

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC/SP

CAROLINE PEIXOTO MENDONÇA SILVA

**Uma cartografia dos usos da noção de Reanimação Psíquica na psicanálise
com bebês e crianças**

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO

2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO PUC/SP

CAROLINE PEIXOTO MENDONÇA SILVA

**Uma cartografia dos usos da noção de Reanimação Psíquica na psicanálise
com bebês e crianças**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Dr. Luís Claudio Mendonça Figueiredo

SÃO PAULO

2013

Autorizo exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta
Dissertação de Mestrado por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura _____

Data: 30/08/2013

e-mail: line.psi@hotmail.com

Banca Examinadora

Prof. Dr. Luís Claudio Mendonça Figueiredo (PUC-SP)

Profa. Dra. Silvana Rabello (PUC – SP)

Profa. Dra. Leda Mariza Fisher Bernardino (UFPR)

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação à competência clínica dos meus analistas.

AGRADECIMENTOS

Aos meu pais Claudia e Herder por terem me concedido a oportunidade de experimentar esta surpreendente aventura que é a vida, e por terem apostado, ainda que inseguros, no meu desejo. Minha gratidão e reconhecimento.

Aos meus irmãos Catharine e Vitor por seus olhares de admiração e apelos de saudade. Minhas memórias da nossa infância suscitaram a curiosidade sobre os caminhos e descaminhos da constituição psíquica das crianças.

Aos meus avós Heloísa e Iran (*in memoriam*), cuja união é exemplo de cumplicidade, pelo carinho e compreensão.

Ao meu padrasto Henry, por ter me possibilitado vivências multiculturais, as quais foram pilares para formação do meu caráter, dos meus valores e da minha riqueza simbólica.

À Lourdes, minha babá quando pequena, pela transmissão do seu precioso saber sobre a medida certa dos cuidados.

À psicanalista Adriana Cajado (*in memoriam*), professora da disciplina de epistemologia, ministrada no primeiro semestre da minha graduação em Psicologia. Suas transmissões hipnotizaram a mim e a muitos colegas de classe. Parecia possuir as resposta para muitas perguntas que me fazia sobre as ambivalências da humanidade. Agradeço por ter me apontado o caminho para o Inconsciente.

Ao meu orientador, Luís Cláudio Figueiredo, pelo respeito ao meu percurso de análise e pela aposta no meu tema de pesquisa. É no *a posteriori* que confirmamos a sabedoria das nossas escolhas. Minha admiração.

Aos meus analistas Leonardo Danziato (Fortaleza) e Mauro Meiches (São Paulo) pela dedicação a teoria e fidelidade ao discurso psicanalítico. Minhas escolhas futuras estarão referidas a esta ética que responsabiliza o sujeito e organiza a vida psíquica.

Ao Instituto Langage, em especial à Dra. Erika Parlato-Oliveira, por ter me apresentado ao fascinante universo das pesquisas com bebês e com crianças autistas.

À Dra. Catherine Mathelin-Vanier pela disponibilidade em contribuir com esta pesquisa. A postura clínica e o compromisso ético desta psicanalista para com os bebês e seus cuidadores norteiam a minha carreira.

À Dra. Marie-Christine Laznik, psicanalista visionária responsável por animar discussões atuais sobre a prevenção e o tratamento interdisciplinar do autismo infantil. Sua contribuição foi a borda fundamental que garantiu a cientificidade desta pesquisa.

À Dra. Leda Bernardino pela aposta nesta reflexão. O diálogo com esta pesquisadora do campo da educação infantil foi fonte de recursos Imaginários e Simbólicos essenciais para o processo criativo.

À Dra. Silvana Rabello por ter me ajudado a dar nome ao meu sonho, por ter me apoiado nesta travessia.

Aos meus amigos de colégio que, saudosos, torceram pelo sucesso desta empreitada. Aos meus colegas Psicólogos que constantemente me desafiaram com sua curiosidade intelectual. Meu carinho.

À Capes pela bolsa concedida.

RESUMO

Esta pesquisa almeja investigar os usos da noção de Reanimação Psíquica na psicanálise com crianças. Entendendo que esta é uma noção recentemente criada a partir do trabalho de uma psicanalista francesa em uma unidade de reanimação neonatal, e que outros autores da psicanálise contemporânea também fazem uso desta noção para descrever fenômenos clínicos divergentes, este estudo visa cartografar os possíveis usos desta noção psicanalítica considerando os contextos onde pode ser aplicada, além do público ao qual se destina e os fenômenos clínicos os quais a noção de Reanimação Psíquica é capaz de nomear. Foi constatado através de entrevistas semi-abertas com três psicanalistas do campo da infância que a noção de reanimação psíquica pode ser usada para descrever os resultados da intervenção psicanalítica em casos de bebês prematuros sob cuidados intensivos, bebês nascidos a termo sob cuidados intensivos, bebês com sintomas autísticos, bebês com sintomas fóbicos, em bebês e/ou crianças deficientes e em casos de psicose não-decidida na infância. Foi observado que a noção de reanimação psíquica também pode ser utilizada para designar o trabalho psicanalítico realizado junto aos pais e a equipe multiprofissional responsável pelos cuidados do bebê e/ou criança em situação de vulnerabilidade orgânica e psíquica, seja no contexto clínico ou hospitalar.

Palavras-chave: Reanimação psíquica, Clínica psicanalítica, Constituição psíquica, Bebês, Prevenção em saúde mental.

ABSTRACT

This research aims to investigate the uses of the Mental Resuscitation notion on child psychoanalysis. Understanding that this is a notion, recently created by the work of a French psychoanalyst in a neonatal resuscitation unity, and that others contemporary psychoanalysis authors also use this notion to describe divergent clinical phenomena, this study seeks to map the possible uses of this psychoanalytic notion considering the contexts where it can be applied, the public to whom it is intended, and what clinical phenomena the Mental Resuscitation notion is able to name. It was found through semi-open interviews with three child psychoanalysts, that the Mental Resuscitation notion can be used to describe the results of psychoanalytical intervention in cases of premature babies under intensive care, term infants under intensive care, babies with autistic symptoms, babies with phobic symptoms, handicapped babies and/or children, and in cases of non-decided child psychosis. It was also observed that the Mental Resuscitation notion can be used to designate psychoanalytical work with parents and the multiprofessional team responsible for taking care of the baby and/or child in a situation of organic or mental vulnerability, either at a clinical or a hospital context.

Key words: Mental Resuscitation, Clinical psychoanalysis, Mental constitution, Babies, Mental health prevention.

SUMÁRIO

PARTE I ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS	13
1 Justificativa	13
PARTE II DO MÉTODO	20
1 A Pesquisa dos usos da noção de Reanimação Psíquica	20
2 Objetivos	21
3 Procedimento	22
4 Instrumento	23
4.1 Questões Norteadoras	23
5 Resultados	24
PARTE III CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES	25
1 Psicanálise e Medicina: a linguagem como divisor de águas	25
2 A questão dos conceitos: de onde vêm e para onde vão?	27
PARTE IV APROXIMAÇÕES DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA	42
1 Desdobramentos da técnica psicanalítica: da neurose aos distúrbios na infância	42
2 Primórdios da noção de Reanimação Psíquica	52
PARTE V RECONSTRUÇÃO DOS USOS DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA NO CONTEXTO DO PENSAMENTO CLÍNICO DE ALGUNS ESPECIALISTAS	61
I DRA. CATHERINE MATHELIN – VANIER	61
1 Percurso teórico-clínico	61
2 Reanimação Psíquica em bebês sob cuidados intensivos	65
2.1 Anne e Anna: implicações do fantasma parental no trabalho de reanimação psíquica	67
3 Reanimação Psíquica e o sintoma fóbico: quando a separação é condição à noção de reanimação psíquica	72

4	Reanimação Psíquica e grupos Balint: animando o discurso que anima o bebê	74
4.1	Caso Marie: cruzamentos entre a palavra verdadeira, a alienação e a noção de reanimação psíquica	76
5	Reanimação Psíquica e cuidados paliativos: evidências de uma ética	77
5.1	Caso Liu: sobre os efeitos invisíveis da noção de reanimação psíquica	78
II DRA. MARIE-CHRISTINE LAZNIK		80
1	Percurso teórico-clínico	80
2	A noção de Reanimação Psíquica e o fechamento do circuito pulsional	81
3	Caso Marina: Reanimação psíquica e o risco de evolução autística	85
4	Caso David: Quando o reanimador é o bebê	89
5	Caso Hassan: A noção de Reanimação Psíquica na interface com o discurso médico	92
III DRA. LEDA MARIZA FISCHER BERNARDINO		99
1	Percurso teórico-clínico	99
2	Caso Manoah: Reanimação Psíquica e Estimulação Precoce	103
3	Reanimação Psíquica: suporte para uma travessia?	106
4	Horizontes de uma ética	108
4.1	Reanimação Psíquica, reabilitação e educação especial	108
4.2	Hipóteses sobre a aplicação da noção de Reanimação Psíquica em adolescentes e adultos	111
PARTE VI CONCLUSÕES: UMA CARTOGRAFIA DOS USOS DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA		113
I	Usos da noção de Reanimação Psíquica no trabalho com os bebês	114
a)	No bebê prematuro	114
b)	No bebê nascido a termo sob cuidados intensivos	116
c)	No bebê com sintoma autístico	116

d) No bebê com sintoma fóbico	117
e) No bebê sem deficiência orgânica com sintoma do tipo psicose não-decida	118
f) No bebê nascido sob o significante da deficiência	119
II Usos da noção de Reanimação Psíquica no manejo da relação mãe-bebê	121
III Usos da noção de Reanimação Psíquica no manejo da relação equipe-bebê	122
REFERÊNCIAS	124
ANEXO A - Entrevista com a Dra. Catherine Mathelin-Vanier	127
ANEXO B - Entrevista com a Dra. Marie-Christine Laznik	137
ANEXO C - Entrevista com a Dra. Leda Mariza Fischer Bernardino	142

PARTE I ELEMENTOS INTRODUTÓRIOS

1 Justificativa

O psicanalista é quem desenreda os fios do destino, faz chegar à palavra o universo imaginário que assedia seu pequeno doente. É quem desobstrui os caminhos da liberdade. (AUDRY, 1985).

Meu interesse original por esta pesquisa foi despertado nos últimos semestres da minha graduação em Psicologia, quando passei a ter contato com grupos de professores, alunos e pesquisadores que estudavam o autismo infantil. Ainda sem experiência clínica e com rasos conhecimentos sobre o tema, me intrigava o fato de haver crianças aparentemente normais, saudáveis do ponto de vista orgânico, incapazes de se apropriar da linguagem e de constituir laço social, sobretudo com seus cuidadores.

Na medida em que fui me aprofundando no tema do autismo infantil, fui me deparando com estudos e formas de tratamento cada vez mais complexos do ponto de vista da pesquisa e da intervenção clínica. Essa curiosidade me levou a desejar conhecer o processo de constituição psíquica do sujeito humano. Hoje, compreendo que o desejo de saber, força motriz de qualquer pesquisa, é, especialmente no campo psicanalítico, fruto de identificações inconscientes advindas do processo de análise do pesquisador.

Ao ler a expressão *reanimação*, o leitor provavelmente imaginará uma manobra de reanimação médica, por exemplo, quando um paciente em estado grave apresenta sinais vitais no limiar entre a vida e a morte. Um procedimento de reanimação é uma tentativa de trazer de volta à vida aquele paciente cuja fragilidade orgânica tende ao óbito. Quando o corpo já não possui forças para se sustentar, o saber científico e as modernas técnicas da medicina servem de amparo essencial à manutenção da vida.

Percebamos, entretanto, que a expressão *reanimação* possui um radical precioso para a teoria psicanalítica e que muito interessa a uma pesquisa sobre os processos de constituição e colapso do psiquismo humano. Sabemos que o radical *anima*, palavra de origem latina que significa sopro, ar, brisa, serviu de base para a formação da palavra *alma*. Seu caráter predominantemente imaterial remete à metáfora do sopro da vida. A noção de alma é central na epistemologia psicanalítica, cujas origens acusam seu caráter híbrido. A medicina e a

filosofia são as disciplinas predominantes na evolução desta teoria.

Se na expressão *reanimação* subtede-se uma ação de restabelecer e restaurar a alma, substrato imaterial da vida, não seria redundante invocarmos o termo *reanimação psíquica*? O que seria o psiquismo senão o funcionamento da alma ou do espírito, disto que é o combustível da experiência subjetiva? Dunker (2011) assinala uma curiosa ambiguidade introduzida por Freud no texto *Tratamento Psíquico (Tratamento da Alma)* de 1980, em que ambos os termos, alma e psíquico, são precedidos pela palavra tratamento ao descrever suas hipóteses sobre a cura psicanalítica.

Esse autor interpreta tal ambiguidade como uma tentativa de conversão da abordagem psicoterapêutica à técnica psicanalítica propriamente dita, “nova clínica emergente de aspiração científica”. A noção de alma estaria para a psicoterapia como a noção de psíquico estaria para a psicanálise. “Destá forma a conversão freudiana residiria na passagem da alma ao psíquico [...]. A palavra *Seele* [alma em alemão] é coloquial, e não técnica como *psíquico*, ou intelectualista como mente (*mind*).” (DUNKER, 2011, p. 31, grifo do autor).

Neste sentido, a pesquisa da noção de *reanimação psíquica* volta-se ao campo onde convergem a noção de alma no sentido filosófico do termo, e o psíquico, noção que assume a influência do saber científico sobre as produções do corpo humano. Se por um lado, esta expressão soa redundante por conter duas noções muito semelhantes, alma e psiquismo, por outro, o contexto de origem do termo *reanimação psíquica* demonstra o alcance da técnica psicanalítica ao oferecer ao sujeito em risco iminente de morte, seja orgânica ou psíquica, o sopro de vida que lhe falta.

O tema do autismo foi o ponto de partida desta pesquisa, pois na atual estrutura clínica encontramos a caricatura da não instauração do psiquismo, que se reflete no mutismo e na precariedade das relações interpessoais, sintomas usualmente apresentados por estes pacientes. Onde estaria a alma destas crianças? Estariam seus psiquismos impedidos de se manifestarem? O que ocorre no processo de constituição psíquica destas crianças que lhes tornam alheias ao universo das relações? Haveria como instaurar ou restaurar a capacidade subjetiva nestas crianças?

Todas essas questões suscitam a discussão da aplicação da noção de *reanimação psíquica*, a qual foi pensada, inicialmente, por uma psicanalista francesa responsável pelo

acompanhamento de bebês prematuros e suas famílias, no contexto de um serviço de reanimação neonatal. Sua hipótese era que a intervenção psicanalítica na situação traumática do parto prematuro atuaria de modo a prevenir entraves nos cuidados com o bebê, possibilitando, a partir da escuta, do trabalho de luto, da função de terceiro, entre outras técnicas, reanimar não só o frágil corpinho, mas o psiquismo do bebê prematuro.

Catherine Mathelin-Vanier é a autora que me faz mergulhar no universo da prematuridade e das possíveis falhas na constituição psíquica. Interessada nas causas do mutismo em crianças autistas maiores, o percurso clínico dessa psicanalista a faz desconfiar de falhas relacionais nos primórdios da vida do bebê. A prematuridade se apresenta como uma situação especialmente impeditiva do ponto de vista das trocas humanas necessárias à saúde psíquica do bebê, uma vez que este é submetido a longos períodos de internação, de reclusão aos contatos naturais, e exposto a procedimentos dolorosos, necessários à manutenção da vida.

Suas pesquisas voltaram-se para os efeitos da palavra sobre os frágeis organismos recém-chegados à vida. Suas intervenções, naquela unidade de reanimação, visavam, para além da demanda médica, estabelecer a qualquer custo um vínculo saudável entre mãe e bebê, promover a historicização deste, fazendo circular o discurso sobre a gestação e maternidade, e percebendo com sutileza que fios da trama familiar poderiam reconduzir o bebê prematuro à vida.

A exploração do uso da noção de *reanimação psíquica* tem, portanto, seu início no trabalho da psicanalista voltado à prematuridade. Em seguida, entrei em contato com as produções teórico-clínicas de uma outra influente psicanalista franco-brasileira, Dra. Marie-Christine Laznik, a qual utiliza a noção de *reanimação psíquica* ao abordar o tratamento de bebês pequenos com sintomatologia autística. Estudos direcionados a identificações precoces de sinais clínicos de risco, que apontam para uma possível evolução autística no bebê, fundamentam o trabalho de intervenção precoce proposto por Marie-Christine Laznik (2004).

Em 1998, um grupo de psiquiatras e psicólogos clínicos especialistas em autismo reuniram-se na França para fundar a Associação *Preaut* a fim de realizar uma pesquisa que validasse certos indicadores de risco na comunicação de bebês ao longo dos dois primeiros anos de vida.

Permitindo prever problemas invasivos do desenvolvimento do espectro autístico, o objetivo da pesquisa *Preaut* consistiu em reduzir a idade de identificação do risco a fim de iniciar uma intervenção interdisciplinar, o mais cedo possível, minimizando as deficiências próprias desse quadro clínico.

A hipótese *Preaut* postula que deve haver, no curso dos primeiros meses de vida, situações psicorrelacionais que condicionem a cognição. Tais situações, uma vez passíveis de observação na relação entre bebê e seu outro familiar (habitualmente, seus pais), podem ser identificadas muito antes que os déficits cognitivos tornem-se observáveis ao longo do segundo ano. (PREAUT.FR, 2010).

Exemplos clínicos de bebês em risco de evolução autística, atendidos em análise, serão explorados adiante, com o propósito de esclarecer o que falha em termos de situações psicorrelacionais entre o bebê e o seu entorno. Antecipando, podemos informar que a constituição psíquica saudável de um bebê exige que ele volte sua atenção a um interlocutor (mãe, pai, cuidadores em geral), o qual esteja inscrito na ordem simbólica, seja faltante e por isto desejante.

Uma vez desejante, o interlocutor será capaz de capturar o bebê através da prosódia de sua voz, seduzindo-o a entrar em um jogo pulsional, cujas peças são os sentidos (visão, audição, tato, paladar, olfato) e o universo psíquico da dupla. À medida que este outro desejante oferece significados e significantes que traduzem os movimentos do jogo, as experiências corpóreas do bebê vão tornando-se, aos poucos, Imaginárias e Simbólicas. O caráter linguageiro da tradução das experiências do bebê deve ser destacado, uma vez que a linguagem é o elemento chave na constituição de sua imagem corporal e subjetividade.

A psicanalista francesa Marie Christine Laznik, apoiada na teoria freudiana das pulsões, postulou a existência de três tempos fundamentais para a constituição psíquica do bebê (PREAUT.FR, 2010): no primeiro, o bebê ativamente se dirige ao objeto de satisfação (tempo ativo); no segundo, o bebê de forma autoerótica toma uma parte do seu corpo como objeto de satisfação (tempo reflexivo); no terceiro tempo, o bebê se oferece como objeto de satisfação pulsional do seu outro familiar, sua mãe ou seu substituto (tempo passivo).

Ainda sobre os achados desta pesquisadora (LAZNIK, 2010) os sinais clínicos validados pela pesquisa *Preaut*, presentes em bebês com risco de evolução autística, indicam

uma quebra no terceiro tempo do circuito pulsional, ou seja, um não desenvolvimento da capacidade de inicialização das trocas relacionais de um modo lúdico e jubilatório. Numerosos trabalhos mostram que o bebê possui, desde o nascimento, interesse por elementos específicos da voz materna (pulsão invocante), mais conhecido como o fenômeno do manhês.

Ao longo do primeiro ano de vida, o bebê mostra um vivo interesse por olhar e ser olhado (pulsão escópica), e pelo jogo de comer e ser comido de brincadeira (pulsão oral). A instalação ou não dessas trocas podem ser facilmente observáveis por profissionais da saúde e educação que se ocupem da primeira infância. (PREAUT.FR, 2010). A noção de *reanimação psíquica* aplica-se, segundo essa autora, justamente nos casos em que o circuito pulsional não pôde ser concluído, onde o bebê não se faz objeto do gozo do Outro, assumindo, portanto, uma sintomatologia autística.

Outro exemplo de pesquisa que se propõe a avaliar e prever precocemente transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil é a Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Desenvolvida no período de 2001 a 2008, pelo Grupo Nacional de Pesquisa, sob a encomenda do Ministério da Saúde em parceria com a Fapesp, essa pesquisa fundamentou-se em pressupostos teóricos psicanalíticos sobre a constituição psíquica de crianças de 0 a 36 meses para elaborar e validar 31 indicadores clínicos para a detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, observáveis nos primeiros 18 meses de vida da criança. “O pressuposto que norteou esta pesquisa é o de que a subjetividade é um aspecto central e organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes. Essa subjetividade, por sua vez, é construída pela inserção da criança na linguagem e na cultura”. (BERNARDINO; KUPFER, 2008).

No contexto brasileiro, Leda Bernardino é uma psicanalista que esteve envolvida na condução da pesquisa IRDI desde os seus primórdios. Volto minha atenção a essa autora, pois nas notas de apresentação do livro *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*, publicado em 2002, e por ela organizado, encontro uma citação explícita à noção de *reanimação psíquica* que aguça ainda mais minha curiosidade e me impulsiona na construção deste projeto de pesquisa.

Os resultados de trabalhos pioneiros em UTI neonatais e serviços de Pediatria permitem constatar a importância do trabalho interdisciplinar que, além da reanimação do organismo ou da saúde física, consideram também a necessidade de uma *reanimação psíquica*. Já não se pode mais conceber o ser humano sem levar em consideração seu psiquismo, como elemento estruturante em todas as suas funções. (BERNARDINO; FERNANDES, 2002, p. 9).

Amparadas na experiência clínica da psicanalista Catherine Mathelin-Vanier, Leda Bernardino e sua colega Cláudia Mascarenhas fazem uma importante reflexão sobre formas de intervenção interdisciplinar, cada vez mais precoces e aplicadas ao contexto da prevenção em saúde mental.

Para essa psicanalista, a problemática da emergência da subjetividade encontra-se no interstício da linguagem e do corpo e extrapola o contexto da estruturação autística. Bernardino (2000) propõe a intervenção psicanalítica como alternativa de tratamento em casos de psicoses não decididas na primeira infância. Sendo assim, um inicial processo de investigação sobre a noção de *reanimação psíquica* nos apresenta nuances de sua aplicação, as quais merecem um aprofundamento, a fim de entendermos qual o alcance dessa intervenção. Caberia a aplicação da noção de *reanimação psíquica* neste trabalho de resgate do sujeito à beira da psicotização? Quais efeitos uma sintomatologia psicótica tem sobre o desenvolvimento infantil?

Como veremos, noções e conceitos já consagrados pela teoria psicanalítica serão, inevitavelmente abordados, já que é nas entrelinhas desse universo teórico-clínico que habita a noção de reanimação psíquica. Ademais, esbarraremos em conceitos robustos do campo médico, como o conceito de desenvolvimento infantil, para avaliarmos como se desenham as fronteiras desta intervenção, cultivada por uma psicanalista em território hospitalar. Bernardino (2000) concebe o desenvolvimento infantil enquanto um delicado trabalho de tessitura entre a maturação do corpo do bebê e as inscrições simbólicas que este recebe desde o nascimento.

Considerando o exposto acima, observamos que a exploração da noção de *reanimação psíquica* esbarra em várias delicadezas e controvérsias do universo da clínica psicanalítica da primeira infância. Nesse sentido, esta pesquisa almeja fazer uma avaliação justa acerca do trabalho teórico-clínico que certos especialistas realizam atualmente, e que afirmam culminar em uma reanimação psíquica do paciente. Quais estruturas clínicas podem

ser beneficiadas com tal intervenção? Trata-se da direção do tratamento? Trata-se de uma cura? Trata-se de uma ética Até que idade pode ser empreendido um manejo de reanimação psíquica? São questões que suscitam uma instigante discussão e que transitam por disciplinas e discursos variados, evidenciando os caminhos e descaminhos da constituição subjetiva.

Em suma, observei, com o gradativo aprofundamento nas teorias psicanalíticas sobre a primeira infância, que todos os seres humanos estão fadados a lidar com a linguagem, desde antes do nascimento e independente de suas condições. Todos os sujeitos nascidos no terceiro planeta do sistema solar, sejam bebês prematuros, abandonados, sindrômicos, deficientes ou moribundos, estão à mercê dos efeitos da linguagem. Desse modo, esta pesquisa se interessa pelas nuances da clínica psicanalítica da primeira infância que façam referência à noção de *reanimação psíquica*, a fim de cartografarmos suas possibilidades de aplicação clínica e contribuições ao campo da prevenção em saúde mental.

PARTE II DO MÉTODO

1 A Pesquisa dos usos da noção de Reanimação Psíquica

A geração de conceitos completamente novos é um evento raro mesmo em psicanálise, onde a maioria dos conceitos “implícitos”, incluindo as mudanças que produziram, referem-se ao já conhecido. (DREHER, 2000, p. 169)

Ao longo da construção deste projeto de pesquisa nos deparamos com o desafio de investigar os usos e aplicações clínicas possíveis da noção de reanimação psíquica, a qual não é tomada como um conceito propriamente dito. As referências explícitas e implícitas à noção em apressado apresentam um caráter predominantemente descritivo, fazendo menção ao fenômeno clínico observado a partir da operação da técnica e ética psicanalítica. Dentre os métodos próprios da pesquisa psicanalítica, contamos com os métodos de investigação empírico, clínico e conceitual.

Para melhor apreensão da noção de *reanimação psíquica*, optamos pela metodologia da pesquisa conceitual, pois nosso interesse volta-se à descrição que alguns especialistas tecem acerca de certos fenômenos observados na clínica. Os conceitos e noções de base, presentes no repertório dos especialistas, serão levados em conta, para que a partir deles encontremos elementos os quais ilustrem a utilidade e a operacionalidade da noção de *reanimação psíquica*, descrita de forma incipiente até o momento.

Teremos como exemplo norteador um dos mais importantes projetos de pesquisa conceitual levados a cabo nas últimas décadas. A pesquisa do consagrado conceito de *trauma psíquico* foi conduzida pelos psicanalistas Anna Ursula Dreher, Joseph Sandler e Peter Fonagy, da *University College London*. Em parceria com o Instituto Anna Freud, dessa mesma cidade, os resultados dessa pesquisa foram compilados no livro *Foundation for Conceptual Research in Psychoanalysis*, ainda sem tradução para a língua portuguesa.

Desenvolvida nos anos 1980, essa obra apresenta reflexões sobre o complexo processo de modificação das teorias, e da transformação de ideias em hipóteses, em noções, até chegarmos à formulação de novos conceitos psicanalíticos. Dreher acrescenta: “Apresento

a visão de que o progresso científico resulta não apenas da estrita aderência aos explícitos e racionais paradigmas de pesquisa; igualmente importante é o papel do preconceito pessoal, social e científico na forma de teorias implícitas”. (DREHER, 2000, p. 123). A partir desta premissa, percebemos a relevância das “teorias implícitas” do clínico, das elaborações e associações pessoais no processo de evolução da teoria. Na ausência da implicação subjetiva do pesquisador, as ciências correm o risco de tornarem-se dogmáticas e estéreis.

O denominado *The Trauma Project* teve duração de vários anos e contou com a colaboração de membros do Instituto Sigmund Freud de Frankfurt, encabeçado pelo psicanalista Joseph Sandler. Anna Ursula Dreher situa o contexto histórico no qual se desenvolveu este projeto:

No tempo do Trauma Project a psicanálise era caracterizada por um clima de pluralismo e pelos inícios das abordagens integrativas, agora parece interessante encontrar um caminho que se integre ao desenvolvimento desta teoria, como por exemplo, demonstrar a extensão do significado de um conceito central desta época. (DREHER, 2000, p. 127).

O *Trauma Project* estruturou-se em três fases: análise preliminar da literatura existente sobre o conceito de trauma psíquico: 1) entrevista com dez experientes psicanalistas de Londres, Munich e Frankfurt sobre como utilizavam o termo trauma psíquico no dia a dia de sua prática clínica; 2) apresentação espontânea de três casos traumáticos já concluídos; 3) avaliação e discussão final no grupo.

2 Objetivos

Tendo como norte o modelo de pesquisa descrita anteriormente e realizada por Anna Ursula Dreher a partir do *Trauma Project*, esta pesquisa almeja se aproximar dos objetivos listados a seguir:

- Analisar a evolução histórica da noção de reanimação psíquica, investigando os campos de saber envolvidos em sua aplicação;
- Investigar em quais contextos de trabalho (clínico, hospitalar, social ou escolar) a noção de reanimação psíquica pode ser aplicada;
- Problematizar a ética envolvida na utilização da noção de reanimação psíquica;
- Explorar qual(ais) público(s) (bebês, crianças, adolescentes ou adultos) podem ser beneficiados com a aplicação desta noção, assim como qual(ais) sintomatologia(as)

- demandam uma intervenção deste gênero;
- Avaliar, através de casos clínicos e da teoria disponível sobre o tema, quais os efeitos da aplicação desta noção em termos de tratamento psicanalítico;
 - Mapear os quadros clínicos (autismo, psicose, neurose etc.) sobre os quais se observa a operação da noção de reanimação psíquica.
 - Avaliar as possibilidades de conversão desta noção em um conceito psicanalítico.

3 Procedimento

Os meios utilizados para o alcance dos objetivos expostos serão: a revisão da literatura disponível sobre a pesquisa em psicanálise; a análise de parte da literatura nacional e internacional sobre a clínica psicanalítica da primeira infância; o estudo das publicações que façam referência direta ou indireta ao conceito de reanimação psíquica, mesmo que extrapolem o contexto da clínica da primeira infância.

Para a formatação e preparo das entrevistas, será realizada uma cuidadosa revisão bibliográfica sobre a teoria de cada entrevistado, visando instigar uma fala sobre os conceitos e técnicas que os levaram a considerar a utilização da noção de reanimação psíquica em suas produções teórico-clínicas.

Devemos esclarecer que as raízes que sustentam a utilização desta noção podem divergir em cada autor, por isto, a formulação das questões das entrevistas, apesar de circunscritas na teoria psicanalítica, nem sempre encontrará com um denominador comum. Isto quer dizer que a indeterminação própria desta recente noção, recente a ponto de não poder ser referida enquanto um conceito psicanalítico propriamente dito, possivelmente culminará em uma investigação cujos substratos são a teoria existente e a fala espontânea do entrevistado.

Abaixo estão listadas algumas questões elaboradas em um momento rudimentar da pesquisa, que serviram para conduzir a análise da obra do entrevistado, mas que sofreram deformações e expansões à medida que convinham ou não à entrevista. Elas foram transcritas na íntegra e estão disponíveis em anexo.

4 Instrumentos

Serão realizadas entrevistas semiabertas com psicanalistas de reconhecida experiência clínica no campo da primeira infância, os quais utilizem a noção de *reanimação psíquica* em sua atuação. As publicações nacionais e internacionais que apontem a direção das origens e aplicações desta noção também serão instrumentos desta pesquisa. Além de estudos de casos clínicos que ilustrem os limites e alcances desta noção, acompanhados pelos especialistas entrevistados que servirão como rico instrumento de análise.

4.1 Questões Norteadoras

1. Comente o que você entende por trabalho de reanimação psíquica.

Justificativa: Abertura para que o profissional se localize segundo sua abordagem e prática clínica.

2. Em que aspectos o trabalho de reanimação psíquica descreve a sua prática clínica?

Justificativa: Visa instigar uma fala sobre em que grau sua postura clínica tem como objetivo o trabalho de reanimação psíquica.

3. A que se propõe o trabalho de reanimação psíquica?

Justificativa: Instigar uma fala sobre o que se deve esperar desta forma de intervenção.

4. Que público pode ser submetido ao trabalho de reanimação psíquica?

Justificativa: Questionar em que fases da vida este trabalho pode ser aplicado, uma vez que alguns dos especialistas não atendem apenas bebês.

5. Em que contextos é possível realizar o trabalho de reanimação psíquica?

Justificativa: Provocar uma fala sobre que em áreas de trabalho (hospitalar, escolar, clínica, social) são possíveis exercer esta clínica.

6. A psicanálise pode estar a serviço de práticas de reabilitação?

Justificativa: Provocar uma fala sobre as diversas clínicas psicanalíticas e se alguma delas estaria a favor de práticas de reabilitação.

7. Solicito sugestão de referências bibliográficas sobre o tema da reanimação psíquica.

Justificativa: Aprofundar a pesquisa teoricamente e fundamentar melhor tal conceito segundo o ponto de vista de cada especialista entrevistado.

8. Exemplos Clínicos.

Justificativa: Colher exemplos que ilustrem a aplicação da noção estudada na clínica de cada profissional.

5 Resultados

Pretendemos, desta forma, empreender uma análise qualitativa dos usos admitidos para a noção de reanimação psíquica no contexto da clínica psicanalítica, na tentativa de elaborar uma cartografia dos terrenos férteis para a aplicação dessa noção. Entendendo que essa clínica aposta na emergência do sujeito enquanto um ser desejante e autônomo, através de manejos como a regulação de sua dinâmica pulsional, o bom encadeamento das operações de alienação e separação, entre outros fatores. Os resultados desta pesquisa visam articular técnicas e conceitos, ética e tratamento, sintomas e estruturas que construam as bordas da noção em apressado.

PARTE III CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

1 Psicanálise e Medicina: a linguagem como divisor de águas

A medicina não pode usar a psicanálise. Não é má vontade por parte dos psicanalistas, é uma questão de diferença de registro, uma radical impossibilidade. (MATHELIN, 1999)

Antes de avançar numa pesquisa que se propõe conceitual, devemos realizar um breve retorno ao percurso teórico trilhado pelos precursores da psicanálise, a fim de elucidar suas origens, o movimento separatista das ciências biológicas e sua relação com o conceito a ser pesquisado.

Desde as primeiras descobertas de Freud, a teoria psicanalítica se desenvolveu em paralelo ao campo da medicina. Ciência e Psicanálise tiveram momentos de produtivo diálogo, mas também de ferozes disputas ao longo do último século. A fronteira entre o orgânico e o psíquico é esfumada e incerta; médicos e psicanalistas travam, ainda hoje, uma batalha para delimitar o alcance de suas abordagens e eficácia de suas técnicas de cura. As neurociências avançam na tentativa de dominar o funcionamento do cérebro humano, suposto substrato da mente. Na mesma velocidade, a psicanálise busca se aprimorar para compreender as causas psíquicas dos sintomas orgânicos, como faz o campo da psicossomática, por exemplo.

Em seus primórdios, a psicanálise apoiou-se nos achados da neurobiologia e da fisiologia humana, até que o tratamento medicamentoso da histeria passou a perder em eficácia para uma abordagem diferenciada e revolucionária. Freud, neurologista de formação, atento aos relatos de suas pacientes histéricas, percebeu que certos elementos emergentes em suas falas levavam à origem, e a depender da intervenção, à cura do sintoma histérico. Ao longo de sua experiência clínica, Freud passou a dirigir sua atenção a algo não observável: o discurso de seus pacientes. Este representa o principal ponto de torção entre a epistemologia médica e psicanalítica.

Herdamos da medicina o termo diagnóstico, e com ele uma visão médica deste trabalho. Ora, a medicina é um saber teórico que se constitui para procurar soluções em relação a tudo aquilo que cause a morte do corpo, as doenças, visando sua cura. É desta

forma, enquanto doença, que a loucura é tomada pela medicina. Enquanto doença ela é caracterizada, são arrolados os sintomas e ela é trabalhada no sentido da eliminação destes sintomas. O próprio Freud, médico por formação, toma a Psicopatologia como ponto de partida em seu trabalho. Acaba, no entanto por criar a psicanálise, concluindo a uma dada altura que esta disciplina, por lidar com palavras, pede muito mais uma formação em letras do que uma formação médica. (BRAUER, 2003, p. 103).

Os primeiros conceitos em psicanálise surgiram a partir do trabalho que Freud realizou em hospitais de Viena, em sua época de residente em neurologia. Foi, justamente, no limite do alcance da medicina que emergiram os fundamentos da psicanálise. Ali, onde o corpo deixou de responder às medicações e intervenções cirúrgicas, abriu-se espaço para uma dúvida, para um vazio que só a linguagem seria capaz de preencher.

Observamos, atualmente, na psicanálise aplicada ao contexto hospitalar que, quando os sinais vitais do paciente desviam-se do prognóstico médico, o psicanalista, muitas vezes, é solicitado a investigar quais elementos da história daquele sujeito podem estar interferindo sobre o tratamento. Abre-se, com isto, um espaço para a palavra, para a história, para a fantasia, para a angústia da hospitalização, para associações que levam pela trilha do inconsciente ao sintoma analítico, fazendo fronteira com a sintomatologia do corpo.

Retomando brevemente o histórico da fundação da psicanálise encontramos, por exemplo, alguns conceitos que dão pistas de sua origem médica, como a noção de “diagnóstico” preliminar. Chamamos nosso público de “pacientes”, os quais se submetem a um “tratamento”, a fim de livrarem-se de algum “sintoma” perturbador, seja das funções orgânicas, seja das funções mentais. Sabemos que a aplicação de tais conceitos sofreram adaptações para a clínica psicanalítica. Quando nos aprofundamos na teoria, percebemos que tais conceitos apontam para uma outra psicopatologia, qualitativamente divergente da psiquiátrica e da neurológica.

Autor saído do campo da medicina, Freud pende em sua obra ora para o biológico, campo de onde parte, ora para o pensamento estrutural, campo novo onde irá se introduzir. Concebe o aparelho psíquico em desenvolvimento, e fala em fases: oral, anal, etc. Mas é para depois romper com o biológico que vai construindo assim seu caminho chegando a forjar o termo pulsão, conceitualmente diferenciado do impulso ou do instinto, termos cuja referência ao corpo biológico faz com que sejam inconvenientes à representação do conceito novo que o autor introduz. (BRAUER, 2003, p. 84).

O conceito de pulsão será abordado em vários momentos desta pesquisa, uma vez que é central para a compreensão das formas de adoecimento psíquico, seja no autismo, seja em outras estruturas ou sintomas do sujeito. Antecipando, psicanalistas que lidam com a clínica da primeira infância concordam que os caminhos da pulsão são capazes de determinar a qualidade do laço que o bebê estabelecerá com o Outro. Diversos casos de autismo e morte súbita de bebês, encontrados na literatura, apontam para os efeitos mortíferos da pulsão quando a ligação que se estabelece entre bebê e seus cuidadores encontra-se simbolicamente empobrecida.

É verdade que a clínica psicanalítica da primeira infância, como a concebemos nos dias de hoje, se deve à evolução dos estudos em psicopatologias graves. O aprimoramento das formas de intervenção levou os psicanalistas a perceberem os limites do tratamento médico, especialmente, em casos de distúrbios do desenvolvimento sem lesão neurológica. O esforço de formar membros de equipes de saúde atentos a desvios na constituição psíquica vem sendo empreendido nas últimas décadas. “Penso que Winnicott (1988), que era ele próprio pediatra, não estava errado quando dizia, do seu jeito provocante e paradoxal, que: ‘o papel essencial do pediatra seria prevenir as doenças mentais, se ao menos ele soubesse’”. (LAZNIK, 2004, p. 36). Alguns casos clínicos atendidos pelas psicanalistas entrevistadas serão ilustrados adiante.

2 A questão dos conceitos: de onde vêm e para onde vão?

Temos que nos aperceber de que não é com a faca que dissecamos, mas com conceitos. Os conceitos têm sua origem de realidade original. Não surgem da experiência humana - senão seriam bem feitos. As primeiras denominações surgem da própria palavra, são instrumentos para delinear as coisas. Toda ciência permanece, pois, muito tempo nas trevas, travada na linguagem. (LACAN, 1975/1979)

Nessa citação Lacan apresenta a diferença entre os instrumentos de trabalho utilizados por médicos e psicanalistas. Não é com o bisturi (traduzido como faca) que teremos acesso à origem dos sintomas de nossos pacientes. A psicanálise opera por meio de conceitos que têm origem na prática clínica¹ através da escuta atenta às nuances da linguagem. Por não seguir uma lógica consciente, a linguagem, principal via de acesso ao inconsciente e fio condutor

¹ A prática clínica, neste caso, não encontra correspondência com a noção de experiência humana, pois envolve elementos intersubjetivos ligados ao inconsciente do pesquisador em psicanálise e que remetem, por sua vez, a um funcionamento alógico e atemporal que não obedece às regras da aprendizagem.

para a formação dos conceitos, não é passível de compreensão lógica, como exige o campo da ciência. Os conceitos em psicanálise surgiram de um esforço de acompanhar os movimentos da palavra, suas torções e transformações ao longo do tempo. Os conceitos estariam, então, a serviço do manejo clínico; são ferramentas com as quais opera um analista.

De tempos em tempos, a comunidade psicanalítica é desafiada por entraves conceituais, provocados, geralmente, por casos clínicos que trazem consigo uma constelação de sintomas pouco abordados na clínica, pondo à prova os conceitos à disposição da prática psicanalítica. Percebe-se que em momentos de incerteza e de incongruência acerca dos fenômenos do adoecimento psíquico, a comunidade movimenta-se para fazer circular a palavra, promovendo discussão de casos, seminários, congressos multidisciplinares, na tentativa de desfazer quaisquer inconsistências na teoria.

Jussara Brauer (2003) enriquece a discussão afirmando que: “quando fazemos uso da linguagem, nossa relação com o outro funciona o tempo todo nesta ambiguidade. A linguagem serve tanto para nos fundamentar no Outro como para nos impedir radicalmente de entendê-lo”. Enquanto não se encontram os pares que falem a mesma “língua”, enquanto a comunidade não se aproxima de um acordo sobre qual a abordagem mais coerente e responsável para o caso, a prática clínica permanece no escuro, entregue às trevas, perdida na confusão da língua do inconsciente.

Ao afirmar que os conceitos não surgem da experiência humana, Lacan (1979) faz alusão à frequente ineficácia da aplicação dos conceitos da psicanálise para explicar a própria experiência humana. Não há, em psicanálise, uma chave-mestre capaz de desarmar os conflitos do inconsciente, curar sintomas e aliviar angústias. Os conceitos têm função de enriquecer o universo Simbólico do analista, de provocar o raciocínio clínico e conduzi-lo a um diagnóstico preliminar (realizado em entrevistas iniciais). Essa cascata de ações deve desembocar na escolha do manejo mais adequado para o caso em questão.

Essa mesma citação suscita a reflexão de que a ciência faz-se no trabalho contínuo de desvendar os mecanismos da linguagem, seus padrões, deformações e contradições. Nesse exercício formam-se conceitos que, por certo de tempo, servirão de fundamento à prática profissional. A depender das formações e transformações sofridas pela cultura, os conceitos sofrem abalos e se modificam a fim de moldarem-se ao novo paradigma. Novas denominações nascem a cada dia, prova de que a linguagem é um organismo vivo passível de

deslocamentos, condensações, formações de neologismos, entre outros mecanismos, que obedecem às leis inconscientes, animando o discurso e modelando os conceitos.

Vale ressaltar que, a *International Psychoanalysis Association* (IPA) mantém um comitê permanente responsável por definir e explicitar padrões de pesquisas empíricas, clínicas e conceituais. Anna Ursula Dreher é um nome em crescente destaque no cenário científico atual, por estar se dedicando a defender os benefícios da pesquisa conceitual para a manutenção da qualidade do trabalho psicanalítico. Autora do livro *Foundation for Conceptual Research in Psychoanalysis*, Dreher (2000), destaca a importância de compreendermos os deslocamentos e desdobramentos sofridos pelos conceitos psicanalíticos ao longo do tempo.

Nessa obra, encontramos discussões sobre a inter-relação ou interdependência entre a psicanálise empírica, realizada na clínica cotidiana, e os conceitos psicanalíticos que dela emergiram. Ao final do capítulo da introdução encontramos o propósito dessa obra:

O propósito deste livro é de pleitear o reconhecimento das diversas formas de pesquisa psicanalítica, mas em particular em reconhecer suas inter-relações e ainda suas interdependências. A prática psicanalítica (empírica) sem os conceitos é cega, os conceitos psicanalíticos sem a psicanálise prática (empírica) são vazios. (DREHER, 2000, p. 7 tradução nossa).

Outra constatação relevante à definição da pesquisa conceitual é descrita por Dreher na citação que segue: “A pesquisa conceitual hoje se vê, não ao lado da teoria especulativa, mas ao lado de uma ciência erigida na interpretação empírica, a qual emprega seus métodos unicamente para: contribuir para maior precisão dos conceitos”. (DREHER, 2000, p. 130).

Esse projeto alerta para a expansão sofrida pelos conceitos ao longo dos anos e em função de sua aplicação clínica. Duas questões são destacadas numa discussão levantada por Joseph Sandler, psicanalista pesquisador que contribuiu para a confecção da obra. Segundo esse autor, a elasticidade do espaço-sentido de um conceito e a conceitualização implícita, realizada pelo analista, são noções envolvidas no processo dinâmico de utilização e aplicação dos conceitos. Alerta também para os riscos de desvios e extravios dos conceitos no percurso das construções teóricas:

A expansão conceitual pode, entretanto, causar abalos no edifício teórico: inconsistências e indistinções podem emergir. É típico do progresso científico que se descubra tais inconsistências; o propósito é prevenir possíveis aberturas de fossos entre teoria e prática clínica. (DREHER, 2000, p. 131).

A argumentação anterior faz emergir outras questões pertinentes à formação e aplicação dos conceitos. De que nos servem os conceitos? Como eles surgem? Devem ser estáticos ou complacentes? É desejável que abordemos estas discussões a fim de trilharmos o caminho de descoberta do conceito de reanimação psíquica. Muitos aspectos desta específica construção teórica interessam a esta pesquisa e encontram fundamento em correntes contemporâneas da psicanálise.

Vimos que alguns dos termos utilizados na situação analisante foram emprestados do campo das ciências biológicas. Por outro lado, esses termos têm a função de ajudar o clínico a pensar o adoecimento psíquico a partir de dados primários da experiência do paciente, suas fantasias, sonhos, impulsos agressivos, sexuais, entre outros componentes verbais e não verbais. Estes são exemplos de componentes do discurso, inseridos no campo da linguagem, objeto com o qual lida a psicanálise, marcando sua diferença frente às ciências biológicas. Através da linguagem e do enquadre, o paciente é convocado a acessar seus afetos mais primitivos, angústias que o levam a adoecer ou a enlouquecer, a dores nunca antes nomeadas, enfim, a evocar elementos intersubjetivos que, apesar dos esforços das neurociências, escapam a qualquer tentativa de mensuração e replicação.

Talvez, toda questão seja a de, em primeiro lugar, reconhecer e respeitar a natureza dos 'dados primários' da experiência da psicanálise e sua presença essencial na pesquisa psicanalítica: sejam invenções ou descobertas, sejam legitimações dos saberes – conceitos e teorias -, nada pode acontecer sem o contato com os dados primários da experiência clínica na situação analisante. (FIGUEIREDO, 2013, p. 5).

O psicanalista, por sua vez, é desafiado a apoiar-se em suas reservas teóricas para encontrar, no emaranhado de cada caso, o fio condutor da lógica das pulsões. A forma como maneja suas reservas teóricas varia de acordo com uma complexa equação cujas variáveis são a teoria que embasa sua prática clínica, sua própria vida psíquica, além da incidência do jogo transferencial. Desta forma, podemos dizer que o psiquismo do analista opera diretamente sobre a aplicação que ele faz dos conceitos, seja na situação analisante, seja fazendo psicanálise em extensão.

Argumentar sobre pesquisa em psicanálise é assumir, portanto, que parte da cientificidade exigida pela academia se perderá no caminho da pesquisa, já que seu objeto prescinde de elaborações intersubjetivas e intrapsíquicas, provenientes dos diversos dispositivos aos quais se aplicam a psicanálise, seja sob a forma de pesquisas empíricas, clínicas ou conceituais.

Assim como no trabalho clínico, a pesquisa em psicanálise também sofrerá a influência do trabalho das resistências. A atitude do pesquisador deve ser de transpor tais resistências por meio da animação de sua criatividade e capacidade metafórica, como argumenta Luís Claudio Figueiredo:

As resistências do eu, do isso e do supereu, como sabemos, poderão tomar inúmeras outras formas e todas elas, operando em sistemas complexos, irão incidir sobre a vida psíquica do analista. Tais elementos, embora sejam obstáculos ao processo analítico serão, justamente por isso, cruciais na pesquisa: em parte como desafios e exigências de invenção e descoberta que identifiquem e permitam o atravessamento das resistências, mas também como ‘sinais em negativo’ do que se passa na situação analisante para além do observável. (FIGUEIREDO, 2013, p. 7).

Vale ainda ressaltar que, os conceitos em operação na situação analisante passam por um processo de digestão natural, inerente à formação do psicanalista. Caso contrário, corre-se o risco de fazer psicanálise aplicada, técnica que tende ao engessamento da teoria, excluindo a subjetividade de quem a maneja. A psicanálise aplicada, assim como a pesquisa conceitual pura recebem críticas de certos psicanalistas contemporâneos por tenderem a uma aproximação forçada das pesquisas em ciências naturais. A primeira faz da situação analisante um laboratório *strictu sensu*, onde o analista tenta validar os conceitos, excluindo o caráter singular e surpreendente de cada caso. Já a pesquisa conceitual, levada ao extremo, se arrisca ao dissecar os conceitos psicanalíticos, a desencarnar-se da situação analisante e aproximar-se da epistemologia, invalidando, assim, a prática clínica.

Uma solução ao dilema dessa disciplina que se pretende científica (veremos adiante o real peso da ciência para a psicanálise) é a construção de casos clínicos. Este método envolve um tipo de raciocínio que abrange tanto a dimensão tácita, do ocorrido das sessões, como o diálogo do analista com suas reservas teóricas. Seu arcabouço teórico é posto a serviço do caso, singular em sua complexidade, sem perder os vínculos nas fantasias sexuais e agressivas próprias da situação analisante e despertadas pelo jogo transferencial: “O rigor, no caso, está a serviço da presentificação de toda a complexidade da situação analisante, sem vieses e tendenciosidades”. (FIGUEIREDO, 2013).

Da dinâmica do campo transferencial, fazem parte as fantasias, as resistências, as identificações, as projeções, entre outros mecanismos que ilustram os objetos sobre os quais se debruçam os psicanalistas em suas pesquisas. Nesta perspectiva, poderíamos afirmar que nossas teorias se modificam a partir do potencial inventivo dos clínicos, à medida que estes apreendem os fenômenos encenados na situação analisante, sem descartar a emergência e

influência dos seus próprios processos primários. Desse modo, nos aproximamos da resposta à questão: seriam os conceitos estáticos ou complacentes?

Ao atravessar o processo de “digestão” teórica, já elucidado anteriormente, o analista passa a praticar a teoria de maneira a integrar a ela seu próprio universo psíquico. Eventuais desvios teóricos ou criações de novos conceitos podem ocorrer, e através da construção de casos clínicos eles podem ser justificados, demonstrando sua procedência e coerência com a prática clínica. Tal fenômeno criativo será submetido à validação por meio do consentimento da comunidade psicanalítica. A emergência do conceito de reanimação psíquica parece obedecer a essa mesma lógica, como exploraremos no capítulo a seguir.

Destacamos que a emergência de novos conceitos não deve ter o caráter de uma criação absolutamente genuína, não deve ser sinônimo de neologismos, mas de um trabalho de aglutinação entre as reservas teóricas do analista e suas elaborações ao construir um caso clínico. Como postulou Freud, são “visitas inesperadas dentro da casa” (FIGUEIREDO, 2013), pensamentos surpreendentes que incitam o analista a olhar o caso sob outra ótica, geralmente transpondo as resistências em ação e levando-o a interpretações mais adequadas.

O termo reanimação psíquica aparece na obra de Catherine Mathelin-Vanier², justamente na tessitura dos casos que acompanhou. Não estão nem na capa dos seus livros, nem no título dos seus artigos, mas mesclados aos exemplos clínicos e a outros tantos conceitos psicanalíticos e médicos. Durante nosso processo de pesquisa sobre a clínica da primeira infância, o significante/conceito reanimação psíquica destacava-se dos demais, como se reluzisse em meio às palavras, frases e parágrafos que compunham o texto. Seu brilho próprio capturou nossa atenção, e encontramos nessa reflexão sobre o caminho de descoberta da teoria psicanalítica, muitas explicações para o que nos motivou a mergulhar neste tema.

Neste momento, outras questões tomam relevo, por exemplo, se Catherine Mathelin-Vanier utilizou o termo reanimação psíquica ao descrever suas intervenções junto aos bebês prematuros e suas famílias, não seria arriscado afirmar que o termo em questão é um conceito em si? Qual é a relação que se estabelece entre a técnica psicanalítica e os conceitos por ela utilizados? Figueiredo (2013) introduz uma reflexão sobre a dupla dimensão das teorias

² Esta autora será referida como Catherine Mathelin, no caso de citações à publicação de 1999, e como Catherine Mathelin-Vanier ou Catherine Vanier quando obras mais recentes forem citadas.

psicanalíticas.

De acordo com esse autor, seus sentidos seriam a energia responsável por ativar as engrenagens da transferência, fazendo mover o processo, transpondo as resistências, criando novas interpretações e assim sucessivamente. Aplicadas no enquadre e operadas pela situação analisante, as teorias são matrizes interpretativas capazes de produzir efeitos, adquirem força produzindo transformações no paciente.

O trabalho de interpretação pode ser tomado como exemplo do caráter paradoxal das teorias em psicanálise. Este é um manejo que visa tanto atribuir sentido como transpor as resistências, modificando (força), através das palavras (sentido), as posições da dupla no jogo transferencial. Para Figueiredo (2013), este é o jogo, ou *enjeu* (palavra francesa sem tradução), que impede o trabalho analítico de reduzir-se a uma hermenêutica, em que sentidos e conceitos se retroalimentam, sem compromisso, com a produção de efeitos concretos em seus jogadores.

Nesse cenário, em que sentidos e mecanismos se articulam, e onde circulam os mais diversos elementos primários do analista, emergem associações e confabulações que, com o devido trabalho, podem se converter em novos conceitos. (FIGUEIREDO, 2013). Qual seria, então, o destino dos conceitos? Estariam fadados ao descarte? Esse autor explora as articulações entre pesquisa clínica, empírica e conceitual e aponta para o caráter emancipatório das teorias no referido campo. O recurso da metáfora, amplamente explorado pela psicanálise, é condição para a interpretação e é o produto esperado do trabalho da associação livre, capaz de provocar expansões na teoria, projetando-a para além da literalidade dos conceitos que a embasam.

As teorias sofreriam, assim, um contínuo processo de elaboração e perlaboração, provocado pelas resistências em jogo na situação analisante. O resultado deste processo é, segundo Figueiredo (2013), inacabado, possibilitando a abertura de sentidos, como explica:

Fazer pesquisa clínica é, antes de tudo, participar deste jogo de implicações e reservas nos quais se criam, inventam e descobrem nos planos conceitual e empírico os elementos que, sempre em processo de refinamento, compõem nossas teorias meta-transferenciais das resistências e transferências... Este inacabamento é próprio, aliás, à fala metafórica, uma fala ambígua e polissêmica, uma fala que produz aberturas e horizontes de possibilidades de ver, escutar, sentir e pensar, mais do que definições e reduções de sentido. Uma fala, enfim, destinada a transpor e a transcender. (FIGUEIREDO, 2013, p. 9).

Dreher (2000) anima a discussão sobre a preservação indispensável do caráter inacabado das teorias psicanalíticas ao firmar que nossos conceitos não apresentam definição exata, muito menos sentidos fixos e inequívocos. É importante descrevê-los considerando seu elástico (complacente) sentido-espaco, possuidor de um núcleo, mas com bordas indefinidas e maleáveis.

Esse movimento, nas teorias psicanalíticas, se justifica por possuírem características tanto das ciências naturais, como das ciências do espírito. As primeiras, com seus saberes nomotéticos, buscam apreender as regularidades do mundo, formulando, assim, Leis Gerais que expliquem, prevejam e controlem todas as variáveis envolvidas nos fenômenos naturais. As ciências do espírito e seus saberes idiográficos possuem, como já descrito, um aspecto emancipatório. Atuam a favor da transformação, da abertura de cercamentos envolvidos no trabalho de repressão e que, por sua vez, geram sofrimentos de gêneros variados. Admite em sua epistemologia o saber do inapreensível, do incontrolável, e do inexplicável. (FIGUEIREDO, 2013).

A construção da teoria freudiana demonstra a importância do determinismo psíquico e das repetições dos fenômenos na clínica. Ilustra, por outro lado, a relevância da preservação das singularidades de cada caso, como aponta Figueiredo:

Vista a psicanálise deste angulo, assinalemos o caráter híbrido da epistemologia psicanalítica, situada entre determinação e repetição, de um lado, e emergências singulares, de outro. Nossas construções conceituais devem tornar-nos aptos tanto à escuta do que se repete como à escuta do que emerge de mais inesperado e irrepitível, tanto à escuta das regularidades intra e interindividuais (como os padrões psicopatológicos compartilhados por diferentes sujeitos, entre outros) como à escuta de configurações absolutamente singulares que emergem do campo analisante. Caso fiquemos sem os recursos teóricos para pensar as regularidades e as repetições, estaremos cegos e surdos às lógicas dos processos psíquicos, mas se estes mesmos recursos técnicos não nos sensibilizarem para a detecção do singular e do 'acontecimental', estaremos fazendo 'psicanálise aplicada à clínica', e não desenvolvendo uma prática teórica psicanalítica capaz de promover transformações. (FIGUEIREDO, 2013, p. 13)

O que a pesquisa conceitual teria a oferecer em específico? Dreher (2000) lança a questão em um artigo que argumenta sobre o modismo atual em torno da pesquisa conceitual e sua real relevância ao método psicanalítico. Explicita que a relação entre seus conceitos e os fenômenos aos quais se referem não é linear e estável. Novas manifestações clínicas aparecem de tempos em tempos, e torna-se um desafio integrar estas novas percepções e experiências às ideias preexistentes sobre os padrões de transferência, por exemplo. Aponta

para os processos de transformação que afetam a teoria, como os abalos sofridos pelas categorias diagnósticas em psicanálise, à medida que emergem novos sintomas.

Segundo a autora, a pesquisa conceitual ocupa-se da investigação sistematizada dos significados e usos dos conceitos psicanalíticos, incluindo suas mudanças, dentro e fora do contexto clínico. Tece uma crítica àquelas pesquisas que se propõem conceituais, mas que não tomam a forma de um projeto estruturado, levando em conta somente o raciocínio clínico e dados colhidos através da livre associação de um único psicanalista. Para Anna Ursula Dreher (2000), uma pesquisa conceitual deve ir além do registro dos comentários de um grupo de colegas sobre determinado conceito, ou da consulta aos dicionários.

Dreher (2000) descreve em seu artigo, diretrizes para a formulação de um projeto consistente de pesquisa conceitual. Deve ser conduzido por um grupo de pesquisadores que considerem a leitura sistemática da literatura existente sobre o conceito a ser pesquisado; a coleta do depoimento de praticantes da clínica psicanalítica, bem como o depoimento de especialistas de disciplinas vizinhas, pertencentes a outras escolas, com a intenção de abordar a dinâmica interdisciplinar do conceito. Acrescenta ainda qual desfecho se espera de uma pesquisa conceitual, ou seja, que seus resultados tornem-se comunicáveis e criticáveis. (DREHER, 2000).

Houve, na evolução da pesquisa conceitual, tentativas de pesquisas de cunho quantitativo que almejavam solucionar o problema da ambiguidade e de uma atitude nomeada “negligência conceitual”, adotada por praticantes da clínica psicanalítica, porém julgada irresponsável frente aos conceitos clássicos. Objetivavam a redução das arbitrariedades psicanalíticas e o estabelecimento de regras gerais aceitáveis e comunicáveis. Dreher (2000) descreve em seu artigo os objetivos e conclusões de uma pesquisa alemã, realizada em 1998, que visava sistematizar conceitos psicanalíticos para fins diagnósticos. Seus resultados finais culminaram, entretanto, em um “paradoxo indissolúvel”, pois constatou-se a impossibilidade de descrever oficialmente os processos inconscientes, elemento importante para a compreensão da psicanálise.

Indissolúvel parece, na opinião de Dreher (2000), um adjetivo razoável em se tratando do empenho de apreender fenômenos conceitualmente relevantes à nossa clínica, orientado unicamente pelas máximas das ciências experimentais. Explicita em adição a intrínseca relação entre pesquisa conceitual e pesquisa empírica, questionando a condução de atividades

de pesquisa que ignorem, seja a evolução histórica dos significados e suas variações culturais, seja a influência da subjetividade do praticante na aplicação dos conceitos psicanalíticos. Infere que a utilidade dos conceitos psicanalíticos fica prejudicada sem uma aceitação, ao menos parcial da visão de mundo do analista. (DREHER, 2000).

Nesse sentido, é evidente que não é desejável que os conceitos alcancem um nível de precisão e formalização tal qual exigem as pesquisas em ciências naturais, uma vez que, pesquisas empíricas, apartadas das reflexões conceituais, correm o risco de perderem em relevância clínica. O oposto também é verdadeiro, pois, as reflexões conceituais sem o reconhecimento às forças que agem sobre a situação analisante tornam-se discussões estéreis. Dreher finaliza a discussão atestando que:

A pesquisa conceitual e a pesquisa empírica podem juntas assegurar que a psicanálise permaneça psicanalítica e, ao mesmo tempo, não perca sua conexão com o mundo. Se uma pode ser a garantia do atestado de qualidade da outra, então juntas podem certamente ser invencíveis. Penso que veremos o quê desta abordagem se tornará ciência e o quê permanecerá ficção. (DREHER, 2000, p. 124).

No mesmo ano, Delouya realiza um levantamento histórico sobre a construção do conhecimento utilizado na clínica psicanalítica, e tece uma discussão rica acerca destas duas áreas do conhecimento caras à psicanálise: a epistemologia e a metapsicologia. A primeira se ocupa de estudar a lógica da descoberta de um campo, ou seja, de desvelar sua própria inteligibilidade, independente da psicologia dos seus cientistas.

A epistemologia interroga-se sobre os modos e procedimentos pelos quais se adquire conhecimento em certa área do saber. Seu questionamento centra-se, no método e na forma com que este rege a relação entre produção teórica e os meios, específicos e concretos, implementados para este fim. (DELOUYA, 2003, p. 88).

A metapsicologia, por sua vez, se atém à análise conceitual, à definição e demarcação dos conceitos, assim como às relações estabelecidas entre eles. Debruça-se, e podemos dizer que ainda o faz, sobre a análise do sistema de pensamento, o arcabouço teórico psicanalítico, sua coerência interna, assim como o movimento do pensamento de Freud, primordialmente.

Os achados de Delouya (2003) apontam, entretanto, para um sutil mal-entendido que pode ter levado muitos psicanalistas em formação à apreensão equivocada do que se refere ao trabalho dessas disciplinas. “A grande parte do que se chamava, em uma época e sob um certo modismo, de ‘epistemologia da psicanálise’, acabou por se confundir com esta imensa empresa de aprofundamento teórico, um fazer trabalhar dos conceitos e dos modelos.”

O que chamamos de epistemologia da psicanálise foi, por assim dizer, uma aglutinação de uma ciência filosófica, que se propõe a escavar os caminhos percorridos por uma teoria ao delimitar seu campo, com uma disciplina científica, que almeja sistematizar a cadeia de acontecimentos que levou Freud a fazer operar o método psicanalítico. Delouya discorre sobre a especificidade do método científico, dando especial ênfase ao seu caráter crítico, “tendo como objetivo o estudo das relações funcionais entre partes da realidade pesquisada, o método científico rege a teoria de forma que suas teses e perguntas serão derrubadas e transformadas, respectivamente, pela ação crítica dos dados produzidos pelas observações e nos experimentos controlados”. (DELOUYA, 2003).

Encontramos, nesta exposição, relação com a noção de inacabamento dos conceitos e teorias psicanalíticas, e com o pensamento de Dreher acerca das mudanças aos quais estão submetidos, tanto os conceitos como a linguagem científica em geral: “Eles [conceitos] vivem do mesmo modo que os jogos da linguagem científica vivem [...]. Assim é na vida cotidiana, assim é em todas as ciências empíricas”. (DREHER, 2000).

Segundo esses autores, os conceitos são passíveis de expansões, elisões, aglutinações, entre outras deformações linguísticas, e a psicanálise não é a única privilegiada. Todas as ciências hermenêuticas ou nomotéticas sofrem em seus conceitos abalos e transformações, necessários ao progresso científico. Voltemos agora à peculiaridade do nosso híbrido método-teoria. Uso o hífen para fazer referência ao caráter metatransferencial das teorias psicanalíticas que envolvem dimensões de força e mecanismo, já exploradas por Figueiredo (2013).

O espaço no qual se aplica o método psicanalítico, o enquadre facilitador da situação analisante, tem por finalidade promover a cura e a produção de conhecimento. (DELOUYA, 2003). Conhecimento não necessariamente sistematizado sob a forma de uma produção acadêmica, o que não deixa de ocorrer em muitos casos. Freud já dizia que ao fim de uma análise bem sucedida forma-se um analista, que não deve negar sua veia para a pesquisa.

De toda forma, o processo de vir a conhecer funde-se ao processo de cura em análise, eles ocorrem concomitantemente. Conhecer e curar tornam-se, em psicanálise, verbos sinônimos, afirma Delouya (2003): “Isto é verdadeiro não só para o analista que resguarda o espaço e faz operar o método, mas ainda no próprio sujeito que se submete à análise”.

Em análise, o sujeito submetido ao enquadre é convocado a falar de seu sintoma, a construir um saber sobre seu sofrimento. A ficção de que o saber está do lado do analista é apenas uma das diversas funções desse dispositivo. As regras do jogo transferencial diferem das regras explícitas impostas pelo método científico. Os cientistas, jogadores das ciências naturais, utilizam-se da teoria de uma determinada área do conhecimento para testar, mensurar, observar e calcular seus experimentos. Caso fujam às regras do jogo, circunscrito pelo método, invalidam os resultados, erro indesejável em pesquisas científicas.

As regras do jogo psicanalítico, ao contrário, não estão todas à vista, explícitas ou passíveis de consulta. Sabemos que em entrevistas iniciais, o psicanalista deve esclarecer alguns aspectos formais do processo, como o pagamento, a frequência, os horários etc. Não cabe a ele, entretanto, explicar ao paciente a função do divã, ou ministrar um minicurso sobre noções básicas de psicanálise, como fazem alguns colegas que chegam até a emprestar seus livros aos pacientes a fim de garantir a devida apreensão dos conceitos.

Enfim, o paciente submete-se ao jogo sem receber um manual de regras. Importante que assim seja; a associação livre, por exemplo, convoca o sujeito a romper com a lógica racional imposta pela cultura, induzindo o paciente a fazer uso da linguagem a fim de desconstruir essa lógica externa. Ao mergulhar nas águas da linguagem, paciente e analista são lançados, por meio da transferência, às cenas infantis, vivências traumáticas antes não nomeadas, impulsos agressivos e memórias de cunho sexual.

Os aspectos exteriores do enquadre, representado pelas regras da linguagem, remetem ao interior dos processos intrapsíquicos e intersubjetivos em jogo na análise, como defende Delouya, apoiando-se em teorias greenianas e winnicotianas: “Tanto a linguagem como o enquadre são marcados pelos aspectos formais, reais, materiais ou externos cujo caráter é negativo; tendenciam e agem negativamente, recordando e resgatando um vivido anterior [...] a linguagem parece redobrar a função do enquadre”. (DELOUYA, 2003).

O tema da linguagem retorna, neste momento, para ilustrar o principal ponto de torção entre o método científico e o psicanalítico. Deste elemento, emerge o potencial criativo e inventivo desejável aos jogadores deste método. Observamos, ao longo da história, a influência destrutiva que certos cientistas criativos exerceram sobre seus objetos de investigação. Novas teorias foram inventadas à custa da abolição de outras teorias de base. No método científico, a criatividade do pensador deve ser modulada, efetiva e concretamente,

dentro das possibilidades do jogo. As reservas míticas que semeiam as teorias, além das determinações sociais e culturais, devem permanecer em suspensão. (DELOUYA, 2003).

Mais um ponto abordado por esse autor faz menção à relevância atribuída aos conceitos na filosofia e na psicanálise. A distinção entre estes dois campos está no fato do primeiro pertencer, em sua inteireza, às ciências do espírito, ocupando-se da interpretação contínua dos conceitos. Ao avançarmos neste capítulo, encontraremos ideias que apontam para o caráter parcialmente científico da psicanálise, como reconheceu Freud em determinando momento de sua carreira. “A psicanálise teria muito a ganhar se, seguindo as recomendações de Freud, pudesse acompanhar a ciência – sem, no entanto, abolir – a consistência inerente ao discurso, oriundos da filosofia, assim como a montagem em torno dos eixos traçados pelos conceitos (DELOUYA, 2003).

Percebemos com isto que o método científico não é capaz de descrever integralmente o método psicanalítico, uma vez que, neste último, a dimensão pática (DELOUYA, 2003), ou seja, o quantum de paixão, força que impele o analista a querer conhecer as causas do sofrimento do próximo, é a força que move as engrenagens da clínica e da pesquisa. Outra indagação emerge: Que mecanismos psíquicos entram em ação quando um clínico chega a uma hipótese diagnóstica ou a uma nova interpretação?

Delouya (2003) refere-se à dimensão pática inerente ao percurso de construção de conhecimento específico ao campo psicanalítico. O autor faz cair por terra algumas certezas sobre os caminhos percorridos pela psicanálise ao longo da história. Afirma que o *phatos*, envolvido no fazer clínico e nas pesquisas em psicanálise, deflagra o peso que o inconsciente dos analistas tiveram, e têm, na produção das teorias. Polemiza ao apontar a impossibilidade de uma epistemologia da psicanálise, uma vez que a descoberta do saber, nesta área, não pode ser apreendida através dos fatos históricos ou da análise de casos clássicos.

Precisamos, antes de responder tal questão, evocar um aspecto que ajuda a esclarecer como ocorrem as evoluções teóricas, as transposições dos conceitos e o refinamento do método. Segundo Delouya (2003), graças aos impasses que atropelam a empreitada da construção do conhecimento, é possível o remanejamento da teoria, o reconhecimento dos seus limites, e a conseqüente sofisticação dos métodos. Em certo momento de suas explorações, Freud observou, em sua clínica, manifestações como a compulsão à repetição, quadros masoquistas e melancólicos, entre outros que o conduziram a expandir sua teoria

sobre o narcisismo, incluindo a influência das pulsões de morte nos quadros psicopatológicos. Deste modo, os entraves encontrados por Freud, bem como por seus seguidores e dissidentes, desafiaram o método psicanalítico, sofisticando-o no decorrer das décadas.

A fim de nos aproximarmos de uma conclusão sobre os caminhos percorridos pelos conceitos, precisamos demarcar a influência das dimensões intrapsíquica e intersubjetiva entrelaçadas na situação analisante. A dimensão intrapsíquica pode ser considerada a faceta desta teoria, passível de observação e que justificaria seu “pé” nas ciências naturais. A análise das resistências em jogo na situação analisante pode ilustrar esta possibilidade de apreensão, sendo esta uma técnica amplamente descrita e analisada nos milhares de casos clínicos descritos na literatura.

A dimensão intersubjetiva apresenta-se, no entanto, como a faceta da psicanálise que a qualifica enquanto uma ciência hermenêutica, com seus saberes idiográficos ou, no extremo, enquanto uma não ciência. Incluída a esta dimensão, estão, segundo Delouya (2003), as tarefas do analista de acolher, em seu próprio psiquismo, as cenas descritas por seus pacientes, remetendo-o, em forma quase alucinatória, a imagens de sua própria infância.

Neste processo de *rêverie*³, o analista acessa, através da transferência, a problemática do paciente, podendo melhor conduzir o processo terapêutico. “A apreensão ocorre somente por meio de um reviver, ou no representar daquilo que se passa no paciente.” (DELOUYA, 2003). Isto implica dizer que os desenhos psicopatológicos construídos ao longo do processo, e que nos remetem à noção de diagnóstico diferencial estrutural, utilizada pela corrente lacaniana, nada mais são que um evento criativo vivido pelo analista e que bascula da estância imaginária para a estância simbólica, promovendo transformações através da palavra.

Este processo promove, em uma sequência imprecisa, sensações e percepções manifestas sob as formas de cenas ou alucinações, as quais dão ao analista pistas sobre a estrutura em questão (neurose ou psicose). Percepções que guiam o clínico a uma hipótese

³ Processo de replicação, na dimensão intersubjetiva (do analista, em virtude de sua posição no enquadre), do cenário que se forma no interior do aparelho psíquico do paciente. (DELOUYA, 2003).

diagnóstica ou desenho diagnóstico, segundo as palavras de Delouya (2003). Conduzindo o clínico, então, a um manejo específico, à abertura de sua capacidade inventiva e, a promover interpretações mais apropriadas pelo fato de estarem relacionadas às primeiras cenas desencadeadoras da interpretação.

Importante destacar a diferença entre a proposta contemporânea apresentada por esse autor e certas ideias discorridas por Lacan (1961) em sua obra. Delouya (2003) alerta que “não é seguindo um desencadeamento significativo da fala, mas, sim, o da evocação, de um eco de correspondentes imagens de vivências, apesar de suas origens serem pouco mapeadas, que é possível delinear e captar o desenho psicopatológico do paciente no momento”.

Acrescentaríamos que esta análise, sobre os mecanismos psíquicos em jogo no evento criativo, somente é possível pelo fato desta corrente admitir a existência do fenômeno da contratransferência na situação analisante. Conceito este pouco explorado e por vezes repugnado por certas correntes francesas da psicanálise.

As argumentações exploradas guiam Delouya a concluir seu pensamento, tecendo uma crítica explícita à epistemologia da psicanálise, cunhando o conceito de epistemopatía para melhor descrever o processo de descoberta do saber psicanalítico, e polemiza: “Qual o sentido de acreditar na existência de uma epistemologia, já que esta só tem lugar quando lança mão de um discurso que é exterior ao campo que investiga? Se o contexto da apreensão é interior ao próprio campo, este fato exclui qualquer possibilidade de haver uma epistemologia da psicanálise e/ou da psicopatologia.” (DELOUYA, 2003).

Apreendida a lógica em jogo no processo de criação de novos conceitos, desejamos que, na sequência desta pesquisa possamos realizar uma investigação, não da epistemologia, mas da epistemopatía do conceito de reanimação psíquica. O método elegido parece justificar nossa escolha de mergulhar no universo psíquico dos autores do conceito, tarefa arriscada, cujas consequências são tão imprevisíveis quanto surpreendentes.

PARTE IV APROXIMAÇÕES DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA

1 Desdobramentos da técnica psicanalítica: da neurose aos distúrbios na infância

Sabemos que a Psicanálise foi pensada, primordialmente, para tratar adultos neuróticos. Considerando que o inconsciente é estruturado como linguagem e que todo sujeito capaz de comunicação possui um inconsciente, podemos assumir a aplicabilidade do método psicanalítico para o reposicionamento do sujeito frente ao seu sintoma, seja qual for sua estrutura psíquica.

Ademais, consideramos importante o aprofundamento em alguns conceitos que permeiam a clínica psicanalítica da primeira infância antes de abordarmos o tema da reanimação psíquica propriamente. Pesquisas e intervenções em psicanálise com bebês vêm sendo realizadas desde meados do século passado, e conceitos da psiquiatria e da psicanálise clássica vêm sendo utilizados para embasar este tipo de intervenção clínica, tida como controversa desde o seu início, uma vez que os bebês não preenchem os requisitos básicos criados por Freud para que entrem em análise, ou seja, estejam inseridos no campo da linguagem e apresentem uma estrutura neurótica.

A fim de compreendermos o trajeto percorrido pela clínica psicanalítica, partindo do modelo de análise clássica de adultos neuróticos, passando pelo tratamento de adultos psicóticos, até as crianças com distúrbios do desenvolvimento, devemos abordar as mudanças ocorridas no trabalho de investigação diagnóstica. Importante percebermos as sutis transformações sofridas pela técnica psicanalítica ao abordar as formas de adoecimento psíquico na infância. Resguardar as peculiaridades de cada clínica pode garantir o sucesso do tratamento.

Realizamos, neste momento, uma breve retomada acerca da classificação estrutural explorada por Lacan ao longo de sua obra. Clínicos em psicanálise que escolhem a vertente lacaniana usualmente aprendem em sua formação a manejar os casos chegados à clínica, a depender da estrutura em questão. Em princípio, é realizado o diagnóstico diferencial estrutural que visa captar, por meio da fala do paciente, seu posicionamento frente ao discurso social, frente ao Outro.

Sobre a função do diagnóstico diferencial estrutural em psicanálise e sobre a direção do tratamento em casos de psicose, Quinet (2009) se apoia na tradição freudo-lacanianana para afirmar que um erro de diagnóstico em psicanálise pode ser mais grave que um erro em psiquiatria, pois a promessa de cura para a neurose não pode ser aplicada aos casos de psicose, como demonstra a seguir:

Contudo, qual a promessa de cura que o psicanalista pode sustentar no caso da psicose? Só há uma resposta a essa pergunta: o analista não pode prometer inserir o psicótico na norma fálica; não pode fazê-lo “normal”, inseri-lo em *la norme mâle*. A norma é regida pelo Édipo e pelo complexo de castração, cujo produto é o significante fálico, primado para ambos os sexos. A forclusão do Nome-do-Pai exclui o sujeito da norma fálica, riscando qualquer esperança do analista de fazê-lo bascular para o lado da neurose. Não se pode, portanto, tornar neurótico, um psicótico... Se o sujeito é psicótico, é importante que o analista o saiba, pois a condução da análise não poderá ter como referência o Nome-do-Pai e a castração. Daí a importância de se detectar a estrutura clínica do sujeito nas entrevistas preliminares. (QUINET, 2009, p. 22).

Deve-se esclarecer que esta postura, apesar de apresentar um caráter investigativo, não corresponde ao trabalho de psicodiagnóstico, usualmente realizado por outras linhas da Psicologia. Trata-se de uma sondagem preliminar que visa suscitar um raciocínio clínico mais adequado sobre o caso. Não tem por objetivo encerrar-se em si, pelo contrário, deve conceder ao paciente a possibilidade de usufruir dos benefícios de uma análise responsável e adequada.

Um profissional desatento aos diferentes modelos de funcionamento psíquico corre o risco de impedir a formação de um laço transferencial propício à análise, lançar mão de intervenções inapropriadas ou fazer um uso equivocado dos elementos do *setting* terapêutico. Em uma análise de adultos, a passagem para o divã envolve pré-requisitos importantes que devem ser identificados nas sessões iniciais. Outro exemplo está na indução à associação livre, que pode ter efeitos desorganizadores, a depender da estrutura do paciente. Uma breve aproximação das regras gerais de uma análise é suficiente para marcar a importância das entrevistas preliminares e dos efeitos catastróficos do mau uso dos instrumentos e teorias que embasam esta clínica.

Tratando-se de pequenos pacientes, encontramos com frequência o depoimento de cuidadores que peregrinam de especialista em especialista na missão de compreender os comportamentos “desajustados” de seus filhos. Chegam ao psicanalista, muitas vezes, carregados de hipóteses diagnósticas e densas fantasias sobre os sintomas de seus pequenos. Trazem consigo um saber médico consistente sobre as alergias, manias, estereotípias e

problemas dos seus filhos, que vai aos poucos calando seu saber sobre o vínculo construído em seus primeiros meses de vida.

Sabemos, entretanto, que ao procurar um psicanalista, o paciente, seja um adulto ou uma dupla mãe-bebê (sujeito tomado como unidade, cuja intervenção se dará sobre o laço posto), nem sempre apresenta de imediato os pré-requisitos para entrada em análise. O tempo lógico é um conceito lacaniano utilizado para explicar que o funcionamento inconsciente segue um ritmo incompatível à cronologia à qual somos submetidos na rotina consciente. Com o caminhar da análise, o sujeito seria, então, apresentado a esta nova lógica, onde os sonhos, os lapsos, entre outras manifestações dão provas da existência de uma instância inconsistente.

Certos elementos da técnica analítica pós-lacaniana foram pensados para adequar a aplicação dos manejos clínicos a cada fase do tratamento. A noção de temporalidade do inconsciente deve ser considerada, tratando-se do início de uma análise. Dois tempos podem ser observados: o tempo de fechamento ou de afânise e o tempo de abertura.

Por isso, aprendemos que não há o que ser interpretado em início de análise. Trata-se do tempo de fechamento em que o sujeito encontra-se escondido em suas resistências, camuflado por mecanismos inconscientes competentes em preservar o bom funcionamento do aparelho psíquico.

Fica fundamentada nesta lógica a pontuação como técnica adequada a este momento lógico da análise. Se estamos trabalhando em tempo de fechamento, com um sujeito petrificado, que está em um lugar indeterminado, não há o que interpretar. Pontuar a cadeia significante é demarcar os lugares possíveis para o sujeito, para que ele possa aí tomar posição. A ênfase aqui é, como se pode notar, na topologia do inconsciente. (BRAUER, 2003, p. 55)

De acordo com o pensamento dessa autora, o sujeito que chega à análise (isto inclui a dupla mãe-bebê que, em princípio, é tomada como unidade, tomada em sua dimensão de relação) traz um sofrimento que faz alusão ao campo do não senso. É comum ouvirmos relatos do tipo, “estou angustiada, mas não sei o porquê”, “sinto dores que aparecem sem razão”, “sofro porque meu filho é diferente das outras crianças”, ou ainda “não me reconheço, nunca passei por isto antes”. E é com a mesma frequência que um outro apelo chama nossa atenção: “desejo que este sofrimento cesse, pois não suporto mais lidar com esta dor”.

O momento de entrada em análise caracteriza-se por um período delicado, em que analista e paciente irão ajustar as demandas, expectativas e fantasias sobre o processo e, ainda, estabelecer suas posições e funções. O paciente geralmente demonstra-se desamparado, inseguro e sem clareza da fonte do seu sofrimento. Cabe ao analista conduzi-lo a assumir uma postura curiosa a respeito da sua queixa, que basculhe da passividade do não senso ao exercício do querer saber.

Precisamos esclarecer que tal mudança de posição subtende certo custo psíquico que varia de caso a caso. É função do analista perceber qual preço o paciente está disposto a pagar para livrar-se dos seus sintomas. Referimo-nos aqui ao cálculo do gozo, noção formulada por Lacan que, de forma simplista, remete a uma matemática complexa a qual almeja prever o custo envolvido em abandonar a compulsão à repetição, trama inconsciente onde se articulam satisfação e sofrimento, prazer e desprazer, vida e morte.

Imprimir uma direção de entrevistas preliminares ao invés de uma postura de psicodiagnóstico passa a ser considerada como parte do tratamento ou no extremo é o próprio tratamento que pode ser considerado como uma sondagem do diagnóstico preciso do caso, quando estamos trabalhando com criança. O profissional que o atende o faz sob transferência desde o início. (BRAUER, 2003, p. 61).

Nesse aspecto, na clínica da primeira infância observa-se uma dinâmica similar. A intervenção de um psicanalista em um caso de nascimento prematuro, em que bebê e mãe apresentam-se vulneráveis e desvinculados, não se dá sem custos. Ao contrário do que almejam médicos e suas equipes de saúde, a vinculação mãe-bebê imposta a qualquer custo pode trazer consequências desastrosas aos envolvidos. É dever do analista captar, no discurso materno, a qualidade do laço em questão, resgatando as fantasias sobre a gestação e calculando com cautela o peso do fantasma familiar sobre a constituição psíquica do bebê. Em certos casos, que serão ilustrados ao longo do texto, mãe e bebê encontrarão no afastamento melhores chances de sobrevivência orgânica e psíquica.

A técnica psicanalítica sofreu, no decorrer do tempo, significativas expansões no que tange ao público a que se destina. Em seu início, destinava-se a sujeitos diagnosticados neuróticos, considerados inteligentes e capazes de abstração. Nesse período, o trabalho analítico investia especial atenção às formações metafóricas dos pacientes. Posteriormente, Lacan, ao desdobrar os conceitos freudianos, constata que em sujeitos psicóticos estão presentes sintomas com estrutura de metáfora. Tais sintomas, tomados como manifestações da linguagem, tornam-se passíveis de interpretação. Com os estudos de Lacan, os sujeitos

psicóticos puderam, por fim, receber tratamento psicanalítico.

Tratando-se da primeira infância, o discurso psicanalítico tende a driblar a definição precoce do diagnóstico médico, por saber das consequências da marca deste significante para a constituição psíquica do sujeito em formação. Pensar em diagnóstico estrutural, nos moldes da clínica de adultos, também é evitado, uma vez que no início da vida ainda não é possível localizar uma estrutura operante. Sendo assim, a saída encontrada por alguns psicanalistas, que se ocupam dessa clínica peculiar, e em formação, foi conceber um diagnóstico do tipo posicional, levando em conta a relação entre a dupla bebê-cuidador. O paciente, tomado em sua dimensão de dupla, põe-se a falar, por meio de palavras e de atos. Esses atos são encenados nos jogos objetivos e podem ser interpretados pelo analista, por meio da transferência.

Vale aqui destacar a virada teórica que ocorre a partir do momento em que Lacan, ao resgatar o modelo estrutural, arquitetado por Freud, para explicar o aparelho psíquico, passou a dar maior ênfase à relação de objeto e ao conceito de objeto pulsional (objeto a). Assim sendo, a noção de desenvolvimento em fases, pensada por Freud nos primórdios das suas pesquisas, dá lugar à noção de posição, assumindo duas possibilidades: a de sujeito e a de objeto. Seguindo esta lógica, a criança deixa de ser um indivíduo em desenvolvimento e passa a ser um sujeito que faz do *ser criança* uma posição. (BRAUER, 2003).

A psicanalista Brauer observou, ao longo de sua experiência clínica junto a crianças com diagnósticos psiquiátricos preocupantes, que com o desenvolvimento das entrevistas iniciais era possível localizar a posição que a criança ocupava no fantasma familiar. Eram encaminhadas ao lugar em que trabalhava crianças portadoras de sintomas severos como atrasos de linguagem, distúrbios cognitivos e motores, os quais as incapacitavam para uma vida funcional em sociedade.

A partir de intervenções fundadas nas diretrizes psicanalíticas junto à estrutura familiar, aos poucos, a criança revelava ser portadora de um sofrimento impedido de se dizer, por estar atrelado a uma colagem significante e, por isto, a um gozo materno. Por ser gozo, subtende uma satisfação compartilhada a dois, que se repete sem cessar pela omissão ou exclusão de um terceiro. O trabalho de análise se dá, inicialmente, na tentativa de, ao encarnar o lugar de terceiro, o analista conduzir o cuidador a nomear este sofrimento que, por ser dado por procuração à criança, torna-se de difícil acesso. (BRAUER, 2003).

Uma vez localizado o engodo na estrutura familiar, Brauer descreve que, com certa frequência, os sintomas que chegavam encarnados na criança sob as mais diversas formas de adoecimento orgânico, uma vez interpretados, se deslocavam para o corpo da mãe.

Ao se desmontar a queixa ocorreu sempre que as mães apresentassem dores no próprio corpo. Algo mudava de lugar e de estrutura: de ato da criança a dor no corpo da mãe. Tomamos essas “dores” como indicadores de que um corpo próprio se construía no caso das mães [...]. É preciso estar muito atento a este momento do tratamento, em que o traço migra do comportamento da criança para o corpo da mãe, não tendo tido ainda passado pelo processo lógico que o transforma em significante. A forma de transferência peculiar a estes casos, que envolve intensamente o atuar, é o que faz a grande diferença deste trabalho. (BRAUER, 2003, p. 73).

Sobre as consequências de um diagnóstico precoce na infância, Brauer (2003) descreve em detalhes os resultados alcançados em sua pesquisa, intitulada “psicoterapia individual com intervenção clínica sobre a família”, desenvolvida na clínica-escola do departamento de psicologia da Universidade de São Paulo. Teve como objetivo inicial acolher e acompanhar, amparada pela teoria psicanalítica, crianças que um dia receberam um diagnóstico psiquiátrico considerado grave de psicose, autismo, epilepsia, deficiência mental, paralisia cerebral ou portadores de síndromes genéticas.

Ao final de um período de 8 anos, das 50 crianças acompanhadas por psicólogos em formação, sob a supervisão de Brauer, apenas 4 configuraram-se como estruturalmente psicóticas.

Este tipo de resultado nos fez refletir sobre as dificuldades de estabelecer um diagnóstico na infância, e os perigos de um erro. Levou-nos a pensar teoricamente sobre o peso a atribuir ao desenvolvimento no estabelecimento de um diagnóstico na infância, fazendo-nos concluir na direção de um diagnóstico posicional, na infância como uma posição do sujeito, sendo criança o correlato de um posicionamento do lado do objeto. (BRAUER, 2003, p. 74).

Nenhuma das crianças foi milagrosamente curada dos seus “distúrbios”, entretanto a grande maioria pôde construir sintomas genuinamente seus, que lhes permitissem a entrada em análise.

É na singularidade de cada caso que iremos pesquisar o sintoma apresentado pela criança, tendo em nosso horizonte de possibilidades que se trate de uma questão do casal ou mesmo da mãe. Trabalhada a perversão polimorfa desta relação nossa criança estará habilitada a optar por crescer, entrar em latência, construir um sintoma que lhe possibilite a entrada em análise, ou ainda, optar por contentar-se do Outro configurando-se como psicótica. (BRAUER, 2003, p. 89).

Posterior aos achados clínicos de Lacan sobre o tratamento das psicoses, certas

descobertas mannonianas afirmaram que pacientes deficientes também podem beneficiar-se do tratamento analítico, uma vez que estes se estruturam de forma similar ao paciente psicótico. É possível lançar mão de técnicas psicanalíticas no tratamento das “pseudodeficiências” desenvolvidas pelo paciente deficiente, já que elas são geradas no laço com seu cuidador. Muitas vezes, a deficiência é agravada a uma condição incapacitante por estarem envolvidos sintomas para além do organismo. (BRAUER, 2003).

A criança deficiente apresentaria um sofrimento desencadeador de reações de defesa, como a inibição, fruto de um vínculo patológico estabelecido no laço social. Sua posição diante do Outro é enodada a ponto de haver um apagamento de suas habilidades sociais e cognitivas. A deficiência seria, assim, o álibi da pseudodeficiência, tratável em análise. (BRAUER, 2003).

A questão da deficiência emerge a partir dos trabalhos de Mannoni (1985), ao tomá-la enquanto um sintoma tratável em análise. Observando a formação dos sintomas em casos de crianças deficientes, Brauer (2003) lança uma curiosa reflexão: “É sabido que crianças nascidas sob o significante “deficiente” ou “especial” são acolhidas de uma maneira peculiar que varia a depender da cultura, marcando-as como sujeitos”. Existem ainda certas pesquisas que apontam para uma alta incidência de episódios de psicose puerperal em casos de nascimentos de bebês deficientes. Ocorre, nestes casos, uma despersonalização da mãe, impedindo-a temporariamente de cuidar do seu bebê.

Observa-se com o exposto, que o princípio de causalidade que rege a formação dos sintomas nas deficiências é o da sobredeterminação. Brauer (2003) nos lembra sobre o caráter ficcional dos fenômenos trabalhados na clínica: “O psicanalista não lida com fenômenos objetivos. Há, portanto, que se fazer da deficiência uma ficção também”. Os anos de trabalho com distúrbios graves na infância levaram esta pesquisadora a constatar que a deficiência como sintoma é um fenômeno ficcional, por isto, deve ser considerada uma representação explícita, e em ato, do sofrimento do paciente.

Citamos a questão das deficiências, pois é comum a chegada de casos suspeitos ou já diagnosticados com distúrbios invasivos do desenvolvimento, apresentando algum déficit cognitivo ou motor. Cabe ao psicanalista perceber a função do sintoma do paciente, frente ao Outro, e avaliar a natureza do laço em questão. Considerando que na clínica dos distúrbios da infância, parte das comunicações se dá em ato, não somente a escuta da dupla criança-

cuidador, mas um olhar atento sobre a interação e os cuidados por parte do analista, o ajudará a colher dados clínicos necessários para definir a direção da análise.

Tomando conhecimento do trabalho realizado por psicanalistas em UTIs neonatais, nos deparamos com a noção de reanimação psíquica, utilizada pela Dra. Catherine Mathelin-Vanier em suas publicações e palestras sobre o atendimento às duplas - mãe-cuidador - nos hospitais de Paris.

Atualmente, esta é uma noção utilizada por alguns profissionais da saúde mental que se ocupam do cuidado de bebês com sinais de risco para distúrbios do desenvolvimento, tanto na França como em outros países europeus, e também no Brasil.

A saber, no capítulo de introdução do livro *Agora eu Era o Rei – os entraves da prematuridade* (1999), a psicanalista baiana Daniele Wanderley menciona o trabalho da colega francesa Catherine Mathelin-Vanier ., em centros de neonatologia de Paris e sobre a importância do trabalho em torno da “reanimação psíquica”, do trabalho junto aos pais e bebês, para reanimar o desejo de viver desses bebês em situação de risco, sem deixar de lado a influência dos pais, nesse delicado combate entre a vida e a morte.

Um dos objetivos desta pesquisa é, além de cartografar os usos da noção de reanimação psíquica na prematuridade, avaliar sua aplicação e expansão a outros ambientes, inclusive à clínica privada, uma vez que nela, o manejo transferencial entre conteúdos da mãe e o arranjo psíquico do bebê também flui no sentido de fazermos malabarismo entre a pulsão de morte, as funções parentais e a suposição de uma subjetividade.

Na introdução do livro *O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas*, Bernardino e Fernandes (2002) explicam o crescimento da atenção dada à clínica de bebês e de crianças pequenas nos últimos tempos, já que o tema da prevenção vem sendo debatido com mais frequência. Formas de prevenção, cada vez mais precoces, passam a ser criadas na área da saúde mental. Afirmam também que resultados de trabalhos pioneiros em UTIs neonatais e em serviços de pediatria constataam a importância do trabalho interdisciplinar que, além da reanimação do organismo e da saúde física, consideram a necessidade de *reanimação psíquica*. Essas autoras atestam que já não se pode mais conceber o ser humano sem levar em consideração seu psiquismo, como elemento estruturante em todas as suas funções.

Seguindo o mesmo raciocínio, Santoro (2008) afirma que o modelo da psicanálise com bebês confere a eles um estatuto de sujeito antes de seu advento. Esclarece que quando um analista se dirige a um bebê ou criança pequena, não importa que ali ainda não haja um sujeito constituído, pois ao falarmos com o bebê fazemos uma antecipação de sujeito, que é necessária para que algum dia possa dali emergir.

Desatentos ao vínculo, certos sinais essenciais para uma detecção precoce de risco para distúrbios do desenvolvimento podem passar despercebidos aos olhos dos clínicos da primeira infância. Em consequência desse deslize, crianças que demoram a falar, que preferem brincar sozinhas de forma estereotipada e repetida, que apresentam comportamentos bizarros, por exemplo, chegam à época de entrada na escola sem o acompanhamento adequado.

A consequência dessa falha básica na relação com o Outro seria uma dificuldade na construção da imagem corporal do bebê, primordial para seu futuro desenvolvimento psicomotor e inserção no laço social. Segundo a teoria lacaniana, é na relação especular com o Outro que o bebê recebe a confirmação de sua unidade corporal. Nessa interação jubilatória, o bebê é investido libidinalmente pelos pais e tem a chance de emergir enquanto sujeito para além do Real do corpo orgânico.

A experiência especular à qual o bebê se submete vai delinear seu funcionamento psíquico a depender do ângulo de interação entre ele e sua mãe. A metáfora do esquema ótico, em que um espelho côncavo inverte um buquê de flores, subtende que uma posição adequada do olhar materno favorece a antecipação dos desejos da criança e a suposição do sujeito que do bebê possa emergir, condição necessária para uma primeira estruturação psíquica, como esclarece Crespín:

Lacan se serve desse fenômeno ótico de junção de um objeto real e um objeto imaginário, para estabelecer uma analogia com o que podemos deduzir – clinicamente – como uma condição necessária para que uma primeira condição psíquica possa se produzir... Se a mãe se encontra na “posição correta”- o cone de difração luminosa -, ou, clinicamente: “em posição de poder investir libidinalmente sua criança”, a montagem se produz – as flores aparecem na borda do vaso – e dá lugar a um olhar materno capaz de antecipar, no sentido de “ilusionar” as emergências de sentido da criança. (CRESPIN, 2004, p. 110).

Seguindo este raciocínio, observamos a ligação entre os significantes investir e inverter. Para que o bebê, figura representada pelo buquê de flores em posição invertida, se

estruture psiquicamente e ocupe um lugar de sujeito nas relações com o Outro, é necessário que a mãe, Outro primordial, seja capaz de dirigir seu olhar a partir de um ângulo específico e adequado, a fim de investir de libido este ser. Sem o espelho côncavo, o buquê de flores não é invertido. Sem o olhar da mãe, o bebê não pode ser investido.

Compreendendo que a inserção no laço social e na norma fálica depende, em um primeiro momento, do investimento do Outro primordial, corresponde a uma virada, a uma inversão da posição do bebê, podemos pensar na falha deste tempo constitutivo como um indicativo de risco para a loucura. Sem o olhar do Outro, assim como o buquê de flores, o ponto de vista do bebê permanecerá de ponta cabeça.

Diante do exposto, uma série de questões permanece em suspensão. Como diferenciar a intervenção do psicanalista para ambos os casos? Existem manejos clínicos específicos para cada estrutura? Seria o autismo uma quarta estrutura clínica, destacada das três postuladas por Freud e Lacan? Para este grupo de psicanalistas franceses, as respostas são: sim, a clínica psicanalítica contemporânea vem constatando que uma diferenciação se faz necessária. A condução de um caso de autismo deve ser diferenciada do manejo da psicose, à custa de graves consequências aos rumos da análise, a começar pela forma que se estabelece transferência entre mãe, bebê e analista.

Sendo assim, muitas possibilidades são dadas ao clínico da primeira infância que aborda o desenvolvimento humano do ponto de vista psicanalítico. Diversos são os instrumentos que podem ser manejados para enriquecer a transferência e promover trocas saudáveis entre mãe-bebê, como a musicalidade da voz e tudo que envolve a oralidade, o olhar e os desdobramentos da especularidade constitutivas do eu, a sensório-motricidade responsável por agrupar e dar sustentação simbólica aos estímulos externos, a observação terapêutica, entre outras práticas descritas na literatura.

Como foi descrito, o debate sobre o tema da reanimação psíquica, noção que entramos em contato, primeiramente, através dos trabalhos em neonatologia da psicanalista francesa Catherine Mathelin-Vanier, envolve conceitos psicanalíticos consagrados, assim como esbarra em delicadezas do trabalho interdisciplinar na primeira infância. Esta noção parece-nos intrigante, pois temos a hipótese que seja potencialmente aplicável a diversos contextos clínicos, por profissionais que se ocupem do tema da prevenção e promoção da saúde mental.

2 Primórdios da noção de Reanimação Psíquica

Iniciaremos com uma descrição mais aprofundada do ambiente no qual germinou a noção de reanimação psíquica. Dra. Catherine Mathelin-Vanier é uma psicanalista francesa que lidou por mais de vinte anos com uma equipe de reanimação de bebês prematuros, nascidos na incerteza da sobrevivência. Através dos seus relatos clínicos, percebemos os alcances da técnica psicanalítica no hospital, junto aos pais, à equipe e principalmente aos bebês. Discussões de casos clínicos disponíveis na literatura apontam para a importância da linguagem não somente na constituição psíquica do bebê, mas na sobrevivência daqueles em grave estado orgânico e risco eminente de morte.

A noção de reanimação psíquica é concebida em um serviço de neonatologia a partir do momento em que a inserção da figura do psicanalista, em serviços de reanimação de bebês muito prematuros, é solicitada. A psicanalista em questão percebe, no entanto, que o bebê não era o único beneficiado pelo tratamento psicanalítico, os pais e a equipe de saúde também estão mergulhados no mal-estar inerente ao risco permanente de óbito, e esclarece, na citação a seguir, as mudanças ocorridas no serviço de reanimação em que atuava:

Não era o caso de se “tratar” as mães doentes por terem sido separadas de seus filhos caso por caso, mas de elaborar juntos um projeto para os bebês hospitalizados e suas famílias, o que permitiria ao mesmo tempo salvaguardar o desejo de viver dos bebês e a capacidade de amar dos pais. O analista não estava mais lá para reparar os estragos das longas hospitalizações, e sim para “reanimar” a criança trabalhando com os reanimadores, mas num outro registro. (MATHELIN, 1997, p. 130).

Os primeiros trabalhos de Catherine Mathelin-Vernier e seus pequenos pacientes são datados na década de 1970. Desde então, essa psicanalista vem provando à comunidade científica internacional que a figura do psicanalista no hospital promove uma relativização saudável das rotinas e procedimentos impostos pela equipe médica. Sabemos da necessidade, inclusive vital, de se seguir os protocolos prescritos pelo médico, contudo, ela observa com sutileza que quando certas rotinas não surtem os efeitos esperados para a saúde do bebê, cogitar uma flexibilização no curso do tratamento e da abordagem da dupla mãe-bebê torna-se uma hipótese plausível.

Nem todos os casos relatados foram bem sucedidos, muitas mortes ocorreram na unidade de reanimação em que trabalhava, no entanto, várias lições podem ser tiradas a fim

de compreendermos o trabalho da pulsão de morte. Os bebês encaminhados a essa psicanalista francesa usualmente apresentavam alguma resistência às intervenções médicas, dificuldades na amamentação ou se desenvolviam aquém do prognóstico médico. Quando o curso do seu desenvolvimento normal sofria algum abalo que não podia ser justificado pelo saber médico, ou seja, quando algo sobre o vínculo envolvido na tríade mãe-bebê-instituição (transferência com a equipe médica e com a instituição de forma geral) encontrava-se bloqueado, gerando mal-estar às partes envolvidas, a intervenção do psicanalista era solicitada.

Dentre os livros que publicou em sua carreira, o título *O Sorriso da Gioconda – Clínica psicanalítica com bebês prematuros* é um dos únicos traduzidos para a língua portuguesa. Esta obra merece uma exploração pormenorizada, pois nela está descrito o cenário que germinou o conceito de reanimação psíquica.

Catherine Mathelin (assinava por Mathelin na época da publicação de *O sorriso da Gioconda*) inicia essa obra descrevendo a cena de um menino de cinco anos que, em um passeio pelo museu do Louvre acompanhado de sua mãe, é tomado de angústia ao deparar-se com o célebre quadro de Leonardo Da Vinci, *A Mona Lisa*⁴. O estranho sorriso provoca no menino sensações diferentes dos demais apreciadores da obra. Talvez pela sua pouca idade, ainda não conseguisse nomear o pavor que o acometia. Ao indagar sua mãe sobre o que a moça do quadro estaria querendo, recebe como resposta: “Nada, filho, ela só está sorrindo”.

Em suas articulações teóricas sobre o caso, faz função de suplência, dando sentido à experiência traumática sofrida pelo menino: “o trauma é sem fala; ele permanece sem palavra porque é por definição impensável”. (MATHELIN, 1999). O que ela está querendo de mim? É a questão formulada pela criança pequena ao se indagar, no *a posteriori*, sobre o desejo da mãe. Seu aparato psíquico, ainda em formação, não o faz com a mesma destreza de um adulto, restando à criança angústia e medo do inominável, hipótese para a formação dos sintomas na primeira infância.

Capturado pelo olhar da mãe, o bebê se assujeita ao seu desejo, às suas fantasias, aos fantasmas da família que, transmitidos através da linguagem, vão esculpir o aparelho psíquico do bebê, oferecendo-lhe repertório Simbólico, capacidade Imaginária e bordas ao

⁴ A Mona Lisa é a tradução em português recebida pelo título da tela. O título do livro em questão faz referência ao título original da obra de Da Vinci, *La Gioconda*.

Real do seu corpo. Trata-se de um período de alienação necessária, em que o bebê é apresentado ao mundo a partir da ótica da mãe⁵.

É na relação com ela que o pequenino descobrirá seu corpo e as emoções que este corpo lhe proporciona. É com ela, capturado em seu olhar, que ele se olhará, é carregado por suas palavras que pensará. Beberá seu leite para crescer, tanto quanto suas falas, e seu sorriso ou sua tristeza refletirão para ele os estados de ânimo do mundo inteiro. A ela estará totalmente assujeitado e se humanizará docemente ao preço desta alienação. (MATHELIN, 1999, p. 10).

A experiência clínica dessa psicanalista mostra-lhe, entretanto, que esse período de alienação não se desenrola sem entraves. A clínica da primeira infância é rica em exemplos de formações de vínculos patológicos entre mãe e bebê e ainda, de casos de rejeição e abandono, pondo em questão o imaginário popular sobre o mito do amor materno.

Algumas décadas de exercício em serviços de reanimação de bebês prematuros ensinaram a essa psicanalista sobre as variáveis envolvidas no desafio de maternar. Neste serviço, era convocada a tratar justamente das mães que perturbavam a harmonia da maternidade, daquelas ditas anormais por não amarem seus bebês de imediato, por exemplo.

Sentimentos hostis manifestados por essas mães “problemáticas”, dirigidos direta ou indiretamente aos seus bebês, despertavam na equipe tantos outros sentimentos também hostis que acabavam por comprometer a qualidade do serviço médico prestado. Constatou que a instalação de uma transferência negativa entre a mãe e a instituição produziam, de forma enigmática, efeitos adversos na evolução clínica da parte mais interessada, os bebês entre a vida e a morte. Tecendo uma crítica a certos valores arraigados nas equipes de saúde, acrescenta:

Essa ideia de ambivalência parece hoje bem pouco admitida. Se tomarmos como exemplo o trabalho efetuado em serviços de pediatria para recém-nascidos, constatamos o quanto tudo é feito para que a imagem da doçura e do amor materno seja preservada a qualquer custo. (MATHELIN, 1999, p. 12).

Na incongruência entre o discurso da psicanálise e o discurso médico habita o principal desafio do trabalho do analista no hospital. Sabemos que é compromisso ético do médico reduzir as dores, curar a doença, salvar a vida, pelo bem do paciente e de todos ao seu redor. Tal disciplina se debruça sobre os desvios das funções orgânicas e sobre as técnicas de intervenção mais eficazes para resguardar a homeostase do corpo. A psicanálise, por outro

⁵ Devo esclarecer que o significante mãe é usado aqui inserido no campo da função maternal, uma vez que é sabido das múltiplas variações que a função do cuidador sofreu na cultura ao longo dos anos.

lado, compreende os desvios do “comportamento humano”, isto inclui as disfunções orgânicas, sempre ligados a mecanismos inconscientes, instância psíquica estruturada como linguagem.

Explicar o que provoca no homem sentimentos como a raiva, o ódio, o desejo de abandonar e de matar é para a psicanálise um complexo esforço de analisar, no caso a caso, que elementos da história de vida e da transmissão do fantasma familiar do paciente podem estar levando-o a reagir com hostilidade. O acesso a tais elementos se dá através de uma escuta afinada do discurso, o qual nos oferece pistas sobre este funcionamento mais primitivo da mente humana, e que o trabalho da castração calou, escondeu ou reprimiu. Quando o sujeito é confrontado com alguma situação limite, como o trauma, o adoecimento e a morte, o material reprimido emerge e se manifesta sob diversas formas: pensamentos desagradáveis, angústias inomináveis, redução da capacidade da libido de ligar-se a objetos, sintomas corporais sem causa orgânica, entre outros.

Com esta gama de manifestações lidam os psicanalistas. O nascimento de um bebê prematuro não deixa de ser uma situação limite, pois a mãe se vê confrontada com o seu próprio fracasso, com a angústia de não poder gerar um bebê perfeito. Mesmo em nascimentos a termo, as mães estão expostas a oscilações de humor devido, por um lado, às mudanças ocorridas em sua rotina, e por outro, às oscilações hormonais e corporais a que são submetidas ao longo do puerpério.

Considerando a montanha russa de afetos que é a maternidade, sustentar um ideal de mãe incondicionalmente cuidadosa, carinhosa e atenta, parece para a psicanálise um esforço em vão. Mathelin (1999) corrobora esta ideia afirmando: “Pensar que existiria um amor materno sem violência, sem ódio, sem ambivalência seria tão radical quanto negar a existência do inconsciente”.

Essa obra traz à luz uma discussão sobre o imprevisível trabalho com mães de bebês prematuros. No relato das mães, encontramos elementos que indicam conflitos em suas próprias formações edípicas, comprometendo, assim, a capacidade de cuidar dos seus bebês. Disputas, segredos, dívidas simbólicas e maldições familiares emergem de suas falas, alertando ao analista sobre um período delicado de atualização de conflitos transgeracionais, como elucida Mathelin (1999): “Se a mãe não se sente apoiada, se sua história a tornou narcisicamente frágil, se por ter se tornado mãe ela não pode mais ser mulher, então ela se

coloca em perigo”.

No momento do parto, dois fenômenos chamam atenção; o primeiro remete à ambiguidade contida nos afetos das mães frente ao nascimento de um bebê. Mathelin (1999) faz referência à teoria winnicottiana para fundamentar as razões de um fenômeno clínico frequente, mães que demonstram ódio por seus bebês. Elucida que, o filho pode ser a reprodução de uma mãe para reconciliar-se com sua própria mãe, havendo esta lhe exigido um filho; o filho é cruel, trata a mãe como uma doméstica sem salário, como uma escrava; ele é desafiador, recusa sua boa comida e a faz duvidar de si mesma, mas come bem com a tia; se no início ela faltar, sabe que ele vai fazê-la pagar eternamente; ele excita, mas frustra, ela não deve comê-lo nem ter uma troca sexual com ele.

A fim de tornar-se “suficientemente boa” a mãe usará do artifício da sublimação das suas pulsões agressivas para cuidar desse bebê que odeia desde antes do nascimento. Para não destruir-se a si própria, consequência última do trabalho da pulsão, dirigir esta energia de caráter mortífero a algum objeto exterior é a solução encontrada pelo Eu para preservar a própria vida.

As mães falam às vezes do medo de serem destruídas, desse sentimento de serem ‘esvaziadas’ por seu bebê. ‘Ele me esgota, não posso mais, ele me suga’. Esses bebês vividos como vampiros estão para elas numa demanda sem fim que elas não conseguem saciar; e o amor apaixonado e exclusivo desse lactente por elas lhes dá o sentimento de serem devoradas por ele. Como se essa ‘goela aberta da vida’, essa violenta força libidinal do filho se tornasse para elas insuportável. (MATHELIN, 1999, p. 15).

Sobre o caráter animalesco assumido no momento da maternidade, encontramos na literatura relatos de mães com frágeis constituições narcísicas, inseridas em inadequadas redes de apoio e que apresentam episódios de delírio no momento do nascimento de bebês prematuros. Casos em que o vínculo mãe-bebê se desenvolve com dificuldades fez com que os psicanalistas se questionassem sobre a pertinência da noção de instinto materno entre os humanos, como exposto a seguir:

Uma mulher ferida pode se tornar mortífera, perder todas as referências, afundar no delírio no momento do nascimento de um filho. Mas podemos falar de instinto materno em humanos? Uma fala louca pode bastar para tudo destruir na relação de uma mãe com seu filho, uma maldição familiar, de que ela é portadora, às vezes sem que saiba: “você vai ser uma mãe má, será uma matadora de crianças”. (MATHELIN, 1999, p. 17).

Nós, humanos, estamos, desde antes da concepção, submetidos ao universo da linguagem, elemento que nos diferencia do restante das espécies. O desempenho de algumas

funções básicas ao ser humano, como a locomoção, a interação social, o estudo, o trabalho, a reprodução, entre outras, exigem certo nível de organização simbólica e capacidade imaginária, desenvolvidas a partir do investimento de um outro. Não há garantias, entretanto, de que este outro investirá de maneira a inserir o pequeno homem na norma fálica. Uma fala louca pode impedir o sujeito de realizar trocas saudáveis com os que estão a sua volta. Os bebês são particularmente afetados uma vez que demandam a todo instante encontrar nexos na loucura dessa experiência que é viver.

Após referenciar a questão do caráter ambíguo que envolve os afetos na gestação e na maternidade, desejamos abordar um segundo fenômeno descrito por Catherine Mathelin-Vanier, que é o da função organizadora exercida pela equipe e pela figura do psicanalista nos casos de desmoronamento psíquico da mãe. Sabemos que a presença de um terceiro, usualmente encarnada pelo pai, tem o papel de resgatar do estado fusional em que se encontram, mãe e bebê, nos momentos que seguem ao parto. Fusão necessária para que ocorra a operação de alienação, formadora do psiquismo. O pai interfere lembrando à mãe do seu interesse por outros objetos que não o bebê, amparando-a para que não se esqueça de si mesma e da sua feminilidade.

Quando a função do terceiro está ausente ou excluída, essa pesquisadora nos apresenta uma alternativa tão curiosa quanto óbvia. Uma mãe em sofrimento psíquico, que apresenta delírios de devoração do seu bebê, que relata pensamentos suicidas, ou desejos homicidas, que demonstra indícios de psicose, psicotização ou depressão, pode ser beneficiada pela institucionalização naturalmente ocorrida no puerpério. O hospital, em geral, por seguir regras de convívio e preservação da vida, apresenta em suas diretrizes uma função interditora. Nesse sentido, o hospital, a equipe médica e o psicanalista, assumem, quando necessário, a função de terceiro, primordial no trabalho de prevenção em saúde mental.

Não reintegrarás teu objeto”, diz simbolicamente o pai à mulher que acaba de dar à luz seu filho. Nem comê-lo, nem esposá-lo, eis colocados dois tabus da espécie humana, o interdito do incesto e o do canibalismo. É este o terceiro termo interditor que é indispensável à mãe para escapar à situação dual, à paixão, isto é, à loucura ou à morte. (MATHELIN, 1999, p. 16).

Quando a mãe não possui balizas imaginárias que as dê suporte ao exercício de uma maternagem adequada, ou quando o bebê encontra-se em risco pelo perigoso contato com a mãe, o terceiro (pai, hospital, equipe, analista) deve assumir o papel de árbitro deste jogo mortífero. Catherine Mathelin-Vanier relata nesse livro casos em que mães, loucas ou sãs, optam por não responsabilizarem-se por suas crias. Cabe ao analista alertar a equipe sobre a

impossibilidade da formação de um laço entre mãe e bebê, trabalhando no sentido de reduzir na equipe expectativas e cobranças provenientes do imaginário da mãe ideal.

O serviço pode também estar por vezes em posição de autorizar uma mãe a não ser mítica, a se livrar da responsabilidade pelo filho que neste instante precisa da sua vida, a coloca em perigo. Pareceu-nos frequentemente que não era sempre querendo manter um laço custe o que custar que melhor mantínhamos este laço entre os pais e os filhos. O serviço, protegido por todas essas antecâmaras e seus rituais de entrada, pela segurança e autoridade dos médicos, vem proibir à mãe e ao filho que se devorem um ao outro. (MATHELIN, 1999, p. 18).

Permitam-me, neste ponto, fazer uma digressão para abordar a função do psicanalista no hospital. Ao concluir recentemente uma pós-graduação em Psicologia Hospitalar de orientação predominantemente psicanalítica, constatei que a inserção da figura do psicanalista no hospital é relativamente recente no Brasil e vem ganhando espaço pela necessidade da circulação deste outro discurso que não o médico no ambiente hospitalar.

Ao relatar sua experiência em um serviço de neonatologia de Paris, Catherine Mathelin-Vanier . alerta para a importância sobre a circulação de um discurso que privilegie a história de cada paciente, que no caso dos bebês antecede o dia do parto. Uma circulação mais livre da palavra no ambiente no hospital tem seus efeitos e consequências tanto para o paciente como para a equipe médica. A relação entre as verdades que circulam no hospital é destacada na citação a seguir: “Cada palavra dita não toma o mesmo sentido para cada um, pois cada palavra reenvia a uma outra diferente da primeira. É esta ligação de verdade entre palavra e corpo que o analista vem questionar em serviço de medicina”. (MATHELIN, 1997).

Interessante perceber a integração entre o discurso médico e o discurso da psicanálise ocorrida no serviço de neonatologia onde essa psicanalista atuava e do gradual ajuste da demanda dirigida ao psicanalista pela instituição, fruto de anos de experiência clínica e de um profundo respeito pelo papel que cada disciplina desempenha no trabalho com bebês de risco.

Quando digo “nós”, e preciso atentar que não se trata de uma questão de estilo, de um modo elegante de dizer “eu”. “Nós” se refere a toda a equipe do médico chefe às auxiliares – que aceitaram arriscar-se no questionamento com o psicanalista, para dar nova luz às hospitalizações dos bebês. É esta pesquisa conjunta, cada um no seu lugar e com o maior respeito às diferentes competências, que faz a originalidade desta abordagem. (MATHELIN 1997, p.134).

Diante do exposto, podemos refletir sobre a aplicabilidade do trabalho de reanimação psíquica. Haveria possibilidade de reanimação na ausência do outro materno? Quais as chances de instauração de um psiquismo saudável em casos de abandono e longos períodos de hospitalização do bebê? A literatura oferece tanto casos bem-sucedidos como malsucedidos. Nestes últimos, quais são os indícios do insucesso e do fracasso? Seria o autismo a consequência última dos casos fracassados? Ou seriam os casos de morte súbita? É plausível pensar que o fechamento autístico seria a saída mais saudável encontrada pela libido frente ao trabalho da pulsão de morte?

Tomando como exemplo esse serviço de saúde que lida com situações de extrema fragilidade física dos bebês e psíquica de todos os que circulam por um serviço de neonatologia, poderíamos pensar na expansão e replicação dos conceitos e práticas aplicadas por Catherine Mathelin-Vanier . a outros espaços que utilizem a psicanálise como técnica e crianças em risco como público? Pretendemos continuar investigando os conceitos envolvidos no trabalho com a clínica precoce, tecendo conexões com os relatos de psicanalistas, por meio da análise das publicações da área e de entrevistas semiabertas com alguns especialistas atuantes na clínica da primeira infância.

Iniciaremos, portanto, elaborando uma reconstrução dos usos que Catherine Mathelin-Vanier . faz da noção de reanimação psíquica, avaliando através da exploração teórica empreendida por essa autora, frente a alguns casos clínicos que a desafiaram na sua prática hospitalar, os quais ela afirma terem culminado em uma reanimação psíquica, seja do bebê, dos pais, ou da equipe. A fim de balizarmos este estudo, cujo norte é a pesquisa conceitual devemos empreender uma análise comparativa dos usos que outros especialistas fazem desta jovem, porém, frutífera noção psicanalítica.

Abordaremos a teoria da Dra. Marie Christine Laznik, psicanalista franco-brasileira, que utiliza a noção em apressado, para ilustrar sua aplicação segundo um modelo circunscrito na clínica do bebê com risco evidente de evolução autística. Os limites do uso da noção de reanimação psíquica são destacados na entrevista que realizamos com essa autora. É possível, através dos casos clínicos da mesma, observarmos com clareza quais intervenções podem culminar numa reanimação psíquica, assim como qual público pode ser beneficiado com um tratamento deste gênero.

Finalmente, será empreendida uma reconstrução teórico-clínica da psicanalista brasileira, Dra. Leda Bernardino. Esta renomada autora nos explica, no momento da entrevista, que o uso da noção de reanimação pode ser pensado em outros contextos clínicos que avancem os limites da clínica da prematuridade e do autismo. Almejamos, a partir dessa sobreposição teórica, cartografar as nuances desta noção, seja ela mero instrumento descritivo dos fenômenos da clínica da primeira infância, terminologia facilitadora no diálogo interdisciplinar, base para uma evolução conceitual, ou ainda sinalizadora da ética psicanalítica.

PARTE V RECONSTRUÇÃO DOS USOS DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA NO CONTEXTO DO PENSAMENTO CLÍNICO DE ALGUNS ESPECIALISTAS

I DRA. CATHERINE MATHELIN-VANIER

Pequenos seres humanos, mesmo que pesem uma libra, quando nascem, não podem receber cuidados apenas do ponto de vista do corpo, precisamos também cuidar do seu desejo, do seu estado mental, da sua constituição psíquica... Se o bebê não desejar estar vivo, duas consequências são possíveis, ou ele morrerá, ou se tornará autista. O grau zero de subjetividade é o autismo. (VANIER, ANEXO A, p. 1-3, 2013/ tradução livre).

1 Percorso teórico-clínico

Catherine Mathelin-Vanier é uma psicanalista francesa, atuante na área hospitalar e clínica. Em torno do ano de 1974 trabalhava no setor de psiquiatria infantil do Hospital Delafontaine, em Saint-Denis, bairro parisiense, e estava interessada pela questão do mutismo, tema de sua tese de doutorado. Passou a ser convocada pela área da maternidade do mesmo hospital para intervir em situações de “enlouquecimento materno”, termo utilizado pelos profissionais de saúde daquele setor, inquietos frente aos casos de rejeição do bebê por parte de suas mães, no momento da alta. A falta de psiquiatras no setor de neonatologia levou esta psicanalista a ser convocada para acalmar os ânimos das mães, por um lado, mas também da equipe em fúria, inconformada em ver aqueles bebês, foco de um desgastante investimento físico, psíquico e financeiro, serem rejeitados por suas mães biológicas.

Comovida por esse novo desafio, Catherine Mathelin-Vanier . passou a considerar que a intervenção do psicanalista em tempos mais precoces, em que sem o avanço da medicina a vida não seria viável, pudesse agir reanimando o desejo dos cuidadores, elemento essencial para a emergência da vida psíquica do bebê. Através desse trabalho, passou a se dar conta que a rejeição do bebê às vésperas da alta, após três ou quatro meses de cuidados intensivos necessários em casos de partos prematuros, era o estopim de um conflito psíquico, o qual a mãe não foi capaz de elaborar sozinha, mas que através de uma escuta atenta especializada poderia ser detectado mesmo antes do parto.

A partir dos avanços da medicina e das técnicas de reprodução humana, hoje é possível observarmos *in vivo* o desenvolvimento de bebês com 500 gramas ou 22 semanas.

Este é o limite para a viabilidade de um nascimento preconizado pela Organização Mundial de Saúde. Sabemos, entretanto, que as conquistas na área da fertilização e neonatologia vêm trazendo consigo consequências factuais do ponto de vista ético. Estatísticas afirmam que metade dos bebês nascidos no limite estabelecido pela OMS não sobrevivem. Quanto à outra metade sobrevivente, 50% destes prematuríssimos desenvolverão algum tipo de distúrbio neurológico. Ou seja, somente um quarto de uma população de bebês nascidos sob condições de extrema prematuridade se desenvolverá normalmente, segundo os padrões pediátricos.

Catherine Mathelin-Vanier . relata em uma entrevista fornecida especialmente para a coleta de informações teórico-clínicas sobre a aplicação da noção de reanimação psíquica, numerosas vezes citada em sua obra, resultados alarmantes referentes às estatísticas de crianças autistas, nascidas sobre condições de extrema prematuridade: “Considerando uma população de bebês nascidos a termo, encontramos 2,5% de bebês que desenvolveram autismo. Já nesta última população de prematuríssimos, sem problemas neurológicos, teremos 28,5% de autismo”. (ANEXO A, p. 1).

Estes são dados recentes que alertam para um aumento considerável do risco de evolução autística em bebês prematuríssimos. Na época em que essa psicanalista iniciou no setor de neonatologia, cerca de 20 anos atrás, a ciência ainda não era habilitada a reanimar bebês tão pequenos. Todavia, já suspeitava de algo que guiaria todo seu percurso de pesquisa no campo da intervenção precoce. Sua hipótese era que, observando a constituição psíquica desses bebês nascidos sob condições extremas, talvez pudesse entender a causa do mutismo das crianças maiores que costumava acompanhar no setor de psiquiatria infantil e em seu consultório.

Anos atrás, em 1974, minha tese foi sobre mutismo. Trabalhei com crianças sem linguagem. Ao tentar escutar o que acontecia com estes bebês pequenos, me ocorreu a ideia de que eles seriam meus professores. Eles seriam aqueles com os quais eu descobriria o porquê daquelas crianças com 4, 5 ou 6 anos de idade, diagnosticadas autistas, não podiam falar. (ANEXO A, p. 5).

No passado, o trabalho do analista no hospital era solicitado para apaziguar situações de conflito entre equipe e paciente a fim de que pudesse ser reestabelecido o clima harmonioso e pacífico para o bem de todos e para o conveniente exercício da medicina. O que Catherine Mathelin-Vanier . relata, entretanto, é que nosso papel no hospital, especificamente numa unidade de reanimação neonatal, é de sustentar e manejar, segundo a ética psicanalista, todas as ambivalências inerentes à situação de um parto prematuro, em que

os afetos apresentam-se invariavelmente intensificados pelo abalo narcísico parental, mas também pela irrupção do Real inesperado e angustiante inerente a concepção do bebê imperfeito em risco de morte iminente.

Dentro de um serviço de reanimação, as mães que vêm dar à luz a um bebê doente ou um bebê prematuro são, mais que todas as outras, confrontadas a imagem de mãe má, que fazem delas mesmas. Uma mãe que não pode carregar seu bebê, que lhe deu uma vida muito frágil, pode ter desejado a sua morte. Esta ambivalência está presente ao longo de toda a gestação, o nascimento sem problemas renarcisa a mãe ao lhe ofertar um belo bebê em boa saúde o qual a tranquiliza e gratifica. Quando o nascimento precipitado se passa no pânico e na urgência, quando os médicos não podem tranquilizar a mãe, quando o bebê está realmente em perigo, a realidade junta-se ao fantasma e o trauma surge. (VANIER, 2013, p. 70 / tradução livre).

O que entendemos, portanto, enquanto ética psicanalítica no trabalho específico com o nascimento complicado e com a prematuridade? A obra dessa autora é repleta de lições teóricas e casos clínicos que ilustram de forma justa a especificidade dessa clínica recém-criada a partir de uma demanda médica. Algo inominável e, portanto, irremediável precisava com urgência ser tratado, estudado, ouvido, nomeado por algum profissionais, cuja formação abarcasse o mal-estar enlouquecedor e mortífero que povoa, ainda que silenciosamente, um serviço de neonatologia.

A primeira e mais importante lição dessa autora é, em nossa opinião, algo que Freud anunciou no texto *O mal-estar nas civilizações* e que pode ser aplicável a toda prática psicanalítica. O mal-estar é do sujeito, o qual é confrontado a todo tempo pela imperfeição da sua própria forma, dos seus feitos, inclusive dos seus rebentos. Notamos, através dos meios de comunicação e das novas formações da cultura, o esforço empreendido pela sociedade em abafar, camuflar o mal-estar natural do sujeito. A explosão de novas categorias diagnósticas acompanha a lógica da normatização da vida.

O ambiente hospitalar não é imune aos efeitos do culto exacerbado à saúde ao bem-estar. O que se observa nesses ambientes é que não há lugar para o mal-estar. A psicanálise ensina que ao rechaçarmos o sofrimento humano, inventando novas fórmulas anestésicas para calá-lo, estamos agindo segundo uma ética perversa que desconsidera a lei fundamental que rege todo o funcionamento psíquico: a lei das pulsões.

Catherine Mathelin-Vanier . conhece em profundidade os efeitos nocivos da pulsão, quando esta não encontra vazão pela palavra ou quando não encontra no Outro, no caso de um psiquismo e constituição, um elo satisfatório que transforme a pulsão em subjetividade.

O bebê necessita ser considerado como um sujeito. A partir dos ensinamentos de Lacan e de Winnicott, nós consideramos que um bebê não é um sujeito, ele não existe a priori, ele não é nada sem o Outro: a criança se nutre dos cuidados e dos significantes do Outro. Se não há um Outro a criança não possui outra saída a não ser deixar-se morrer, tanto psiquicamente como fisicamente. (Mathelin-Vanier, 2009/2, p. 23-24 / tradução livre).

Antes de adentrarmos na análise de algumas vinhetas clínicas ricas do ponto de vista teórico, assim como esclarecedoras quanto à proposta de reanimação psíquica considerada por essa autora, devemos abrir uma ressalva para discriminar a utilização dessa noção iminentemente psicanalítica de outras práticas vinculadas às correntes cognitivistas e psiquiátricas. Vanier (2006) nos alerta sobre a especificidade da abordagem psicanalítica frente ao trabalho multidisciplinar empreendido na clínica da prematuridade.

Sabemos que todos os pais sonham em conceber um bebê perfeito; os biólogos, por sua vez, sonham em confeccionar belos e regulares embriões que se multipliquem de forma adequada. Os reanimadores desejam manter um bom nível de saturação, evitar má formação das membranas hialinas e curar a enterocolite. Ocorrem também, do lado das ciências psicológicas, promessas de boa adaptação entre mãe e bebê, de manutenção a qualquer custo do laço entre a dupla. Nesta perspectiva, esses tratamentos curativos são passíveis de avaliações, mensurações, e registros cientificamente validados. (VANIER, 2006).

Essa autora põe em questionamento a promessa de cura feita por um analista que se aventura nos terrenos desses novos nascimentos e afirma que seu trabalho é, antes de mais nada, desprender-se de todos os preconceitos: “Talvez isto consista em pensar que a psicanálise não devesse falar de cura”. (VANIER, 2006). Argumenta que mesmo sem instrumentos de medida, de registro ou de estatísticas, cabe ao psicanalista experimentar compreender o que ocorre no serviço, com os bebês, pais e médicos. Sustentar apenas o discurso dos “sábios”, representados pelos médicos e outros membros da equipe multidisciplinar, os quais propõem a cura do corpo e da alma a todo custo, revela o risco de apagar nos pais sua preciosa sabedoria sobre a gravidez e a parentalidade.

Esses pais com o tempo vão deixando de se perguntar “como será o meu bebê?”. Outra pergunta fria e angustiante instala-se nos casos dos bebês “mecanicados” e “objetalizados” pelo discurso médico: “meu bebê sobreviverá?”. Ao substituir a primeira pergunta pela segunda, observamos nos pais um gradativo empobrecimento da sua

capacidade imaginativa, o que pode ocasionar desagradáveis consequências para a constituição psíquica do bebê. “O sonho dos sábios fragiliza a capacidade de sonhar dos pais [...]. Tudo ocorre como se a possibilidade de *rêverie* e a preocupação materna primária fossem suspensas a uma só questão: ele será viável?” (VANIÉR, 2006 / tradução livre).

Sob essa ótica, observamos os efeitos que as modernas técnicas de procriação vêm causando na capacidade de parentalização desses pais, os quais entregam nas mãos das ciências biológicas, desde os primeiros momentos da concepção, o saber sobre a vida, a saúde e o destino dos seus bebês. Catherine Mathelin-Vanier . lembra-nos que o número de casos de partos prematuros é altíssimo dentre a população de mulheres submetidas a técnicas de fertilização. É com essa mesma população de mulheres, muitas vezes destituída de algum discurso desejante, com que se depara o psicanalista no serviço de reanimação.

Cabe a esse personagem a abordagem do mal-estar próprio desse ambiente de trabalho, manifestado em diversas montagens de sofrimento psíquico. Ele irá, além de empreender a reanimação psíquica do bebê, reanimar o discurso que o circunda, sob o qual o bebê estará exposto e vulnerável, ao longo de todo o período de hospitalização. Trata-se, portanto, de “reanimar a criança e o discurso que a anima”. (MATHELIN, 1999).

2 Reanimação Psíquica de bebês sob cuidados intensivos

O trabalho do psicanalista dentro de uma unidade de reanimação envolve uma formação ampla, capaz de transitar entre os discursos em exercício, entre as promessas de cura, entre os fantasmas parentais, assim como entre a ambivalência dos afetos suscitados tanto na equipe como nos pais, fruto da situação especialmente traumática de um parto prematuro.

Uma vez reanimado, o bebê prematuro é submetido ao tratamento intensivo a fim de que sejam mantidos seus sinais vitais, se desenvolva organicamente até que atinja um peso ideal e seja capaz de manter a homeostase do seu corpinho por conta própria. Até lá, sua vida dependerá basicamente da energia elétrica, força motriz dos aparelhos da unidade, e da capacidade cognitiva dos médicos e assistentes, os quais aplicarão seus conhecimentos técnicos sobre os parâmetros e manobras necessárias à manutenção da vida. Em suma, a energia proveniente das tomadas do hospital, e dos cérebros e músculos dos seus

funcionários, são, a princípio, suficientes ao trabalho intensivo com bebês.

Trinta anos de experiência em hospitais conduziram essa psicanalista a levantar hipóteses sobre as necessidades psíquicas desses pequenos seres atados por sondas e perfusões a todo aquele aparato da medicina. Ao acompanhar a evolução de centenas de casos, Catherine Mathelin-Vanier . observou que muitos bebês não sobreviviam apesar das modernas técnicas de reanimação, e ainda que, parte destes, apesar de sobreviverem e se desenvolverem adequadamente do ponto de vista orgânico, retornavam aos cuidados de um psicanalista aos 3 ou 4 anos, diagnosticados com autismo.

Tendo como referência as estatísticas já mencionadas sobre a incidência de evoluções autísticas em casos de nascimentos prematuros, nos aventuramos a fazer o seguinte cálculo: imaginemos uma unidade neonatal hipotética com capacidade para 100 bebês prematuríssimos; deste total de bebês, aproximadamente sete desenvolverão um quadro autístico. É importante ressaltar que muitas síndromes genéticas e neurológicas, frequentes em bebês prematuros, também agravarão o risco de evolução autística e deficiência mental, aumentando, assim, a proporção de bebês com alguma forma de transtorno de desenvolvimento, tratados nessa unidade hipotética.

Fazemos este cálculo aproximado para ilustrar a variedade de possíveis evoluções saudáveis e patológicas com as quais lida um psicanalista correatimador⁶. Estaria ao seu alcance prevenir um prognóstico de autismo? Quais manejos viabilizariam o nascimento psíquico desses bebês atrelados a máquinas que simulam o ambiente intrauterino? Caberia a nós fazer nascer um sujeito que supostamente não deveria ter nascido? A obra de Catherine Mathelin-Vanier . mostra que o bebê prematuro apresenta necessidades psíquicas similares a de bebês autistas maiores, pacientes aos quais Marie-Christine Laznik é especialmente atenta.

Pequenos prematuros necessitam alimentar-se do discurso desejante de um outro parental que lhe constitua como um sujeito. Catherine Mathelin-Vanier . concorda com a colega Laznik ao afirmar que intervenções embasadas nas noções de pulsão invocante, musicalidade do manhês e localização do fantasma parental podem promover no bebê, mesmo prematuro e ocupando uma incubadora, o fechamento do terceiro tempo do circuito pulsional, escapando de uma evolução autística.

⁶ Vanier (2013) introduz este termo para designar sua função (psicanalista responsável da evolução psicoafetiva do bebê) dentro do projeto de co-reanimação proposto pelo serviço.

Ocorre, entretanto, no ambiente hospitalar, um agravamento das condições que impedem a emergência subjetiva do bebê, por diversas razões: a condição da alienação somente pode ser considerada saudável se, do lado de fora do serviço, houver uma mãe marcada pela falta, capaz de investir libidinalmente seu bebê; a mãe tenha construído ao longo da gestação e de sua história a maternidade como um bom objeto interno replicável nos cuidados do seu bebê; a mãe tenha tido a chance de imaginar seu bebê, sonhar com seu nascimento e crescimento para além dos cuidados da medicina; que a equipe esteja abastecida de Eros, ou seja, de energia psíquica vital a fim de que manobrem as investidas de Thânatos, visitante frequente dos serviços de reanimação.

Esses pré-requisitos não estão garantidos de antemão, como constatamos na maioria dos casos descritos por essa autora. Manejá-los a fim de proporcionar ao bebê a possibilidade de uma ascensão subjetiva é o desafio do analista correanimador.

2.1 Anne e Anna: implicações do fantasma parental no trabalho de reanimação psíquica

Duas bebês nasceram no mesmo dia, com uma hora de intervalo, em condições de parto tão semelhantes quantos seus nomes. “Anne, com 26 semanas e meio de gravidez, pesava 850 gramas. Anna, 820 gramas para um termo de 27 semanas.” (MATHELIN, 1999).

Lila, mãe de Anne, foi internada três dias antes para que tentassem retardar o início do trabalho de parto. No momento de nascimento, Lila presenciou o “papel prateado” (manta aquecedora que envolve o bebê antes de colocá-lo na incubadora) abraçando sua filha antes mesmo de poder tocá-la. Depois de chorar em silêncio, Lila recebe a seguinte notícia do médico: “Ela é muito pequena, parece por enquanto suportar bem seu estado e nossos cuidados, mas ainda é cedo demais para nos pronunciarmos, temos que esperar um mês, complicações são sempre possíveis, vamos mantê-la informada todos os dias de sua evolução.” (MATHELIN, 1999).

Trata-se de uma mãe imigrante irregular argelina que se refugiou em Paris para fugir da autoridade de seu pai e para encontrar trabalho. Apaixonou-se perdidamente por um homem casado, o qual, ao receber a notícia de sua gravidez, pediu que Lila abortasse. “Não era possível, explica Lila, em nossa família, as crianças são sagradas; quando estamos

grávidas botamos as crianças no mundo e as criamos. Foi assim que fizeram minha mãe e minha avó, eu não podia fazer diferente.” (MAHELIN, 1999).

Sentindo-se desamparada, pensava o tempo todo na morte da filha: “quanto mais cedo será melhor, não devo me apegar a ela”, confessou Lila. A analista intervém e observa à mãe que, naquele momento, sua filhinha lutava contra a morte, talvez graças à força que ela lhe havia dado no tempo em que estava em seu ventre. Questiona à mãe se não haveria algo que gostaria de dizer à filha. A partir da escuta dos conflitos familiares e da permissão dada à mãe de investir em sua bebê, apesar dos diagnósticos médicos, Lila deixou o consultório da analista e se dirigiu, pela primeira vez, à unidade. Sentou-se e conversou incansavelmente com a filha até o encerramento do expediente. Assim sucedeu por meses a fio, enfrentando junto à analista os altos e baixos da hospitalização, ora guardiã do seu rebenoto, ora projetando na filha seus medos e ambivalências.

Dessas diferentes tensões, a criança parece ser o “receptor” e com frequência constatamos que seu estado de saúde podia notavelmente ser afetado. Caberá então ao psicanalista trabalhar suficientemente com os pais, o bebê e a equipe para que a culpa, o ódio e mesmo o amor possam ser falados e reconhecidos; é a esse preço que a confiança mútua se estabelece. (MATHELIN, 1999, p. 48).

Em seu 50º dia de vida, os médicos experimentaram parar a ventilação. Complicações se instalavam a cada vez que Anne caía no sono. Quando seus parâmetros tendiam a óbito, agarrava-se nos dedos de quem estivesse por perto lutando contra o sono e assim que lhe dirigiam a palavra, contavam-lhe alguma história, mesmo sem manobras de reanimação, sua frequência cardíaca se estabilizava. “É curioso, disse-me um dia um interno, parece que ela substituiu o oxigênio pelas palavras que nos pede para lhe dizermos.” (MATHELIN, 1999). A psicanalista concorda e acrescenta que o ritmo e a melodia das vozes que circundavam Anne naquele serviço não tinham a regularidade do ritmo do aparelho, mas eram os verdadeiros portadores do seu desejo de viver.

Seu pai passou a visitá-la aos dois meses e meio de vida e, assim como sua mãe, falava muito sobre sua história difícil e sobre a força que seu nascimento havia lhes assegurado. Em seu 3º mês de vida, Anne, pesando 2 quilos, pôde aconchegar-se nos braços da mãe pela primeira vez. Contando 140 dias de vida, deixou o serviço. Aos quatro anos de idade, data do último encontro com Catherine Mathelin-Vanier ., Anne era uma menina alegre e forte.

Os últimos comentários de Lila sobre a relação da bebê com seu pai nos remete à esperada instalação do circuito pulsional completo e aponta para um prognóstico otimista sobre aquele psiquismo em formação. “Lila morria de felicidade: ‘ela é tão sedutora quanto ele’, dizia, ‘com certeza vai conseguir tê-lo consigo!’ [...] Ela realmente havia nos deixado, esquecido, estava agora inteiramente voltada para os pais e podíamos considerar nosso trabalho com ela terminado.” (MATHELIN, 1999). Um bebê sedutor é um bebê que “se faz” objeto do gozo do outro, indício da instalação do terceiro tempo da pulsão.

Lise, mãe de Anna, bebê prematura que crescia de forma semelhante do ponto de vista somático à Anne, apresentou-se à primeira consulta com a analista silenciosa, como se todo o traumático do parto e da fragilidade de sua filha não lhe dissesse respeito. Ouviu, da analista, longas explicações sobre o trabalho da unidade, do cuidado com a sua bebê, levantou-se e foi embora esquecendo a polaroide que havia ganhado com a foto de Anna.

Essa mãe, embora sorridente e obediente aos protocolos e agendamentos, parecia distante. A cada tentativa de contato da equipe com a bebê, Lise respondia: “não adianta nada falar, ela não nos ouve, é melhor não dizer nada”. Esposa de um homem cujo salário mal podia sustentá-la e duas filhas pequenas, deu-se conta da gravidez um mês antes da ocorrência do parto, consequência de uma tentativa de aborto tardio. Após algumas sessões com Catherine Mathelin-Vanier ., Lise abre o jogo sobre o horror da atualização de sua própria história de nascimento:

O que foi terrível é que, no momento do nascimento de Anna, ela tivera a convicção de que ela mesma, Lise, tinha nascido nas mesmas condições, isto é, após um aborto tardio fracassado. Fora no traumatismo desse nascimento e dessa repetição que Anna viera ao mundo. (MATHELIN, 1999, p. 53).

À medida que Anna vai crescendo torna-se cada vez mais difícil capturar sua atenção. Passava horas a olhar fixamente para a esquerda, para algum ponto do maquinário a sua volta. Esse comportamento sempre aciona um alerta na equipe de saúde. Segundo Catherine Mathelin-Vanier ., essa aparece ser uma estratégia de salvamento, como se lutassem contra o despedaçamento provocado pela dor e pelo pânico. (MATHELIN, 1999).

A psicanalista, mesmo sem contar com a capacidade desejante da mãe, passa longas horas contando à Anne sua história, dos cuidados a que está sendo submetida, de seus pais, da dificuldade que estava enfrentando ao manter a vida, e do desafio que é discriminar as vozes humanas do ruído das máquinas. Ilustra sua intervenção no seguinte comentário:

Palavras e mais palavras, uma ‘música de palavras’ escrita por uma ‘pluma de voz’, que permitiria que se construíssem, que lhes dariam o continente que lhes faltam [...]. Saímos dessas sessões esgotados, esvaziados, num estado próximo daqueles em que nos encontramos ao fim de certas sessões com crianças autistas. (MATHELIN, 1999, p. 55).

Próximo de completar dois meses de vida, os médicos tentaram desmamar Anna da oxigenação artificial, que assim como Anne também apresentou dificuldades em manter seus sinais vitais. Em pouco tempo a equipe percebeu que Anna aguentava ficar sem oxigênio, contanto que deixassem ligado o barulho do aparelho. Esta solução “milagre” proposta pela equipe preocupa de pronto essa analista, a qual questiona a capacidade da música emitida pelo aparelho de supor sujeito em Anna: “Se o aparelho se tornar a única possibilidade de identificação para ela, como vemos com frequência nos autistas, nada poderia vincular desejo”. (MATHELIN, 1999).

Aos 120 dias de vida, Anna recebe alta por apresentar um excelente quadro clínico. Catherine Mathelin-Vanier . replica os comentários da equipe sobre o período de internação: “Anna se tornara o bebê ‘queridinho’ da unidade. Comportada e calma, muito menos caprichosa que Anne, conforme a expressão das auxiliares de enfermagem tornava a vida fácil”. Lise vem buscá-la apressada, sempre lembrando à equipe que suas duas filhas pequenas lhe aguardavam em casa, enunciado que aguçou a curiosidade de todos: “o que acontecia de fato com o lugar dessa terceira?”. (MATHELIN, 1999). Oito dias após sua alta, o corpinho de Anna retorna ao hospital trazido pelo SAMU. “A autópsia confirmará que se tratou de uma morte inexplicada. Sem a máquina, Anna havia se esquecido de respirar.” (MATHELIN-VANIER, 2006/2 tradução livre).

Quais elementos marcam, portanto, a diferença essencial na evolução dessas duas bebês? De um lado temos uma mãe deprimida em sua função materna, que recuperou sua capacidade de *rêverie* e de preocupação materna primária, ao constatar que havia em seu Imaginário um lugar a ser ocupado por sua filha, que culminou na aproximação e historicização da sua bebê. Anne pôde nascer, de fato, na imaginação da sua mãe, quando a analista lhe perguntou se não gostaria de falar com sua filha que a aguardava, lutando bravamente pela sobrevivência na unidade ao lado.

O som da voz de Lila tivera o efeito de corte, promovendo uma descontinuidade sobre os constantes apitos das máquinas, as quais dão o alimento, o medicamento, ininterruptamente, sem atrasos ou falhas.

O sopro de vida, o qual está em questão na etimologia do nome reanimação, não refere-se unicamente ao oxigênio que as máquinas trazem, mas também ao apelo de ar de uma demanda que trará o bebê à vida. O bebê não poderá sobreviver sem esta demanda e o ideal de satisfazer ao Outro. Se ninguém se mexe, se nenhuma pessoa assume o controle, os riscos de melancolia, de autismo e psicose, encontrados nas estatísticas, estão, de fato, presentes. (MATHELIN-VANIER, 2006/2, p. 74 / tradução livre).

Para tais bebês, não há dia nem noite, não há sensação de fome ou frio, não há a falta de modo geral. Sabemos, entretanto, das desagradáveis consequências que a reparação maníaca dos danos produzidos pelo nascimento com complicações pode revelar sobre o desenvolvimento infantil. Pais e equipe abalados pela iminência de morte do bebê tendem a construir, para além da fortaleza dos aparatos médicos, uma incubadora psíquica. Nesta construção imaginária, o bebê encontra-se à mercê da simbiose própria do período da gestação, impossibilitado, portanto, de nascer psiquicamente.

A experiência clínica dessa psicanalista mostra o quanto o discurso vigente no hospital peca ao tentar preservar a todo custo a imagem de pureza e benevolência acerca da maternidade, como se mãe e bebê devessem permanecer em eterna completude. A violência e o traumático inerente a todo parto, particularmente do tipo prematuro, exige da equipe muita destreza em exercer a função de terceiro.

A função de separação, por um lado, protegerá o bebê das possíveis oscilações de humor da mãe e, por outro, preservará a mãe do insuportável Real da morte e da doença concretizados na figura do seu frágil bebê. “A função separadora do pai está aqui invertida: ele vai tentar fazer com que se encontrem da melhor forma mãe e o bebê. Confrontado com o deslizamento do seu lugar de pai, o serviço de neonatologia vai achar-se colocado de imediato em posição paterna para mãe e filho.” (MATHELIN, 1999).

A partir do momento em que se instala a função paterna, a mãe pode bascular para uma posição antecipadora de sujeito. Marcada pela linguagem, poderá representar seu filho como descolado dela. Esta passagem de posição é fundamental à mãe que deseja servir de objeto de gozo do seu filho. Por ser faltante, esta mãe poderá introduzir pequenas discontinuidades na rotina infalível do seu bebê hospitalizado, convocando-o com sua voz e traduzindo os seus apelos.

Existe um ritual chinês em que no dia seguinte ao parto a mãe se debruça sobre o berço da criança dizendo: ‘saúdo em vós Senhor meu filho, ou Senhora minha filha, Senhores ancestrais do Senhor meu marido’. Num segundo tempo, a mãe apresenta a criança à assembleia familiar reunida

para a circunstância e um nome é dado ao bebê. Esta dupla apresentação de imediato inscreve o filho no registro Simbólico, da nomeação e a mão no registro da falta. É por faltar que ela pode vir a faltar para seu filho. (MATHELIN, 1999, p. 75).

O bebê prematuro, mesmo contando 25 semanas de gestação, com peso inferior a um quilo, é capaz de responder ao olhar do Outro e de discriminar o som da voz humana dentre os apitos dos aparelhos de reanimação. Se ele tiver um lugar a ocupar na filiação e um Outro desejante que o inscreva no registro Simbólico, suas possibilidades de desejar sobreviver e crescer física e psicologicamente serão significativamente aumentadas, e isto será refletido em seu quadro clínico.

O recorte clínico da bebê Anna nos mostra que reanimar o corpo não é suficiente quando o bebê não possui o desejo de um Outro no qual possa se agarrar para construir seu próprio desejo de vida.

3 Reanimação Psíquica e o sintoma fóxico: quando a separação é condição à reanimação psíquica.

Essa psicanalista deparou-se, em seu percurso clínico, com certos casos em que o bebê rejeitava qualquer tipo de contato com o outro, seja físico ou mesmo afetivo. A recusa sistemática da mamadeira, seguida de vômitos, berros estridentes em reação a qualquer forma de aproximação, foram alguns dos sintomas observados por Catherine Mathelin-Vanier, nesses bebês fóxicos. São casos curiosos porque desafiam a teoria psicanalítica da primeira infância, pondo a prova a capacidade do analista de introduzir esses bebês no terceiro tempo do circuito da pulsão, ao mesmo tempo em que provocam o desespero e o desamparo em suas mães, que muitas vezes estão cheias de amor, de leite, de afeto para ofertar.

O que ocorre na constituição psíquica de um bebê que recusa alienar-se ao desejo materno? Nestes casos, diferente dos casos de suspeita de autismo, ocorre uma recusa viva, ativa; é possível observar alguma forma elementar de pulsionalidade, a paixão se faz presente nos berros desses pequenos. O que pretendem comunicar com toda esta ira? Na tentativa de interpretar seus apelos, manifestados sob a forma do sintoma fóxico, essa autora considera a possibilidade de reanimação psíquica nesses bebês que se esquivam do aconchego dos braços do seu cuidador, incomodados com algo que não pode se dizer, a não ser através do próprio corpo.

Para Catherine Mathelin-Vanier ., o bebê fóxico é aquele que tenta se proteger dos investimentos da mãe, como se esta aproximação representasse o retorno a uma fusão sufocante e insuportável. Ao ouvir os relatos dessas mães, a autora percebeu algo que se repetia: algo da relação com suas próprias mães se atualiza com o nascimento do bebê. Rememorar aquele primeiro tempo do narcisismo torna-se um desafio para elas, pois aparece um vazio de palavras.

A maneira como essas mães se inseriram na linguagem provoca em seus bebês uma recusa ao excesso de cuidado. As palavras perdem espaço para o contato físico, para o cuidado sem representação, empobrecido do ponto de vista Simbólico. “Para que o significado se torne significativo, o primeiro objeto, o objeto da primeira satisfação, deve ser perdido. O que angustia o filho não é a perda do objeto, não é que a mãe não esteja ali, mas que não o largue mais, que seu olhar não possa se desprender dele.” (MATHELIN, 1999).

Uma mãe gravemente ferida em seu narcisismo na ocasião do parto prematuro, cujo objeto arcaico remete à experiência total de satisfação, marcada pela fusão com sua própria mãe, projetará em seu bebê suas fantasias de prolongamento e completude, especialmente se for uma menina, como explica a autora:

Esta paixão entre mãe e filho será orquestrada entre várias gerações. Os diferentes intérpretes serão os atores das gerações passadas, os mortos, os nascimentos, as histórias de amor e sua repercussão consciente e inconsciente, toda uma constelação familiar, construindo uma rede de significantes. Como uma marionete, animada por milhares de fios invisíveis, a mãe agirá ou antes será agida no momento de pôr no mundo um filho. (MATHELIN, 1999, p. 143).

Por terem sido tomadas por suas mães enquanto objeto, tomarão seus bebês da mesma forma. Sem a possibilidade de emergirem como sujeito no mundo fantasmático de suas mães, os bebês fóxicos estarão impedidos de transformá-las em objeto do seu próprio gozo oral. Experimentar sua mãe torna-se algo de natureza desagradável, indigesto por vezes. Alienar-se ao seu desejo equivale a aniquilar sua própria existência. Mathelin (1999) esclarece: “o falo permanecerá um objeto Imaginário e o filho fará casal com a mãe. É nessas condições que vem eclodir a fobia [...]. Proteger de um excesso de proteção é justamente o papel da fobia”.

Na entrevista, ao ser questionada sobre a aplicação do manejo de reanimação psíquica nesses casos específicos, Catherine Mathelin-Vanier . afirma que não há diferenças entre o manejo autístico e o manejo do sintoma fóxico e que podemos chamar de reanimação

psíquica suas intervenções com bebês, em geral. Considera, inclusive, que em certos casos de crianças autistas maiores que recebe em consultório também faz reanimação psíquica.

Aprofunda seu argumento no seguinte relato:

Acredito que a fobia é uma estratégia da criança para lidar com o autismo, uma necessidade de proteção excessiva. A criança autista exclui o outro, porque o outro é perseguidor, parece paranoico às vezes. Se você é capaz de construir uma fobia, você estaria mais apto a aceitar o mundo e as outras pessoas. Quando atendemos uma criança autista em análise, e ela começa a apresentar sintomas fóbicos, e isto é frequente, sabemos que estamos no caminho certo, porque a criança se torna capaz de projetar o seu medo nos objetos. Fobia é uma forma que a criança encontra de curar o seu autismo. (ANEXO A, p. 9).

O que a obra dessa autora nos apresenta é que o período de hospitalização pode funcionar como barra das fantasias de uma mãe totalizadora e superprotetora. A equipe deve ocupar o lugar de terceiro, fazendo um trabalho contínuo de transformar coisas e atos em palavras a fim de enriquecer o universo Simbólico dessa mãe e ajudá-la a escrever um futuro possível para o seu bebê, reanimando nela sua capacidade de supor sujeito através do trabalho de luto e de desidealização do bebê-falo. Sobre as nuances do trabalho do psicanalista e também de uma equipe, sensibilizada pela ética psicanalítica, discorre Catherine Mathelin-Vanier a seguir:

Nossa convicção hoje é que a hospitalização não é obrigatoriamente fonte de complicações psicológicas para o bebê, mas pode, ao contrário, permitir que estejamos à escuta da família tanto quanto à escuta dele – salvar não só a pele de uma criança, mas também “sua pele psíquica”; é nisso que o papel da unidade, para além dos cuidados, é essencial. (MATHELIN, 1999, p. 26).

Nesses casos, em que o sintoma fóbico se apresenta como risco à constituição psíquica do bebê, a função de separação exercida pelos membros da equipe multidisciplinar torna-se pré-requisito à posterior operação de alienação. A noção de reanimação psíquica aplica-se uma vez que, através deste reposicionamento entre a dupla, a “pele psíquica” do bebê é resguardada, assim como as condições para uma evolução psíquica saudável.

4 Reanimação Psíquica e grupos Balint: animando o discurso que anima o bebê

Quando nos referimos à equipe na qual Catherine Mathelin-Vanier . trabalha como uma equipe sensibilizada pela ética da psicanálise, assumimos tratarem-se de profissionais que admitem a necessidade da circulação de um outro discurso que não o discurso hermético das ciências biológicas. São profissionais que, em muitos casos, já sentiram na própria pele os

efeitos da pulsão de morte no ambiente hospitalar. Médicos, enfermeiros e auxiliares, por melhor que tenham sido suas formações, estão sempre vulneráveis aos excessos e lutos suscitados pelas situações da rotina de reanimação.

Quando essa psicanalista afirma ser necessário reanimar o discurso que anima o bebê prematuro, ela os remete também ao importante trabalho de reanimação psíquica junto à equipe multidisciplinar. Atentar para os humores da equipe e sua relação com a história de vida de cada profissional também é função do psicanalista hospitalar. A fim de que estejam amparados em seu próprio desejo de intervir pela vida do bebê, mas também que estejam cientes aos efeitos mortíferos das pulsões, as quais assumem disfarces diversos nesse ambiente de trabalho, essa psicanalista oferece-lhes sua escuta e sua ética.

Para que possam presenciar a morte e as ambivalências da maternidade, para que possam ouvir ao drama dessas mães, bem como suas frequentes acusações de negligência para com a equipe, esses profissionais também precisam contar com uma escuta analítica. A rotina de uma equipe de reanimação pode tronar-se massacrante e enlouquecedora caso não haja um espaço para um dizer sobre a morte. Sobretudo quando os membros da unidade apresentam a necessidade frequente de simbolizar lutos consecutivos, uma escuta específica é exigida, seja em encontros casuais pelos corredores, seja à beira da incubadora enquanto realizam seu trabalho diário, ou seja, em reuniões para a discussão de casos mobilizadores.

Essa psicanalista propôs em seu serviço, a formação de grupos do tipo Balint⁷, com a finalidade de incentivar a nomeação e simbolização do inominável da morte:

Quando um médico dispense uma noite para salvar um bebê e compreende que ele ficará com pesadas sequelas, esta é uma forte fonte de sofrimento, suscita diversas questões. Se sou reanimadora do desejo do bebê, estou também atenta à equipe, especialmente, graças aos pequenos grupos do tipo Balint, ocasião na qual os cuidadores podem falar do seu vazio e das suas interrogações do trabalho de todo dia. (VANIER, 2009/2 p. 23/ tradução livre).

⁷ A modalidade grupal Balint foi criada para atender a uma demanda específica dos médicos generalistas e/ou médicos de família, nos anos 1950, na Inglaterra. Oferece uma possibilidade a generalistas cujo projeto profissional é curar, médicos que estão impedidos disso, quando “racionalmente” nada deveria obstruí-los. Oferece-lhes uma oportunidade de submeterem seus “casos problemas” a seus pares (que se veem com as mesmas responsabilidades e dificuldades), através do dispositivo do *setting grupal*, em colaboração com um psicanalista, sensível pela realidade profissional do médico, por seu desejo, por seu projeto. (FIGUEIREDO, 2012).

Outra questão levantada por essa psicanalista refere-se às frequentes falas maníacas e desimplicadas dirigidas aos bebês, supostamente em função de uma tentativa de reparação da angústia de quem lhes fala, evidenciada na reconstrução do caso clínico a seguir.

4.1 Caso Marie: cruzamentos entre a palavra verdadeira, a alienação e a noção de reanimação psíquica

Marie teve seu nome escolhido pela obstetra da unidade. Nasceu a termo, condição diferente das habitualmente acompanhadas por essa psicanalista. Foi da sala de parto direto para o berçário. Sua mãe biológica tinha 19 anos, era de origem árabe e não podia de forma alguma cuidar da bebê Marie. Nasceu em perfeito estado de saúde, porém, em poucos dias havia perdido 12% do seu peso e recusava todo contato com a equipe, “parecia estar se deixando morrer sem que nenhum diagnóstico pudesse explicar as causas dos seus sintomas”. (MATHELIN, 1999).

Ao ser chamada para intervir nesse caso, Catherine Mathelin-Vanier tentou investigar o que teria ocorrido em seus primeiros dias de vida e ouviu da equipe que tratou-se de um caso banal de parto sob anonimato e que todos procederam como recomendado, disseram à criança que seus pais biológicos não podiam cuidar dela, mas que alguém que desejava ter um filho viria buscá-la.

A equipe é orientada a sempre demonstrar o máximo de otimismo, lembrando o bebê de que terá uma bela vida. Essa psicanalista logo percebeu que Marie, “verdadeira bolinha de raiva berrante”, estava apresentando uma espécie de indigestão de palavras, provenientes do discurso romântico e otimista da equipe. Ocorreu-lhe a ideia de substituir o conto de fadas por uma fala verdadeira sobre sua história e seu futuro.

A cada encontro com ela, eu decidia então lhe falar da violência daquela separação, do horror e do sofrimento no qual ela tinha sido bruscamente jogada, daquela mãe que não queria saber dela, da língua que ela ouvia na barriga da mãe e que havia perdido, do ritmo do corpo da mãe que ela não encontraria jamais. (MATHELIN, 1999, p. 64).

Tal intervenção deixou claro à equipe e à própria Marie que a escolha de viver ou morrer continuava em suas mãos, mas que caso decidisse viver, ainda podia contar com o acolhimento, o consolo e os mimos que a equipe aguardava ansiosa em oferecer. Marie foi aos poucos aceitando entrar em contato, se acalmando e retomando sua alimentação. Ao ser

adotada, levou consigo um livro contando sua passagem pelo serviço, “levou consigo o seu mistério”. (MATHELIN, 1999).

É comum que a equipe não compreenda os mecanismos de ação da palavra verdadeira, como ilustrado neste depoimento: “Nosso médico chefe às vezes brinca comigo comparando a psicanálise à feitiçaria. Como ele poderia não se questionar, já que os efeitos da linguagem escapam a qualquer medida científica quantificavelmente demonstrável!” (MATHELIN, 1999).

Acredito que os bebês possuem uma incrível capacidade de perceber o tom da pulsão emitida pela voz do outro. A ética da psicanálise, por permitir que se fale da violência e do desejo de morte, através do *setting grupal* proposto por Michel Balint, permite restabelecer nos membros da equipe, o tom desejante e verdadeiro necessário à constituição psíquica do bebê.

5 Reanimação Psíquica e cuidados paliativos: evidências de uma ética

Neste ponto da obra de Catherine Mathelin-Vanier ., percebo uma evidente expansão de aplicação da noção de reanimação psíquica, para além de um agrupamento de manejos psicanalíticos em específico. Em oposição a Marie-Christine Laznik, psicanalista estudada cuja ideia de aplicação desta noção volta-se à clínica com bebês pequenos em risco de evolução autística, a análise da obra de Catherine Mathelin-Vanier em adição ao seu depoimento, fazem menção à dimensão ética inerente ao trabalho de emergência ou manutenção da subjetividade. Apontam para a intrínseca relação entre ética psicanalítica e o imprescindível trabalho de prevenção da saúde mental.

É possível, segundo essa psicanalista, empreendermos um trabalho de reanimação psíquica em bebês encaminhados aos cuidados paliativos, dispositivo criado para manter as condições básicas de conforto físico, psíquico, assim como a dignidade do paciente sem possibilidades de evolução do seu quadro clínico. Observamos anteriormente que dentro de toda unidade de reanimação neonatal admite-se, implícita ou explicitamente, intervenções em cuidados paliativos, uma vez que grande número de prematuros, bebês sindrômicos ou aqueles nascidos com graves complicações, nascem ou evoluem para estados vegetativos.

As diretrizes de saúde pública da França definem a prática em cuidados paliativos da

seguinte forma: “Os cuidados ativos e contínuos, praticados por uma equipe interdisciplinar em instituição ou em domicílio e que visem diminuir a dor, apaziguar o sofrimento psíquico, salvaguardar a dignidade da pessoa doente e a sustentar o seu entorno”. (VANIER, 2013/ tradução livre). Apesar de serem obrigados por lei e bem definidos quando destinados a pacientes adultos, os cuidados paliativos aplicados no início da vida ainda configuram um desafio ao campo médico, tanto do ponto de vista da técnica quanto da ética desta abordagem.

Do ponto de vista psicanalítico, este também é um momento de intervenções fundamentais sobre a representação simbólica do nascimento, sobre o lugar do bebê moribundo na filiação, sobre o luto da família e da equipe, entre outros. “Portanto, o que se passa no fim de uma vida pode ser de grande importância para um bebê e sua família. Não trata-se unicamente de perpetuar um bebê que deveria ter morrido ao nascimento; trata-se de favorecer um verdadeiro encontro”. (VANIER, 2013/ tradução livre).

5.1 Caso Liu: sobre os efeitos invisíveis da noção de reanimação psíquica

Liu foi uma bebê chinesa nascida a termo com uma grave má formação cardíaca, detectada somente na ocasião do parto. Sua única chance de sobrevivência seria através de um transplante de coração. Assim que nasceu, todos os serviços da França e do estrangeiro foram alertados para o início das buscas de um doador compatível. Enquanto a unidade não recebia uma resposta sobre o doador, o estado de saúde de Liu ia se degradando com o passar dos meses, entregue às máquinas e aos tratamentos. Cientes de que nada podia ser feito por essa bebê, os membros da equipe acompanhavam com tensão sua evolução para a morte. (VANIER, 2013).

Catherine Mathelin-Vanier. relata pela primeira vez esse caso clínico atendido há mais de dez anos em seu serviço. Naquela época, seu serviço ainda não possuía uma proposta de cuidados paliativos como concebida atualmente. Essa bebê, apesar da irreversibilidade do seu quadro sem o transplante, demandava com frequência os cuidados da equipe por causa das oscilações dos seus parâmetros. Todos se tornaram muito apegados a ela; o envolvimento afetivo da equipe e da própria psicanalista foi inevitável. A família esteve presente em todos os momentos da internação implicada nos cuidados e na expectativa por um doador.

Aos três meses de vida Liu morreu subitamente, antes mesmo que qualquer alerta

acionasse os médicos reanimadores. Vanier (2013) conta que a comoção era visível entre todos os membros da equipe. Um laço de confiança criado junto à família fez com que eles retornassem a visitar o serviço nos meses subsequentes à morte da bebê, ressonância do trabalho efetuado, o que testemunha como os familiares foram tocados pela dedicação e cumplicidade da equipe.

O depoimento da família ilustra os efeitos invisíveis dessa intervenção: “Esta menina, disseram, tem nossa consideração porque ela contou para vocês. Sua presença deu-lhe uma existência Real. É graças a vocês que nós pudemos integrá-la em nossa história, em nossas vidas. Se vocês não estivessem lá, ela não teria este lugar para nós”. (VANIER, 2013).

Essa autora argumenta sobre a ética envolvida no projeto de cuidados paliativos, em que as certezas de sobrevivência do bebê estão gravemente abaladas, onde não se visa a cura, mas o acolhimento, o conforto, a qualidade de vida e o laço. A qualidade do laço estabelecida entre a família e o bebê sofrerá influências do laço que se desenvolve com os cuidadores: “este laço dependerá da relação de confiança e do suporte que nós pudemos construir com os pais, desde a entrada do bebê no serviço”. (VANIER, 2013). Ressalta também a importância da equipe possuir um discurso comum que remeta a um senso de equipe, permeado pela “palavra verdadeira” na comunicação com os pais.

A questão aqui não é de excesso de sentimentalismo ou de empatia desmesurada (é importante ressaltar que não devemos nos identificar com os pais), mas ainda de uma ética, quer dizer, do lugar e do acolhimento que devemos propor a todo pequeno humano, qualquer que seja sua condição de nascimento e expectativa de vida. (VANIER, 2013, p. 277/ tradução livre).

Essa autora afirma que um bebê que permaneceu vivo por três dias, teve uma vida e merece ser recebido no mundo dos humanos com dignidade. Merece saber da sua história, dos seus pais, da sua doença, da forma como foi sonhado e desejado durante a gestação, assim como qualquer outro bebê. Ela e sua equipe estarão sempre treinadas a encarar a morte como uma passagem da vida, uma vez que todo ser humano é mortal. “Não vejo porque não fazer reanimação psíquica com um bebê que está morrendo. Falarei com ele, contarei sua história, quem ele é, é comum que lhes diga que têm permissão para ir, porque é muito difícil viver em tais condições.” (ANEXO A). É possível constatar a partir da reconstrução deste caso clínico, que a abordagem dessa psicanalista configura a passagem de uma técnica para uma ética no que tange a noção de reanimação psíquica.

II DRA. MARIE-CHRISTINE LAZNIK

Quando o bebê nunca responde, não há outra hipótese possível, porque o grande Outro é, antes de tudo, uma função [...].
(LAZNIK em entrevista ao JFP, 2006, tradução livre)

1 Percorso teórico-clínico

Trata-se de uma psicanalista franco-brasileira que se ocupa, há cerca de três décadas, da clínica e da pesquisa em torno da intervenção precoce e prevenção dos problemas no desenvolvimento infantil, em especial o autismo. Participa de programas de capacitação de equipes de saúde na França, os quais visam detectar precocemente sinais de risco para evoluções autísticas em bebês muito pequenos. Tais sinais de risco foram categorizados a partir de uma pesquisa formulada pela associação *Préaut*, cuja fundadora é a psicanalista em questão.

A pesquisa Préaut, desenvolvida entre os anos de 1999 e 2010 (ano de divulgação dos resultados parciais), foi intitulada “avaliação de um conjunto coerente de instrumentos na determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do desenvolvimento de tipo autístico”. Sobre os sinais Préaut, M. C. Laznik propõe sua hipótese de que haveria, no bebê sob risco de evolução autística, uma falha do terceiro tempo do circuito pulsional, ou seja, uma não aparição de capacidade de iniciar trocas de forma lúdica e jubilatória. (PRÉAUT, 2010/tradução livre).

Tal falha na constituição psíquica do bebê pode, segundo essa autora, ser verificada em situações de consultas pediátricas, a partir do quarto mês de vida do bebê. Dois sinais clínicos são destacados: 1) o bebê não procura se fazer olhar pela mãe (ou substituto), na ausência de qualquer solicitação por parte dela; 2) o bebê não busca suscitar troca jubilatória com a mãe (ou substituto), na ausência de qualquer solicitação por parte dela. (PRÉAUT.FR, 2010/tradução livre).

Recentemente, os resultados finais dessa pesquisa foram validados pela revista *European Child & Adolescent Psychiatry*. Vários anos de diálogo entre o campo da psicanálise e da psiquiatria infantil culminaram na publicação dos resultados dessa pesquisa, destinada a verificar o valor preditivo da avaliação Préaut em casos de bebês de até nove meses, acometidos pela Síndrome de West (distúrbio genético de caráter epilético com altos

índices de evolução autística).

M. C. Laznik promove com frequência seminários com a proposta de apresentar a colegas psicanalistas, neuropediatras, pedopsiquiatras, entre outros, casos clínicos de bebês encaminhados de diversos centros de saúde do território francês à sua clínica, apresentando atrasos em certas habilidades esperadas do ponto de vista neuropsicomotor. As sessões são filmadas para fins de pesquisa e discussão clínica com o consentimento do cuidador. É importante ressaltar que o trabalho multidisciplinar realizado por essa psicanalista promove um frutífero diálogo entre a perspectiva desenvolvimentista, inerente ao discurso da psicopatologia médica e a perspectiva estrutural, defendida pela maioria dos psicanalistas lacanianos, *métier* ao qual pertence essa autora.

2 A noção de reanimação Psíquica e fechamento do circuito pulsional

E no princípio era o ódio. Ao nascer o bebê, despenca de uma experiência simbiótica em que, em situações normais, satisfaz suas necessidades fisiológicas sem passar pela experiência da falta, onde seu hospedeiro lhe abastece de nutrientes e das condições ideais de temperatura e pressão para o seu desenvolvimento. Fora do seu habitat original, todo bebê é confrontado por sensações de fome, dor e frio. Até que perceba o outro e o mundo ao seu redor como fontes de satisfação em potencial, até que passe a amar os objetos externos, é o ódio que prevalece e justifica a ruptura do seu autoerotismo. “Enquanto relação com o objeto, o ódio é mais antigo que o amor, surge da primordial rejeição do mundo externo dispensador de estímulos, por parte do Eu narcísico.” (FREUD, 1915).

A partir da experiência de autoerotismo, a qual Freud discrimina como inata em 1915, o bebê irá se aventurar nas relações com o outro e seu ambiente e, portanto, estará exposto à ambivalência amor e ódio, consequência de sua entrada no jogo erótico.

Originalmente, bem no início da vida anímica, o Eu se acha investido instintualmente, e em parte é capaz de satisfazer seus instintos em si mesmo. A esse estado chamamos de narcisismo, e de autoerótica a possibilidade de satisfação... Na medida em que é autoerótico, o Eu não precisa do mundo exterior, mas recebe dele objetos, devido às experiências dos instintos de conservação do Eu, e portanto não pode deixar de sentir estímulos instintuais internos como desprazerosos por algum tempo. (FREUD, 1915, p. 74).

Essa polêmica hipótese freudiana sobre um autoerotismo inato é traduzida por Laznik (2004) como uma tentativa deste de emancipar o desenvolvimento psicológico do fisiológico, abrindo a possibilidade de haver um campo da pulsão independente do campo da autoconservação, presente, por exemplo, no ato de sugar do bebê. Existe uma relação de causa e efeito previsível entre o alimento (objeto de satisfação) e a fome (estímulo instintual interno desprazerosos). Freud concebe duas hipóteses contraditórias sobre a origem do autoerotismo no bebê. Uma hipótese prevê a atuação de Eros na formação do autoerótico; sendo assim, ao satisfazer sua fome, através da amamentação, as tensões do bebê diminuem e uma sensação de apaziguamento pode ser experimentada.

Tal experiência de satisfação seria então registrada a nível mnêmico permitindo ao bebê apaziguar-se sozinho, alucinando o objeto fonte de satisfação. A experiência alucinatória primária descrita por Freud, em 1985, representa os primórdios da formação do aparelho psíquico. “Esta concepção visa integrar o autoerotismo na historicidade da relação com o Outro.” (LAZNIK, 2004).

Essa psicanalista faz referência a elementos fundamentais na detecção precoce do autismo e que dão sinais de falhas já no primeiro ano de vida do bebê. Esses sinais podem ser detectáveis por pediatras sensibilizados para a prevenção de doenças mentais. O primeiro sinal de risco marca o não olhar entre mãe e filho, especialmente quando a mãe não se dá conta disso. Essa falha pode apontar para uma dificuldade maior no nível da relação especular com o outro. “Se não intervimos então, o estágio do espelho não se constituirá, pelo menos não convenientemente.” (LAZNIK, 1997).

O segundo sinal clínico a ser detectado, segundo Laznik (1997), é a não instauração do circuito pulsional completo. Para compreender o mecanismo proposto, é necessário primeiramente diferenciar as noções de satisfação da pulsão e satisfação da necessidade. A teoria lacaniana marca uma diferença radical entre tais noções ao afirmar que o termo pulsão estaria ligado exclusivamente às pulsões sexuais parciais e que a experiência de satisfação pulsional não encontraria correspondência clara com a satisfação da fome e da sede, por exemplo.

O circuito pulsional gera satisfação ao bebê à medida que gira em torno do seu próprio eixo. O caminho percorrido pelo circuito insere o sujeito na trama simbólica do Outro, provedor dos significantes. Este circuito se dá em três tempos e a não instauração do

último tempo pode ser indicativo de uma constituição patológica do pensamento inconsciente, podendo ser causadora de futuras deficiências na criança.

O primeiro tempo do circuito pulsional é facilmente detectável por qualquer pessoa que se ocupe de um bebê em seus primeiros dias de vida; ele busca ativamente o objeto oral (seio ou mamadeira). No segundo tempo, o bebê passa a ter experiências alucinatórias de satisfação, substituindo o objeto Real por um Imaginário, tornando-se capaz de autoerotização; encontra no próprio corpo, meios de satisfação, chupando o dedo, por exemplo.

Para o fechamento do circuito pulsional é necessário que haja o terceiro tempo. Nele, a criança vai voluntariamente, ou seja, ativamente se fazer objeto de um sujeito. A alienação necessária presente no terceiro tempo, ilustrada pela experiência de prazer partilhado entre mãe e bebê, faz alusão ao nascimento da subjetividade. Constata-se que é nesse falso assujeitamento que o bebê torna-se sujeito.

Vemos aí como a passividade do bebê neste terceiro tempo do circuito pulsional é apenas aparente. É muito ativamente que ele vai se fazer comer por este outro sujeito, para o qual ele se faz, ele próprio, objeto. E nós vimos como este assujeitamento visa se ligar ao gozo deste Outro. É voluntariamente que o inscrevemos com letra maiúscula. O bebê vai a caça do gozo na sua mãe, enquanto que ela representa para ele o grande Outro primordial, provedor dos significantes. (LAZNIK, 1997, p. 43).

Entretanto, o primeiro e o segundo tempo só podem ser validados com a presença do terceiro e, é por isto que a articulação em forma de circuito deve ser respeitada. Um bebê que suga o seio materno de forma adequada ou que alucina o mesmo seio ao chupar o dedo da mão, não necessariamente está inscrito no laço social e livre de tornar-se uma criança com alguma espécie de transtorno invasivo do desenvolvimento.

As estereotípias e automutilações presentes no quadro autístico apontam, por exemplo, para uma falha na instauração dos processos de condenação e deslocamento próprios ao pensamento inconsciente. Esses sintomas são variantes não funcionais de um autoerotismo que, pelo não fechamento do circuito pulsional, ficou impedido de contemplar a dimensão de representação do Outro. Por falhas no processo de ligação psíquica, as descargas de excitação são processadas de forma pouco complexa, não encontrando outra possibilidade de vazão que o Real do corpo do autista.

Se nós retirarmos o termo *eros* de auto-erotismo, nos encontramos face a *autismo*! Só podemos falar de um verdadeiro auto-erotismo se a dimensão de representação do Outro, e mesmo do seu gozo, se inscreveu sob a forma de traço mnêmico no aparelho psíquico da criança. (LAZNIK, 1997, p. 44).

A pesquisadora citada é partidária da ideia de que o autismo se estabelece de forma independente da psicose infantil, pois a falha básica no autismo está no processo de assujeitamento da criança ao seu Outro primordial. Já na psicose, trata-se de um fracasso na entrada do campo Simbólico, promovido pela forclusão do Nome-do-Pai. Laznik argumenta sobre a íntima ligação entre a detecção dos três tempos do circuito pulsional e o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil:

O segundo traço clínico proposto – o fracasso do circuito pulsional completo – permite de fato pensar no diagnóstico diferencial entre psicose e autismo. Com efeito, este terceiro tempo do circuito pulsional se encontra sempre presente no bebê que apresentará mais tarde uma psicose infantil. Este bebê se assujeita facilmente a uma mãe que em geral, não resmunga para gozar do objeto que lhe é oferecido. O mais problemático para ela é perceber o limite disto. A alienação real da criança a este Outro primordial assim se instala muito bem. O que fracassa é sobretudo o outro pólo da subjetivação do sujeito: a função separadora produzida pela metáfora paterna. É ela que, na psicose infantil, se encontraria fora do jogo, forcluída. Em caso de perigo de evolução autística, não é disto que se trata, mas do fracasso no tempo da própria alienação. (LAZNIK, 1997, p. 47).

Uma outra questão que se coloca é a da gênese dos transtornos invasivos do desenvolvimento. A multifatorialidade na causa desse transtorno é a hipótese atual mais aceita e que nos parece mais razoável, pois considera que orgânico e psíquico são coautores na emergência da subjetividade. Observamos na clínica a multiplicidade dos caminhos da constituição psíquica, cito dois exemplos: Existem aqueles bebês que se tornam aptos a funcionar em sociedade por crescerem em ambiente rico em referências simbólicas, apesar de uma alta carga genética para autismo, evolução que contradiz qualquer prognóstico dado por um geneticista. Por outro lado, existem aqueles bebês de baixa ou nenhuma tendência genética para transtornos invasivos do desenvolvimento que tornam-se autistas severos por terem crescido em contextos pouco estimulantes do ponto de vista psíquico. A epigenética é a disciplina que estuda a expressão dos genes segundo o ambiente e as experiências do sujeito. “Um ambiente mais favorável permite que as instaurações estruturais possam ao menos acontecer, ou ainda que a plasticidade cerebral possa encontrar o caminho de novos enodamentos e de novas articulações.” (LAZNIK, 1997).

A discussão sobre a epigênese dos transtornos invasivos do desenvolvimento interessa a esta pesquisa no tocante à abordagem interdisciplinar a que este tema remete, sendo o

trabalho de reanimação psíquica realizado nos diversos ambientes onde se aplica a psicanálise, fruto do diálogo necessário que houve entre os discursos da psicanálise, medicina e linguística nas últimas décadas.

Nesta linha de raciocínio, Laznik (1997) discorre em um artigo sobre a prevenção da síndrome autística traçando uma importante relação entre autismo e deficiência:

Do ponto de vista psicanalítico, a plena manifestação de uma síndrome autística pode ser considerada como tradução clínica da não instauração de um certo número de estruturas psíquicas que, por sua ausência, só podem desencadear déficits do tipo cognitivo, entre outros. Quando estes déficits do tipo cognitivo se instalam de maneira irreversível, podemos falar de deficiência. Esta deficiência seria então consequência de uma não instauração das estruturas psíquicas, e não o contrário. E podemos sustentar uma semelhante concepção, admitindo uma multifatorialidade e deixando de lado o debate, quase estéril, entre psicogênese e organogênese. (LAZNIK, 1997, p. 35).

Levando em conta o raciocínio que essa psicanalista tece sobre a instalação do sintoma autístico, enquanto uma falha no fechamento do circuito pulsional completo, momento em que o bebê inicia as trocas pulsionais ao “se fazer” objeto do gozo do Outro, podemos perceber uma gradativa aproximação da teoria da pulsão, alicerce ao exercício clínico dessa autora, ao uso que ela faz da noção de reanimação psíquica. É possível, segundo essa autora, reanimar a dinâmica pulsional do bebê através do trabalho com a prosódia do manhês, com o jogo do faz de conta, de modo a instigar o bebê a alienar-se ao desejo do Outro. A Reanimação psíquica seria, segundo esta lógica, uma consequência do tratamento bem sucedido do bebê que apresenta bloqueios no fechamento do circuito pulsional. Os casos descritos a seguir esclarecem a aplicação desta noção na práxis de Marie-Christine Laznik.

3 Caso Marina: Reanimação Psíquica e o risco de evolução autística

Marina é uma bebê de três meses e meio encaminhada para tratamento psicanalítico conjunto com a mãe. Essa bebê preocupa a equipe de saúde por não estabelecer troca de olhar com sua mãe; concluem tratar-se de um caso de depressão materna e de indícios de risco de uma evolução autística. “Marina apresenta uma hipertonia da parte alta do tronco, se curva para trás de maneira semelhante a um epistónono⁸” (LAZNIK, 2004). A mãe demonstra desamparo diante das frequentes crises de choro da filha e diz que Marina não

⁸ Tipo de contração espasmódica causada pelo tétano, que se caracteriza pelo retesamento e curvamento do corpo.

pede nada, não a chama, sinal que faz a psicanalista suspeitar de uma impossibilidade da mãe de traduzir os movimentos e apelos da filha.

Veremos ao longo da descrição das intervenções a maneira particular e circunscrita em que Marie-Christine Laznik aplica a noção de reanimação psíquica. Uma cascata de ações, interpretações responsáveis e intervenções na dupla mãe-bebê irão, no decorrer de cada sessão, devolver à bebê a possibilidade de alienar-se ao desejo da mãe, posição fundamental para ascensão da subjetividade.

A psicanalista captura o olhar de Marina, posicionada em um bebê-conforto. Dirige-se a ela com frases simples, realizando intervenções sobre os conflitos transgeracionais de sua mãe, sobre seus movimentos, emissões sonoras, suas dores, seu choro, visando sempre ajustar-se ao ritmo e a intensidade do sofrimento da bebê. Marina apresenta-se fixada na entonação de voz de Marie-Christine Laznik. Em sessões posteriores, Marina passa a fazer trocas com a mãe, entreolham-se ainda de forma fugidia, a bebê suga os dedos da sua mãe que, por sua vez, confessa achar os dedinhos da sua filha deliciosos como um doce, assim como o pezinho e a barriguinha. As intervenções da psicanalista promovem, entre Marina e sua mãe, a instalação de um jogo que antes não ocorria. A bebê encontra na mãe uma fonte de satisfação oral que não encontra analogia com a satisfação alimentar, necessidade fisiológica por definição. Marie-Christine Laznik (2000) nos ensina sobre a diferença entre satisfação e necessidade, noções discriminadas por Freud (1915) no texto *Os instintos e seus destinos* e posteriormente retomada por Lacan no Seminário 11, que introduz a noção de objeto a, objeto causa do desejo.

Marina, na ação de sugar o dedo da mãe, está ao mesmo tempo realizando sua entrada no segundo tempo do circuito pulsional, ilustrada pela experiência alucinatória de satisfação, intimamente relacionada com a capacidade autoerótica do bebê, mas também ativando na mãe o desejo de participar desse jogo erótico ainda em construção. Para que esse jogo se estabeleça completamente, Marina deverá ser capaz de oferecer-se como objeto do gozo oral da mãe, ou seja, deverá “se fazer” objeto de satisfação do outro, entrando assim, no terceiro tempo do circuito pulsional.

Segundo essa autora, isto é o que fracassa na estrutura autística. Um bebê autista possui uma boa capacidade autoerótica, podendo estar bem adaptado ao segundo tempo do circuito pulsional, mas fracassa em iniciar trocas gozosas com o outro cuidador. As consequências da falha no fechamento do circuito pulsional completo, como ilustrado em

vários casos acompanhados por ela, são a diminuição gradativa da capacidade da mãe de investir imaginariamente seu bebê, de instigá-lo a realizar trocas eróticas satisfatórias como a protoconversaço e o jogo de “comer” pedacinhos do corpo.

A mãe de Marina, ao confessar o prazer que sente no contato com o corpinho da sua filha, capta o olhar da bebê, que logo começa a vocalizar. Emocionada, a mãe relata que precisava de um tradutor que lhe explicasse as produções sonoras da filha. Este parece ser o papel do psicanalista na clínica de bebês, servir de tradutor do sofrimento da dupla que se encontra temporariamente perdida e confusa num diálogo sem linguagem.

Uma frase como esta, completamente inesperada por parte da mãe de um bebê, me dá a medida do seu desamparo e do quanto estava deprimida na sua função materna. Ela não pôde interpretar por si só o que dizia a filha em sua “proto-conversaço”... Digo a Marina que sua mãe ficou tão infeliz em lhe ver sofrer de cólicas, que se sentiu impotente para aliviá-la, perdendo toda a confiança na sua capacidade de ser mãe. Marina olha atentamente para mim e para a mãe. A mãe chorando diz: “Sabe, Marina, é de alegria que a mamãe está chorando”. (LAZNIK, 2004, p. 113).

Restabelecendo-se a capacidade alucinatória da mãe, de investir eroticamente em Marina, a mesma é capturada por seu olhar e por sua voz. Marina, por sua vez, inicia um diálogo rudimentar com a mãe, convocando-a de forma ativa a participar de uma interação nunca antes estabelecida. Esses são indícios de que o trabalho psicanalítico segue um caminho adequado; prova disto é o princípio da instauração da posição de alienação por parte da bebê. A princípio, apresentava-se hipertônica e fugidia, causando inquietação nos observadores. Após alguns meses de atendimento semanal, é capaz de adormecer consolada no colo da mãe enquanto esta revela sua própria história: “A mãe a nina, ela entrega nos braços maternos sua hipotonicidade e adormece frequentemente ao som da minha voz, voluntariamente baixa e monocórdica”. (LAZNIK, 2004).

A prosódia da voz é um elemento explorado por Laznik em diversas publicações teóricas e análises de casos clínicos, por ser um instrumento primordial no trabalho com bebês. Embasa-se no conceito de pulsão invocante para justificar o manejo peculiar que exerce junto a bebês em dificuldade no processo de alienação e conseqüente fracasso no fechamento do circuito pulsional.

Ainda sobre o caso em questão, observamos que a escuta analítica dos fantasmas maternos possibilitou à mãe aceitar servir de bom objeto para a filha sugar, o que corresponde em termos lacanianos a aceitar “se fazer” objeto do terceiro tempo da pulsão oral

da filha, tornando-se tanto objeto oral como fonte de prazer. A autora conclui da análise desse caso fazendo a seguinte hipótese: “Este reconhecimento de seu bebê como fonte de gozo deve provavelmente ter induzido a uma modificação na prosódia da voz materna. O bebê é chamado por esta voz e entra numa verdadeira protoconversaçoão.” (LAZNIK, 2004).

No ano de publicação da versão brasileira do caso Marina, essa psicanalista ainda não havia explicitamente utilizado a noção de reanimação psíquica. Somente a partir da conduta interdisciplinar do caso Hassan, publicado em 2012, explorado em detalhes nesta pesquisa, que Laznik vai considerar o emprego da noção reanimação psíquica. Em sua opinião, trata-se de uma descrição fenomenológica da sintomatologia, dos manejos clínicos e direção do tratamento de casos de bebês autistas ou em risco de evolução autística. A noção de reanimação psíquica serve a esta autora como justificativa metapsicológica e psicopatológica das suas intervenções clínicas na interface com o campo médico. Numa entrevista fornecida por Laznik para fins de investigação da origem e aplicação da noção de reanimação psíquica, a mesma depõe: “Me dei conta que, ao pôr em prática determinados conceitos psicanalíticos, o que estou fazendo corresponde a uma reanimação psíquica”. (ANEXO B, p. 1).

Para essa pesquisadora, os conceitos de fracasso do terceiro tempo do circuito pulsional e de pulsão invocante são aqueles que balizam sua intervenção no contexto da clínica de bebês autistas, intervenções que promovem a reanimação psíquica. Com isto, percebemos que o uso que essa psicanalista faz da noção em questão encontra-se delimitado ao tratamento de bebês pequenos, em seu primeiro ano de vida, com dificuldades de alienação ao desejo do outro, posição esta assumida através do fechamento do circuito pulsional, interrompido nestes casos. O rigor quanto à especificidade da utilização da noção de reanimação psíquica é frisado por essa autora em vários momentos da entrevista.

A experiência clínica desta psicanalista permitiu-lhe constatar casos de organizações autísticas muito precoces, em que o bebê com menos de um ano de idade já encontrava-se excluído do campo do outro, alheio ao campo da linguagem, surdo aos significantes. Esses bebês apresentam muito precocemente os fatores de risco identificáveis através da avaliação proposta a partir da pesquisa Préaut. Uma vez submetidos à análise, acompanhados de seus cuidadores, esses bebês autistas, segundo o ponto de vista dessa pesquisadora, são beneficiados com intervenções que visam restaurar o terceiro tempo do circuito pulsional.

Explicita ainda que a modulação dos níveis de excitação do bebê podem promover a

sua entrada no jogo pulsional, desejável nesses casos, uma vez que a falha básica na constituição subjetiva de bebês com sintomas autísticos passa pelo fracasso do tempo da passividade da pulsão, ou seja, pelo fracasso do “se fazer” objeto do gozo do outro. A noção de falsa passividade é essencial para a compreensão da construção da subjetividade no bebê, pois o que está em jogo é sua passagem da posição de objeto para a posição de sujeito, ativo na relação com a alteridade.

Sendo assim, o manejo de reanimação psíquica visa promover a efração da dinâmica pulsional do bebê, elevar seu nível de excitação para que ele se abra às intervenções do psicanalista, seja capturado por seu olhar, seduzido por sua voz, até que se instalem trocas pulsionais satisfatórias entre mãe e bebê.

4 Caso David: Quando o reanimador é o bebê

Discutimos, até este ponto, um caso clínico em que o emprego dos conceitos psicanalíticos, estimados por essa autora, culminou na reanimação psíquica da paciente Marina. Na ocasião da entrevista, pergunto à Marie-Christine Laznik em que casos não são necessários ou não se aplicam os manejos clínicos para uma reanimação psíquica. Sua opinião é clara quanto às especificidades próprias da clínica de bebês autistas em oposição ao manejo de bebês psicóticos ou autistas maiores.

O trabalho com crianças psicóticas não pode ser beneficiado pelo manejo em reanimação psíquica uma vez que o tempo da alienação já foi muito bem alcançado por estes pacientes. A questão da psicose envolve outra problemática, a da desalienação, muitas vezes impossibilitada pelo laço patológico estabelecido entre mãe e bebê no início da vida. Em casos como esse, segundo a entrevistada, a escuta apurada dos fantasmas familiares acompanhada de intervenções calculadas que promovam a descolagem significativa e a autonomia das partes envolvidas são os manejos mais adequados. “O manejo de reanimação psíquica não faz sentido na psicose [...]. O problema dele [bebê que vai se tornar psicótico] é que ele não se desaliena [...]. Deixo de fora todo o campo das psicoses.” (ANEXO B, p. 5). Intervenções pautadas na exploração da musicalidade da voz e na prosódia do manhês, podem desencadear nos pequenos pacientes em risco de evolução psicótica, assim como em autistas maiores, reações contraprodutivas, de acordo com a autora.

No livro *A voz da sereia* Marie-Christine Laznik (2004) relata o caso David, um bebê

depressivo de dez meses acompanhado em análise, por períodos intermitentes, até nove anos de idade. A qualidade do cuidado recebido por David é descontínuo e variável, consequência dos episódios maníacos depressivos da mãe, que ora apresentava-se saudável e implicada no *holding* do seu bebê, ora em grave estado melancólico, que ocasionava internações prolongadas para cuidados psiquiátricos.

Durante os períodos de internação da mãe, David conta com os cuidados do pai que se esforça para criá-lo, mesmo confuso sobre qual função exercer, a materna ou a paterna. Nesta análise, fica evidente que a noção de reanimação psíquica não foi utilizada, pois ao iniciar o tratamento, David já apresentava sinal de alienação ao desejo materno. Laznik não faz menção a uma formação psicótica neste caso. Fala de um sintoma fóbico presente em David, justo nos momentos em que sua mãe retornava das hospitalizações psiquiátricas.

O que aparece, neste caso, é um bebê sensível às oscilações de humor da mãe que sofre a cada vez que é abandonado por ela: “Assim, a falta de resposta da mãe é vivida como perda de amor, como abandono, o que só pode suscitar hostilidade em relação a ela”. (LAZNIK, 2004). A recusa ao contato é interpretada como uma reação defensiva que vai se organizar de forma obsessiva no futuro, como mostra a evolução desta análise. A citação a seguir ilustra a adequação de David à posição de alienação em relação ao desejo materno, além de nos remeter a um aspecto peculiar do manejo de reanimação psíquica apontado por Laznik em certo momento da entrevista:

David estabelece rapidamente uma transferência com a terapeuta [atendimento conjunto], participa de maneira ativa. Em sintonia, chora quando a mãe diz coisas tristes, chega até a vomitar quando evoca cenas que a magoam. Sorri com coisas alegres e quando ela decide cantar, o bebê a acompanha. (LAZNIK, 2004, p. 120/ grifos do autor).

Este, conta dez meses quando é tomado em atendimento psicanalítico, idade considerada já avançada e que exige, segundo a autora, formas diferenciadas de intervenção, principalmente por não se tratar de uma evolução autística. Um bebê de poucos meses vivencia os conflitos familiares de forma mais primitiva, por isto responde melhor a manejos que visem construir um invólucro pulsional que organizem imaginariamente o Real do seu pequeno corpo. Devemos considerar que um bebê de dez meses fora de risco autístico e sem comprometimentos neurológicos constatados possui de antemão um funcionamento psíquico que o permite ouvir aos significantes e decifrar os elementos do mundo de forma mais elaborada.

A descrição feita por essa autora nos faz apostar numa constituição psíquica diferente

do autismo em que há a alienação por um lado, e o sintoma depressivo do bebê por outro, o que nos dá indícios de uma capacidade sublimatória desejável, e por consequência, de uma subjetividade em emergência: “A partir daí, não se passa mais no corpo, há sublimação”. (ANEXO B, p. 5).

Laznik desencoraja a aplicação da noção de reanimação psíquica em casos de análise de crianças autistas maiores e explica, na entrevista, a razão:

Tenho a impressão que toda a excitação em uma criança autista maior desencadeia um estado maníaco, que é absolutamente inoperante [...]. Continuo a pensar que o que deve ser feito com crianças maiores é o que proponho no livro *O rumo à palavra...* A meta do trabalho com autistas maiores não é a de reanimação psíquica, é de escuta e de baixar as tensões. (ANEXO B, p. 5).

Ao finalizar seu processo de análise, David, aos nove anos, era capaz de lidar com as traumáticas experiências de abandono, repetidas vezes vivenciadas em sua infância. Este trabalho permitiu ao David introjetar uma boa função materna, assim como ser interdito pelo pai que, por sua vez, foi reposicionado no Édipo, através das intervenções da analista.

Laznik (2004) faz um apanhado dessa análise apontando para a relevância do trabalho de intervenção precoce e ao mesmo tempo, questionando-se sobre os destinos da análise de uma criança pequena.

A riqueza fantasmática de que continua dando provas pode decerto ser posta em relação com o trabalho que fez quando bebê. Mas não teria ele também contribuído, pela importância que deu à relação mãe-bebê, para colocá-lo numa situação de responsabilização demasiado pesada para uma criança? (LAZNIK, 2004, p. 131).

Como pudemos observar em relação ao caso descrito anteriormente, trata-se de uma abordagem outra, em que a instauração do terceiro tempo do circuito pulsional já estava posta desde o início, em que a mãe, mesmo que de forma intermitente, foi capaz de investir minimamente em seu bebê, e onde não se fez necessário aumentar o nível de excitação de David através da prosódia da voz da terapeuta ou da mãe, pois este já podia ser facilmente capturado, não pela musicalidade, mas pelo conteúdo do discurso materno, reagindo a ele de maneira sincrônica.

Laznik assume a possibilidade de leituras polissêmicas sobre esse caso. O que apreendemos é que a aposta da autora num manejo de separação mãe-bebê e de responsabilização, consequência da ação da castração, possibilitaram ao David bascular da

direção de uma organização obsessiva. Outra curiosidade introduzida por esta análise clínica trata da abertura para a possibilidade de considerarmos que o bebê, apoiado na transferência, possa ter provocado uma reanimação psíquica na mãe melancólica.

É necessário esclarecer, entretanto, que tal descolamento da aplicação da noção de reanimação psíquica não é explicitamente considerado por Laznik, contudo, emerge nas entrelinhas de uma fala sobre o trabalho com crianças psicóticas e autistas maiores, mas que nos parece aplicável ao caso David, mesmo que este não se enquadre nas categorias referidas: “Não é você [o analista] que está fazendo reanimação psíquica. De certa forma, é a criança que está”. (ANEXO B, p. 5).

5 Caso Hassan: A noção de Reanimação Psíquica na interface com o discurso médico

Hassan é um bebê argelino de dois meses e três semanas quando passa a ser acompanhado por Laznik. Irmão de um menino autista de quatro anos, a mãe teme que seu bebê tenha o mesmo destino do irmão e confessa ser muito difícil entrar em contato com Hassan.

Laznik lhe assegura que graças a pouca idade de Hassan ela e sua equipe poderiam intervir evitando que seu bebê tenha uma evolução semelhante. Ao lançar esta promessa, a psicanalista aposta na cura dos sintomas apresentados por Hassan, visando intervir no laço mãe-bebê e no ambiente em que estão inseridos para estabelecer a alienação até então faltante. Laznik vem se dedicando recentemente a pesquisas e intervenções clínicas transdisciplinares, dialogando intensamente com o campo das neurociências. A publicação do caso Hassan foi posterior ao período de seu atendimento. O diálogo com o campo das neurociências foi, e ainda é para essa psicanalista, algo motivador e esclarecedor do ponto de vista de suas intervenções a bebês de risco para distúrbios do desenvolvimento e explica suas associações sobre esse caso.

Sobre este “milagre”, prometido, sou categórica – certamente pensei na plasticidade cerebral; não conhecia, na época, todos os dados recentes de epigenética que vêm confirmar a possibilidade de que mudanças no meio ambiente possam ter efeito importante na expressão mesma dos genes, ainda mais tratando-se do início da vida de um recém-nascido. Ora, o trabalho do psicanalista, é de introduzir uma mudança brutal neste “meio ambiente”, interrompendo a espiral infernal que, partindo do bebê que não responde, vem diminuir a capacidade de parentalidade familiar, o que reforça as dificuldades inatas do bebê. (LAZNIK, 2012, p. 125/ tradução livre).

As sessões seguintes transcorrem entre altos e baixos do bebê. A mãe passa a usar uma prosódia doce que captura por vezes Hassan, que a olha de modo estável. A capacidade da mãe de fazer ligações prazerosas com seu bebê se desenvolve, como descrito no caso clínico, a partir de identificações que faz a analista. Uma transferência positiva bem estabelecida permite à mãe perceber que seu bebê responde e é capturado por certas estimulações, que serão repetidas pela mãe como uma estratégia para dar início a um jogo erótico. É comum que os pais também melhorem a qualidade da sintonia com seus bebês observando a que formas peculiares de interação ele melhor responde.

Após um período de adoecimento, por varicela, Hassan retoma os atendimentos, fechado e silencioso. Laznik (2012) descreve ser frequente que os pais criem estratégias para chamar a atenção de seus bebês pouco responsivos, chamando seus nomes de forma repetitiva e ansiosa, estalando os dedos para chamar sua atenção, entre outras.

Estas manobras são muito frequentes nos filmes familiares de bebês que se tornaram autistas e eu nunca as vi em filmes de bebês banais, os quais os cientistas chamam de típicos. Elas agem como uma forma de estimulação (*regulation up*) que pode por vezes ser frutífera, razão pela qual os pais continuam a utilizar. (LAZNIK, 2012, p. 126/ tradução livre).

Outro aspecto importante observado por essa autora é que tal estratégia de estimulação produz ligações voláteis e intermitentes entre o bebê e o cuidador, as quais funcionam como reforçadores para os pais, por um lado, mas que não fornecem uma troca saudável e adequada do ponto de vista da entrada do bebê no campo do Outro, necessária à constituição da subjetividade.

Laznik (2012), apoiada nas pesquisas de Colwyn Trevarthen⁹ e Maya Gratier¹⁰, lança mão do conceito de narratividade, forjado por Daniel Stern¹¹, para abordar a interação entre mãe-bebê. Na narratividade estão envolvidos o ressoar da prosódia, o ritmo e a altura da voz entre a dupla. Para esses autores, quanto mais musical e prazerosa for a interação entre mãe-bebê, maiores as chances do estabelecimento de uma boa narratividade. As trocas de olhares,

⁹ Colwyn Trevarthen é professor livre-docente da Universidade de Edimburgo na área da psicologia infantil e psicobiologia. Suas pesquisas são voltadas para os seguintes temas: psicobiologia e ciências do desenvolvimento cerebral dos movimentos expressivos; interações humanas e aprendizado cultural; comunicação da experiência e emoções da infância; cronobiologia e 'musicalidade' das ações humanas, aplicadas ao desenvolvimento, educação, terapia e artes.

¹⁰ Maya Gratier é professora da Universidade Paris Ouest Nanterre La Défense. Suas áreas de pesquisa são: comunicação vocal entre mães e bebês nos 6 primeiros meses de vida; coordenação temporal e organização prosódica na vocalização entre mãe e bebê em populações de risco como em mães com desordens de personalidade diagnosticadas e crianças posteriormente diagnosticadas com autismo.

¹¹ Daneil Stern foi um proeminente psiquiatra e psicanalista infantil. Morreu em 2012, aos 78 anos, como professor da Universidade de Genebra. Suas pesquisas almejavam ligar a psicanálise às pesquisas sobre o desenvolvimento humano.

de sorrisos, de palavras e emissões sonoras merecem destaque na análise dessa psicanalista, pois é através da instauração e repetição desse jogo erótico que se abre a possibilidade do bebê suceder em entrar no terceiro tempo do circuito pulsional. O recorte clínico a seguir configura um rico exemplo das mudanças no jogo mãe-bebê, propiciadas pela transferência com a psicanalista.

A mãe aproxima seu rosto: “Achou, meu Hassan!”. Ela precipita seus olhos aos de seu filho que a olha com prazer. Depois, ele a empurra com o pé; ela toma imediatamente a distância e diz: “Achou, meu Hassan! Ohoo oui, meu Hassan! (mais baixo) Ohoo, oui, meu Hassan... Segura devagar a mão da criança, a qual torna a olhar e eles se encontram. O bebê sorri e emite: “Ohoo, oui” olhando para a mãe. Ela responde em tom mais alto, até que eu intervenho em sua conversa: “O que você disse à mamãe? Você disse o quê?”. A mãe maravilhada por seu bebê: “Oh, oui, oh, oui”. Hassan lhe responde em tom mais alto: “A, ueeee...”... Enquanto se sorriem, eu comento: “você sabe dizer oui [sim] em francês agora!”. Hassan: “Ouiiii”. A mãe me olha, compartilhando comigo seu encantamento. Um grande sorriso ilumina seu rosto. O bebê balbucia novamente e ela responde, “Ah oui, oh, oui?”. Hassan balança os braços de satisfação. Ele projeta seu ventre em direção a ela. Provavelmente, muito prematuramente na relação que existe entre eu e ela, interpreto que o bebê faz a dança do ventre. Ela me olha aparentemente muito encantada. Eu continuo perguntando a Hassan: “É pra beijar aí? É pra beijar aí?”. A mãe, que olha seu filho, acaricia seu ventre, numerosas vezes, prazerosa e suavemente: “Oh, oh, oh!”. O bebê não larga mais seus olhos. (LAZNIK, 2012, p. 128/ tradução livre).

Nessa vinheta, podemos observar a ocorrência de uma intensa e satisfatória interação entre Hassan e sua mãe, indícios da evolução do tratamento. Cenas como essa, envolvendo a narratividade, a musicalidade e a sincronia entre a dupla irão se repetir ao longo dos 16 meses de atendimento. Oscilações na receptividade de Hassan às investidas maternas não deixarão de ocorrer, entretanto, a transferência analítica será capaz de sustentar na mãe sua capacidade desejante.

Observem que Laznik considerou sua última interpretação muito precoce, pois em sua leitura, Hassan, naquele momento, apesar de apresentarem mãe e bebê uma musicalidade perfeita, segundo a análise acústica empreendida por Maya Gratier, esse bebê, do ponto de vista clínico, ainda não produz um terceiro tempo do circuito pulsional oferecendo-se como objeto do gozo da sua mãe.

Somente aos seis meses de Hassan, após inúmeros episódios de ligação e ruptura do jogo pulsional entre mãe, bebê e analista, Laznik (2012), sustentada em dados neurocientíficos sobre o desenvolvimento cortical do bebê, decide empreender o que chamou de reanimação pulsional:

Visando reconduzir Hassan, de forma mais estável, ao mundo de relações afetivas... Para isto, ele me fará recorrer a um papel libidinal intenso ao seu endereço. Não se trata de oferecer minha admiração, como já fiz, mas de fazê-lo entrar definitivamente no mundo pulsional, no sentido lacaniano do termo. (LAZNIK, 2012, p. 138/tradução livre).

Essa autora afirma que, aos seis meses de vida, as pulsões sexuais parciais, consideradas por Lacan os motores da vida psíquica, agem nos bebês através da forma de erotismo oral, o qual não deve ser confundido com a necessidade alimentar. Explica ainda que o terceiro tempo da pulsão, no tocante à esfera oral, corresponde ao ato de sugar, ser sugado e se satisfazer ao se fazer sugar. Este último tempo de passividade foi revisto por Lacan sob um modo mais ativo.

O caso Marine foi um dos primeiros acompanhados e exaustivamente analisados por Laznik e sua equipe multidisciplinar de apoio. Antes de iniciar a descrição detalhada das intervenções clínicas decisivas para a reversão do quadro de Hassan, essa autora faz uma analogia entre estes dois casos: “Já havia, em outra ocasião, experimentado com sucesso este procedimento de reanimação psíquica com Marine, um outro bebê que oscilava para um risco de autismo”. (LAZNIK, 2012).

Completa que essa hipótese (possibilidade de uma reanimação psíquica) é a aplicação prática dos dados finais da pesquisa Préaut, portanto, não se trata de uma nova invenção que manejou no caso Hassan, mas da aplicação de uma hipótese consistente. Faz-se necessário incluímos neste momento da leitura teórico-clínica do trabalho empreendido por essa psicanalista uma breve descrição sobre o artigo publicado em junho deste ano pela revista *European Child Adolescent Psychiatry* (OUSS et al, 2013). O artigo explora a validação do protocolo *Préaut* como preditor consistente do risco de evolução autística em bebês menores de nove meses, portadores da *síndrome de West* (encefalopatia epilética rara de estabelecimento precoce e alto risco de evolução autística).

Vinte e cinco pacientes foram acompanhados e submetidos a avaliações clínicas, segundo o protocolo Préaut, antes dos nove meses de vida e, posteriormente, segundo o protocolo CHAT (*Checklist for autismo in toddlers*), aos 18 e 24 meses, a fim de prever evoluções autísticas ou deficiências intelectuais. Os achados dessa pesquisa apontam que o protocolo Préaut possui uma capacidade de previsão de evoluções autísticas e de deficiências intelectuais similar ao instrumento CHAT, considerando que o primeiro é efetivo em detectar tal risco com nove meses de antecedência. Tratando-se de uma época da vida em que tanto o

sistema nervoso central quanto a constituição psíquica estão, ambos, maleáveis e receptivos às transformações ambientais, essa pesquisa atesta a eficácia do que psicanalistas de várias partes do mundo vêm aplicando em suas clínicas sob o nome de intervenção precoce. “Nós concluímos que o protocolo Préaut pode ser uma ferramenta útil para a detecção do risco de autismo e deficiências intelectuais no contexto da *síndrome de West* (OUSS et al, 2013).”

Laznik esclarece na entrevista concedida à presente pesquisa que o conceito de terceiro tempo do circuito pulsional, o qual é a diretriz fundamental para a condução da pesquisa Préaut e conseqüente elaboração do protocolo Préaut, utilizado por milhares de profissionais de saúde na França atualmente, recebeu, após a publicação do artigo citado, o estatuto de “verdade científica”. Ressalta, entretanto, que o conceito de pulsão não é reconhecido dentre o meio científico; por isso, a validação somente é possível através da utilização de eufemismos fenomenológicos, os quais descrevem nada mais que a instalação ou não instalação do jogo erótico entre mãe e bebê, essenciais para a entrada do bebê no tempo da alienação. (ANEXO B, 2013).

Isso posto, Laznik lança na entrevista questões sobre o tratamento do bebê com risco de evolução autística, trabalho clínico que nos remete ao bebê Hassan:

A partir daí a questão passa a ser: se estes bebês partilham das razões mais diversas possíveis, desta dificuldade, se conseguimos fazê-los entrar neste jogo, será que isto modifica os seus prognósticos? Ou seja, será que descobrir que o terceiro tempo do circuito pulsional não se fecha convenientemente num bebê que está começando um autismo, ou no bebê que vemos nos filmes familiares que, de fato, desenvolveram um autismo, será que isto tem uma aplicação clínica para a manifestação do psiquismo no bebê? A questão de Hassan é esta: será que eu posso implicá-lo para que ele entre no terceiro tempo do circuito pulsional? (LAZNIK, 2013, ANEXO B, p. 2-3).

Posicionado no bebê-conforto, Hassan está com sua girafa de brinquedo na boca. Laznik intervém recorrendo a uma estratégia fantasmática atribuindo sabores e texturas aos pedacinhos do corpo da girafinha. Passa a narrar pelo bebê a saborosa experiência de morder sua orelhinha, seu narizinho, aguçando o desejo da mãe e bebê em participar desse jogo Imaginário de devoração. “Mamãe! Olha só, ela é muito gostosa. O dedo dela é um doce, mamãe, você não acredita? É um docinho esta girafinha do Hassan? Hummm! É um pirulito!” (LAZNIK, 2012).

Com tal intervenção, a psicanalista imagina a girafinha como um prolongamento do corpo de Hassan. A qualidade de manhês produzido captura o olhar e a atenção do bebê e

promove o reinvestimento libidinal necessário ao fechamento do terceiro tempo. Não basta, entretanto, que Hassan seja fisgado pelo apelo sonoro, uma vez que se percebe através da análise de vídeos familiares daqueles que desenvolveram autismo, que todos os bebês, banais ou em risco, voltam sua atenção ao baralho, alguns demonstrando satisfação, outros, inquietação. (LAZNIK, 2012).

A intenção dessa autora é a de capturar a atenção do bebê por tempo suficientemente longo até que ele ouse iniciar o jogo, por conta própria. A mãe desempenha, portanto, o papel de coterapeuta à medida que é ela quem vai provocar em seu bebê esta reanimação psíquica, durante o tempo em que estiverem longe do consultório, em sua rotina particular. O psicanalista irá instrumentalizar a mãe para que sustente a atenção do seu bebê através do jogo Imaginário e da musicalidade da sua voz, instigá-lo a iniciar o jogo pulsional em seu turno. Segundo Laznik (2012), a repetição dessa interação não pode se esgotar ao momento do atendimento. Deve ser um jogo prazeroso para ambos e não um exercício prescrito, como explicita a seguir:

Se eles descobrem a sorte de tal ligação libidinal, eles se ocuparão de repeti-la seguidamente e esta desova psíquica promovida pela prazerosa experiência entre mãe e bebê será inscrita em seu cérebro. Eu vejo o bebê uma vez por semana, será bem menos que se a mãe se torne minha coterapeuta e experimente este jogo numerosas vezes, não por ser algo prescrito, mas pelo prazer. (LAZNIK, 2012, p. 141).

Dos 15 aos 18 meses de vida de Hassan, os atendimentos se desenrolaram em torno do tema da alimentação e da oralidade. Hassan, atento ao rosto da mãe, oferece-lhe comida e se extasia de prazer ao perceber as mudanças em sua fisionomia. Ela pede mais, o que reatualiza a experiência de satisfação partilhada. Laznik percebe o encantamento progressivo do bebê por sua mãe, assim como ela, através de sua agradável prosódia é capaz de seduzir Hassan, para acolhê-lo com gestos evidentes de jubilação.

Laznik (2012) faz duas observações importantes. A primeira considera o fato de Hassan, ao levar a colher à boca da mãe, fazer o gesto de abrir sua própria boca, ação típica de bebês normais e que apontam para um bom funcionamento dos neurônios espelho, essenciais no desenvolvimento da capacidade empática e sincrônica entre humanos. A última observação considera as consequências do investimento progressivo na oralidade de Hassan, que é a aparição da linguagem em sessões posteriores.

Em seu último encontro com Laznik, Hassan, contando 19 meses, já fala Kalybe

(língua materna de origem argelina). Poucas semanas depois, começa a falar a língua francesa. Após o encerramento do tratamento, a psicanalista recebe boas notícias da mãe de Hassan. Ela afirma ser ele, de longe, o filho que melhor se desenvolveu do ponto de vista da linguagem, assim como ao iniciar seu primeiro ano do maternal, apresentou certa dificuldade em se separar dela, mas que logo dissolveu-se levando-o a uma boa adaptação ao contexto escolar.

O caso Hassan é rico em situações clínicas as quais ilustram as transformações ocorridas em seu quadro, cujo prognóstico preocupava a todos por tender a uma evolução autística. A transferência positiva estabelecida entre a psicanalista e a dupla promoveu a construção de uma narratividade adequada entre mãe e bebê, através do trabalho com a prosódia do manhês, ações que culminaram numa conexão jubilosa entre ambos, e no almejado fechamento do terceiro tempo do circuito pulsional, observado nas últimas sessões.

Podemos, através desta reconstrução, afirmar que Hassan foi beneficiado por um trabalho de reanimação psíquica, uma vez que o objetivo do trabalho empreendido com esse bebê foi bem sucedido, ou seja, o terceiro tempo do circuito pulsional se instalou adequadamente. A aparição da linguagem e o desenvolvimento das competências psicomotoras e cognitivas foram consequências da intervenção psicanalítica junto à dupla mãe-bebê. Como pudemos observar, a noção de reanimação psíquica está, na teoria de Laznik, embutida tanto na forma como esta manipula os conceitos psicanalíticos ao atender um caso de risco autístico, quanto ao dialogar com outros campos de saber. Ela faz uso do termo reanimação psíquica para demonstrar, ilustrar, apontar, as consequências reais de uma intervenção precoce nos casos de uma estruturação autística.

III DRA. LEDA MARIZA FISCHER BERNARDINO

O psicanalista, suscitando a verdade do sujeito, suscita ao mesmo tempo o sujeito e a sua verdade. (LEDA BERNARDINO, 2012)

1 Percorso teórico-clínico

Dra. Leda Bernardino é uma psicanalista que se interessa, desde a graduação por Psicologia, pelos problemas no desenvolvimento infantil. Uma formação interdisciplinar envolvendo o campo da psiquiatria e da neurologia infantil conduziram-na à problemática do diagnóstico psicopatológico na primeira infância, e à questão da cisão existente entre o desenvolvimento biológico e a concepção psicanalítica de constituição estrutural.

Seu problema de pesquisa leva em consideração a necessidade de abordar as formas de adoecimento psíquico na infância segundo uma ética que integre a maturação do organismo e a constituição do psiquismo. Durante a entrevista que realizei com essa psicanalista, colhi seu relato sobre o que tange o entrecruzamento entre corpo e psiquismo: “A instauração de um psiquismo depende de aspectos da maturação e do desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que um psiquismo se constitui, temos aspectos evolutivos que se instauram e se aperfeiçoam”. (ANEXO C).

Sua experiência clínica, assim como seu percurso de pesquisa, mostraram que o desenvolvimento humano não deveria ser considerado somente sob o aspecto cronológico, segmentado em fases como a infância, a adolescência e a fase adulta. Essa forma de classificação serve para posicionar o sujeito frente ao meio social em que vive, mas isso não garante que sua constituição psíquica acompanhe a mesma lógica. Segundo a corrente lacaniana, essa é uma construção da realidade e do corpo que se dão no registo Imaginário. (ANEXO C).

A entrada de um bebê na infância, por exemplo, pode se dar do ponto de vista da contagem dos anos, mesmo não havendo um psiquismo que opere segundo um posicionamento infantil, o qual exige certas formas de expressão subjetivas não manifestas nos bebês. A expressão da subjetividade depende, portanto, de operações psíquicas provenientes dos interlocutores desse bebê, os quais têm a função de inscrevê-lo no campo Simbólico e confirmar sua identidade.

A dificuldade encontrada pelas teorias do desenvolvimento em classificar quais aquisições, comportamentos ou médias corporais são próprias de cada fase esbarram na diversidade de constituições psíquicas encontradas na sociedade, muitas vezes consideradas patológicas por não levarem em conta a função constituinte da estrutura da linguagem.

Não há dúvidas quanto à existência de um corpo fisiológico que obedece as leis da neurofisiologia, como não pode mais haver desconfiança quanto ao fato de que uma vez o organismo exposto às exigências do meio natural e simbólico, esses aspectos estarão participando e auxiliando na montagem das configurações nervosas e do mapeamento das estruturas mentais. (MARIOTTO; BERNARDINO, 2012, p. 16).

Sua hipótese volta-se para a ideia de que o bebê, quando não pode contar com inscrições simbólicas do outro cuidador, nestes tempos determinados pela lógica da linguagem, quando não há um outro que simbolize suas experiências orgânicas, o bebê permanece em suspensão, à mercê da angústia provocada pelo hiato entre uma operação psíquica e a posterior. Sem ascender à operação psíquica posterior, o pequeno vivente pode experimentar bloqueios factuais em seu desenvolvimento mental e o maturacional.

Em sua tese, Bernardino (2000) explica que nesse processo de mudança de posição subjetiva necessária à construção do psiquismo deve-se considerar a interferência das variantes a seguir:

Há o tempo de estabelecimento da estrutura, o que implica uma inscrição (ou não) do significante o Nome-do-Pai. Este tempo não é o tempo do desenvolvimento genético, é um tempo lógico, que depende das condições peculiares da relação da linguagem em cada sujeito. Em relação à linguagem, o tempo do desenvolvimento conta e faz diferença. Seria improvável que isto pudesse se dar sem que, entrecruzando-se com estas operações lógicas, estivesse um organismo submetido às contingências reais de um crescimento, dando suporte imaginário ao sujeito em desenvolvimento. (BERNARDINO, 2000, p. 89).

Para que um organismo se desenvolva a contento no sentido de evitar que psicopatologias sejam detectadas na criança em fase escolar, essa autora aposta na intervenção psicanalítica oferecendo a esse *infans*, em processo de constituição estrutural, uma interlocução marcada pelo significante o Nome-do-Pai, a qual lhe sirva de alavanca simbólica. As demandas de tratamento que mais frequentemente chegam ao clínico da primeira infância e infância são bebês com sintomatologia depressiva, autística ou psicótica e crianças com problemas de aprendizagem e socialização.

Segundo essa pesquisadora, antes de concluir um diagnóstico psicopatológico ou estrutural deve-se pensar que essas são manifestações defensivas que mostram uma

fragilidade identificatória, densa o suficiente para bloquear a evolução orgânica e subjetiva. “Como resposta a esse vazio de significantes do Outro, o pequeno sujeito oferece seu corpo ou seu psiquismo”. (BERNARDINO, 2000).

No que tange à exploração da noção de reanimação psíquica, a hipótese dessa autora faz baliza para a operação da ética psicanalítica nesses momentos de vacilação das certezas do sujeito, o que pode colocá-lo em posição depressiva frente à sua capacidade subjetiva e maturacional. Bernardino (2000) nos mostra o ponto de entrelace entre a sua hipótese e a noção de reanimação psíquica. Esta encontra na teoria de Jean-Jacques Rastier ecos da sua hipótese, uma vez que, nos hiatos entre as operações, é possível constatar uma autêntica depressão, no sentido kleiniano do termo. Caberia ao interlocutor promover uma reconstrução imaginária e simbólica que afaste o Real preponderante.

Para fins de esclarecimento, as operações psíquicas fundamentalmente consideradas pela psicanálise de orientação lacaniana como constitutivas do sujeito, segundo a lógica simbólica, são: “o Estádio do Espelho, o Apagamento (resultado da articulação entre alienação e separação); o Fort!Da!; o Édipo, seguido da Latência; e a Adolescência”. (BERNARDINO, 2000).

Na entrevista, essa psicanalista embasa-se nos tempos lógicos de Lacan e na ideia piagetiana de tempos de desequilíbrio entre a acomodação e a adaptação para explicar que, ao longo da vida, seja no bebê ou no adulto, todos encaramos momentos de crises identificatórias. A vulnerabilidade orgânica e psíquica do bebê é agravante à sua fragilidade identificatória; portanto, nesses momentos de suspensão das certezas sobre seu corpinho e sua existência (noção que remete à construção de um narcisismo), o pequeno sujeito necessita de significados que o ajudem a construir seu registro Imaginário, e de significantes que enriqueçam seu registro Simbólico.

Em sua tese, a autora faz uma valiosa relação entre as operações psíquicas e os tempos lógicos de Lacan para, posteriormente, apresentar sua hipótese sobre a causa das paralizações típicas das formações defensivas no autismo e na psicose. O instante de olhar seria o momento em que o olhar do Outro primordial, suporte do Ideal de Eu, fundaria o sujeito. O entrecruzamento da introjeção simbólica com a projeção imaginária seria o responsável, segundo este raciocínio, pela formação do narcisismo primário, base para o Estádio do Espelho.

A construção da defesa do tipo autismo primário ocorreria justamente antes da formação do narcisismo, ainda no tempo mítico zero, em que a não resposta do Outro conduziria o *infans* ao risco de elisão. (BERNARDINO, 2000). Tratando-se de estágios iniciais da vida humana, podemos relacionar esse tipo de falha constitutiva ao risco autístico, apresentado por Catherine Mathelin-Vanier ao longo de seu trabalho com bebês objetualizados pelo saber médico em extremo estado de fragilidade orgânica e vulnerabilidade psíquica.

O segundo tempo lógico caracteriza-se pelo tempo de compreender, no qual a inscrição do Nome-do-Pai e sua apropriação enquanto metáfora paterna instalaria o sujeito no campo Simbólico. Tudo isso ocorre entre a operação de Apagamento e o Fort!Da!. O pequeno sujeito que vivencia carência de inscrições simbólicas no momento que precede a operação Fort!Da! corre o risco de forclusão do Nome-do-Pai, cenário favorecedor da eclosão do autismo secundário e da psicose, segundo Bernardino (2000).

O terceiro tempo lógico, o momento de concluir, configura a entrada do sujeito na adolescência, momento da interpretação e da escolha do sinthoma. Para que isso ocorra, faz-se necessário que a metáfora paterna seja inscrita entre o tempo edípico e a latência, à custa de uma paralização patogênica com dois possíveis destinos: a psicose e a esquizofrenia. (BERNARDINO, 2000).

A ideia de que é possível, a partir do contexto da análise, infletir sobre a decisão de uma estrutura na infância, justifica a atuação dessa pesquisadora no campo clínico e da educação. Sob o ângulo das neurociências, a plasticidade do sistema nervoso no início da vida corrobora sua hipótese de que tanto as sinapses quanto a estrutura também podem sofrer rearranjos em seus estágios primordiais.

Considerando que já desenvolvemos sobre os intrincamentos da maturação orgânica com a construção do aparelho psíquico, regidos por uma estrutura de linguagem que é inconsciente, podemos afirmar que a psicanálise tem um papel a desempenhar a cada momento que este processo se bloqueia de um Outro lugar, determinante mas desconhecido. De nada adianta trabalhar o sistema neurológico, cerebral, fisiológico, “emocional”, etc., se o centro das organizações do sujeito – este lugar justamente excêntrico – continua produzindo suas determinações mortíferas. (BERNARDINO, 2000, p. 193).

Pesquisas psicanalíticas validam a necessidade de inserção de um discurso desejante em situações em que o sujeito encontra-se em risco de apagamento frente ao vazio de significantes ou em posição depressiva frente ao desmoronamento de seus laços identificatórios. Isso pode ocorrer em qualquer idade, seja na prematuridade, na fase escolar ou na fase adulta. Um adulto exposto ao Real traumático, posto em posição de objeto pelo

saber médico, corre o risco de apresentar uma evolução melancólica, por exemplo.

Outros casos de rebaixamento da função sublimatória do sujeito, causador de adoecimento psíquico e orgânico, serão explorados posteriormente. A seguir, veremos um caso que ilustra a emergência simbólica e maturação psicomotora de um bebê prematuro portador de um prognóstico desolador.

2 Caso Manoah: Reanimação Psíquica e Estimulação Precoce

Manoah é um bebê nascido de parto normal na 34^a semana de gestação. Ainda na sala de parto, teve de ser reanimado e entubado, na presença dos pais, pela ocorrência de uma parada cardiorrespiratória, seguida de anoxia grave. Exames de neuroimagem constataram uma encefalopatia ocasionada pela morte de agrupamentos de neurônios em diversas áreas do cérebro. Também apresentou crises convulsivas durante sua permanência na unidade de terapia intensiva.

O bebê e seus pais foram acompanhados por uma psicanalista ao longo da internação, a qual lhes apresentou seu trabalho de estimulação precoce. Essa profissional, presente durante a consulta com a neurologista, pôde testemunhar o prognóstico do bebê em questão. “Manoah poderia não falar, não andar, ter a compreensão afetada, entre outras dificuldades.” (BERNARDINO; MELO, 2010).

A questão da plasticidade neuronal foi posta pela neurologista que destacou a importância da estimulação do bebê, sem, no entanto, fazer menção à intervenção psicanalítica. Durante a internação, a psicanalista responsável pelo caso pôde oferecer uma escuta acolhedora da angústia dos pais, os quais mostravam-se inseguros nos cuidados daquele bebê que nem de longe correspondia às expectativas imaginárias do casal.

Os adultos que dele [o bebê] cuidam estão marcados por este impasse, não sabem exatamente como vão enlaçar sua relação com o filho, diante disto que pode lhes parecer como uma limitação muito grande ao exercício de sua parentalidade, ou seja, suas funções materna e paterna. (BERNARDINO; MELO, 2010, p. 36).

Aos quarenta e cinco dias de vida, esse bebê foi recebido para um trabalho de estimulação precoce de orientação psicanalítica. A direção do tratamento teve como um de seus pilares a fundamentação teórica da pesquisa IRDI, cujo instrumento de avaliação

destina-se a verificar a qualidade do exercício das funções materna e paterna presentes no laço mãe-bebê, a partir de quatro eixos fundamentais: suposição de sujeito; estabelecimento de demanda; alternância presença e ausência e função paterna propriamente dita.

Segundo estes eixos, é essencial que os cuidadores possam pressupor no bebê alguém faltante, com desejo e existência próprios; é necessário ainda que no atendimento das necessidades do bebê se introduza um campo erógeno de significações e de palavras, que transformem qualquer pedido em linguagem e o afastem do corpo puramente biológico da necessidade; é preciso também que o cuidador do bebê crie momentos de presença significativos, para que em seus momentos de ausência possa ser lembrado, dando origem a representações, pela vivência da falta; finalmente, é fundamental que a relação com o bebê seja referida a uma Lei e uma alteridade, que o protegerão de ser mantido num mesmo lugar alienante e o conduzirão à vida em sociedade. (BERNARDINO; MELO, 2010, p. 37).

Para que os pais possam exercer com destreza tais funções organizadoras do psiquismo de um bebê é essencial que eles estejam amparados em suas próprias funções. Trata-se de em primeiro lugar, o analista supor um sujeito mãe e um sujeito pai capazes de operar. Intervenções desse gênero, ilustradas em vários recortes deste caso clínico, permitem à mãe apoderar-se de seu saber sobre a maternidade, muitas vezes abalado pela interferência do saber das especialidades. Por outro lado, estimulam o pai a antecipar no bebê Manóah um sujeito marcado pela Lei, capaz de funcionar no social.

Pai e mãe implicados nos cuidados e sintonizados aos apelos do seu bebê, aos poucos, tendo no horizonte um futuro saudável para o seu bebê, conseguem amamentá-lo, construir hipóteses sobre as causas do seu choro, acalmá-lo com palavras, aconchegá-lo até que adormeça consolado. Isso é possível através de um trabalho intenso de simbolização do luto desses pais e de interpretação dos impasses vividos por esse casal, fruto da emergência de fantasmas transgeracionais, por exemplo. Incluir o bebê no que é falado é um manejo primordial que o acomoda no fantasma familiar.

Quando este já pode ir brincar no chão com a psicanalista, aos 4 meses e 21 dias, inicia-se um trabalho de antecipação das funções motoras, sensoriais e relacionais do bebê, através do brincar. “A função da antecipação é a consequência de sermos habitantes da linguagem e transitarmos pelo Simbólico, o que nos permite jogar com as noções de passado, presente e futuro, a qualquer momento, no campo da representação.” (BERNARDINO, 2000).

Frente à situação lúdica, Manóah passa a virar-se sozinho no colchonete, usar a

motricidade fina para pegar as orelhas da centopeia com os dois dedos, desenvolve sua simetria corporal através da melhor distribuição do peso do corpo ao ficar de bruços, entre outras peripécias permitidas pela proteção do *setting* analítico e que servem de espelho para a relação mãe-bebê, replicada em casa. Vale destacar que algumas sessões filmadas receberam a avaliação de uma terapeuta ocupacional e de uma fisioterapeuta, membros da equipe multidisciplinar do Espaço Escuta¹², instituição na qual este bebê foi recebido para tratamento.

Próximo de completar seis meses, o sepultado do encefalograma foi normal; Manoah já não apresentava mais crises convulsivas. Segundo os relatos da mãe, nessa época, ele passa a mamar em frequência mais espaçada, passa a sentar com apoio, morde, aperta e sacode os brinquedos e percebe os barulhos do ambiente. Seguindo a recomendação da analista, os pais cuidavam para que todas as ações de Manoah fossem acompanhadas de seus respectivos significados. “A mãe chega dizendo que tirou fotos dele comendo papinha e todo lambuzado, também o filmou comendo, dá pra vê-lo saboreando as palavras dela e tudo que acontece entre uma colherada e outra.” (BERNARDINO; MELO, 2010).

Aos nove meses, a mãe comemora os ótimos resultados da última tomografia que mostrava a significativa redução da lesão cerebral. A neurologia expressou sua incredulidade sobre o que ocorrera; porém, incentiva a mãe a continuar com o tratamento que fora empreendido até o momento. A tomografia mostrava que nas áreas em que havia espaços vazios, representando os neurônios mortos, houve migração de novos neurônios e estavam, portanto, preenchidos.

Durante seu segundo ano de vida, Manoah entrou na educação infantil, deu seus primeiros passos e enriqueceu seu vocabulário. Em seu terceiro ano de vida já descia a escada sem apoio e apresentava uma boa construção da imagem corporal. Apesar de não apresentar a mesma agilidade motora que seus colegas de turma, a avaliação dos professores não poderia ser mais gratificante: “Na escola os professores dizem que acompanha tranquilamente as crianças, percebem que é muito inteligente, se concentra mais que as crianças de sua idade, tem bom relacionamento social, e quem escuta o que aconteceu com ele não acredita.” (BERNARDINO; MELO, 2010).

¹² O Espaço Escuta é um centro interdisciplinar de diagnóstico e tratamento precoce dos distúrbios globais do desenvolvimento, localizado na cidade de Londrina, no Paraná, presidido por Maribél de Salles de Melo, coautora do caso Manoah.

Percebe-se nesse caso que a urgência do Real traumático da lesão cerebral no bebê, através do trabalho de estimulação precoce, do brincar orientado à emergência da subjetividade e à construção de uma representação simbólica sobre as necessidades biológicas e ações motoras de Manoah, vai pouco a pouco reanimando seu desejo pela vida e conduzindo seu organismo a um desenvolvimento saudável do ponto de vista da função do órgão. O brincar desempenhou um papel preponderante nesse trabalho de reanimação psíquica, como mostra a citação a seguir:

É no brincar que a criança alcança sua expressão máxima, usando os significantes que a cultura coloca a sua disposição para falar de seus impasses, desafios, tristezas, temores. É no brincar que o desejo pode encontrar vias de expressão e até mesmo de construção. Trata-se de um importante recurso, descrito desde os primeiros meses de vida, para a construção do corpo, da identidade e da relação com o meio. (BERNARDINO; MELO, 2010, p. 46).

Outro manejo analítico fundamental no sucesso desse caso foi o de atribuir aos pais o papel de “estimuladores essenciais”. Devolvido o saber e reanimado o desejo parental, os significantes que passaram a circular nesse laço familiar, a partir dessa intervenção, tiveram um efeito reconstrutor do tecido neuronal. “Neste sentido, a função simbólica apareceu em sua primazia, sendo a aparelhagem biológica sensível aos significantes, ao ponto de modificar uma estrutura lesionada.” (BERNARDINO; MELO, 2010).

3 Reanimação Psíquica: suporte para uma travessia?

Bernardino enfatizou em sua tese a problemática do diagnóstico das psicoses na primeira infância e concorda com a hipótese de ser um tempo de indecisão da estrutura, manifestada como defesa psicótica quando o pequeno sujeito encontra-se amarrado a uma teia de significantes familiares, o que o coloca em um lugar mortífero.

O traço que parece se repetir nos casos de psicoses não decididas é de um fantasma familiar que aponta na criança o ruim, o adoecido, o frágil, o não falicizado. O olhar do Outro, que deveria exercer a função de transmissor do falo, priva o sujeito em constituição de conhecer o gozo fálico. Sem a instauração da falta e sem o elemento organizador do Nome-do-Pai, a criança corre o risco de permanecer eternamente como puro objeto do desejo materno. Perdidas as chances de inscrição da ordem fálica, a criança oferta, por fim, seu corpo ao gozo do Outro à custa de sua morte simbólica, de sua impossibilidade de

emergência subjetiva. É fato que antes de escolher por uma estruturação patológica, a criança pequena faz sucessivos apelos de reconhecimento enquanto ser desejante ao Outro, justamente nesses momentos lidos por Bernardino (2000) como momentos de suspensão:

Nestes momentos em que a criança faz um apelo – mudo ou gritante – aos seus Outros, se aí aparece um vazio, um não-dito, respostas falsas ou mentirosas, ou um mandato para calar-se, a defesa se constitui de acordo com esta posição que os adultos propuseram: ou Recalque, ou Desmentido, ou Foraclusão. (BERNARDINO, 2000, 185).

Bernardino (2000) demonstra em sua exploração teórico-clínica que o pequeno sujeito que se apresenta em suspensão pela não inscrição do significante o Nome-do-Pai, ou pela sucessiva falta de confirmação deste significante, pode encontrar no dispositivo analítico um Outro encarnado na ordem simbólica em posição de bom entendedor do fantasma familiar e dos efeitos que a palavra totalizadora tem sobre o seu corpo, sua imagem e sua posição simbólica. “Só a intervenção de um terceiro, introdutor da falta nesta relação, pode apontar uma saída para esta situação de equilíbrio perfeito para o sujeito, necessária como preliminar, mas mortífera se permanente.” (BERNARDINO, 2000)

O operar da ética psicanalítica dispõe a esse pequeno sujeito a possibilidade de reconstruir sua imagem corporal, promovendo, assim, uma expansão em seu senso de unidade, cujo aspecto inconsistente marca o risco de uma estruturação psicótica ou esquizofrênica. Faz-se necessário, portanto, conduzir o processo no sentido da travessia edípica, afastando as investidas da foraclusão. A unidade vem com o Imaginário, a partir da imagem do corpo, do narcisismo primário ao secundário. A consistência dessa unidade depende da nomeação simbólica, de um ‘Tu és...’ que se inverte numa asserção subjetiva, ‘Eu sou...’, produto da travessia edípica. (BERNARDINO, 2000).

Cabe ao analista considerar as questões edípicas sob as quais a criança pequena encontra-se imersa, operar promovendo a queda do objeto Real, “trabalhar com o que já está inaugurado ou com o que pode ser re combinado a partir de novas articulações”, e isso deve transitar em mão dupla, tanto no sentido do sujeito frente aos significantes como no sentido dos representantes do Outro (tesouro dos significantes) frente ao sujeito em constituição. (BERNARDINO, 2000).

O que se espera do tratamento analítico de um caso de psicose não decidida na infância, segundo o ponto de vista não só dessa autora, mas também dos seus pares psicanalistas, é que seja posto em cena, por meio de uma aposta na relação transferencial, o

desejo de morte do Outro para com o sujeito, alvo do tratamento, e que o atravessamento desse lugar mortífero seja realizado, “[...] no sentido mesmo de cruzar uma fronteira: percorrer uma linha divisória (morte/vida) e passar para outro território”. (BERNARDINO, 2000).

Como vimos, a aplicação da noção de reanimação psíquica parece fazer jus também à hipótese de que a ética psicanalítica, ao operar como suporte à reconstrução imaginária do sujeito em épocas de indeterminação sobre sua identidade, mas também como alteridade transmissora do significante o Nome-do-Pai, possa possibilitar o atravessamento do Édipo, culminando na inauguração de uma voz em primeira pessoa (Eu sou...) e no surgimento de um “eu autêntico”, segundo Lacan.

Em tempos posteriores, no início da vida adulta, tanto o atravessamento do Édipo como todas as inscrições anteriores serão postas a prova. “No momento de escolhas, início da vida adulta, teremos, ou não, a produção de um novo sujeito cujo desejo vai tomar as vias do sintoma para se manifestar, ou, no melhor dos casos, as de sublimação.” (BERNARDINO, 2000). Essa citação traz um alerta ao nos lembrar de que somente ao nos depararmos com o desafio de sustentarmos o desejo na vida adulta é que saberemos, de fato, se o tratamento analítico foi bem sucedido, ou como convém a essa exploração, se o trabalho de reanimação psíquica cumpriu seu objetivo: trazer à vida a subjetividade e a capacidade sublimatória do sujeito.

4 Horizontes de uma ética

4.1 Reanimação Psíquica, reabilitação e educação especial

Na ocasião da entrevista, indaguei a autora sobre uma possível aproximação entre a noção de reanimação psíquica e o que é empregado atualmente enquanto tratamento psicanalítico no contexto das deficiências na infância. Sua opinião é clara quanto à especificidade da ética psicanalítica frente às práticas de reabilitação e reeducação geralmente recomendadas em casos de crianças deficientes mentais, auditivas, visuais, entre outras.

É comum vermos a figura do psicanalista inserido em equipes interdisciplinares que empregam tratamentos ortopédicos no sentido estrito do termo, importantes para a

restauração da função do órgão. Essa autora lança um alerta sobre os diagnósticos das deficiências na infância: “Um diagnóstico preciso – que deveria ser um primeiro passo para um bom projeto de reabilitação – pode tomar outra direção quando o saber do especialista passa a representar uma verdade absoluta que pode até mesmo predizer um destino”. (BERNARDINO, 2007, p. 55).

Se pensarmos que nosso lugar nessa equipe é de atentarmos para os aspectos Simbólicos da relação à qual o paciente deficiente está submetido, buscando alocá-lo numa posição de sujeito frente ao discurso da família e ao discurso das especialidades, podemos sim conceber a noção de reanimação psíquica a serviço das práticas de reabilitação.

Ao fazermos isto, ele é retirado desta posição de objeto, objeto da medicina, objeto de cuidados, objeto de um treinamento, e este movimento de antecipação do sujeito, propondo-lhe este lugar, é um movimento que busca a instauração de um psiquismo. Neste sentido podemos pensar em reanimação psíquica. (ANEXO C, p. 8).

Sua aproximação ao trabalho teórico-clínico de Maud Mannoni, ocorrido através do estágio que realizou na escola especial de Bonneil, na França, deu início ao seu interesse sobre a intersecção entre desenvolvimento e estrutura. Ao ser questionada sobre o conceito de “pseudodeficiência”, mencionado por Mannoni (1923), e que acompanha o conceito de “psicoses pseudodeficitárias”, discutido por Roger Misés (1977), Bernardino esclarece uma hipótese que fazemos sobre a reanimação psíquica enquanto consequência do tratamento de crianças deficientes nos casos em que, uma vez diluídas as pseudociências, estas crianças apresentam significativa melhora em seu desempenho cognitivo e funcional, de maneira geral.

Em determinado aspecto, sim. Pois se é uma criança que está indo no sentido de uma psicotização, de uma psicose secundária a um comprometimento orgânico, o trabalho da Mannoni, de visar os aspectos Simbólicos da relação, faz com que não haja este encaminhamento. Ela põe em movimento o que está se cristalizando, se põe à escuta da criança na fantasmática dos pais. Se é um trabalho bem sucedido, podemos falar em reanimação psíquica. (ANEXO C, p. 8).

Bernardino (2007) aprofunda a discussão sobre a importância da ética psicanalítica voltada à educação especial de crianças com problemas no desenvolvimento, sejam nascidas com alguma deficiência ou que tenham sofrido sequelas neurológicas devido a acidentes na infância. Explica que a partir do surgimento da psicanálise, com Freud, a noção de homem deixou de estar restrita à lógica biológica, pois desde que nasce ele é inserido no mundo da cultura e da linguagem. “Portanto, sob esta ótica, um problema do desenvolvimento infantil –

decorrente de uma lesão, de uma incapacidade genética ou constitucional – deve ser compreendido também no âmbito Simbólico”. (BERNARDINO, 2007, p. 50).

Nessa lógica simbólica, a lesão, a deficiência ou a síndrome sempre estarão representadas como um significante construído na rede de inter-relações na qual está situado seu portador, afirma Bernardino (2007). Ao dar-se ênfase aos déficits da criança, essa ficção que foi construída pelo meio em que cresceu, a qual aponta sua incapacidade, sua diferença, sua exclusão, pode objetivar o pequeno sujeito. Deste risco surge a demanda de uma intervenção que ponha o sujeito em outra posição, que reconstrua, por assim dizer, a ficção na qual possa estar aprisionado. “A ênfase nos déficits, no ‘quadro clínico’, na ‘síndrome’, pelo contrário, exerce um papel desubjetivante, pois impede que todo o movimento de antecipação subjetiva e de inscrição no campo Simbólico seja acionado.” (BERNARDINO, 2007, p. 51).

A vinheta do caso clínico descrito por Bernardino (2007) ilustra os efeitos da escuta analítica sobre as desilusões das mães de crianças nascidas com deficiência, manejo que nos recorda uma reanimação psíquica através da circulação da palavra verdadeira, proposto por Mathelin (1999). O encontro entre mãe Real e filho Real provoca, com no caso Jaime, progresso na emergência subjetiva da criança.

Jaime, 10 anos, na primeira entrevista que teve juntamente com sua mãe, ouviu-a pela primeira vez falar de seus projetos quando o estava esperando e da desilusão ao vê-lo nascer com lábio leporino. Desilusão que ela sempre tentou mascarar de mil formas. Vemos essa criança sair de sua estereotipia de gestos e palavras sem sentido para dizer “está doendo, está doendo muito”... Essas verbalizações puderam então conectar-se a um saber: fez-se um sentido para a experiência difícil que mãe e filho tinham compartilhado. A mãe falou, o filho ouviu, compreendeu e respondeu – um diálogo se estabeleceu. Foi difícil, mas verdadeiro; era possível identificar ali uma relação mãe/filho. (BERNARDINO, 2007, p. 55).

Novamente observamos o reposicionamento provocado pela intervenção do analista, o qual, ocupando o lugar de alteridade, permite à mãe ser faltante, reconhecer suas decepções, possibilitando ao filho participar da trama simbólica da própria família, da qual está excluído quando é tomado como incapaz de decifrar o sofrimento da mãe. Privado dos significantes que o inscrevem no campo Simbólico, a criança passa a atuar, a fazer gestos sem sentidos, movimentos estereotipados, considerados sem sentido, justamente por funcionarem fora do registro Simbólico. Com explica Bernardino (2007), a psicotização da criança deficiente pode ser uma consequência constitutiva do psíquico, quando o problema da criança é vivido como defeito da mãe, por exemplo, deixando de fora a função paterna, bem

como o campo da Lei.

Pode configurar-se aí a situação da dependência absoluta do deficiente: dificuldade de romper essa relação dual com a mãe e direcionar-se à cultura. A história da criança pode ficar atrelada à história da mãe por toda sua vida, situada no lugar de eterna criança, que não pode ter acesso a um desejo e a uma história própria. Situação que, no extremo, ao não sofrer intervenções, acaba acrescentando à deficiência uma estruturação psicótica. (BERNARDINO, 2007, p. 57).

A noção de reanimação psíquica situa-se na obra dessa autora no trabalho de prevenção de uma estruturação psicótica secundária à deficiência orgânica, garantindo à criança submetida aos saberes das especialidades, às técnicas de reabilitação e à educação especial uma interlocução que antecipe a sua inserção na linguagem e na cultura. A presença do psicanalista em equipes interdisciplinares ou em instituições que trabalhem com patologias graves deve visar, segundo Bernardino (2007), amparada na teoria de Esteban Levin (2001), um “trabalho de luto”, o qual situe a função deste estabelecimento enquanto lugar de trânsito. Esta reconstrução da função institucional promove a descristalização do lugar da deficiência e reanima o seu discurso. Podemos também considerar que a noção de reanimação psíquica se adequa (adequa-se?) à direção do tratamento psicanalítico junto à criança deficiente, uma vez que o trabalho de reanimar seu psiquismo é análogo ao trabalho de prevenção da psicopatologia.

4.2 Hipóteses sobre a aplicação da noção de Reanimação Psíquica em adolescentes e adultos

Essa autora também admite a utilização da noção em apressa tratando-se da clínica de adolescentes e adultos nos casos em que o paciente é confrontado com situações potencialmente traumáticas, como acidentes graves, diagnósticos de doenças, situações de luto complicado, entre outras. Esta possibilidade de aplicação da noção de reanimação psíquica aponta para os efeitos da operação da ética psicanalítica sobre os sintomas apresentados por sujeitos depreciados em suas funções Simbólicas e Imaginárias de modo geral, onde a escassez de palavras sobre o Real causam verdadeiros bloqueios no corpo e na alma.

Devo esclarecer que esta hipótese foi construída após acompanhar um caso grave de melancolia em um hospital geral, na oportunidade de estágio do curso de Pós-graduação em

Psicologia Hospitalar¹³ que realizei no Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. Tratou-se de uma mulher psicótica de 39 anos, recém-diagnosticada soropositiva. Deu entrada no pronto-socorro do hospital apresentando infecção pulmonar. O tratamento de sua broncopneumonia evoluía a contento até que descobriu o resultado positivo do exame de HIV. Esta notícia, somada a outras situações desagradáveis da hospitalização, conduziram esta paciente a um profundo estado de inércia psicomotora.

Como consequência do seu estado melancólico, infecções secundárias foram se instalando, provocando a piora gradativa do seu estado orgânico. Após sua entrada em atendimento analítico, pôde contar com um discurso desejanste que desde o início legitimou seus entraves Imaginários sobre a doença e o Real da morte, e ofereceu palavras que a aproximassem ao campo Simbólico. Suas infecções foram cedendo pouco a pouco, em alguns dias aceitou passear pelo corredor do hospital, retomou sua higiene pessoal, interessou-se pelo tratamento da Aids que deveria continuar fora do hospital e, por fim, recebeu alta retornando ao convívio familiar.

Se fizermos um paralelo, por exemplo, um paciente que sofre um enfarto, um AVE (acidente vascular encefálico), que vai para UTI, algumas situações que aparecem como psicotizantes, ou de confronto com algum real traumático, podem produzir, em termos psíquicos, algo análogo, como uma depressão grave, uma melancolia, uma catatonia. Neste sentido, caberia fazer a importação deste termo, reanimação psíquica, no caso de atendimento a adolescentes e adultos. (ANEXO C, p. 6).

Sob essa ótica, a noção de reanimação psíquica sofre uma significativa expansão que aponta para a dimensão mecânica da ética psicanalítica, sobre a qual discorreremos em capítulos anteriores. Uma vez aplicada ao sujeito em situação de indeterminação, de vacilação, de desmoronamento dos seus pontos de apoio Imaginários e Simbólicos, essa ética pode produzir efeitos, ressuscitando a subjetividade e reanimando o psiquismo. Abre-se, com esta hipótese, um campo de pesquisa mais amplo sobre as possibilidades de aplicação da noção de reanimação psíquica, que pode vir a abarcar muito além do contexto clínico dos problemas do desenvolvimento infantil. Por ora, contentamo-nos em fazer um esboço dos alcances dessa noção na clínica da infância, avaliando inclusive suas chances de ser elevada ao estatuto de conceito psicanalítico.

¹³ Trabalho de Conclusão de Curso: Um estudo sobre o manejo da psicose no hospital geral a partir do conceito de diagnóstico diferencial estrutural em psicanálise (SILVA, 2012).

PARTE VI CONCLUSÕES: UMA CARTOGRAFIA DOS USOS DA NOÇÃO DE REANIMAÇÃO PSÍQUICA.

Observamos com o decorrer das reconstruções teórico-clínicas que o pensamento da especialista Dra. Catherine Mathelin-Vanier é o ponto de partida da discussão sobre os usos da noção de reanimação psíquica, que em momentos posteriores sofre delimitações, mas também expansões acompanhando o pensamento da Dra. Marie Christine Laznik e da Dra. Leda Bernardino respectivamente. Neste momento de conclusão e apresentação dos achados objetivos desta pesquisa, parece coerente obedecermos uma classificação adotada pela primeira especialista na maioria dos seus livros sobre prematuridade.

O exercício de sintetizar as informações coletadas tanto na teoria destas autoras quanto nas entrevistas concedidas, conduziram-me a realizar uma espécie de cartografia dos usos da noção de reanimação psíquica. Entendendo que para alcançarmos uma reanimação psíquica nestes pequenos pacientes em sofrimento, cabe ao psicanalista promover verdadeiras transformações no discurso daqueles que deles cuidam, optei por agrupar os principais manejos clínicos dirigidos a grupos determinados, os quais, têm por finalidade um trabalho de reanimação psíquica bem sucedido.

A pesquisa dos usos da noção de Reanimação Psíquica alcança sua conclusão a medida que descreve os efeitos do tratamento psicanalítico em diferentes contextos clínicos, sobre certas formas de bloqueio da constituição psíquica nos primórdios da vida humana.

Esta noção é útil no diálogo com os campos da saúde pois esclarece de forma sucinta os mecanismos de ação da ética psicanalítica sobre as formações psicopatológicas na infância, sem no entanto ater-se ao significante da patologia e da deficiência.

Esta forma peculiar de abordagem do sofrimento psíquico na infância é capaz de contagiar o discurso médico quando relativiza os maus prognósticos e aposta em uma maturação orgânica funcional e em uma constituição psíquica operante na cultura.

Não é possível afirmar que a noção de reanimação psíquica tenha alcançado o estatuto de conceito psicanalítico. Ainda são necessários muitos anos de prática clínica e produção científica dos psicanalistas adeptos do uso desta noção, para que seja realizada uma coleta de

dados sistematizada digna de uma pesquisa conceitua propriamente dita. Por ora, avaliemos algumas possibilidades de aplicação clínica da noção de reanimação psíquica.

O primeiro grupo está constituído pelos próprios bebês (alvos majoritários do trabalho de reanimação psíquica), desde o tempos da prematuridade ao final da primeira infância (dois anos de idade em termos cronológicos), os quais se apresentem em situação de vulnerabilidade aos riscos de distúrbios do desenvolvimento, sintomas com caráter de defesa, sinais de autismo, psicoses não-decizadas, ou mesmo algum tipo de deficiência orgânica. A partir desta classificação serão descritos os principais manejos adotados pelas psicanalistas com a finalidade de entrecruzar suas experiências clínicas e reunir todos os possíveis usos da noção de reanimação psíquica dirigidas ao bebê especificamente.

O segundo grupo são os pais e principais cuidadores dos bebês, sem os quais não seria possível pensarmos em reanimação psíquica uma vez que somente através das modificações em seu discurso e posicionamento e, em consequência, em sua implicação com os cuidados do bebê, podemos reanimar seu desejo de viver destes pequenos, curando-se a si dos seus sintomas e suas doenças. Estes pais e cuidadores serão aqui considerados co-reanimadores, serão perpetuadores da intervenção psicanalítica, farão eco à voz desejante do analista nas infinitas situações familiares fora do *setting*.

O terceiro grupo engloba os profissionais diretamente responsáveis pelos tratamentos dos bebês em situação de vulnerabilidade psíquica, seja no hospital, ou tratamento clínico multidisciplinar. Observamos anteriormente que a prática multidisciplinar na primeira infância, uma vez permeada pela ética psicanalista, pode ser reanimada em seu exercício de cura, suscitando, com isto, o dinamismo das pulsões em seus pequenos pacientes para além dos cuidados “mecanicados” como afirma Catherine Mathelin-Vanier .

1 Usos da noção de Reanimação Psíquica no trabalho com os bebês

a) No bebê prematuro

Sabemos que o bebê prematuro sob cuidados intensivos apresenta-se em condição de vulnerabilidade orgânica e psíquica. Garantida sua sobrevivência orgânica, faz-se necessário assegurar-lhe a possibilidade de uma emergência subjetiva. O termo reanimação psíquica foi

criado por Catherine Mathelin-Vanier, justamente para nomear de forma sintética os efeitos da intervenção psicanalítica junto aos bebês prematuros. Em todos os casos clínicos descritos por esta autora, percebemos o quanto a ética psicanalítica ressoa e modifica pouco a pouco a posição de todos os personagens envolvidos no drama da prematuridade. Tentarei, entretanto, classificar as principais intervenções, descritas por esta autora em seus casos clínicos, dirigidas especificamente ao bebê hospitalizado.

Observar as reações do bebês nas incubadoras é uma conduta adotada por esta psicanalista, uma vez que, a partir da mera observação é possível perceber a responsividade do bebê às variações dos estímulos do ambiente como a luminosidade, a temperatura, os sons, os estímulos dolorosos, bem como se este apresenta-se apelativo ou passivo.

Os bebês que apresentem pouca responsividade aos contatos humanos, à voz dos cuidadores, por exemplo, ou que demonstrem preferência pelo maquinário médico e a constância dos seus ruídos, despertam a atenção desta psicanalista. Sua vasta experiência clínica demonstra que os bebês difíceis de capturar a atenção e com comportamento de olhar fixamente a um ponto da incubadora são aqueles que merecem maior investimento por parte do psicanalista.

O psicanalista deve posicionar-se próximo à incubadora do bebê pouco responsivo, deve contar-lhe sua história, colhida previamente em entrevistas com os pais ou equipe, tendo em mente que a qualidade da prosódia da sua voz e as verdades contidas em seu discurso serão instrumentos para uma reanimação psíquica bem sucedida.

Catherine Mathelin-Vanier afirma que o trabalho com bebês prematuros se assemelha ao trabalho com bebês autistas maiores. Por isto, na clínica com bebês prematuros pouco responsivos, cabe a aplicação da noção de reanimação psíquica construída pela Dra. Marie-Christine Laznik. Respeitando os limites das competências do bebê prematuros, o trabalho de reanimação psíquica nestes casos também visa a efração da pulsão por meio do trabalho com a prosódia do manhêz, afim de capturar a atenção do bebê e posteriormente inseri-lo no terceiro tempo do circuito pulsional.

O psicanalista deve introduzir na rotina do bebê pouco responsivo pequenas discontinuidades a fim de que este perceba a alternância entre presença e ausência, por exemplo. Este é um manejo que faz suplência à função paterna, muitas vezes ausente no

ambiente da uti-neonatal. A experiência da falta deve ser introduzida pouco a pouco para que o bebê entre no jogo pulsional e comece a fazer seus apelos. A mudança da posição inerte e rígida do bebê pouco responsivo para uma posição “convocativa” ilustra uma evolução do ponto de vista da constituição psíquica.

A intervenção do psicanalista nos casos de bebês prematuros ou nascidos a termos sob cuidados paliativos demonstra o alcance máximo da ética psicanalítica. O bebê gravíssimo, o bebê que vive três dias, o bebê incompatível com a vida, ou o bebê moribundo, merece saber da sua história, do desejo dos seus pais, do sofrimento de sua família, merece ser informado do seu lugar na filiação. Esta forma de abordar a morte como uma passagem pela vida é evidenciada na obra de Catherine Mathelin-Vanier e aponta para a dimensão ética do trabalho de reanimação psíquica.

b) No bebê nascido a termo sob cuidados intensivos

O bebê que nasce aos nove meses de gestação, que enfrenta problemas no parto, ou que necessita de cuidados intensivos por algum comprometimento orgânico, também pode demandar um trabalho reanimação psíquica.

O psicanalista deve empreender intervenções similares às descritas no caso do bebê prematuro. Isto se justifica pois, qualquer que seja sua idade cronológica, o bebê em condição de fragilidade orgânica apresenta, de maneira geral, maior tendência à construção de sintomas com caráter de defesa.

Os sintomas mais frequentemente encontrados em serviços de reanimação são, o sintoma autístico, representado principalmente pela evitação do olhar, o sintoma depressivo, representado por uma evidente paralisia psicomotora, e o sintoma fóbico, representado por comportamentos extremamente reativos aos investimentos do Outro.

c) No bebê com sintoma autístico

O bebê não hospitalizado que apresenta recusa ao olhar materno, escassez de trocas jubilatória e baixa responsividade aos investimentos do Outro, configuram pacientes em risco para distúrbios do desenvolvimento. Estes sinais clínicos podem ser detectados em exames pediátricos e encaminhados para um trabalho de intervenção precoce. Quanto menor a idade

do bebê, maiores as chances de instauração do circuito pulsional completo, ou seja, maiores as chances do bebê passar a executar trocas afetivas satisfatórias com seus cuidadores

Suscitar no bebê com sintomas autísticos ou com autismo já instalado sua entrada no terceiro tempo do circuito pulsional é a consequência esperada por psicanalistas da primeira infância que concordam com o pensamento da Dra. Marie-Christine Laznik.

Faz-se necessário detectar em que tempo do circuito pulsional o psiquismo do bebê cristalizou-se, para daí pensar no caminho do tratamento, o qual terá como finalidade uma reanimação psíquica. Quando o bebê for capaz de iniciar, de maneira permanente, trocas jubilatórias, oferecendo-se como objeto de gozo do Outro, segundo os termos de Marie-Christine Laznik, neste momento pode-se constatar o sucesso da intervenção psicanalítica, denominada de reanimação psíquica.

Esta autora inaugura a possibilidade do uso da noção de reanimação psíquica para a descrição fenomenológica dos efeitos da intervenção precoce em casos específicos de autismo na primeira infância. Também assume que a noção de reanimação psíquica é facilitadora do diálogo interdisciplinar, pois esta permite aos profissionais da saúde uma melhor visualização dos efeitos que a ética e a técnica psicanalítica promove nestes casos.

d) No bebê com sintoma fóbico

O bebê com sintoma fóbico usualmente apresenta comportamentos de recusa sistemática à alimentação, natural ou artificial, seguida de vômitos, assim como choro intenso na tentativa de qualquer contato humano. A recusa ativa a certas forma de investimento seja para suprir necessidades fisiológicas, seja afetivas são características que aguçam a curiosidade da psicanalista Catherine Mathelin-Vanier .

A presença de uma pulsionalidade ainda elementar levam esta psicanalista a tecer a hipótese de que a sintoma fóbico é uma construção defensiva arquitetada pelo bebê em situação de vulnerabilidade psíquica. Ao contrário do que se observa no sintoma autístico, o bebê fóbico é reativo e apela claramente por seu sossego.

Pode ser observado uma recusa ativa do bebê em alienar-se ao desejo materno, mesmo que a mãe demonstre-se implicada em seus cuidados, cheia de leite e amor a ofertar.

Nos casos de fobia analisados por Catherine Mathelin-Vanier , é justamente dos excessos de amor que o bebê se projete, com receio de retornar ao estado fusional e portanto mortífero da gestação perpetuada no imaginário materno.

O psicanalista deve fazer função de terceiro promovendo a separação entre mãe-bebê, a fim de que a sobrevivência subjetiva do bebê seja assegurada. A operação da separação é, nos casos de sintoma fóbico, um pré-requisito à reanimação psíquica do bebê, pois é por meio desta operação que o bebê encontra a possibilidade de alienar-se posteriormente ao desejo de uma mãe marcada pela falta e ciente do seu papel de antecipadora de sujeito.

A reanimação psíquica se dará quando a dupla mãe-bebê puder realizar trocas pulsionais satisfatórias sem aniquilar-se um ao outro, esta é a consequência esperada da intervenção psicanalítica nos caos de bebês fóbicos.

e) No bebê sem deficiência orgânica com sintoma do tipo psicose não-decida

O tema de pesquisa do psicanalista Leda Bernardino ronda às questões das psicoses não-decidas na infância e a hipótese que faz é de que o trabalho psicanalítico pode infletir sobre a instalação ou não da psicose na criança.

A criança saudável do ponto de vista orgânico pode ocupar na fantasmática dos pais um lugar objetalizado e adoecido, como demonstram certos casos clínicos atendidos por esta autora. Seus achados de pesquisa afirmam que entrevistas, exames e observações clínicas, embasadas pelo uso instrumental da transferência podem delinear um trajeto diferente da criança em sua estruturação psíquica.

Certos sintomas podem ser observados em crianças com sintomatologia psicótica como a rigidez de pensamento, contato social inadequado, rebaixamento da capacidade cognitiva, entre outros. Estes podem ser considerados sintomas consequentes da queda subjetiva vivida pelos pequenos pacientes que encontraram bloqueios nos momentos-chaves do processo de constituição subjetiva.

Segundo Leda Bernardino, ocorrem tempos de suspensão entre os momentos-chaves da constituição psíquica. Quando um bebê não encontra um interlocutor, representante do Outro, o qual ofereça-lhe significantes e significados os quais fortaleçam sua constituição

egóica, o fluxo natural da emergência subjetiva do bebê, bem como sua maturação orgânica podem sofrer rupturas.

A ética psicanalítica deve funcionar como doadora da falta, de um discurso desejante, que faça diferença, sem se opor, ao discurso enlouquecido e enlouquecedor já instalado. A noção de reanimação psíquica encontra-se novamente ligada às consequências clínicas do trabalho psicanalítico frente a um caso de estruturação psicótica. Neste ótica, o psicanalista é o bom entendedor capaz de sediar o trajeto de construção significativa de uma criança, ao sustentar ali onde só se supunha carne, defeito ou coisa, nas palavras de Bernardino (2010).

f) No bebê nascido sob o significante da deficiência

O bebê nascido com algum comprometimento orgânico, fruto de síndromes genéticas, malformações anatômicas ou lesões neurológicas, geralmente recebem a marca da deficiência. O trabalho do analista junto aos casos de deficiência é chamado de estimulação precoce, e destina-se a promover a entrada do bebê no campo Simbólico, por meio da manejo da transferência, diluindo os excessos imaginários sobre a deficiência e construindo junto aos cuidadores um lugar para o bebê na filiação e na norma fálica.

A estimulação precoce tem como objetivo final a reanimação psíquica do bebê destituído do seu lugar de sujeito, onde o significante deficiência é o único a marcar o destino do bebê. Estudos em neurociências afirmam que a plasticidade neuronal do bebê é um fator que deve ser levando em conta no prognóstico do bebê nascido com algum comprometimento orgânico. Daí a importância de iniciar-se um trabalho de estimulação precoce nos tempos iniciais da constituição psíquica.

O trabalho de estimulação precoce de orientação psicanalítica visa assegurar o exercício adequado das funções materna e paterna, sua capacidade de representação, assim como promover a antecipação das funções motoras, relacionais e sensoriais do bebê. A aposta nas habilidades motoras do bebê é um manejo especialmente importante na clínica de bebês deficientes, pois visa relativizar as certezas sobre a doença e suas incapacidades, as quais podem ser substituídas por novos significantes construídos a partir da nomeação e interpretação dos movimentos, apelos e progressos do bebê.

É comum que os bebês deficientes sejam introduzidos precocemente em uma rotina de reabilitação e educação especial, quando em fase escolar. Vimos com a reconstrução teórica de Leda Bernardino que a intervenção psicanalítica junto a crianças deficientes promove em certos casos uma reanimação psíquica, a medida que promove um encaminhamento mais adequado nos tempos de constituição do psiquismo, estimula a construção da imagem corporal.

Este progressivo investimento Simbólico e Imaginário se reflete em aquisições psicomotoras, no aprimoramento capacidade cognitiva, e também, na maturação ou remodelamento do sistema nervoso. Embasada nestes argumentos, a psicanalista Leda Bernardino afirma que a noção de reanimação psíquica, entendida como finalidade da intervenção psicanalítica na primeira infância, está a favor dos tratamentos de reabilitação e reeducação.

Vale ressaltar que o trabalho de reanimação psíquica para estes casos visa prevenir a formação de uma psicose secundária à deficiência, a qual toma forma de um sintoma defensivo do tipo psicose não-decida nos primeiros anos de vida. O encaminhamento psicótico do *infants* deficiente pode ser revertido com o tratamento psicanalítico.

O manejo usualmente aplicado é de favorecer uma reconstrução imaginária do pequeno sujeito em épocas de indeterminação sobre sua identidade, transmitir o significante o Nome-do-Pai e possibilitar o atravessamento do Édipo, inaugurando uma voz em primeira pessoa. Isto vale para a clínica das psicoses não-decidas de maneira geral.

Em casos de sintomatologia autística e do quadro autismo em cristalização, encontramos nas reconstruções teóricas de Marie-Christine Laznik a certeza de que é na aproximação entre mãe-bebê que está a resposta para o tratamento. Considerando que o autismo é uma consequência da não-alienação ao desejo do Outro, o bebê autista encontra-se impedido de receber inscrições essenciais para sua constituição.

Promover um encontro verdadeiro, onde bebê seja capaz de “se fazer” (falsa passividade) objeto do gozo oral do Outro, e a mãe seja capaz de captura-lo efetivamente no jogo pulsional através da prosódia do manêz, e de cuidados à justa medida, este constitui o trabalho de reanimação psíquica no contexto do autismo na primeira infância.

II Usos da noção de Reanimação Psíquica no manejo da relação mãe-bebê

O trabalho com os pais é sempre um trabalho de luto. O confronto com o Real da quase morte, da imperfeição, da fragilidade orgânica ou da deficiência usualmente leva os pais a um empobrecimento da sua capacidade imaginativa e antecipatória frente ao seu bebê. Promover um encontro possível e verdadeiro entre cuidadores e bebê é o trabalho do psicanalista.

O trabalho de simbolização do luto, a interpretação dos impasses vividos pelos cuidadores, bem como a investigação dos fantasmas transgeracionais que estejam interferindo no exercício da parentalidade, são alguns manejos empreendidos pelo psicanalista, seja no contexto hospitalar, clínico ou social.

Todas as especialistas entrevistadas concordam que os cuidadores devem ser considerados co-reanimadores, ou seja personagens indispensáveis no tratamento psicanalítico, em situações de vulnerabilidade psíquica do bebê, salvo nos casos em que a operação de alienação encontra-se impedida pelo sintoma fóbico, como descrito por Catherine Mathelin-Vanier .

No que tange o sintomatologia fóbica, apresentada por bebês que recusam ativamente todo investimento proveniente do Outro, a saída para uma reanimação psíquica, encontrada pela psicanalista Catherine Mathelin-Vanier, é introduzir uma separação provisória entre mãe e bebê. Transferir, temporariamente, os cuidados do bebê à alguma pessoa que respeite seu ritmo, que esteja sintonizado aos seus apelos e momentos de reserva, e que tome o bebê como um sujeito em constituição faz-se necessários em casos de mães impedidas de simbolizares o luto próprio do parto.

É comum que mães de bebês fóbicos exerçam cuidados empobrecidos do ponto de vista imaginário, consequência de uma transmissão geracional na qual os bebês são tomados pela família como seres incapazes de autonomia e subjetividade. Nestes casos, o tempo da alienação ao desejo da mãe, somente poderá ocorrer quando esta, reposicionada pela intervenção analítica à posição castrada e referida ao significante o Nome-do-pai, puder imaginar seu filho como sujeito em constituição capaz de funcionar no social.

III Usos da noção de Reanimação Psíquica no manejo da relação equipe-bebê

Podemos observar que a presença do psicanalista na equipe multiprofissional ao exercer sua função de ouvinte do mal-estar próprio do trabalho diário com o Real da doença e da morte, esta intervenção pode promover um efeito cascata nos membros da equipe, os quais passam a se dar conta das efeitos que a escuta, a palavra verdadeira, a relativização dos mitos e a rompimento dos preconceitos, exercem sobre o corpo dos seus pacientes.

A noção de reanimação psíquica aplica-se também às equipes de saúde quando tomamos cada membro da equipe como sujeitos vulneráveis aos efeitos da pulsão de morte. Sendo sujeito, o médico, o enfermeiro, terapeuta ocupacional, ou mesmo o colega psicólogo, está suscetível ao rebaixamento da sua função Simbólica, à depressão do seu desejo de seguir cuidando e curando.

O profissional de saúde, especialista em uma determinada área, é abalado constantemente pelas oscilações entre vida e morte do seu serviço. Tem sua competência frequentemente testada pelos desafios da rotina hospitalar ou clínica, assim como sua paciência nos momentos em que o paciente a sua frente recusa o procedimento recomendado, discorda com seus valores, ou é desmerecedor dos investimentos da equipe.

A presença do psicanalista como intermediador entre o fator técnico e o fator humano, promove um respiro no discurso técnico-científico e possibilita ao profissional da saúde, admitir as angustias e dificuldades da sua área, apoiando-o tanto nos momentos de aplicar seus “super-poderes”, salvando seus pacientes da morte, quanto nos momentos em que a culpa, a vergonha, a tristeza são os afetos predominantes.

Sensibilizar o profissional da saúde do seu próprio lugar de falta, também é o papel do psicanalista na equipe multiprofissional. Apropriado deste lugar, o membro do equipe poderá exercer o função de terceiro na relação com o paciente, nos casos em que a ausência da referencia fálica e do significante o Nome-do-pai estiver causando o adoecimento orgânico ou a loucura.

Para ocupar seu lugar de falta e para manter-se num discurso desejante que promova a cura do corpo, assim com a saúde psíquica do seu paciente, Catherine Mathelin-Vanier relata

que o grupo Balint, é um contexto espaço-temporal privilegiado onde se cumpre o trabalho de reanimar o discurso de quem anima.

Protegidos pela ética psicanalítica, aos componentes do pequenos grupo Balint é permitido despir-se de suas fantasias de super-homens, falar dos seus fracassos e construir novos significantes que dêem sentido a sua práxis, por meio da nomeação e da simbolização do inominável da morte.

Fortalecidos em seu desejo e alertas do efeitos mortíferos da pulsão, observa-se nos profissionais da saúde tocados pela ética da psicanálise, uma modificação gradativa da sua postura frente ao discurso objetalizante, transmissor de um falso otimismo. Percebemos que em certos casos o paciente restabelece suas funções orgânicas e entra no jogo pulsional constitutivo do psiquismo, por receber de seus cuidadores palavras que contenham a verdade sobre sua história. O sujeito para viver precisa ser inscrito em uma história, toda história contém um drama, todo sujeito merece saber sobre o seu drama. Todo sujeito merece falar do seu drama a um bom entendedor livre de julgamentos.

Cabe ao psicanalista transmitir aos cuidadores a habilidade de cobrir de palavras verdadeiras o pequeno sujeito, para que este seja inscrito em uma linguagem sã, para que faça laços identificatórios organizadores da vida psíquica, para que sustente sua saúde orgânica e mental em tempos de incerteza, para que emerge no social como um ser criativo, autônomo e produtivo, para que perpetue esta postura responsável e responsabilizadora no cuidado com seus próprios filhos.

REFERÊNCIAS

AUDRY, C. Apresentação. In: MANNONI, M. **A criança retardada e sua mãe**. Tradução Duarte, Maria. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

BERNARDINO, L. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. **Estilos da Clínica**, 2007, v. 12, n. 22, p. 48-67.

_____. A escuta psicanaliticamente orientada em uma UTI neonatal. In: KUPFER e at. (Org.) **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

_____. **O diagnóstico e o tratamento das psicoses não-decidas**: um estudo psicanalítico. São Paulo, 2000. 214 p. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Infantil). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2000.

BERNARDINO, L.; FERNANDES, C. (Org.). **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERNARDINO, L; KUPFER, M. A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da "pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil". **Rev. Mal-estaR e Subjetividade**, Fortaleza, v. 8, n.3, p. 661. set. 2008.

BERNARDINO, L; MARIOTTO, R. Programa de intervenção e Atendimento Inicial – PROPAL. In: KUPFER et al (org.). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.

BERNARDINO, L; MELO, M. A função do desejo dos pais e da escuta psicanalítica na ativação da plasticidade neuronal em um bebê com encefalopatia. In: PARLATO-OLIVEIRA et al. (Org.). **Psicanálise e clínica com bebê**: sintoma, tratamento e interdisciplina na primeira infância. São Paulo: Instituto Langage, 2010.

BRAUER, J. **Ensaio sobre a clínica dos distúrbios graves na infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

CACCIALI, P; FROISSART, J. Interview de Marie-Christine Laznik. **Journal Français de Psychiatrie**, n. 25, p. 45-51. 2006.

CRESPIN, G. **A clínica precoce**: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DELOUYA, Daniel. **Epistemopatia**: o conhecimento na clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

DREHER, A. U. **Psychoanalytic monograph** – foundation for conceptual research in psychoanalysis. London ; New York: Karnac Book, 2000.

DUNKER, C. **Estrutura e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Annablume, 2011.

FIGUEIREDO, L. C. A especificidade da pesquisa clínica com o método psicanalítico na situação analisante. *Revista Trieb*, 2013. No Prelo.

FIGUEIREDO, L. C. ; RIBEIRO, M. **Balint em sete lições**. São Paulo: Escuta, 2012.

FREUD, S. (1915). Os instintos e seus destinos. In: INTRODUÇÃO ao narcisismo, ensaios de metapsicologia e outros textos. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

LACAN, J. (1954). **O seminário**: Os escritos técnicos de Freud. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

LACAN, J (1961). **O Seminário 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

LAZNIK, M. C. La théorie lacanienne de la pulsion permettrait de faire avancer la recherche sur l'autisme. In: Lacan a-t-il fait acte? La celibataire – **Revue de Psychanalyse – Clinique, logique, politique**, Paris: EDK, 2000.

_____. **L'Association PREAUT**. Disponível em: <www.preatut.fr. 2010>. Acesso em: 13 maio 2013.

_____. O caso David: tratamento conjunto de um bebê de dez meses e sua mãe que sofre de P.M.D. In: A VOZ da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Álgama, 2004.

_____. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, Daniele de Brito (Org.). **Palavras em torno do berço**: intervenções precoces bebê e família. Salvador: Álgama, 1997.

_____. Traitement psychanalytique d'un bébé de deux mois, frère d'autiste, présentant des signes de danger d'une évolution semblable. **Psychiatrie Française**, n. 2, 2012. p. 124-150.

_____. Tratamento conjunto de uma mãe e seu bebê apresentando indícios de risco de autismo aos três meses e meio. In: A VOZ da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Salvador: Álgama, 2004.

LERNER, R. et al. Aplicação de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil – IRDI a vídeos caseiros de crianças diagnosticados autistas visando ajustes para a detecção de sinais de risco para o autismo. In: O BEBÊ e seus intérpretes: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

MANNONI, M. (1985). A criança retardada e sua mãe. Tradução Maria Duarte. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

MATHELIN, C. Prática analítica em neonatologia. In: Wanderley, Daniele de Brito (Org.). **Palavras em torno do berço**: intervenções precoces bebê e família. Salvador: Álgama, 1997.

_____. **O Sorriso da Gioconda**: a clínica psicanalítica com os bebês prematuros. Tradução Procópio Abreu. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

MATHELIN-VANIER, C. et al. Les besoins psychiques du prématuré. **Enfance & Psy**, n. 43, p. 19-31, 2009/2.

OUSS, L. et al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, Jun. 2013.

QUINET, A. **As 4+1 condições de análise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.

SANTORO, I. **Espelho, espelho meu**: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves. Salvador: Ágalma, 2008.

SILVA, C. **Um estudo sobre o manejo da psicose no hospital geral a partir do conceito de diagnóstico diferencial estrutural em psicanálise**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Hospitalar) - Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein. São Paulo, 2012.

VANIER, C. L'enfant objet de soin. De quelle guérison s'agit-il? **Figures de la Psychanalyse**, v. 2, n. 14, p. 37-45, 2006/2.

_____. **Naître prématuré**: le bébé, son médecin et son psychanalyste. (Collection la cause des bébés) dirigée par Myriam Szejer. Bayard, 2013.

WANDERLEY, D. **Agora eu era o rei**: entraves da prematuridade. Salvador: Ágalma, 1999.

ANEXO A

Entrevista com Dra. Catherine Mathelin-Vanier

Realizada em 17 de Junho de 2013

Pergunta 1:

Como poderíamos traduzir o termo *Reanimation Psychic*, originalmente em francês, para a língua inglesa¹⁴? A que se propõe o trabalho de reanimação psíquica?

Resposta 1:

Acredito que *Psychical Reanimation*. Existe o corpo e existe o psiquismo. Os doutores sempre estão preocupados em reanimar o corpo e esquecem, muitas vezes, da maneira como pensam os bebês, quem eles são, como eles se transformarão em pequenos sujeitos. Eles não estão tentando reanimar esse aspecto, isso não importa para os médicos. Eles apenas querem que estejam vivos. Veremos quando a Karnac Books finalizar a tradução da versão francesa. Nada foi escrito sobre as diferenças entre *Mental Reanimation* ou *Psychical Ressucitation*. Para mim, essa é uma discussão totalmente inútil, pois serve apenas para dizer que pequenos seres humanos, mesmo que pesem uma libra, quando nascem, não podem receber cuidados apenas do ponto de vista do corpo, precisamos também cuidar do seu desejo, do seu estado mental, da sua construção psíquica. Ultimamente, talvez há dez anos, ingleses e americanos vêm realizando muitas pesquisas¹⁵ sobre o desenvolvimento de bebês prematuros¹⁶ e o resultado dessas pesquisas são terríveis. Mesmo que ponhamos de lado o fato de que muitos estão morrendo, cerca de 50%, quando têm menos de uma libra ou 22 semanas de gestação, se considerarmos os outros 50%, metade desses bebês, apresentam algum tipo de distúrbio neurológico, ou seja, um quarto da população total de prematuros. Eles não serão hábeis a andar, ou a falar, ou a ouvir, ou a escutar. Isso é detectável por exames de ressonância magnética nuclear, podemos ver a imagem do cérebro e isto nos dá uma ideia do estado neurológico destes bebês. O quarto restante, não apresenta, absolutamente, nenhum distúrbio neurológico. Eles sobrevivem e são devolvidos aos seus pais. O que estão tentando estudar é como será o desenvolvimento desta última população, assim como seu desenvolvimento

¹⁴ Entrevista realizada em língua inglesa e traduzida para língua portuguesa.

¹⁵ LEAVEY A, Zwaigenbaum L, et al. (2013). Gestational age at birth and risk of autism spectrum disorders in Alberta. **J. Pediatr**, Canada, v. 162, n. 2, p. 361-8.

¹⁶ Samara, M.; Marlow, N; Wolke D. Pervasive behavior problems at 6 years of age in a total-population sample of children born at <25 week of gestation. In: **Pediatrics**, v. 122, n. 3, 2008.

psicológico. Estes são resultados horríveis; por exemplo, considerando uma população de bebês nascidos a termo, encontramos 2,5% de bebês que desenvolveram autismo. Já nesta última população de bebês prematuros, sem problemas neurológicos, teremos 28,5% de autismo. Portanto, passamos de 2,5% para 28,5%. Também ocorrem muitos problemas de aprendizagem na escola, problemas de sociabilidade, fobias, problemas com anorexia e em torno da oralidade.

Pergunta 2:

A primeira vez que entrei em contato com o termo Reanimação Psíquica foi em seu livro “O sorriso da Gioconda”. A senhora o cita como um termo, como um substantivo, porém, em minha pesquisa, passei a pensá-lo enquanto um conceito. A senhora concorda que se trata de um novo conceito em psicanálise?

Resposta 2:

Não. Quero dizer que não é um novo conceito dizer que seres humanos têm um cérebro e que pensam com este cérebro, que coisas acontecem nele, isto não pode ser um novo conceito. É novo para os médicos, mas não pode ser novo para a psicanálise. Freud nos disse que há muitos pensamentos que nos ocorrem sobre os quais não temos provas; ainda hoje, como vemos nos exames de ressonância magnética, luzes aparecem em várias partes do cérebro para mostrar que estamos tristes; quando olhamos para estas imagens ainda não sabemos nada sobre a localização dos nossos pensamentos, ou onde se localiza nosso inconsciente. Não encontramos evidências dele em análises microscópicas. Mas, desde Freud, sabemos da existência do psiquismo. Neste sentido, podemos falar de reanimação de aspectos conscientes e inconscientes, desde o ponto de vista freudiano. Quando trazemos um novo conceito em psicanálise, ele deve ser novo, nunca antes dito, mas isto é algo totalmente banal. O que pode ser considerado novo é a maneira como se trabalha. Descobrimos todos esses problemas com os bebês que supostamente não deveriam apresentar problemas, pois estavam vivos e não apresentavam problemas neurológicos, até onde os cientistas sabiam, portanto, deveriam ser normais. Então, por que tantos bebês desenvolviam problemas psiquiátricos e psicológicos? Todos começamos a refletir sobre o que havia de errado com esses bebês; talvez fosse a maneira como cuidávamos ou não cuidávamos suficientemente deles, se estimulávamos demais ou de menos. Então, pesquisadores ao redor do mundo passaram a buscar uma solução para esse problema e a solução encontrada foi inserir nas equipes de saúde

profissionais que se ocupassem do desenvolvimento (*developmental cares*). Quando comecei o meu trabalho na unidade de terapia intensiva de prematuros, passei a observar como esse trabalho era feito em outras unidades; percebi que o trabalho de tais “cuidadores do desenvolvimento” não tinha nada a ver com o psiquismo. Ocupavam-se apenas de tentar reduzir o barulho, a luminosidade, aumentar a frequência do contato do bebê com sua mãe; porém, não havia palavras sobre isto, nenhum pensamento sobre como se tornariam aqueles sujeitos, sobre o que seria o nascimento da subjetividade. Em psicanálise, sabemos desde Freud, especialmente desde Winnicott, que um bebê não existe, e isto também é o que Lacan nos diz. Se dermos à luz a um bebê e o deixarmos isolado, em primeiro lugar, ele morrerá. E morrerá sem existir. Morrerá porque precisa ser alimentado. E mesmo se o alimentarmos sem falarmos com ele, morrerá também se não tentarmos decifrar o que acontece com ele. Eu proponho uma outra maneira de trabalhar, diferente da abordagem usual realizada pelos cuidadores do desenvolvimento. O mais conhecido desses cuidadores se chama NIDCAP¹⁷, o que, para mim, é inútil. Eu entendo que, mesmo com os NIDCAP, estas crianças ainda apresentam muitos problemas. Naquele tempo eu tentava descobrir o que poderíamos fazer além disso, para ajudar os bebês. Então, nosso trabalho é de realizar uma correação¹⁸, reanimando ao mesmo tempo a mente e o corpo, e o desejo do bebê de estar vivo. Se o bebê não desejar estar vivo duas consequências são possíveis: ou ele morrerá ou se tornará uma criança autista. O grau zero de subjetividade é o autismo. Quando entramos nessas unidades, quando vemos todas aquelas máquinas e a forma como os bebês encontram-se atados às máquinas, o pensamento que nos ocorre é que estas devem ser fábricas de autismo. Isto não quer dizer que não necessitamos desse aparato médico do exercício de reanimação. Mas se emprendermos apenas esse exercício, teremos muitos problemas.

Pergunta 3:

Observei que no Livro *O sorriso da Gioconda* a senhora utiliza o termo Reanimação Psíquica vinculado à noção de corresponsabilidade para elucidar o seu trabalho junto à equipe de saúde. Na recente publicação *Naître prématuré*¹⁹, a senhora utiliza o termo correação. Seria correto afirmar que a utilização deste termo representa a visão médica sobre a natureza da sua abordagem?

¹⁷ KLEBERG, A; Stjernkvist, K; Westrup, B. Newborn individualized developmental care assessment program (NIDCAP). In: BROWNE, J. (Org.). Research on early developmental care for preterm neonates. Paris: John Libbey Eurotext, 2005.

¹⁸ Correação é um termo novo introduzido na publicação de 2013.

¹⁹ VANIER, Catherine. Naître prématuré: le bébé, son médecin et son psychanalyste. (Collection la cause des bébés), dirigée par Myriam Szejer. Bayard, 2013.

Resposta 3:

Utilizo o termo corresponsabilidade para explicar que precisamos realizar as duas reanimações ao mesmo tempo, médicos e psicanalistas. Pouco a pouco, os médicos foram convencidos da importância do trabalho do psicanalista para que o bebê esteja realmente bem, depois da internação. Então disseram, tudo bem, temos de fazer uma correanimação. Ambos, médicos e psicanalistas, seremos correanimadores. Sim, estas são as palavras dos médicos.

Pergunta 4:

Qual seria, em sua opinião, a etimologia do termo Reanimação Psíquica?

Resposta 4:

A etimologia do termo reanimação psíquica seria a etimologia do psiquismo, do espírito que devemos reanimar. Ou da alma, com diriam as pessoas religiosas.

Pergunta 5:

A senhora afirma em *O sorriso da Gioconda* que a escolha de uma carreira sempre está relacionada às motivações inconscientes do profissional. Quais foram as motivações que levaram a senhora a trabalhar com bebês prematuros?

Resposta 5:

Receio que não tenham sido motivações inconscientes. Eu não escolhi. Anos antes, eu estava trabalhando no setor de psiquiatria infantil do mesmo hospital. Então, um dia, a unidade de prematuros teve um sério problema com uma mãe que não queria cuidar do seu bebê após a hospitalização; era um bebê em boa saúde. Era muito difícil para eles entenderem episódios como este, pois estavam todos muito orgulhosos de serem capazes de trazer os bebês de volta à vida em boa saúde, após três ou quatro meses, e aí ouvir as mães dizerem que não queriam mais seus bebês, que deveriam ficar no hospital. Eles buscaram no hospital quem poderia intervir e diziam que aquela mãe estava louca. Procuraram psiquiatras para atendê-la, mas não havia no hospital. Ligaram para o setor de psiquiatria infantil e fui até lá. Conversei com

a mãe todas as manhãs por seis ou sete dias e ela pôde levar seu bebê para casa, ela ficou bem. A equipe ficou surpresa e passou a me chamar para conversar com outras mães. No início, não estava muito certa de que ficaria no setor de prematuros, pois não estava realmente interessada. Eram bebês muito pequenos e havia todo aquele aparato médico; até que, aos poucos fui me interessando. Minha motivação sempre foram as crianças autistas, mesmo anos antes disto. Anos atrás, em 1974, minha tese foi sobre mutismo. Trabalhei muito com crianças sem linguagem. Ao tentar escutar o que acontecia com esses bebês pequenos, me ocorreu a ideia de que eles seriam meus professores. Eles seriam aqueles com os quais eu descobriria o porquê daquelas crianças com 4, 5 ou 6 anos de idade, diagnosticadas autistas, não podiam falar. Tornei-me bastante interessada, porque este é o caminho para pesquisar sobre a questão do nascimento da subjetividade. Assim como todos que trabalham com crianças autistas, é nisso que intervimos, promovendo a emergência da subjetividade. Trata-se de como tomamos essas crianças e a trazemos à subjetividade. Tive a experiência, *in vivo*, de como os bebês começam a olhar seu entorno, compreender, ver e reagir. Sabemos que esses bebês permanecem na UTI neonatal do dia do seu nascimento até o quinto ou sexto mês de vida; é um tempo muito longo. Podemos observar seu crescimento e sua constituição, e como, às vezes, não se constituem. Aprendemos muito nessas unidades. Acredito que foi o meu interesse teórico pela subjetividade que me fez trabalhar com isso. A UTI neonatal me chamava e eu respondia que não iria mais, porque não sou bombeiro para trabalhar somente em emergências: vocês me chamam de última hora, quando o bebê está recebendo alta e sua mãe o rejeita, vocês precisam entender que se isto está acontecendo em sua unidade, todos estes problemas com as mães, significa que um outro trabalho não foi feito anteriormente. Mães nestas situações traumáticas necessitam de cuidados, desde o parto; se esperarmos quatro meses, cuidando do bebê sem nos preocuparmos com a família ou com a história do bebê, é evidente vão me chamar. Bom, mas o que podemos fazer se não conhecemos este bebê? Parece estranho hoje em dia, mas das primeiras vezes que atendi na unidade, não era permitida a entrada dos pais, então ficavam meses sem contato com seus bebês, podiam apenas ver por uma janela.

Pergunta 6:

É possível afirmar que, no início da sua carreira, os índices de distúrbios psiquiátricos em crianças nascidas sob estas condições eram mais elevados?

Resposta 6:

Sim, muito mais elevados. Existe uma pesquisa²⁰ muito interessante que afirma que quando não era permitida a entrada dos pais, muitos bebês prematuros apanhavam. Numa população normal, alguns bebês sofrem de maus tratos. Numa população de prematuros a frequência aumenta em cinco vezes. Depois disso, psicólogos, psicanalistas e psiquiatras concordaram que, não é de se espantar, esses bebês são perseguidores para suas mães. Ela sofreu e se preocupou tanto, que seus bebês serão responsáveis por todo seu sofrimento. Funciona como uma projeção narcísica: este bebê é tão mal, me fez sofrer tanto, agora eu devo me vingar.

Pergunta 7:

Ao pesquisar sobre o trabalho de reanimação psíquica entrei em contato com a teoria da Dra. Marie-Christine Laznik, que utiliza este termo para descrever suas intervenções junto a crianças autistas muito pequenas. Haveria uma analogia entre sua proposta de intervenção e da colega Laznik?

Resposta 7:

Eu e Marie Christine Laznik somos da mesma escola, trabalhamos juntas, promovemos seminários juntas, somos amigas. Fomos estudantes na época da escola de Lacan. É verdade que meu trabalho está muito próximo do trabalho da Marie-Christine. É evidente que preciso trabalhar junto a uma equipe de reanimação, mas a ideia de reanimação é a mesma para mim e Marie-Christine. Trabalhamos com a emergência de subjetividade.

Pergunta 8:

A senhora menciona no livro *O sorriso da Gioconda* o relatório MIRE²¹, o qual propõe a causa da prematuridade enquanto um fenômeno psicossomático. Ao longo da minha pesquisa, localizei na obra do psicanalista francês Pierre Marty, do campo da psicossomática, a utilização do termo reanimação psíquica. Poderíamos considerar que uma análise bem sucedida com uma mulher de sintomatologia psicossomática poderia eventualmente levar à

²⁰ STRATHEARN, L. et al. (2001). Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatrics*, v. 108, n. 1, p. 142-151.

²¹ Prévention de la prématurité et détresse maternelle: "Tombé du nid trop tôt". Um autre regard sur l'accouchement prématuré, MIRE, GERAL, abril de 1993.

prevenção da prematuridade? Poderíamos dizer que este é um manejo em reanimação psíquica?

Resposta 8:

Esta é uma afirmação complicada. Este é um tema que não queria abordar no meu novo livro, uma vez que já é terrível dar à luz a um bebê tão frágil, entre a vida e a morte. É tão terrível que não quis dar às mães a ideia de que seu consciente, inconsciente ou desejo de morte teriam provocado isso. Não quis atribuir a responsabilidade às mães, esta não foi a maneira que decidi abordar o problema. Entretanto, existem muitas mulheres que recebemos em tratamento psicanalítico, no divã, que não podiam ter bebês e, de repente, engravidam depois de terem sido capazes de falar da história com suas próprias mães, da história do seu próprio nascimento, da sua própria infância. É verdade que muitas mulheres se submetem a programas médicos de procriação/ tratamentos de fertilização; você sabe, eles possuem soluções muito especiais para fazer bebês em tubos. Podemos dizer que são mães com ajuda dos médicos, se não houvesse os médicos elas não engravidariam, elas engravidam porque os médicos atuam de alguma maneira. Então, existe uma grande porcentagem de bebês prematuros provenientes desses programas. Como se fosse difícil conceber esses bebês e carregá-los durante nove meses, essas mães parecem deixar cair (*to drop*) o bebê antes do tempo. Não sou uma fã do campo da psicossomática, direi o porquê depois. Porém, tenho certeza de que uma mulher que se submete a uma análise tem menos chances de ter um bebê prematuro. Não podemos dizer, entretanto, que todas as mulheres devam fazer uma análise de 10 anos, isso é impossível, não faz sentido. Em minha opinião, a abordagem psicossomática apresenta muitos aspectos interessantes, mas no todo, é um conceito que eu não compreendo. Minha experiência clínica me mostrou que não existe uma doença psicossomática, todas as doenças são psicossomáticas. Na minha mente, é impossível separar estar doente e ter um problema. Não acho pertinente afirmar que uma doença é psicossomática e outra não. Mesmo as doenças genéticas. É maravilhoso ver as pesquisas em epigenética. Podemos ter genes que não se expressam por conta da epigenética. Existe uma pesquisa com ratos em que separaram dois grupos de seis ratos cada; no primeiro, eles nascem e são acompanhados por suas mães, no outro, são alimentados por mamadeiras, porém isentos de cuidados maternos. Três meses depois mataram os ratos a fim de estudar seus genes. No primeiro grupo, observaram que houve mielinização em torno dos genes, uma pele protetora foi construída com o cuidado materno. No segundo grupo, os genes se encontravam expostos. Os pesquisadores perceberam, com esse estudo, que a famosa mielinização depende do ambiente. Há outro

estudo atual acontecendo no hospital Necker, que também trata disso. Tenho certeza que estão tentando mensurar, observar que o processo de mielinização em bebês prematuros não é o mesmo comparado aos bebês nascidos a termo que recebem cuidados maternos. Quero mostrar que se intervimos de modo psicanalítico com o bebê, introduzindo o querido manhês, amplamente estudado e aplicado pela Marie-Christine Laznik, a mielinização pode ser construída. Considerando todas essas ideias, acho que a psicossomática ficou para trás. Corpo e mente são uma unidade. Sabemos, há anos, que a depressão deprime nosso sistema imunológico, podemos contrair vários tipos de doenças. Não podemos dizer, entretanto, que estas são doenças psicossomáticas. É verdade que algumas pessoas falam muito facilmente com seus corpos; algumas não podem falar sobre suas preocupações, sobre seu sofrimento, e é verdade que o que não conseguimos falar com palavras, falamos, frequentemente, com nossos corpos, porque esta é a única maneira que se tem de falar. Mesmo o bebê pequeno, incapaz de explicar, utilizará seu corpo para dizer: Cuidado! Não me sinto bem. Não há como ser psicossomático porque mente e corpo são apenas um. Pessoas psicossomáticas, para mim, são aquelas incapazes de representação do sofrimento através da fala. Os menos psicossomáticos seriam aqueles capazes de dizer: estou depressivo ou com raiva de alguém. Que estas pessoas somatizarão menos, isso consigo admitir. Mas não concordo em dizer que certas doenças são psicossomáticas e outras não. Para mim, tudo é psicossomático.

Pergunta 9:

Considerando os relatos de casos clínicos disponíveis em suas publicações, observo que suas intervenções visam prevenir a formação de sintomas autísticos e fóbicos. Poderíamos chamar suas intervenções, em casos de sintomas fóbicos, um manejo que vise uma reanimação psíquica? Existem diferenças no manejo do autismo e da fobia?

Resposta 9:

As mães fazem um tipo de incubadora psíquica. Quando elas levam seus bebês para casa, os bebês ainda possuem uma incubadora na mente das suas mães. Sim, podemos dizer isso. Nossas intervenções com bebês, em geral, podem ser chamadas de reanimação psíquica, e mesmo quando os recebemos maiores em análise estamos fazendo reanimação psíquica com muitos deles. Meu trabalho com esses pequenos prematuros funciona exatamente como o trabalho com crianças autistas de 4 ou 5 anos. Não há diferença entre o manejo do sintoma autístico e do sintoma fóbico, porque é impossível saber onde isso vai dar. Quando são muito

pequenos, a única coisa que devemos ter em mente é que existem muitos riscos. Não podemos dizer que com certos bebês interviremos na prevenção do sintoma fóbico e com outro será outra intervenção. Saberemos 5 ou 6 anos depois o que ocorrerá com aquele bebê. Acredito que, se intervirmos corretamente, evitaremos muitos casos de autismo e de fobia. Todo ser humano, no início da vida, tem a opção de tornar-se humano. Esta é uma possibilidade, mas quando ele é privado desta possibilidade, ele pode dizer: tudo bem, eu me excluo. Acredito que a fobia é uma estratégia da criança para lidar com o autismo, sempre disse isso. Minha ideia sobre o autismo é que existe na criança uma necessidade de proteção excessiva. A criança autista exclui o outro, porque o outro é um perseguidor, parece paranoico, às vezes. Se você é capaz de construir uma fobia, você estará mais apto a aceitar o mundo e as outras pessoas. Em minha opinião, a fobia seria uma organização/adaptação/acomodação do autismo (*aménagment?*). Quando atendemos uma criança autista em análise, e ela começa a apresentar sintomas fóbicos, e isso é frequente, sabemos que estamos no caminho certo. Porque a criança se torna capaz de projetar o seu medo nos objetos. Uma criança autista tem medo de tudo, mesmo do ar que respira. Se ela consegue ser fóbica, ela poderá temer um cachorro, um cavalo, um rato, uma mosca. A criança não negociará a sua fobia, mas haverá outras possibilidades. Fobia é uma forma que a criança encontra de curar seu autismo. Quando a criança não está totalmente destruída, ela é capaz de fazer tais construções ao longo da terapia. Portanto, trata-se de uma maneira especial de estar com os bebês, que deve possibilitar-lhes o não desenvolvimento de um autismo, e a não proteção numa fobia, através de objetos fóbicos. Há apenas uma forma de intervir, quando são prematuros com poucos dias ou horas de vida. Posso dizer que a fobia é uma forma aprimorada de ser autista.

Pergunta 10:

É possível fazer reanimação psíquica em casos de morte do bebê?

Resposta 10:

Sim, esta é uma pergunta muito importante. Aplica-se em casos de cuidados paliativos, quando o paciente está muito grave e a equipe intervém no sentido de poupá-lo de dor ou sofrimento excessivos. Desde que passamos a considerar a reanimação de bebês muito frágeis, sabíamos que muitos deles morreriam. Não há, no entanto, um lugar especial para cuidar desses bebês moribundos. Não existe uma unidade de cuidados paliativos para bebês,

em nenhum lugar do mundo. Se entendermos por reanimar esses bebês, também devemos considerar que isso implica uma intervenção em cuidados paliativos, mas esses médicos reanimadores não são formados para isso. São formados para lidar com a vida e não para oferecer suporte na morte. Meu trabalho é ajudar o bebê e a equipe. Minha hipótese é que um bebê que ficará vivo por 3 dias, teve vida. Uma vida de 3 dias é uma vida. A forma como a equipe e os pais são tentados a agir é ignorando o fato da morte: se o bebê está morrendo, então, nós nos afastaremos, pensaremos em outras coisas, esqueceremos. Um bebê é humano e deve ser bem-vindo no mundo dos humanos com dignidade. Não vejo porque não fazer reanimação psíquica com um bebê que está morrendo. Falarei com ele, contarei sua história, quem ele é; é comum que lhes diga que têm permissão para ir, porque é muito difícil viver em tais condições. Eles precisam saber, muitas vezes, que têm permissão para morrer. São tratados a cada hora e a cada minuto como sujeitos, mesmo que estejam morrendo. Sim, fazemos reanimação psíquica com bebês moribundos.

ANEXO B

Entrevista com a Dra. Marie-Christine Laznik²²

Realizada em 19 de Junho de 2013

Pergunta 1:

Em que momento da sua trajetória clínica e de pesquisa a senhora passou a considerar a utilização do termo reanimação psíquica?

Resposta 1:

Em primeiro lugar, preciso esclarecer que para mim não se trata de um conceito, é uma descrição empírica de uma situação quando eu falo para pessoas que não são necessariamente psicanalistas. Dei-me conta que, ao pôr em prática determinados conceitos psicanalíticos, o que estou fazendo corresponde a uma reanimação psíquica. Então, não é um conceito, é uma descrição fenomenológica do que está se passando. Acho que o ponto mais importante foi na clínica do Hassan²³, que é um menino argelino cujo irmão é autista. Foi ao me dar conta, nessa prática de bebês com autismo, que não bastava conseguir entrar em contato com eles, pois eles se fechavam outra vez; era preciso que eu utilizasse os conceitos, aqueles que me pareciam dar conta da situação do bebê com autismo, para ver se eles operariam, na práxis psicanalítica, para que eles saíssem dessa situação. Tudo isso é fenomenológico. O que passa a ser psicanalítico? O que eu, desde 1991, comecei a pensar como sendo o não fechamento da pulsão no terceiro tempo do circuito pulsional, problema clínico que aparece nos casos de bebês com autismo. Vai comparecer a questão do fracasso do fechamento da pulsão no terceiro tempo, no caso de uma criancinha autista que escuto em supervisão, que vai

²² Doutora em Psicologia, membro da *Association Lacanienne Internationale*, psicanalista de adultos, trabalha com crianças no *Centre Alfred Binet*, onde coanima a “*consultation psychanalytique bébé-parents*” e a equipe *Préaut*: prevenção do autismo, que vem desenvolvendo um extenso trabalho de formação dos médicos da rede pública para o diagnóstico precoce de perturbações mentais no bebê. Autora de *Rumo à Palavra*, (S.P.: Escuta, 1997; 2ª edição: 2003). Coautora e organizadora de *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas* (Salvador: Álgama, 1994; 2ª edição: 1998). Autora de *A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito* (Salvador: Álgama, 2004).

²³ Laznik, Marie-Christine. Traitement psychanalytique d'un bébé de deux mois, frère d'autiste, présentant des signes de danger d'une évolution semblable. *Psy. Fr.*, n. 2, 2012, p. 124-150.

apresentar um trabalho com propagandas da *Revista Pais*, que é uma propaganda de fraldinhas onde o bebezinho está sendo trocado. O bebezinho põe o pé na boca da mãe, a mãe sorri e o bebê sorri. Esta menina autista de 5 anos faz todo um trabalho gráfico em cima dessa propaganda. A analista em supervisão chegou à conclusão que ela estava tocando numa coisa importante. A partir daí, todo um trabalho foi desenvolvido sobre a reflexão do texto de Freud²⁴ *A pulsão e suas vicissitudes* que trabalhei em alemão e em francês, fazendo uma retomada desse texto em Lacan. Isso vai levar a um artigo publicado pela editora Ágalma²⁵ sobre a teoria lacaniana da pulsão. É uma retomada do Seminário 11. Lacan, em seus seminários, não fala de uma forma linear, ele dá voltas, vai de um assunto a outro. Ele não tem nenhuma preocupação pedagógica; ele está partilhando, compartilhando com os analisandos e certos colegas analistas uma certa maneira de pensar. Então, se a gente recolhe tudo isso e analisa, aparece a teoria da pulsão, que é um dos quatro conceitos fundamentais do Seminário XI. A partir daí, derivam hipóteses do que não apareceria na clínica de um bebê que vai se tornar autista. Quando dizemos “um bebê que vai se tornar autista” a gente pode ouvir duas coisas: ou temos a impressão, justificada ou não, que ele poderia se tornar autista, ou ele se tornou autista. Estamos fazendo um trabalho junto a crianças autistas, revendo os filmes familiares de como elas eram quando bebês. A hipótese clínica de que aquilo que fracassaria no terceiro tempo do circuito pulsional seria a capacidade do bebê de se fazer objeto do outro. Isso você vai encontrar em muitos dos meus textos. Este “se fazer”, que é um conceito lacaniano, em cima do conceito freudiano da passivação pulsional. Freud diz que a pulsão tem três tempos, ativo, reflexivo e passivo. A partir disso, Lacan diz: cuidado! Esse tempo passivo, é uma forma particular de passividade, não é o “se deixar fazer”, é o “se fazer”. Esses bebês não “se faziam” objeto da pulsão do outro. Existe todo um trabalho sobre a questão da ausência do terceiro tempo do circuito pulsional. Esse conceito me agrada cada vez mais, pois ele me deixa fora qualquer etiologia. Por que é assim? Sei lá. Não é meu problema. O que acontece é que é assim. Isso permite diagnosticar. A pesquisa Préaut foi validada agora, há um mês, por uma publicação²⁶ inglesa com um fator de impacto de 2.7, que é um bom fator de impacto. O que a gente chama de “verdade científica” nada mais é do que publicações com fator de impacto em revistas dentro da literatura científica internacional.

²⁴ Texto reeditado em 2010, cujo título foi traduzido para *Os instintos e seus destinos*.

²⁵ LAZNIK, Marie-Christine. Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística? In: Wanderley, Daniele de Brito (Org. e tradução). **Palavras em torno do berço**: intervenções precoces bebê e família. Salvador: Ágalma, 1997.

²⁶ OUSS, Lisa, et al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome. **Eur Child Adolesc Psychiatry**. Jun, 2013.

Essa pesquisa não aparece como validação do terceiro tempo do circuito pulsional, porque isso não passaria nunca na literatura; a pulsão, eles não conhecem. É validada com eufemismos fenomenológicos, mas quando olhamos o protocolo, é a grade do pezinho, se ele se faz olhar, se ele se faz beijar. Claro que sem a terminologia psicanalítica, porque ela jamais passaria por uma publicação internacional. Temos de ser realistas. A partir daí, a questão passa a ser: Se esses bebês partilham das razões mais diversas possíveis dessa dificuldade, se conseguirmos fazê-los entrar nesse jogo, será que isso modifica os seus prognósticos? Ou seja, será que descobrir que o terceiro tempo do circuito pulsional não se fecha convenientemente num bebê que está começando um autismo e vai desenvolver mais tarde um autismo, ou no bebê que vemos nos filmes familiares que, de fato, desenvolveu um autismo, será que isso tem uma aplicação clínica para a modificação do psiquismo do bebê? A questão do Hassan é esta, será que eu posso implicá-lo para que ele entre no terceiro tempo do circuito pulsional? Para isso eu vou ter que não só captar a atenção dele, mas tentar subir a excitação, tomando muito cuidado para que isso não o feche. De maneira a fazer entrar, ele e a mãe, num jogo pulsional erótico. Lacan diz, desde o Seminário 11, que a pulsão é alguma coisa que faz efração ao princípio do prazer. Não é só o princípio do prazer no sentido do “calminho”, tem alguma coisa de efração. Se essa efração consegue ser instalada, se o bebê consegue se descobrir como sendo a causa do gozo oral do outro, será que isso abrirá um caminho para que ele volte a repetir essa experiência, obtendo o mesmo resultado, até que ele acabe se viciando nisso? Ou seja, curtindo ser o objeto da pulsão do outro, mas não sem que seja ele quem comande o jogo. Não adianta uma mãe dizer, “hum!, que gostoso este pezinho”, isso qualquer criança autista deixa. A questão é ele dar o pezinho e curtir que na hora que ele dá o pezinho ou o dedinho da mão, na hora que ele “se faz”, a mãe curte. Ou seja, a ação está partindo dele. Isso é o que eu chamei de reanimação psíquica, porque tive que fazer subir a tensão. Essas não são coisas que podemos fazer sempre e nem, a meu ver e na minha compreensão, em qualquer idade, faço isso mais facilmente num bebê de 1 ou 2 meses. No Hassan fiz isso; ele já tem seis meses e já estamos na nona hora de trabalho. Com um bebê muito menor vou poder fazer isso muito mais cedo. Com crianças maiores, às vezes e nem sempre, mais tarde. Depois de um ano, não tenho essa prática.

Pergunta 2:

A senhora possui vasta experiência em trabalhos e pesquisas interdisciplinares e escreve sobre o que Lacan chamou de “antipatia entre discursos”. Poderíamos supor que a sistematização do

manejo/noção de reanimação psíquica poderia operar como facilitador do diálogo com o campo médico?

Resposta 2:

Eu trabalho com o conceito de fracasso do terceiro tempo do circuito pulsional e a tentativa de estabelecer o terceiro tempo do circuito pulsional. Isso é um conceito psicanalítico. O manejo de reanimação psíquica já opera como facilitador do diálogo há muito tempo. No Brasil, temos, aliás, um filme sobre isso, o professor Mercadante da Universidade Paulista de Medicina, que infelizmente morreu, já há três quatro anos, discutimos o caso Hassan. Ele aparece contando como funciona nossa intervenção. Não é que poderia operar, já é. Estou trabalhando atualmente com dois neurobiologistas. Claro que eles não falam de pulsão e nem de reanimação psíquica, eles utilizam os conceitos deles. Mostram como isso abre portas, exige uma escuta extremamente fina dos momentos em que isso é possível, porque se fôssemos tentar aumentar a quantidade de excitação em momentos de fechamento do bebê seria algo contraprodutivo. A escuta do momento onde isso é possível demanda uma grande competência de encontrar os momentos em que o bebê é capaz de ser submetido e como captá-lo. No caso do Hassan, por exemplo, é depois de todo um trabalho da minha prosódia do manhês, em que eu capto o Hassan. Dentro dessa prosódia vou introduzindo elementos do gozo oral, suposto, não do corpo dele, mas da girafinha que ele tem na mão. Há todo um trabalho, muito importante, de captação da atenção dele através de formas particulares da musicalidade da voz. E é dentro disso, em um dado momento, que penso que posso subir a excitação dele, principalmente pondo a mãe no circuito. Porque não é só que eu tenha de fazer reanimação psíquica; o que tem de poder ser atado é a relação do bebê com a mãe dele. Não porque sou gentil, mas porque é a mãe que está em contato com esse bebê por horas e horas. O bebê vai precisar reatualizar essa experiência muitas vezes e não é me vendo uma hora por semana que basta. Se ele consegue brincar disso com a mãe em outros momentos, ele vai ter a experiência repetida de ser a causa do gozo dela, para falar em lacaniano. Ou o que os neurobiologistas chamam de trilhagem neurônica ou sistema de abertura e fechamento da célula nervosa. Para eles faz sentido.

Pergunta 3:

Quais seriam as especificidades do manejo de reanimação psíquica em casos de autismo e de

psicose infantil?

Resposta 3:

O manejo de reanimação psíquica, tal como você descreve, não faz sentido na psicose. O bebê que vai se tornar psicótico, o que para mim é um defeito na separação mãe-bebê, não apresenta problemas com a alienação, ele já está alienado. O problema dele é que ele não se desaliena, assim já deixo de fora todo o campo das psicoses. No autismo, esse tipo de prática não convém tanto com crianças maiores. Sei que a Graziela²⁷ aplicou isso com crianças maiores; a mim não convém. Porque tenho a impressão que toda a excitação em uma criança autista maior desencadeia um estado maníaco, que é absolutamente inoperante. É um trabalho muito específico da clínica com bebês. É muito importante que isso fique salientado para que não haja uma série de aprendizes de feiticeiros afogados, sem saber manejar uma situação inesperada. No manejo com uma criança de três anos eu tendo a diminuir seu nível de excitação. Não sei se a Graziela ficou satisfeita com os resultados com o decorrer dos anos, mas eu não utilizo e desencorajo. Quem faz supervisão comigo sobre casos de crianças autistas de 3 ou 4 anos nunca vai ser levado para esse lado. Continuo a pensar que o que deve ser feito com crianças maiores é o que proponho no livro *Rumo à palavra*²⁸. Precisamos entender a distância que existe entre o manejo do bebê e da criança maior. Com 2 ou 3 anos a gente escuta os significantes, funcionamos de uma maneira totalmente diferente. Nada de pezinho na boquinha, ou mãozinha. Claro que uma criança maior vai fazer a tentativa de brincar de xicrinha, claro que vou tomar chazinho dizendo que está uma delícia. A partir daí, não se passa mais no corpo, há a sublimação. Ninguém precisa aprender que quando uma criança te oferece um cafezinho você deve ter interesse em achar gostoso, não? Não é você que está fazendo a reanimação psíquica, de certa maneira, é a criança que está. Os casos em que não se aplicam o manejo de reanimação psíquica são os casos de psicose e de autistas maiores. A meta do trabalho com autistas maiores não é o de reanimação psíquica, é de escuta e de abaixar a tensão. O trabalho de pôr em funcionamento o terceiro tempo do circuito pulsional se destina à clínica com bebês e seus pais.

²⁷ Graciela Cullere-Crespin é psicanalista em Paris, membro da *Association Lacanienne Internationale*, afiliada a WAHIM (*World Association for Infant Mental Health*), especialista em psicopatologia do bebê e da criança pequena, trabalha com a formação de médicos e profissionais em torno da prevenção precoce.

²⁸ LAZNIK-PENOT, M-C. **Rumo à palavra**: três crianças autistas em Psicanálise. São Paulo: Editora Escuta, 1997.

ANEXO C

Entrevista com Dra. Leda Mariza Fischer Bernardino²⁹

Realizada em 03 de Junho de 2013

Pergunta 1:

Você encontrará em um dos capítulos da dissertação um debate sobre o processo de formação de conhecimento em psicanálise e as constantes transformações sofridas pelos conceitos neste campo. No decorrer da pesquisa, me deparei com a curiosa noção de *epistemopatia*, cunhada pelo psicanalista Daniel Delouya (2003)³⁰. Este conceito serve para destacar a impossibilidade de traçarmos o percurso de descoberta do conhecimento em psicanálise, sem abordarmos o universo psíquico e as paixões dos pesquisadores. Nesse sentido, quais seriam as motivações pessoais que a levaram a pesquisar sobre as formas de tratamento e prevenção dos problemas na infância?

Resposta 1:

Desde que eu fazia faculdade de psicologia, mais ou menos pelo terceiro ano, comecei a me interessar pela psicologia do desenvolvimento e pela ideia do trabalho com crianças. Na época, tinha lido um livro chamado *Ninguém é uma ilha*³¹, de um escritor alemão. A filha do personagem principal era deficiente e o livro conta sobre o trabalho de uma médica, alguém da área clínica, que atendia essa garota. Eu fiquei muito impactada por aquilo e comecei a me interessar. Foram dois interesses que surgiram em paralelo, o interesse pela psicanálise e o interesse pelo trabalho com a infância. A partir daí, comecei a fazer cursos de extensão, algumas formações, como psiquiatria da criança, e quando terminei o curso já fui em paralelo à minha formação em psicanálise buscar um trabalho específico de clínica com crianças, que na época acontecia em Curitiba, com um psiquiatra paulista, o Oswaldo di Loureto³², que era

²⁹ Leda Mariza Fischer Bernardino é psicanalista, membro-fundador da Associação Psicanalítica de Curitiba, analista membro da Association Lacanienne Internationale, professora titular da PUC-PR, pós-doutorado pela Université Paris VII, autora do livro *As psicoses não decididas na infância: um estudo psicanalítico* (São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004).

³⁰ DELOUYA, Daniel. **Epistemopatia**: o conhecimento na clínica psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

³¹ SIMMEL, Johannes Mario. **Ninguém é uma ilha**. Círculo do Livro: 1975.

³² Oswaldo di Loureto foi um médico psiquiatra pela Universidade de São Paulo. Foi um dos pioneiros na psicoterapia infantil no Brasil e estudioso da psicanálise. Criou a teoria da patogênese dos vínculos, publicada no

uma referência na área da infância nos anos 1980. Fiz um curso teórico-prático, parte com ele e parte com psicanalistas lá de Curitiba mesmo. Como fiz estágio desde estudante numa escola para crianças excepcionais, quando me formei já tinha esta prática, tinha sido monitora, tinha tido esta experiência. Abriram muitos cursos de Psicologia, na época, em Curitiba; então, me formei em Janeiro, em Fevereiro já comecei a dar aula de psicologia do excepcional. Isso fez com que eu ficasse cada vez mais dentro deste campo da infância, da psicopatologia e da clínica. Foi uma confluência da clínica com a escola especial.

Pergunta 2:

No texto *O desenvolvimento, a perspectiva estrutural e a psicanálise*³³ você fundamenta a utilização da noção de desenvolvimento a partir da capacidade do sujeito de ser apropriado e capturado pela estrutura da linguagem, à qual estamos submetidos desde antes do nascimento. Em um primeiro momento do texto, você faz referência ao processo de construção do psiquismo partindo do registro Simbólico, formador do registro Imaginário e, por fim, instaurando o registro Real. Num segundo momento, você constrói o seguinte pensamento: “Interessa-nos, portanto, defender a ideia de que a estrutura do sujeito não é um dado *a priori*, nem produto de um momento de definição único e cristalizado, mas o resultado de vários tempos, que primeiro se instauram e depois são tomados diferentemente, considerando um desenvolvimento Real, de um corpo tomado como Imaginário, de uma série de processos de contato com a estrutura simbólica preexistente que ele encontra ao nascimento”. Poderíamos pensar que a primeira construção teria a ver com uma forma de sistematização do processo de construção do psiquismo útil à transmissão didática dos conceitos e processos inerentes à teoria da primeira infância, e que a segunda forma, às avessas, teria a ver com os fenômenos que se apresentam na clínica e com a direção do tratamento, partindo de um Real orgânico sintomático para uma investigação dos elementos imaginários, chegando a uma elaboração simbólica?

livro *Origem e modo de construção das moléstias da mente (psicopatogênese): a psicopatogênese que pode estar contida nas relações familiares* (2004). Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000300001&script=sci_arttext>.

³³ BERNARDINO, Leda. O desenvolvimento, a perspectiva estrutural e a psicanálise. In: **O bebê e a modernidade**: abordagens teórico-clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

Resposta 2:

Essa fala que fiz num congresso de clínica de bebês é uma fala bem sintética e condensada que resume a minha tese. A minha tese, que foi feita no campo da psicologia do desenvolvimento, era iminentemente clínica, meu material todo foi clínico, mas trabalhei e fui recebida no enquadre do departamento de psicologia escolar e desenvolvimento humano. A ideia-chave é uma contraposição, um debate com colegas psicanalistas que trabalham com a ideia do infantil e com a questão de que o sujeito não tem idade e que, portanto, as questões do desenvolvimento não têm a ver com a psicanálise. Eu trabalho no avesso disso, considerando que na infância temos um entrecruzamento desses dois tempos, o tempo cronológico que tem a ver com aspecto evolutivo, com as funções, habilidades, maturação e crescimento, e o tempo dito lógico, para Lacan, que tem a ver com uma série de operações lógicas. Estas não têm um tempo cronológico, elas se instauram e precisam de sucessivas confirmações, trabalhando sempre com os três tempos propostos por Lacan: o instante de ver, o tempo de compreender e o tempo para concluir. Na verdade, é a partir do terceiro tempo que posso pressupor os outros dois, e isso não tem idade, mesmo. Mas a instauração de um psiquismo depende de aspectos da maturação e do desenvolvimento. Ao mesmo tempo em que um psiquismo se constitui, temos aspectos evolutivos que se instauram e se aperfeiçoam. O tempo todo trabalho com essas duas lógicas; isso promove um diálogo que não é muito comum para grande parte dos psicanalistas lacanianos. O meu problema de pesquisa foi me contrapor a esses psicanalistas que supõem a estrutura como algo já dado muito cedo na vida de um sujeito, justamente porque minha ideia na tese era de trabalhar o fato de que a estrutura, uma vez não decidida na infância, tenho como, a partir do trabalho clínico, infletir sobre a decisão dessa estrutura. É isso que mostro nos meus casos clínicos, com um caso que revi anos depois, como meu material de pesquisa, para poder articular com as ideias da tese. Então, trabalho com os três registros de Lacan (Real, Simbólico e Imaginário), com ideia das operações psíquicas (Estádio do Espelho, Épido, Latência etc.), e ao mesmo tempo, contrapondo com as questões do desenvolvimento. Essa ideia da infância como algo que se desenvolve, são aspectos imaginários para Lacan, toda a construção da realidade e do corpo se dá no registro Imaginário. Ao mesmo tempo, a ideia do infantil freudiano, que tem a ver com estrutura para Lacan, é aquilo que vai constituir o psiquismo, o recalcado. Isso se dá a partir do encontro com a linguagem, com esta estrutura que é, ao mesmo tempo, formadora e organizadora do psiquismo, para Lacan. Claro que, tanto o aspecto de montagem, de construção do corpo e da realidade, quanto o encontro com o aspecto Simbólico, nunca é

completo e total; ele sempre deixa um resto que é o não simbolizado, o que fica como Real. Há uma forma de pensar o Real, para Lacan, como o impossível de ser simbolizado, como resto. Por exemplo, o objeto a, as pulsões, algo do desejo que permanece fora da simbolização. E ao mesmo tempo, o corpo enquanto Real, enquanto puro organismo. Aí começa a ter a ver com o tema que te interessa, o fato de que se esse corpo é tomado no seu Real, porque tem dificuldades, síndromes, porque há uma urgência na sua sobrevivência física, pode acontecer de haver um obstáculo para que os registros Imaginário e Simbólico possam se instaurar.

Pergunta 3:

Este ponto da sua obra é muito importante à pesquisa da noção de Reanimação Psíquica, no tocante à hipótese que você faz acerca da ocorrência de momentos de suspensão, ou de vacilação entre uma operação psíquica fundamental e a posterior. Esses momentos de suspensão seriam localizáveis em termos do desenvolvimento?

Resposta 3:

Não. Esses tempos são localizáveis em termos lógicos, porque há uma pressa no sentido de concluir quem eu sou, e fazer uma afirmativa, mesmo que eu não saiba completamente, para eu poder me sustentar numa identidade, isso aparece no apólogo dos três prisioneiros trabalhado no texto dos tempos lógicos (Lacan³⁴). Lacan retoma isso em vários momentos de sua obra, mostrando justamente esses momentos de crise, o que é muito interessante, pois podemos fazer um paralelo com a ideia de Piaget sobre o desequilíbrio, onde temos a acomodação, a adaptação e os momentos de desequilíbrio que exigem uma reacomodação e uma readaptação. Lacan trabalha com a ideia de que há determinados momentos de crise em que o está aí não vale mais, mas eu ainda não sei o que vale, pensando em crises identificatórias. Nesses momentos, há uma suspensão das certezas, porque o que eu tinha montado até então como hipóteses sobre a minha identidade não vale mais, mas eu não sei ainda que elementos eu vou buscar para poder ancorar a minha identidade. Então, eu fico em suspensão. Isso acontece, apresentando um exemplo bem simples, quando nasce um irmãozinho. Eu não sou mais o único bebê da casa, não sou mais quem eu imaginava que era,

³⁴ LACAN, J. (1945). O tempo lógico e a asserção de certeza antecipada: um novo sofisma. In: ESCRITOS. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998. p. 197-213.

porque imaginava meu universo assim: eu e meus pais. De repente, nasce um irmão e se rompe o meu lugar. Se quem está ao redor não consegue me fornecer elementos Imaginários e Simbólicos, nos quais eu possa me agarrar para rearranjar, remontar a minha identidade, eu fico em suspensão. Isso pode acontecer, por exemplo, quando aspectos inconscientes dos pais fazem com que eles não percebam isso, ou percebam e repitam algo da sua própria história etc. A criança que fica perdida, e para não se aniquilar, no sentido winnicottiano do termo, produz sintomas que podem, às vezes, ter aparência de muita gravidade, como o sintoma autístico e o sintoma psicótico. Eu faço a hipótese de que, nesses momentos, não trata-se da instalação de uma psicopatologia, mas da instalação de uma defesa do sujeito para poder lidar com o tempo de suspensão. Se nesse momento a criança encontra alguém que lhe diga “é uma doença, é tal diagnóstico” ela pode, por sua fragilidade identificatória, fixar-se nisso, assim como seu meio. Isso produz a doença, muito mais do que faz um diagnóstico dela. Se por outro lado, ela encontra um bom interlocutor, e esse é o aspecto-chave da minha tese, ela vai poder retomar a sua busca identificatória e encontrar, no contexto da análise, significantes com os quais possa montar uma nova identidade, ou seja, remontar sua nova identidade nesse novo momento.

Pergunta 4:

Quais seriam as possíveis falhas nas operações psíquicas para a formação de sintomas autísticos e psicóticos, e se há diferença na condução do tratamento, em termos de manejo clínico?

Resposta 4:

Na tese, o que chamo de momentos-chave, o tempo zero ou mítico, que seria o tempo da formação do Estádio do Espelho, coloco uma vacilação ou suspensão, como o momento propício para o surgimento do autismo. Faço uma diferenciação entre autismo e psicose, em relação ao momento primitivo e arcaico em que isso ocorre. Esse primeiro tempo de constituição do psiquismo, que é o entrecruzamento de duas operações básicas, o tempo da alienação, que é o momento de entrada no campo Simbólico, a partir de alguns significantes que vão ser tomados pelo sujeito como o representando, e a identificação imaginária em que se dá a imagem no espelho. Uma vacilação, no sentido de não encontrar interlocutores que validem essas operações psíquicas, poderia levar ao autismo. Já a psicose, penso que ela se

daria em tempos posteriores, entre o estágio do espelho e a operação edípica, ou entre a operação edípica e a latência. Estes seriam tempos em que já houve a alienação, e uma certa apreensão da imagem no espelho, mas que a entrada na função paterna, no sentido da não inscrição desta função, se deu de maneira a não ter sido confirmada. Trabalho com a ideia de que a forclusão, assim como o recalque, tem tempos de instalação. Nesse sentido, a diferença entre autismo e psicose estaria muito mais no sentido da precocidade do tempo de formação do psiquismo muito incipiente, no caso do autismo. E no caso da psicose, seria um tempo em que a criança teve uma primeira entrada em algumas operações psíquicas, só que, como as operações posteriores confirmam a anterior, há uma ligação intrínseca entre elas. Portanto, na psicose, também encontramos falhas na operação do estágio do espelho e na alienação, embora isso marque, muito mais, a questão da separação, em termos lacanianos.

Pergunta 5:

No capítulo de apresentação do livro *O bebê e a Modernidade: abordagens teórico-clínicas*³⁵ você e sua colega Claudia Mascarenhas³⁶ fazem menção direta ao conceito de Reanimação Psíquica, relacionando a intervenção do psicanalista ao trabalho de prevenção em saúde mental, tanto na prematuridade como na primeira infância. Como a noção de Reanimação Psíquica descreveria a sua prática clínica?

Resposta 5:

Um dos capítulos que pretendia incluir na tese foi por sugestão do examinador Leandro Lajonquiere³⁷, retirado da tese, e que ficou como um “resto” dela a questão da prevenção. Era a ideia direta, pois se trabalhamos, por exemplo, com o caso que apresento, do menino que chegou com seis anos numa psicose não decidida, a primeira coisa que me vem à mente é: o que será que teria acontecido se eu tivesse encontrado esse paciente mais cedo? A minha tese

³⁵ BERNARDINO, Leda; FERNANDES, Claudia M. (Org.). **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

³⁶ Claudia Mascarenhas Fernandes é psicanalista, Doutora em Psicologia Clínica pela USP, especialista em psicopatologia do bebê pela Universidade de Paris Nord, autora das publicações “A criança em cena: do infantil à perversão”, “O sofrimento precise: uma introdução a psicopatologia do bebê”, “Psicanálise para aqueles que não falam?: A imagem e a letra na clínica com o bebê”.

³⁷ Leandro Lajonquiere é psicanalista, realizou estágio clínico na Ecole Expérimentale de Bonneuil, sob a direção de Maud Mannoni (1995). É livre-docente em Filosofia da Educação e Ciências da Educação pela Universidade de São Paulo (1999).

leva à ideia de intervenção precoce e, portanto, à ideia de prevenção em saúde mental. Ideia da qual não saí; estou indo agora para promoção em saúde mental, com minhas pesquisas nas creches. Quanto mais precoces são esses momentos de suspensão, mais precocemente temos um psiquismo entregue à sua própria sorte, ou seja, entregue aos automatismos neurobiológicos. Quer seja numa UTI neonatal onde a urgência de cuidados médicos pela sobrevivência biológica faz uma centralização tal sobre o corpo do bebê que se esquece do aspecto psíquico que, ao mesmo tempo, é bastante lesionado nos pais, no sentido da suposição do sujeito que os pais teriam. Esta suposição é, de alguma forma, abortada no momento em que se passa a lutar pela sobrevivência física do bebê. Tanto nessa área onde a noção de reanimação psíquica foi cunhada, porque pegamos este conceito da Catherine Mathelin mesmo, quanto no autismo precoce, por exemplo, quando encontramos crianças com poucos meses entregues aos automatismos neurobiológicos, porque todo o aspecto Simbólico não se instaurou. Então, também aí cabe a ideia de reanimação psíquica, porque, em princípio, esse aparelho psíquico estaria pronto e receptivo para acolher o que do ambiente viria em termos dos aspectos Simbólicos, mas algo acontece que esse encontro com o ambiente no sentido Imaginário e Simbólico não se dá. A criança fica entregue aos automatismos neurobiológicos e isso leva a toda uma sintomatologia. A ideia de poder intervir aí, seja no caso do autismo ou de uma depressão precoce, seria para retomar o encontro da criança com o outro, no sentido daquele que vai dar à criança significações (aspectos Imaginários) e significantes (aspectos Simbólicos).

Pergunta 6:

Ensaçando uma expansão da noção de reanimação psíquica, haveria, na sua opinião, a aplicabilidade da noção a outras clínicas?

Resposta 6 :

Acho que sim, nunca tinha pensado nisso, mas é por aí que você vai, não é? Se fizermos um paralelo, por exemplo, um paciente que sofre um enfarto, um AVE (acidente vascular encefálico), que vai para a UTI, algumas situações que aparecem como psicotizantes, ou de confronto com algum Real traumático, podem produzir, em termos psíquicos, algo análogo, como uma depressão grave, uma melancolia, uma catatonia. Nesse sentido, caberia fazer a importação deste termo, reanimação psíquica, no caso de atendimento a adolescentes e

adultos.

Pergunta 7:

O psicanalista francês Pierre Marty também utiliza a noção de reanimação psíquica para falar do manejo utilizado em casos de síndromes psicossomáticas. Caberia, na sua opinião, a aproximação deste conceito com o manejo de síndromes psicossomáticas na infância?

Resposta 7:

Não é uma clínica na qual eu transite muito. Vou falar, inclusive, num congresso de psicossomática sobre o diagnóstico, mas em função do meu livro. Claro, na clínica da infância acabamos atendendo casos de eczema, de asma, de infecções de repetição, mas nunca trabalhei pessoalmente com casos graves, talvez alguns de anorexia, se é que podemos colocar a anorexia no campo da psicossomática. Se for aí, sim, caberia. Mas na clínica com adultos com síndromes psicossomáticas não me arriscaria falar, não é meu departamento.

Pergunta 8:

Considerando o trabalho da Maud Mannoni³⁸ junto a crianças com deficiências mentais, e a noção de pseudodeficiências, poderíamos pensar a psicanálise estando a serviço de práticas de reabilitação?

Resposta 8:

Sim, totalmente. Trabalhei bastante e ainda trabalho com a área das deficiências, pessoalmente e em supervisão, que é essa clínica com bebês com graves problemas do desenvolvimento. E, aliás, foi por aí que houve toda essa intersecção entre desenvolvimento e estrutura. A Maud Mannoni foi central na minha formação; eu fui para Bonneil, trabalhei com ela. Quando me formei, nos anos 1980, os livros *A criança, sua 'doença' e os outros* e *A criança retardada e a mãe* eram bíblias pra gente, pois era o que existia de escritos sobre psicanálise das crianças do ponto de vista lacaniano. Embora, na época, ela estivesse no índice

³⁸ MANNONI, Maud. **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

do meio lacaniano, quando fui para a França, fui procurá-la. E quando trabalhei na escola de deficientes mentais e auditivos o embasamento era todo psicanalítico. O texto *A psicanálise e a atuação no campo da educação especial*³⁹ sintetiza essas ideias. Mesmo na faculdade, quando dava aulas e supervisão na disciplina que se chamava na época psicologia do excepcional, era tudo embasado na psicanálise, a partir dos trabalhos da Mannoni e do pessoal das comunidades terapêuticas, como o Jean Oury⁴⁰ e o pessoal do Hospital Labote que trabalhava com psicanálise, antipsiquiatria e psicologia institucional. Roger Misés⁴¹ fala em psicoses pseudodeficitárias no livro *A criança deficiente mental*⁴².

Pergunta 9:

Maud Mannoni fala em seus trabalhos que a diluição das pseudodeficiências faria com que a criança se mostrasse em sua pura deficiência orgânica. Abordar o fantasma familiar e o comprometimento psíquico faria com que a criança melhorasse seu desempenho cognitivo e funcional, de forma geral, na escola e na sociedade. Poderíamos dizer que esta é uma abordagem que se aproxima do trabalho/noção de reanimação psíquica?

Resposta 9:

Em determinado aspecto, sim. Pois se é uma criança que está indo no sentido de uma psicotização, de uma psicose secundária a um comprometimento orgânico, o trabalho da Mannoni, de visar os aspectos Simbólicos da relação faz com que não haja esse encaminhamento. Ela põe em movimento o que está se cristalizando, se põe à escuta da criança na fantasmática dos pais. Se é um trabalho bem sucedido, podemos falar em reanimação psíquica, porque é uma criança que está sendo retirada desse lugar Simbólico, de desejo e situada numa posição mais objetal. Então, nesse sentido, sim. Daria para resumir do ponto de vista lacaniano que quando fazemos uma abordagem na qual apostamos no sujeito, independente da precariedade orgânica dele, damos lugar, mesmo que seja uma sustentação muito solitária, à possibilidade de um sujeito surgir. Ao fazermos isso, ele é retirado dessa posição de objeto, objeto da medicina, objeto de cuidados, objeto de um treinamento, e esse

³⁹ BERNARDINO, Leda. **A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial.** Estilos da Clínica, 2007, v. 12, n. 22, p. 48-67.

⁴⁰ Jean Oury é um psiquiatra e psicanalista francês.

⁴¹ Roger Misés foi um psicanalista especialista em pedopsiquiatria. Foi motor de uma psicopatologia da diversidade e encontra uma etimologia 'coisificante'.

⁴² MISÉS, Roger. **A criança deficiente mental.** Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

movimento de antecipação do sujeito, propondo-lhe esse lugar, é um movimento que busca a instauração de um psiquismo. Nesse sentido, podemos pensar em reanimação psíquica.

Pergunta 10:

Você poderia citar algum caso clínico que ilustre a aplicação da noção de reanimação psíquica?

Resposta 10:

No livro *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*⁴³ há um artigo sobre UTI neonatal onde incluo várias vinhetas que ilustram um pouco isso. Na minha clínica, o caso mais recente, que ainda estou atendendo, é o caso de uma menina de um ano e sete meses que tinha toda uma sintomatologia autística. Os pais eram um casal muito adolescente, que continuaram, depois de ter a filha, com a mesma vida que tinham antes. Essa menina ficou entregue a uma babá muito pouco afetiva, e quando eles deram por si, perceberam que a criança apresentava um importante fechamento. Fizeram uma viagem e quando voltaram não havia mais relação entre a criança e eles. Vieram apavorados e foi feito um trabalho de aproximação, de montagem desse laço pais-bebê; eles se deram conta que tinham um lugar a ocupar como pai e mãe. A menina reagiu muito bem, saindo de uma suposta posição autística, retomou a fala e o contato com os pais.

⁴³ KUPFER, M.C. et al. *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012.