabalho são fictícios.

fosse o juiz. Faz uso de algo conhecido dele, para poder conversar de forma diferente comigo, a quem acabara de conhecer e em quem achou, provavelmente, que podia confiar.

Começo com esse relato, pois ele ilustra uma das muitas situações típicas e interessantes que vivenciei no meu trabalho com entrevistas iniciais com toda a família presente ou com quem pôde e se dispôs a vir.

Minhas atividades profissionais como psicólogo tiveram início em 1988, tendo, desde então, trabalhado em instituições públicas e em consultório particular. Durante todos esses anos de experiência profissional,² atuei como psicólogo clínico, dedicando-me bastante ao atendimento à infância. Assim, entrevistas com pais, orientações aos mesmos e atendimentos familiares sempre fizeram parte da minha vida profissional.

No período de julho de 1997 a junho de 2001, realizei 188 consultas com crianças e adolescentes – e seus familiares – e 80 entrevistas iniciais com pacientes adultos que procuraram atendimento na Clínica Psicológica Dr Durval Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP,³ totalizando 268 casos.

Ao iniciar o meu trabalho como psicólogo na Clínica Psicológica, recebi uma lista de pacientes inscritos no serviço com a instrução de “triá-los” para as disciplinas

² Destaco algumas atividades profissionais, entre tantas outras, desenvolvidas por mim em Instituições:

Trabalho em Unidade Básica de Saúde, onde realizei principalmente psicodiagnóstico interventivo, atendimento infantil em grupo; atendimento de adultos e atendimento familiar.

Trabalho no Hospital-Dia Infantil da Mooca, da Prefeitura Municipal de São Paulo, projeto fundamentado na política de Luta Anti-Manicomial, tendo em vista desenvolver e implementar um novo modelo de atendimento à Saúde Mental. No Hospital Dia atendi crianças psicóticas, autistas e neuróticas graves, seja em setting de análise individual ou grupal, seja em setting de atividades de oficinas terapêuticas. Realizei, também, atividades terapêuticas com as famílias dos pacientes, bem como recepção de pacientes junto com as famílias. Para o leitor interessado no trabalho desenvolvido no Hospital-Dia, remeto-o à leitura do texto “Os caçadores de Sonhos” (in *Tecendo a Rede*, 1999).

³ Trabalho na Clínica Psicológica Dr Durval Marcondes, do Departamento de Psicologia Clínica do IPUSP, desde julho de 1997 até a presente data.

oferecidas pelo Departamento de Psicologia Clínica, que se dividiam em dois grupos: avaliação e terapias, além de algumas pesquisas desenvolvidas nos cursos de Pós-Graduação.

A triagem é um procedimento adotado em Clínicas-Escola, tendo em vista o fato de os casos serem majoritariamente atendidos por alunos de quarto e quinto anos do curso de Psicologia, como parte do estágio prático curricular. Há o entendimento de que nem todo caso seria adequado para um aluno iniciante na área psicológica, havendo, portanto, uma definição informal dos casos em “simples” e “complexos”, sendo esses últimos considerados inadequados para um aluno atender.

Porém, há autores que, ao problematizarem certas concepções vigentes sobre o modelo de atendimento em Clínicas-Escola, fazem reservas em relação a esta prática. Entre esses autores encontramos MONACHESI (1998) que propõe que a equipe profissional possa discutir qual o objetivo da instituição, para, a partir da definição dos limites de sua atuação e do perfil da clientela que se propõe atender, possa “estabelecer claramente os parâmetros de um setor de triagem”. Do seu ponto de vista,

Um processo de triagem que se apóie seguramente sobre indicadores bem definidos pode fornecer apenas aqueles elementos que serão úteis ao psicoterapeuta. Uma consequência subjacente será o dismantelamento da rede de procedimentos burocráticos (a fila de espera e sua administração), que acoberta as falhas da organização do serviço.

Uma vez traçado o perfil da instituição, podem ser estabelecidos critérios de exclusão de parte da demanda com relativa facilidade, atendendo-se à necessidade de determinar se o paciente se beneficia do atendimento, sem, contudo, submeter-se ao alongado processo diagnóstico. (p. 202-203)

Para essa tarefa destaca a importância de um profissional “seguro, experiente, cuja formação envolva aspectos de desenvolvimento pessoal que, somados à formação, o habilitem a confiar plenamente em suas percepções, podendo assim prescindir, até certo ponto, de outros instrumentos” (1998, p 203). Para essa autora, “um setor de triagem, assim organizado, dará conta de significativa parcela da demanda” (p. 202).

SALINAS & SANTOS (2002) falam da triagem como um processo de inclusão e exclusão da clientela, sendo os excluídos casos considerados contraindicados para o tratamento oferecido na Clínica Psicológica, de acordo com critérios definidos pelos supervisores de estágio (casos de psicose, deficiência mental, dependência química, transtornos de personalidade e presença de ideação suicida). Descrevem o Atendimento Imediato de Triagem da Clínica Psicológica do Centro de Psicologia Aplicada, da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da USP de Ribeirão Preto, criado por eles para dar conta da fila de espera. Para esses autores,

A triagem deve ser entendida e praticada como algo mais do que um momento de conclusão e fechamento. Frequentemente reduzida a uma coleção de informações reunidas pelo profissional – na verdade, pouco mais que um amontoado de relatos supostamente relevantes –, a triagem deve ser mais do que a mera coleta de dados sistematizados para subsidiar a construção de um encaminhamento. Entendida como um processo, é um espaço privilegiado para reflexão, no sentido de permitir avaliar com o paciente as reais possibilidades de atendimento no serviço naquele momento, bem como discutir alternativas de acolhimento nos demais serviços públicos e particulares da cidade. Nesse sentido, a triagem figura como um elo a mais na rede dos atendimentos

oferecidos à clientela e se constitui como uma proposta de intervenção em si mesma. (p.190)

É interessante observar que esses autores problematizam a questão da triagem, mostrando: 1) seus aspectos institucionais; 2) a importância de um profissional que confie em sua percepção como instrumental de trabalho – que se opõe a uma tradição psicológica que valoriza apenas os instrumentos psicológicos de medidas, sejam os testes projetivos, sejam os testes de inteligência – e 3) propondo que a triagem seja mais do que uma simples entrevista para colher dados dos pacientes, ou melhor, seja antes, um espaço para reflexão e um serviço a mais oferecido ao paciente – que rompe, portanto, com a visão de triagem servindo apenas para escolher pacientes adequados aos estágios. Porém, esses autores, apesar de problematizarem a questão da triagem, continuam a usar termos como “exclusão de parte da demanda” e a própria palavra “triagem”, sem aprofundarem a discussão relativa ao uso desses termos.⁴

Para superar o modelo exposto acima deveríamos capacitar o aluno de psicologia a estar efetiva e criativamente com seu paciente, a fim de trabalhar num campo transferencial relaxado e propício à prática psicanalítica. Isso exige uma visão da psicanálise como uma ciência fundada na observação do ‘acontecer’ psicológico. (VAISBERG & MACHADO, 1992).

Ao realizar a entrevista inicial de cada caso, a fim de avaliar qual era a melhor indicação terapêutica, vivi uma rica experiência de contato com vários e diversos tipos de demandas e situações clínicas, devido a fatos inesperados e incomuns que ocorriam durante essas primeiras entrevistas.

Observava que as pessoas que procuravam um psicólogo nem sempre sabiam claramente no que consistia este atendimento, nem de que maneira um psicólogo poderia ajudá-las, embora necessitassem de auxílio. Essas entrevistas iniciais permitiam que algum conhecimento ou percepção nova surgisse para os pacientes, que podiam pensar, então, sobre a angústia que motivou a busca por atendimento.

Quando os pais procuravam auxílio para os filhos, insistia para que a criança estivesse presente já na primeira entrevista, para que eu pudesse investigar qual a idéia que a criança tinha sobre o motivo de os pais procurarem ajuda psicológica para ela. Poderíamos dizer que eu dava a palavra para as crianças, para saber o que pensavam sobre o atendimento. Além disso, acredito que muitos adultos não têm noção de que uma criança é um ser humano que pensa e que pode ter idéias próprias sobre as coisas da sua vida. Claro que uma criança necessita ser cuidada por uma família – ou por alguma instituição – , mas não podemos esquecer que ela é um ser humano.

É claro para mim que um psicólogo, ao fazer a recepção de pacientes, não deve apenas levantar as queixas apresentadas, simplesmente anotando dados. Acredito que deve aproveitar esse momento para aprofundar o motivo da busca por um atendimento e até mesmo intervir, baseado em seu conhecimento do método psicanalítico. De alguma forma, intervir nessa situação pode ser considerado o contrário do que é esperado, visto que, muitas vezes, se pensa na recepção de pacientes em instituições apenas como uma forma de separar os pacientes entre os que podem ser atendidos pelo serviço público e aqueles que não se enquadram nas

⁴ Ao leitor interessado em aprofundar a discussão sobre triagem e Clínicas-Escola, diagnósticos e Clínicas-Escola e triagem com famílias em Clínicas-Escola recomendo ver CALDERONI (1998); HERZBERG (1996); ANCONA-LOPEZ (1995) e AGOSTINHO (2002).

propostas de atendimento, sendo, portanto, excluídos e encaminhados para outros serviços, sem mesmo compreenderem o por que.⁵

Nesse sentido, ao prestar ajuda ao paciente já durante a primeira entrevista – como WINNICOTT (1984) fazia em suas Consultas Terapêuticas –, tento superar essa prática, pois, se o paciente não “serve” para a Instituição,⁶ pode, ao menos, ter uma maior compreensão do que ocorre com ele do ponto de vista emocional e, talvez, possa entender melhor a necessidade do encaminhamento, valorizando, então, a consulta inicial realizada na instituição. Um exemplo lapidar dessa situação foi o caso de Lúcio, um paciente adulto que fez uma entrevista comigo após sair de uma internação psiquiátrica em virtude de uma tentativa de suicídio. Encaminhei-o para um Ambulatório de Saúde Mental próximo ao seu local de residência. Porém, o atendimento em grupo proposto pela equipe do Ambulatório – enquanto aguardaria o atendimento individual – não funcionou para Lúcio, que, desesperado, me procura outra vez, pois novamente pensava em se matar. Realizamos mais uma entrevista, marcada com urgência, em que pude servir como continente para a sua angústia, enquanto reafirmava que o Ambulatório era o melhor local para ele ser atendido, oferecendo-me, porém, a acompanhá-lo até conseguir a vaga de terapia individual. Paralelo a isso, entrei em contato com a equipe do Ambulatório, a fim de discutir a possibilidade do atendimento individual ser oferecido o mais rápido possível.

Com o tempo e experiência maior nesse trabalho, valorizava mais e mais a presença da criança nas entrevistas com os pais. Creio necessário e interessante a

⁵ Vale novamente apontar para a questão da exclusão dos pacientes dos serviços, pois, se sabemos que uma instituição não pode assimilar todos os casos que a procuram, isso não deixa de trazer no seu bojo o modelo manicomial de exclusão social, ainda mais se não se problematizar como são feitos os encaminhamentos dos pacientes “excluídos”. Sabemos, também, que o modelo manicomial tem como instituição emblemática o hospício, mas a lógica da exclusão também se reproduz em outras formas de atendimentos e instituições, como, por exemplo, as classes especiais para crianças com dificuldades de aprendizagem.

criança estar presente, pois, em algumas situações, ficava com a impressão de que os pais, pela primeira vez, podiam olhar para os filhos como uma pessoa com idéias, capacidades expressivas e consciência de um sofrimento – ou até mesmo negação de qualquer sofrimento, mas, com certeza, com opiniões próprias. Considero que meu trabalho vai muito além de uma simples “triagem”, mesmo sendo esse o meu dever para com as Instituições. Mas tenho também um compromisso ético com os pacientes, pelo qual não devem obrigatoriamente se encaixar na necessidade da instituição, mas, sim, conseguir um atendimento de qualidade, à luz do que de mais desenvolvido, em termos de conhecimento psicanalítico, puder ser oferecido a eles.

No presente trabalho, quero refletir sobre o que ocorre nessas entrevistas, pesquisando e repensando estas situações, que, por muito me interessarem, motivaram minhas reflexões sobre essa experiência em um programa de Mestrado em Psicologia Clínica. Para isso, pretendo estabelecer uma interlocução com alguns aspectos da obra de D. W. Winnicott, em relação a quem tenho afinidades clínicas, teóricas, epistemológicas e antropológicas (no sentido da visão do ser humano). Atualmente considero a entrevista inicial com famílias já como uma consulta terapêutica, que pode ajudar a pensar na queixa e no que está ocorrendo com a criança e com os pais, trazendo mudanças e transformações para todos os presentes, inclusive para mim.

Destaco que a relação com os autores é sempre uma interlocução, que não se faz com base em submissão, mas num movimento de apropriação em que, ao mesmo

⁶ Ou será que é a Instituição que não “serve” para o paciente?

tempo em que se respeita o trabalho alheio, busca-se encontrá-lo e criá-lo à luz da própria experiência clínica pessoal.⁷

Para dar início a qualquer entrevista cuja queixa referia-se a um dos filhos, eu explicava aos pais que queria que as crianças estivessem presentes, já que iríamos falar dela. Claro que, se por algum motivo expresso pelos pais, eles não se sentissem à vontade para conversar na frente dos filhos, eu não deixava de oferecer o atendimento e fazia uma entrevista só com os pais. Isso ocorreu especialmente em casos de crianças que eram adotivas e não sabiam da adoção, e cujos pais não queriam falar sobre isso na frente delas. Mesmo durante algumas entrevistas, se eu percebia que alguma coisa estava causando muita ansiedade na criança, eu interrompia a entrevista e repensava o que seria feito para aquele caso. Por exemplo, uma entrevista só com os pais, ou uma só com a criança.

Sempre que a família entrava no meu consultório, encontrava brinquedos e material gráfico disponíveis para as crianças. Eu dizia a todos que queria saber por que estavam procurando um psicólogo e que todos tinham o direito de falar, da forma como quisessem. Explicava aos pais que as crianças, em geral, se expressam não só

⁷ Para uma discussão sobre interlocução, veja-se VAISBERG (1999), que, a partir da concepção winnicottiana de ‘uso de objeto’, propõe duas possibilidades de vínculo que o psicólogo estabelece com a teoria, em sua clínica psicanalítica: uma delas é a ‘adoção de postura reverente e eclesial, conforme a qual a teoria é alguma coisa cristalizada, reificada e imutável’; a outra, consiste ‘numa visão da teoria como construção coletiva, possível em determinado momento histórico, de acordo com as limitações características do funcionamento psíquico humano, quando se empenha na aquisição de inteligibilidade transformadora acerca da vida e do mundo. É coerente com esta concepção o estabelecimento de uma relação mais solta, inventiva e espontânea com a teoria’. Para essa autora, há a ‘necessidade de destruição do objeto teoria, enquanto verdade reificada, na mente do estudioso, para que se possa vir a alcançar a capacidade de um uso inventivo. Esse movimento destrutivo requer a renúncia ao desejo de que a mente humana possa de forma onipotente esgotar o conhecimento do mundo e da vida e vem possibilitar que seja contida uma destrutividade irrefletida que não permite a utilização daquilo que não corresponda ao modismo epistemologicamente mais atual. A destruição da teoria revelada e do controle onipotente torna possível o uso do conhecimento teórico construído, permitindo, ainda, que a teoria cresça e se transforme continuamente, como coisa viva que é. Chegasse, desta forma, a uma pragmática que, criando condições de possibilidade de um inegável ganho de liberdade de movimentos, permitirá, acredito, estarmos melhor preparados para os questionamentos éticos que serão os balizadores fundamentais do crescimento científico’.(p 91-93).

verbalmente, mas também através dos brinquedos e dos desenhos. Com o tempo, passei a valorizar mais a produção gráfica, deixando de lado os brinquedos, apenas por me sentir mais confortável de trabalhar com desenhos. Porém, os brinquedos estavam sempre ali, em uma caixa, e se a criança quisesse usá-los, deixava-a à vontade para assim proceder.

WINNICOTT, em seu artigo de 1941 “A observação de bebês em uma situação estabelecida”, descreve o que ficou conhecido como Jogo da Espátula. Esse jogo consiste em criar uma “*situação estabelecida*” para observar os bebês durante uma consulta pediátrica. Nessa situação, WINNICOTT deixava uma espátula de metal ao alcance do bebê e observava como o bebê iria se aproximar dela. Descreve, então, a seqüência normal de eventos pelos quais as crianças passavam ao lidarem com a espátula: No primeiro estágio, que ele chamou de “período de hesitação”, há o dilema entre pegar a espátula ou não. No segundo estágio, toma coragem suficiente para deixar que seus sentimentos de se apoderar da espátula cresçam, sentindo que a tem sob seu poder. Por fim, no terceiro estágio, o bebê livra-se da espátula, deixando-a cair com agressividade. Para o autor “(...) um trabalho terapêutico pode ser feito nessa situação estabelecida” (1978a, p. 143), e, mais adiante, diz “O que há de terapêutico nesse trabalho está, penso eu, no fato do *desenvolvimento completo de uma experiência ser permitido*”. (1978a, p. 159) (grifos do autor).

Acho interessante destacar a escolha do objeto espátula por WINNICOTT, pois esse era um objeto simples e que ele tinha sempre ao alcance em seu consultório pediátrico. Utilizando-o numa “situação estabelecida”, que se poderia chamar de *setting*, WINNICOTT desenvolveu uma série de observações sobre os comportamentos dos bebês e pôde, então, teorizar a partir dessa experiência.

Na prática clínica, em consultas psicoterapêuticas familiares, observei-me fazendo escolhas sobre que “objeto” usar nas consultas. Assim, diminuí o uso dos brinquedos e intensifiquei o uso dos desenhos, por me sentir mais à vontade com eles, além de sempre ter gostado de desenhos e também de desenhar. Penso, portanto, nos desenhos no contexto da minha situação dada – consultas familiares – como sendo as minhas espátulas...

Vale ainda destacar, como diz ABRAM, que:

... em 1951, em *Transitional Objects and Transitional Phenomena*, as idéias desenvolvidas por Winnicott baseadas em sua observação do jogo da espátula culminam na elaboração do conceito de fenômenos transicionais. Como uma derivação do jogo da espátula, Winnicott cria o jogo dos rabiscos para as crianças de mais idade. A pedra fundamental das consultas terapêuticas com a utilização do jogo dos rabiscos é lançada na década de 30 na clínica de Paddington Green. (p. 134)

Carol, de seis anos, na sala de espera, brincava extrovertidamente. Porém, conforme se dirige para o consultório, junto da mãe, ela começa a chupar o dedo. Ao entrar na sala, está muito diferente da menina que eu havia visto na sala de espera. No começo da consulta, chupa o dedo e segura o boneco que trouxe com ela. Diz que está com sono. Quando pergunto o que veio fazer aqui ela me mostra manchas que tem na sua pele. A mãe explica que ela está com micose e diz para a filha que o médico da micose é outro. Aos poucos, Carol começa a brincar com os brinquedos que eu tenho na sala, fazendo uma cerca com o jogo de ligue-ligue. É interessante notar que ela coloca a cerca ao seu redor. Fiquei com a impressão de que ela fez a cerca para se proteger de algo.

Algumas crianças falavam claramente sobre as suas fantasias em relação ao motivo de busca do tratamento, como, por exemplo, Caetano, um menino de 8 anos, que acha que a mãe quer que alguém o *estude* para modificar o seu mau comportamento; ou ainda, Ricardo, de 13 anos, que, após a mãe dizer que ele quer fazer uma plástica no rosto, para tirar a cicatriz que ficou após ter sido mordido por um cachorro, fala que se acha feio e que, após ser mordido, pegou toda a raiva do cachorro para ele. Um outro menino, Maurício, com nove anos, diz: ‘Prendo muito as coisas na cabeça; as informações ficam presas aqui’ (aponta a própria cabeça). E finalmente, Karen, de 8 anos, diz que gostaria de me dar uma injeção, pois, nesta injeção, teria tudo que ela precisa falar para mim. Assim, eu saberia tudo que necessito saber sobre ela, sem ter que perguntar e sem ela ter que falar. A mãe desta menina era muito comprometida emocionalmente e levava Karen e sua outra filha para vários psicólogos para serem tratadas, porém não se fixava em nenhum tratamento.

Ao mesmo tempo, os pais também falavam sobre as suas expectativas em relação a um atendimento com um psicólogo. Por exemplo, a tia de dois irmãos adolescentes, ela com 15 anos, ele com 13, diz o seguinte sobre o que espera do tratamento: ‘Eles foram fazer catequese e voltaram ótimos. Outra pessoa falou e foi aceito’. Portanto, a tia acha que se uma outra pessoa falar com eles, vão entender. Acha que o psicólogo deve despertar neles o entendimento das coisas, como a catequese fez, sem se perguntar se seus sobrinhos querem ter o “entendimento das coisas”.

Um outro olhar que sempre procurei ter para as famílias, durante a consulta, era no sentido de observar como a criança reagia ao que estava sendo dito. Lucas, de

três anos, durante a entrevista, parece não se importar muito com o que a mãe está falando. Porém, ao perceber que a mãe está chorando, pergunta por que ela chora e diz para não chorar. Da mesma forma, quando a mãe diz que está separada há dois meses do marido, ele beija o ursinho com que brincava e que trouxera de casa e diz para o ursinho: “Vai embora”, afastando-o. A mãe se surpreende com a brincadeira do filho, que parece ilustrar tão claramente a percepção que tem da separação dos pais.

Creio que a partir desses fragmentos de casos, mostro, em linhas gerais, parte do trabalho que desenvolvi em consultas iniciais com famílias. Mais adiante relatarei cinco casos, que usarei como estímulos para discutir algumas questões envolvidas no presente trabalho.

Este trabalho em uma instituição pública com famílias permitiu, também, meu contato com várias configurações familiares, muito diversas do modelo tradicional de família, composta por pai, mãe e filhos.

Como clínico, resolvi mergulhar nos mundos peculiares e diferentes trazidos por cada família atendida e, a cada consulta que fazia, defrontava-me com um grupo familiar diverso: ora uma mãe separada com seus filhos, ora um pai separado e seus filhos, ora tios que criavam um sobrinho órfão, ora irmãos mais velhos cuidando de irmãos mais novos, pai viúvo cuidando de filhos, avós e avôs cuidando de netos, às vezes entregues para serem cuidados por eles por que os pais estavam usando drogas e abandonaram a família etc. Portanto, para mim, quem se definia como família era quem se apresentava para a consulta.

Para ilustrar uma situação de família “diferente”, veja-se o caso de Regina, oito anos, que foi adotada pela tia materna, após o pai ter falecido de câncer no

testículo. Fico sabendo disso durante a entrevista, pois a avó e a tia (que se apresenta como mãe) falam sobre o pai dela. Intrigado como conhecem o pai da menina, já que me disseram que é adotiva, fico sabendo da história contada acima. Além disso, a mãe – que é tia materna, mas se define como mãe – diz que faz os gostos dela e que Regina é o sonho de tudo que ela queria realizar: “Agora só falta ser bailarina”. Diz que sempre que pode ela a veste com ‘roupa rosinha, com vestidinho, deixando-a arrumadinha”. Regina parece ser tudo que a tia sonhou, mas fico em dúvida se haverá espaço para ser ela mesma.

Considere-se, também, o caso de Mônica, sete anos, trazida à consulta pela mãe, Tereza, que diz que a sua vida é complicada, pois teve um relacionamento com uma outra mulher (Rosa) durante 18 anos. Adotaram a Mônica juntas. Há quatro anos, Rosa arrumou outra companheira. Esse foi um período de muitas brigas e Tereza acha que isto mexeu com Mônica, pois elas estavam um dia bem e no outro, não. As brigas eram violentas, com muitos xingamentos. Elas se separaram e voltaram, acontecendo, então, novas brigas. De acordo com Tereza, Rosa é muito temperamental. Conta que ficou na casa da Rosa não mais como amante, mas como empregada, situação essa só resolvida há um ano, quando Tereza conseguiu se mudar da casa da ‘ex-companheira”. Tereza diz que a vida da Mônica, após a separação, mudou muito, pois ela morava em um bairro rico e agora mora em um bairro pobre. Houve uma perda econômica concreta. Rosa, quando sai com Mônica, a leva para passear em shopping-center e Tereza acha muito difícil lidar com isto, pois não pode dar as mesmas coisas que Rosa dá. Não sabe como falar com a filha sobre isto. Quando ela e Rosa estão juntas, Mônica quer unir as duas. Chamam a Mônica, nestas situações, de "Santa Antônia". Durante toda a consulta, Mônica ficou muito retraída. Quase não falou e chegou a sair da sala. Brincou com as bonecas da caixa, vestindo-

as com os panos que encontrava. Parecia querer impedir o desnudamento da situação que a mãe contava.

Temos, também, a situação familiar do Renato, um menino, de sete anos, órfão de pai precocemente aos dois anos, que, quando a mãe fala que ele chora, pois quer outro pai, diz: "É mesmo. ' Tou triste. Papai morreu. Estou triste. Não sou família. Não somos família sem o pai. *Disfamília*". Talvez esse menino, na sua construção lingüística tão criativa, traga uma definição para dúvidas presentes no mundo moderno em relação à família. Será que o que não se encaixa no modelo conhecido de família seria uma "disfamília"? Ou convivemos com modelos diferentes de famílias, cada uma trazendo idiossincrasias próprias e singulares?

Como observa BERQUÓ (1998):

Pode-se dizer que do ponto de vista demográfico e estatístico, mudanças e permanências vêm marcando a estrutura familiar brasileira nas últimas décadas. O caráter nuclear da família, isto é, casal com ou sem filhos, continua predominante, mas o "tamanho" da família diminuiu, e cresceu o número de uniões conjugais sem vínculos legais e de arranjos monoparentais – aqueles caracterizados pela presença dos pais com filhos ou da mãe com filhos, contando ou não com outros parentes habitando conjuntamente. Entretanto, as maiores transformações vêm ocorrendo no interior do núcleo familiar, assinaladas pela alteração da posição relativa da mulher e pelos novos padrões de relacionamento entre os membros da família. Estaria havendo uma tendência à passagem de uma família hierárquica para uma família mais igualitária, tendência inicialmente mais visível nas camadas médias urbanas e, com o tempo, passando a permear também as camadas populares." (p. 414-5).

BERQUÓ (1998) tendo “por base principalmente os dados censitários, [...] pretende realizar um balanço sobre os arranjos familiares existentes no Brasil e suas mudanças nas últimas décadas” (p. 413). Discute o significado das taxas ascendentes de separações judiciais, isto é, desquites e divórcios (temos, em 1994, uma taxa de separação judicial quatro vezes maior do que em 1979); comenta o número de casamentos não legalizados (coabitação sem vínculos legais ou união consensual) que representavam, em 1960, 6,5% do total das uniões registradas, mas, em 1995, chegaram a 23,5%, “ou seja, quase um quarto de todos os casamentos se enquadra nessa categoria informal” (p. 420) e, assim, “às uniões consensuais funcionariam como um mecanismo por meio do qual os homens poderiam mover-se entre várias uniões instáveis, ‘dividindo-se’ entre diversas mulheres ao longo dos anos”. (p. 421). Aponta também para os arranjos familiares, onde se vê “que continuam mais frequentes os do tipo casal com filhos, que alcançam ainda hoje mais de 50% do total, embora esse índice apresente tendência declinante. Aumentam, por outro lado, os arranjos do tipo casal sem filhos, cuja taxa evidencia queda, porém, quando a família abriga parentes ou agregados. Já a categoria ‘*família monoparental*’ sofreu crescimento acentuado, tendo praticamente *dobrado* seu peso nas últimas décadas, isto é, em 1970, 1980 e 1999”. (p. 425-26) (grifos meus).

Creio interessante um psicólogo clínico poder considerar e refletir sobre esses dados, pensando em como eles se apresentam e influenciam a nossa clínica e, também, como repercutem nas vidas dos nossos pacientes. Como será que são vivenciadas, pelas crianças, as experiências de divórcios e separações dos pais? Quais as implicações disso para a saúde mental da população? Poderíamos pensar que, como temos altas taxas de casamentos informais, os vínculos parentais se desfazem mais facilmente? Como é para as crianças terem pais que constituem vários

lares durante a vida, tendo outros filhos de outros casamentos? E ainda, como é viver em famílias mono parentais, onde um dos pais está ausente? Observei, de alguma forma, tudo isso na minha clínica, considerando os vários casos atendidos por mim.

É o que diz, também, WINNICOTT (2001), ao chamar a atenção sobre a relação entre cultura e família: “o modo pelo qual organizamos nossas famílias demonstra na prática o que é a nossa cultura, assim como uma imagem do rosto é suficiente para retratar o indivíduo”. Além disso, WINNICOTT (2001) observa que:

"A família é algo que pede por um estudo mais detalhado. Como psicanalista, estudando detalhadamente o desenvolvimento emocional, aprendi que cabe a cada indivíduo *empreender a longa jornada que leva do estado de indistinção com a mãe ao estado de ser um indivíduo separado*, relacionado à mãe, e ao pai e à mãe enquanto conjunto. Daí o caminho segue pelo território conhecido como família, que tem no pai e na mãe suas principais características estruturais. A família tem seu próprio crescimento, e a pequena criança experimenta mudanças que advêm da gradual expansão e das tribulações familiares. A família protege a criança do mundo; este, porém, aos poucos vai se introduzindo: as tias e tios, os vizinhos, os primeiros grupinhos de crianças, e por fim a escola. Essa introdução gradual do ambiente externo é a melhor maneira de levar uma criança a entrar em bons termos com o mundo mais vasto, e segue de modo exato o padrão pelo qual a mãe apresenta à criança a realidade externa.” (p. 59-60) (grifos meus)

Para esse autor, contudo, não se pode considerar os pais somente segundo suas relações com a sociedade, pois há a questão das forças que criam e conservam uma família e que estão ligadas à fantasia sexual:

A fantasia sexual total, consciente e inconsciente, tem variedade quase infinita e importância vital. É conveniente compreender, entre outras coisas, o sentido de preocupação ou culpa que advém dos elementos destrutivos (muitos deles inconscientes) que acompanham a expressão física do impulso amoroso. Pode-se admitir de pronto que esse sentido de preocupação e culpa contribui em grande medida para a necessidade que um dos pais tem, e que ambos têm juntos, de constituir uma família. O crescimento da família, melhor do que tudo o mais, *neutraliza as idéias assustadoras de danos causados, de corpos destruídos, de monstros gerados.* (p. 62)

Portanto, para WINNICOTT, ter filhos é uma forma de os pais aliviarem-se da culpa proveniente de aspectos destrutivos que se manifestam na vida sexual.

Assim:

[...] grande parte da alegria que o bebê traz à vida dos pais advém do fato de que a criança é humana e completa, e contém em si um princípio de vida – ou seja, que produz vida, e não é apenas mantido vivo; [...] A criança como fato real lida, por hora, com todas as fantasias referentes ao bem e ao mal, e a vivacidade inata de cada criança [...] dá a estes [aos pais] uma grande sensação de alívio, livrando-os de idéias que procedem de seu sentimento de culpa ou intimidade”.

(p. 63)

Além disso, WINNICOTT destaca a importância da integração da criança, que também contribui para manter a integração da família:

A integração pessoal é uma questão de desenvolvimento emocional. Para atingi-la cada ser humano parte de um estado inicial não-integrado. [...] Em condições favoráveis normais (que estão ligadas à íntima identificação da mãe com o filho e, posteriormente, ao interesse combinado de ambos os pais), o bebê humano é capaz de manifestar uma tendência inata à integração, que faz parte do processo

de crescimento. [...] Se as condições favoráveis nos primeiros estágios realmente estimularem a integração da personalidade, *essa integração do indivíduo*, um processo ativo que movimenta muita energia, *afeta por sua vez o ambiente externo*. A criança que se desenvolve bem, e cuja personalidade foi capaz de realizar internamente sua integração por força das capacidades inatas de crescimento individual, exerce um *efeito integrativo* sobre o ambiente externo imediato. Essa criança “contribui” para a situação familiar. (p. 68)
(grifos meus)

Pode-se pensar que há um constante interjogo entre os pais e as crianças, considerando que o desenvolvimento de cada membro da família leva a uma maior integração da própria família. Dessa forma, se os pais têm os filhos para se livrarem da culpa, tê-los saudáveis significa que os pais ficarão mais integrados, o que permite a eles fornecerem um ambiente adequado para os filhos desenvolverem-se. Cria-se um círculo virtuoso, pois, pais livres de culpa permitem filhos mais integrados, que, por sua vez, também permitem aos pais uma maior integração.

Como conseqüência disso, a doença de um dos membros da família pode ser vista como um fator de desintegração familiar. WINNICOTT considera que:

Há muitas famílias que permanecem intactas enquanto as crianças estão se desenvolvendo bem, mas que são incapazes de suportar a presença de uma criança doente. (p. 71)

E aqui chego a um ponto fundamental de meu trabalho com “consultas psicoterapêuticas com famílias”, pois podemos considerar, quando os pais procuram ajuda, *é por que o ambiente familiar não mais está dando conta dos sintomas da criança*. A consulta pode servir até para avaliar as condições que a família tem para suportar o sofrimento da criança, bem como avaliar se ela poderá, como diz

WINNICOTT (2001) “transformar -se numa casa de repouso ou mesmo num hospital psiquiátrico para poder conter o distúrbio ou o tratamento de um dos filhos”. (p 71).

2

QUADROS – NARRATIVAS – DE UMA EXPOSIÇÃO

Como foi dito no capítulo anterior, quero, utilizando-me do método clínico, discutir a minha prática psicanalítica, em consultório e instituição, especialmente no que se refere às entrevistas iniciais com a presença de toda a família. Meu objeto de estudo são as 188 consultas com crianças e adolescentes – e seus familiares – e 80 entrevistas iniciais com pacientes adultos que procuraram atendimento na Clínica Psicológica Dr. Durval Marcondes, totalizando 268 casos.

VAISBERG (2003) postula a existência de

“(...) um método clínico que pode, com rigor e fundamentação, gerar conhecimento sobre o humano. Este método não se confunde, em momento algum, com o método científico positivista, porque este último não pode, jamais, abordar o humano enquanto tal, mas apenas se puder objetificá-lo. Ora, a objetificação, operação necessária à ciência positivista, é, em sua essência desumanização! Assim sendo, seu valor é muitíssimo discutível no campo das ciências humanas”.

Em um primeiro momento, apenas me dediquei a meu trabalho clínico, debruçando-me sobre cada situação nova que se apresentava a cada entrevista, conforme explorado anteriormente. Sabia da enorme polêmica que há em relação à presença ou não das crianças nas entrevistas iniciais, polêmica esta que me parece uma amplificação de uma discussão mais ampla e que diz respeito ao lugar da criança em psicanálise infantil.¹

¹ A esse respeito, VOLNOVICH (1991) faz uma síntese interessante, partindo do caso Hans e circulando por Anna Freud, Melanie Klein e Françoise Dolto. Diz que a partir do caso do pequeno Hans, Freud destaca que é possível a análise de uma criança, pois há demanda, transferência e eficácia da interpretação. Já Anna Freud preconiza que para se analisar uma criança ela deve ter consciência de doença e, para isto, propõe ‘fazer uma etapa prévia de caráter pedagógico, um pré-tratamento junto à criança, até que ela possa aceitar duas condições básicas: primeiro, que está doente, ou melhor, que tem algum problema, e, segundo, a necessidade de uma ajuda para resolver o problema’ (in 1991, p. 16). VOLNOVICH (1991) estabelece, também, um paralelo entre consciência de doença e o que

Após o acúmulo dessa experiência, debrucei-me sobre o material produzido conjuntamente por mim e pelas famílias, para refletir melhor sobre o que foi feito. Assim, reli todos os relatos, com cuidado e atenção. Revi desenhos feitos pelas crianças. Observei como o meu modo de pensar a clínica mudou. Relembrei situações que haviam ficado esquecidas, emocionei-me novamente com algumas consultas e recordei-me de sofrimentos vividos pelos pacientes. Essa releitura do material clínico fazia-me pensar que tipo de conhecimento humano poderia ter sido gerado nas entrevistas familiares. Rer os casos tinha, ainda, como objetivo, escolher algumas situações que ilustrassem o meu trabalho de forma digna. Confesso que essa seleção não foi fácil, pois foi muito difícil descartar algumas entrevistas para poder escolher outras...²

Durante essa leitura, em razão de vários estímulos que cada relato evocava, a imagem que mais me vinha à mente era de estar em uma exposição, diante de vários

chamamos atualmente de demanda e destaca: “O problema é que Anna Freud exige que a demanda seja da criança, quando sabemos que o fundamental é a demanda dos pais. Se existe alguma etapa prévia de um tratamento com crianças, é aquela desenvolvida em função da demanda dos pais.” (1991, p. 17). MELANIE KLEIN, por sua vez, ‘sustenta que não é preciso ‘consciência de doença’ na criança, já que esta possui uma ‘inconsciência de doença’ ou seja, já na primeira entrevista é possível para um analista ver refletidos, através das fantasias inconscientes da criança, os principais parâmetros de sua patologia.’ (in 1991, p. 20). FRANÇOISE DOLTO, por outro lado, ‘propõe, em primeira instância, inserir a criança na estrutura desejante da família, como efeito desta estrutura. Ou seja, a criança não seria a criança annafreudiana, aquela que escolhe ou não se tratar, produto das vicissitudes de seu Ego e de seu desenvolvimento libidinal. Também não seria a criança kleiniana, determinada pela quantidade de instinto de morte que se faz presente nos ciúmes e na inveja. A criança lacaniana é essencialmente uma criança inserida na estrutura, efeito da família, ‘desejo do Outro’ (...) Françoise Dolto redefine o sintoma da criança como sendo também sintoma de estrutura familiar. (...) De um dia para outro os analistas de crianças, que desde 1926 vinham analisando só crianças, deviam se transformar em analistas de estruturas familiares.” (in 1991, p. 24-25).

² Destaco, aqui, a visão de clínica que tem sido discutida e pesquisada na ‘Ser e Fazer: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, coordenado pela profa. Dra Tânia Maria José Aiello-Vaisberg, que, no seu projeto temático aponta: ‘Temos pesquisado principalmente duas formas de enquadres diferenciados, alternativas ao paradigma psicanalítico tradicional: as oficinas psicoterapêuticas de criação e as consultas terapêuticas individuais, familiares e coletivas. Este trabalho (...) é um fortíssimo argumento para que agrupemos os diferentes projetos de mestrado, doutorado, pós-doutorado e iniciação científica, desenvolvidos nos serviços de nosso Laboratório, sob um único *projeto temático, voltado à pesquisa dos movimentos subjacentes à obtenção de efeitos psicoterapêuticos a partir do uso de enquadres diferenciados à luz da psicanálise winnicottiana.*

quadros. Cada quadro-relato clínico causava-me alguma emoção ou impressão, agora não mais como terapeuta atuando nas consultas, mas como leitor. E a cada mudança de quadro-relato clínico, ficava inundado com novos dramas, novas histórias e novos sofrimentos, mal tendo tempo de digerir o que havia visto no quadro anterior.

Repentinamente, recordei-me de uma peça musical. Trata-se da obra *Quadros de uma exposição* de M. Mussorgski, compositor russo nascido em 1839 e falecido em 1881.³

Sobre essa obra, LACERDA (2000) diz:

Na década de 60, o compositor expõe-se particularmente aos fundamentos estéticos de uma nova doutrina cultural, nacionalista, quando passa a viver em uma comunidade artística de São Petersburgo. Segundo essa doutrina, a arte deveria despir-se de ‘convenções’ para representar novos conteúdos de maneira simples e direta. Os artistas deveriam olhar mais em torno de si mesmos e extrair da realidade imediata o objeto de suas obras. É este pensamento que está também por trás da produção do pintor Victor Alexandrowitch Hartmann, amigo do compositor (...). Mussorgsky inspira-se diretamente em seus quadros para compor um ciclo de peças para piano solo. Ele cria dez peças de feições diversificadas, altamente expressivas em si mesmas e evocativas das sensações mais diretas produzidas pelas obras de seu amigo. Mais do que isso, Mussorgsky introduz um elemento amalgamador de todas aquelas visões, singelamente designado como *Promenade*, isto é, o momento da passagem do espectador entre os quadros da exposição. (p. 12-3)

Trata-se, pois, de proposta de estudo da 'eficácia psicoterapêutica' decorrente do uso de enquadres psicanalíticos diferenciados." (grifos da autora).

³ Essa composição de Mussorgsky, embora escrita originalmente para piano, é mais conhecida na sua versão orquestral realizada pelo compositor francês M. Ravel (1875-1937).

Ainda de acordo com LACERDA (2000), o tema da *promenade*

aparece primeiramente à parte, expresso com clareza e destacado da realidade (russa) transformada em arte pictórica. Aos poucos, as sensações adquiridas da contemplação desta arte vão afetando a natureza da contemplação espectraladora (...) até a sua total fusão com o objeto de representação (...); isto é, uma metáfora à união de arte e público (ou povo) em uma única construção. (p. 13)

O que chamou a atenção na minha lembrança desta música é o fato de que ela foi inspirada exatamente em uma exposição de quadros. Quando da releitura de todo o meu material clínico, também me sentia diante dos quadros, como já mencionado. Será que meu trabalho não seria, então, expor meus quadros-relatos e pensar o que os unifica, ou seja, qual o fio condutor – *promenade* – deles, se é que existe algum?

Usar a música como um modelo para se pensar a minha experiência como clínico faz sentido para mim, pois a música sempre esteve presente em minha vida. Minha mãe é pianista e desde muito criança tive acesso a todo o tipo de música: clássica por parte de minha mãe e moderna – Hermeto Paschoal – pelo lado do meu pai, por exemplo. Atualmente considero-me um ouvinte atento, conhecedor e pesquisador de repertório, seja dos clássicos e das óperas, passando pelo jazz e pela música popular brasileira. Sou um amador, no sentido profundo da palavra, pois amo a música e acredito que ela é, para mim, um objeto de *self*. Ouvir música tem me ajudado a desenvolver uma experiência estética de sensibilidade que me parece muito útil para a prática clínica. Diria que a experiência de fruição musical que tenho faz parte da área intermediária, conceituada por WINNICOTT ao desenvolver o conceito de fenômenos transicionais, em 1951. Para WINNICOTT, os fenômenos transicionais estão na base do brincar e das experiências criativas e culturais. Propõe, portanto a existência de uma terceira área, que não é inteiramente subjetiva nem

objetiva – a área intermediária. Para esse autor, se um “adulto consegue extrair prazer da área pessoal intermediária (...) podemos então reconhecer nossas próprias e correspondentes áreas intermediárias, sendo que nos apraz descobrir certo grau de sobreposição, isto é, de experiência comum entre membros de um grupo de arte, na religião, ou na filosofia”. (1975, p. 29).

HERRMANN (apud SILVA, 1993) também utiliza a música para pensar a ciência do ponto de vista da psicanálise: “Como na música, o intérprete transforma o sentido possível, imprimindo-lhe seu estilo peculiar, comunicando ao ouvinte não só sobre a partitura que executa, mas também sobre a sua própria forma de sentir. Acontece que o ato de ouvir é também transformador segundo seus próprios cânones prevalentes naquele momento, de modo que a mesma música não soa uniformemente a todos os seus ouvintes, antes sendo recriada também por estes. Vemos, assim, a emoção surgir como uma categoria formal de percepção e de comunicação, sem a qual o objeto percebido não teria consistência”. (p 18).

Será que não deveria, como Lacerda diz que Mussorgsky fez, extrair da realidade imediata (dos meus atendimentos) o objeto de minhas obras (os relatos clínicos), para ver como as sensações adquiridas na contemplação do que eu havia feito se fundem, agora, totalmente com o objeto de representação?⁴

⁴ Aponto aqui que a palavra representação, tal como usada por Lacerda, tem uma conotação diferente da usada pela clínica winnicottiana, que valoriza o fenômeno e não o objeto. Não achamos que seja válido, epistemológica e eticamente, objetificar o fenômeno humano, pois ficaríamos com um simulacro, distante do acontecer clínico, já que, na clínica, trabalhamos com um registro existencial e experiencial, não nos limitando ao registro representacional. A representação é uma idéia que tem sentido no contexto de uma visão que concebe o conhecimento como cópia do real em termos de objetificação e representação.

Do meu ponto de vista, encontrava-me, enquanto lia meus relatos, buscando um modo de problematizar meu trabalho com as consultas familiares para depois, então, poder pensar sobre ele.

SILVA (1993) aborda a questão do problema e do pensar para os seres humanos, observando que:

“Viver costuma ser uma atividade muito complexa, apresentando um caráter global e de urgência. (...) Há momentos, entretanto, em que paramos o trabalho, o lazer e até mesmo o sono, e parecemos frear o próprio fluxo vital, tomando distância dele e analisando o que parece um recorte dessa corrente perpétua. Há sempre um motivo para essa atitude quase artificial, quase defensiva ante os fatos avassaladores do cotidiano. Implica sempre, em todo caso, uma ação interrompida, uma satisfação não alcançada, uma meta postergada. Ao motivo que leva a essa atitude (...) nós o chamamos *problema*; e à atividade que então desempenhamos a sós em nossa mente, denominamos *pensar*”. (p.12-13)

Para SILVA (1993), a ciência surge a partir da necessidade do desenvolvimento do pensar na história da humanidade, pois “pensar o problema acabou se revelando de grande utilidade” (p. 13). Assim sendo, “o que mantém os variados recortes ou disciplinas unidos sob um mesmo rótulo – ciência – é justamente o apego a esse modo particular e institucionalizado de pensar” (p. 14). Ainda de acordo com essa autora, a visão tradicional de ciência, que toma o científico como sinônimo de verdadeiro, foi colocada em questão e “abalado na última virada de século, quando ficou patente que a observação altera o observado, que o sujeito e o objeto não se encontram, pois, tão radicalmente separados” (p 16). E, assim, “à metodologia sofre uma mudança radical abandonando o modelo S-O da ciência positivista, no qual um sujeito pensava um mundo objetivo, externo, inerte,

cujas leis de funcionamento distinguíam-se substancialmente das leis do pensar que o examinava, e vai considerar um relacionamento íntimo em que praticamente S e O criam-se mutuamente”(p.16)

E, diz ainda, “o novo modelo de saber vai se debruçar não tanto sobre o objeto do conhecimento, mas, principalmente sobre o aparelho que o realiza” e duas conseqüências decorrem disso: primeiro, “em vez da razão e seus problemas de aplicação das regras de bem pensar, temos agora um complexo jogo de pulsões e relações objetais”. Segundo SILVA, “a relação S -O substitui-se (...) pela relação S-S, ou seja, entre dois sujeitos, cada um com uma parte consciente comunicando-se ‘oficialmente’ com o consciente do outro, e uma parte inconsciente de cada um utilizando-se de seu estilo peculiar de interação, que passa despercebido” (1993, p.16-17).

Destaco o pensamento dessa autora, pois ela aponta uma mudança na forma de pensar a ciência quando diz que o modelo de ciência baseado na relação S-O sofre uma ruptura. Dessa forma, temos que considerar a presença do pesquisador como interferindo no seu objeto de pesquisa, não se podendo mais falar em neutralidade do pesquisador. Assim, por eu estar presente nas consultas, passo a ser, também, um objeto a ser visto, ou melhor, o que vemos é o encontro de duas subjetividades, a minha e as das famílias.

Aqui retomo a idéia de Lacerda exposta anteriormente, quando diz que a *promenade* composta por Mussorgsky, nas suas diversas variações, culmina em uma fusão com o objeto de representação, que, no contexto em que esse musicólogo escreve, refere-se à união da arte e do povo em uma só construção. Na minha pesquisa, observo que não fiz uma “fusão” entre mim e as famílias, mas, sim,

estabeleci relações intensas de intimidade e envolvimento com as famílias, incluindo-me no contexto emocional das mesmas. Isso faz parte de um acontecer vincular dentro de um encontro inter-humano. Entrei em contato, mas não me misturei. A meu ver, isso é fazer uma pesquisa na base do S-S.

Para SILVA (1993), ao se pesquisar utilizando-se o método psicanalítico, algumas características precisam ser conservadas (p. 21). Para a autora, há duas condições, a saber:

“A primeira condição (...) é que não se chegue para a investigação trazendo já alguma resposta, conhecimento ou teoria anterior”, para não impedir “à aventura da busca do desconhecido”. O pesquisador deve, então:

“Colocar-se numa posição de *receptiva curiosidade*, sem que a ânsia de conhecer obstrua ou determine as representações deixadas livres para se organizar ‘gestalticamente’ a partir do material que se oferece à observação. Um raciocínio muito ativo e esperto acaba por encontrar o que procurava, por ver imagens que já tinha em mente, sem se beneficiar, portanto, com a novidade que o material traz exatamente por lhe ser externo, permitindo assim um diálogo, uma troca de enriquecimento”. (p. 22) (grifos meus).

A segunda condição, decorrente da primeira, é “quando o sentido enfim emerge da relação observador-observado [pois] há um efeito de maior ou menor amplitude que reestrutura o campo do anteriormente conhecido”.

Temos, então, apesar de tudo, um novo conhecimento emergindo. A primeira providência é percebê-lo, o que não é fácil, geralmente requerendo um misto de sensibilidade e de conhecimentos prévios. É mister, a seguir circunscrever a novidade, caracterizá-la, nomeá-la. Ou seja, criar uma representação que não só possa se referir ao ‘fato’ assim identificado, mas também permitir sua

comparação com eventos ainda não ocorridos. Precisa também se articular com o corpo teórico da disciplina em que se desenvolveu – no caso, a psicanálise. (SILVA, 1993, p 23)

Considero que, o que chamei de mergulho nos encontros com as famílias, no capítulo precedente, é justamente o que SILVA estabelece como condição para a pesquisa em psicanálise, ou seja, ter uma *receptividade curiosa frente ao que se está pesquisando*. Assim sendo, abandonei as polêmicas sobre o lugar dos pais na psicanálise de criança, procurando-me ater ao que eu observava e vivia na experiência diária e cotidiana da clínica⁵.

VAISBERG, MACHADO & AMBROSIO (2003) consideram que “é fundamental a distinção entre um plano propriamente metodológico e outro, que consiste no conjunto de procedimentos práticos pelos quais o encontro clínico se concretiza. (...) De todo modo, é distinguindo estes dois planos – o metodológico e aquele dos procedimentos – que julgamos fundamental conceituar a essência do método psicanalítico”, definido por elas como um tipo de método clínico com características peculiares. (p. 6). Para essas autoras, quem melhor apreendeu a essência do método foi o filósofo Politzer, um não psicanalista, que criticou a psicanálise ferozmente, pois, na obra desse autor, “defende-se a tese de que o aspecto verdadeiramente revolucionário da obra freudiana (...) consiste na idéia segundo a qual não existe nenhuma conduta humana isenta de sentido”. Destacam: “esta é, por assim dizer, a ‘alma’ do método psicanalítico, a idéia de que toda e qualquer manifestação humana é portadora de um sentido emocional que só pode ser

⁵ No capítulo 4, Alguns olhares, discutirei sobre a possibilidade de um novo conhecimento surgir a partir desta experiência.

compreendido tendo-se em vista os acontecimentos de vida do indivíduo singular, devidamente contextualizados social, histórica, política e culturalmente”. (p. 7).

Ainda de acordo com essas autoras, ‘Politzer (1928) denomina *drama* a trajetória vital do homem desde o nascimento até a morte e considera a *narrativa* em primeira pessoa, associada ao gesto, a chave para a compreensão do *fato psicológico*: ‘com efeito, um gesto que eu faça é um fato psicológico, porque é um segmento do drama que representa a minha vida. A maneira como ele se insere nesse drama é dada ao psicólogo pela narrativa que eu possa fazer acerca do referido gesto. Mas o fato psicológico é *o gesto esclarecido pela narrativa* e não o gesto isolado, ou o conteúdo realizado na narrativa’”. (p. 8) (grifos de Politzer).

BENJAMIM (1994) coloca que narrar é a ‘faculdade de intercambiar experiências’. Em seu belíssimo texto *O Narrador – Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov*, discorre longamente sobre o valor da narrativa e de como está em vias de extinção. Para BENJAMIM, ‘a experiência que passa de pessoa a pessoa é a fonte a que recorreram todos os narradores’. Aponta, também, a dimensão utilitária da narrativa, que traz um ensinamento moral, uma sugestão prática, provérbio ou uma norma de vida. Para BENJAMIM, o narrador é um homem que sabe dar conselhos. ‘Mas, se ‘dar conselhos’ parece hoje algo de antiquado, é porque *as experiências estão deixando de ser comunicáveis*’. (p. 200) (grifos meus). Diz, ainda, que a narrativa é ‘uma forma artesanal de comunicação. Ela não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele’. (p. 205).

Mergulhar a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele... Ao reler minhas anotações das entrevistas familiares, observei como havia relatos de outras vidas mergulhados em mim, como as famílias haviam depositado suas “coisas” em mim. Percebi que a minha tarefa, então, era transformar essas entrevistas em narrativas, para tentar recuperar a experiência de comunicação possível de ocorrer em cada uma delas.

Portanto, convido o leitor para mergulhar no mar das narrativas que se seguem.

3

QUADROS

PRIMEIRO QUADRO

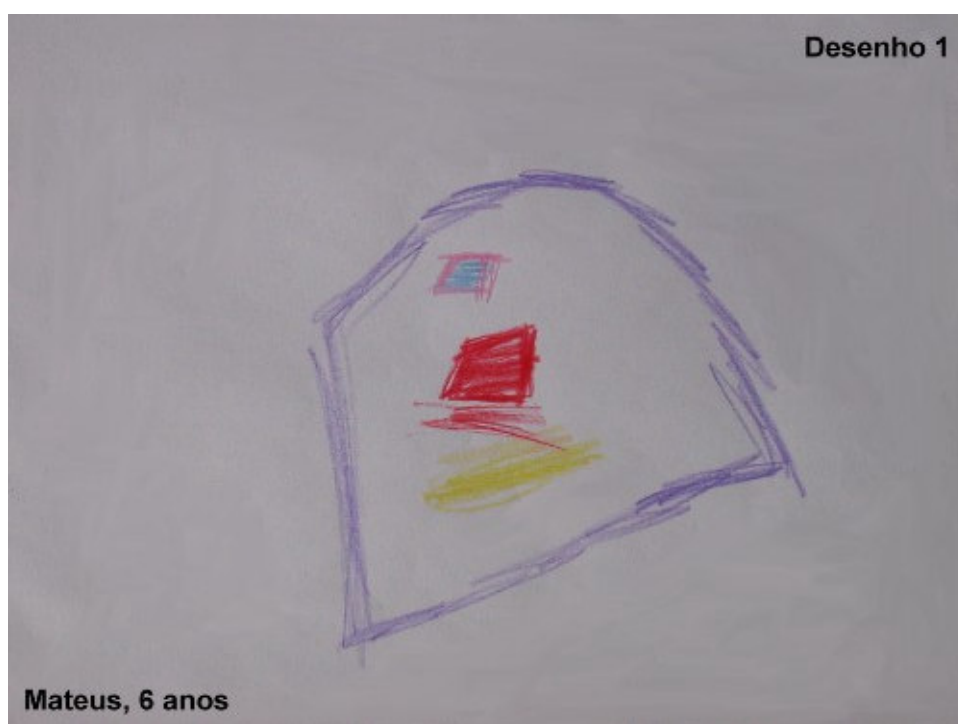
O PORCO ESPINHO

Personagens: Mateus, seis anos e seus pais: Sr Paulo e Joana.

Essa consulta foi marcada por telefone, pela tia paterna do Mateus, que pede para que eu faça um ‘favor enorme, uma caridade’, pois alega que o seu sobrinho apresenta problemas comportamentais, sendo tratado com medicação psiquiátrica. Solicito, como sempre, que os pais e a criança estejam presentes. Ela diz que o pai viria mesmo à entrevista, pois a mulher dele é ‘muito simplória e não sabe informar o que acontece com o filho’.

No dia marcado, Mateus, logo que me vê, começa a fazer perguntas para o pai. O pai me explica que ele está pensando que eu sou médico. Enquanto nos dirigimos para a sala, pergunto para Mateus o que ele acha que está fazendo aqui. Observo que é uma criança atrapalhada e com dificuldade de se expressar. Não é fácil entender o que ele fala.

Ao entrarmos no consultório, diz que quer desenhar. Desenha uma casa, mas logo passa a perguntar e a se interessar mais sobre qual lápis deve usar. Observo que ele tem muita dificuldade em se concentrar no que está fazendo (desenho 1).



Ao solicitar alguns dados sobre Mateus, o pai assume o papel de informante. A mãe está calada, sentada atrás do marido, afastada e distante de nós. Fico com a impressão de que ela está alheia ao que acontece. Volta à minha mente a informação que a tia do Mateus havia me dado: “ela é uma pessoa muito simplória e é o pai que sabe informar o que ocorre com o Mateus”.

O pai diz que desde pequeno o filho apresenta problemas de comportamento.

Fala que já era muito agitado antes de andar. Diz que comeu o forro do chiqueirinho onde ficava. Nesse momento, a mãe o corrige e diz que ele rasgou o forro com os dentes, mas não comeu.

Paulo continua dizendo que ele nunca se concentrou nas brincadeiras. Diz que quebra os brinquedos e que quando tenta ensiná-lo a brincar ele fala que já sabe. O pai acha que seu comportamento piorou quando ele foi para a creche aos quatro anos de idade. Começaram a reclamar que ele não conseguia ficar sentado para fazer a lição; amassava papéis; não se concentrava; corria na sala de aula; não se enturmava com as outras crianças e, assim, era posto de lado.

A equipe da creche orientou os pais a procurarem ajuda, mas eles não conseguiram atendimento psicológico. Só encontraram ajuda na Psiquiatria Infantil da Santa Casa, quando Mateus tinha recém-completado cinco anos. O pai conta que nesta época ele já estava em uma escola particular e que o seu comportamento era diferenciado em relação a outras crianças. Diz que a professora queria saber o que eles estavam fazendo para ajudar o filho. Enquanto o pai relatava as dificuldades do filho, Mateus queria apontar o lápis. Pediu “pontador” e eu entendi que ele queria usar o computador. Ele, me mostrando o lápis, se fez entender. Queria o apontador!

Ao apontar o lápis, derruba lascas de madeira pela sala. Paulo quer que ele jogue tudo no lixo. O pai tem que interromper o que está dizendo para orientar e dar limites às brincadeiras do filho. Essas brincadeiras de fato transtornam o ambiente, pois Mateus se apresenta um tanto agitado e estabonado.

Observo a agitação do Mateus, evitando ficar tão irritado quanto o pai parece estar. Quero ver como os pais lidarão com isso, ali na consulta. Às vezes, Mateus se aproxima da mãe e lhe beija o rosto carinhosamente. A mãe lhe dá atenção e afeto nestes momentos, embora continue – aparentemente – alheia ao que ocorre.

De repente, o pai vai falar algo e Mateus se aproxima dele, interrompendo-o. Paulo fica nervoso e irritado. Fala para o Mateus que ele está conversando comigo. E me conta que ele sempre se mete no meio dos outros. “Se eu estiver conversando com um amigo, ele se coloca no meio”. Mateus, nesse exato momento, pega o lápis de cor e desenha um porco-espinho (desenho 2).



Paulo quer continuar a falar, como se nada tivesse acontecido. Pergunto para ele o que ele acha do desenho que o filho fez. Ele fica quieto. Então falo que o Mateus havia desenhado, justamente, um porco-espinho, quando ele reclamou que o filho se mete entre todo mundo. Parecia que ele estava dizendo que ele se sente como um porco-espinho, que espinha todo mundo, atrapalhando os outros.

O pai e a mãe dão uma risadinha. Observo que o pai está impactado pelo que falei. Mateus o chama pelo nome e pergunto se ele não o chama de pai. Ele responde que às vezes, sim, mas que, como a mulher o chama pelo nome, o filho faz igual.

Faz-se um silêncio. Creio que o pai esperava que eu perguntasse algo, retomando a história do tratamento psiquiátrico que ele estava contando antes e que ficou no ar, já que ele não consegue falar mais nada. Pergunto o que ele está pensando e ele não responde. Depois diz: “A gente não consegue por limite no Mateus. Ele faz muita birra, chora muito, não conseguimos impor um horário para ele desligar a televisão”.

Mateus, então, quer pegar um enfeite frágil que há na minha sala e o pai não fala nada. Diz para mim: “Se falar para ele não pegar, ele pega”. Aponto, então, que ele não tentou dar o limite naquele exato momento. O pai diz que Mateus é implicante e insistente com ele e a esposa.

Este momento da consulta é muito intenso. Observo, curioso para saber que rumo a nossa conversa irá tomar.

Paulo começa a falar novamente sobre o tratamento que o filho fez. Conta que fez exames físicos, inclusive ressonância magnética. Foi medicado com ritalina durante seis meses.

A medicação fez efeito e Mateus apresentou melhora na escola, “pelo menos para os professores, que acharam que ele se integrou mais”.

Nesse momento a mãe diz: “Qualquer um melhora com calmante. Se dependesse de mim, ele não teria tomado calmante. Nunca quis que ele tomasse calmante, acho que o problema que ele tem não precisa de psiquiatra”.

Fico impressionado com a transformação de Joana: uma mulher que se mostrava até então frágil e distante e que vira uma mulher forte e presente.

Um pensamento me invade, então: se ela tem que ficar escondida, sendo vista pela família do marido – e provavelmente pelo próprio marido – como alguém que não sabe nada sobre o filho, alguém que deve ficar calada e imóvel, sentada atrás do marido, é o seu filho, então, que “reclama” por ela e que se coloca contrário a esta situação. Ou seja, talvez a agitação do filho seja a agitação que Joana gostaria de fazer, a fim de sair do papel e posição destinados a ela.

Paulo continua, justificando o uso do remédio, dizendo: “Precisaram dar remédio, pois era uma ajuda. Ele iria ser expulso da escola”.

Conta, então, dos efeitos adversos do medicamento, pois, após seis meses, os sintomas voltaram e a médica suspendeu a medicação, tentando um antidepressivo, que causou estomatite e febre como efeitos colaterais. A médica não achou que isto fosse um efeito adverso do remédio e continuou com a medicação. Mateus teve novamente outra estomatite e, então, a médica considerou que isto foi uma reação alérgica ao medicamento.

Enquanto tudo isto ocorria, Mateus estava mexendo nas gavetas da minha escrivaninha, descobrindo e querendo ver tudo que eu guardo nela.

Assim, abre a gaveta para guardar o apontador e as caixas de lápis de cor, pega o baralho, brinca com ele, olhando todas as cartas (não consegue arrumar o baralho para guardar), brinca com o jogo de damas etc.

Joana insinua que ela e o marido têm problemas entre eles, dizendo que sempre foi difícil cuidarem do filho. Parece não gostar de morar com a sogra. Chama a atenção esta relação de casal, ainda mais que o marido tem nível universitário e a mãe é faxineira.

Agendo uma nova consulta, mas os pais mudaram de cidade e não compareceram mais.

SEGUNDO QUADRO

FILHO SÓ DO CORAÇÃO

Personagens: Gabriel de sete anos e seus pais (Carmem e Carlos)

Carmem agendou a consulta para o filho Gabriel através de uma ligação telefônica com a assistente social da Clínica. Falou que ele apresentava dificuldade escolar (não conseguia acompanhar a classe, pois não escrevia em letra cursiva). Embora tenha informado que Gabriel era filho adotivo, não deixou claro que ele não sabia da adoção. Disse que não se sentia preparada para falar e tratar disso com o filho, apesar de ter conversado delicadamente com ele, quando, então, choraram muito. Após isso, ele estava mais amável, pois sabia mais ou menos que era adotivo, embora negasse. A assistente social procedeu, nesse caso, como faço geralmente, pois orientou a vir toda a família para a consulta. Talvez, se a questão do segredo relativo à adoção tivesse sido mais explicitada, a consulta teria sido marcada apenas com os pais.

No dia da consulta, chamei os três na sala de espera e, assim que todos entraram no consultório, enquanto me acomodava na minha cadeira (ainda mal havia sentado), Carlos (o pai) me entregou o seu cartão de visitas, explicando que, sendo eu psicólogo, deveria fazer um plano de previdência privada e, já que ele era corretor de seguros, eu deveria usar dos seus serviços. Apesar do inusitado, peguei o cartão e vi que no verso estava escrito o seguinte: “O Gabriel é filho do coração”. Ele quis deixar claro – e conseguiu – que Gabriel era um filho adotivo.

Fiquei espantado e admirado com a forma engenhosa com que o pai arranjou para me contar tal fato e percebi que nessa comunicação estava implícito que Gabriel talvez não soubesse a verdade e que os pais não iriam falar sobre isto durante a consulta, pelo menos não na frente do filho. Na verdade, o cartão de visitas serviu para selar um pacto sobre um “**segredo**” familiar.

Achava-me numa situação difícil. Não sabia exatamente como proceder. Interromper a consulta? Pedir apenas para os pais retornarem outro dia? Isto seria muito estranho... Enquanto perguntava os dados de identificação do Gabriel, comecei a pensar em uma maneira mais coerente de conduzir a entrevista; em uma saída, se é que havia alguma.

Enquanto anotava os dados do Gabriel, pensava que nesse caso seria difícil fazer o contrato usual. Como dizer, como costume fazer, que todos têm o direito à palavra e que poderiam se pronunciar sobre o motivo da busca se havia um segredo no ar?

Disse que gostaria de saber os motivos da busca pelo atendimento psicológico. Falei que lá poderia ser uma oportunidade para conversarmos sobre as prováveis dificuldades pelas quais têm passado. Ofereci lápis e papel para o Gabriel e expliquei para os pais que crianças se expressam melhor desenhando.

Perguntei, então, diretamente para o Gabriel por que ele achava que estava ali para conversar com um psicólogo.

Gabriel respondeu: "O meu pai falou que a escola mandou eu vir aqui por que eu não faço lição e por que eu andava com muitas mentiras".

Imediatamente pensei no enorme significado dessa comunicação, pois Gabriel falou que mente, mas eu já sabia que os pais também mentem para ele.

Carmem, a mãe de Gabriel, disse que há cinco meses ele deixou de fazer as lições. Contou que ele estudava em um colégio que usava o método construtivista e que estava com dificuldade de deixar de usar a letra de forma para usar a letra cursiva. "Ele estacionou ali, não consegue acompanhar". De acordo com a mãe, a

professora falou que ele sabia tudo, mas que não registrava. "Se forçamos a barra, ele tem sérios problemas de comportamento".

Carmem conta que ele falava que fazia todas as lições na escola, mas que, na verdade, não trazia lições para casa, pois não as copiava. Assim, ela deu um basta e ela ou o pai iam buscá-lo na escola e faziam-no copiar a lição, mesmo que ele ficasse chorando por causa disto.

Conforme a mãe vai contando os fatos relatados acima, Gabriel faz os seguintes desenhos: um desenho (desenho 3) onde aparece o mar e os peixes. Diz que há uma tempestade, com raios e trovões. "Quando está calor cai a chuva, que ajuda as plantas, por que sai a poluição. A gente fica melhor". Desenha, também, um barco de pesca com uma bandeira onde há a letra xis. Este desenho, com uma figura humana em forma de palito dentro do barco, que me sugeriu uma pessoa que não pode se desenvolver, passa a impressão de muita ansiedade. Gabriel diz que o barco está perdido no oceano.



Depois, desenha um barco, que “é de madeira e de passeio, com uma pessoa e um bichinho” (desenho 4). Enquanto ele desenhava este barco, me lembrei da história da Arca de Noé.



Faz um outro (desenho 5) com o sol surgindo atrás da neblina, toda azul. Diz que está começando a clarear. Vejo uma árvore que está inclinada para a direita, pergunto se está ventando, mas ele diz que não, que é assim mesmo que ele desenha árvore. O azul intenso e nebuloso no desenho todo me sugerem muita ansiedade.



A mãe diz que quando viu o colorido azul que ele fez nos desenhos, lembrou-se de que Gabriel fala que quando não quer fazer a lição, vê a cor vermelha que o impede de fazer a tarefa. A mãe sugere, então, para evitar isto, que ele pense na cor azul. Ou seja, parece que a mãe associa o azul do desenho do filho à experiência que ela vive com ele quando o ajuda nas tarefas escolares.

Após perguntar a Gabriel sobre os seus desenhos, resolvo conversar somente com os pais, pois queria falar com eles sobre a adoção. Peço para o Gabriel esperar fora da sala e explico para ele que eu converso um pouco com todos e depois falo só com os pais. Nem sempre procedo assim, mas adotei esta estratégia nessa consulta, dizendo que sempre faço isso – embora não seja verdade, pois em quase todas as consultas que faço eu fico com todos na sala – para não assustar o Gabriel, como se houvesse algo errado com ele.

Pergunto para os pais qual é a questão relacionada à adoção, remetendo, então, ao que estava escrito no cartão de visita do pai. Falo com eles sobre quantas informações estavam contidas naquele cartão: nosso filho é adotado, não sabe e nós pais não queremos falar com ele sobre isto. Falei para o pai sobre a "batata quente" que ele jogou para mim.

Os pais falam que Gabriel, há três anos, estava assistindo à novela "Chiquititas" e, ao ver um capítulo sobre crianças que não tinham pais, ele perguntou para a Carmem: "Eu sou seu filho? Eu não sou adotivo?" A mãe diz que não sabia o que falar, que se sentiu pega de surpresa. Conta que após este dia, ele não suportava mais a mãe, que não a aceitava mais, apegando-se mais ao pai e ao tio (irmão da mãe que mora com eles). "De lá para cá, ficou rebelde", diz a mãe.

Esta questão continua a incomodar e não foi respondida ainda. Dizem que eles são casados há 14 anos e que a Carmem não pode ter filhos, pois não tem útero de nascença. Adotaram o Gabriel de repente, pois uma amiga chegou para eles e falou que tinha uma criança para ser adotada, mas que a decisão tinha que ser imediata. Era pegar ou largar. Carmem e Carlos resolveram pegar o Gabriel após três dias. Carlos conta que comprou tudo que uma criança recém-nascida precisa em 4 horas. Informam que ele foi registrado como filho deles, pois falaram no cartório que ele nasceu em casa de parteira.

Para poder conversar sobre os significados da adoção para este casal, nesta situação clínica específica, tão intensa e com tantas comunicações, eu utilizei os desenhos que o filho fez, apontando para eles as minhas observações e compreensões, transcritas acima.

No primeiro desenho aponto para eles a chuva intensa que cai, que me parece sugerir uma enorme ansiedade do Gabriel em relação a esse segredo. E coloco que o próprio Gabriel indica que, se a poluição sair, a gente fica melhor. Talvez coubesse a questão sobre o que está poluindo tanto, que precisa ser limpo. Parece-me que ele fala da adoção como algo a ser esclarecido e que ele quer conversar sobre isso, haja vista a pergunta que fez para eles, de sopetão, quando estava assistindo à novela Chiquititas. Aponto os dois barcos onde há bandeira com a letra xis. Falo que o xis pode ser visto como uma incógnita, o xis da questão. Será que Gabriel não está mostrando isto nos seus desenhos, ou seja, que há uma dúvida sobre a qual parece que ele gostaria de conversar? Falo sobre a ansiedade que o desenho me transmitia, com a chuva e a tempestade, que pode também trazer alívio: “melhora a poluição e a gente fica melhor”, nas palavras de Gabriel.

Aponto a figura humana empobrecida dentro do barco, sem poder se desenvolver. Parece que tanto mistério em torno da adoção impede o desenvolvimento do filho deles. Falo sobre a associação que fiz do segundo desenho com o mito da Arca de Nóe, que adotou todos os animais para preservar as espécies. Quanto ao terceiro desenho, falei para os pais da possibilidade de nascer o sol, embora tenha muita neblina (coisas nebulosas para o Gabriel). Acho que durante todo o tempo a entrevista foi muito nebulosa para o Gabriel, pois ele não sabe, ou não pode saber, sobre a adoção.

Tentei acima fazer uma síntese dos elementos que usei dos desenhos para conversar com os pais sobre a questão tabu da entrevista: a adoção. Fico com a impressão, ao ler o que disse para eles, que parece que “vomitei” todas estas informações para os pais. Porém, na verdade, durante a entrevista elas foram sendo ditas de maneira cautelosa e a partir de questões que eles próprios levantavam: será que ele sabe? Devemos contar ou não? Fazer mistério sobre isto pode prejudicar o nosso filho? e assim por diante.

Podemos observar que utilizei o desenho do Gabriel como uma comunicação que facilita conversar com os pais sobre o que está oculto – ou tão presente – e que, por não poder ser falado, deve ser escondido.

Outro aspecto interessante dessa entrevista é como fui pego de sopetão pelo pai sobre a questão da adoção. Parecia que ele havia jogado uma "batata quente" na minha mão, como já disse acima. De certo modo, foi o que o filho fez com eles quando perguntou de repente, ao ver a novela, se era adotado. Parece que os pais precisaram me mostrar ali, no aqui e agora da entrevista, o que eles viveram há três anos com a pergunta do filho.

É a partir da observação desses movimentos e dessas comunicações que a consulta inicial com famílias já pode ser um primeiro momento de pensar no que está acontecendo com quem busca um atendimento.

Pensei que o mais indicado para esse caso, seria um aprofundamento diagnóstico, mas já se via que o tabu da adoção apareceria novamente nessa avaliação. Portanto, falei com os pais sobre o que implica continuar a vir a um psicólogo, ou seja, se debruçar sobre as dificuldades escolares e também sobre o segredo da adoção. Será que estão dispostos a enfrentar a dor que isso tudo pode levantar, ainda mais se pensarmos na esterilidade de Carmem como algo não elaborado? Os pais resolvem, então, procurar uma avaliação fora da clínica, com um profissional indicado por um parente deles. Não quiseram esperar pelo atendimento na clínica, pois não havia vaga disponível naquele momento.

TERCEIRO QUADRO

A MENTIRA TEM PERNA CURTA...

Personagens: Renato, 28 anos; Sara, três anos, (personagem muda) e a ex-esposa de Renato, (personagem muda).

Observação: as personagens mudas não vieram à consulta

Renato comparece sozinho à clínica para marcar um atendimento para Sara, sua filha. Vou com ele até minha sala, para anotar os dados de identificação da filha. Sempre que um responsável por uma criança comparece sozinho à clínica, explico que gostaria de fazer uma consulta junto com o filho para quem se procura atendimento, pois gosto que a criança também esteja presente. A princípio, na situação de Sara, não faria diferente e comecei a pensar em como marcar essa consulta familiar: chamaria o Renato e sua ex-esposa – mãe de Sara – juntos, ou teríamos entrevistas separadas, com o pai e Sara e com a mãe e Sara? Porém, enquanto penso nisso tudo, Renato começa a falar sobre o que está acontecendo. Eu resolvi, então, escutá-lo...

Renato conta que a sua filha tem tido comportamentos de birra e mentido. Venho a entender o que ele chama de “mentir”, para uma menina de apenas três anos mais adiante. Discorre um tempo sobre a sua filha, falando sobre os seus sintomas: “quando fica nervosa, fica agressiva e joga o que tem na mão no chão”.

Renato me conta que a menina mora com a mãe dela, sua ex-esposa, de quem é separado. Fico sabendo que a ex-mulher de Renato já tem um outro filho, com outro homem. Pergunto: “Ou seja, a sua filha tem um meio irmão?” Renato concorda, mas diz que é mais ou menos isto. Fico sem entender, mas resolvo ainda não insistir com perguntas. Quero ouvir mais, interessado na sua história e deixo Renato falar.

Aos poucos, ele conta a história desta menininha – ou seria melhor dizer a sua pré-história?

Ela é a segunda filha dele com a ex-esposa. A primeira filha de ambos morreu logo após o nascimento, pois, como nasceu prematura, não resistiu, embora cuidados

na UTI de neonatais lhe tenham sido dispendidos. Durante o parto desta menina, a mãe soube que tinha uma disfunção cardíaca e foi operada às pressas. Renato se viu num dilema: contar ou não à sua esposa que a filha havia morrido?

Por recomendações médicas – o médico considerou que contar seria um susto muito forte para aquela mulher recém-operada – Renato resolve mentir para ela, ocultando a morte da recém-nascida.

Renato diz que, a partir de então, o casamento, que já vinha ruim, piorou de vez. A mulher, após saber da morte da filha, acusou-o de esconder de propósito um fato tão grave. Renato conta que o próprio sogro, que antes concordara com a mentira, agora falava que a decisão havia sido apenas do Renato e que ele não compactuara com isto.

Dessa forma, após alguns meses, o casal se separa, mas, de acordo com Renato, continuaram amigos. Sua ex-mulher conheceu uma outra pessoa (um amigo de Renato) com quem teve um relacionamento fugaz, mas suficiente para engravidar novamente. Fico sabendo, então, que Sara, a menina que “mente”, e que é, aparentemente, o motivo pela busca da consulta, é filha da ex-mulher de Renato com este outro homem.

Porém Renato aceitou uma proposta feita pela sua ex-esposa e deu o seu nome para a menina. Isto me deixou surpreso. Ele registrou-a como filha legítima, tornando-se pai legal, mas não pai “biológico”. Renato mostra-se preocupado com isto e não sabe se deve contar para a menina, nem como e quando contar.

A seguir, ele fala que a mulher voltou a namorar este seu amigo (agora já ex-amigo, obviamente) e teve o segundo filho – o filho que antes eu pensara ser meio irmão da menininha “mentirosa”. Compreendi, então, por que Renato havia

concordado mais ou menos com a minha pergunta relativa a este meio irmão, já que ele é um meio irmão somente perante a lei, mas é irmão de fato.

Confesso que fiquei estupefato com tal história e pensava: o que leva um homem a agir de tal maneira, a tomar tais atitudes? Compreendo, então, por que Renato queria tanto falar – parecia que ele queria falar sobre esta mentira para alguém.

Fico em dúvida se ele de fato quer que a “filha” venha a alguma consulta, pois, quando o nosso horário chega ao fim e eu falo que deveríamos marcar um retorno com ele, a menina e sua ex-esposa, ele diz que gostaria de conversar mais uma vez comigo. Aceito esta proposta – ou pedido? – e marcamos outra entrevista.

No retorno, Renato fala novamente sobre a preocupação que tem sobre as “mentiras” que a sua filha conta. Ainda mais, diz ele, que quando a leva para passear, e se encontram com a ex-namorada dele – relação iniciada após o final do seu casamento e com quem ele mantém um bom contato – a menina, ao voltar para casa, tem que mentir para a mãe, ou seja, não pode falar que se encontrou com a ex-namorada do “pai”.

Percebo, então, que há uma grande mentira nesta história contada pelo Renato. Pergunto para ele qual é a mentira e ele só responde que são as mentiras contadas pela filha, forçada a mentir para não decepcionar a mãe. Falo para Renato que a mentira me parecia ser sobre as origens desta menina, quem é o pai dela de fato. E pergunto quem está mentindo, pois parece que Renato também tem que mentir para não decepcionar a filha.

A partir disto, a consulta muda de rumo e Renato fala mais dele: conta que nem sabe por que fez isto, mas relembra que ficou muito mal com a morte da

primeira filha e quis dar outra filha à esposa, mesmo que não fosse filha dele. Sente-se "amarrado", agora, para sempre a esta mulher.

Lembrou-se de que sua mãe o alertou sobre isto e que o aconselhou a apenas ajudar a ex-mulher, mas não registrar o bebê como filha. Conta, também, que seus pais são separados, que foi criado por um padrasto desde pequeno, embora sempre tenha tido contato com o pai.

Fiquei pensando de que forma poderia ajudar Renato. Fazia-se necessário saber se ele queria ser ajudado, pois solicitou a consulta, a princípio, para a filha, embora fosse ficando claro, aos poucos, que havia uma necessidade de ele falar.

Dessa forma, resolvi marcar mais algumas consultas com Renato. Nas duas entrevistas seguintes Renato fala bastante sobre como foi o seu casamento com a mãe de Sara, dizendo que nunca se sentiu casado de fato, pois ela nunca se desligou da família de origem. Pelo que conta, foi uma relação conturbada e que nunca pôde ser vivida em profundidade. Falou de como se sente mal em ter registrado Sara como sua filha, pois sabe que este é um assunto sobre o qual não tem com quem conversar. Acha que se contar para algum amigo dele, ninguém vai entender e ainda podem chamá-lo de corno.

Renato fala, também, que, às vezes, vê-se tendo algumas atitudes agressivas sem saber por quê. Por exemplo, já quebrou o vidro de um carro após brigar com a ex-esposa, porque ela não queria que ele levasse Sara para passear junto com sua ex-namorada. Diz, também, que quebrou o seu celular, atirando-o no chão, após uma discussão. Ao falar destes seus rompantes agressivos, diz que gostaria de conversar mais sobre as coisas dele.

Assim sendo, um trabalho terapêutico foi proposto para Renato.

QUARTO QUADRO

O MENINO DO FURACÃO

Peça em um ato

Autores: os próprios personagens.

Cenário: consultório de Marcelo.

Personagens

Valter: um menino de sete anos.

Selma: mãe de Valter. Enfermeira.

Marcelo: psicólogo clínico.

Esclareço que a forma utilizada para escrever este quadro foi a de um texto teatral.

Isto se impôs a mim, espontaneamente.

Acredito que tenha sido uma maneira de lidar com a enorme emoção que senti durante e logo após a consulta e ao reler as anotações sobre o caso, algum tempo depois.

A cena se inicia com Valter desenhando. Primeiro desenha uma casa, onde aparece o sol, mas o tempo está se fechando (desenho 6).



Depois, faz outro onde aparece um coelho coberto com um pano preto e um furacão vermelho (desenho 7). Os desenhos são projetados no fundo do palco, de modo que o espectador possa vê-los.



Valter (*ao ver que Marcelo está interessado nos seus desenhos*): Há uma pessoa no furacão, que é minha mãe.

Selma (*alheia ao que está acontecendo, fala para Marcelo*): Ele apresenta dificuldade em aceitar regras e limites na escola.

Valter (*rebatendo a mãe*): Você também.

Selma (*para Marcelo*): No escotismo ele se desentende com as crianças, que brigam muito com ele. Quando aperta muito, escapa pelas questões das cirurgias. Fala que não quer este braço. Quando apresenta lesões no braço, faço curativo nele, mas ele tira o curativo e depois tira as cascas da cicatrização. A sensação que dá é que ele não quer que cure.

Neste momento, ouve-se uma gravação.

Voz em off: “Valter apresenta um tipo de lesão na pele chamada *nevus circular gigante*. Esta lesão ocupa todo o seu braço esquerdo, ou como prefere a mãe, membro superior esquerdo”.

Selma (*para Marcelo – conforme fala, sua voz sobrepõe-se à gravação, que diminuí de volume lentamente*): Estão tirando cirurgicamente desde os seis meses de idade. Já tiraram da região dos glúteos, costas e braço. Para isto, já fez oito cirurgias, sendo que de todas estas, ele só ficou internado em uma delas. Nas outras vezes, ele sai no mesmo dia.

Valter (*para Selma*): Mãe, você dormiu lá quando eu fiquei internado?

Selma (*para Marcelo*): A técnica cirúrgica é a mesma que se usa para queimados, pois implantam pele da coxa.

Ela faz uma pausa e continua.

Selma: Ele faz este tratamento no Hospital das Clínicas e é tratado pela parte de cosmiatria do mesmo Hospital, onde estão usando aplicação de cremes para trabalhar a estética. É atendido por uma terapeuta ocupacional com quem tem muita afinidade, pois ela cuida dele desde o berço, tendo um laço de afetividade muito forte. Fez tratamento com ela para estimular os movimentos. A parte visual impressiona mais, mas a parte fisiológica está preservada.

Enquanto Selma fala, Valter volta a desenhar outro furacão, que é projetado no fundo do palco. Está debruçado sobre o desenho. Deve passar a impressão de que está assim para não ouvir o que a mãe diz, como se fosse difícil falar sobre o problema de lesões que ele apresenta. Marcelo está muito comovido com esta situação.



Valter: Tem alguém agarrando a corda para não voar. Tem um peixe na parte de baixo do desenho.

Selma: As crianças aceitam, mas têm curiosidade em saber o que aconteceu com ele. Por isso, sempre pedem para contar o que aconteceu. Ele sempre tem que retomar essa história. Deus colocou a gente nesta dificuldade, mas também deu recursos para a gente tratar. A escolha de fazer os procedimentos cirúrgicos é para evitar que ele tivesse câncer, pois, se não operasse, como a pele é sensível, ele poderia, devido a lesões repetidas, desenvolver câncer. Por isto que eu e seu pai escolhemos fazer as cirurgias, como uma medida preventiva.

Valter (*pára de desenhar e se dirige para Selma, muito espantado*): Eu podia morrer de câncer???

Selma: Busco ajuda, pois estou preocupada com Valter. Ele joga com a idéia de que vai morrer, que vai se matar por causa disso. Quer barganhar por que tem o braço assim. Quer fazer uma coisa, em troca de outra. Usa de força física para conseguir o que quer. Acho, também, que a minha separação, há quatro anos, atrapalhou mais as coisas, embora veja o pai com frequência. O pai é vendedor, em uma loja, mas estudou Direito.

Silêncio. Após um momento, ela continua falando.

Selma: Ele nasceu assim. Quem trabalha na saúde tem que ter espinho. Eu sou enfermeira, cuido dos espinhos dos outros, mas também tenho os meus para cuidar. Essa história sempre foi falada para meu filho.

Enquanto isto, Valter deixou de desenhar e foi brincar com o jogo de ligue-ligue. Ele deve transmitir a sensação de se esquivar do que está sendo dito sobre ele.

Selma: Ele entra em contato com suas lesões, pois sempre todo mundo olha para ele e quer saber o que aconteceu.

Selma e Valter saem de cena. A luz cai lentamente, até ficar na penumbra, onde apenas se vislumbra o Psicólogo Clínico. Ouve-se sua voz, embargada, numa gravação, como se fosse sua voz interior.

Voz de Marcelo (*em off*): ‘Estou totalmente emocionado. Quanto sofrimento que escutei da Selma e do Valter. Estes desenhos de furacões... Parecem falar de alguém tomado por uma angústia muito forte... Um menino que tenta se esquivar de um problema que sempre se mostra para ele e para os outros em seu próprio corpo. Parece algo de que se quer fugir e não se pode, como um furacão’.

(Marcelo fica em silêncio por alguns minutos).

Voz de Marcelo (*ainda em off*): ‘Melhor passar a angústia para um outro, no caso eu, um psicólogo supostamente treinado para agüentar os furacões dos outros’.

Ouve-se o Psicólogo Clínico chorar convulsivamente, por muito tempo, e, lentamente, barulhos de furacão ecoam ao fundo, sobrepondo-se ao choro, até que esse não seja mais ouvido.

CAI O PANO.

QUINTO QUADRO

ÁLBUM DE RETRATOS

Personagens:

Marinês: a mãe.

Miguel: 12 anos, filho de Marinês – para quem a mãe estava procurando atendimento.

Renata: quatro anos, filha de Marinês – para quem a mãe também pensava em um atendimento, embora sem ter tanta clareza desta necessidade.

PRIMEIRA CONSULTA

Marinês inicia a consulta dizendo que Miguel fez tratamento há dois anos, durante um ano, na Prefeitura Municipal de São Paulo, em um posto de Saúde no Campo Limpo. Quando o PAS começou a funcionar, parou o tratamento por um ano.

Passou por uma avaliação a pedido da escola. Foi matriculado, depois, na 2ª série, mas ainda não havia sido alfabetizado. Passou para a 3ª série, mas não aprendeu a ler. De acordo com o relato da mãe, ele foi examinado por um neurologista que disse que ele não tem nada, embora precise de classe especial.

A mãe me conta que Miguel não falou até os quatro anos. O pediatra a orientou a procurar tratamento fonoaudiológico e colocá-lo em uma escola. A mãe diz: ‘Fiz isto porque ele não brincava com outras crianças, brincava sempre sozinho’.

Relata que ele começou a melhorar após fazer tratamento fonoaudiológico. O foniatra falou em atraso no desenvolvimento e que ele precisaria de mais sessões. Como a mãe pagava pelo tratamento, resolveu mudar de fonoaudióloga para poder fazer mais sessões.

Quando a irmã de Miguel nasceu, interrompeu o tratamento, pois estava com dificuldade de conciliar os seus horários de trabalho, com os horários da fonoaudióloga e da escola.

Além disso, o marido estava desempregado. A mãe diz que está separada do marido há um ano e 7 meses. As pessoas dizem que o Miguel tem atraso e que o tempo dele é longo e maior que o das outras crianças.

Neste momento, Miguel, que até então havia ficado parado e mudo, começa a copiar o desenho da caixa de lápis de cor que estava sobre a mesa (desenho 9).



Eu apenas observo, sem comentar nada. Na verdade, enquanto a mãe falava, eu estava profundamente impressionado com a passividade e distanciamento do Miguel, que me parecia um deficiente mental. A mãe diz que o tempo dele é mais longo que o das outras crianças e observo isso na consulta, já que ele demorou para se apropriar do material que havia na mesa, disponível para ele usar como quisesse.

A mãe continua seu relato dizendo: ‘Depois que eu me separei tive dificuldade com ambos. O Miguel era muito irresponsável, queria tudo na mão. Acho que meu ex-marido freava a estimulação que eu podia fazer pelo Miguel. Após a separação, tentei estabelecer limites e fazer com que ele pusesse uma mesa, guardasse os brinquedos, por exemplo’.

Relata que foi muito desgastante o primeiro ano de separação, tanto com ele quanto com a Renata, que não aceitou a separação. Ela falava que a mãe devia voltar para o marido e que ela queria morar com o pai dela. Dizia que não gostava da casa dela, que gostava da casa do pai e que a mãe devia fazer tudo o que ela queria.

Nesse momento, Renata, ao me ver tomar algumas notas do que ocorre na consulta, pergunta: ‘Você está escrevendo o que minha mãe fala?’. Eu, por minha vez, pergunto para ela: ‘Estou sim. E você? O que está escutando do que sua mãe fala?’

Renata responde: ‘Não escuto por causa do ouvido, dói, pois puseram algodão’.

Miguel, enquanto isso, continua a copiar o arco-íris da caixa de lápis de cor.

Pergunto para Marinês o que achava sobre o fato de Miguel não falar até os quatro anos. Responde que até os dois anos e meio não se preocupava. Diz que ele falava poucas palavras, mas que ela não observava a diferença dele para outras

crianças. Diz que quando ele nasceu ela era insegura, que tinha muita ansiedade. Era cheia de cuidados. Achava que ele podia cair e olhava se ele estava respirando.

Marinês diz que percebeu tudo isto, ou seja, que ela era muito ansiosa nos cuidados com o Miguel, quando nasceu a Renata, pois não se levantava para ver se a filha estava bem e respirando.

Diz que teve uma gravidez tranqüila, que ficou grávida aos 18 anos, ainda solteira, mas não pensava que ia engravidar.

Contou que já estava noiva e que a mãe e o padrasto achavam que ela só deveria namorar se fosse para casar. Por isso, ao engravidar, inevitavelmente teve que se casar.

Como o horário da consulta estava no final, eu liguei o computador para anotar os dados de identificação do Miguel.

Até este momento, como já falei acima, eu estava muito impressionado com a aparência deficitária do Miguel. Parecia um robzinho, autômato e bem treinado para copiar – bem, diga-se de passagem –, pois somente copiava as figuras desenhadas na caixa de lápis de cor (desenhos 10 e 11).

Desenho 10



Miguel, 12 anos

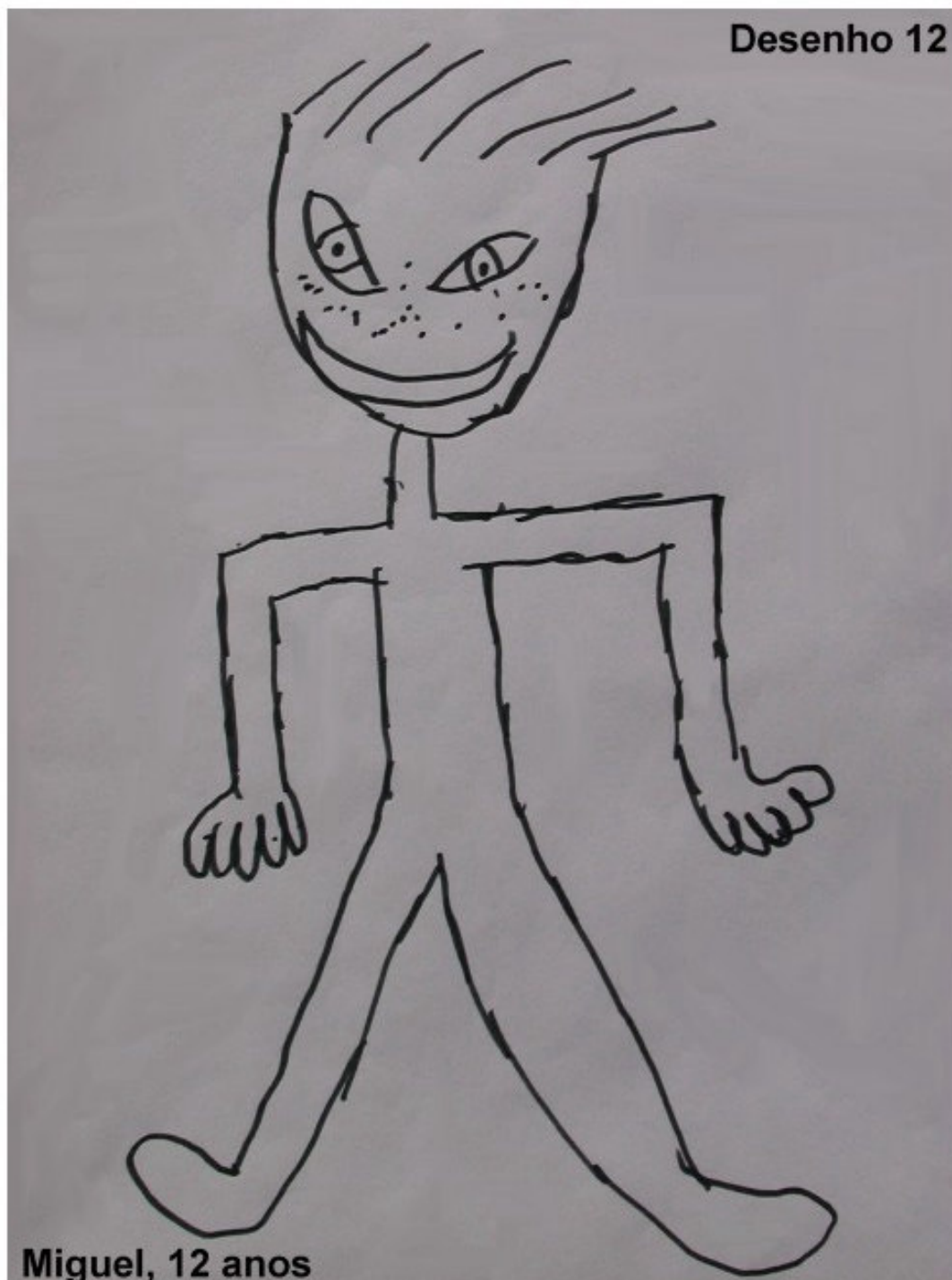
Desenho 11



Miguel, 12 anos

Ao ligar o computador, porém, tudo parece se transformar.

Miguel parece se “ligar” junto: pára de copiar, desenha espontaneamente uma figura humana e diz que é ele (desenho 12). Conversamos, então, sobre computadores e jogos.



Marinês diz que se o assunto interessa, ele fica de antena ligada, mas que é difícil falar com ele sobre escola e que há coisas que ele finge não escutar. Conta que quando pergunta alguma coisa que ele não sabe explicar, ele diz: ‘Deixa pra lá’.

Miguel desenha uma coruja para a irmã (desenho 13) onde noto os traços, como um penacho, e o sol raivoso acima da cabeça da coruja, e conta que já viu galinha; cachorro; leão e ossos de dinossauro. Tira do bolso um brinquedo – um Space Jam – para me mostrar. Como a consulta está no fim, digo-lhe que teremos outra consulta e que ele poderia trazer o que quisesse para me mostrar na próxima vez.



Marco uma outra consulta apenas para o Miguel e a mãe, pois, embora nessa primeira consulta a mãe nem sabia direito sobre qual filho queria falar, para mim ficou claro que os problemas do Miguel é que foram o foco da consulta.

2^A CONSULTA

Vou até a sala de espera para chamar o Miguel e sua mãe. Miguel, então, faz algo inusitado e inesperado. Ele se levanta e diz que irá sozinho, sem a mãe. Imediatamente aceito esta proposta dele e digo para a mãe, então, que irei entrar só com ele. Dirigimo-nos para o meu consultório, Miguel carregando uma mochila e duas sacolas com alguma coisa enorme em cada uma delas. Tenho a impressão de que aquilo era pesado para ele, mas, ao mesmo tempo, ele parecia satisfeito de carregar seus pertences.

No consultório, tira da sacola dois álbuns de fotografia, abre um deles e me conta o que tem em cada foto. Diz: “Aqui é quando era bebê”. Ele é o bebê que aparece na foto e a quem se refere na terceira pessoa.

Em outra foto diz: “Aqui sou eu e o rádio velho”. Parece dar mais importância ao objeto que há na foto do que a ele.

E Miguel continua a me contar a sua história de vida a partir das suas fotos. Miguel diz, ao me mostrar outra foto: “Vai crescendo. Cada dia fico mais crescendo”.(sic)

Ao me mostrar outra foto, diz: “Tava aprendendo a andar, não parece comigo não. Por causa do cabelo. Mas é eu. Tem um bercinho velho”.

E continua, me mostrando outra foto: “Eu com Dodô. O braço dele. Esses tempos eu brincava sozinho”. Dodô é o primo que aparece na foto. Pergunto por que não brincava com crianças e ele responde: “Vontade de ficar sozinho, brincando. É melhor. Fica mais à vontade. Não sei. Meu pai brincava com ele”. Observo que se refere a si próprio, novamente na terceira pessoa.

Miguel, então, olha os desenhos do protetor de telas do computador e pergunta: “Computador fez desenho sozinho?” Fala que já jogou videogame.

Depois me mostra uma foto onde ele aparece na praia e conta: “Ficava pelado na praia. Minha vó morava lá, no Rio de Janeiro. Aí, fui no Santos. Nesses tempos, caranguejo me mordía todinho, nos dois dedões”.

Há uma foto de um aniversário e eu pergunto se é o seu aniversário. Ele responde: “Não sei. Eu não lembro”. Mostra a mãe na fotografia e diz: “Minha mãe, um pouquinho mais nova. Era magrinha. Agora ficou gordinha”.

Dirige o olhar para outra foto e diz: “Uma foto aqui. Não sabia”. Parece que ele não se lembrava daquela foto. Pergunto: “É você?” Ele diz: “Acho que é. Já tive este brinquedo”. Parece se reconhecer na foto não pela sua aparência física, mas, sim, pelo objeto que há na foto. Em seguida, pega o retrato para olhar melhor e diz que é a foto do seu primo.

Nesse momento, Miguel tira do bolso o mesmo boneco que me mostrou na primeira consulta: uma miniatura do Space Jam. Diz que o boneco está ficando velho, pois está mordido pela irmã.

Conta, então, que primeiro aprendeu a jogar bola e que depois era bom no gol. Pergunto com quem aprendeu a jogar bola e ele responde que foi com o seu tio. “Brincava. Jogava pipa. Quebrou a linha. Soltei”.

Pergunto o que ele soltou e ele diz que foi a pipa que ele soltou. E continua: “Depois, aí quebrava linha. A linha ficava trincada. Tá muito fraca”.

Volta a me mostrar os álbuns de fotos e diz:

“Aqui eu era criança, minha mãe me cuidava. Eu era criança, ficava na loja. Sem parede aqui. Rua cheia de pedra. Aqui eu ficava muito”. Cada uma destas frases se refere a uma parte de vários retratos que ele me mostra, ou seja, a frase sobre a loja se refere a uma foto e assim por diante.

Em outra foto diz: “Aqui, a primeira bola. É de plástico, de borracha”.

Olha para o meu computador e diz: “Já tinha um computador. Jogava muito. Só meu pai arrumar e pronto. Aí eu brincava um pouco com o computador. Aí, joguei na casa do meu tio José. Lá tem videogame”.

Nesse momento eu solto um suspiro profundo e ele, imediatamente, me pergunta: “Tá cansado? Parece que tá cansado. Porque trabalha muito. Eu trabalho um pouco.” Aqui ele se refere a ele na primeira pessoa. Diz que lava louça e que faz arroz. Diz: “Faço uma coisa errada. Minha mãe briga. Deixo água suja na pia, aí ela briga. Por que você não tirou? Pia pode cair”.

E continua, no seu relato: “Minha irmã tá sozinha em casa. O que vai fazer? Vai chorar, aquela hora. Vai tentando sair de casa, procurando a mãe. Eu brinco. Eu saio um pouco. Depois, assisto T.V, o Chaves, o Chapolin, o Zorro, desenhos”.

Olha o que eu anotei e diz: “Você fez o Z do Zorro”. E continua a falar: “Chapolin, Chaves, Pequeno Urso. Brincadeira. Louça. Depois, eu brinco com boneco, vou colecionar bonecos”.

Pergunto se já colecionou bonecos e ele desmonta o boneco que havia trazido. Fala: “Tirei” e o remonta. Pergunto se assistiu ao filme Space Jam. Diz que não, só no vídeo. Diz que já colecionou carrão. “Aquele policial”. Pergunto o que mais ele trouxe para me mostrar, o que será que tem dentro da mochila e ele diz: “Só trouxe”.

Então pergunta para mim o que eu vou fazer e se eu já passei, se eu já fui no Rio de Janeiro e na Bahia. Respondo que sim e ele diz que não foi. Pergunta se eu já mexi no computador, digo que sim e ele fala que também já mexeu. Fala que a avó mora na Bahia e que já foi no rádio cantar música sertaneja.

Pergunta: “Você já foi na favela?” Respondo que já e ele diz que já viu favela: “Meu primo mora lá. Na favela. Nome dele é Dodô. Já perdi o boneco dele”. E continua a falar: “Já fui na praia. Já fui mordido. Nadei na bóia. Sabe aqueles camarões pretinhos?”

Pergunta: “Você já foi à costa do Brasil. Aqui é costa do Brasil. Aqui é frente” Pego o mapa do Brasil que há na minha agenda e ele me mostra o que ele falou. Diz: “Aqui é a boca do Brasil”, indicando o Acre. “Aqui é a frente do negócio...” O “negócio” a que se refere é o continente. Diz que na frente do Brasil tem tubarão, baleia e petróleo.

“Aqui (e indica o oceano Pacífico) é onde fica tubarão, baleia. Falei errado. Golfinho, raia”. Continua a mostrar o mapa e várias localizações: “Aqui é o Rio de Janeiro”.

Então pergunta onde fica o Jardim das Rosas (bairro de São Paulo) e diz: “Veja aqui no mapa”. Fala que ficava lá, que morava lá. “Solto pipa. Aqui não tem nenhuma praia”. Diz: “Estes tempos de dinossauros não tinha isto. Campinas. Não tinha nada. Esqueci de escovar os dentes. Só lavei. Não tinha nada. Só dinossauro. Raptor. Ladrão de ovos”. De repente pergunta: “Americanos compram petróleo?” Pergunto o que ele sabe sobre isto. Ele diz: “Negócio preto. Para fazer gasolina. Eles dividem. Olham o Brasil para ver onde tem petróleo. Petróleo tem no Piauí”.

3^A CONSULTA

Marquei um retorno com Marinês para conversarmos mais sobre as suas queixas em relação ao filho, porém poucos dados novos foram acrescentados.

Ela diz que ele está em classe especial, que vai à escola de manhã, mas que ela tem medo dele ir sozinho, pois tem que atravessar rua e avenidas.

Diz: ‘Eu tenho uma dificuldade grande em lidar com isto. Acho que é coisa temporária, que vai passar e não vai durar muito tempo. Porém, não vejo muito avanço. Nem na escola, nem no cotidiano. Miguel tem dificuldade em entender o que eu falo, em dialogar. Parece que o Miguel tentava imitar o pai, que é muito calado. Teve uns avanços, desde que comecei a tratar. Tem dificuldade de se encaixar no dia-a-dia’.

Diz que dá insegurança não ter um diagnóstico preciso sobre o que o filho tem. ‘Será que está fazendo o tratamento certo?’

4

ALGUNS OLHARES

No capítulo anterior, narrei cinco primeiras consultas. Como já destaquei, anteriormente, não reduzi essas entrevistas a apenas ouvir a queixa dos pais e das crianças, mas tentei transformar a situação em um ambiente propício para uma consulta terapêutica.

WINNICOTT (1994b) aponta o

...lugar especial [que] tem de ser concedido à primeira entrevista. (...) A fim de distinguir este trabalho da psicoterapia e da psicanálise utilizo a expressão 'consulta psicoterapêutica'. Trata-se de uma entrevista diagnóstica, baseada na teoria de que não se pode fazer nenhum diagnóstico em psiquiatria, exceto após o teste da terapia. (p. 230)

Para esse autor:

“.. a base para este trabalho especializado é a teoria de que um paciente, criança ou adulto, terá para a primeira entrevista uma certa capacidade de acreditar na obtenção de auxílio e de confiar naquele que o oferece. O que se necessita deste último é um setting estritamente profissional, no qual o paciente fique livre para explorar a oportunidade excepcional que a consulta proporciona para a comunicação. A comunicação de paciente com o psiquiatra referir-se-á às tendências emocionais específicas que têm forma atual e raízes que remontam ao passado ou se entranham profundamente na estrutura da personalidade do paciente e de sua realidade interior pessoal”. (p. 230)

E ainda:

Se é dada a oportunidade da maneira adequada e profissional para uma criança ou para um adulto, no tempo limitado do contato profissional o cliente trará e exporá (embora de início apenas como uma tentativa) o problema predominante

ou o conflito emocional ou a espécie de tensão que aparece nesse momento da vida do cliente. (1984, p.15)

Na introdução de seu livro *Consultas Terapêuticas*” (1984), WINNICOTT diz que a técnica que usa nas suas consultas é muito flexível. “O jogo dos rabiscos é simplesmente um meio de se conseguir entrar em contato com a criança”. (p 11).

Destaca, também, a importância sobre a “exatidão e honestidade da informação”:

Quando desejo fazer o relatório de um caso, tomo nota de tudo o que acontece durante a entrevista, incluindo as coisas que eu mesmo faço e digo, e embora isso me imponha uma tarefa difícil, o trabalho é contrabalançado pela recompensa que advém da *reconstrução* da quase totalidade da entrevista através das anotações, que geralmente são ilegíveis depois de dois ou três dias. Agrada-me empreender esse esforço para escrever uma avaliação completa dos casos clínicos, por que, como se sabe, grande parte de uma entrevista, e especialmente seus detalhes mais importantes, se perde “*como um sonho morre ao nascer do dia*”. (p.11) (grifos meus).

Convido agora, o leitor, a considerar alguns aspectos possíveis de serem discutidos a partir dos quadros-relatos. Proponho que pensemos nesses relatos como um jogo de rabiscos, feitos comigo e com os pacientes. Talvez relatar e narrar esses casos seja uma forma para que esses atendimentos não se esvançam como os sonhos.

Com certeza, para cada quadro-relato-rabisco muitos olhares são possíveis. Interpretações múltiplas são possíveis, mesmo porque algumas dessas histórias não se encerram... Nas consultas, tive acesso a um *flash* da vida dessas pessoas. Após as consultas muitas questões ficavam em aberto. Acho que nós, como psicólogos,

sempre queremos saber mais e mais, aprofundar tudo, considerar, hipotetizar e conjecturar sobre todos os aspectos de um encontro terapêutico, mas, será que tudo pode ser compreendido e explicado? Vivi experiências íntimas e intensas com pessoas que, até um minuto antes de entrarem na minha sala, eram totalmente estranhas. Às vezes, em apenas uma hora, problemas atuais da vida dos pacientes eram contados e eu tinha um vislumbre do passado desses pacientes. Numa mesma consulta, o passado se fazia presente no tempo atual. E, após tudo isso, nunca mais tinha notícias de alguns pacientes...

Os pacientes usaram o *setting* oferecido de forma singular e única, configurando-o de acordo com as suas necessidades. Assim, Mateus pode mostrar-se agitado e desenhar um porco-espinho, talvez como forma de expressar o seu self? Os pais do Gabriel comunicam toda a dificuldade e aflição existente na adoção do filho. Renato, por sua vez, aproveita para contar sua vida e tudo o que fez pela ex-esposa e pela filha, bem como tudo que deixou de fazer para ele mesmo. Valter me coloca no meio do furacão, pois parece que era esse tipo de comunicação que precisava fazer sobre a sua questão orgânica, que lhe traz uma marca corporal indelével. Por fim, Miguel narra sua história a partir do seu álbum de retratos...

No quadro *O Porco Espinho* vemos um caso muito comum em termos de clínica infantil, pois há uma queixa sobre agitação. Parece que qualquer criança um pouco mais extrovertida e bagunceira já é chamada de hiperativa¹. Na minha

¹ A psiquiatria atual nomeia esses casos de Síndrome de Déficit da Atenção com Hiperatividade, definida, pelo CID 10, da seguinte forma: “grupo de transtornos caracterizados por início precoce (habitualmente durante os cinco primeiros anos de vida), falta de perseverança nas atividades que exigem um envolvimento cognitivo, e uma tendência a passar de uma atividade a outra sem acabar nenhuma, associadas a uma atividade global desorganizada, incoordenada e excessiva. Os transtornos podem se acompanhar de outras anomalias. As crianças hipercinéticas são frequentemente imprudentes e impulsivas, sujeitas a acidentes e incorrem em problemas disciplinares mais por infrações não premeditadas de regras que por desafio deliberado. Suas relações com os adultos são freqüentemente marcadas por uma ausência de inibição social, com falta de cautela e reserva normais.

experiência, esses casos terminam sendo atendidos apenas na psiquiatria infantil, pois parece difícil fazer algo que possa trazer alguma transformação para a criança. Um trabalho terapêutico para um caso assim leva tempo e não tem a “rapidez” e “eficácia” atribuída aos medicamentos psiquiátricos. Será que Mateus não continua a receber até hoje apenas tratamento ambulatorial psiquiátrico, apesar de todos os recursos que mostrou na consulta?

Embora os pais falem da agitação de Mateus, não me interessei em comprovar ou não esse diagnóstico, mas, sim, observar o que o menino poderia fazer durante a consulta e como os pais iriam lidar com aquilo tudo na própria entrevista. Talvez ele até seja hiperativo, tanto é que eu o achei atrapalhado, mas, apesar de suas dificuldades, consegue se fazer entender e estabelecer uma comunicação.

Acho interessante que, se a mãe está aparentemente alheia e quieta, o pai, por sua vez, apesar de falar muito sobre os sintomas do filho, como se olhasse muito o próprio filho, paradoxalmente não presta atenção no que Mateus faz ali, na nossa frente, ficando alheio também. Chego a considerar se a agitação de Mateus não pode ser uma forma de chamar a atenção de pais tão distantes.

Observo, também, que a questão da falta de limites aparece na consulta e eu sou capturado por isso. Se os pais reclamam sobre os poucos limites do filho, eu, por minha vez, testo os limites dos pais, pois quero saber até onde eles deixam Mateus fazer o que quer durante a consulta. Eles se queixam da falta de limites do filho e eu fico atento à falta de limites deles em relação ao Mateus durante a consulta.

São impopulares com as outras crianças e podem se tornar isoladas socialmente. Estes transtornos se acompanham freqüentemente de um déficit cognitivo e de um retardo específico do desenvolvimento da motricidade e da linguagem. As complicações secundárias incluem um comportamento dissocial e uma perda de auto-estima”.

Algo semelhante acontece no quadro *Filho Só do Coração*, onde a questão da mentira se faz presente, fazendo-me mentir também. Os pais mentem para o filho sobre a origem dele e me comunicam isso com o cartão de visitas. Sou pego de surpresa por essa comunicação, fico num dilema entre a verdade e a mentira e, para conversar sobre isso com os pais, tenho que mentir para o Gabriel, pois digo para ele sair da sala, inventando que costumo conversar com os pais sem as crianças estarem perto. Parece que esta história é toda construída na mentira: os pais mentem desde o dia em que Gabriel foi dado para eles, pois falaram no cartório que ele nasceu de parteira. Depois, não conseguem contar a verdade para o filho, que questiona os pais sobre a sua origem, sem obter resposta. Então, Gabriel passa a mentir na escola. Será que buscam um psicólogo para poderem lidar com a verdade – ou com o conflito entre verdade e mentira?

E a mentira se faz presente novamente no quadro *A Mentira Tem Perna Curta*: Renato quer falar sobre uma filha mentirosa, mas não se deu conta das repercussões das mentiras que existem na história de vida desta menina e na dele também. Parece que há uma necessidade do Renato de contar isso para alguém, talvez como se ele precisasse fazer um testemunho próprio para um ouvinte atento, como fui para ele. Penso se a mentira que há aqui não diz respeito a um impedimento do Renato de expressar, em sua vida, seu *self* verdadeiro,² para ser ele mesmo. Como isso não é possível, parece que ele construiu uma vida toda na mentira.

² SAFRA (1999) diferencia o *self* do eu: “Compreendo o *self* como uma organização dinâmica que possibilita um indivíduo a ser uma pessoa e ser ele mesmo. Trata-se de uma organização que acontece dentro do processo maturacional com a facilitação de um meio ambiente humano. A cada etapa deste processo há uma integração cada vez mais ampla decorrente das novas experiências de vida. O ‘eu’ seria, para mim, um campo representacional que possibilita ao indivíduo uma identidade nas dimensões do espaço e do tempo. É importante ressaltar que nem o *self* e nem o ‘eu’ confundem-se com o ego, que é uma das instâncias intrapsíquica de caráter funcional, articulador das demandas do id, do superego e da realidade”. (p 37).

No quadro *O Menino Do Furacão* gostaria, em primeiro lugar, de discutir a forma que se impôs para mim ao narrá-lo, pois ao escrever esse caso, sem me dar conta, ele virou uma peça de teatro. Talvez tenha sido uma forma de acentuar no relato a enorme emoção que senti após essa consulta. Tive mesmo a impressão de que eu choraria muito tempo após a consulta, pois algo muito intenso, como um furacão, foi deixado comigo. Imaginei por muitos e muitos dias como deve ser difícil carregar uma marca estampada no corpo, sempre visível e despertando a curiosidade de todos. Pensava no sofrimento intenso desse menino, que, ao nascer, já foi exposto a essa condição. Será que ameaças à existência pessoal do *self* não foram vividas por Valter assim que nasceu, sendo que ele expressou tais vivências nessa consulta? E que, assim, transformei a consulta em uma peça de teatro, como forma de pensar e lidar com isso?

A imagem do furacão nos coloca em contato com um sofrimento intenso, pois sugere algo muito primitivo, incontrolável e destrutivo. Em um desenho, sua mãe parece ser levada pelo furacão. Será que ele não expressa uma vivência de ter perdido sua mãe, como se ela não pudesse ter sido uma mãe suficientemente boa, que o protegesse de uma intrusão ambiental? Mas como proteger de uma intrusão que se manifesta corporalmente?

Um bebê precisa ser cuidado por alguém ao nascer. Em geral, quem cuida dele é a mãe, que deve desenvolver uma condição psicológica que WINNICOTT denomina *Preocupação Materna Primária*. Essa condição se desenvolve gradualmente e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante a gravidez. Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança e não é facilmente

recordada depois da mãe se recuperar dela, pois essa recordação tende a ser reprimida. (WINNICOTT; 1978b, p. 493).

Winnicott (p. 494) observa que para compreender o funcionamento da mãe na fase inicial da vida de um bebê, temos que entender que a mãe “deve ser capaz de atingir este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença e recuperar-se dele”. Assim, define que existe uma “mãe comum devotada”. Porém,

Certamente, existem muitas mulheres que são boas mães sob todos os outros aspectos e que são capazes de manter uma vida rica e proveitosa mas que não conseguem atingir essa ‘doença normal’ que as capacitaria a se adaptar delicada e sensivelmente às necessidades iniciais do bebê. (p. 494)

Para WINNICOTT, na prática, essas mães, por não terem acompanhado o processo normal no estágio mais inicial do bebê, devem compensar o que foi perdido. “Em vez de encarar como algo natural o efeito benéfico de uma preocupação inicial e temporária, são enredadas pela necessidade infantil de terapia, isto é, por um prolongado período de adaptação à necessidade [...]. *Fazem terapia em vez de serem mães.*” (p. 494 -95) (grifos meus).

Ou então, parodiando WINNICOTT, fazem enfermagem ao invés de serem mães, pois acho que Selma consegue ser enfermeira de seu filho, mas não uma mãe cuidadora no sentido apontado por WINNICOTT. Durante toda a consulta, ela detalhou os aspectos da doença do Walter e todos os cuidados que são tomados, mas não consegue observar a enorme angústia que o filho revela nos desenhos. Podemos hipotetizar se não houve uma falha desta mãe na sua capacidade com a preocupação materna primária, falha talvez ocorrida em razão do enorme choque e dor em ter um bebê todo marcado.

No outro desenho feito pelo Valter, há um menino sendo levado, mas há alguém que o segura por uma corda. Parece que Valter continua a temer o furacão, pois agora ele será levado, se ninguém o segurar. Acho que esse desenho mostra um temor de uma vivência de despersonalização³ vivido por Valter, devido a uma ameaça de aniquilação.

Para WINNICOTT (1978b) a mãe que desenvolve o estado da preocupação materna primária ‘fornece um *setting* no qual a constituição do bebê pode se mostrar, suas *tendências ao desenvolvimento* podem começar a se revelar e o bebê pode experimentar um movimento espontâneo e dominar as sensações apropriadas a esta fase inicial da vida.’(p. 495) (grifos meus).

Quando a mãe propicia uma adaptação suficientemente boa para o bebê,

a própria linha de vida do bebê é muito pouco perturbada por reações à invasão. (Naturalmente são as *reações* à invasão que contam, não as invasões em si.) Fracassos maternos produzem fases de reação à invasão e estas reações interrompem o ‘continuar a ser’ do bebê. Um reagir excessivo não produz frustração mas sim uma *ameaça de aniquilação*, que surge antes de qualquer ansiedade que inclua a palavra morte em sua descrição.” (p. 496) (grifos meus)

No quadro *Álbum de retratos* fiquei impressionado pela aparente debilidade e desvitalização de Miguel. Surpreendo-me ao ver que consegue copiar o desenho da caixa de lápis de cor, mas fico ainda mais surpreso em como “se liga”, quando eu ligo o computador. Eu mostro-me interessado e querendo saber mais sobre ele e

³ WINNICOTT (1978c) ao abordar o desenvolvimento emocional primitivo comenta sobre uma paciente psicótica que “às vezes vivia em uma caixa a metros de altura, ligada ao próprio corpo por uma fina linha.” (p.275). A descrição desta paciente me parece muito semelhante ao que Walter faz nos seus desenhos de furacão. WINNICOTT ainda, diz: “Na nossa prática, exemplos de falhas como estas no desenvolvimento primitivo ocorrem todo o dia e, através delas, somos lembrados da importância dos processos de integração, personalização e realização.” (p. 275).

pelas coisas que ele pode fazer e mostrar no nosso primeiro encontro – desenhos e um boneco.

Será que Miguel trouxe as fotos que contam a sua história de vida porque percebeu que eu poderia me interessar por elas? Eu pude adaptar o *setting* rapidamente, pois aceitei que algo anteriormente combinado não fosse cumprido – esta consulta seria com a mãe e ele, mas ele queria entrar sozinho. Ao fazer isso, vivi uma experiência muito interessante, pois, a partir de um objeto mediador, trazido pelo Miguel, acompanhei-o fazendo um relato de sua vida, apesar de toda a sua dificuldade afetiva.

Isto está de acordo com o que WINNICOTT (1994a) afirma sobre as consultas terapêuticas:

É axiomático que se um setting profissional correto é fornecido, o paciente, isto é, a criança (ou adulto) que se acha em sofrimento, trará a aflição para a entrevista sob uma forma ou outra. A motivação é muito profundamente determinada. Talvez seja desconfiança o que se demonstra, ou uma confiança grande demais, ou a confiança é logo estabelecida e as confidências cedo se seguem. Seja o que for que aconteça, *é o acontecer que é importante*. (p. 246) (grifos meus).

E ainda:

Na consulta terapêutica o material se torna específico e muito interessante, já que o cliente logo começa a sentir que a compreensão pode talvez ser acessível e que a comunicação a um nível profundo pode se tornar possível. (WINNICOTT, 1984, p.15)

Considero que, tanto para o Miguel, como para os outros pacientes, o que fiz nessas entrevistas foi fornecer um *setting* flexível, de forma que a aflição podia surgir. Assim, uma compreensão profunda podia acontecer, rapidamente e intensamente. Pois,

O princípio básico é o fornecimento de um *setting* humano e, embora o terapeuta fique livre para ser ele próprio, que ele não distorça o curso dos acontecimentos por fazer ou não fazer coisas por causa de sua própria ansiedade ou culpa, ou sua própria necessidade de alcançar sucesso. *O piquenique é do paciente*, e até mesmo o tempo que faz é do paciente. (WINNICOTT, 1994a, p 247). (grifos meus).

5

CONSIDERAÇÕES POSSÍVEIS

Apontei algumas questões que os casos narrados me suscitaram. Tentei compor minha *promenade*, a fim de pensar quais temas comuns existiam nos meus quadros-relatos. O que apresentei são hipóteses realizadas a partir de uma reflexão clínica e de uma tentativa de articulá-la a uma teoria psicanalítica sobre o acontecer humano.

Mas o maior valor que este trabalho traz é a possibilidade de, em tão pouco tempo, poder fazer tanto. WINNICOTT (1983, p 152) coloca: ‘Em análise se pergunta: quanto se deve fazer? Em contrapartida, na minha clínica o lema é: quão pouco é necessário ser feito?’

Em vez de dar interpretações rápidas, que talvez não tivessem sentido para esses pacientes, eu deixava me impressionar pelas suas histórias, para poder conversar de alguma forma com eles. Como aponta WINNICOTT, ‘isto significa para mim me comunicar com o paciente da posição em que a neurose (ou psicose) de transferência me coloca. Nesta posição eu tenho algumas características de um *fenômeno de transição*, uma vez que, embora eu represente o princípio da realidade, e seja eu quem mantém um olho no relógio, nem por isso deixo de ser um *objeto subjetivo* para o paciente.’ (1983, p 152-3) (grifos meus).

Ser um objeto subjetivo implica atuar segundo o modelo da mãe suficientemente boa que:

...é aquela que efetua uma adaptação ativa às necessidades do bebê, uma adaptação que diminui gradativamente, segundo a crescente capacidade deste em aquilatar o fracasso da adaptação e em tolerar os resultados da frustração. (...); na verdade, o êxito no cuidado infantil depende da devoção e não de jeito ou esclarecimento intelectual. (WINNICOTT, 1978d, p.401).

A mãe, no começo, através de uma adaptação quase completa, dá ao bebê a oportunidade de ter a *ilusão* de que seu seio faz parte do bebê, de que está, por assim dizer, sob o controle mágico do bebê. (...) A tarefa final da mãe consiste em desiludir gradativamente o bebê, mas sem esperança de sucesso, a menos que, a princípio, tenha podido propiciar oportunidades suficientes para a ilusão. (...) [Para isso,] a mãe coloca o seio real exatamente onde o bebê está pronto para criá-lo e no momento exato. (p. 402).

Assim, diria que ao estar disponível para o encontro humano, numa consulta terapêutica, através do manejo do *setting*, adaptando-me às necessidades de cada família – e, às vezes, de cada membro da família – podia oferecer o que eles buscavam, criando a ilusão de que eles criaram a consulta.

Dessa forma, no quadro *O Porco-Espinho*, uso o desenho como um elemento para discutir, com os pais, o que está acontecendo com seu filho; no quadro *Ele é Filho Só do Coração*, o cartão de visitas é o elemento que me permite iniciar uma conversa sobre a adoção e suas repercussões; no quadro *A Mentira Tem Perna Curta*, a mentira me permite conversar com o paciente, causando um efeito nele, que o leva a perceber que precisa buscar sua própria verdade; no quadro *O Menino do Furacão* deixo-me comover, pois achei que era a única coisa possível a ser feita diante de uma situação tão triste e dolorosa, embora, durante a consulta, tivesse podido falar de como era difícil viver tudo isso, e, por fim, no quadro *Álbum de Retratos*, o despertar do menino através do desenho me permitiu fazer contato com ele, montando, junto com ele, a sua história de vida contada com as fotografias.

Considerando que este trabalho foi desenvolvido em uma Clínica-Escola pública, acho importante que se valorize o seu aspecto econômico, pois terapias de longas durações são um luxo, ainda mais em um país pobre como o nosso. Consultas

terapêuticas familiares podem ser uma nova abordagem, útil para a população, pois, como pretendi mostrar nesse trabalho, são eficazes, pois baseadas em uma prática e teoria fundamentada na psicanálise contemporânea. Como diz WINNICOTT (1984), “o tipo de trabalho que descrevo nesse livro [*Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*] tem uma importância que a psicanálise não possui ao atingir a *necessidade e pressão sociais* nas clínicas” (p.10) (grifos do autor).

Com isso, podemos ajudar as famílias, pois

A “contribuição” que os pais podem dar à família que estão construindo depende em grande medida de seu relacionamento geral com o círculo mais amplo que os envolve, ou seja, em seu contexto social imediato. Pode-se usar aqui a imagem de círculos concêntricos cada vez mais largos: cada grupo social depende, para ser o que é, de seu relacionamento com um grupo social mais vasto. É claro que os círculos se superpõem. Muitas famílias parecem não ser mais do que um grande problema, e, no entanto, não suportariam ser arrancadas do solo onde vivem e transplantadas para outro local.” (WINNICOTT, 2001, p. 61).

VAISBERG (2003), ao discutir a interpretação na clínica winnicottiana, a partir de enquadres diferenciados (oficinas psicoterapêuticas estruturadas a partir das materialidades mediadoras, consultas terapêuticas, entre outras), propõe que a sustentação (*holding*) seja considerada uma intervenção fundamental quando buscamos favorecer experiências mutativas na vida de nossos pacientes. Para essa autora,

Sustentar não é uma técnica. É algo que está ao alcance do ser humano capaz de ser devotado como uma “mãe comum”, no sentido de ser sensível às necessidades daquele que está a seus cuidados. Exige, entretanto, nos dias de

hoje, na sociedade em que vivemos, profundo preparo pessoal e muito estudo. Tal estado de coisas é, entretanto, fruto de um distanciamento de si mesmo que o homem vive num mundo tecnológico, frio e racional (Galilmberti, 2000). Como antídoto da queda nas agonias impensáveis ou da flutuação nas névoas do sentimento de irrealidade, a sustentação visa manter um movimento, que é o movimento do viver. Uma vez mantido o movimento do viver autêntico, surge o gesto espontâneo do paciente, expressão de sua natureza criadora. (p. 26) (grifo da autora).

CODA

Como já foi dito, Mateus e seus pais não deram continuidade ao atendimento.

Os pais de Gabriel procuraram atendimento fora da clínica e não sei se contaram para ele que era adotivo.

Renato iniciou uma terapia e foi atendido durante um ano.

Valter começou um diagnóstico na clínica, mas não deu prosseguimento, pois sua mãe não achava importante as entrevistas iniciais com os pais e queria um atendimento mais imediato com o filho. Soube que ele comentou sobre os desenhos que fez na consulta, pois adora desenhar.

Miguel ainda é atendido na clínica, por uma profissional sensível e muito competente, ligada ao projeto Tecer, da profa Dra Jussara Falek Bauer. Sempre que nos encontramos, Miguel vem falar comigo, pergunta como eu estou, quer jogar bola e conta o que tem feito. A mãe teve mais uma filha – meia irmã de Miguel – de quem ele gosta muito e até já fomos apresentados. Ele foi alfabetizado e frequenta uma escola.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott: dicionários das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott.* S.l.:Editora Revinter, 2000. p.124-34.

AGOSTINHO, M. L.; MAALOUF, J. F.; SARTORELLI, M. C. B. Os caçadores de sonhos. In: **VIEIRA, M. C. T.; VICENTIN, M. C. G.; FERNANDES, M. I. A.**(Org.) *Tecendo a rede – trajetórias da saúde mental em São Paulo 1989-1996.*1.ed. Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1999. p.171 – 84.

AGOSTINHO, M. L. Triagens com famílias: algumas reflexões. In **AGOSTINHO, M. L., SANCHEZ, T. M** (Org.) *Família, conflitos, reflexões e intervenções.*1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.111-20.

ANCONA-LOPEZ, M. (Org.) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção.*2.ed. São Paulo: Cortez Editora, 1998. 239 p.

BENJAMIM, W. O Narrador.Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In _____ *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.*7.ed. São Paulo, Brasiliense, 1994. p.197-221. Originalmente publicado em 1936.

BERQUÓ, E. Arranjos familiares no Brasil: uma visão demográfica In: **NOVAIS, F.A.** (Dir.)*História da vida privada no Brasil.* Contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. v.4, cap.8, p.411-438.

CALDERONI, M. L. DE M. B. O Ato Clínico de recepção e triagem. In: *Revista Percurso*, n. 20, 1º semestre de 1998.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE DOENÇAS 10 (CID 10).

HERZBERG, E. Reflexões sobre o processo de triagem de clientes a serem atendidos em clínicas-psicológicas-escola. In: **CARVALHO, R. M. L. L.** (Org.) *Repensando a formação do psicólogo: da informação à descoberta.* Coletâneas da ANPEPP, set.1996. v.1, n.9, p.147-154.

LACERDA, M. B. Notas de concerto. In: *Programa da OSESP*, junho de 2000, p.11-13.

MELLO, S. L. Família, uma incógnita familiar. In **AGOSTINHO, M. L., SANCHEZ, T. M** (Org.) *Família, conflitos, reflexões e intervenções.*1.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.15-26.

MONACHESI, Y. Reflexões sobre o uso do psicodiagnóstico em instituições. In: **ANCONA-LOPEZ, M.** (Org.) *Psicodiagnóstico: processo de intervenção*. 2.ed..São Paulo: Cortez Editora, 1998. p 196-204.

SAFRA, G. *A face estética do self: teoria e clínica*. São Paulo: Unimarco, 1999a. p.37; 168 p.

_____. *Momentos mutativos em Psicanálise: uma visão winnicottiana*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995. p.35; 213 p.

SALINAS, P. & SANTOS, M.A.DOS. Serviço de triagem em clínica-escola de psicologia: a escuta analítica em contexto institucional. In: *PSYCHÊ – Revista de Psicanálise*, ano VI, n. 9, p 177-196, junho 2002.

SILVA, M. E. L. Pensar em Psicanálise. In: **SILVA, M. E. L.** (Coord.) *Investigação e Psicanálise*.1.ed. São Paulo: Papirus, 1993. P.11-26.

VAISBERG, T.M.J.A. *Sofrimento Humano e Estudo da "Eficácia Terapêutica" de Enquadres Clínicos Diferenciados*. In: *Projeto Temático*. Profa Dra Tânia Maria José Aiello Vaisberg, - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, s.d. (mimeografado).

_____. *Da questão do método à busca do rigor: a abordagem clínica e a produção de conhecimento na pesquisa psicanalítica*. S.l.: s.ed., 2003. (mimeografado).

_____. *Ser e fazer: interpretação e intervenção na clínica winnicottiana*. s.l.: s.ed. s.d. (mimeografado).

VAISBERG, T. M. J. A.; MACHADO, M. C. L. Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas práticas” com Winnicott. In: **CATAFESTA, I. F. M.** (Org.) *D. W. Winnicott na Universidade de São Paulo: o verdadeiro e o falso: a tradição independente na Psicanálise contemporânea*. São Paulo: Lemos, 1996. p. 239-252.

VAISBERG, T. M. J. A.; MACHADO, M. C. L.; AMBROSIO, F.F. A alma, o olho e a mão: estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In: **VAISBERG, T. M. J. A., AMBROSIO, F.F.** (Org.) *Trajetos do sofrimento: rupturas e (re)Criações de Sentido*. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2003. p.6-16.

VOLNOVICH, J. *Lições introdutórias à psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991.

WINNICOTT, D.W. A observação de bebês em uma situação estabelecida. In: _____. *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978a. p. 139-64.

WINNICOTT, D. W. Preocupação materna primária. In: _____. *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978b. p. 491-498.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: _____. *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978c. p. 269-285.

WINNICOTT, D. W. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: _____. *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978d. p. 389-408.

WINNICOTT, D. W.. Os objetivos do tratamento psicanalítico. In: _____. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Tradução Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 152-155.

WINNICOTT, D. W. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

WINNICOTT, D.W. O valor da consulta terapêutica. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas*. Tradução de José Otávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a. p. 244-248.

_____. O jogo de rabiscos. In: WINNICOTT, C.; SHEPHERD, R.; DAVIS, M. (Org.) *Explorações psicanalíticas*. Tradução de José Otávio de Aguiar Abreu. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994b. p. 230-243.

WINNICOTT , D.W. A família e o desenvolvimento individual. In: _____. *Fatores de integração e desintegração na vida familiar. 2.ed.* São Paulo: Editora Martins Fontes, 2001. p 59-72, cap.6