

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Roberta Bomfim Pedro Bom

**Problemas de linguagem e de alimentação:
Manifestações da fixação oral na clínica fonoaudiológica**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

São Paulo

2012

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC/SP**

Roberta Bomfim Pedro Bom

**Problemas de linguagem e de alimentação:
Manifestações da fixação oral na clínica fonoaudiológica**

DOUTORADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Tese apresentada à Banca examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTOR em Psicologia Clínica, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Lucia Vieira Violante

São Paulo

2012

Banca Examinadora

*Dedico este trabalho à minha
amada filha Beatriz, que
transborda minha vida de
alegria... com suas pequenas
palavras e doces sorrisos.*

Agradecimentos

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Lucia Vieira Violante, pela realização das cuidadosas e numerosas leituras deste trabalho que resultaram em valiosos diálogos, material indispensável para minha escrita e para o meu crescimento, enquanto pesquisadora.

À Profa. Dra. Maria Claudia Cunha, pela competente apreciação durante o exame de qualificação, que possibilitou um novo direcionamento de importantes questões presentes nesta tese; mas acima de tudo, pela constante presença em minha trajetória.

À Profa. Dra. Ivone Carmem Dias Gomes, pela contribuição no exame de qualificação, que fez com que esta tese pudesse atingir novos caminhos de interlocução com a Psicanálise.

Às Profas. Dras. Ruth Palladino e Vera Zimmermann, por aceitarem meu convite de participação na banca examinadora de defesa da tese e pelas parcerias anteriores.

Ao Sandro, meu marido, amigo e companheiro, pela parceria e por seu envolvimento verdadeiro neste trabalho e na minha vida.

Aos meus pais, guardiões zelosos de um bom começo... o que me proporcionou muitas realizações pessoais e a possibilidade de trilhar o meu próprio caminho.

Aos meus irmãos, Bruno e Keka, pela alegria incomparável e por terem vibrado comigo a cada conquista.

Aos meus pacientes que me motivam a cada dia.

Ao CNPq, pela bolsa a mim concedida.

RESUMO

Na clínica fonoaudiológica, a relação entre problemas de linguagem e de alimentação tornou-se alvo de pesquisas devido à frequência com que tais manifestações ocorrem em pacientes infantis. Atualmente, estudos ressaltam a importância de se considerar a articulação entre problemas de linguagem e de alimentação enquanto problemas na oralidade. Objetivei investigar, nesta tese, a natureza da manifestação da co-ocorrência entre os problemas de linguagem e de alimentação, na primeira infância e a ação do desejo e do discurso parental na constituição do sujeito e sua relação com a assunção de um Eu desprovido de autonomia no registro corporal e psíquico. Para tal, o método empregado foi de natureza clínica- qualitativa e consistiu no estudo do caso clínico de Guilherme, quatro anos. Os aspectos levantados por meio da experiência clínica foram fundamentados em dialogia com o aparato teórico selecionado a partir das literaturas psicanalítica e fonoaudiológica. A partir da articulação entre a fundamentação teórica e clínica, formulei a tese de que, em alguns casos, a manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação pode ser entendida enquanto uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal, fomentada por um desejo materno de “que nada mude” – desejo que nega o nascimento de um sujeito singular e autônomo. Nesse sentido, pôde-se concluir que os tratamentos que visam adequar, de modo dicotômico, as funções e condutas orais podem trazer resultados superficiais, sem garantir a compreensão e o alcance mais profundos das manifestações patológicas. A partir do conceito de transferência, presente na teoria psicanalítica, o setting fonoaudiológico deve permitir o trânsito dos afetos presentes no discurso dos pais e das crianças, o que, a meu ver, possibilita melhores resultados na intervenção terapêutica.

Palavras-chave: linguagem, transtornos de linguagem e comportamento alimentar

ABSTRACT

In the speech therapy clinical practice, the relation between the feeding and language disorders became object of researches due to the frequency with that these disorders co-occur in children. Actually, studies indicate the co-occurrence of feeding and language disorders as an orality problem. The purpose of this research was to investigate the nature of the manifestation of the co-occurrence between the feeding and language disorders, in the childhood, and the action of the parental desire and speech in the subject's constitution and your relation with the assumption of a self without body and psychic autonomy. To achieve it, the method was clinical-qualitative carried out by means of one clinical case study, Guilherme, four years. Joined to it, there was a bibliographic revision of the speech therapy and psychoanalytic literatures. Knowing of the relation between the theoretical and clinical material, I formulated the thesis of that the co-occurrence of feeding and language disorders can be understood like a fixation on the oral stage of the organization of the libido; promoted by the maternal desire of "that nothing changes" – desire that denies the birth of a singular and autonomous subject. Thus, it can be concluded that the treatments that aim to adapt, of the dichotomous way, the oral functions can bring superficial results, without the guarantee of the understanding of the pathological manifestations. From the transference, concept of the Psychoanalysis, the speech therapy setting must allow the transit of the affects presents on the parental and children's speech, which, from my point of view, to permit better results on the therapeutic intervention.

Key-words: language, language disorders, feeding behavior

Sumário

Introdução.....	9
Capítulo I – A relação entre o corpo e a constituição do sujeito psíquico na literatura psicanalítica.....	20
1.1. A teoria freudiana – Da “vivência de satisfação” aos “herdeiros do Complexo de Édipo”.....	20
1.1.1. Organização libidinal oral canibalística.....	27
1.1.2. Organização libidinal sádico-anal.....	31
1.1.3. Organização Genital Infantil – Fase fálica.....	35
Complexo de Édipo/ complexo de castração e seus “herdeiros”	
1.1.4. Período de latência e organização genital adulta.....	42
1.2. A teoria de representação de Piera Aulagnier.....	44
1.2.1. O processo originário.....	45
1.2.2. O processo primário.....	49
1.2.3 O processo secundário.....	51
Capítulo II – A relação entre a fixação oral e a qualidade do desejo materno na co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação.....	57
2.1. Apresentação do problema.....	59
2.2. A co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação enquanto uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal...	69
2.3. A qualidade do desejo materno.....	73
2.4. O conceito de potencialidade e a potencialidade psicótica.....	75
Capítulo III – Guilherme: Para Sempre, “Sua Majestade, o Bebê”	78
3.1. A história de Guilherme.....	82
3.2. O encontro com Guilherme.....	96
Considerações Finais.....	111
Referências Bibliográficas.....	115
Anexo.....	119

Introdução

“Eu já sabia também que as palavras possuem no corpo, muitas oralidades remontadas e muitas significâncias remontadas.”

Manoel de Barros¹

Na clínica fonoaudiológica, a relação entre problemas alimentares e de linguagem tornou-se alvo de pesquisas devido à freqüência com que tais manifestações co-ocorrem em pacientes infantis. Isto significa que é comum o fato de crianças com queixas relacionadas à linguagem, apresentarem também, problemas referentes à alimentação e à região oral².

Segundo Palladino, Souza e Cunha³, os problemas orais circunscrevem as mais variadas formas: alterações de tonicidade e força muscular, relacionadas a imprecisões articulatórias, hiperfagia, hipofagia e idiosincrasias alimentares, como interessar-se apenas por uma textura de alimento (sólido, líquido ou pastoso), “comer depressa”, “comer de boca aberta”, não conseguir alimentar-se à mesa. Tais acontecimentos clínicos apresentam-se simbolizados pela região oral, zona corpórea que representa, por excelência, o objeto de intervenção da Fonoaudiologia.

No entanto, conforme pontuado pelos autores, a co-ocorrência destas manifestações, muitas vezes, é tomada como “coincidência” pelo fonoaudiólogo e os problemas de linguagem e alimentares são abordados como uma co-morbidade⁴. Pode-se observar uma tendência na literatura fonoaudiológica em tratar o comer e o falar como aspectos dicotômicos que demandam intervenções não necessariamente articuladas.

¹ BARROS, Manoel de (2003). *Memórias inventadas: a infância*. São Paulo: Planeta, p.1.

² PALLADINO, Ruth Ramalho Ruivo; SOUZA, Luiz Augusto de Paula; CUNHA, Maria Claudia (2004). Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. In: *Revista Psicanálise e Universidade*, n.21, p.97

³ Idem, Ibidem.

⁴ Idem, p. 98

A alimentação é trabalhada a partir de um contexto fisiológico e funcional. As funções orais de sucção, mastigação e deglutição são abordadas a partir de exercícios mio-funcionais, que visam adequar tais funções para garantir uma nutrição eficiente.

Pode-se notar uma supervalorização da funcionalidade orgânica, em decorrência de um não reconhecimento de marcas subjetivas articuladas a uma relação singular entre corpo, psiquismo e linguagem.

Desse modo, os aspectos alimentares não são trabalhados na relação com os problemas que estão presentes na linguagem (retardo no processo de aquisição da linguagem, alterações fonéticas e fonológicas, gagueira, ceceios). Assim, é necessário ressaltar que:

Tal 'coincidência' é insistente e, portanto, merece ser tratada não como uma incidência simultânea casual, mas sim, como efeito de uma sintaxe sobredeterminante do funcionamento humano.⁵

A partir deste pressuposto, atualmente, pesquisas vêm ressaltando a importância de se considerar a articulação entre problemas de linguagem e alimentação enquanto problemas na oralidade⁶.

Meu interesse em estudar a relação entre problemas de linguagem e problemas alimentares surgiu a partir de minha experiência clínica em consultório particular e em instituições especializadas no atendimento a pacientes psicóticos. O contato cotidiano com crianças que apresentam estes distúrbios levou-me a repensar a abordagem fonoaudiológica na intervenção tanto no que diz respeito às condutas alimentares, quanto às questões acerca da linguagem.

Paralelamente, participei de um grupo de estudos sobre linguagem e psiquismo, no qual alguns fonoaudiólogos discutiam questões relacionadas aos problemas de linguagem sob inspiração da teoria psicanalítica. A articulação de tais

⁵ Idem, Ibidem.

⁶ PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004; GOLSE et GUINOT, 2004; THIBAUT, 2006; FERRAZ, 2006; MACHADO, 2007; PALLADINO, CUNHA e SOUZA, 2007.

experiências clínica e teórica despertou-me o interesse em realizar o presente estudo.

Enquanto fonoaudióloga, os acontecimentos clínicos faziam com que eu me indagasse: Por que essas crianças comem e falam de modo tão conturbado? Quais os aspectos presentes na vida desses sujeitos que influem no surgimento de tal manifestação?

O mais instigante era o fato de que essas crianças, que comiam e falavam mal, possuíam, não apenas bocas “disfuncionais”, mas habitavam corpos que pareciam também não “funcionar” de modo adequado. No discurso dos pais, queixas referentes ao sono, ao controle de esfíncteres, à higiene pessoal, a uma certa agitação motora presentificavam-se de modo insistente.

A história de vida desses sujeitos invadia meu setting fonoaudiológico e inquietava-me reconhecer que tais crianças estavam enredadas em histórias de vida familiar conflitivas, que revelavam relações de dependência e falta de autonomia.

Transferencialmente, eu era convocada a escutar o sofrimento desses pais, que girava em torno da dificuldade de lidar com os próprios filhos e, aos poucos, ia me dando conta de que a queixa inicial endereçada a mim, enquanto fonoaudióloga, a saber, os problemas de linguagem e alimentação era o modo como conseguiam enunciar um pedido de ajuda, que sempre deslizava para o campo das relações. Remeto-me ao conceito de transferência, no sentido freudiano, em que o termo é definido como sendo um processo em que os sujeitos:

[...] desenvolvem para com seu médico relações emocionais, tanto de caráter afetuoso como hostil, que não se baseiam na situação real, mas que derivam de suas relações com os pais.⁷

Assim, ao partir da co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares em crianças, encontrei-me frente a frente com questões relacionadas ao corpo, ao

⁷ FREUD, Sigmund (1925/1926). *Psicanálise*. ESB XX, 1996, p.257.

psiquismo e à linguagem, que se articulavam de modo inédito e imprevisível em cada sujeito.

A busca pela Psicanálise, enquanto uma teoria acerca do psiquismo, justifica-se pelo desejo de compreender a constituição psíquica desses sujeitos e de que modo as manifestações alimentares e de linguagem relacionam-se com suas respectivas histórias libidinais e identificatórias.

A relação entre corpo e psiquismo, que abarca o conceito de oralidade, constituiu-se como a questão disparadora para minha entrada no discurso psicanalítico. Sabemos que a boca desempenha várias funções simultaneamente: é responsável pela respiração, pela alimentação, pela fala e é também lugar de manifestação de afetos⁸ tanto amorosos, quanto agressivos.

Nesse sentido, é de fundamental relevância considerar o processo de transformação de um órgão corporal em uma zona erógena⁹, ou seja, a representação psíquica da zona sensorial investida de libido, local em que transitam pulsões sexuais e agressivas. Em seu texto “Os instintos e suas vicissitudes” (1915), Freud define “pulsão” como:

[...] um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo.¹⁰

No caso da zona oral, a erogenização tem como ponto de partida, o prazer experimentado no ato da amamentação, pelo fluxo de leite morno, pelo contato dos lábios com o mamilo (ou aquilo que o substitui), pelo contato físico da mãe que embala o bebê e pela voz materna. Há enfim, uma série de elementos que proporcionam prazer para o bebê aliado à sensação de saciedade dada pelo alimento.

⁸ GOLSE, B.; GUINOT, M. (2004). La bouche et l'oralité. In: *Rééducation orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*. Paris, vol. 42(220), p. 23-30.

⁹ FREUD, Sigmund (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *ESB VII*, 1996, p.172.

¹⁰ FREUD, Sigmund (1915). Os instintos e suas vicissitudes. *ESB XIV*, 1996, p. 127.

Freud postula que a origem do sujeito psíquico está relacionada à “vivência de satisfação” e afirma que, nos primórdios da vida do ser humano, em que há uma dependência absoluta do outro, chega-se a uma “vivência de satisfação”, a qual põe fim ao estímulo externo.¹¹

Assim, a partir desta vivência, quando esta necessidade (alimentar e libidinal) for novamente despertada no bebê, “surgirá de imediato uma moção psíquica que procurará recatexizar a imagem mnêmica da percepção, isto é, restabelecer a situação de satisfação original. Uma moção dessa espécie é o que chamamos de desejo.”¹²

De acordo com Freud, a constituição da psique inicia-se após o nascimento, quando o bebê experencia a “vivência de satisfação” relacionada a uma necessidade biológica(como por exemplo, a fome) e também libidinal. O conceito freudiano de libido é definido como:

[...] uma força quantitativamente variável que poderia medir os processos e transformações ocorrentes no âmbito da excitação sexual. Diferenciamos essa libido, no tocante a sua origem particular, da energia que se supõe subjacente aos processos anímicos em geral, e assim lhe conferimos também um caráter qualitativo.¹³

A vivência de satisfação depende de assistência alheia, no caso, da mãe ou substituto; instaura-se, assim, o desejo¹⁴. Segundo o autor, o desejo, por meio de traços mnêmicos, visa reestabelecer a situação de satisfação original¹⁵.

O prazer erógeno é vivenciado a partir da intervenção de um outro já constituído do ponto de vista psicosssexual¹⁶. Nesse sentido, de modo imbricado à sexualidade, Piera Aulagnier (1975) afirma que:

¹¹ FREUD, Sigmund (1900). A interpretação dos sonhos, *ESB V*, 1996, p.594.

¹² Idem *Ibidem*, p. 595.

¹³ FREUD, Sigmund (1905). *Op. Cit.*, p.205.

¹⁴ FREUD, Sigmund (1900). *Op. Cit.*, p.594.

¹⁵ Idem, p.595.

¹⁶ Entende-se por psicosssexual, a indissociabilidade entre psique e sexualidade na constituição do sujeito psíquico.

(...) no momento em que a boca encontra o seio, ela encontra e absorve um primeiro gole do mundo. Afeto, sentido, cultura estão co-presentes e são responsáveis pelo gosto das primeiras gotas de leite que o infans toma. A oferta alimentar se acompanha sempre da absorção de um alimento psíquico, que a mãe interpretará como absorção de uma oferta de sentido.¹⁷

Este momento marca o bebê para além de suas necessidades alimentares, a partir daquilo que o outro antecipa e significa para ele. Ao fazer isso, a mãe não está apenas alimentando o filho com vistas ao desenvolvimento funcional de seu corpo, mas sobretudo, está colocando a criança na ordem da sexualidade.

A erogenização oral mantém-se durante toda a vida do sujeito, ao lado da erogenização de outras zonas corporais. Em “Esboço de Psicanálise” (1938/1940), Freud afirma que as zonas erógenas são partes corporais, em que se origina a libido, “embora, de fato, o corpo inteiro seja uma zona erógena desse tipo”¹⁸. Assim, “corpo erógeno” trata-se daquele que possui uma representação psíquica por ter sido investido libidinalmente pela mãe, em primeiro lugar.

Ao salientar a importância da relação entre psiquismo e sexualidade na obra freudiana, Violante afirma que:

Desde o início – após a vivência de satisfação-, indissociáveis que são, sexualidade e psiquismo selam o destino do sujeito, por meio da articulação entre psique e sexualidade no complexo de Édipo e de sua subordinação ao complexo de castração.¹⁹

Neste processo, a assistência alheia torna-se o eixo central, não só para a sobrevivência fisiológica, uma vez que a criança, ao nascer, depende, incondicionalmente, do outro para os cuidados básicos, mas também para o nascimento do sujeito psíquico.

No que diz respeito ao corpo e à importância do investimento libidinal materno no corpo do bebê, encontro na teoria de Piera Aulagnier, a qual se encontra em

¹⁷ AULAGNIER, Piera (1975). *A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979, p. 40.

¹⁸ FREUD, Sigmund (1938/1940). *Esboço de Psicanálise*. *ESB XXIII*, 1996, p.164.

¹⁹ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). *Ensaio freudianos em torno da psicosexualidade*. São Paulo: Via Lettera, p.103-104.

total consonância com a teoria freudiana, um forte suporte teórico. A autora considera o corpo como parte integrante do funcionamento psíquico e privilegia a atividade psíquica de representação, definindo-a como a responsável por inscrever na psique o vivido, um elemento de informação libidinal²⁰.

Tal investimento libidinal é fundamental para que a criança, no final da infância, tenha como referente um “corpo psíquico”;

[...] cuja história prove o amor que se lhe dedicou, o reconhecimento e a valorização de sua identidade sexual, de sua singularidade, o desejo de vê-lo preservar, se modificar, se tornar autônomo.

Para a autora o Eu é portador de uma história libidinal, mas também identificatória, em que o desejo e o discurso do casal parental são considerados “organizadores do espaço familiar”²¹ e possuem uma função identificatória.

De acordo com Aulagnier, há uma distinção entre o desejo de maternidade e o desejo de filho. A autora afirma que:

Este desejo de filho deve ser diferenciado do desejo de maternidade, que é o desejo de repetir em forma especular sua relação com a mãe. Este desejo é catastrófico para a criança. O catastrófico é que para estas mulheres é impossível aceitar o novo. Em francês dizemos ‘novo nascido’ (recém-nascido). Estas mulheres podem aceitar que alguém haja nascido, mas não que seja algo novo.²²

A autora enfatiza que as consequências deste desejo materno que se expressa por um “que nada mude”, diferentemente do desejo de ter filhos, que aposta no devir de um sujeito autônomo, portador de discurso e desejos próprios, são altamente desestruturantes para o funcionamento do Eu. Acrescenta que o desejo de maternidade pode ser encontrado nas mães daqueles que virão a se tornar psicóticos.

²⁰ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.27.

²¹ Idem, p.105.

²² HORNSTEIN, Luís (2010). Diálogo com Piera Aulagnier. In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira. *Desejo e Identificação*. São Paulo: Anna Blume, p. 62.

Tais apontamentos teóricos são necessários no sentido de justificar minha busca no referencial psicanalítico em relação a elementos que me possibilitassem obter uma melhor compreensão da articulação entre a história libidinal e identificatória e as manifestações de linguagem e alimentação do sujeito que escolhi para fundamentar clinicamente minha tese. Faz-se necessário ressaltar que este sujeito foi atendido por mim, como fonoaudióloga, assim, a Psicanálise será utilizada apenas enquanto uma teoria acerca do psiquismo.

Nesse presente estudo, objetivo investigar, a partir da relação entre corpo, psiquismo e linguagem:

- a natureza da manifestação da co-ocorrência entre os problemas de linguagem e alimentares na primeira infância, pois não a concebo enquanto um sintoma.
- a ação do desejo e do discurso do casal parental na constituição psíquica do sujeito e sua relação com a assunção de um Eu desprovido de autonomia no registro corporal e psíquico, o que pode favorecer a manutenção dos problemas de linguagem e alimentares.

Concebo o conceito de sintoma tal como está presente na teoria freudiana, que vem a ser o “retorno do recalcado”, o que pressupõe uma solução de compromisso entre o recalcado (presente no id) e a instância recalcadora (o ego). Freud postula que o sintoma é *“um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente, é uma consequência do processo de repressão”*²³.

O método empregado será de natureza qualitativa e consistirá em um estudo do caso clínico de Guilherme, um garoto de 4 anos, atendido por mim, como fonoaudióloga, em consultório particular no período de maio de 2006 até dezembro de 2008. O diagnóstico fonoaudiológico era o de retardo de aquisição de linguagem, além disso, o paciente apresentava voracidade alimentar. Guilherme era portador do diagnóstico psiquiátrico de autismo.

²³ FREUD, Sigmund (1925). Inibição, Sintomas e Ansiedade. *ESB XX*, p.95

Pretendo abordar a questão do diagnóstico psicanalítico, mesmo a Psicanálise sendo utilizada, nesse estudo, apenas como uma teoria acerca do psiquismo e não enquanto método de investigação do inconsciente e nem como técnica terapêutica.

Assim, arrisco afirmar que o aprisionamento na trama familiar e a desorganização corporal e psíquica geradas pela angústia presente em Guilherme levaram-me a suspeitar de que ele parecia estar em vias de se constituir enquanto portador de uma potencialidade psicótica.

Freud organizou a psicopatologia psicanalítica por meio do desenvolvimento psicosssexual da libido e afirmou que a libido regressaria até um ponto onde ela estaria fixada. Este “ponto de fixação” estaria relacionado a especificidade de uma patologia.²⁴

No caso da psicose, há uma fixação na fase oral canibalística; nesse sentido, a co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação pode ser considerada, em alguns casos, como o de Guilherme, uma manifestação de tal fixação oral na clínica fonoaudiológica.

Ao entrar em contato com a história de Guilherme, a partir do discurso parental, pude notar, logo nos primeiros encontros, a presença maciça de uma mãe “excessivamente” cuidadosa e preocupada e uma figura paterna apagada e desvalorizada pelo discurso materno.

O discurso e a postura de Vânia, mãe de Guilherme, em relação ao filho levavam-me a crer que eu estava diante de um desejo expresso por um “que nada mude”, ou seja, o desejo de que Guilherme continuasse a ser um bebê, que dependesse dela para sobreviver, pensar e falar.

²⁴ FREUD, Sigmund (1913). A disposição à neurose obsessiva – uma contribuição ao problema da escolha da neurose. *ESB XII*, p. 341/342.

A voracidade alimentar de Guilherme parecia ser reforçada pela figura materna, que o submetia a uma antecipação exagerada da satisfação de suas necessidades por meio do alimento, de uma certa forma, privando-o de autonomia.

Do ponto de vista da constituição psíquica, Guilherme parecia estar atravessando o complexo de Édipo/complexo de castração, no entanto, notava-se que estava apresentando dificuldades em assumir a castração.

A partir da articulação entre a fundamentação teórica e a clínica, formulei a tese de que nesse caso, a manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação pode ser entendida enquanto uma fixação²⁵ na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal, fomentada por um desejo materno de “que nada mude” - desejo que nega o nascimento de um sujeito singular e autônomo.

O método empregado neste estudo é qualitativo e consistiu em partir de questões vinculadas a minha experiência clínica relacionadas ao atendimento fonoaudiológico de crianças com problemas de linguagem e alimentação. Tais questões foram problematizadas a partir do material clínico de Guilherme, registrado através de escrita e memória.

Os aspectos levantados por meio da experiência clínica serão fundamentados em dialogia com o aparato teórico selecionado a partir da literatura psicanalítica. Os autores Sigmund Freud e Piera Aulagnier ocupam um lugar privilegiado, uma vez que encontro neles respaldo teórico à tese apresentada.

O procedimento utilizado, nesta pesquisa, foi aprovado pela Comissão de Ética e Pesquisa da PUC-SP (protocolo número 303/2011). Em anexo, segue o modelo da carta de consentimento informado, devidamente assinada pelos responsáveis.

²⁵ Tal conceito freudiano será amplamente discutido no capítulo que reservo para a construção teórica da hipótese central deste trabalho.

Não existiram riscos ou desconfortos associados com a pesquisa e não houve compensação financeira para o paciente. Contudo, os resultados deste poderão ser publicados ou apresentados em congressos profissionais e com a finalidade de preservar a imagem do paciente envolvido, seu nome e de seus familiares foram substituídos por outros fictícios.

O trabalho será constituído da seguinte forma: no capítulo I, será apresentada uma revisão da literatura acerca da relação entre o corpo, a sexualidade e a constituição do sujeito psíquico nas obras de Freud e Aulagnier. No capítulo II, pretendo apresentar a construção teórica da hipótese central, a partir do conceito de fixação, presente na obra freudiana e dos conceitos de desejo e identificação presentes na obra de Aulagnier. O capítulo III refere-se à apresentação do caso clínico. E, por fim, seguem-se as Considerações Finais.

Capítulo I

A relação entre o corpo e a constituição do sujeito psíquico na literatura psicanalítica

“(...)assim como não há corpo sem sombra, não há corpo psíquico sem essa história que é sua sombra falada. Sombra protetora ou ameaçadora, benéfica ou maléfica, que protege de uma luz demasiado crua ou que anuncia a tempestade; mas, em todos os casos, sombra indispensável, pois sua perda implicaria a da vida sob todas as suas formas.”

(Piera Aulagnier, 1986)

Ao realizar uma pesquisa científica que utiliza a Psicanálise enquanto uma teoria acerca do psiquismo, com vistas a compreender a natureza da manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares, faz-se necessário, a meu ver, debruçar-se em torno da relação entre o corpo, a sexualidade e a constituição do sujeito psíquico.

Dessa forma, neste capítulo pretendo abordar tal relação a partir das obras de Sigmund Freud e Piera Aulagnier, aporte teórico que selecionei, devido à possibilidade de ampliar e instrumentar minha compreensão frente aos acontecimentos clínicos (que serão apresentados no capítulo III) e de respaldar, do ponto de vista teórico, a tese proposta neste estudo.

1.1.A Teoria Freudiana – Da “vivência de satisfação” aos “herdeiros do Complexo de Édipo”

De acordo com a teoria freudiana, a constituição da psique inicia-se após o nascimento, em que o bebê experencia a “vivência de satisfação”:

(...) que põe fim a um estímulo interno. Um componente essencial dessa vivência de satisfação é uma percepção específica (a da nutrição, em nosso exemplo) cuja imagem mnêmica fica associada, daí por diante, ao traço mnêmico da excitação produzida pela necessidade.²⁶

A satisfação está relacionada a uma necessidade biológica (como por exemplo, a fome) e também libidinal. Tal vivência depende de assistência alheia, no caso, mãe ou substituto. Segundo Freud, a vivência de satisfação “tem as conseqüências mais decisivas para o desenvolvimento das funções individuais”.²⁷

A partir desta vivência, instaura-se o desejo, que visa a reinvestir “a imagem mnêmica da percepção e reevocar a própria percepção, isto é, restabelecer a situação da satisfação original.”²⁸

Ao interpretar a obra freudiana, Violante (2004) ressalta que:

“A inscrição psíquica dos traços mnêmicos dessa vivência, para que instaure o *desejo* – ou seja, a moção psíquica que visa a reinvestir a imagem mnêmica da vivência de satisfação - , decorre do fato de tal vivência não se restringir à satisfação da necessidade alimentar.”²⁹

A autora enfatiza a importância do investimento libidinal materno, o qual é imprescindível para a constituição psíquica do sujeito, desde a vivência de satisfação, afirmando que:

No início de vida extra uterina, a vivência de satisfação inaugura a psique e instaura o desejo com suas duas metas pulsionais – Eros e Tanatos -, no sujeito que há de se constituir psicosssexualmente. Por isso, ela não pode se restringir à satisfação da necessidade alimentar, mesmo porque inexistente leite capaz de erogenizar a boca de alguém.³⁰

Durante toda a obra de Freud, pode-se evidenciar a indissociabilidade entre psiquismo e sexualidade, ou seja, o autor postula que a sexualidade humana possui

²⁶ FREUD, Sigmund (1900). A interpretação dos sonhos. *ESB V*, 1996, p.594.

²⁷ FREUD, Sigmund (1895). Projeto para uma psicologia científica. *ESB I*, 1996, p.422.

²⁸ FREUD, Sigmund (1900). Op. Cit., p.595

²⁹ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). *Ensaio Freudiano em torno da psicosssexualidade*. São Paulo: Via Lettera, p. 60.

³⁰ Idem, p. 51.

um fator psíquico além do somático e a libido ou pulsão sexual – ao lado da pulsão de auto-conservação e da pulsão de morte - coloca em funcionamento a psique³¹.

Esta estreita relação entre psiquismo e sexualidade é a tese central da teoria freudiana sobre a constituição psíquica do sujeito, ou seja, a sexualidade está imbricada no desenvolvimento psíquico de cada ser humano. É importante ressaltar que o conceito de sexualidade, na teoria freudiana, não se restringe à genitalidade e nem à finalidade procriativa.

Em 1905, Freud publica os “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, cujo o tema central é o despertar e o desenvolvimento da sexualidade. Este texto sofre mudanças feitas pelo autor por vinte anos.

Neste trabalho, a sexualidade humana é apresentada desde a sua gênese, no início da infância, abrangendo: uma organização pré-genital da libido, a organização genital infantil, a fase de latência até a organização genital na vida adulta.

O despertar da sexualidade infantil está relacionado aos cuidados maternos com o corpo da criança, ou seja, a mãe ou substituto torna-se o “primeiro sedutor da criança”³². Nas palavras de Freud:

A relação de uma criança com quem quer que seja responsável por seus cuidados proporciona-lhe uma fonte infindável de excitação sexual e de satisfação de suas zonas erógenas (...).³³

As zonas erógenas são descritas por Freud como se tratando “(...) de uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa de determinada qualidade.”³⁴

Embora as zonas erógenas tenham primazia na busca do prazer, Freud afirma que, na organização psicosssexual, o corpo todo possui erogeneidade. Em suas palavras,:

³¹ Idem, p.9.

³² FREUD, Sigmund (1938/1940). Esboço de Psicanálise. *ESB XXIII*, p.202.

³³ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 210/211.

³⁴ Idem, p. 172.

[...] as partes mais proeminentes do corpo de que esta libido se origina são conhecidas pelo nome de “zonas erógenas”, embora, de fato, o corpo inteiro seja uma zona erógena deste tipo.³⁵

A vida sexual, ou melhor, a libido não vem à tona como algo pronto e seu desenvolvimento é constituído por uma série de fases sucessivas que se diferenciam entre si, “(...) sua evolução repete-se, portanto, várias vezes – como a da lagarta em borboleta.”³⁶

Ao entrar em contato com a obra freudiana, pode-se notar a influência decisiva que o impulso sexual possui em nossas vidas e que seu desenvolvimento ocorre “(...) gradativamente a partir de contribuições sucessivas de um certo número de instintos componentes que representam zonas erógenas específicas.”³⁷

Freud postula que:

Uma característica da libido que é importante na vida é a sua mobilidade, a facilidade com que se passa de um objeto para outro. Isto deve ser contrastado com a fixação da libido a objetos específicos, a qual frequentemente persiste durante toda a vida.³⁸

Nota-se que a teoria do desenvolvimento libidinal proposta por Freud, nada tem de desenvolvimentista, ou seja, uma etapa não supera a outra, elas coexistem.

Freud relaciona a vida sexual infantil e a vida sexual adulta, compreendendo que a presença do componente sexual pode ser observado, na infância, a partir de sinais de atividade corporal e que:

[...] somente um antigo preconceito poderia negar o nome de sexual e que se acha ligada a fenômenos psíquicos com que nos deparamos mais tarde, na vida erótica adulta – tais como a fixação a objetos específicos, o ciúme, e assim por diante.³⁹

³⁵ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p.164.

³⁶ FREUD, Sigmund (1916/17). O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais. *ESB XVI*, 1996, p. 332

³⁷ FREUD, Sigmund (1938/1940). OP. Cit., p.164

³⁸ Idem, p. 163.

³⁹ Idem, p. 165/166.

A presença da sexualidade na vida infantil e a erogeneidade corporal são promovidas pelo investimento libidinal materno; nesse sentido, Freud assinala que:

“a pulsão sexual, como bem sabemos, não é despertada apenas pela excitação da zona genital; aquilo a que chamamos ternura um dia exercerá seus efeitos, infalivelmente, também sobre as zonas genitais. Aliás, se a mãe compreendesse melhor a suma importância das pulsões para a vida anímica como um todo, para todas as realizações éticas e psíquicas, ela se pouparia das auto-recriminações mesmo depois desse esclarecimento. Quando ensina seu filho a amar, está apenas cumprindo sua tarefa; afinal, ele deve transformar-se num ser humano capaz, dotado de uma vigorosa necessidade sexual, e que possa realizar em sua vida tudo aquilo a que os seres humanos são impelidos pela pulsão.”⁴⁰

Em 1905, Freud define pulsão, como “o representante psíquico de uma fonte endossomática de estimulação que flui continuamente, para diferenciá-la do ‘estímulo’, que é, produzido por excitações isoladas vindas de fora.”⁴¹

Nesse sentido, pulsão é um conceito que conecta o somático e o psíquico. O autor acrescenta que:

A hipótese mais simples e mais indicada sobre a natureza da pulsão seria que, em si mesma, ela não possui qualidade alguma, devendo apenas ser considerada como uma medida de exigência de trabalho feita à vida anímica.⁴²

A teoria das pulsões presente na obra freudiana, a meu ver, evidencia a relação intrínseca entre a organização somática, a sexualidade e a constituição psíquica do sujeito.

Em, 1922/23, no texto “Dois verbetes de enciclopédia, Freud define libido como sendo “um termo empregado na teoria dos instintos para descrever a manifestação dinâmica da sexualidade.”⁴³

⁴⁰ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 211.

⁴¹ Idem, p. 159

⁴² Idem, *Ibidem*.

⁴³ FREUD, Sigmund (1922/1923). Dois verbetes de enciclopédia. *ESB XVIII*, 1996, p. 271.

Neste mesmo trabalho, o autor oferece de modo resumido o desenvolvimento da organização libidinal e considera que:

A pulsão sexual, a manifestação dinâmica do que, na vida mental, chamamos de 'libido', é constituído de instintos componentes nos quais pode novamente desdobrar-se e que só gradualmente se unem em organizações bem definidas. As fontes desses instintos componentes são os órgãos do corpo e, em particular, certas zonas erógenas especialmente acentuadas; no entanto, a libido recebe contribuições de todo processo funcional importante do corpo.⁴⁴

A definição freudiana do conceito de pulsão aparece claramente em 1915, no texto "Os instintos e suas vicissitudes", em que o autor declara que tal conceito encontra-se na fronteira entre o corpo e a mente e acrescenta que a pulsão pode ser considerada "como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida de exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo."⁴⁵

O autor afirma que os aspectos que se relacionam utilizados ao conceito de pulsão são: pressão, finalidade, objeto e fonte.⁴⁶ Tais aspectos são esclarecidos do seguinte modo:

Por pressão (Drang) de uma pulsão compreendemos seu fator motor, a quantidade de força ou a medida de exigência de trabalho que ela representa (...). A finalidade (Ziel) de um instinto é sempre satisfação, que só pode ser obtida eliminando-se o estado de estimulação na fonte da pulsão (...). O objeto (Objekt) de uma pulsão é a coisa em relação à qual ou através da qual a pulsão é capaz de atingir sua finalidade." "(...) Uma ligação particularmente estreita da pulsão com seu objeto se distingue pelo termo 'fixação' (...). Por fonte (Quelle) de uma pulsão entendemos o processo somático que ocorre num órgão ou parte do corpo, e cujo estímulo é representado na vida mental por uma pulsão."⁴⁷

Freud propôs dois grupos distintos de pulsões: as pulsões do ego, ou autopreservativas e as pulsões sexuais.⁴⁸ O caráter de exigência presente nas pulsões pode ser compreendido por meio da seguinte afirmação do autor:

⁴⁴ Idem, p. 261.

⁴⁵ FREUD, Sigmund (1915). Os instintos e suas vicissitudes. *ESB XIV*, 1996, p. 127.

⁴⁶ Idem, *Ibidem*.

⁴⁷ Idem, p. 127/128.

⁴⁸ Idem, p. 129.

As forças que presumimos existir por trás das tensões causadas pelas necessidades do id são chamadas de instintos. Representam as exigências somáticas que são feitas à mente. Embora sejam a suprema causa de toda atividade, elas são de natureza conservadora; o estado, seja qual for, que um organismo atingiu dá origem a uma tendência a restabelecer esse estado assim que ele é abandonado.⁴⁹

As pulsões podem mudar de objetivo, por meio do deslocamento e podem transferir a energia de uma pulsão para a outra, de acordo com Freud, esta última característica não é compreendida de modo suficiente. O autor enfatizou que presumiu a existência de “apenas dois instintos básicos, Eros e o instinto destrutivo. (O contraste entre os instintos de autopreservação e a preservação da espécie, assim como o contraste entre o amor do ego e o amor objetal, incidem dentro de Eros.)”⁵⁰

A teorização da relação presente entre a pulsão de vida e a pulsão de morte foi desenvolvida por Freud do seguinte modo:

Podemos imaginar um estado inicial como sendo o estado em que a energia total disponível de Eros, a qual, doravante, mencionaremos como ‘libido’, acha-se presente no ego-id ainda indiferenciado e serve para neutralizar as tendências destrutivas que estão simultaneamente presentes. (Não dispomos de um termo análogo a ‘libido’ para descrever a energia do instinto destrutivo.) Num estágio posterior, torna-se relativamente fácil acompanhar as vicissitudes da libido, mas isto é mais difícil com o instinto destrutivo. Enquanto esse instinto opera internamente, como instinto de morte, ele permanece silencioso; só nos chama a atenção quando é desviado para fora, como instinto de destruição.⁵¹

Ao interpretar a obra freudiana, Luiz Hanns em “A teoria pulsional na clínica de Freud” propõe uma articulação entre pulsão e atividade de representação. Nesse sentido, considera que:

Freud utiliza a palavra pulsão na acepção de uma espécie de organizador biológico em torno do qual os estímulos endógenos se articulam e circulam. Estes, ao chegarem à psique, se transformam em imagens-representações (Vorstellungen) carregadas de afeto, as quais são os representantes da pulsão e que se fixarão na memória

⁴⁹ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p. 161.

⁵⁰ Idem, Ibidem.

⁵¹ Idem, p. 162.

e, junto com os estímulos exógenos (originários da interação com o meio), formarão os complexos (grupos) de idéias que habitam o mundo psíquico.⁵²

Após esta breve síntese a respeito da teoria das pulsões presente na teoria freudiana, o que, a meu ver, torna explícito a relação entre corpo, sexualidade e constituição psíquica, passo a apresentar as organizações do desenvolvimento libidinal propostas por Freud. Tal processo revela as vicissitudes da sexualidade humana, desde a sua gênese até a organização genital adulta.

1.1.1 Organização libidinal oral-canibalística

Um exemplo das primeiras manifestações sexuais é o chuchar, que se presentifica no recém-nascido e pode permanecer por toda a vida. Para Freud, o chuchar “consiste na repetição rítmica de um contato de sucção com a boca (os lábios), do qual está excluído qualquer propósito de nutrição.”⁵³

O prazer experimentado pela criança no chuchar, provavelmente, teve como ponto de partida a primeira atividade realizada por ela – mamar no seio materno (ou em seus substitutos) -, o que há de tê-la apresentado a tal prazer. Nesse sentido,:

Diríamos que os lábios da criança comportaram-se como uma zona erógena, e a estimulação pelo fluxo cálido de leite foi sem dúvida a origem da sensação prazerosa. A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento.⁵⁴

No entanto, o impulso de repetir a satisfação sexual separa-se da necessidade de nutrição. Tal separação ocorre, muito cedo, quando o bebê chupa o dedo, depois no aparecimento da primeira dentição, uma vez que “o alimento já não é exclusivamente ingerido por sucção, mas é também mastigado.”⁵⁵

⁵² HANNS, Luiz. *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1999, p. 78.

⁵³ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 169.

⁵⁴ Idem, p.171.

⁵⁵ Idem, p. 171.

A característica de tal manifestação sexual - o chuchar- é a de que “a pulsão não está dirigida para outra pessoa; satisfaz-se no próprio corpo, é auto erótica.”⁵⁶ Nesse sentido, torna-se evidente que a atividade de chuchar é marcada pela busca de um prazer já experimentado. Assim, o conceito freudiano de auto-erotismo, que vem a ser o modo de a pulsão sexual buscar satisfação no próprio corpo.⁵⁷

Freud enfatiza que não são todas as crianças que praticam o chuchar e considera que os sujeitos que tendem a realizá-lo são aqueles em que “a significação erógena da zona labial for constitucionalmente reforçada(...)”.⁵⁸ O autor acrescenta que: “(...) Muitas de minhas pacientes com distúrbios alimentares, globus hystericus, constricção na garganta e vômitos foram, na infância, firmes adeptas do chuchar.”⁵⁹

A importância de tal atividade presente na infância é ressaltada por Freud, quando este afirma que:

No chuchar ou sugar com deleite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo auto-erótica, e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma zona erógena.⁶⁰

Em 1938/1940, no texto “Esboço de Psicanálise”, Freud refere-se à questão da oralidade da seguinte forma:

O primeiro órgão a surgir como zona erógena e a fazer exigências libidinais à mente é, da época do nascimento em diante, a boca. Inicialmente, toda a atividade psíquica se concentra em fornecer satisfação às necessidades dessa zona. Primariamente, é natural, essa satisfação está a serviço da autopreservação, mediante a nutrição; mas a fisiologia não deve ser confundida com a psicologia. A obstinada persistência do bebê em sugar dá prova, em estágio precoce, de uma necessidade de satisfação que, embora se origine da ingestão da nutrição e seja por ela instigada, esforça-se todavia

⁵⁶ Idem, p. 170.

⁵⁷ Idem, p.170/171.

⁵⁸ Idem, p. 171.

⁵⁹ Idem, p. 172.

⁶⁰ Idem, Ibidem.

por obter prazer independentemente da nutrição e, por essa razão, pode e deve ser denominada de sexual.⁶¹

As primeiras experiências de satisfação no início da vida do bebê colocam em relação o corpo e o outro e engajam a autoconservação e a sexualidade. Desse modo, conforme afirma Fernandes (2006), “um primeiro modelo emerge daí: o modelo da oralidade, que, no discurso freudiano, remete à relação primordial do bebê com a mãe e, conseqüentemente, a dimensão mais arcaica do funcionamento libidinal.”⁶²

Nesse sentido, a alimentação, ao se colocar entre o corpo e o outro, vem, de uma certa forma, assinalar a importância da oralidade na constituição do sujeito. Segundo a autora, “(...) para a Psicanálise, a constituição do sujeito é um processo através do qual se ingressa no universo simbólico humano, o que, necessariamente, evoca a dialética própria dos modos específicos de relação com a alteridade.”⁶³

A amamentação torna-se aspecto de extrema importância e influência, do ponto de vista libidinal e psíquico, na constituição do sujeito, o que fica explícito na seguinte afirmação de Freud: “(...) para a criança, a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro.”⁶⁴

Nesse sentido, mesmo depois da atividade sexual separar-se da nutrição resta “uma parcela significativa que ajuda a preparar a escolha do objeto e, dessa maneira, restaurar a felicidade perdida.”⁶⁵

Assim, a evolução do pensamento freudiano parece partir das questões da oralidade para privilegiar a relação entre as dinâmicas dos estabelecimento do autoerotismo e das escolhas objetais. Freud afirma que

⁶¹ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p.166/167.

⁶² FERNANDES, Maria Helena (2006). *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 158.

⁶³ Idem, p. 141.

⁶⁴ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 210.

⁶⁵ Idem, *Ibidem*.

O primeiro objeto do componente oral do instinto sexual é o seio materno, que satisfaz a necessidade de alimento do bebê. O componente erótico, que é satisfeito simultaneamente durante a sucção (nutricional), torna-se independente com o ato da sucção sensual; abandona o objeto externo e o substitui por uma área do corpo do próprio bebê. O instinto oral torna-se auto-erótico, como o são, no início, os instintos anais e outros instintos erógenos. O desenvolvimento subsequente, para dar ao assunto toda concisão possível, tem dois objetivos: primeiro, o abandono do auto-erotismo, logo, a substituição do corpo da própria criança por um objeto externo; e, em segundo lugar, a unificação dos diversos objetos dos instintos separados e sua substituição por um único objeto. Naturalmente isto só pode ser realizado se o objeto, de novo, for um corpo total, semelhante ao do próprio sujeito.⁶⁶

A escolha objetal realizada na infância é caracterizada pelo fato de que:

[...] o objeto encontrado vem a ser quase idêntico ao primeiro objeto do instinto de prazer oral, que foi obtido por ligação (ao instinto nutricional). Embora esse objeto não seja realmente o seio materno, pelo menos é a mãe. Dizemos que a mãe é o primeiro objeto de amor.⁶⁷

O investimento da libido materna no corpo do bebê passa a garantir que as atividades de alimentação, higiene, etc. tornem-se fonte de excitação e satisfação sexuais, uma vez que a mãe “contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo.”⁶⁸

Desse modo, de acordo com Freud, a relação das crianças com os pais é:

[...] sem dúvida o mais importante, embora não o único, dos vestígios que, reavivados na puberdade, apontam o caminho para a escolha do objeto. Outros rudimentos com essa mesma origem permitem ao homem, sempre apoiado em sua infância, desenvolver mais de uma orientação sexual e criar condições muito diversificadas para sua escolha objetal.⁶⁹

⁶⁶ FREUD, Sigmund (1916/17). Op. Cit., p.333

⁶⁷ Idem, Ibidem.

⁶⁸ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 211

⁶⁹ Idem, p. 216.

O autor afirma que, logo após esse período em que a mãe se torna objeto de amor da criança, o trabalho psíquico da repressão tem início,

[...] trabalho que consiste em uma parte dos fins sexuais subtrair-se ao conhecimento consciente. A essa escolha que a criança faz, ao tornar sua mãe o primeiro objeto de seu amor, vincula-se tudo aquilo que, sob o nome de 'Complexo de Édipo', vejo a ter tanta importância na explicação psicanalítica das neuroses(...)⁷⁰

1.1.2 Organização libidinal sádico-anal

No decorrer da organização libidinal oral, devido ao aparecimento dos dentes, impulsos sádicos começam a ocorrer. Tal ocorrência se dá na segunda organização pré-genital, que vem a ser a organização sádico-anal, em que a atividade sexual está vinculada ao jogo afetivo entre a criança e o outro relacionado à doação ou retenção das fezes.⁷¹

Nesse sentido, ao descrever a organização sádico-anal que busca a satisfação na agressão e na função excretória, Freud considera que:

Nossa justificativa para incluir na libido os impulsos agressivos baseia-se na opinião de que o sadismo constitui uma fusão instintiva de impulsos puramente libidinais e puramente destrutivos, fusão que, doravante, persiste ininterruptamente.⁷²

Assim como a zona oral, a região anal, devido a sua posição, também se liga a outras funções corporais na busca de satisfação sexual. Para Freud:

É de se presumir que a importância erógena dessa parte do corpo seja originariamente muito grande. Inteiramo-nos pela psicanálise, não sem certo assombro, das transmutações por que normalmente passam as excitações sexuais dela provenientes e da frequência com que essa zona conserva durante toda a vida uma parcela considerável de excitabilidade genital. Os distúrbios intestinais tão frequentes na infância providenciam para que não falem a essa zona excitações intensas.⁷³

⁷⁰ FREUD, Sigmund (1916/1917). Op. Cit., p.333.

⁷¹ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p.187.

⁷² FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p. 167.

⁷³ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 175.

A retenção ou doação de fezes pode ser observada, nesta fase do desenvolvimento libidinal, como a manifestação do componente sádico na organização pré-genital, ou seja,:

As crianças que tiram proveito da estimulabilidade erógena da zona anal denunciam-se por reterem as fezes até que sua acumulação provoca violentas contrações musculares e, na passagem pelo ânus, pode exercer uma estimulação intensa na mucosa. Com isso, hão de produzir-se sensações de volúpia ao lado das sensações dolorosas.⁷⁴

Ainda nesse mesmo trabalho – “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade” – , Freud esclarece a importância da relação entre a atividade de defecação e a obtenção de prazer do seguinte modo:

Um dos melhores presságios de excentricidade e nervosismo posteriores é a recusa obstinada do bebê a esvaziar o intestino ao ser posto no troninho, ou seja, quando isso é desejado pela pessoa que cuida dele, ficando essa função reservada para quando aprover a ele próprio. Naturalmente, não é que lhe interesse sujar a cama; ele está apenas providenciando para que não lhe escape o dividendo de prazer que vem junto com a defecação.⁷⁵

Em “O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais” (1916/1917), Freud destaca que na organização pré-genital, a polaridade estabelecida não se encontra no masculino X feminino, mas na distinção entre atividade e passividade. Nas palavras do autor:

[...] uma espécie de organização frouxa, que pode ser chamada ‘pré-genital’, existe durante esse período inicial. Durante esta fase, o que está em primeiro plano não são os instintos componentes genitais, mas os sádicos e anais. O contraste entre ‘masculino’ e ‘feminino’ ainda não desempenha, aqui, nenhum papel. Em lugar disso, o contraste se estabelece entre ‘ativo’ e ‘passivo’.⁷⁶

Ao interpretar a obra freudiana, Violante afirma que, no período da organização pré-genital da libido, do ponto de vista psíquico, “(...) o bebê é provido

⁷⁴ Idem, Ibidem.

⁷⁵ Idem, Ibidem.

⁷⁶ FREUD, Sigmund (1916/1917). OP. Cit., p. 331.

de um id e, a seguir, de um ego corporal, direcionando-se à constituição de um ego ideal narcisicamente investido.”⁷⁷

O narcisismo, conceito trabalhado por Freud, em “Sobre o narcisismo: uma introdução (1914) “ designa um estado precoce em que a criança investe toda a sua libido em si mesma”.⁷⁸

Em “Esboço de Psicanálise” (1938/1940), Freud destaca que o conhecimento a respeito do aparelho psíquico foi possibilitado pela observação e estudo do desenvolvimento individual dos seres humanos. Afirma que:

À mais antiga destas localidades ou áreas de ação psíquica damos o nome de id. Ele contém tudo o que é herdado, que se acha presente no nascimento, que está assente na constituição – acima de tudo, portanto, os instintos que se originam da organização somática e que aqui (no id) encontram uma primeira expressão psíquica, sob formas que nos são desconhecidas.⁷⁹

Na sequência, o autor define o conceito de ego presente em sua obra, ao considerar que por meio da influência do meio externo, uma parte do id desenvolveu-se de modo especial e, dessa forma, “(...) surgiu uma organização especial que, desde então, atua como intermediária entre o id e o mundo externo. A esta região de nossa mente demos o nome de ego.”⁸⁰

Uma das características desta instância psíquica é o fato de que devido à relação estabelecida entre a sensorialidade e a atividade muscular, “o ego tem sob seu comando o movimento voluntário. Ele tem a tarefa de autopreservação.”⁸¹

De acordo com esse pressuposto, Freud postula que “O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície.”⁸²

⁷⁷ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). Op. Cit., p.69.

⁷⁸ LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.-B (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p.290.

⁷⁹ FREUD, Sigmund (1938/40). Op. Cit., p. 158.

⁸⁰ Idem, *Ibidem*.

⁸¹ Idem, *Ibidem*.

⁸² FREUD, Sigmund (1923). *O ego e o Id*. *ESB XIX*, 1996, p. 38.

A função desempenhada pelo ego em relação ao mundo interno (referente ao id) é obter:

[...] controle sobre as exigências dos instintos, decidindo se elas devem ou não ser satisfeitas, adiando essa satisfação para ocasiões e circunstâncias favoráveis no mundo externo ou suprimindo inteiramente as suas excitações. É dirigido, em sua atividade, pela consideração das tensões produzidas pelos estímulos, estejam essas tensões nele presentes ou sejam nele introduzidas. A elevação dessas tensões é, em geral, sentida como desprazer, e o seu abaixamento, como prazer. (...) O ego se esforça pelo prazer e busca evitar o desprazer.⁸³

No que diz respeito ao desenvolvimento do ego, Freud assinala que tal unidade psíquica não existe desde o início:

[...] o ego tem de ser desenvolvido. Os instintos auto-eróticos, contudo, ali se encontram desde o início, sendo portanto, necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo.⁸⁴

Segundo Freud, por meio da observação da vida sexual dos seres humanos, pode-se abordar a relação entre o narcisismo e o auto-erotismo, descrito como estado inicial da libido. Desse modo,:

Assim como a libido objetal inicialmente ocultava de nossa observação a libido do ego, também em relação à escolha de objeto nas crianças de tenra idade (e nas crianças em crescimento) o que primeiro notamos foi que elas derivavam seus objetos sexuais de suas experiências de satisfação. As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em relação com funções vitais que servem à finalidade de autopreservação. Os instintos sexuais estão, de início, ligados à satisfação dos instintos do ego; somente depois é que eles se tornam independente deste, e mesmo então encontramos uma indicação dessa vinculação original no fato de que os primeiros objetos sexuais de uma criança são as pessoas que se preocupam com sua alimentação, cuidados e proteção: isto é, no primeiro caso, sua mãe ou quem quer que a substitua.⁸⁵

⁸³ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p. 159.

⁸⁴ FREUD, Sigmund (1914). Sobre o Narcisismo: Uma introdução. *ESB XIV*, p.84.

⁸⁵ Idem, p.94.

As atitudes afetuosas dos pais em relação aos filhos podem ser reconhecidas enquanto “uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que há muito abandonaram.”⁸⁶ O amor parental, na verdade, trata-se de uma revivescência do narcisismo dos próprios pais, que se transformou em amor objetal.

De acordo com Freud,:

A criança terá mais divertimentos que seus pais; ela não ficará sujeita às necessidades que eles reconheceram como supremas na vida. A doença, a morte, a renúncia ao prazer, restrições à sua vontade própria não a atingirão; as leis da natureza e da sociedade serão ab-rogadas em seu favor; ela será mais uma vez realmente o centro e o âmago da criação – ‘Sua majestade, o Bebê’, como outrora nós mesmos nos imaginávamos.⁸⁷

Assim, o ego constitui-se, em um primeiro momento, como um ego ideal, o que se torna possível devido ao investimento narcísico realizado pela dupla parental. O narcisismo é a primeira forma pela qual o ego se constitui.

1.1.3. Organização genital infantil – Fase Fálica

Complexo de Édipo/ complexo de castração e seus herdeiros

A organização genital infantil ou fase fálica é o período em que as pulsões sexuais parciais submetem-se à primazia do falo.

Em 1923, no texto “A organização genital infantil – uma interpolação na teoria da sexualidade”, Freud tece distinções entre a organização genital do adulto e a organização genital infantil, afirmando que, na fase fálica, tanto para homens quanto para mulheres, “(...) entra em consideração apenas um órgão genital, ou seja, o masculino. O que está presente, portanto, não é uma primazia dos órgãos genitais, mas uma primazia do falo.”⁸⁸

⁸⁶ Idem, p. 97.

⁸⁷ Idem, p. 98.

⁸⁸ FREUD, Sigmund (1923). A organização genital infantil – uma interpolação na teoria da sexualidade. *ESB XIX*, p. 158.

O autor esclarece que:

[...] Mesmo não se realizando uma combinação adequada dos instintos parciais sob a primazia dos órgãos genitais, no auge do curso do desenvolvimento da sexualidade infantil, o interesse nos genitais e em sua atividade adquire uma significação dominante, que está pouco aquém da alcançada na maturidade.⁸⁹

Nesse período, a criança descobre que o pênis não está presente em todas as pessoas semelhantes a ela. “Uma visão acidental dos órgãos genitais de uma irmãzinha ou companheira proporciona a ocasião para essa descoberta.”⁹⁰

Freud acrescenta que a primeira reação das crianças frente à ausência de pênis na menina é a rejeição, isto é, elas “rejeitam o fato e acreditam que elas realmente, ainda assim, vêem um pênis.”⁹¹

A ausência de pênis nas meninas é considerada pela criança como consequência de uma castração, nesse sentido, a partir deste momento, “a criança se defronta com a tarefa de chegar a um acordo com a castração em relação a si própria (...)”.⁹²

No que diz respeito à polaridade sexual estabelecida na organização genital infantil, Freud considera que:

No estágio da organização pré-genital sádico-anal não existe ainda a questão de masculino e feminino; a antítese entre ativo e passivo é a dominante. No estágio seguinte da organização genital infantil, sobre o qual agora temos conhecimento, existe masculinidade, mas não feminilidade. A antítese aqui é entre possuir um órgão genital masculino e ser castrado. Somente após o desenvolvimento haver atingido seu completamento, na puberdade, que a polaridade sexual coincide com masculino e feminino.⁹³

⁸⁹ Idem, *Ibidem*.

⁹⁰ Idem, p. 159.

⁹¹ Idem, *Ibidem*.

⁹² Idem, *Ibidem*.

⁹³ Idem, p. 161

Neste período, a sexualidade infantil atinge seu apogeu e se aproxima de sua resolução, o que está articulado com a passagem pelo complexo de Édipo/complexo de castração.

Segundo Laplanche e Pontalis, complexo de Édipo é o “conjunto organizado de desejos amorosos e hostis que a criança sente em relação aos pais”.⁹⁴ Articulado a este processo, encontra-se o complexo de castração, que vem a ser o:

[...] complexo centrado na fantasia de castração, que proporciona uma resposta ao enigma que a diferença anatômica dos sexos (presença ou a ausência de pênis) coloca para a criança. Essa diferença é atribuída à amputação de pênis na menina.⁹⁵

Ao interpretar a obra freudiana, Violante (2004) ressalta que, neste período, “(...) a criança busca a satisfação sexual nos genitais, por meio da masturbação – do pênis, nos meninos, e do clitóris, nas meninas -, a qual se faz acompanhar de fantasias edípicas relativas ao pai.”⁹⁶

Segundo Freud, na fase fálica, o pênis, ao tornar-se uma marca corporal de distinção entre o menino e a menina configura-se enquanto um símbolo que engendra um fantasma de ameaça à integridade narcísica, do que decorre a angústia de castração. Assim,:

[...] o complexo de Édipo é o complexo nuclear das neuroses, representando a peça essencial no conteúdo delas. Nele culmina a sexualidade infantil, que, por seus efeitos posteriores, influencia de maneira decisiva a sexualidade do adulto. Cada novo ser humano confronta-se com a tarefa de dominar o complexo de Édipo, e aquele que não consegue realizá-la sucumbe à neurose.⁹⁷

Em seu texto “Esboço de Psicanálise” (1938/1940), Freud afirma que durante a organização fálica, uma precursora da forma final assumida pela vida sexual, a sexualidade infantil atinge seu clímax e aproxima-se de sua dissolução. Nesse momento, meninos e meninas trilharão caminhos distintos.

⁹⁴LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J-B (1967). OP. Cit., p.77.

⁹⁵ Idem, p.73.

⁹⁶VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). Op. Cit., p.70.

⁹⁷ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 214

Assim, ao ingressar na fase edipiana, o menino

[...] começa a manipular o pênis e, simultaneamente, tem fantasias de executar algum tipo de atividade com ele em relação à sua mãe, até que, devido ao efeito combinado de uma ameaça de castração e da visão da ausência de pênis nas pessoas do sexo feminino, vivencia o maior trauma da sua vida(..).⁹⁸

Já a menina, ao reconhecer sua falta de pênis ou a inferioridade de seu clitóris, “(...) com efeitos permanentes sobre o desenvolvimento de seu caráter; como resultado deste primeiro desapontamento em rivalidade, ela com frequência começa a voltar as costas inteiramente à vida sexual.”⁹⁹

Ao abordar a questão das distinções entre meninos e meninas, no período da organização sexual infantil, Freud postula que:

A menina gosta de considerar-se como aquilo que seu pai ama acima de tudo o mais, porém chega a ocasião em que tem de sofrer parte dele uma dura punição e é atirada para fora de seu paraíso ingênuo. O menino encara a mãe como sua propriedade, mas um dia descobre que ela transferiu seu amor e sua solicitude para um recém-chegado.¹⁰⁰

Desse modo, “o complexo de Édipo se encaminharia para a destruição por sua falta de sucesso, pelos efeitos de sua impossibilidade interna.”¹⁰¹ Assim, “ (...) o complexo de Édipo deve ruir porque chegou a hora para a sua desintegração, tal como os dentes de leite caem quando os permanentes começam a crescer.”¹⁰²

A fase fálica, que vem a ser contemporânea do complexo de Édipo não se desenvolve para além deste ponto que foi descrito, sendo sucedida pelo período de latência, que precede a organização genital definitiva.¹⁰³

⁹⁸ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p. 167.

⁹⁹ Idem, p. 167/168.

¹⁰⁰ Idem, Ibidem.

¹⁰¹ Idem, Ibidem.

¹⁰² Idem, Ibidem.

¹⁰³ Idem, p. 194.

O investimento objetal é abandonado e substituído por identificações. Nesse momento, a autoridade parental é introjetada e, como consequência, o superego é formado.

Segundo Freud,:

(...) As tendências libidinais pertencentes ao complexo de Édipo são em parte dessexualizadas e sublimadas (coisa que provavelmente acontece com toda transformação em uma identificação) e em parte são inibidas em seu objetivo e transformadas em impulsos de afeição. Todo o processo, por um lado preservou o órgão genital – afastou o perigo de sua perda- e, por outro, paralisou-o – removeu sua função.¹⁰⁴

De acordo com Freud, embora muitas repressões sejam realizadas pelo ego a mandado do superego, não há motivo para negar que o afastamento do ego do complexo de Édipo seja considerado uma “repressão”, mesmo que, neste momento, o superego esteja sendo formado. Ainda acrescenta que:

O processo que descrevemos é, porém, mais que uma repressão. Equivale, se for idealmente levado a cabo, a uma destruição e abolição do complexo (...). Chegamos aqui à linha fronteira – nunca bem nitidamente traçada – entre o normal e o patológico. Se o ego, na realidade, não conseguiu muito mais que uma repressão do complexo, este persiste em estado inconsciente no id e manifestará mais tarde seu efeito patogênico.¹⁰⁵

A destruição do complexo de Édipo fomentada pela ameaça de castração é justificada por Freud por meio da observação analítica, que permite “(...) identificar ou adivinhar essas vinculações entre a organização fálica, o complexo de Édipo, a ameaça de castração, a formação do superego e o período de latência.”¹⁰⁶

Abro aqui um parênteses para esclarecer que o estudo de caso apresentado nesta tese no capítulo III refere-se a um sujeito do sexo masculino, nesse sentido, não me aterei às peculiaridades da sexualidade feminina.

¹⁰⁴ Idem, Ibidem.

¹⁰⁵ Idem, p. 196/197.

¹⁰⁶ Idem, p. 197.

A importância do complexo de Édipo é tamanha que o modo como o sujeito realiza a introdução e o abandono de tal complexo gera efeitos significativos. Assim,:

Nos meninos (...), o complexo não é simplesmente reprimido; é literalmente feito em pedaços pelo choque da castração ameaçada. Suas catexias libidinais são abandonadas, dessexualizadas, e, em parte, sublimadas; seus objetos são incorporados ao ego, onde formam o núcleo do superego e fornecem a essa nova estrutura suas qualidades características. Em casos normais, ou melhor em casos ideais, o complexo de Édipo não existe mais, nem mesmo no inconsciente; o superego se tornou seu herdeiro.¹⁰⁷

Ao propor uma interpretação da obra freudiana, Violante ressalta que:

Da resolução do complexo de Édipo, têm-se ao lado da sexualidade, a fase de latência; e, do lado da psique, o ego (desidealizado), o superego e o ideal do ego, enquanto instâncias psíquicas herdeiras do complexo de Édipo, constituída por meio de múltiplas identificações.¹⁰⁸

No final da infância, em que o sujeito em desenvolvimento vive na dependência dos pais, forma-se o superego, que se trata de uma instância psíquica delineada sob influência parental. Ao diferenciar-se do ego, o superego “constitui uma terceira força que o ego tem de levar em conta.”¹⁰⁹

As funções do superego e ideal do ego são interpretadas por Violante (2004) da seguinte maneira:

O superego é o veículo, o portador do ideal do ego, cujas funções são a auto-observação, a consciência e a manutenção do Ideal; o ideal do ego tem como funções estimular o ego a atingir a perfeição e servir de instrumento por meio do qual o ego se avalia.¹¹⁰

Assim, o ego, ao agir, deve satisfazer, de modo simultâneo, os desejos do id, do superego e da realidade, “- o que equivale a dizer: se é capaz de conciliar as suas exigências umas com as outras.”¹¹¹

¹⁰⁷ Idem, *Ibidem*.

¹⁰⁸ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). *Op. Cit.*, p. 69.

¹⁰⁹ FREUD, Sigmund (1938/1940). *OP. Cit.*, p. 159.

¹¹⁰ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). *Op. Cit.*, p. 97.

¹¹¹ FREUD, Sigmund (1938/1940). *Op. Cit.*, p. 159.

No que diz respeito ao comportamento da libido no ego, Freud considera que:

É difícil dizer algo do comportamento da libido no id e no superego. Tudo o que sabemos sobre ela relaciona-se com o ego, no qual, a princípio toda a cota disponível de libido é armazenada. Chamamos a este estado absoluto de narcisismo primário. Ele perdura até o ego começar a catexizar as idéias dos objetos com a libido, a transformar libido narcísica em libido objetal.¹¹²

Ao término do período do narcisismo infantil, caracterizado pela presença de um ego ideal, o narcisismo direciona-se a um ideal do ego, submetido à influência do mundo externo. Nas palavras do autor:

O desenvolvimento do ego consiste num afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do ego imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal. Ao mesmo tempo, o ego emite as catexias objetais libidinais. Torna-se empobrecido em benefício dessas catexias, do mesmo modo que o faz em benefício do ideal do ego, e se enriquece mais uma vez a partir de suas satisfações no tocante ao objeto, do mesmo modo que o faz, realizando seu ideal.¹¹³

Desse modo, o investimento no ideal do ego relaciona-se como o fato de que “(...) tornar a ser seu próprio ideal, como na infância, no que diz respeito às tendências sexuais não menos do que às outras – isso é o que as pessoas se esforçam por atingir como sendo sua felicidade.”¹¹⁴

Ao finalizar a revisão de literatura freudiana acerca do complexo de Édipo/ complexo de castração, faço minhas as palavras de Violante (2004), a qual considera que:

[...] a teoria freudiana do complexo de Édipo/ complexo de castração visa a dar conta do complexo processo de constituição do sujeito psíquico, ou seja, da psicosexualidade masculina e feminina, bem como de suas vicissitudes patológicas.¹¹⁵

¹¹² Idem, p. 163.

¹¹³ FREUD, Sigmund (1914). Op. Cit., p. 106.

¹¹⁴ Idem, p. 107.

¹¹⁵ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). Op. Cit., p. 50.

1.1.4. Período de Latência e Organização Genital Adulta

Em 1905, no trabalho “Três Ensaio sobre a teoria da sexualidade”, Freud define o período de latência, que precede o período de organização genital adulta, do seguinte modo: “Durante todo o período de latência a criança aprende a amar outras pessoas que a ajudam em seu desamparo e satisfazem suas necessidades, e o faz segundo o modelo de sua relação de lactente a ama e dando continuidade a ele.”¹¹⁶

Do ponto de vista da sexualidade, após este período, na puberdade, a pulsão sexual orienta-se em direção à organização genital adulta, em que há a primazia dos genitais.

O desenvolvimento sexual é concluído em uma quarta organização – a genital - , na puberdade. De acordo com Freud, em “Esboço de Psicanálise”,:

Estabelece-se então um estado de coisas em que (1) algumas catexias libidinais são retidas, (2) outras são incorporadas à função sexual como atos auxiliares, preparatórios, cuja satisfação produz o que é conhecido como pré-prazer, e (3) outros impulsos são excluídos da organização, e são ou suprimidos inteiramente (reprimidos) ou empregados no ego de outra maneira, formando traços de caráter ou experimentando a sublimação, com deslocamentos de seus objetivos.¹¹⁷

No entanto, neste processo, algumas alterações podem ocorrer, um dos exemplos é a presença de inibições no desenvolvimento, que podem se manifestar como distúrbios sexuais. “Quando é assim, encontramos fixações da libido a condições de fases anteriores, cujo impulso, que é independente do objetivo sexual normal, é descrito como perversão.”¹¹⁸

O desenvolvimento da libido desemboca na escolha objetal. Esta escolha pode ser feita por meio de dois modos distintos:

[...] um, segundo o tipo narcísico, no qual o próprio ego da pessoa é substituído por um outro, que lhe é tão semelhante quanto possível;

¹¹⁶ FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 210.

¹¹⁷ FREUD, Sigmund (1938/1940). Op. Cit., p. 168.

¹¹⁸ Idem, Ibidem.

o outro, segundo o tipo ligação, no qual as pessoas que se tornaram valiosas, porque satisfizeram as outras necessidades vitais, são, também, escolhidas como objetos pela libido[...]¹¹⁹

Segundo Freud, na puberdade, a escolha de objeto amoroso - do tipo narcísica ou de ligação - está intrinsicamente relacionada a todas essas operações psíquicas envolvidas nos complexos estruturantes da psique – O complexo de Édipo e o complexo de castração.

A escolha de objeto de ligação ou por apoio trata-se do “tipo de escolha de objeto em que o objeto de amor é eleito a partir do modelo das figuras parentais na medida em que estas asseguram à criança alimento, cuidados e proteção.”¹²⁰

A escolha narcísica de objeto define-se como o “tipo de escolha de objeto que se faz com base no modelo da relação do sujeito com a sua própria pessoa, e em que o objeto representa a própria pessoa sob este ou aquele aspecto.”¹²¹

Freud afirma que “(...) a amamentação no seio materno torna-se modelar para todos os relacionamentos amorosos. O encontro do objeto é, na verdade, um reencontro.”¹²² Isto significa que o objeto de escolha vem a ser de acordo com o modelo que foi necessário renunciar na infância, uma vez que tal objeto era incestuoso.

Ao interpretar esta afirmação freudiana, Violante (2004) argumenta que:

Freud não está dizendo que, ao escolher um objeto, o sujeito vai ao reencontro com o seio materno e, nem mesmo, com a mãe, mas que ele busca encontrar no objeto atual algo daquele que lhe permitiu vivenciar o amor sexual, mas que outrora lhe foi interdito.¹²³

O modelo freudiano é ampliado pela autora Piera Aulagnier, a qual prioriza a atividade psíquica de representação. Aulagnier teoriza acerca da gênese e do

¹¹⁹ FREUD, Sigmund (1916/1917). A teoria da libido e o narcisismo. *ESB XVI*, 1996, p. 427.

¹²⁰ LAPLANCHE e PONTALIS (1967). Op. Cit., p.155.

¹²¹ Idem, p.156.

¹²² FREUD, Sigmund (1905). Op. Cit., p. 210.

¹²³ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2004). Op. Cit., p. 71.

funcionamento do Eu e enfatiza que suas duas principais funções são: pensar e investir.

1.2. A teoria de representação de Piera Aulagnier

A partir da experiência na análise de pacientes psicóticos, Piera Aulagnier propõe um modelo de aparelho psíquico diferente daquele postulado por Freud. A ampliação deste modelo teve como finalidade estender a Psicanálise ao tratamento de pacientes psicóticos.

A atividade psíquica de representação é privilegiada na teoria da autora, que a define como “incumbida de inscrever na psique o existente, o vivido, enfim um elemento de informação – que é sempre libidinal.”¹²⁴

Dessa forma, ao equiparar o representar para a psique ao metabolizar para o organismo, Aulagnier propõe três modos de funcionamento psíquico: o originário, o primário e o secundário.

Tais processos produzem, respectivamente, a representação pictográfica ou pictograma, a representação fantasmática ou fantasia e a representação ideativa ou idéias e enunciados.

As instâncias representante, fantasiante e enunciante (ou Eu), que vêm a ser as representações de si de cada processo, coexistem de modo mais ou menos conflituoso, ou seja, a instalação de um novo processo não implica o desaparecimento do anterior. Cada elemento de informação apresenta uma única representação em cada sistema.¹²⁵

Os sucessivos encontros da psique com o próprio corpo, com o Eu dos outros (principalmente, o Eu materno) e com a realidade são os elementos de informação

¹²⁴ AULAGNIER, Piera . *Violência da Interpretação: Do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979, p. 27.

¹²⁵ Idem, p.29

que se inscrevem psiquicamente por meio dos três modos de funcionamento psíquico referidos acima.

Tal teoria prioriza a gênese e o funcionamento do Eu em sua relação com os processos originário e primário. Pensar e investir são as principais funções do Eu, que tem como finalidade “forjar uma imagem da realidade do mundo que o cerca e da existência do qual ele é informado, que seja coerente com sua própria estrutura”¹²⁶.

Os três processos - originário, primário e secundário - não estão presentes desde o início da atividade psíquica. Segundo Aulagnier,:

[...] eles se sucedem temporalmente e a emergência de cada um deles resulta da necessidade que se impõe à psique de tomar conhecimento de uma propriedade do objeto exterior a ela, propriedade que o processo anterior tinha obrigação de ignorar¹²⁷.

1.2.1. O Processo Originário

O modo originário é o mais arcaico do funcionamento psíquico, antecedendo o processo primário postulado por Freud. O encontro inaugural boca-seio, ouvido-voz, olhar-objeto visto, é representado psiquicamente por meio de um pictograma ou representação pictográfica.

As experiências sensoriais constituem o material registrado pelo originário, o qual, pela sua exigência de representabilidade inscreve na psique uma “imagem da coisa corporal”, em que não há signo de relação entre zona-função e objeto complementar. A sensorialidade representada psiquicamente torna-se, então, fonte de prazer ou de desprazer.

Ao nascer, o originário é o único modo de funcionamento psíquico e sua atividade pictográfica, a qual é pulsional, representa boca-seio enquanto uma

¹²⁶ Idem, Ibidem.

¹²⁷ Idem, p.28.

unidade, cujas partes se unem, se houver prazer ou se repelem, caso haja desprazer.

Nesse sentido, enquanto intérprete de Aulagnier, Violante (2001) afirma que pela “lei do tudo ou nada”, a experiência psíquica de prazer conduz ao investimento libidinal da boca, do seio, do leite, da função alimentar e da própria atividade pictográfica, enquanto toda experiência de desprazer leva ao desinvestimento ou ao não-investimento¹²⁸.

Ao considerar a atividade pictográfica como pulsional, faz-se necessário ressaltar que, segundo Aulagnier, a pulsão – de vida e de morte - é a meta do desejo, que sempre tem como objeto o desejo ou o não desejo do Outro. “Assim sendo, o sujeito é desejante de um desejo e não de um objeto”, diferentemente da demanda.¹²⁹

Ainda de acordo com Aulagnier, pode-se dizer que o desejo possui duas metas pulsionais: a pulsão de vida (ação de Eros) e a pulsão de morte (ação de Tânatos).

O movimento de fusão no processo originário circuncreve a manifestação da pulsão de vida (o desejo de desejo), compreendida a partir do investimento no seio materno, na boca, na função alimentar e na própria atividade pictográfica, como dito anteriormente. Por sua vez, o movimento de rejeição representa a pulsão de morte (o desejo do não-desejo ou o desejo de não ter que desejar).

Aulagnier ressalta que, na clínica, a manifestação da pulsão de morte pode ser observada pelo desinvestimento, “que ameaça todo objeto, todo encontro, toda experiência.”¹³⁰

O modo de funcionamento psíquico originário é regido pelo postulado do auto-engendramento. Isto significa que por ignorar todo signo de relação, a psique atribuirá o prazer e o desprazer decorrentes dos encontros com o próprio corpo, com

¹²⁸ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.24.

¹²⁹ AULAGNIER, Piera (1968). *Um intérprete em busca de sentido I*. São Paulo: Escuta, 1986, p.187.

¹³⁰ Idem, p. 287.

o Eu dos outros e com a realidade à atividade do sistema que os inscreve, ou seja, a vivência será auto-engendrada.

A atividade pictográfica organiza-se por meio da sensorialidade corporal em resposta à exigência de trabalho do aparelho psíquico (pulsão) e indissocia o afeto da representação e a representação do afeto.

Ao interpretar a teoria de Aulagnier, Violante (2001) ressalta que “o originário não é o inconsciente e suas produções jamais acederão ao dizível – condição que só está ao alcance do Eu.”¹³¹

O fenômeno da especularização, próprio do processo originário, garante a preservação de uma identidade entre o representante e o representado.¹³² Tal fenômeno permite a compreensão da noção de identificação primária com às percepções coextensivas à resposta materna à demanda primária do bebê. Uma vez que o Eu ainda não se constituiu, não se trata exatamente de uma identificação; nesse sentido, a vivência de satisfação representa uma relação de identidade entre a demanda primária do bebê de que a mãe o deseje e o desejo da mãe de que o bebê demande o seu seio.¹³³ Por ser uma demanda de prazer, amor e reconhecimento trata-se, portanto, de uma demanda identificatória.

A teoria da representação de Aulagnier toma o corpo como parte integrante do funcionamento psíquico, considerando-o enquanto “mediador e aposta relacional entre duas psiques e entre a psique e o mundo.”¹³⁴ Uma vez que não existe signo de relação, o corpo e a realidade são reconhecidos enquanto uma unidade.

A autora enfatiza que, para funcionar, a psique requer um “prazer mínimo” e um “desprazer mínimo”. O “prazer mínimo” torna-se presente devido à própria atividade de representação, a libido e o desejo maternos garantem (ou não) um acréscimo de prazer. O “desprazer mínimo” pode aparecer por conta de um estado

¹³¹ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.26.

¹³² AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.50.

¹³³ AULAGNIER, Piera (1968). *Um intérprete em busca de sentido I*. São Paulo: Escuta, 1986, p.195.

¹³⁴ AULAGNIER, Piera (1986). Nascimento de um corpo, origem de uma história. In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (org.) *Desejo e identificação*. São Paulo: Anna Blume, 2010, p.15.

de necessidade, de falta de um objeto - complementar a uma zona-função, que venha a oferecer a satisfação de uma necessidade corporal e libidinal¹³⁵.

No nível do originário, se o seio (objeto-complementar) é mau ou bom, a boca (zona-função) também o é, além disso, as experiências de prazer ou desprazer de uma zona erógena são difundidas para as demais.

Nesse sentido, a integração corporal é fundamental para o originário, mas também é causadora da angústia de mutilação (precedente da angústia de castração), quando ocorre a fragmentação do corpo.

Ao funcionar durante toda a vida do sujeito, o originário representará o Eu como uma zona-função pensante. Aulagnier denomina as representações pictográficas das fantasias, enunciados e idéias de “fundo representativo”.¹³⁶

A mesma autora considera de fundamental importância a hipótese do originário para a compreensão das psicoses, em que há um poder de atração deste modo de funcionamento psíquico. Ela afirma que:

Há uma espécie de estranha retificação do fluxo discursivo, ou de sua retenção, que faz pensar, inevitavelmente, em uma boca que expele um fluxo alimentício que invade o outro, para alimentá-lo ou sufocá-lo, ou em uma boca que retém um fragmento de alimento-excremento, que o envenena. A relação do sujeito ao que “é pensado” parece aproximar-se do que foi uma relação arcaica ao engolido e ao vomitado.¹³⁷

A passagem do registro biológico para o registro psíquico só ocorre diante do investimento libidinal no corpo do bebê pela mãe e do poder dos sentidos de afetar a psique. Deste processo, depende a transformação de uma zona sensorial em uma zona erógena.

De acordo com Aulagnier, as produções do originário são aquelas provenientes do corpo, do sensorial. Nesse sentido, na representação pictográfica, o

¹³⁵ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.31/32.

¹³⁶ Idem, p.65.

¹³⁷ Idem, p.61

Eu é reconhecido como “ (...) Uma boca cheia ou que vomita, um excremento retido ou expulso, um buraco vazio ou colmatado, um olho que retém a impressão visual ou vazio, cego.”¹³⁸

1.2.2. O Processo Primário

O modo originário do funcionamento psíquico funciona sozinho apenas por algum momento, uma vez que com a finalidade de dar conta da alternância ausência/presença materna e do prazer e desprazer daí advindos, o processo primário deve entrar em ação. A imposição da realidade da separação faz com que a psique tenha que representá-la, destituindo-se do poder de só auto-engendrar prazer.

Nota-se, no processo primário, a aparição do conceito de separável. Na interpretação de Violante, Aulagnier concebe o processo primário assim como Freud, só que de modo mais dinâmico do que econômico.¹³⁹

Na teoria de Aulagnier, considera-se que, no primário, há a participação do princípio de realidade e não só do de prazer. A imagem de coisa é produzida, em um primeiro momento, no entanto, em um segundo momento, une-se a ela a imagem de palavra enquanto “significação primária”, que difere do signo linguístico. A significação primária é uma significação de desejo, que o primário pode oferecer ao escutado, tornando-se um alicerce para a aquisição da linguagem.¹⁴⁰

No registro do inconsciente, o vivido é representado pelo processo primário por meio de uma fantasia ou representação fantasmática. Na concepção de Aulagnier, a fantasia é “o núcleo primeiro e irreduzível do inconsciente, onde se inscreve de modo indelével a relação do sujeito com o desejo”.¹⁴¹

¹³⁸ AULAGNIER, Piera (1986). p.110.

¹³⁹ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.33.

¹⁴⁰ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.84.

¹⁴¹ AULAGNIER, Piera (1968). Op. Cit., p.171.

Para a autora, assim como para Freud, tornar-se consciente, dizível, a imagem de palavra enquanto signo linguístico deve se unir a imagem de coisa, processo que só é possibilitado no registro do Eu.

Devido à exigência de figurabilidade, a representação de signos de relação torna toda fantasia uma figuração cênica, em que há a presença de três elementos, sendo que um, sob a onipotência do desejo, está sempre a olhar os outros. Trata-se de um protótipo edípico, em que figuram o fantasiante, a mãe e o outro sem seio.¹⁴²

O postulado da onipotência do desejo do Outro rege o processo primário, em que o sujeito atribui todo prazer e todo desprazer experimentados ao desejo do Outro de dar ou recusar prazer, sendo que o Outro é representado pela figura materna. O Outro é tomado como um suporte que o sujeito depende para se constituir.

Nesse sentido, se o desprazer é atribuído ao desejo do Outro, este pode tornar-se fonte de prazer para quem o sofre. Segundo Aulagnier, deste processo resultará o masoquismo primário, sendo que seu fundamento é a interpretação projetada sobre o desejo do Outro.¹⁴³

Psiquicamente, a cena primária é inscrita pelo processo primário por meio de uma releitura do material oferecido pelo originário a partir das experiências corporais.

A representação fantasmática do espaço corporal é reconhecida como “um conjunto de zonas erógenas”; nesse sentido, conforme afirma Aulagnier, “toda atividade fantasmática visa a obtenção de um prazer erógeno”.¹⁴⁴

Em um segundo momento do processo primário, há o surgimento da imagem de palavra, ainda sem a presença da significação linguística, mas como foi dito anteriormente, como “significações primárias”, que, de acordo com a interpretação

¹⁴² AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.31/32.

¹⁴³ Idem, p.73.

¹⁴⁴ Idem, p.71.

de Violante, tais significações informam ao primário sobre a intenção do desejo materno de dar ou recusar prazer¹⁴⁵.

Aulagnier considera que, no primário, há a primazia do sentido libidinal em relação à significação linguística, que será introduzida, no registro do Eu, com a entrada do discurso proferido pelo pai (primeiro representante dos outros); assim, é revelado para a criança que os enunciados submetem-se a um código partilhado pelo meio sócio-cultural, sendo independente do desejo da mãe¹⁴⁶.

No processo primário, o precursor edípico é constituído pelos resquícios do Édipo parental, uma vez que a criança é historicizada e pré-enunciada pelo desejo da casal parental entre si e em relação a ela.

Além disso, neste modo de funcionamento psíquico, em que se admite a separação dos corpos, presentifica-se a angústia de amputação, precursora da angústia de castração.

O sujeito do inconsciente é a instância precedente ao Eu, no processo primário, em que por meio de uma dialética pulsional, há a identificação do fantasiante com a resposta ao desejo materno a partir da ação psíquica da introjeção e projeção¹⁴⁷.

1.2.3. O Processo Secundário

O modo secundário do funcionamento psíquico é caracterizado pelo advento do Eu, que, de acordo com Aulagnier, é tomado como “instância constituída pelo discurso”.¹⁴⁸

¹⁴⁵ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.31.

¹⁴⁶ AULAGNIER, Piera (1975).Op. Cit.,p.97.

¹⁴⁷ Idem, p.76

¹⁴⁸ Idem, p.105.

Tal processo, devido à exigência de significação, atribui o vivido, o existente a uma causalidade inteligível compartilhada no meio social ao qual o indivíduo pertence. As idéias ou representações ideativas e os enunciados são as produções do modo secundário do funcionamento psíquico, que rege o Eu.

Na teoria da autora, o Eu “é uma instância que está diretamente vinculada à linguagem (...)”, sendo constituído pela:

[...] apropriação desses primeiros enunciados identificantes construídos pela mãe. O Eu antecipado é um Eu historicizado que inscreve a criança, desde o começo, numa ordem temporal e simbólica.¹⁴⁹

As principais funções do Eu são pensar e investir. Aulagnier considera que o Eu é antecipado pelo desejo e pelo discurso maternos; no entanto, não pode ser considerado uma instância passiva, o Eu é enunciante. O Eu constitui-se por duas dimensões: a identificada, que advém do discurso materno e a identificante, agente frente ao discurso dos outros, inclusive do materno e paterno.

Em sua obra, “A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado”, a autora afirma que, nas patologias, são as funções do Eu (pensar e investir) que se encontram comprometidas.

No modo secundário do funcionamento psíquico, toda informação só pode ter acesso ao registro do Eu, se puder dar lugar à representação de uma idéia. O “prazer de pensar” deve preceder o “desejo de pensar”, que é anterior à exigência de significação.¹⁵⁰

Ao afirmar que o Eu é historicizado e estruturado pela linguagem, Aulagnier quer dizer que, ao nascer, o sujeito encontra-se imerso nos resquícios da história edipiana dos pais. Além disso, mesmo antes de nascer, o bebê é pré-investido e pré-enunciado pela libido materna e vai se constituindo enquanto Eu em um “meio psíquico ambiente”, que de acordo com Violante, ao interpretar Aulagnier, “é

¹⁴⁹ HORNSTEIN, Luis. *Diálogo com piera Aulagnier*. In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (org.). *Desejo e Identificação*. São Paulo: Anna Blumme, 2010, p.63

¹⁵⁰ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.40.

organizado pelo discurso e pelo desejo que une os pais e pelo desejo de cada um por este(a) filho(a).”¹⁵¹

Aulagnier atribui a função de “porta-voz” ao discurso materno, fundamental no processo de constituição do psiquismo. O “porta-voz” insere o bebê no discurso do meio e lhe traz as leis e as exigências desse meio.¹⁵²

O discurso materno, que precede o nascimento do bebê, advém de uma “sombra falada”, a qual circunscreve a história edipiana da mãe e seu reprimido. Os enunciados que constituem tal discurso são responsáveis pela formação de uma imagem identificatória, anterior ao corpo real do bebê.¹⁵³

A sombra falada preserva a mãe do retorno de um desejo reprimido, que vem a ser o desejo de ter um filho do pai e, anteriormente, o de ter um filho da mãe. Assim, este reprimido necessário para a estruturação do Eu já é transmitido pela figura materna, de modo anterior à entrada da referência paterna.¹⁵⁴

As interpretações do discurso materno, provenientes do seu desejo de ter filhos e por esta criança, sobre as manifestações do bebê constituem uma “violência primária”, fundamental para a constituição do Eu.

Aulagnier define violência primária como:

A ação psíquica pela qual se impõe à psique de um outro uma escolha, um pensamento ou ação, motivado pelo desejo daquele que o impõe, mas que são, entretanto, apoiados num objeto que para o outro corresponde à categoria do necessário.¹⁵⁵

Ao interpretar Aulagnier, Violante (2001) ressalta que há o risco de se cometer um excesso, o que procede de uma “violência secundária”, a qual é desnecessária e nociva para a constituição do sujeito. Via de regra, tal fenômeno

¹⁵¹ Idem, p.43

¹⁵² AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p106.

¹⁵³ Idem, p.109.

¹⁵⁴ Idem, p.117.

¹⁵⁵ Idem, p.38.

pode ser observado nos enunciados que constituem o discurso parental de psicóticos.¹⁵⁶

Assim, o discurso pode ser considerado como portador de uma função identificatória. Aulagnier distingue dois subconjuntos que exercem um papel determinante no processo de identificação, os quais vêm a ser os termos que nomeiam o afeto transformando-o em um sentimento dizível e os termos que designam os elementos do sistema de parentesco em uma dada cultura. A autora afirma que estes dois subconjuntos constituem a “linguagem fundamental”, que está intimamente relacionada com o desejo de saber e a necessidade de se comunicar do sujeito. Nos quadros de psicose, não se tem acesso à “linguagem fundamental”.¹⁵⁷

O desejo do pai tem um destaque significativo na teoria de Aulagnier. A autora enfatiza que o desejo do pai de ter filhos e o discurso paterno estão presentes desde muito cedo na vida da criança e acrescenta que a significação da “função paterna” é constituída por três elementos, que vêm a ser a interpretação materna com relação à função de seu próprio pai; a função que a criança e sua mãe atribuem ao pai e o que a mãe deseja transmitir ou interditar com relação a esta função.¹⁵⁸

De acordo com os pressupostos anteriores, Aulagnier considera que o Eu se constitui, por meio de uma dialética identificatória. No processo originário, a identificação primária com as “percepções coextensivas à resposta materna” é correspondente à demanda primária, que vem a ser uma demanda de libido, de desejo.

No modo primário do funcionamento psíquico, o sujeito do inconsciente identifica-se, de modo fantasmático, à resposta dada ao desejo materno. Por fim, no modo secundário, em que há a formação do Eu como um Eu ideal, no Estádio do Espelho, presentifica-se a identificação especular ou imaginária que corresponde às

¹⁵⁶ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001), p.45.

¹⁵⁷ AULAGNIER, Piera (1975). OP. Cit., p.127/128.

¹⁵⁸ Idem, p.137

demandas pré-genitais, ou seja, demandas de objetos equivalentes fálicos (seio, fezes, pênis, etc.).¹⁵⁹

No final da infância, com a assunção da castração simbólica, o Eu deve tomar para si a responsabilidade dos efeitos do encontro consigo mesmo, com os outros e com a realidade. Nesse momento, estabelece-se a potencialidade neurótica, psicótica ou polimorfa.

Aulagnier define a castração como:

[...] a descoberta, no registro identificatório, de que não ocupamos jamais o lugar que acreditávamos nosso e que inversamente já estávamos destinados a ocupar um lugar no qual ainda não poderíamos ainda encontrar-nos¹⁶⁰.

A autora acrescenta que “a castração é uma experiência na qual podemos entrar mas da qual, num certo sentido, não podemos sair”.¹⁶¹ Conforme Aulagnier, a angústia de castração ou de identificação aparecerá cada vez que houver uma oscilação nas referências identificatórias; nesse sentido, “castração e identificação são as duas faces de uma mesma unidade”.¹⁶²

Com a assunção da castração, a identificação simbólica corresponde à demanda pós-edípica, que se refere aos ideais que o Eu dirige a si mesmo. Tal identificação ocorre em dois momentos. O primeiro momento inicia-se no advento do Eu e chega até a castração (“tempo para compreender”), o segundo momento tem início no “tempo de compreender e vai até o “tempo de concluir”, o que desemboca na identificação ao projeto¹⁶³. Segundo Aulagnier, o projeto identificatório corresponde ao ideal do ego, na teoria freudiana.

Articulado ao conceito de projeto identificatório, encontra-se a noção de “contrato narcisista” proposta por Aulagnier. O “contrato narcisista” tem como

¹⁵⁹ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.51.

¹⁶⁰ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.158/159.

¹⁶¹ Idem, Ididem.

¹⁶² Idem, p.159.

¹⁶³ AULAGNIER, Piera (1968). Op. Cit.,p.214.

elementos a criança e o grupo social a que ela pertence, sendo que a criança demanda ao grupo o reconhecimento de que ela faz parte dele e o grupo social demanda-lhe preservar as leis e os valores sociais previamente existentes ao seu nascimento.¹⁶⁴

Esta revisão de literatura constituída a partir das obras de Freud e Aulagnier subsidiou teoricamente a elaboração de minha tese e os dados clínicos apresentados no estudo de caso.

A partir de tais obras, entrei em contato com conceitos que me foram de grande valia para o desenvolvimento da tese; no sentido de compreender o modo “normal” e “esperado” de constituição psíquica dos sujeitos para que, por meio da normalidade, me fosse possível ampliar a compreensão acerca dos processos patológicos presentes no desenvolvimento psicosexual dos sujeitos.

A imbricada articulação entre corpo, psiquismo e sexualidade é o alicerce para a tese que construo a seguir, no próximo capítulo.

¹⁶⁴ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p.146.

Capítulo II

A relação entre a fixação oral e a qualidade do desejo materno na ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação

*“Sob o familiar, descubra o insólito.
Sob o cotidiano, desvende o inexplicável “*

(Bertolt Brecht, A exceção e a regra)

“Esse menino é muito ruim para comer”, “Ela não aceita nenhum alimento sólido”, “Come demais, só pára quando alguém manda”, “Só se alimenta de doces”; queixas como estas começaram a aparecer freqüentemente em minha atividade clínica, como fonoaudióloga, em consultório particular e em instituições especializadas na lida com crianças psicóticas.

Na verdade, no discurso parental, estas questões, muitas vezes, não se configuravam enquanto uma queixa fonoaudiológica, mas apareciam, de modo informal com um tom de reclamação, nas entrevistas realizadas por mim no decorrer do processo terapêutico.

A queixa que estes pais endereçavam a mim, enquanto fonoaudióloga, era, na maioria das vezes, a de um problema de linguagem, um não falar ou um falar perturbado, pouco inteligível; aspecto que aparecia sempre como o problema central do desenvolvimento de seus filhos.

Esta insistente e concomitante aparição de problemas de linguagem e de alimentação observada em minha experiência clínica parecia denunciar um mau funcionamento da boca, enquanto zona erógena¹⁶⁵, nesses sujeitos; ou seja, bocas impedidas de realizar, de modo eficiente, suas funções: o falar e o comer; a estas funções, soma-se o beijar, o morder, o cuspir, ou seja, manifestações de afetos que transitam pela região oral.

¹⁶⁵ De acordo com a teoria freudiana, zona erógena implica a representação psíquica da zona sensorial.

Tal articulação pôde ser por mim validada e assegurada por meio de pesquisas recentes que comprovam que não se trata de mera coincidência a co-ocorrência entre os problemas de linguagem e alimentares, mas que estes delineiam-se como problemas da oralidade¹⁶⁶.

Refletir acerca dos problemas da oralidade, do ponto de vista bio-psíquico, é tomar o falar e o comer como funções orais implicadas entre si e que muito revelam sobre o laço do sujeito com o outro. Nesse sentido, conforme explicitado no capítulo I, escolho a teoria psicanalítica para embasar teoricamente esta relação, a partir do conceito de organização pré-genital oral. Não farei uso de tal teoria apenas para fomentar este conceito, mas enquanto fonoaudióloga, parto dele em busca daquilo que a Psicanálise tem para oferecer no que diz respeito à constituição psíquica e ao desenvolvimento libidinal de um sujeito.

Inquietar-se diante desta relação entre linguagem e alimentação, que aparece como enigmas e conflitos em meu fazer clínico, é também surpreender-se perante o fato de que a dificuldade no estabelecimento de laços afetivos é o pano de fundo nas queixas que transitam nos consultórios fonoaudiológicos acerca dos problemas da oralidade.

Pressupor a boca como lugar de manifestação de afeto¹⁶⁷ é ir além de sua dimensão biológica e considerar sua dimensão subjetiva tanto no processo diagnóstico, quanto nos procedimentos técnicos e na intervenção terapêutica fonoaudiológica.

Ao considerar a alimentação como um acontecimento privilegiado para a erogeneização oral, pretendo buscar a compreensão do desenvolvimento tanto psicosssexual, quanto de linguagem de um sujeito normal, para assim, poder problematizar e responder algumas indagações construídas por meio do material fonoaudiológico, que se constitui basicamente por problemas da oralidade.

¹⁶⁶ PALLADINO, Ruth Ruivo.Ramalho; CUNHA, Maria Claudia; SOUZA, Luiz Augusto de Paula (2007). Problemas de linguagem e alimentares em crianças pequenas: co-ocorrências ou coincidências? In: *Revista Pró-Fono*, p.205.

¹⁶⁷ GOLSE, B.; GUINOT, M. (2004). La bouche et l'oralité. In: *Rééducation orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*. Paris, vol. 42(220), p. 23-30.

2.1. Apresentação do problema

Os problemas de linguagem configuram-se como o motivo potencializador na busca pelo atendimento fonoaudiológico; tornam-se, então a “porta de entrada” para a intervenção terapêutica.

Designa-se ao fonoaudiólogo a missão de problematizar, estudar e inquietar-se diante de tais transtornos. Nesse sentido, é de fundamental importância assumir uma determinada concepção de linguagem que responda às exigências dos enigmas que transitam no campo fonoaudiológico.

Este posicionamento conceitual reverberará, inevitavelmente, no método e nas técnicas terapêuticas e, principalmente, no lugar do terapeuta e do paciente no “setting”.

Ao implicar humanização e tratar-se de um acontecimento simbólico, a linguagem é pautada pela subjetividade, o que convoca uma reflexão que considere a singularidade das manifestações clínicas heterogêneas e imprevisíveis que escoam da boca de cada paciente e indagam o fonoaudiólogo, sobre o quê, afinal, impede, perturba e/ou distorce o dizer de um sujeito.

Neste trabalho, assumo a concepção de linguagem interacionista desenvolvida no Brasil, a partir do trabalho de Claudia T.G. Lemos, pesquisadora do campo da Aquisição da Linguagem.

No Interacionismo, nota-se a importância fundamental do outro para o processo de aquisição de linguagem da criança, assim como, na Psicanálise, a constituição psíquica e sexual do sujeito está atrelada à sua história libidinal e identificatória, com ênfase na relação parental da criança.

Desse modo, considero relevante apresentar teoricamente o processo de aquisição de linguagem da criança, que ocorre concomitantemente com o desenvolvimento psicosssexual detalhado no capítulo anterior.

No início da década de 90, há, na literatura fonoaudiológica, o surgimento de estudos de caráter interacionista, os quais rompem com tradicionais teorias do campo científico fonoaudiológico. Este grupo é sustentado teoricamente pela tradição dialética, em que linguagem tem um papel constitutivo, fruto de um processo interacional (Palladino¹⁶⁸; Arantes¹⁶⁹; Rubino¹⁷⁰ e Hage¹⁷¹).

Tal teoria concebe o processo de aquisição da linguagem como um processo de subjetivação, que se define por meio de mudanças de posição da criança em uma estrutura, “cujos pólos são a língua, o outro e a própria criança, concebida como um corpo pulsional”¹⁷². Corpo este capturado e significado pela linguagem.

O Interacionismo Brasileiro surge da necessidade de conceber os “erros”, produções heterogêneas e imprevisíveis, que caracterizam a fala inicial da criança, enquanto diferença e não enquanto déficit.

A partir desta concepção, a interação, acontecimento da ordem do discurso, torna-se a principal via pela qual se efetua a entrada do sujeito na linguagem. Assim, o processo de aquisição da linguagem não possui um caráter desenvolvimentista, mas carrega a noção de estrutura.

Nesta teoria, conforme afirma De Lemos, ao se observar que, no processo de aquisição da linguagem de uma criança normal, há o surgimento de acertos iniciais presentes na fala do sujeito, que coincidem com a fala adulta e que, posteriormente, há a aparição de “erros”; tais acertos não são considerados enquanto indício de conhecimento¹⁷³.

Em contrapartida, os “erros” presentes na fala das crianças passaram a serem tomados enquanto indício de movimento e mudança na estrutura da língua e

¹⁶⁸ PALLADINO, R.R.R. Questões sobre o diagnóstico fonoaudiológico em crianças. In: *Revista Distúrbios da Comunicação*, 11(1), 1999, p.111-124.

¹⁶⁹ ARANTES, L. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: Lier De Vitto, M. F. *Fonoaudiologia: No sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 23-38.

¹⁷⁰ RUBINO, R.. Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão. In: Lier De Vitto, M. F. *Fonoaudiologia: No sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 69-90.

¹⁷¹ HAGE, Simone. *Avaliando a linguagem na ausência da oralidade*. Bauru: Edusc, 1997.

¹⁷² DE LEMOS, C.T.G. *Desenvolvimento da linguagem e processo de subjetivação*. São Paulo, 1999, p.1.

¹⁷³ DE LEMOS, C. T. G. Aquisição de Linguagem e seu dilema (pecado) original. In: *Revista Abralín*, vol. 3, 1982, p.17.

não como marcas de um não saber, apontando para um movimento na fala do sujeito em direção a uma organização.

A heterogeneidade e a imprevisibilidade destes dizeres apontam para uma subversão da noção de desenvolvimento no processo de aquisição da linguagem e privilegia o caráter estrutural deste processo de subjetivação.

Ao considerar a interação como responsável pela entrada do sujeito na linguagem, ou seja, como fator constituinte do processo de transformação de uma criança interpretada pelo outro em uma criança intérprete do outro e de sua própria fala, o diálogo passou a ser tomado enquanto unidade de análise e lugar de inserção da criança na linguagem.¹⁷⁴

De Lemos¹⁷⁵ considera que os processos constitutivos do diálogo são: a especularidade, em que há um espelhamento presente na fala da criança, em relação à fala do adulto; a complementaridade, em que o espelhamento aparece com expansão, há uma certa diferenciação entre a fala da criança e a do outro e a reciprocidade, processo em que há a assunção das posições na língua.

Ao partir desses pressupostos, concebe-se que, ao nascer, a criança é dotada de uma estrutura biológica, no entanto, por possuir uma filiação e uma história libidinalmente investida pelo casal parental, a herança genética, biologicamente determinada, será entendida e capturada por uma herança simbólica.

Ao nascer, a criança, mesmo sem falar, está inserido em uma grande rede discursiva, em que o adulto fala com a criança, sobre a criança com um outro e pela criança. Nesse sentido, o adulto supõe a criança na posição de um sujeito falante, desse modo, inicia-se o processo de aquisição da linguagem. Tal processo concerne a um caráter estrutural, em que há mudanças de posição do sujeito em relação à língua, cujos pólos são: o outro, a língua e a própria criança.

¹⁷⁴ PALLADINO, R.R.R. *Desenvolvimento da linguagem*. In: Tratado de Fonoaudiologia. São Paulo: Roca, 2004, .768.

¹⁷⁵ DE LEMOS, C. T. G. (1982). Op. Cit., p. 18.

Ao começar a falar, os enunciados iniciais da criança, aparentemente, assertivos e similares à fala adulta, dependem e são determinados pela fala do outro, que pode ser considerado como instância do funcionamento lingüístico discursivo. Observa-se, então, que na fala da criança há um retorno dos enunciados do falante adulto, do qual depende cada enunciado da criança.

A continuidade dialógica é garantida por significantes presentes na fala do adulto que evocam textos ausentes no discurso da criança. Nesta primeira posição, há uma dominância do pólo do outro na estrutura da língua e a criança, neste momento, enquanto falante, está alienada na fala do outro, ou seja, a criança está sendo falada pela fala do outro.

Apesar deste dizer não colocar a criança em um lugar de sujeito falante, autor de seu próprio discurso, pois esta fala é caracterizada por repetições; o adulto toma este dizer como autônomo, produção de um sujeito imbricado na estrutura da língua, assim com ele.

O erro ou a violação das leis e normas da língua são fenômenos que dão visibilidade à segunda posição, em que o pólo dominante é a língua e seu funcionamento. Segundo Palladino,:

Esses estudos valorizam a idéia que postula um não saber para a criança e uma constituição dela como sujeito (que porta um “saber” sempre ilusório) na palavra do outro, acontecimento propiciado por uma condição de hiância permanente entre um e outro, ou seja, a ordem da linguagem.¹⁷⁶

A presença de erros na fala da criança aponta para um “movimento da língua, pondo em relação fragmentos da fala adulta incorporada pela criança, rompendo esses fragmentos/cadeias através de operações, com efeito de substituição e ressignificação.”¹⁷⁷ O erro emerge enquanto rede de relações entre cadeias de significantes, significantes estes advindos do outro e também da sua própria fala.

¹⁷⁶ PALLADINO, R.R.R. (2004). Op. cit., p.767.

¹⁷⁷ DE LEMOS, C.T.G. *Os processos metafóricos e metonímicos como mecanismos de mudança*. In: *Substratum*, v.1, 1992, p. 124

Esses dizeres insólitos e heterogêneos dão visibilidade a uma instância subjetiva que permeia o processo de aquisição da linguagem, o que vai muito além do conhecimento da língua.

Nesta segunda posição, a criança não reage ao estranhamento do adulto diante de seu erro, não reconhece/escuta a diferença entre o seu enunciado e o do outro. Nesse sentido, “o erro, enquanto diferença não reconhecida pela criança, pode ser tomado como indício da primazia do funcionamento da língua”¹⁷⁸.

Tais produções imprevisíveis que escoam da boca de um pequeno falante oferecem indícios do início da autonomia discursiva, em que o sujeito é responsável pela autoria de seu próprio dizer. Os erros, neste primeiro momento, são imprescindíveis no processo de aquisição da linguagem, no sentido de o sujeito ser legitimado pelo outro enquanto um interlocutor, assim, esses dizeres são aceitos pelo adulto e, muitas vezes, incorporados na fala do sujeito falante já constituído.

Em um momento posterior, o adulto começa a apontar e corrigir os erros presentes na fala da criança. A reação do interlocutor é reconhecida por ela e começam a surgir tentativas de reformulações/correções, ou seja, a criança escuta na fala do outro um estranhamento que aponta para uma diferença. Este mecanismo remete a um movimento da criança em direção à entrada nas leis da língua, assim, a criança adquire escuta para a fala do outro e para a sua própria fala.

O reconhecimento desta diferença é o aspecto que caracteriza a terceira posição na estrutura da língua, em que há uma dominância no pólo do sujeito. De acordo com De Lemos, neste período, encontra-se a posição “ (...) De um sujeito dividido entre a instância que fala e a que escuta, instâncias essas que não coincidem nem na criança, nem no adulto, conforme nos revelou Freud através do chiste e do lapso.”¹⁷⁹

¹⁷⁸ DE LEMOS. *Desenvolvimento da linguagem e processos de subjetivação* (palestra). São Paulo, 1999, p. 9.

¹⁷⁹ *Idem Ibidem.* p. 12

Este momento marca a entrada do sujeito nas leis da língua, do ponto de vista articulatório, prosódico e vocal; no entanto, não são apenas as leis do campo lingüístico que passam a reger o dizer da criança, uma vez que este período é simbolicamente determinado pela entrada da lei em todas as instâncias da vida infantil.

Nesse sentido, entendo que o processo de aquisição da linguagem está intrinsecamente articulado ao processo de constituição psicosexual do sujeito. Tal processo, como já foi colocado anteriormente, culmina no complexo de Édipo/complexo de castração, complexo nuclear da constituição psíquica do sujeito, em que há o ingresso da criança nas leis da ordem cultural representada, primeiramente, pelos pais.

Embora essas três referidas posições se manifestem no tempo cronológico, a passagem de uma mudança para outra não possui um caráter desenvolvimentista, mas implica em mudanças de posição em uma estrutura, na qual o adulto está igualmente submetido. Nesse sentido, a partir destas relações entre o sujeito, o outro e a língua, pode-se considerar que a aquisição da linguagem é um processo de subjetivação, em que a criança passa do estado de bebê /interpretado para sujeito falante/intérprete.

Até aqui, expus aquilo que é esperado no processo de aquisição da linguagem de um sujeito. No entanto, a partir deste conhecimento, minhas inquietações eclodiram frente a sujeitos, cujo percurso de entrada na linguagem configurou-se de modo obscuro e enigmático. Isto se manifestou em não dizeres ou em dizeres aflitos, pouco compreendidos, que não alcançam a escuta e a interpretação do outro; dizeres que colocam esses sujeitos no lugar da desmesura, da patologia, do ponto de vista, fonoaudiológico.

Como já disse no início deste capítulo, além de minha experiência clínica em consultório particular, o desejo de realização desta tese está vinculado à minha vivência, como fonoaudióloga, em instituições especializadas no atendimento de

crianças com problemas relacionados ao comportamento e ao desenvolvimento global; muitas delas apresentam o diagnóstico de autismo ou psicose.

Durante as avaliações dessas crianças, alguns aspectos relacionados à linguagem e à alimentação manifestaram-se repetidamente. Pontuarei algumas destas questões, com o objetivo de ilustrar aquilo que me inquietava e colocava-me em um lugar de problematização frente à compreensão da natureza de tais manifestações, tomando-as a partir de uma implicação estrutural relacionada à oralidade e não como uma co-morbidade instalada na região oral.

É importante enfatizar que tais aspectos não estão relacionados, ou agrupados, por fatores lesionais ou marcas orgânicas determinantes dos sintomas e quadros clínicos. O objetivo é apresentar os problemas que repetidamente se manifestaram.

Os aspectos relacionados à linguagem são:

a.) Há presença de fragmentos da fala do outro no discurso dos pacientes, sejam estes provenientes da fala dos pais, cuidadores ou de comerciais de TV, ou de desenhos animados. Durante as brincadeiras foram detectadas repetições da fala e das práticas do outro, sem que houvesse alternância de papéis por parte da criança. Tais repetições se apresentaram de forma mediata e imediata. Podemos dizer que são falas ecológicas, tanto do ponto de vista do segmento quanto do supra segmento; isto é, as repetições ocorrem tanto no discurso, quanto na melodia e no ritmo da fala. Algumas ecolalias mediatas chegam a dar a impressão para o ouvinte de que há autoria no discurso da criança, quando na verdade são apenas repetições.

b) As palavras deslizam na fala de todos os pacientes sem constituir sentido, ou seja, durante uma conversa ou uma brincadeira, muda-se o rumo do discurso a partir de uma palavra qualquer dita por mim, de um ruído externo ou até de um objeto, sem que esse deslizamento tenha contenção, em algumas situações, mesmo que eu intervenha.

c) Em alguns casos a presença do outro tem efeito fugaz, ou seja, não produz efeito, contenção ou diferença. Algumas crianças continuam a explorar sensorialmente objetos, ou a comer vorazmente, mesmo quando o eu procuro intervir. Não há escuta para a fala do interlocutor.

d) Os pacientes que apresentam alterações fonológicas¹⁸⁰, muitas vezes parecem ser pacientes que transitam melhor na língua, ou seja, que são autores de sua fala e não apresentam ecolalia. Porém, observei que os discursos são compostos por fragmentos congelados provenientes da fala do outro e que as alterações fonológicas revelam a não escuta da criança para a própria fala. De qualquer forma é importante destacar também a ambigüidade de tal problema fonoaudiológico, porque ao mesmo tempo em que denota a não escuta da criança para a própria fala, há um movimento, mesmo que rudimentar, de entrada nas regras da língua que permite que o interlocutor sustente a ilusão de que há um falante diante de si.

A imprevisibilidade e a dificuldade de interpretação destas produções lingüísticas me levaram a questionar de que forma cada um desses sujeitos, de modo peculiar, ingressou na linguagem e se posicionou frente à estrutura de uma língua permeada de leis. Leis que estes sujeitos insistem em subverter, mesmo que o preço seja manterem-se à deriva, não estabelecerem de modo eficiente laços afetivos com o outro.

A subdivisão que realizo, neste capítulo, entre o falar e o comer, justifica-se apenas como um modo de apresentação, a fim de organizar o que será apresentado no texto, uma vez que considero a linguagem e a alimentação como dois conjuntos de gestos relacionados à zona oral e, portanto, partilham da mesma natureza.

Gesto aqui tomado como uma motilidade permeada de significação, ou seja, regida pela linguagem; neste sentido, toda motricidade humana, incluindo aí, a

¹⁸⁰ As alterações fonológicas podem ser consideradas como dificuldades de fala caracterizadas pelo uso inadequado dos sons. Tais alterações podem envolver erros na produção, percepção ou organização sonoras.

motricidade oral é gestual, caso contrário, tornam-se apenas comandos cerebrais enviados aos músculos, movimentações desprovidas de sentido.

A partir desta perspectiva, penso a alimentação, as condutas alimentares e os padrões de sucção, mastigação e deglutição, como acontecimentos intrínsecos à humanização e, portanto, de natureza simbólica.

Nesse sentido, é de fundamental importância reconhecer que a cena de alimentação é aquela que inaugura o laço entre a mãe e o bebê, condição indispensável para a constituição subjetiva da criança.

A mãe oferece o alimento e a criança aceita ou recusa ser alimentada; esta cena é atravessada pela linguagem, constituída de gestos carregados de significação, implicados em um desejo tanto da mãe, quanto da criança. Nesse sentido, o ato de alimentar-se/ser alimentado é entendido como um lugar de alicerce, cena primitiva de interação. Portanto, é na cena de alimentação que se inicia o processo de aquisição da linguagem.

Preferir, detestar, gostar ou recusar determinado alimento pode ser considerado efeito de uma elaboração psíquica e irá dizer de que forma a alimentação está representada psiquicamente.

Assim, o comer pode dar indícios do modo desta criança posicionar-se frente à linguagem, ou seja, as condutas alimentares de um sujeito podem ser consideradas como um mote para que se compreenda a sua maneira de se expressar através da linguagem, já que tais acontecimentos são conjuntos de gestos da mesma natureza.

Ao partir desses pressupostos, o vômito, a diarreia ou o refluxo; movimentos atípicos da fase oral, podem ser considerados como manifestações de uma recusa já elaborada pela linguagem.

A seguir, exponho os aspectos relacionados à alimentação observados nos sujeitos, os quais atendi nas instituições especializadas na lida com crianças psicóticas.

a.) Alguns pacientes são bastante vorazes ao alimentarem-se, ou seja, empurram grande quantidade de alimento na boca ou comem em quantidade excessiva. Ambas as situações levam-me a pensar que o conteúdo ingerido e o gosto não fazem diferença, como se houvesse o preenchimento de um espaço vazio. A boca parece não estar constituída enquanto zona erógena. O alimento tanto “escorrega” para o interior da cavidade oral, como não é contido pela mesma, não há limite entre o interior e o exterior corporal.

b) Outros pacientes apresentam alterações dos aspectos funcionais do sistema estomatognático, como protusão de língua no momento da deglutição, permanência de resíduos alimentares após a deglutição, o padrão de mastigação é primitivo, ou seja, a mastigação é verticalizada, não apresenta a lateralização do alimento. Sendo assim, os pacientes tendem a dar preferência a alimentos de consistência pastosa e/ou líquida.

c.) No histórico desses pacientes, a referência a vômitos e refluxo é freqüentemente citada. Nesta perspectiva, de acordo com Kupfer,:

[...] a boca não erotizada, não recortada pelo trabalho materno de fazer nascer a pulsão oral, nisso que é pura carne, pura necessidade, estará sempre semi-aberta, hipotônica, sem tônus: a criança exibirá uma baba constante, a deslizar por entre seus lábios moles.¹⁸¹

A partir dos dados apresentados, entendo que os problemas alimentares e de linguagem não podem ser considerados como uma co-morbidade na clínica fonoaudiológica; mas devem ser tomados enquanto um problema relacionado à oralidade, ou seja,

[...] a co-ocorrência de transtornos de linguagem e de alimentação delinea os contornos de um transtorno de ordem simbólica: parece que a boca não advém órgão, no sentido de se tornar um espaço,

¹⁸¹ KUPFER, M.C.(2000). Op. Cit., p.89.

regido simbolicamente, no corpo organizado, daí não funcionar direito: as palavras se perdem, os alimentos se perdem, no excesso ou na falta.¹⁸²

Até aqui apresentei a questão da qual parti para a elaboração desta tese. Assim, pode-se notar que, a partir de uma problemática presente na clínica fonoaudiológica, recorri à Psicanálise, enquanto uma teoria acerca do psiquismo.

Objetivei compreender a natureza da manifestação da co-ocorrência entre os problemas de linguagem e de alimentação, de modo articulado à ação do desejo e do discurso do casal parental na constiuição do sujeito e sua relação com a assunção de um Eu desprovido de autonomia no registro corporal e psíquico.

A seguir, com base na clínica e na literatura psicanalítica, pretendo fundamentar a tese segundo a qual, em alguns casos, a manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação pode ser considerada enquanto uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal, fomentada por um desejo materno de “que nada mude” – desejo que nega o nascimento de um sujeito singular e autônomo.

2.2. A co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação enquanto uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal

Ao questionar a natureza da manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação, faz-se necessário justificar os motivos pelos quais não considero tal manifestação enquanto um sintoma.

De acordo com os textos freudianos, o conceito de sintoma, ao ser definido enquanto “retorno do reprimido”¹⁸³, faz com que seja questionada a natureza das manifestações patológicas infantis - uma vez que:

¹⁸² PALLADINO, R.R.R.; SOUZA, L.A.P.; CUNHA, M.C.(2004). Op. Cit., p.103.

¹⁸³ FREUD, Sigmund (1915). Repressão. *ESB XIV*, 1996, p. 159.

[...] a repressão não é um mecanismo defensivo que esteja presente desde o início; que ela só pode surgir quando tiver ocorrido uma cisão marcante entre a atividade mental consciente e a inconsciente; e que a essência da repressão consiste simplesmente em afastar determinada coisa do consciente, mantendo-a à distância.¹⁸⁴

Nesse mesmo texto, Freud considera que “existe uma repressão primeva, uma primeira fase de repressão, que consiste em negar entrada no consciente ao representante psíquico (ideacional) do instinto.”¹⁸⁵

O recalçamento primário é responsável por esta cisão entre o consciente e o inconsciente, no entanto, tal cisão deve ser reiterada pelo recalçamento secundário. No que diz respeito a tal processo, Freud postula que:

A segunda fase da repressão, a repressão propriamente dita, afeta os derivados mentais do representante reprimido, ou sucessões de pensamento que, originando-se em outra parte, tenham entrado em ligação associativa com ele. Por causa dessa associação, essas idéias sofrem o mesmo destino daquilo que foi primevamente reprimido.¹⁸⁶

Em 1925, no texto “Inibição, Sintomas e Ansiedade”, Freud reitera que a angústia de castração é a única que tem força de levar o ego a defender-se, recorrendo ao recalçamento, cuja falha é responsável pelo aparecimento do sintoma. Assim, torna-se possível falar em sintoma, de acordo com a concepção freudiana, após a passagem do complexo de Édipo/ complexo de castração.

Nesse sentido, entendo que, no caso da criança aqui estudada, a co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação não pode ser tomada enquanto um sintoma, uma vez que - faço minhas as palavras de Gomes-;

[...] pela precocidade com que apareceu, quando a mente da criança ainda não estava pronta para complexas relações simbólicas, não seria possível uma solução de compromisso entre o conteúdo recalçado e a instância recalçadora, processos referidos ao recalque secundário.¹⁸⁷

¹⁸⁴ Idem, p.152.

¹⁸⁵ Idem, p. 153.

¹⁸⁶ Idem, Ibidem.

¹⁸⁷ GOMES, Ivone Carmem Dias (2011). *Quando, entre o pensamento e a fala, existe uma gagueira*. Curitiba: CRV, p. 32.

As manifestações patológicas apresentadas pelo caso exposto nesta tese pareciam representar uma fixação na fase oral canibalística. Em 1917, Freud, ao teorizar acerca das fases do desenvolvimento libidinal, relaciona os conceitos de fixação e regressão do seguinte modo:

Permitam-me ainda esclarecer que nos propomos descrever o retardamento de uma tendência parcial num estágio anterior como sendo uma fixação, isto é, uma fixação do instinto. O segundo perigo em um desenvolvimento por etapas desse tipo reside no fato de que as partes que prosseguiram adiante podem também, com facilidade, retornar retrocessivamente a um desses estágios precedentes o que descrevemos como regressão. A tendência ver-se-á conduzida a uma regressão desse tipo se o exercício de sua função isto é, a obtenção do seu objetivo de satisfação depara, em sua forma posterior ou mais altamente desenvolvida, com poderosos obstáculos externos. É plausível supor que a fixação e a regressão não sejam independentes uma da outra. Quanto mais intensas as fixações em seu rumo ao desenvolvimento, mais prontamente a função fugirá às dificuldades externas, regressando às fixações; portanto, mais incapaz se revela a função desenvolvida de resistir aos obstáculos externos situados em seu caminho.¹⁸⁸

Assim, a partir dos conceitos de fixação e regressão, a co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares de Guilherme parece adquirir um caráter de persistência em permanecer-se ligado a uma estrutura de atividade característica da fase oral-canibalística, mesmo que, do ponto de vista psicosssexual, o paciente parece estar atravessando o complexo de Édipo/complexo de castração, com dificuldades em assumir a castração.

Parecia-me que tal co-ocorrência configurava-se enquanto uma manifestação da fixação na fase oral canibalística, no sentido de que o falar, o comer e as outras funções orais estavam afetadas.

De acordo com Freud,:

[...] um desenvolvimento imperfeito da libido deixa atrás de si fixações libidinais muito férteis e, talvez, também, muito numerosas em fases precoces da organização e da busca de objetos, as quais, em sua maior parte, são incapazes de prover satisfação real; e com

¹⁸⁸ FREUD, Sigmund. (1916/1917). Conferências introdutórias sobre Psicanálise: Conferência XXII: Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão - etiologia. *ESB XVI*, 1996, p.344.

isso, os senhores poderão reconhecer na fixação libidinal o segundo poderoso fator que, juntamente com a frustração, é causa de doença.¹⁸⁹

Ao falar sobre “psicopatologia” infantil, Piera Aulagnier, na obra “O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro – do discurso identificante ao discurso delirante”, postula que faz uso das aspas, no termo “psicopatologia” infantil:

[...] para lembrar que o polimorfismo das defesas às quais o eu infantil recorre não é, em si, sinal de uma psicopatologia, assim como seu polimorfismo sexual não é um sinal de perversão. O que não quer dizer que a criança esteja protegida de manifestações que, com razão, poderemos qualificar de psicopatológicas ou de perversas.¹⁹⁰

Assim, considero que a co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação presente em Guilherme trata-se de uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal relacionada ao desejo materno de “que nada mude” – desejo de que Guilherme permanecesse na posição de “sua majestade, o bebê”.

Ao interpretarem Freud, Laplanche e Pontalis enfatizam que:

As condições da fixação são, para Freud de dois tipos. Por um lado, ela é provocada por diversos fatores históricos (influência da constelação familiar, trauma, etc.). Por outro, é favorecida por fatores constitucionais; determinada componente pulsional parcial pode ter uma força maior do que outra, mas também pode existir em certos indivíduos uma ‘viscosidade’ geral da libido que os predispõe a defenderem ‘cada posição libidinal uma vez que é atingida, por angústia de perda ao abandoná-la, e por temor de não encontrarem na posição seguinte um substituto plenamente satisfatório.’¹⁹¹

A meu ver, no caso de Guilherme, a qualidade do desejo materno tornou-se uma importante condição para o estabelecimento da fixação. O paciente parecia estar submetido à onipotência do desejo materno, de maneira cristalizada, sem possibilidades de mudança.

¹⁸⁹ Idem, p.349.

¹⁹⁰ AULAGNIER, Piera (1984). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro-do discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989, p.238.

¹⁹¹ LAPLANCHE, Jean & PONTALIS, J.-B. (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001, p. 191.

A seguir, justifico a utilização que faço do aporte teórico presente na obra de Piera Aulagnier relacionado à ação do desejo materno na constituição psíquica do sujeito.

2.3. A qualidade do desejo materno

De acordo com Aulagnier, há uma distinção entre o desejo de maternidade e o desejo de ter filho. O desejo de maternidade concerne ao:

[...] desejo por um filho que se expressa sob a forma de uma necessidade que deve ser imperativamente satisfeita. Objeto de um fantasma que concerne à reapropriação desta parte de si mesmo da qual se acha mutilado ou, ainda, a recusa que a psique opõe a este veredicto de ser mortal que não pode aceitar.¹⁹²

A autora ainda afirma que as consequências deste desejo materno que se expressa por um “que nada muda”, diferentemente do desejo de ter filhos, que aposta em um devir de um sujeito autônomo, portador de discurso e desejos próprios, são altamente desestruturantes para o funcionamento do Eu, em que:

Por menos que a satisfação de tal desejo se imponha à criança como condição necessária para preservar seu amor, ela se encontrará despossuída de qualquer autonomia no registro de seus pensamentos e na escolha de suas referências identificatórias, não tendo nem mesmo a possibilidade de pensar, de “conhecer” de dentro o que comportariam os termos futuro e mudança.¹⁹³

O desejo de maternidade torna-se catastrófico para o desenvolvimento psíquico da criança. Tal desejo está presente em mães que não suportam entrar em contato com o imprevisível e tentam repetir, de modo idêntico a relação que estabeleceram com a própria mãe.

¹⁹² AULAGNIER, Piera (1989). Que desejo, Por que Filho? In: *Revista Psicanálise e Universidade*. São Paulo, no. 21, 2004, p. 15.

¹⁹³ Idem, p. 16.

Ao interpretar a obra de Aulagnier, Violante (2001) afirma que pode ser observado nessas mães, a presença do desejo de maternidade, mas parece inexistir o desejo de ter filhos ou de ter este filho, especificamente. A autora acrescenta que:

Se houve desejo de maternidade, este foi vivido narcisicamente, como uma relação incestuosa invertida com a própria mãe – de quem ela jamais se separou e quem, via de regra, também não teve desejo de ter filhos ou de ter esta filha. Diversamente do desejo de ter filhos, o desejo de maternidade é a negação do desejo de gerar um novo ser, que não seja o retorno de si mesmo.¹⁹⁴

De acordo com Aulagnier, este desejo encontra-se presente, com frequência, nas mães daqueles que virão a se tornar psicóticos.

Ao recordar o discurso e o comportamento da mãe de Guilherme, a criança que estudo nesta tese, parecia-me que estava diante de um desejo de maternidade, desejo que negava a Guilherme ser portador de autonomia psíquica, corporal e discursiva.

No entanto, as manifestações clínicas presentes em Guilherme - a saber, a instalação da transferência e a melhora significativa em relação à linguagem e alimentação – levaram-me a questionar o diagnóstico psiquiátrico de autismo. A partir do que eu observava, parecia-me que, embora a psicose não houvesse eclodido na infância, ele estava em vias de se constituir enquanto portador de uma potencialidade psicótica.

Tal hipótese pode ser justificada por observações clínicas relacionadas a um aprisionamento de Guilherme na trama familiar e à desorganização corporal e psíquicas geradas pela angústia presente no menino.

Assim, acredito ser de extrema importância para a compreensão do estudo de caso, presente no terceiro capítulo, apresentar – mesmo que de modo sucinto, pois não é a questão central do trabalho - algumas considerações presentes na obra de Aulagnier, a respeito do conceito de potencialidade e da potencialidade psicótica.

¹⁹⁴ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). *Piera Aulagnier: Uma contribuição contemporânea à obra de Freud*. São Paulo: via lettera-Fapesp, p. 88.

2.4. O conceito de potencialidade e a potencialidade psicótica

A noção de potencialidade é definida por Aulagnier, em sua obra “O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro” (1979) da seguinte maneira: “O conceito de potencialidade engloba os ‘possíveis’ do funcionamento do eu e de suas posições identificatórias, uma vez terminada a infância.”¹⁹⁵

Potencialidade é uma posição identificatória assumida pelo Eu, após o complexo de Édipo / complexo de castração, que determinará um modo de funcionamento psíquico para lidar com um determinado conflito identificatório.

A autora acrescenta que, no “tempo de concluir”, com a assunção (ou não, ou parcial) da castração instala-se a potencialidade neurótica, psicótica ou polimorfa - “com exceção da eclosão de uma psicose infantil, cuja forma extrema é o autismo.”¹⁹⁶

Nesse sentido, Aulagnier compreende a psicopatologia por meio de conflitos identificatórios. O conflito psicótico é estabelecido no interior do Eu, entre as dimensões identificada – que advém do discurso materno e a identificante – agente frente ao discurso dos outros, inclusive ao materno e paterno.

A partir da análise de psicóticos, Aulagnier identifica fatores frequentes na realidade histórica destes pacientes, que dizem respeito ao ambiente psíquico familiar, à relação parental, ao desejo materno e paterno de ter filhos e por aquele filho que se tornou psicótico e acrescenta que não se pode descartar que possa ter existido “alguma coisa” no processo de constituição do sujeito.¹⁹⁷ Assim, a autora conclui que “a psicose é a consecução de uma série de erros de percurso e jamais de um só(...)”¹⁹⁸

¹⁹⁵ AULAGNIER, Piera (1979). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro*. São Paulo: Escuta, 1989, p.228.

¹⁹⁶ Idem, p.233.

¹⁹⁷ AULAGNIER, Piera (1975). *A violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979, p.221.

¹⁹⁸ AULAGNIER, Piera (1992). Vois d'entrée dans la psychose. *Topique*, n.49, 1992, pp 7-29.

Segundo Aulagnier, o psicótico vivencia, no meio psíquico familiar, um excesso de frustração, que está relacionado a enunciados e comportamentos paradoxais que lhe são destinados e, diante disso, o sujeito recorre às defesas psicóticas. Tal frustração concerne a uma “falta” de significação presente no discurso materno e/ou paterno relacionado às origens do sujeito, do prazer, do desprazer e do mundo.

Esse excesso de frustração, que marca as primeiras experiências do bebê, que se tornará psicótico, está relacionado à “violência secundária” exercida pelo porta-voz, que diferentemente da “violência primária”, apresenta-se de modo nocivo e desnecessário ao funcionamento do Eu. Trata-se de um fator com “poder facilitador” para o estabelecimento da potencialidade psicótica.¹⁹⁹

Violante (2001) afirma, ao interpretar Aulagnier, que a psicogênese da psicose situa-se no Estádio do Espelho, em que ocorre uma fragmentação do Eu, devido à falta de um Eu ideal, em que se pudesse investir.²⁰⁰

Aulagnier postula que, na psicose, há uma força de atração pelo modo originário do funcionamento psíquico, em que a atividade pictográfica ignora a imagem de palavra e utiliza como material a imagem da coisa corporal.²⁰¹

Em sua obra “Um Intérprete em busca de sentido II” (1986), ao teorizar acerca do conflito psicótico, Aulagnier postula que:

[...] em todos esses quadros, que clinicamente classificamos sob a rubrica psicose, uma mesma cláusula de obediência se acha no compromisso identificatório firmado pelo Eu, quando de sua saída do mundo infantil, saída que supõe ter podido poupar-se da eclosão de uma psicose na infância [...]

Tal compromisso identificatório está intrinsecamente articulado à história libidinal e identificatória do sujeito, de modo que o Eu só pode aceitá-lo, caso se institua uma “aliança” com uma instância exterior – o Eu materno .

¹⁹⁹ AULAGNIER, Piera (1975). Op. Cit., p. 36

²⁰⁰ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). Op. Cit., p.81.

²⁰¹ Idem, p.20.

A autora explicita que “a idealização maciça do poder de um outro”,- ou seja, no caso da “aliança temporária” entre o Eu e o Eu materno culminar num “direito de vigilância definitiva” -, é um fator determinante, com frequência para instituir-se

[...] antes do fim da infância, essa potencialidade psicótica que poderá ou não, no futuro, passar ao estado manifesto. Potencialidade psicótica que pode se constituir e se fixar em momento mais ou menos precoces do percurso identificatório.²⁰²

A partir desses pressupostos, considero que o compromisso identificatório que parecia estar sendo assumido por Guilherme e enunciado pela voz materna – a saber, “que nada mude” – corroborava em um luto de autonomia corporal, psíquica e discursiva.

A meu ver, a co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação poderia ser interpretada enquanto uma fixação na oralidade ancorada neste desejo materno “psicotizante” de “que nada mude”.

Do ponto de vista da sexualidade, Guilherme parecia estar atravessando o complexo de Édipo/complexo de castração, com dificuldades em assumir a castração, todavia, a fixação oral, tornava-se o símbolo de que Guilherme ocuparia, para sempre, a posição de um bebê dependente da figura materna, “fixado” à estrutura de atividade sexual mais primitiva.

Nesse sentido, parecia-me que a manutenção dos problemas de linguagem e de alimentação em Guilherme garantia à mãe que o compromisso identificatório “que nada mude” estava firmado.

A seguir, apresento o caso de Guilherme, que juntamente com tantos outros possibilitou-me construir a questão central desta pesquisa. No entanto, foi o estudo deste caso, especificamente, o responsável pela elaboração da tese aqui apresentada.

²⁰² AULAGNIER, Piera (1986). *Um intérprete em busca de sentido II*. São Paulo: Escuta, 1990, p. 190/191.

Capítulo III

Guilherme – Para Sempre, “Sua Majestade, O Bebê”

*(...) tu caíste do ninho
és um passarinho de garras amarelas
e olhos grandes e fazes-me pena
(a minha mão é larga demais para ti)
e tiro com o dedo uma gota da fonte,
e fico à escuta se tu a sorves sedento,
e sinto bater o teu coração e o meu
e ambos de angústia.*

Rainer Maria Rilke, Poemas

Em minha experiência clínica, tanto em consultório particular, quanto em clínicas especializadas no atendimento de crianças incluídas no diagnóstico de autismo, atendi inúmeros casos semelhantes ao de Guilherme e poderia ter escolhido qualquer um deles para fazer parte de minha tese.

No processo de realização deste trabalho, questionei-me o porquê da escolha deste caso e foi possível elencar três motivos principais, intrinsecamente articulados. O primeiro refere-se ao fato de me sentir, a todo momento, impactada com as reações e produções de Guilherme frente à intervenção terapêutica.

Convocava-me, transferencialmente, à semelhança da alteridade materna, colocando-se na posição daquele que precisava de cuidados e atenção constantes e que seus desejos deveriam ser tomados como uma ordem. A manifestação dos problemas de linguagem e de alimentação potencializava a sensação de que Guilherme ocupava a posição de um bebê; alguém que necessitava do outro para comunicar-se e alimentar-se.

A força com que se estabeleceu o fenômeno da transferência em meu setting fonoaudiológico foi o mote potencializador de meu desejo em estudar este caso; muitas vezes, sentia-me invadida com as reações de Guilherme, que transitava entre os sentimentos de afeto e hostilidade dirigidos a mim de modo maciço e intenso.

Nesse sentido, recorro a Freud, que definiu, em 1909, o fenômeno da transferência da seguinte forma:

[...] o doente consagra ao médico uma série de sentimentos afetuosos, mesclados muitas vezes de hostilidade, não justificados em relações reais e que, pelas suas particularidades, devem provir de antigas fantasias tornadas inconscientes. Aquele trecho da vida sentimental cuja lembrança já não pode evocar, o paciente torna a vivê-lo nas relações com o médico; e só por este ressurgimento na 'transferência' é que o doente se convence da existência e do poder desses sentimentos sexuais inconscientes.²⁰³

Além disso, no mesmo texto, o autor enfatiza que:

[...] a transferência surge espontaneamente em todas as relações humanas e de igual modo nas que o doente entretém com o médico; é ela, em geral, o verdadeiro veículo da ação terapêutica [...]²⁰⁴

O segundo motivo de escolha deste caso diz respeito ao meu estranhamento e indignação frente ao funcionamento familiar, principalmente em relação à postura materna, que configurava-se em um misto de devoção total a este filho e uma “indiferença” diante de seus comportamentos e de seu diagnóstico psiquiátrico de autista.

No discurso da mãe, Guilherme aparecia de modo cristalizado, sempre seria aquele menino que precisaria da ajuda dela, a única capaz de compreendê-lo. Parecia não haver implicação, nem sofrimento com os problemas do filho, apenas uma aparente aceitação e disposição para fazer o que fosse preciso em prol de seu desenvolvimento.

A figura paterna era representada pelo discurso materno de modo desvalorizado e apagado, como se o pai não fizesse parte da história de Guilherme e que suas aparições serviam apenas para atrapalhar e demonstrar sua falta de compreensão em relação ao filho.

²⁰³ FREUD, Sigmund (1910). Cinco Lições de Psicanálise. *ESB XI*, 1996, p.61.

²⁰⁴ Idem, p.62

O terceiro motivo de escolha deste caso refere-se ao fato de que, ao partir da observação das manifestações clínicas presentes em Guilherme, com destaque à instalação da transferência e a melhora significativa em relação à linguagem e alimentação, questioneei o diagnóstico psiquiátrico de autismo. Tais manifestações levaram-me a crer que a psicose parecia não haver eclodido na infância. Segundo Aulagnier (1984), a forma extrema da eclosão de uma psicose infantil é o autismo²⁰⁵.

No entanto, o aprisionamento na trama familiar e a desorganização corporal e psíquica geradas pela angústia presente em Guilherme levavam-me a suspeitar de que, embora a psicose não houvesse eclodido na infância, ele parecia estar em vias de se constituir enquanto portador de uma potencialidade psicótica.

O conceito de potencialidade está presente na obra de Piera Aulagnier, a qual o define como sendo aquele que “engloba os ‘possíveis’ do funcionamento do eu e de suas posições identificatórias, uma vez terminada a infância.”²⁰⁶

Com este conceito, a autora compreende a psicopatologia a partir de conflitos identificatórios estabelecidos no interior do Eu, entre suas duas dimensões – a identificada e a identificante – no caso do conflito psicótico ; entre o Eu e seus ideais – no conflito neurótico; no interior do Eu e entre o Eu e seus ideais - no conflito polimorfo.²⁰⁷

Segundo Aulagnier, exceto quando ocorre à eclosão de uma psicose na infância,:

[...] todo Eu alcança o ponto que lhe permite estabelecer uma ligação entre esse identificado que ‘conclui’ e ‘estabiliza’ as posições identificatórias ocupadas pelo Eu infantil na sua relação com o casal parental e uma posição futura que modifique essa relação.²⁰⁸

Na ausência desta relação entre o presente e um futuro diferentes, o Eu perde a autonomia de pensar e de fazer escolhas no que diz respeito às referências

²⁰⁵ AULAGNIER, Piera (1984). *O Aprendiz de Historiador e o Mestre Feiticeiro – Do Discurso identificante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989, p.233.

²⁰⁶ Idem, p.228.

²⁰⁷ VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (2001). *Piera Aulagnier: Uma contribuição contemporânea à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera-Fapesp, p.73.

²⁰⁸ AULAGNIER, Piera (1984). Op. Cit., p.233.

identificatórias, aspectos que tornam presentes os termos “futuro” e “mudança”. Assim, de acordo com Aulagnier, a presença de um desejo da mãe que se expressa por um “que nada mude” adquire um poder desestruturante no que diz respeito ao funcionamento do Eu.²⁰⁹

Tal enunciado – “que nada mude”- *“(…) só pode induzir o recurso a defesas psicóticas ou mobilizar o desejo de auto-alienação do próprio pensamento, solução definitiva que abolirá qualquer risco de conflito.”*²¹⁰

Nesse sentido, questionava-me de que modo esta posição “cristalizada” ocupada por Guilherme na dinâmica familiar articulava-se à manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação. Além disso, qual seria a natureza desta manifestação, uma vez que não a concebo enquanto um sintoma.

Esta questão foi discutida no capítulo II e pode ser justificada pelo fato de que ao considerar a concepção freudiana de sintoma, nota-se que a angústia de castração é a única angústia que tem força de levar o ego a defender-se, recorrendo ao recalçamento, cuja falha é responsável pelo aparecimento do sintoma.

Do ponto de vista da sexualidade, Guilherme estava atravessando o Complexo de Édipo/ complexo de castração, ainda não havia atingido a resolução edípica e parecia estar encontrando dificuldades em assumir a castração.

Nesse sentido, antes de apresentar a história de Guilherme, recoloco minha tese, elaborada a partir do presente caso, que vem a ser a compreensão da manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares enquanto uma fixação na fase oral cabalística do desenvolvimento libidinal, fomentada por um desejo materno de que nada mude – desejo que nega o nascimento de um sujeito singular e autônomo.

Cabe ressaltar que, segundo Aulagnier²¹¹, tal desejo com frequência encontra-se presente nas mães daqueles que virão a se tornar psicóticos.

²⁰⁹ Idem, p.234.

²¹⁰ Idem, Ibidem.

3.1. A História de Guilherme

A mãe de Guilherme procurou-me por meio de um contato telefônico. Logo neste primeiro momento, pude notar que Vânia estava bastante ansiosa e enfatizou que gostaria de agendar a entrevista, rapidamente, pois acreditava precisar de ajuda profissional para confirmar o que já intuía, que seu filho Guilherme, neste período, com 4 anos de idade, era “diferente das outras crianças”.

Na semana seguinte, foi realizada uma entrevista inicial²¹² com a mãe da criança, a qual, desde o início, fez questão de esclarecer que estava disposta a fazer o que fosse preciso para ajudar o filho. Enunciou a seguinte queixa: “É muito difícil entender o que Guilherme fala e, em muitas situações, apenas eu entendo o que ele quer dizer”.

Acrescentou que seu filho era uma criança muito agitada e ansiosa. Repetia, freqüentemente, o que as pessoas diziam e não reconhecia a diferença dos pronomes eu e você. Disse que era um menino muito bonito e que chamava a atenção por onde passava.

Não brincava com outras crianças e, em algumas situações, tornava-se agressivo. A escola recomendou que a mãe buscasse ajuda profissional, embora Vânia tinha enfatizado que sempre reconheceu uma diferença em seu filho, porém isso não a incomodava. Falou que Guilherme fora tão desejado que, para ela, não importava se ele tinha ou não algum problema; o importante era a presença dele em sua vida e sua saúde física.

Vânia tinha 36 anos, era professora de informática; seu marido William tinha 38 anos, trabalhava no setor financeiro de um escritório. O casal sempre desejou ter

²¹¹ AULAGNIER, Piera (2004). Que desejo, Por que Filho? In: *Revista Psicanálise e Universidade*, n. 21, p.15.

²¹² Os dados da história do paciente, aqui apresentados, foram coletados a partir de entrevistas realizadas no decorrer do processo terapêutico fonoaudiológico (de maio de 2006 até dezembro de 2008). Tais entrevistas foram realizadas com a mãe e uma delas com o pai, sem a presença de Guilherme.

filhos e, apesar de Guilherme não ter sido planejado, foi muito desejado pelos pais, principalmente pela mãe. O menino é o único filho do casal.

A mãe afirmou que, desde o momento em que soube da gravidez, apesar da surpresa, ela recebeu a notícia com grande entusiasmo.

Aos 3 meses de gravidez, houve um descolamento da placenta e conforme prescrição médica, foi recomendado repouso. Segundo o relato materno, “fiz tudo o que o médico pediu”.

Vânia saiu do apartamento, que morava com o marido e voltou para a casa da mãe, pois, segundo ela, sua mãe poderia ajudá-la mais, já que o marido trabalhava o dia todo. Neste período, lembra-se de ter vivido somente pela manutenção da gravidez. Pediu licença no trabalho e só retornou quando Guilherme tinha 8 meses de vida, porém, nunca mais trabalhou durante tempo integral.

Afirmou que passou a gravidez muito angustiada e que o medo de perder a criança a apavorava. Não comprou nenhuma peça para o enxoval do bebê, nem montou o quatinho até os 6 meses de gestação, disse que seria insuportável perder a criança e estar com tudo pronto para recebê-la. Não se importava e nem conseguia imaginar se seria menino ou menina, apenas desejava que o bebê nascesse com saúde; acrescentou que escolhera nome para ambos os sexos.

William participava das consultas médicas, da compra do enxoval, mas, segundo Vânia, “ele sempre foi muito fechado, calado, nunca dá para saber o que ele está pensando”.

Quando estava com 35 semanas de gestação, o bebê parou de se mexer dentro da barriga. Vânia fez todos os exames e o médico solicitou repouso de uma semana.

Ela acrescentou que não se desesperou, mas seguiu as recomendações médicas meticulosamente, pois o seu maior desejo era o de que este bebê

nascesse. Em alguns momentos, chegava a pensar: “Não quero outro bebê, eu quero esse”.

Guilherme nasceu de cesariana, segundo Vânia, “ele não queria sair de dentro da barriga, estava entalado”. Não chorou, media 52 cm e pesava 3,8 Kg - “era um bebê grande e muito bonito”, afirmou a mãe.

Enfatizou que, apesar de não ter chorado no momento do nascimento, Guilherme, já na maternidade, “chorou muito e continuou chorando para sempre”. O choro do bebê era ininterrupto, mesmo depois de sair do hospital; a mãe ressaltou que ele chorava durante horas seguidas e ela não sabia o que fazer, pois tentava de tudo: oferecer o peito, pegar no colo, trocar a fralda, no entanto, o choro não cessava. Disse que parecia que Guilherme estava sofrendo muito enquanto chorava.

Em relação à amamentação, Vânia contou que, nos primeiros 10 dias, sentia uma dor enorme ao amamentar; tal atividade nada tinha de prazeroso para ela. Apesar disso, Guilherme foi amamentado até os 2 anos de idade. Neste período, solicitava o peito da mãe o tempo todo, aninhando-se em seu colo; frente a este pedido, o peito quase nunca lhe era negado.

No momento da entrevista, disse à Vânia que me chamava atenção Guilherme ter sido amamentado até os dois anos, apesar de toda dor sentida por ela. A resposta da mãe foi evasiva e discorria acerca da importância da amamentação para a saúde do bebê.

Após um período de silêncio, disse-me que, apesar da dor, era muito satisfatório para ela saber que o alimento preferido de seu filho era o leite materno; acrescentou que por ela, Guilherme poderia continuar mamando para sempre.

Com 1 ano de idade, Guilherme aceitou a mamadeira e, aos 2 anos, o desmame foi feito “à força” - a mãe se escondia no quarto toda vez que o menino demandava o seu peito. Disse que decidiu “desmamá-lo, pois sentia-se

constrangida, uma vez que Guilherme já estava crescido demais, para ficar ‘pendurado’ no meu peito - as pessoas estranhavam e isso a incomodava.

Segundo Aulagnier (1975), o primeiro encontro boca-seio põe em marcha o início da vida psíquica infantil, a amamentação pressupõe a satisfação de uma necessidade vital e do prazer erógeno indispensável para o funcionamento psíquico.²¹³

Nesse sentido, a autora afirma que:

Na maioria dos casos, a oferta do seio será marcada, na sua forma e na sua temporalidade, pelos hábitos culturais que determinam o comportamento da amamentação, que se faz em função: do desejo materno em relação à criança; da qualidade desse desejo tal qual ele se manifesta; no sentimento que o Eu da mãe tem pelo recém-nascido; do que o discurso cultural propõe como bom modelo da função materna.²¹⁴

Logo nos primeiros encontros, pude notar no discurso materno a presença de um desejo de permanência, de que Guilherme pudesse “ser amamentado para sempre”, ocupando a posição de um eterno demandante e ela, a posição daquela que provê tudo que ele demanda.

Na seqüência, a introdução de alimentos de consistência pastosa e/ou sólida, como sopinhas e frutas foi muito difícil; ao ver este tipo de alimento, Guilherme vomitava; bastava sua mãe chegar com o prato perto dele e as ânsias apareciam.

Vânia disse que o fato do filho não comer deixava-a muito angustiada e, por isso, muitas vezes, parava de trabalhar e retornava depois de algum tempo.

O discurso sobre a história da alimentação é confuso e repleto de lacunas, ela demora a dizer o que realmente aconteceu em relação ao desmame e à passagem para a ingestão de alimentos pastosos, - aspectos que considero serem de suma

²¹³ AULAGNIER, Piera (1975). *A Violência da Interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979, p.39.

²¹⁴ Idem, *Ibidem*.

importância para o entendimento dos problemas alimentares e de linguagem presentes em Guilherme; no entanto, tais aspectos aparecem de modo bastante obscuro no discurso materno. A alimentação parece configurar-se enquanto um lugar de conflito, embora, no início, a queixa da mãe estivesse atrelada apenas às dificuldades de linguagem de Guilherme .

Ao ser questionada sobre como era a alimentação atual de Guilherme, no momento da primeira entrevista, aos 4 anos, Vânia afirmou que ele possuía uma dieta alimentar bastante restrita, às vezes, comia apenas alimentos cuja embalagem ele reconhecia. Quando lhe era oferecido alimentos que ele não gostava, tinha fortes ânsias de vômitos, muitas vezes, chegando a vomitar. Os vômitos eram recorrentes, apareciam também quando o paciente visualizava materiais que, segundo a mãe, ele tinha nojo, como massa de modelar e argila; no entanto, a principal situação causadora das ânsias era quando era contrariado.

A mãe justificou que este era o motivo pelo qual preferia fazer tudo o que seu filho pedia, pois vê-lo vomitar lhe causava muita angústia. Parecia que a mãe interpretava o vômito do filho como uma não aceitação referente àquilo que ela tinha para oferecer -lhe, - o que a deixava profundamente desorientada.

Ao parar de trabalhar, Vânia passava o dia todo com o filho, afirmou que ele continuava a ser uma criança agitada. Disse que ele andou com 11 meses e, no que diz respeito ao desenvolvimento motor, nada teve de diferente das outras crianças. No entanto, era o seu comportamento que fazia com que ela acreditasse que algo não ia bem com Guilherme.

Referiu que ele não dormia durante as noites, pois queria brincar; ela acordava e ia brincar com ele, em nenhum momento, o contrariava e, quando a questioneei sobre isso, ela afirmou que não adiantava contrariá-lo, pois ele ficava muito nervoso e chorava incessantemente até que atendessem seu pedido.

Seu marido e os familiares criticavam-na, dizendo que Guilherme se comportava desse jeito porque ela não colocava limites, nesse contexto, Vânia

reiterou que sabia que não era só uma questão de limites, que ele era diferente das outras crianças e precisava da ajuda e do apoio dela.

Esta atitude materna parecia estar relacionada a uma completa realização das vontades de Guilherme, como se qualquer frustração pudesse ser letal, nada que o desagradasse poderia acontecer. Então, Vânia organizou e planejou sua vida no sentido de subsidiar não só as necessidades, como todos os desejos e anseios do filho, estava sempre muito atenta para que nenhum fator externo perturbasse a rotina instaurada nesta realidade que ela criou para os dois.

Parecia que era insuportável para ela lidar com o sofrimento de Guilherme, em seu discurso, delineava-se uma grande dificuldade em diferenciar-se do filho.

A relação entre Guilherme e sua mãe parecia ser pautada por um excesso de interpretações por parte de Vânia, que as justificava no sentido de que só ela entendia o que ele falava e era a única capaz de traduzir o que ele queria e o que estava sentindo.

Pode-se observar a presença de uma “violência secundária”- excessiva, desnecessária e nociva à constituição psíquica do sujeito -, apoiada na “violência primária, que, de acordo com Aulagnier (1975) vem a ser:

[...] a ação psíquica pela qual se impõe à psique de um outro uma escolha, um pensamento ou ação, motivado pelo desejo daquele que o impõe, mas que são, entretanto, apoiados num objeto que para o outro corresponde à categoria do necessário.²¹⁵

Diferentemente da violência secundária, que viola o direito à autonomia de pensamento, a violência primária concerne à função materna de interpretar as manifestações da criança, a partir do seu desejo pelo filho, tornando-se fundamental para a constituição psíquica do sujeito.

Ao completar oito meses, Guilherme ingressou em uma pequena escola, pois a mãe precisava retomar seu trabalho como professora de informática, segundo

²¹⁵ Idem, p.38.

Vânia, este período foi traumatizante. Ao chegar na porta da escola, ele chorava, gritava e tinha fortes ânsias de vômito, o que ela interpretava como um sofrimento dele em perceber que iria se separar dela. Nesse momento, perguntei-lhe se Guilherme não era muito novo para antecipar a separação dos dois já na porta da escola; mais uma vez, recebi uma resposta evasiva.

Vânia disse que ela quis insistir em deixá-lo na escola, mas o pai não aceitou e achou melhor tirá-lo. Aconselhou-a a deixá-lo com as avós, quando fosse trabalhar; a mãe abominava esta idéia, afirmando que as avós não compreendiam e nem sabiam cuidar de Guilherme. Mesmo assim, ao tirá-lo da escola, Vânia deixava o menino ser cuidado pela avó materna no período da tarde, período em que ela trabalhava.

Nesta época, devido aos comportamentos de Guilherme, começou a busca por ajuda profissional; a mãe afirmou que consultou o pediatra e este disse-lhe que com o tempo este comportamento de Guilherme melhoraria e seria importante ela não atender todos os seus choros. Foi ao neurologista, mas, segundo ela, não obteve nenhum diagnóstico e nenhuma ajuda.

A vida escolar do menino foi retomada apenas aos 2 anos de idade, quando ele ingressou em uma pequena escola e, naquele momento, a busca por uma escola estava relacionada com o fato dele não estar falando muito e Vânia considerar importante o convívio de seu filho com outras crianças, principalmente, no que se referia ao desenvolvimento da linguagem.

Quando pedia para que ela me explicasse como era a fala de Guilherme naquela época, ela afirmava que ele falava muito pouco, apenas algumas palavras como “mamã” para mamãe, “papá” para papai; além disso, solicitava, com a ajuda de gestos, água, comida.

Após algumas semanas, a mãe foi chamada na escola, pois seu filho apresentava problemas de comportamento: batia nas outras crianças, não

conseguia permanecer sentado dentro da sala de aula e parecia não querer relacionar-se com ninguém.

Segundo Vânia, a escola culpabilizou-a dizendo que ela era uma mãe muito insegura e que, por esta razão, Guilherme também se sentia inseguro e agia desta forma indisciplinada e agressiva.

No ano seguinte, ao completar três anos, Guilherme foi para um colégio maior; a mãe disse que considerou mais prudente mudá-lo de escola, pois não tinha gostado da maneira como falaram com ela. Ao contar esta situação, Vânia mostrava-se muito incomodada, parecia não aceitar ser apontada como falha ou incompleta em seu papel de mãe.

Ao completar 2 meses de aula na nova escola, Vânia foi chamada pela professora, a qual recomendou que ela procurasse atendimentos fonoaudiológico e psicológico, pois era muito difícil entender o que Guilherme falava, além dele apresentar algumas dificuldades para submeter-se a regras, manifestando um comportamento agressivo.

Vânia concordou, porém, naquele período, estava com problemas financeiros e só procurou os tratamentos quando Guilherme completou 4 anos de idade. Talvez este prazo de 1 ano tenha sido necessário para que a família se preparasse (e aceitasse), não apenas financeiramente, mas sobretudo, psiquicamente a entrada de terceiros na estrutura familiar.

Foi neste período que Vânia procurou-me e relatou que, naquela mesma semana, Guilherme havia iniciado atendimento psicológico. Acrescentou que o marido não concordava com os atendimentos e, por isso, ela voltaria a trabalhar alguns períodos, além de cozinhar para fora em sua casa, para poder arcar financeiramente com o tratamento de seu filho.

O marido, segundo relato materno, dizia que o menino não precisava de atendimentos, que, com o tempo, ele cresceria e tudo isso passaria.

Enquanto Vânia contava a história de Guilherme, pude notar que o filho dela parecia ser diferente do filho de William (pai de Guilherme): para o pai e sua família, o filho era tomado como uma criança normal, apenas mimada e sem limites, o que estaria diretamente relacionado à influência materna; já para a mãe, ele era uma criança com problemas, os quais ela não sabia nomear, mas intuía que precisava de ajuda profissional para acompanhar o desenvolvimento do filho, embora sempre se colocasse no lugar da única pessoa capaz de entendê-lo e, muitas vezes, quando não o compreendia, acatava as suas atitudes e vontades como instâncias inquestionáveis.

Ao contar sobre a relação do pai com Guilherme, Vânia sempre se referia a grandes brigas, em que William “grita e bate” o quanto for preciso para contê-lo, - missão que aparecia, em seu discurso, como praticamente impossível. Nesta época, Guilherme era freqüentemente “espancado” pelo pai, segundo relato materno.

A mãe acrescentou que William também tinha uma grande dificuldade em se relacionar com as pessoas, não gostava de festas e não conversava com quase ninguém, afirmou ainda que quando a sogra descrevia o marido na infância, havia muitas semelhanças entre o pai e Guilherme, disse que era exatamente por isso que eles acreditavam que o menino era normal.

Na opinião de Vânia, existia um problema em Guilherme, que também estava presente em seu pai e, para ela, talvez fosse por este motivo que se tornava muito difícil para William enxergar o problema do filho.

Comuniquei que seria muito importante poder conversar com o pai de Guilherme também, ela disse que o horário de trabalho dele era muito atribulado e que, com certeza, ele se negaria a vir, já que não concordava com os atendimentos; mas acrescentou que conversaria com ele.

Pude perceber, no discurso de Vânia, uma crítica frequente a William, como marido e como pai. No seu dizer, ele ocupava a posição do marido que não

conversava com ela, não a acompanhava aos eventos sociais e tinha dificuldade em relacionar-se com as pessoas; e do pai que batia no filho e não enxergava o seu problema. Suas palavras giravam em torno de uma intensa desvalorização da figura paterna.

Após algumas semanas, Vânia procurou uma psiquiatra, a qual diagnosticou Guilherme como autista, talvez portador da Síndrome de Asperger e receitou Ritalina. Quando questionada sobre como se sentiu ao receber este diagnóstico relacionado ao filho, ela disse que não se assustou e foi buscar informações na Internet para que pudesse ajudá-lo cada vez mais. Acrescentou que gostou muito da psiquiatra e que esta afirmou que Guilherme, provavelmente, teria um excelente prognóstico. Contou-me que o marido havia comparecido à consulta e também tinha gostado muito da psiquiatra, acrescentando que o fato dela ser médica fazia com que ele desse mais credibilidade do que a mim e à psicóloga. Reiterou dizendo “sabe como é, pessoas ignorantes.”

Parecia-me que tais enunciados maternos configuravam um modo de desvalorização do meu trabalho, como se não pudesse existir ninguém, além dela, que se propusesse a escutar e ajudar Guilherme.

Pude notar que, durante toda a entrevista, Vânia me preparava para receber Guilherme, dizendo o quanto ele era difícil, que ele não entraria sozinho na sala comigo e tentava, o tempo todo, me “ensinar” como lidar com seu filho.

Deu-me a impressão de que ela se colocava na posição de “intérprete” de Guilherme diante do mundo, isto é, para comunicar-se com os outros, ele necessitava da ajuda dela, a detentora das regras da língua dele e das do mundo.

No final da entrevista, senti-me muito impactada com a angústia de Vânia e muito curiosa para conhecer Guilherme. Marquei nosso primeiro encontro para a semana seguinte.

A postura materna de “aceitação” do diagnóstico psiquiátrico, de modo, aparentemente, pouco afetado, foi constante durante todo o período de tratamento de Guilherme. Vânia recorria a uma busca e um fazer incessantes para compreender e ajudar seu filho de modo “especializado”.

Seu discurso, muitas vezes, parecia o de um especialista, o que era decorrente se suas pesquisas na internet, leitura de livros que abordavam o autismo, idas a peças de teatro relacionadas ao assunto. Toda semana, antes do atendimento de Guilherme, ela me sugeria alguma leitura ou uma pesquisa em determinado site.

Quando eu tentava iniciar uma conversa dizendo que era notável sua dedicação em compreender e buscar alternativas para o desenvolvimento do filho, mas que, no entanto, essa postura extremamente ativa poderia ter a função de não entrar em contato com a dificuldade afetiva do recebimento de um diagnóstico deste tipo, Vânia mostrava-se bastante incomodada, desconversava e dizia para Guilherme: “agora, é hora de você conversar com a Roberta, a mamãe vai te esperar lá fora”.

Desde o momento da entrevista, percebi em mim uma grande dificuldade em lidar com o discurso de Vânia, a fim de que ela pudesse se escutar; como se ela não pudesse ser interrompida ou questionada em seu dizer. A imagem da mãe excessivamente exemplar e onipotente fazia com que eu não conseguisse interditá-la. Ao escrever sobre o caso, pude observar que esta atitude foi permanente durante todo o processo terapêutico de Guilherme.

Após dois meses de atendimento, realizei uma entrevista com o pai. Este encontro foi desmarcado por ele inúmeras vezes. William justificava o seu impedimento em comparecer ao meu consultório devido aos seus horários de trabalho.

Vânia afirmou que seria melhor me encontrar sozinha com ele, pois suspeitava que sua presença pudesse intimidá-lo.

Ao sentar-se, William questionou-me sobre o desenvolvimento de seu filho, queria saber se o tratamento seria muito longo. Antes de minha resposta, ele acrescentou que acreditava que o comportamento de Guilherme estava relacionado com a postura de Vânia, que o protegia demais e atendia todos os seus “caprichos”.

Nesse sentido, segundo o pai, o menino não a respeitava; caso ela não fizesse o que ele queria, ele chorava muito, gritava e a mordida; a única pessoa que Guilherme “tinha medo” era dele (pai), pois, como disse, quando era preciso, o repreendia com castigos e palmadas.

William enfatizou que não concordava com o diagnóstico dado pela psiquiatra, na opinião dele, o filho não era autista, seu comportamento e sua linguagem melhorariam com o tempo. Disse que ele também demorou muito a falar e perguntou-me se eu acreditava que esse atraso de linguagem do filho poderia ser herança genética.

O pai de Guilherme não ouvia e nem esperava minhas respostas em relação aos seus questionamentos, apenas, de uma maneira constrangida e ansiosa, discorria seu discurso, que, em alguns momentos, parecia-me já estar pronto, sem se permitir afetar-se com os sentimentos que vinham à tona em relação às dificuldades do filho.

No final de nosso encontro, afirmou que Vânia pedia para que ele estivesse mais presente na vida de Guilherme, queria que ele levasse o menino para passear ou que brincasse com ele em casa; no entanto, William ressaltou não ter paciência com o menino e que eles começavam a brigar rapidamente; nestes momentos, caso Vânia estivesse por perto, ia ao encontro deles, no intuito de defender Guilherme.

Além disso, falou que sempre que tentava colocar limites em Guilherme era repreendido por Vânia, a qual justificava o comportamento do filho relacionado a um suposto problema, que William se negava a aceitar.

No decorrer do processo terapêutico, vi William poucas vezes, minhas tentativas de marcar outros encontros foram infrutíferas. Vânia sempre o presentificava em seu discurso como um pai que, embora tentasse melhorar o relacionamento com o filho, não o compreendia e não a apoiava em sua busca pelo melhor caminho para o desenvolvimento de Guilherme.

No início do ano de 2008, Vânia e William tiveram um sério desentendimento, pois ela havia conseguido uma bolsa de estudos para Guilherme em uma escola especial reconhecida por obter bons resultados com crianças autistas, no entanto, a escola situava-se em um bairro distante daquele em que moravam. Vânia propôs que mudassem de casa, o que foi, inicialmente rechaçado por William, diante desta postura, ela dizia que se ele não quisesse ir, ela iria sozinha com Guilherme.

Após alguns meses de brigas e desentendimentos, William cedeu e os três (pai, mãe e filho) mudaram para o bairro, onde se localizava a nova escola de Guilherme.

No final deste mesmo ano, William iniciou atendimento psiquiátrico com a mesma médica de Guilherme. Vânia disse-me que havia dado esta sugestão para o marido, pois ela percebia que ele se beneficiava das conversas que tinha com a psiquiatra em relação ao filho.

Frente à “sugestão” de Vânia, a psiquiatra ressaltou a necessidade em atender William pelas dificuldades que este apresentava em seu modo de relacionar-se com as pessoas. Tal informação foi-me dada por Vânia, a qual ficou bastante satisfeita com o tratamento do marido, pois, segundo ela, ele e Guilherme eram portadores dos mesmos problemas.

Não pude deixar de mostrar meu estranhamento frente a este acontecimento, questionando se não seria mais adequado William procurar um outro profissional. Na sequência, Vânia respondeu-me que , provavelmente, ele não buscaria ajuda e que esta era a melhor solução.

As respostas maternas aos meus questionamentos eram dadas com tamanha neutralidade, desprovidas de dúvidas e afetos que me impactavam a ponto de me paralisar, nesse sentido, as conversas eram rapidamente encerradas.

Em meu único encontro com William, pude notar que ele parecia frustrado, pois havia desejado ter um filho, no entanto, envergonhava-se com aquele menino que, segundo ele, não sabia se comportar e agredia outras crianças nas festas de família, o que o deixava, além de envergonhado, indignado e furioso. O pai reagia a estas sensações de modo violento, batendo em Guilherme na tentativa de que este não repetisse mais aqueles comportamentos.

Esses momentos eram vistos pela mãe como um descontrole, um não saber lidar com o filho por parte do pai. Ela respondia a isso, corporalmente, segurando Guilherme em seu colo, enquanto este tentava bater de volta no pai.

Parecia que esta atitude materna acrescida ao fato de estar presente em seu discurso, de modo frequente, uma desvalorização da figura paterna, desautorizava Guilherme a construir uma relação com seu pai. Assim, Vânia parecia manipular e ocupar na dinâmica familiar uma posição de poder, aquela que defendia Guilherme e realizava todos os seus desejos em contraste com o pai, que não o compreendia e o agredia.

De acordo com Aulagnier, faz-se necessário ressaltar que a mãe ocupa a posição de “porta-voz”, necessária e estruturante, ou seja, a portadora da voz:

[...] que o infans deve, desde seu nascimento, o fato de ter sido incluído num discurso que, sucessivamente, comenta, prediz, acalenta o conjunto de suas manifestações, mas porta-voz também no sentido de delegado, de representante de uma ordem exterior cujo discurso enuncia ao infans suas leis e exigências.²¹⁶

Assim, é a partir do discurso materno que surgirá os primeiros signos da presença ou ausência do pai; a escolha dependerá da relação do casal parental.

²¹⁶ Idem, p.106.

Segundo Aulagnier²¹⁷, a função paterna configura-se a partir de três aspectos: a interpretação da mãe em relação à função de seu próprio pai, a função que a mãe e a criança atribuem a ele e o que a mãe deseja transmitir ou interditar desta função.

3.2. O encontro com Guilherme

Em nosso primeiro encontro, um menino bem acima do peso, de cabelos loiros e lisos, olhos claros entrou em minha sala de modo bastante ansioso. Não me olhava, explorava o ambiente andando por todos os lados e perguntava repetidamente se eu era “a fono”. Parecia-me que suas perguntas não possuíam um destinatário, mesmo assim, respondi-lhe que meu nome era Roberta e que eu era a fonoaudióloga. Frente a minha resposta, procurou a mãe e continuou a questionar: “É a fono? É a fono?”

No decorrer dos atendimentos, percebi que Guilherme chamava a mãe e o pai por apelidos, nunca se dirigindo a eles utilizando os termos “pai” e “mãe”.

Perguntei se sua mãe poderia ficar do lado de fora e ele a agarrou fortemente. Disse, então, que poderíamos ficar nós três dentro da sala. A mãe pareceu-me bastante satisfeita. Solicitei que ela se sentasse e chamei Guilherme para o outro lado, para que pudéssemos olhar as caixas de brinquedo.

Ele abriu as caixas, selecionou brinquedos relacionados à cozinha e os nomeava, questionando a mãe: “É *pato* (prato)?”. E ela respondia, prontamente.

Quando Guilherme via um objeto, como por exemplo, a batedeira, uma infinidade de outras palavras desencadeava de sua boca, como “ouo” (ovo), “celola” (cenoura), “oio” (óleo). Um brinquedo, uma situação ou uma palavra de meu discurso convocavam determinados significantes na fala dele, o que resultava em um enunciado deslizando, como se para fazer marca ou obter a compreensão alheia, as palavras precisassem se repetir.

²¹⁷ Idem, p.137.

Enquanto isso, a mãe “traduzia” para mim o que ele estava dizendo a cada olhar dele destinado a ela, como se só pudesse se fazer entender para os outros por meio do corpo e da linguagem dela. Mesmo nos momentos em que eu entendia o que Guilherme estava dizendo e verbalizava isso para ele, esta situação se repetia.

O procedimento fonoaudiológico foi a interpretação do discurso no contexto dialógico-terapêutico, em situações lúdicas. Minhas intervenções baseavam-se na tentativa de produzir sentido frente aos significantes convocados na fala dele, tentando montar uma cena simbólica, como por exemplo, articulando todas aquelas palavras relacionadas à cozinha e alimentação para que pudessem se transformar em uma receita.

No momento em que Guilherme destinou a primeira palavra para mim, Vânia pareceu-me desconcertada; chamou-me e disse que ele gostava muito de cozinha, ficava com ela o tempo todo no preparo das refeições. Quase todas as tardes faziam bolos e doces juntos. Contou-me que o único neurologista que havia passado pediu exames, para os quais Guilherme precisaria ficar acordado durante uma noite inteira e que os dois passaram a noite na cozinha fazendo “biscoitinhos”.

Ao escutar a voz da mãe, Guilherme largava os brinquedos desesperadamente e corria para o colo dela, como se fosse capturado por sua voz e se sentisse desautorizado a entrar em contato com outra pessoa, que não fosse ela. Logo nos primeiros encontros entre nós três, pude notar o quanto era difícil, quase insuportável, a entrada de uma terceira pessoa na relação de Guilherme e Vânia.

Nos primeiros meses de atendimento, Guilherme abria e empurrava a porta da sala de modo abrupto, antes de ser chamado. Uma rajada de perguntas repetidas por uma voz bastante aguda, infantilizada e de intensidade forte acompanhava esta ação. Frente ao meu pedido de que esperasse ser chamado, a mãe dizia que ele não conseguia esperar, ela sentava-se na sala de espera e fazia tricô, enquanto Guilherme gritava o meu nome até eu aparecer para chamá-lo.

A cena era bastante impactante para quem estava na sala de espera, pois Vânia, sem olhar para ele dizia com uma voz monótona: “Ela já vem...” Em seu discurso, Guilherme situava-se na posição daquele que “não sabe esperar”, que não pode ser compreendido sem a ajuda dela. Era possível notar um discurso materno cristalizado, como se não houvesse um investimento, no sentido de que algo deveria mudar.

No início de uma das sessões, disse a Guilherme que ele não poderia mais gritar na sala de espera, pois aquela situação era extremamente desagradável e estava incomodando as outras pessoas.

Dirigiu-se a mim com muita agressividade, como na maioria das ocasiões em que era contrariado ou questionado em relação a algum assunto. Tal agressividade iniciou o modo pelo qual Guilherme dirigia-se mim; antes de tentar me agredir corporalmente, dizia: “não pode batê, tia Obeta?” Não esperava por uma resposta, aproximava-se e tentava me bater.

Nessas ocasiões, um misto de incômodo e indignação invadiam-me, mas ao mesmo tempo, tais situações faziam com que me questionasse qual seria a abordagem mais favorável para que me aproximasse de Guilherme.

Nos momentos de agressividade, a contenção corporal parecia não surtir efeito e, muitas vezes, eu dizia-lhe que poderia sair da sala e que a sessão havia terminado, pois daquele modo não podíamos continuar. Esta atitude deixava-o bastante angustiado, parecia que não podia suportar o enquadre do “setting”, um lugar em que tinha de falar e pensar por si só.

O discurso de Guilherme era constituído, basicamente, por ecolalias mediatas e imediatas, tanto do ponto de vista do segmento (escolha de palavras, construção de frases), quanto do ponto de vista supra segmental (prosódia, melodia, entonação). Sua fala era atravessada pelo retorno de fragmentos da fala dos outros, principalmente, da fala de sua mãe. Utilizava-se de “retalhos” discursivos para poder construir um texto, que, em um primeiro momento, parecia apenas deslizar por uma

trama de significantes, sem que se delineasse significações e sentidos. As narrativas pessoais não existiam, sua principal possibilidade de enunciação resumia-se a um repetir incessante da fala do outro, em forma de perguntas. Os monólogos de Guilherme exibiam um dizer instável e indeterminado, ele ainda não era afetado pelo seu dizer e minha interpretação não configurava uma perspectiva estruturante, para que alguma mudança ocorresse.

Associado a isso, apresentava alterações fonológicas assistemáticas, que não comprometiam significativamente a inteligibilidade de sua fala; muitas vezes, compreendia o que ele estava dizendo pelos aspectos supra segmentais, ou seja, do ponto de vista prosódico. As palavras o atravessavam e saíam de sua boca, de maneira verborrágica, como se nada pudesse contê-las.

No início de nossos encontros, a queixa de Vânia em relação a Guilherme estava atrelada à linguagem (“só eu consigo entender o que ele diz”) e à alimentação, no sentido de vomitar quando lhe era apresentado algum alimento que não gostava e quando era contrariado. Os vômitos e este modo de funcionamento de linguagem pareciam denunciar que a boca de Guilherme era uma zona de conflito.

Este “vazio” representado pela boca, que delimita o interior e o exterior corporal não podia ser sentido e nem reconhecido por Guilherme, tinha que ser preenchido o tempo todo com palavras e com comida. Esta afirmação pôde ser por mim validada, primeiramente, em uma avaliação sensório motora oral, em que o vi ingerindo alimentos de diferentes texturas (líquida, sólida e pastosa). Cabe ressaltar que a voracidade alimentar apresentada pelo paciente e o fato de estar acima do peso não se configuravam enquanto uma queixa no discurso materno. Muito pelo contrário, parecia que Vânia, que também estava muito acima do peso, e Guilherme misturavam-se nessa posição, sendo que o maior passatempo dos dois e o modo de “acalmá-lo” era preparar e comer guloseimas juntos.

Vânia parecia submeter Guilherme a uma antecipação exagerada de satisfação de suas necessidades, privando-o de autonomia. Era insuportável pensar

na possibilidade de vê-lo sofrer. A alimentação parece ter sido a via pela qual a mãe respondia a toda demanda afetiva, impossibilitando-o de reconhecer suas necessidades físicas reais- fome, cansaço, sono, desconforto – e também as libidinais.

Assim, por uma dificuldade da própria mãe de se diferenciar do corpo do filho, anuncia-se uma dificuldade por parte da criança de diferenciação entre o próprio corpo e o corpo da mãe. Nesse sentido, Guilherme parecia ter uma representação corporal não unificada e a co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares poderia ser uma das manifestações deste funcionamento.

Na sessão em que realizei a avaliação do sistema estomatognático, pude notar o desconforto de Vânia quando foi comunicada que Guilherme seria alimentado por mim. Fez questão de dizer que ele não aceitava todos os alimentos, mas só aqueles cuja embalagem ele reconhecia e que era necessário muito cuidado para que ele não vomitasse - como se o corpo de Guilherme pudesse desmantelar-se a qualquer momento com alguma intervenção, que não fosse a dela.

Durante tal avaliação, procedimento muito comum no setting fonoaudiológico, o aspecto que mais chamou-me a atenção foi a voracidade de Guilherme ao alimentar-se, ou seja, empurrava grande quantidade de alimento na boca e comia em quantidade excessiva. O alimento tanto “escorregava” para o interior da cavidade oral, como não era contido pela mesma, como se a boca não tivesse bordas, fizesse parte do grande bloco, que vinha a ser o seu corpo, sem limitações e diferenciações.

Nesse sentido, ele apresentava alterações estruturais no sistema estomatognático, caracterizadas por um baixo tônus facial, e alterações dos aspectos funcionais do sistema estomatognático, como protusão de língua no momento da deglutição, permanência de resíduos alimentares após a deglutição, o padrão de mastigação era primitivo, ou seja, a mastigação era verticalizada, não apresentando lateralização do alimento, o que equivale ao padrão de amassamento realizado pelo bebê. Sendo assim, os hábitos alimentares restringiam-se a alimentos com consistência pastosa e/ou líquida.

O paciente, realmente, comeu apenas os alimentos que já conhecia e apresentava ânsias de vômito quando eu lhe apontava aqueles que não eram reconhecidos por ele.

Além disso, pude observar uma enorme dificuldade na manipulação de pratos e talheres, preferindo utilizar as mãos, o que sugeria que recebia a alimentação por meio de um adulto ou que o ritual alimentar era realizado sem que houvesse marcas simbólicas de uma organização cultural, de um apelo social relacionado às refeições.

Minha tentativa de conter a quantidade de alimentos ingerida por ele ou minha intervenção frente ao seu discurso pareciam não ter efeito algum, como se não houvesse o reconhecimento do jogo simbólico da linguagem presente no humano. O encontro entre os corpos que propicia o desejo de comunicação e a produção de sentidos pareciam causar-lhe um profundo desprazer; nesse sentido, todo e qualquer contato com o outro parecia ser-lhe nocivo.

O diagnóstico fonoaudiológico de Guilherme era o de transtorno fonológico, com alterações assistemáticas, que não prejudicavam a inteligibilidade de sua fala e que parecia estar relacionado a uma falta de autonomia discursiva e de uma não escuta para a própria fala e para a fala do outro. Juntamente a isso, no que diz respeito à alimentação, Guilherme apresentava voracidade ao alimentar-se e tinha uma dieta bastante restrita, com ingestão predominante de alimentos pastosos, o que era condizente com a presença de uma hipotonia funcional .

Tal diagnóstico relacionava-se com a posição ocupada por Guilherme na dinâmica familiar, em que seu discurso e suas ações pareciam ser apenas respostas à demanda do outro, como se existisse uma dificuldade significativa na identificação de seus desejos, parecendo não conseguir diferenciá-los dos da mãe. Ocupava a posição de uma criança que necessitava de cuidados e olhar intensos, faltava-lhe autonomia corporal, psíquica e discursiva.

Os primeiros meses de atendimento foram marcados pela presença de Vânia na sala, pois Guilherme ainda não conseguia tranquilizar-se, sem que ela estivesse em seu plano de visão. Foi interessante notar a forma como os dois lidavam com leis e limites, questão referida pela mãe como muito difícil de ser trabalhada com ele.

Os acordos aconteciam da seguinte maneira: caso Guilherme não cumprisse suas obrigações, como, por exemplo, permanecer na sala durante o atendimento, ele deixaria de fazer alguma coisa que gostasse muito.

O que mais chamava a atenção eram as atividades de prazer escolhidas por ele, como bater o feijão no liquidificador, não necessariamente para comê-lo. e olhar a máquina de secar funcionando. “Se não entá na sala, não vai vê a manica secá, Lelo?”, era o que Guilherme dizia quando tinha um comportamento que não ia de encontro ao que a mãe lhe impunha como regra.

Tais atividades estavam sempre relacionadas ao uso de eletrodomésticos, que apresentavam movimentos e sons contínuos e característicos. Isto não parecia causar estranhamento em Vânia, muito pelo contrário, era tomado como possibilidade de recompensa, no intuito de acalmá-lo.

Neste período, Guilherme não reagia bem aos limites colocados pela mãe ou por mim; chorava incessantemente e tentava agredir fisicamente quem estava lhe negando o que tanto queria. Mesmo os limites explícitos no espaço, como objetos, paredes eram por ele ignorados.

Com o passar dos meses, conseguiu ficar sozinho comigo na sala, desde que a porta permanecesse aberta, porém, saía muitas vezes para ver se a mãe estava na recepção. Nesses momentos, parava o que estava fazendo, largava os brinquedos, mantinha um olhar fixo, realizava movimentos repetitivos com os dedos das mãos e, de maneira bastante angustiada, corria para ver sua mãe, que sempre o acolhia com um abraço, mesmo quando era evidente que ele não queria, ou com um dizer carinhoso.

Em um de nossos encontros, pude dizer a Vânia sobre a importância dele sentir-se autorizado por ela a entrar na sala e que, talvez, ao procurá-la na recepção, ele só precisasse certificar-se de que ela estava lá.

Para Vânia, era muito difícil não acolhê-lo sempre que ela achava que ele estava procurando o seu corpo para dar contorno ao dele; no entanto, com o tempo, ela conseguiu deixar de abraçá-lo todas as vezes que ele saía da sala e tal atitude parecia fazer com que Guilherme saísse menos e permanecesse mais tempo comigo.

A postura e o discurso maternos, como já foi colocado anteriormente, chamavam a minha atenção, no sentido de que remetiam a um viver de Vânia submetido a fazer com que Guilherme fosse altamente estimulado, que estudasse na melhor escola, que tivesse os melhores atendimentos, que desfrutasse de todas as experiências de lazer que auxiliassem seu desenvolvimento. Em contrapartida, o diagnóstico de autismo dado pela psiquiatra parecia não afetá-la, tampouco os comportamentos estranhos de Guilherme, pelo contrário, muitas vezes, reforçava tais comportamentos, como por exemplo, ao recompensá-lo, permitindo que visse o liquidificadoros bater o feijão ou a máquina secar a roupa.

Quando a questionava sobre isso, respondia-me que havia aceitado o diagnóstico e o jeito de ser de seu filho; parecia que por uma escassez de recursos psíquicos, negava-se a entrar em contato com o sofrimento gerado por aquela situação.

O discurso e a postura de Vânia em relação a Guilherme levavam-me a crer que estava diante de um desejo expresso por um “que nada mude”. O desejo de que Guilherme continuasse a ser um bebê, que dependesse dela para sobreviver, pensar e falar.

As brincadeiras escolhidas por Guilherme sempre envolviam a temática da cozinha e do preparo dos alimentos. O liquidificador, a batedeira e uma peça de

plástico, que ele denominava de processador, eram os primeiros elementos escolhidos por ele para iniciar a sessão.

Do ponto de vista transferencial, Guilherme repetia comigo aquilo que fazia com a mãe – atividades relacionadas ao ato de cozinhar-, convocando-me à semelhança da alteridade materna.

Na seqüência, nomeava os alimentos enquanto movimentava as mãos, como se estivesse imitando alguém cozinhar; seu brincar era simbolicamente primitivo, assemelhando-se sempre a réplicas de um fazer cotidiano. Não me chamava para brincar com ele e minhas intervenções, principalmente, no sentido de historiar, criar um texto para o brincar, ou até mesmo a minha presença pareciam ter efeitos fugazes.

O discurso de Guilherme parecia não se dirigir a ninguém; ao dizer-lhe que não entendia o que estava falando, nada acontecia, ele continuava sua brincadeira e seu falar incessantes. A não escuta de sua própria fala e para a fala do outro relacionava-se a um rompimento das regras da língua; assim, essa transgressão realizada por Guilherme parecia estar relacionada a um não reconhecimento da alteridade.

A cada atendimento, questionava-me a respeito da eficiência do processo terapêutico. Tinha a impressão de “que nada estava mudando”, como se estivesse apostando na onipotência de Vânia, o que pode ser exemplificado pela demora de minha parte em interditá-la no setting. Ao questionar-me o porquê, percebo a presença de uma fantasia de que se eu a interditasse, ela poderia optar por abandonar o tratamento do filho.

A questão central deste trabalho não se trata da discussão a respeito de minha intervenção terapêutica, enquanto fonoaudióloga, mas sim do modo como a relação de Guilherme com a dupla parental, principalmente com a mãe, articulava-se com a manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentares, neste caso, sendo considerada enquanto uma fixação libidinal na fase oral. Embora,

o paciente, do ponto de vista psicosexual, parecia estar atravessando a organização genital infantil, com uma grande dificuldade em assumir a castração.

No entanto, torna-se necessário apresentar dados clínicos nos quais me apoiiei para questionar o diagnóstico psiquiátrico de autismo. Dados referentes à instalação da transferência e da melhora significativa em relação à linguagem e alimentação.

Enquanto fonoaudióloga, oferecia a Guilherme um setting que propiciava escuta para a sua fala, considerando-a enquanto produção de um sujeito singular e autônomo. Com o passar das sessões, Guilherme começou a tentar se fazer entender de modo mais eficiente. Pude notar que a entrada de leis como: “não pode me bater”, “ficaremos na sala até terminar a sessão”, começou a ser melhor aceita.

Esta disposição de posições, simbolizada pela linguagem e possibilitada pelo setting fonoaudiológico favoreceu a dialogia e a organização discursiva de Guilherme, o que parecia estar relacionado com uma melhora do paciente em relação à escuta de sua própria fala e da fala do outro.

Nesse sentido, pude observar mudanças em relação aos efeitos de algumas técnicas fonoaudiológicas. O estranhamento²¹⁸ frente ao discurso de Guilherme começou a ter efeito de chiste; ou seja, quando eu repetia o que ele estava dizendo, Guilherme achava graça e tentava reformular o que havia dito.

Palavras, que não eram produto de ecolalia, começaram a aparecer no discurso dele: dizia se gostava ou não de uma determinada brincadeira, narrava acontecimentos de sua vida familiar e escolar.

Após um período de atendimento, um aspecto que me chamou a atenção e que também foi observado pela mãe, foi a aparição da palavra “qué” nos enunciados de Guilherme. Sempre aparecia de maneira contextualizada, quando ele parecia demandar alguma coisa, porém esta palavra se repetia incessantemente: “qué

²¹⁸ Estranhamento aqui definido como a interpretação estruturante do outro que já está funcionando na língua, em momentos dialógicos.

binqueo (brinquedo), qué licado (liquidificado), qué ouo (ovo). Quando encontrava ou conseguia o que solicitava, rapidamente, já retomava seu discurso “demandante”.

Muitas vezes, este dizer não parecia convocar o outro, assemelhando-se a uma busca incessante de algo; no entanto, nada era capaz de diminuir sua angústia e suprir este “desejo” desconhecido.

A presença do significante “qué” no discurso de Guilherme culminou em uma mudança de postura de Vânia. Em nossos encontros iniciais, pude notar que Vânia, embora fosse uma mãe muito atuante, falava incessantemente, mostrava-se completamente envolvida e comprometida com os atendimentos de seu filho, cumpria, na verdade, uma função de “descritora” do comportamento, da fala e das atitudes de Guilherme - ou seja, Vânia não falava com o filho, apenas falava por ele e falava dele para os outros e para ele mesmo.

Nos atendimentos em que ela estava presente na sala, olhava para mim de modo muito curioso quando me via conversar com Guilherme - mesmo quando ele não ocupava o lugar de interlocutor. Era como se fosse algo da ordem do improvável que alguém supusesse ou apostasse simbolicamente naquela criança como um sujeito, autor do seu próprio discurso.

Com o surgimento da palavra “qué”, a mudança de postura de Vânia tornou-se mais significativa. Parecia que ela começava a sustentar a suposição de que Guilherme poderia apresentar-se de maneira mais autônoma enquanto falante. Falava mais com ele, a curva entonacional de sua voz dirigida ao filho indiciava sempre um certo questionamento, como se abrisse um lugar para que ele ocupasse a posição de interlocutor; diferentemente do início dos atendimentos, em que a voz de Vânia dirigida a ele parecia sempre apresentar um caráter pedagógico, de curva entonacional descendente.

Neste período, Guilherme dirigia-se a mim como “tia Obeta”, seu olhar começou a encontrar-se com o meu, por rápidos segundos, o contato corporal, antes

completamente evitado, começava a ser aceito, como por exemplo, os beijos no início e no final das sessões.

Uma outra brincadeira começou a aparecer, constantemente, em nossas sessões, Guilherme, por meio de gestos e palavras soltas solicitava que eu o examinasse como se fosse um médico e, na seqüência, lhe desse na boca um remédio. Pedia um copo de água e queria que eu lhe oferecesse todo o líquido em uma colher e repetia, incessantemente, um enunciado dito por mim uma única vez: “agola vai salá!” As ecolalias ainda se faziam muito presentes no discurso de Guilherme, mas suas aparições eram contextualizadas.

Nesse período, Guilherme começou a ficar agressivo com a mãe. Vânia parecia não poder elaborar este comportamento e pensar qual o lugar dele na relação dos dois; assim, rapidamente, ela iniciou um curso que ensinava os cuidadores de autistas a contê-los corporalmente em momentos de agressividade.

A cada semana, Vânia aparecia com marcas de mordidas e arranhões feitos por Guilherme. Perguntei-lhe como reagia frente a este comportamento, o que ela dizia, como se sentia. De modo, aparentemente, tranquilo, respondeu-me que este comportamento fazia parte do quadro e que o conteúdo do curso ajudava a conter Guilherme.

As agressões do menino voltadas à mãe pareciam ser uma tentativa de responder a uma presença materna constante e invasiva - invasão considerada por ela como excesso de cuidados e zelo destinados a uma criança que necessitava de seu “apoio” .

No final das sessões, Guilherme dizia que iria levar o que havia desenhado para que o pai dele pudesse ver. A mãe dizia que Guilherme sentia-se muito orgulhoso em presentear o pai com as produções que haviam sido feitas em nossa sessão: desenhos, objetos feitos com argila, massa de modelar.

No entanto, em uma das vezes, após ter entregue um boneco de argila para o pai, os dois discutiram, pois Guilherme começou a gritar e se debater no carro, pedindo para ir ao mercado. Sem conseguir se fazer escutar por Guilherme, o pai jogou o boneco pela janela do carro, o que fez com que o menino ficasse completamente desorientado.

A mãe relatou que ele só se acalmou depois que ela prometeu que quando chegassem em casa, ela ligaria a máquina de secar para que ele pudesse observar o movimento.

Na sessão posterior ao ocorrido, Guilherme tentou me contar o que havia acontecido, pedindo ajuda de sua mãe. Pude notar que a ajuda solicitada transformava-se em um falar da mãe por ele, não só em relação à história, mas no que diz respeito ao modo como ele havia se sentido com o acontecimento. Não havia espaço para que Guilherme pudesse dizer, da sua maneira, o que aconteceu e como se sentiu.

Nesse momento, fiz questões dirigidas a ele sobre a atitude do pai e como ele se sentiu, dizendo que achava que devia ter sido muito difícil. Guilherme pegou a mão da mãe, levou-a à sala de espera e voltou perguntando o que iríamos fazer. De alguma forma, Guilherme estava tentando colocar-se na posição de um sujeito autônomo.

Os comportamentos do menino geravam um desconforto e uma desorganização familiar. O pai parecia tentar contê-lo de modo mais agressivo, muitas vezes, desistindo; a mãe parecia que “estava anestesiada” e fazia aquilo que conseguia fazer: acordos estranhos, ao invés de estranhar o que estava acontecendo, o que indicava uma escassez de recursos do casal parental para organizar o próprio psiquismo.

Guilherme parecia não poder contar com a possibilidade de apoiar-se no pai para administrar sua relação com a mãe, permanecendo aprisionado a esta figura materna onipotente, o que dificultava a diferenciação entre ele e Vânia.

No segundo semestre de 2008, Guilherme estava às voltas com seu processo de alfabetização e começou a apresentar um encantamento em relação a todo material escrito. Nesse sentido, sugeri que escrevêssemos o que havíamos feito a cada sessão para que pudéssemos montar um diário. O paciente ficou fascinado com a idéia, levava o livro para casa e trazia em todos os nossos encontros, sempre dizendo: “ É nosso, tia Obeta? É do Guilherme também?” Frente a estas questões, eu sempre garantia para ele que o livro era nosso, pois o estávamos construindo juntos.

As narrativas pessoais começaram a fazer parte de seu discurso. Em algumas situações, contava-me que havia brincado com os amigos na escola ou que havia ido dormir na casa da vovó. Segundo relato materno, dormir na casa da vovó era a nova recompensa, caso ele cumprisse aquilo que a mãe considerava importante.

Com o passar dos meses, foi relatado pela mãe que Guilherme havia mudado alguns hábitos alimentares, como, por exemplo, a maior aceitação de alimentos sólidos e a diminuição gradativa das ânsias de vômito.

Parecia que, ao poder ocupar uma posição que o diferenciasse da mãe no setting fonoaudiológico, convocando-me, transferencialmente, à alteridade materna, Guilherme permitiu que a situação terapêutica funcionasse como um reorganizador da libidinização do corpo. O falar e o comer, funções que estão atreladas à dependência materna do bebê, puderam ser exercidas de modo mais eficiente por Guilherme.

Em uma das sessões, o paciente entrou na minha sala dizendo que seu tio havia quebrado o pé e teve que ir até o hospital para “consertar”, na sequência me disse que queria “quebrar” o papai, quando lhe questionei o porquê, ele afirmou que se o papai estivesse quebrado, ele poderia ficar com a mamãe só para ele.

A relação de Guilherme com sua mãe sempre me pareceu restringir ou dificultar a entrada de um terceiro. Neste período do atendimento, o pai era representado no discurso do menino, já com 7 anos, como um rival, com quem ele

tinha que lutar para garantir a presença materna exclusivamente para ele; fantasia fomentada pela postura e discurso de Vânia.

No que diz respeito ao desenvolvimento psicosssexual, notava –se que Guilherme estava atravessando o período da organização genital infantil, parecia não estar conseguindo assumir a castração.

A manifestação dos problemas de linguagem e de alimentação parecia representar uma fixação oral no desenvolvimento da libido. Acrescento que, nesse caso, a qualidade do desejo materno de “que nada mude”, provavelmente, foi a principal condição para fomentar a fixação libidinal na fase oral canibalística representada pela manifestação dos problemas de linguagem e de alimentação em Guilherme.

No final de 2008, Vânia comunicou-me que mudariam de bairro para que Guilherme pudesse estudar em uma escola especializada em crianças autistas. Nesse sentido, ficaria inviável levá-lo ao meu consultório devido à distância; na sequência, fez a proposta de que os atendimentos poderiam ser feitos em sua casa.

Disse-lhe que não considerava adequado e eficiente atender Guilherme em casa. Afirmou que entraria em contato após as férias para me comunicar sobre a continuidade do tratamento. Não telefonou mais.

Pude compreender que a pequena melhora de Guilherme era tomada pela mãe como uma rejeição à dependência da figura materna e que isso fomentava nela a prevalência de um desejo de onipotência muito prejudicial ao funcionamento psíquico de Guilherme. Nesse sentido, ao lembrar este caso um misto de preocupação e angústia me invadem, motivo disparador de escrever sobre ele em uma tentativa de elaboração.

Considerações Finais

A partir da articulação entre o material clínico e a fundamentação teórica presentes neste trabalho, formulei a tese que que, em alguns casos, a manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação pode ser entendida enquanto uma fixação na fase oral canibalística do desenvolvimento libidinal, fomentada por um desejo materno psicotizante de “que nada mude” – desejo que nega o nascimento de um sujeito singular e autônomo.

O caminho percorrido neste estudo teve início com a apresentação da problemática de pesquisa, que surgiu de minha experiência clínica enquanto fonoaudióloga – a saber, a co-ocorrência dos problemas de linguagem e alimentação em pacientes infantis.

Pesquisas recentes vêm destacando tais manifestações patológicas relacionadas à região oral como problemas na oralidade. No entanto, pode-se observar que há uma tendência na literatura e na clínica fonoaudiológicas em abordar os problemas de linguagem e de alimentação como uma co-morbidade, que demandam intervenções não necessariamente relacionadas.

Todavia, a partir de minha experiência clínica com crianças que apresentavam tais distúrbios, pude levantar questões acerca da natureza de tal manifestação e de quais os aspectos que me pareciam suscitar a manutenção dos problemas de linguagem e de alimentação.

A observação clínica possibilitou-me compreender que essas crianças não apenas falavam e comiam mal, mas apresentavam corpos “disfuncionais”. As queixas trazidas pelos pais referiam-se, com frequência, para além da linguagem e da alimentação, diziam respeito ao sono, ao controle de esfíncteres, à higiene pessoal, à presença de agitação motora.

Frequentemente, eu era convocada de modo transferencial a escutar o sofrimento desses pais relacionado a dificuldades em lidar com os próprios filhos. Essas histórias que invadiam meu setting fonoaudiológico eram constituídas de relações familiares conturbadas, que resultavam em laços de dependência e falta de autonomia.

Desse modo, deparei-me com questões relacionadas ao corpo, ao psiquismo e à linguagem articuladas em cada sujeito de maneira singular e imprevisível. Nesse sentido, aproximei-me da Psicanálise, enquanto uma teoria acerca do psiquismo. Busca essa justificada pelo desejo de ampliar minha compreensão frente à constituição psíquica desses sujeitos e ao modo como os problemas de linguagem e de alimentação articulavam-se com suas histórias libidinais e identificatórias.

Objetivei investigar: 1.) a natureza da manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação na primeira infância e 2.) a ação do desejo e do discurso do casal parental na constituição psíquica do sujeito e sua relação com a assunção de um Eu desprovido de autonomia nos registros corporal e psíquico, o que poderia ser um facilitador para manutenção dos problemas de linguagem e de alimentação.

O percurso metodológico traçado partiu do estudo do caso clínico de Guilherme; os aspectos levantados por meio da experiência clínica foram fundamentados em dialogia com a teoria psicanalítica. Apoiei-me em conceitos presentes nas obras de Sigmund Freud e Piera Aulagnier.

Assim, em um primeiro momento abordei a relação presente entre o corpo, a sexualidade e a constituição do sujeito psíquico a partir da metapsicologia freudiana e a de Piera Aulagnier.

A partir desta revisão de literatura, encontrei alicerces para a construção de minha tese. Alicerces estes pautados na relação imprevisível entre corpo, sexualidade, psiquismo e linguagem configurada de modo singular em cada sujeito.

Ao apresentar o problema de pesquisa e afirmar que os problemas de linguagem circunscrevem o motivo potencializador pela busca do atendimento fonoaudiológico, considerei de grande importância explicitar a concepção de linguagem assumida neste trabalho, que vem a ser aquela presente na teoria do Interacionismo Brasileiro, teoria esta presente no campo da Aquisição de Linguagem.

A meu ver, a principal articulação entre o Interacionismo e a Psicanálise encontra-se na função estruturante do outro no processo de aquisição de linguagem da criança na teoria interacionista e na constituição psíquica e sexual do sujeito no campo psicanalítico.

Ao questionar a natureza da manifestação dos problemas de linguagem e de alimentação, considerei necessário justificar o porquê de não tomar tal manifestação enquanto um sintoma.

Para tal, parti do conceito de sintoma presente nos textos freudianos, que define tal conceito como uma solução de compromisso, que se torna possível após e de acordo com a resolução edípica.

Do ponto de vista da sexualidade, Guilherme, o sujeito aqui apresentado, parecia estar atravessando o complexo de Édipo/complexo de castração e apresentava dificuldades em assumir a castração.

Encontrei no conceito de fixação, presente na teoria freudiana, a justificativa para considerar que a co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação em alguns casos, como o de Guilherme, parece adquirir um caráter de persistência em permanecer-se ligado a uma estrutura de atividade característica da fase oral canibalística.

A partir de tal pressuposto, considerei os problemas de linguagem e de alimentação presentes em Guilherme enquanto uma fixação na fase oral, articulado

ao desejo materno de “que nada mude”. Desejo este que negava a Guilherme o direito ser portador de autonomia psíquica, corporal e discursiva.

Parecia-me que a manutenção dos problemas de linguagem e de alimentação presentes em Guilherme dava garantias a Vânia, sua mãe, de que o compromisso identificatório “que nada mude” enunciado pela voz materna estava firmado.

Nesse sentido, considero que seja indispensável a busca da compreensão da história libidinal e identificatória dessas crianças, por meio de entrevistas frequentes com os pais.

A possibilidade de escuta das fontes de sofrimento presentes na relação entre pais e filhos parecem contribuir com a organização psíquica da dupla parental, o que reflete em uma melhora no funcionamento corporal e psíquico da criança.

A meu ver, os tratamentos que visam adequar, de modo dicotômico, as funções e condutas orais podem trazer resultados superficiais, sem garantir a compreensão e o alcance mais profundos das manifestações patológicas.

Assim, considero que, a partir do conceito de transferência presente na teoria psicanalítica, o setting fonoaudiológico deve permitir o trânsito dos afetos presentes no discurso dos pais e das crianças, o que, a meu ver, garante maior eficiência nos resultados da intervenção terapêutica.

Finalizo aqui com palavras de Aulagnier, que se configuram em um alerta daquilo que pode acontecer, irremediavelmente, em qualquer situação terapêutica:

É preciso nos lembrarmos de que nada nos assegura de que não abusemos do poder que a transferência nos confere, que tudo nos faz pensar que sempre há momento em que abusamos dele, e que com toda boa fé conseguiremos às vezes justificar teoricamente, mas a posteriori, as consequências dos efeitos de nossos erros no outro.²¹⁹

²¹⁹ AULAGNIER, Piera. O trabalho da interpretação. A função do prazer analítico. In: VIOLANTE, Maria Lucia Vieira (org.). *Dessejo e identificação*. São Paulo: Anna Blume, 2010, p.80.

Referências Bibliográficas

Abadie, V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. In: *Rééducation orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant*. Paris, 2004, 42(220):pp. 55-67.

Arantes, L. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: Lier De Vitto, M. F. *Fonoaudiologia: No sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 23-38.

Aulagnier, Piera (1975). *A violência da interpretação: do pictograma ao enunciado*. Rio de Janeiro: Imago, 1979.

_____ (1984). *O aprendiz de historiador e o mestre-feiticeiro – do discurso identifiante ao discurso delirante*. São Paulo: Escuta, 1989.

_____ *Um intérprete em busca de sentido I e II*. São Paulo: Escuta, 1986.

_____ Vois d'entrée dans la psychose. In: *Topique*, n.62, 1992, pp.7-29.

_____ Que desejo, Por que filho? In: *Revista Psicanálise e Universidade*, n. 21, 2004.

Barros, Manoel de. *Memórias inventadas: a infância*. São Paulo: Planeta, 2003.

Cunha, Maria Claudia. *Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território*. São Paulo: Plexus, 1997.

Cunha, Maria Claudia. Linguagem e Psiquismo: Considerações fonoaudiológicas estritas. In: Ferreira, L.P., Befi-Lopes D.M., Limongi SCO (orgs.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004. p. 899-902.

De Lemos, C. T. G. Aquisição de Linguagem e seu dilema (pecado) original. In: *Revista Abralín*, vol. 3, 1982, p.17-25.

_____ Os processos metafóricos e metonímicos como mecanismos de mudança. In: *Substratum*, v.1, 1992, p. 119-130.

_____ *Desenvolvimento da linguagem e processos de subjetivação*. In: Congresso Internacional sobre desenvolvimento humano (Palestra – Universidade São Marcos). São Paulo, 1999.

Fernandes, Maria Helena. *Transtornos Alimentares*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

Ferraz, A. O. *E quando o paciente não quer comer? Um estudo sobre as queixas alimentares de crianças com distúrbios de apetite*. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PEPG em Fonoaudiologia, PUC-SP, São Paulo, 2006.

Freud, Sigmund (1895). Projeto para uma psicologia científica. *Edição Standard brasileira das obras psicológicas de Sigmund Freud*, 24vol., Rio de Janeiro: Imago, 1996, *ESB I*.

_____ (1896). Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa. *ESBIII*.

_____ (1900). A interpretação dos sonhos. *ESB IV e V*.

_____ (1905). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. *ESB VII*.

_____ (1910). Cinco lições sobre a Psicanálise. *ESB XI*.

_____ (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *ESB XIV*.

_____ (1915). Repressão. *ESB XIV*.

_____ (1915). Os instintos e suas vicissitudes. *ESB XIV*.

_____ (1916/17). Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. *ESB XVI*

_____ (1922/23). Dois verbetes de enciclopédia. *ESB XVIII*.

_____ (1923). O ego e o id. *ESB XIX*.

_____ (1923). A organização genital infantil: uma interpolação na teoria da sexualidade. *ESB XIX*.

_____ (1924). A dissolução do Complexo de Édipo. *ESB XIX*

_____ (1925). Inibição, Sintomas e Ansiedade. *ESB XIX*

_____ (1925/26). Psicanálise. *ESB XX*

_____ (1938/1940). Esboço de psicanálise. *ESB XXIII*.

Golse, B.; Guinot, M. *La bouche et l'oralité*. In: Rééducation orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant. Paris, 2004, 42(220): pp. 23-30.

Gomes, Ivone Carmem Dias Gomes. *Quando, entre o pensamento e a fala, existe uma gagueira*. Curitiba: CRV, 2011.

Hage, Simone. *Avaliando a linguagem na ausência da oralidade*. Bauru: Edusc, 1997.

Hanns, Luiz. *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

Kupfer, M.C.M. *Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância*. In: Revista Psicologia USP, 2000, 11 (1): pp.85-105.

Laplanche, J.; Pontalis J.B. (1967). *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Machado, F.P. *Problemas de linguagem oral e de alimentação: co-ocorrências na clínica fonoaudiológica*. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PEPG em Fonoaudiologia, PUC-SP, São Paulo, 2007.

Nasio, J-D. *Os grandes casos de psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

Palladino, Ruth Ramalho Ruivo; Souza, Luiz Augusto de Paula; Cunha, Maria Claudia. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças. In: *Psicanálise e Universidade*, 2004, 21: pp.95-108.

_____ Problemas de linguagem e alimentares em crianças: co-ocorrências ou coincidências? In: *Pró-Fono – Revista de atualização científica*, 2007, 19(2): pp. 205-213.

Rubino, R.. Entre ver e ler: o olhar do fonoaudiólogo em questão. In: Lier De Vitto, M. F. *Fonoaudiologia: No sentido da linguagem*. São Paulo: Cortez, 1994, p. 69-90.

Thibault, Catherine. *La langue, organe clé des oralités*. In: Rééducation Orthophonique – La deglutition dysfonctionnelle. Paris, 2006, 44(226): pp. 115-124.

Violante, Maria Lucia Vieira. *Piera Aulagnier: Uma contribuição à obra de Freud*. São Paulo: Via Lettera, 2001.

_____ *Ensaio freudiano em torno da homossexualidade*. São Paulo: Via Lettera, 2004.

_____ (org.). *Desejo e identificação*. São Paulo: Anna Blume, 2010.

ANEXO

Modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do participante:

Pesquisador:

Endereço:

Bairro:

Telefones:

Cep:

Orientador:

Instituição:

Título do estudo: Problemas de linguagem e de alimentação: manifestações da fixação oral na clínica fonoaudiológica.

Propósito do Estudo: O propósito deste estudo será investigar, a partir de um estudo de caso, qual a natureza da manifestação da co-ocorrência dos problemas de linguagem e de alimentação.

Procedimentos: Estudo clínico-qualitativo desenvolvido através do estudo de um caso clínico, de um sujeito de 5 anos, com queixas de problemas de linguagem oral, atendido pelo pesquisador de maio de 2006 a dezembro de 2008.

Riscos e desconfortos: Não existem riscos ou desconfortos associados a esta pesquisa.

Benefícios: Compreendo que não existem benefícios diretos para mim como participante nesse estudo.

Direitos do participante: Eu posso me retirar desse estudo a qualquer momento.

Compensação Financeira: Não haverá cocompensação financeira associada a esta pesquisa.

Confidencialidade: Haverá proteção de minha identidade, enquanto sujeito desta pesquisa, contudo, os resultados desse estudo poderão ser publicados ou apresentados em congressos profissionais e com a finalidade de preservar a minha imagem, meu nome será trocado à escolha do pesquisador.

Se tiver dúvidas, posso telefonar para Roberta Bomfim Pedro Bom nos números 26716135 ou 85589064, a qualquer momento.

Assinatura dos responsáveis

Assinatura do pesquisador

Data: