

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

MARIA GLÁUCIA PIRES CALZAVARA

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS: da adaptação à
solução em referência ao sintoma**

Belo Horizonte – Minas Gerais
Fevereiro 2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

MARIA GLÁUCIA PIRES CALZAVARA

**A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS: da adaptação à
solução em referência ao sintoma**

Tese apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Educação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Linha de pesquisa: psicologia, psicanálise e educação

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lydia Santiago

Belo Horizonte – Minas Gerais
Fevereiro 2012

A CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS: da adaptação à solução em referência ao sintoma.

Autora: Maria Gláucia Pires Calzavara

Orientadora: Ana Lydia Bezerra Santiago

Tese de doutorado submetida ao programa de Pós- Graduação em Educação, da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Educação.

Aprovada por:

Presidente, Profa. Dra. Ana Lydia Bezerra Santiago – Orientadora

Profa. Dra. Margarida Maria Elia Assad

Profa. Dra. Ilka Franco Ferrari

Profa. Raquel Martins de Assis

Profa. Dra. Margaret Pires do Couto

Belo Horizonte

Fevereiro de 2012

Dedico este trabalho aos amores da minha
vida: Américo e Gabriel.

“O programa de tornar-se feliz, que o princípio do prazer nos impõe, não pode ser realizado; contudo, não devemos – na verdade, não podemos – abandonar nossos esforços de aproximá-lo da consecução, de uma maneira ou de outra.

Caminhos muito diferentes podem ser tomados nessa direção, e podemos conceder prioridades quer ao aspecto positivo do objetivo, e obter prazer, quer ao negativo, e evitar o desprazer. Nenhum desses caminhos nos leva a tudo o que desejamos.

A felicidade, no reduzido sentido em que a reconhecemos como possível, constitui um problema da economia da libido do indivíduo.

Não existe regra de ouro que se aplique a todos: todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo.

Todos os tipos de diferentes fatores operarão, a fim de dirigir sua escolha. É uma questão de quanta satisfação real ele pode esperar obter do mundo externo, de até onde é levado para tornar-se independente dele, e, finalmente, de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-lo a seus desejos.

Nisso, sua constituição psíquica desempenhará papel decisivo, independentemente das circunstâncias externas. ”

*O Mal estar na Civilização
Sigmund Freud - 1929/1930*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de São João del-Rei – UFSJ - por ter possibilitado a realização desta pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (Fapemig) junto ao Programa Mineiro de Capacitação Docente - PMCD pela concessão de bolsa auxílio à pesquisa.

À Dra. Ana Lydia Santiago, pelos preciosos momentos de orientação, pelo enorme conhecimento que me proporcionou durante a construção deste trabalho. Muito mais do que orientar, ela possibilitou que eu pudesse me reorientar em um conhecimento e uma prática que vão além da consistência.

Aos professores doutores, que muito me honraram ao aceitar o convite para compor a banca da minha tese.

À Dra. Ilka Ferrari, pelos comentários tão bem colocados e estimulantes durante o exame de qualificação. Causou-me ânimo para prosseguir.

Agradeço ao Américo, meu marido, que sempre participou em minha trajetória de estudos e trabalho, e especificamente nesta tese me deu apoio incondicional, revelando cada vez mais que nossa relação de amor e de casamento valem a pena.

Ao meu filho Gabriel, por compreender que as horas permanecidas no computador tinham uma boa causa. Mais do que isso, penso que o desejo que carrego na construção deste trabalho foi para ele uma grande lição de como se haver com o próprio desejo.

Agradeço à minha amiga Geralda Mapa, pela amizade de longa data, pelo carinho ao saber escutar minhas angústias e pela contribuição sempre pertinente na leitura deste trabalho.

Agradeço também a todas as pessoas que de certa forma viveram comigo esta trajetória: Maria do Carmo, sempre Madrinha; Aline, sempre querendo saber em que pé estava o trabalho; e à Josie, sempre cuidadosa com minhas coisas, facilitando tudo ao máximo para que eu pudesse me dedicar ao trabalho de escrita.

À Cristina Drummond, que de uma forma singular me deu serenidade nesse processo de construção.

Aos meus colegas, professores do Departamento de Psicologia da UFSJ. Cada um, a seu modo, contribuiu para a realização deste trabalho ao ministrarem as disciplinas as quais leciono.

Ao Rogerio Lucas de Carvalho, agradeço pela presteza e prontidão na leitura e correção deste trabalho.

À Dra. Ana Maria Jacó Vilela, pelo acolhimento e pelo aceite na Universidade Estadual do Rio de Janeiro - UERJ, quando da realização do Doutorado “Sanduíche”. Do mesmo modo, pela participação no grupo de estudos em História da Psicologia - Clio- Psyché.

À Dra. Regina Helena de Freitas Campos que por motivos de estudos fora do país não pode compor esta banca de tese. Meus sinceros agradecimentos, pelo acolhimento neste doutorado, pelo carinho por mim, pela preocupação recorrente se eu estava com bolsa de auxílio ou não, pelo carinho pela minha cidade e minha Universidade (UFSJ). Obrigada pela leitura sempre atenta dos meus textos, pelos *e-mails* sempre respondidos com prontidão e por acreditar em mim.

A todos os outros, amigos e familiares, que de uma forma ou de outra participaram comigo e torceram, por mim durante a construção deste trabalho.

RESUMO

A ideia principal deste estudo consiste em destacar as transformações pelas quais passou a clínica psicanalítica com crianças a partir da orientação lacaniana, que enfatiza o sintoma e sua relação com a dimensão pulsional, em detrimento da adaptação ao social. Considera-se que a perspectiva adaptacionista da clínica com crianças é um desvio promovido por algumas inflexões conceituais, sobretudo a postulação freudiana da pulsão de morte em 1920. Assim, buscou-se demonstrar que o recurso à adaptação priorizado pelas psicanalistas de crianças que se destacavam no movimento psicanalítico – Anna Freud e Melanie Klein – nesta época, conduziu à desconsideração da dimensão pulsional do sintoma. Na prática clínica com crianças, ocorre, assim, segundo estas autoras, um afastamento da clínica do sintoma como produção do inconsciente, visando à minimização daquilo que, na criança, caminha na contramão da educação e do projeto social. A partir da leitura das produções teóricas das duas psicanalistas de crianças pode-se destacar a perspectiva terapêutica que se encaminha para a adaptação ao social. Anna Freud propõe uma clínica essencialmente voltada para um viés pedagógico. Melanie Klein, por sua vez, ancora inicialmente, sua prática, nos fundamentos psicanalíticos freudianos e, depois, formula sua própria teoria. No primeiro momento de seus trabalhos, é possível isolar algumas considerações daquilo que se propõe, neste estudo, como adaptação do sintoma. Não se desconhece que, mais tarde, a dimensão pulsional foi privilegiada por Melanie Klein, porém suas primeiras formulações não deixaram de influenciar aqueles que praticavam o tratamento clínico psicanalítico com crianças até os dias de hoje. Além disso, no segundo momento da contribuição de Melanie Klein, o arcabouço teórico, baseado na teoria de objeto com ênfase em sua completude, parece velar a importância da teoria das pulsões. Por último, este trabalho busca mostrar que a orientação lacaniana, promovida pelos alunos de Jacques Lacan nos anos de 1960, reintroduz efetivamente a articulação do sintoma à pulsão. O aforismo preconizado por Robert e Rosine Lefort, segundo os quais “a criança é um analisante em plenos direitos”, é o que mobilizou uma mudança radical na clínica com crianças em que a adaptação não tem mais lugar. A referência ao sintoma nessa clínica se apresenta como solução para o sujeito, cuja manifestação se impõe como condição da clínica psicanalítica: trata-se de interrogá-lo para se chegar ao particular de cada sujeito. A partir de então, é o sintoma como solução que se transforma em qualquer forma de adaptação.

Palavras chave: clínica com criança, sintoma e adaptação

ABSTRACT

The main idea of this study is to highlight the transformations that came to psychoanalytic practice with children from the Lacan's orientation, which emphasizes the symptom and its relation to the instinctual dimension at the expense of social adaptation. It is considered that the adaptationist perspective of the clinic with children is a deviation promoted by some conceptual inflections, especially Freud's postulation of death instinct in 1920. Thus, we attempted to demonstrate that the use of adaptation, prioritized by the children psychoanalysts, who stood in the psychoanalytic movement, Anna Freud and Melanie Klein, at that time, led to disregard the instinctual dimension of the symptom. In clinical practice with children, according to these authors, there is a removal from the clinical symptoms as a production of the unconscious, in order to minimize what, in the child, was going in the opposite direction of education and the social project.

From the reading of the productions of the two theoretical psychoanalysts of children it is possible to highlight the therapeutic approach that is headed for the social adaptation. Anna Freud proposes a clinic essentially focused on an educational bias. Melanie Klein, in turn, initially anchors its practice in Freud's psychoanalytic foundations, and then formulates her own theory. At first, in her work, it is possible to isolate some considerations of what is proposed in this study as an adaptation of the symptom. It is known that, later, the instinctual dimension was privileged by Melanie Klein. But her early formulations did not fail to influence those who practice clinical psychoanalytic treatment with children up to the present day. Moreover, in the second stage of Melanie Klein's contribution, the theoretical framework, based on the theory of object with emphasis on completeness, seems to hide the importance of the theory of instincts. Finally, this paper tries to show that Lacan's orientation, organized by the Jacques Lacan's students in the 1960's, reintroduces effectively the articulation of the symptom to the instinct. The aphorism recommended by Robert and Rosine Lefort, according to which "the child is an analyser in full rights," is what mobilized a radical change in clinical practice with children in which the adjustment has no more room. The reference to the symptom in this clinic presents itself as a solution to the person, whose manifestation is imposed as a condition of psychoanalytic practice: it is about to interrogate him or her to get to the inside of each person. Since then, it is the symptom as a solution that transforms itself in any form of adaptation.

Key terms: children, symptom, social adaptation

RÉSUMÉ

L'idée principale de cette étude consiste à rehausser les transformations subies par la clinique psychanalytique avec les enfants à partir de l'orientation de Lacan, qui met en valeur le symptôme et sa relation avec la dimension pulsionnelle, en détriment de l'adaptation au social. On considère que la perspective adaptative de la clinique avec les enfants est un détour promu par quelques inflexions conceptuelles, notamment la postulation freudienne de la pulsion de mort en 1920. Ainsi, on a cherché démontrer que la ressource à l'adaptation mise à priori par les psychanalystes d'enfants qui se distinguaient dans le mouvement psychanalytique – Anna Freud et Melanie Klein – à cette époque, a mené le dénigrement de la dimension pulsionnelle du symptôme. Dans la pratique clinique avec les enfants, selon ces auteurs, il arrive ainsi un éloignement de la clinique du symptôme comme production de l'inconscient, envisageant à la minimisation de ce que, dans l'enfant, allait dans le sens contraire de l'éducation et du projet social. D'après la lecture des productions théoriques des deux psychanalystes d'enfants on peut mettre en relief la perspective thérapeutique qui va vers l'adaptation au social. Anna Freud propose une clinique essentiellement tournée vers un biais pédagogique. Melanie Klein à son tour, établi au début, sa pratique dans les fondements psychanalytiques freudiens et, après, formule sa propre théorie. Au début de ses travaux, il est possible d'écarter quelques considérations de ce qu'il est proposé dans cette étude comme adaptation du symptôme. Il n'est pas méconnu que, plus tard, la dimension pulsionnelle fut privilégié par Melanie Klein, cependant ses premières formulations non pas manqué d'influencer ceux qui pratiquaient le traitement clinique psychanalytique avec les enfants jusqu'à nos jours. En outre, dans le deuxième moment de la contribution de Melanie Klein, le projet théorique, basé dans la théorie d'objet avec emphase en son intégralité, semble veiller sur l'importance de la théorie des pulsions. Finalement, ce travail cherche montrer que l'orientation de Lacan, promue par des élèves de Jacques Lacan dans les années 60, introduit effectivement à nouveau l'articulation du symptôme à la pulsion. L'aphorisme préconisé par Robert et Rosine Lefort, qui d'après eux « l'enfant est un analysant en pleins droits », c'est ce qui a mobilisé un changement radical dans la clinique avec les enfants où l'adaptation n'a plus lieu. La référence au symptôme en cette clinique se présente comme une solution pour le sujet, car la manifestation s'impose comme condition de la clinique psychanalytique : il s'agit de l'interroger pour atteindre l'individuel de chaque sujet. À partir de là, c'est le symptôme tant que solution qui se transforme en n'importe quelle forme d'adaptation.

Mots clés: clinique avec les enfants; symptôme; adaptation

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
-------------------------	----

CAPÍTULO I

A Concepção de Sintoma a partir da Pulsão de Morte	22
---	----

1.1 A clínica com crianças: pulsão não é adaptação.....	22
1.2 O sintoma como defesa.....	25
1.3 O sintoma como satisfação.....	29
1.4 Apropriação particular da nova formulação pulsional.....	31
1.5 O sintoma como repetição é uma solução.....	36
1.6 O sintoma como solução não é adaptação.....	40
1.6.1 O equívoco da desconsideração do sintoma no campo escolar.....	40

CAPÍTULO II

Anna Freud: O Eu em Detrimento da Referencia à Pulsão	43
--	----

2.1 Privilégio da observação do comportamento da criança	43
2.2 Instrumentos teóricos para uma defesa da adaptação do sintoma ao social.....	49
2.3 Experiências educativas de prevenção contra o sintoma.....	51
2.3.1 As Creches-lares: educação para uma adaptação ao social.....	51
2.3.2 A Escola Heitizing: educação sem coerção.....	54
2.4 “O tratamento psicanalítico com crianças”.....	56
2.4.1 O eu: defesa contra o sintoma.....	60
2.4.2 Criança no tratamento.....	64
2.4.3 Família no tratamento.....	65
2.4.4 O sintoma da criança.....	68
2.4.5 O inconsciente.....	70

CAPÍTULO III

Melanie Klein e o Tratamento do Sintoma.....72

3.1 1921-1932: influência da teoria freudiana clássica.....	73
3.1.1 Prevenção contra o sintoma no tratamento?.....	75
3.2. 1934-1957: novas elaborações teóricas.....	84
3.3 A ansiedade como defesa do eu contra a pulsão.....	85
3.4 O tratamento psicanalítico com crianças.....	89
3.4.1 A criança no tratamento.....	90
3.4.2 Família no tratamento.....	94
3.4.3 O sintoma da criança.....	95
3.4.4 O inconsciente.....	97

CAPÍTULO IV

A Orientação Lacaniana.....100

4.1 Sujeito do inconsciente – sujeito do desejo.....	103
4.2 O sintoma e a pulsão.....	105

CAPÍTULO V – A Prática Clínica com Crianças na Orientação

Lacaniana112

5.1 A criança analisando em plenos direitos.....	113
5.2 A prática clínica da criança na orientação lacaniana.....	117
5.2.1 – A criança no tratamento.....	117
5.2.2 – Família no tratamento.....	121
5.2.3 – O sintoma da criança.....	123
5.2.4 – O inconsciente.....	124

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....126

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....134

C171c
T Calzavara, Maria Gláucia Pires, 1965-
A clínica psicanalítica com crianças : da adaptação à
solução em referência ao sintoma / Maria Gláucia Pires
Calzavara. - UFMG/FaE, 2012.
145 f, enc,

Tese - (Doutorado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Faculdade de Educação.
Orientadora : Ana Lydia Santiago.
Bibliografia : f. 134-145.

1. Educação -- Teses. 2. Psicanálise infantil -- Teses. 3.
Adaptabilidade (Psicologia) -- Teses.
I. Título. II. Santiago, Ana Lydia. III. Universidade Federal
de Minas Gerais, Faculdade de Educação

CDD- 370.15

Catálogo da Fonte : Biblioteca da FaE/UFMG

INTRODUÇÃO

A formulação da pulsão de morte por Freud no ano de 1920 foi um conceito que representou um divisor de águas na teoria freudiana e entre os freudianos, principalmente pela particularidade dessa pulsão que, segundo Freud (1938/1980), “é reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico” (p. 173). Esse movimento regressivo de um retorno ao estado anterior tornou-se a especificidade da pulsão e, portanto, o protótipo da pulsão de morte. Além do mais, o texto de 1920 introduz a noção de compulsão à repetição do sintoma, que permite “trazer à luz as atividades dos impulsos reprimidos”¹ (FREUD, 1920/1980, p. 33). A insistência do material recalcado em fazer sua aparição na consciência por meio do sintoma revelou a Freud uma satisfação de outra ordem, que insiste como repetição incessante em alcançar seu objetivo. O que pode ser destacado nesse texto é a presença da dimensão pulsional no sintoma, que, na segunda tópica, toma a cena em detrimento do sintoma como meramente descritivo. A partir dessa data, a presença da dimensão pulsional se inscreve como impossibilidade adaptativa do sintoma.

¹ Nas citações literais da obra de Freud, utilizarei tal como a tradução da Edição Standard Brasileira – ESB, as palavras: repressão e instinto. Nos comentários das citações, utilizarei como substituição as palavras: recalque e pulsão.

Mais adiante, no texto *O Mal-estar na Civilização*, Freud (1929/1930/1980) destaca a dimensão particular da pulsão de morte como fazendo parte do essencial do homem. Para ele, essa pulsão é própria à condição do homem no processo de civilização e a localiza como inerente à estrutura do sujeito.

No que concerne à referência à pulsão, postulada por Freud, esta foi tema de uma pesquisa realizada por Campos (1991), intitulada *o Contexto sócio-cultural e tendências da pedagogia psicanalítica na Europa Central e no Brasil*. A autora reconhece na obra de Freud duas vertentes, que, a seu ver, se contradizem no que diz respeito a deduzir da psicanálise princípios para uma educação de crianças. Uma primeira vertente, que enseja a livre expressão dos impulsos inconscientes é compensada, por sua vez, por uma tendência à necessidade de adaptar as crianças ao princípio da realidade. É a educação de crianças que toma a cena nessa primeira vertente. Por outro lado, a segunda vertente possui como característica essencial a ênfase no papel das pulsões primárias e a relevância dos destinos pulsionais na estruturação do psiquismo. A presença da pulsão de morte revela a impossibilidade de entendimento dos distúrbios da ordem do psiquismo pela via da prevenção.

Considerando a segunda vertente apontada por Campos (1991), nesta, é possível reconhecer a presença da repetição do sintoma e a impossibilidade de resolução de qualquer comportamento por essa via. É a presença da dimensão pulsional e seus efeitos no psíquico que marcam um pessimismo em relação às possibilidades de prevenção, destacada em sua primeira vertente. A leitura realizada pela autora nos leva a destacar que o antes e o depois da revelação da presença da satisfação no sintoma demarcam a impossibilidade da adaptação do sujeito como um fato de estrutura, tal como revelado por Freud (1920/1980). Isso nos leva a considerar, como diz Campos (1991), que a presença do elemento pulsional na vida da criança nos impossibilita fazer qualquer determinação do resultado de sua educação.

Nesse mesmo ano de entrada da formulação da pulsão de morte por Freud, a psicanálise com crianças começa a se estabelecer no movimento psicanalítico com as pioneiras nessa prática: Anna Freud e Melanie

Klein. Desse modo, perguntamos: como se deu para Anna Freud e Melanie Klein a referência ao sintoma a partir da pulsão de morte? Como cada uma dessas autoras se colocou frente à dimensão pulsional do sintoma em sua prática clínica com crianças?

O interesse pelo tema desta pesquisa nasceu a partir de minha experiência na prática clínica com crianças. Na minha formação, optei por uma formação clínica especificamente pela clínica com crianças. Nessa época, anos de 1980, os estudos teóricos sobre a criança se ancoravam nos textos de Anna Freud e Melanie Klein e a prática clínica se orientava pela proposta kleiniana.

Iniciei minha prática em clínica particular e em instituição infantil (creche). A partir desse momento, comecei a supervisão dos casos atendidos em clínica particular com supervisor em formação pelo ensino de Lacan. Ao mesmo tempo, mantinha supervisão na instituição de crianças pela abordagem kleiniana.

Mediante o trabalho em instituição infantil associado à abordagem kleiniana, e concomitante ao trabalho em clínica particular com supervisão em orientação lacaniana, algumas questões me inquietavam. O que eu entendia na minha prática, por meio da minha formação kleiniana, sobre o que era clínica sob uma perspectiva psicanalítica apresentava-se no trabalho em instituição infantil com uma vertente terapêutica, a fim de eliminar o sintoma para adaptar essa criança ao social. Essa perspectiva era evidente nessa instituição, cujo objetivo do psicólogo e de sua prática era normalizar os comportamentos inaceitáveis. Ao mesmo tempo, iniciei a experiência de docente, que ampliou meus conhecimentos e, do mesmo modo, meus questionamentos. Vivi, então, um impasse, pois participava de uma instituição que tinha como objetivo fazer a criança se comportar e se ajustar para se adaptar ao social. Por outro lado, descobria, na supervisão clínica de orientação lacaniana, que a criança “é um sujeito em plenos direitos” (LEFORT, 1984).

Depois de um longo tempo de trabalho e obtendo orientações distintas – uma kleiniana e outra lacaniana –, algumas questões me inquietavam: o que é clínica e o que é adaptação na prática com

crianças? Por que essas duas perspectivas parecem se misturar no âmbito da psicanálise com crianças? Essas questões, vividas na prática com crianças, me exigiram esclarecimentos, e minha intenção neste trabalho é pesquisá-las.

Diante dessa cena, propus-me a estudar a prática clínica com crianças, essencialmente no que concerne à abordagem teórica tanto de Anna Freud quanto de Melanie Klein, para examinar se há algum momento ou situação em que podemos perceber a existência de uma abertura nessas práticas que se encaminham para o objetivo terapêutico de adaptar a criança ao social.

Do mesmo modo, verificar se, em função da forma como essas psicanalistas iniciaram no terreno da psicanálise com crianças, se não haveria indicativos ou até certa preponderância de adaptação da criança ao social em seus textos. Será que poderemos verificar elementos que se repetem e que nos permitem dizer que a perspectiva da adaptação se imprime em detrimento da referência ao inconsciente e ao sintoma? Da mesma forma, será que poderemos afirmar que a perspectiva do sintoma, como produto do inconsciente, parece ter se perdido nesse encaminhamento dado por Anna Freud e Melanie Klein?

Interessa-nos também, nesta pesquisa, verificar as transformações que ocorreram na psicanálise com crianças com a introdução, no âmbito dessa clínica, das contribuições de Jacques Lacan, que elucidadas e ordenadas por Jacques Alain Miller no campo freudiano se tornaram conhecidas por orientação lacaniana. A orientação lacaniana, como herança da Escola de Lacan, fundada em 1964, se dirigiu a um movimento de denúncia aos desvios pelos quais passava a teoria de Freud, para que “reconduza a práxis original que ele instituiu sob o nome de psicanálise ao dever que lhe compete neste mundo” (LACAN, 1964/2003, p. 235).

A orientação lacaniana, sobretudo, elucidou certa inflexão na clínica psicanalítica, que se deu a partir da formulação freudiana da pulsão de morte, o que nos parece ter promovido um afastamento da clínica do sintoma como produção do inconsciente. Considerando a

clínica com crianças, esta pesquisa visa a investigar se essa inflexão provocou ressonâncias nessa clínica e quais seus efeitos.

Nesse sentido, a leitura da clínica com crianças realizada por Santiago (2005) no âmbito de sua pesquisa sobre a inibição intelectual aponta uma inflexão nesse campo. A autora destaca, inicialmente a partir de sua leitura dos textos freudianos, que a fobia foi, em relação ao tratamento psicanalítico com crianças, a “categoria clínica fundamental da apreensão psicanalítica da neurose na infância” (p. 67). Como se sabe, o tratamento da fobia do pequeno Hans – um menino de cinco anos de idade –, relatado por Freud (1909), inaugura o campo da psicanálise com crianças, fazendo desse sintoma “o grande paradigma das patologias mentais da infância” (SANTIAGO, 2005, p. 67).

Entretanto, a partir do ano de 1920, quando a clínica psicanalítica com crianças começou a se firmar no movimento psicanalítico, Santiago (2005) reconhece uma inflexão nessa clínica. A autora mostrou que “as formulações teóricas sobre o infans inscrevem-se para além desse paradigma da fobia” (p. 67). Os trabalhos de Freud referentes à fobia servem de base para os interessados na prática com crianças, mas a questão que se sobressaía nesse ano de 1920 era saber “qual a prática mais apropriada para se evitar que a criança se torne um adulto neurótico” (*ibidem*). São as questões referentes à prevenção que tomam a cena nessa data.

Nesse contexto, as precursoras da prática clínica com crianças – Hermine Von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein – introduzem variadas indagações sobre a eficácia do tratamento com crianças. E a questão que se tornou central para a prática com crianças é: qual orientação clínica mais apropriada para garantir o desenvolvimento da criança em dificuldades: “cura psicanalítica propriamente dita ou método educativo fundamentado na psicanálise?” (SANTIAGO, 2005, p. 68).

Santiago (2005) levanta a hipótese de que essa inflexão da clínica com crianças do sintoma fóbico ao método educativo mais apropriado para a prevenção da neurose pode ter ocorrido em função da introdução da observação direta do que as crianças dizem e fazem, que, na época, teve como objetivo comprovar a sexualidade infantil.

A partir desse trabalho, formulamos a hipótese de que houve no movimento psicanalítico, naquela data, por parte de alguns seguidores da doutrina freudiana, uma apreensão particular da referência ao núcleo da pulsão de morte presente no sintoma. A forma como se deu a apropriação da conceituação da pulsão nos parece ter promovido na clínica com crianças uma inflexão que propiciou um recurso à adaptação do sintoma ao social, como desconsideração pulsional, em detrimento do sintoma como produção do inconsciente.

Considerando as produções teóricas das duas eminentes psicanalistas de crianças,² Anna Freud e Melanie Klein, que se destacavam, no movimento psicanalítico, no que diz respeito ao conhecimento e à prática psicanalítica com crianças no ano de 1920, cada uma, a seu modo, fez sua inserção no movimento, propondo novas práticas para a clínica com crianças. Essas práticas permitiram o início da formação de duas escolas de pensamento, cujo objetivo se ancorava em práticas clínicas próprias para se haver com o sintoma da criança, mas que, sobretudo, nos parece se afastarem dos fundamentos clínicos da teoria freudiana, principalmente em referência à dimensão pulsional do sintoma.

Considerando nossa hipótese, parece-nos que, a partir do modo particular, utilizado tanto por Anna Freud quanto Melanie Klein, na apreensão do conceito de pulsão de morte, houve certo encaminhamento da prática, que possibilitou, aos seguidores futuros, no específico da clínica com crianças, a ideia de cura na medida da adaptação da criança ao social.

Ao longo de nossa pesquisa, naquilo que se apresenta como uma prática de adaptação do comportamento da criança ao social, será ressaltado justamente o que é desconsiderado no sintoma do sujeito, a saber: a dimensão pulsional. Ver-se-á que o objetivo terapêutico de determinadas práticas com crianças é adaptá-las ao social, sob o reconhecimento do bom comportamento na família, na escola ou na

² Como psicanalista de crianças, Hermine Von Hug-Hellmuth é a autora dos primeiros escritos sobre a clínica com crianças, mas quem são realmente reconhecidas como primeiras psicanalistas de crianças são Anna Freud e Melanie Klein.

sociedade, desconhecendo, por essa perspectiva, a dimensão pulsional do sintoma.

A entrada da orientação lacaniana no movimento psicanalítico denuncia esse desvio pelo qual passou a clínica com crianças na medida em que resgata a referência ao sintoma. Essa transformação da clínica inicia-se a partir do aforismo preconizado por Robert e Rosine Lefort de que “a criança é um analisante em plenos direitos” (LEFORT, 1984). Tal como o adulto que chega à análise queixando-se de seu sintoma, o sintoma da criança também deve ser levado em conta como uma resposta do sujeito.

Nesse sentido, referindo-se à posição do analisante, Lacan nos fala, no texto *Conferência em Genebra sobre o sintoma*, do ano de 1985, que a pessoa que chega a formular uma verdadeira demanda de análise é essa pessoa quem trabalha. Desse modo, o analisante é aquele que desincumbe o analista de ser o responsável, na ocasião, pela análise. E acrescenta mais adiante: “Vocês não devem considerá-la, de modo algum, como alguém que devem moldar” (p. 7). Ser um “analisante em plenos direitos” marca uma nova forma de abordar a criança na clínica, pois, tal como o adulto, a criança é um sujeito do inconsciente e participa, como tal, dessa condição de sujeito na clínica.

O aforismo, preconizado pelos psicanalistas com crianças, Robert e Rosine Lefort, revitalizou a clínica infantil e se apresenta como condição da prática clínica com crianças na orientação lacaniana. Portanto, analisante em plenos direitos, convoca-nos a pensar no sujeito de desejo, nesse sujeito que se localiza diante do objeto como falta a ser (LEFORT, 1991).

Pretendemos, a partir da nossa hipótese, verificar como se deu, na clínica com crianças, a apropriação particular da postulação da pulsão de morte pelas psicanalistas de crianças Anna Freud e Melanie Klein. Desse modo, nosso percurso teórico tem como objetivo revisitar os trabalhos de Anna Freud e Melanie Klein especificamente nos textos e livros nos quais a perspectiva do tratamento psicanalítico com crianças é enfatizada. Em Anna Freud e Melanie Klein, são os livros que, a nosso ver, destacam suas trajetórias clínicas e práticas de tratamento com

crianças que serão estudados. Nosso percurso, diante desses textos, parte da seguinte questão, que será colocada em cada leitura: como cada uma dessas psicanalistas de crianças se colocou frente à dimensão pulsional do sintoma no tratamento com crianças.

Da mesma forma, buscaremos, na medida do entendimento da entrada da orientação lacaniana no movimento psicanalítico, que se encaminhou a um movimento de denúncias aos desvios pelos quais passava a teoria de Freud, como se deu uma mudança de perspectiva quanto ao sintoma na clínica com crianças. Essa clínica, por meio dos psicanalistas Robert e Rosine Lefort, resgata a relação do sujeito em sua relação com o inconsciente e o sintoma em sua dimensão pulsional. São os textos que especificamente tratam dessa mudança de perspectiva em relação ao sintoma que serão trabalhados.

Para esclarecermos nossa trajetória, no primeiro capítulo, faremos o percurso relativo à elaboração da segunda tópica do aparelho psíquico, apresentando o desvio que ficou impresso a partir dessa nova formulação. Importante destacar que não entraremos na descrição de como Freud construiu e postulou a pulsão de morte, mas, sim, de como essa nova elaboração interferiu na prática psicanalítica e produziu ressonâncias na clínica, e aqui especificamente na clínica com crianças. A forma particular de apropriação dessa nova formulação nos parece ter encaminhado a clínica com crianças em direção a um recurso à adaptação do sintoma ao social como desconsideração da dimensão pulsional do sintoma. Do mesmo modo, nesse capítulo, é a concepção do sintoma em Freud que será destacada: o sintoma como defesa e como repetição. Na repetição, é a insistência da dimensão pulsional que será sublinhada.

No segundo capítulo, trataremos da prática clínica com crianças iniciada por Anna Freud. Para nortear esse capítulo, colocamos a seguinte questão: como se deu para Anna Freud a referência ao sintoma a partir da formulação da pulsão de morte? Sua entrada no campo analítico com crianças nos fornece indícios de uma vertente adaptacionista em relação ao sintoma da criança? A partir dessas questões, isolamos alguns recursos utilizados por Anna Freud em sua prática para verificar qual encaminhamento dado por ela. A prática de observação de crianças, os

textos freudianos em relação ao social e as experiências educativas, tais como as creches-lares e a Escola Heitzing, são alguns dos recursos utilizados por Anna Freud, que nos levam a considerar o encaminhamento de sua prática para a desconsideração da dimensão pulsional do sintoma, permitindo um recurso adaptativo na clínica. No intento de destacar em qual perspectiva do sintoma Anna Freud se insere em sua prática, recorreremos ao tratamento psicanalítico com crianças proposto por ela a partir de quatro pontos por nós definidos: a criança no tratamento, a família no tratamento, o sintoma da criança e o inconsciente.

No terceiro capítulo, trataremos da prática clínica de Melanie Klein. Desse modo, a pergunta que nos orienta nele é: como Melanie Klein se coloca em sua clínica frente à formulação da pulsão de morte? Para responder a essa pergunta, iniciaremos com Melanie Klein no que se refere, em um primeiro momento de sua teoria, à influência da teoria freudiana clássica em seus textos e nos encaminharemos, posteriormente, para as novas elaborações teóricas de Melanie Klein, que se distanciam das formulações freudianas. Do mesmo modo que em Anna Freud, será por meio do tratamento psicanalítico com crianças e dos quatro tópicos por nós considerados: a criança em análise, a família no tratamento, o sintoma da criança e o inconsciente, que iremos responder à questão: em qual perspectiva em relação ao sintoma Melanie Klein se insere?

No quarto capítulo, trataremos da entrada da orientação lacaniana na clínica com crianças e como essa entrada repercutiu nessa clínica, produzindo uma nova forma de conceber o tratamento com crianças. É a noção de sujeito do inconsciente que será destacada em sua nova elaboração articulada à conceituação de sintoma e pulsão. É, também, o binário sentido e gozo em relação ao sintoma que irá nos encaminhar para a sua dimensão de real do sintoma na clínica de orientação lacaniana.

No quinto capítulo, partiremos do aforismo psicanalítico “a criança é um sujeito em plenos direitos”, preconizado por Robert e Rosine Lefort. Ele é representativo da unidade da psicanálise e da condição da criança na clínica. O axioma referente a essa clínica, como

uma clínica orientada para o real, marca o fim do desvio denunciado por Jacques Lacan nos anos de 1950 no que concerne às práticas voltadas para um viés adaptativo. A prática de tratamento com crianças na clínica de orientação lacaniana será também destacada nos quatro pontos já utilizados na investigação de Anna Freud e Melanie Klein. São eles: a criança no tratamento, o lugar da família, o sintoma da criança e o inconsciente. A partir de então, será a presença da dimensão pulsional inserida no sintoma o campo de investigação dessa clínica.

Esta pesquisa partiu de um impasse vivido em minha prática clínica em relação às abordagens utilizadas nos tratamentos com crianças. A questão que provocou inquietação era saber como Anna Freud e Melanie Klein se colocaram na dimensão da tensão entre o que é adaptação do sujeito ao social e a escuta do sujeito particular.

Partindo dessas considerações, a relevância desta pesquisa para a clínica com crianças é por entender que este trabalho faz um alerta ao clínico com crianças em sua prática. Do mesmo modo que esse impasse foi uma questão para mim, ele também poderá permitir uma abertura de reflexão para outros profissionais, que vivem a experiência da prática clínica, a se interrogarem sobre sua posição como analistas na clínica com crianças.

CAPÍTULO I – A CONCEPÇÃO DE SINTOMA A PARTIR DA PULSÃO DE MORTE

Trataremos neste capítulo da pulsão de morte como questão que provocou certa inflexão da prática clínica psicanalítica, mais especificamente sobre a clínica com crianças a partir do ano de 1920. Importante destacar que não entraremos na descrição de como Freud construiu e postulou a pulsão de morte, mas, sim, de como essa nova elaboração interferiu na prática psicanalítica, produzindo ressonâncias na clínica com crianças.

A postulação da pulsão de morte por Freud no ano de 1920 parece-nos ter permitido, às interessadas na clínica com crianças, Anna Freud e Melanie Klein, uma abertura em direção a uma prática cuja terapêutica iria utilizar como recurso à adaptação do sintoma ao social, conduzindo a uma desconsideração da dimensão pulsional presente no sintoma. Essa desconsideração pulsional do sintoma nos conduz a considerar, como efeito, a presença de uma inflexão na prática clínica com crianças.

1.1 A clínica com crianças: pulsão não é adaptação

O novo conceito de pulsão postulado por Freud no ano de 1920 no texto *Além do Princípio do Prazer* (1920/1980) representou a grande virada epistemológica nos fundamentos freudianos no que concerne à clínica e seus efeitos. Naquele mesmo ano, a psicanálise com crianças

começou a se estabelecer no movimento psicanalítico representada por Anna Freud e Melanie Klein. Todavia, as primeiras publicações sobre a clínica com crianças iniciaram-se nos anos anteriores a 1920. Hermine Von Hug-Helmuth, psicanalista vienense, foi pioneira nessa clínica e se destacou por desenvolver e publicar artigos sobre a importância de atividades de jogo e desenho com crianças. Desse modo, foi a primeira a desenvolver a prática clínica com crianças. No ano de 1912, Freud, conhecendo Hug-Helmuth e suas atividades sobre jogo e desenho, dedicou-lhe, na revista *Imago*, uma sessão referente à psicanálise com crianças. A partir de então, Hug-Helmuth publicou artigos e se dedicou às atividades lúdicas e do desenho, revelando a importância do brincar na clínica com crianças (ROUDINESCO; PLON, 1998).

Entretanto, foi no ano de 1909 que a psicanálise com crianças teve como ato fundador, na teoria freudiana, a publicação do caso de Herbert Graf, denominado *Pequeno Hans – Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (FREUD, 1909/1980). O caso do pequeno Herbert Graf se tornou célebre na teoria freudiana ao inaugurar o tratamento de uma criança em psicanálise. Mas a intenção maior de Freud com esse caso não era elaborar, a partir deste, uma técnica de atendimento infantil. Seu interesse maior era confirmar na infância a causa das neuroses e fundamentar sua tese acerca da sexualidade infantil – exposta em 1905 nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (FREUD, 1905/1980). Mas o que se destaca nesse caso de Hans, de acordo com Santiago (2005), é a referência ao sintoma fóbico como o grande modelo das diversas manifestações patológicas da infância.

No entanto, no ano de 1920, momento que pode ser considerado o nascimento e desenvolvimento da psicanálise com crianças, Santiago (2005) reconhece uma inflexão nessa clínica. Segundo essa autora, as formulações sobre a criança vão além do paradigma da fobia formulado por Freud. Há uma presença constante da problemática da inibição nesse momento. Essa inflexão, que, segundo Santiago (2005), “se opera na temática da fobia para a inibição, tem como pano de fundo o questionamento sobre a eficácia e os limites no tratamento com crianças” (p. 67). O que se destacava naquela data era a questão referente à

prevenção: “como evitar que a criança se torne um adulto neurótico” (*idem*). Essa posição se ancora na descoberta de Freud (1896/1980) sobre a neurose do adulto e de suas reminiscências em relação à sexualidade.

A partir desse trabalho publicado por Santiago (2005), podemos considerar a hipótese da presença de uma inflexão na clínica com crianças que se deu devido a uma apropriação particular da referência à pulsão de morte presente no sintoma. As psicanalistas de crianças, aqui especificamente, falamos de Anna Freud e Melanie Klein, quando iniciaram seu trabalho na clínica, incentivadas pela teoria freudiana, parece-nos ter desconsiderado a referência ao sintoma como dimensão pulsional, levando a uma inflexão na clínica com crianças. Tal inflexão pode ter possibilitado um encaminhamento que privilegia a adaptação da criança ao social.

No intento de esclarecer o que chamamos de adaptação ao social, é necessário nos dirigirmos inicialmente ao entendimento do “senso comum”. Quando falamos de adaptação ao social, imediatamente somos remetidos aos padrões de educação vigentes na sociedade, que permitem ao sujeito, que se insere nesse padrão, viver em conformidade com o social. Alain de Mijolla (2005), no *Dicionário Internacional de Psicanálise*, designa adaptação como “um conjunto de processos que permitem a um organismo vivo ajustar-se da melhor forma possível às condições de vida que lhe são impostas pelo meio ambiente” (p. 24). Essas condições de vida buscam garantir a própria sobrevivência do organismo e têm a finalidade de perpetuar a espécie.

Do ponto de vista da psicologia, W. Arnold, Eysenck e Meili (1982) consideram a adaptação “uma condição onde se acham plenamente satisfeitas as necessidades do indivíduo, por um lado, e as exigências do ambiente por outro” (p. 18). Na prática, continuam esses autores, não se consegue mais do que uma adaptação relativa entre as necessidades do indivíduo e do meio. Por outro lado, do ponto de vista da pedagogia, adaptação “é um estado de fato. No termo de uma aprendizagem mais ou menos longa, o aprendiz encontrava-se apto para tarefas que ele teria que exercer em toda a sua vida” (FELLER, 1980).

Essa prática adaptativa poderia ser considerada, a nosso ver, como uma crença na predominância de elementos externos para a educação do sujeito. Dessa maneira, uma criança, cujo comportamento não se desvia da norma estabelecida, tanto na escola quanto na família e na sociedade, seria uma criança adaptada ao social. Por outro lado, podemos interrogar: e a criança que não se insere na norma social? Quais os efeitos desse comportamento, considerado aqui um sintoma, no social e no campo escolar?

No entanto, nesta pesquisa, quando nos referirmos à adaptação da criança ao social, estaremos falando do que resulta de uma possível desconsideração da referência ao núcleo da pulsão de morte presente no sintoma. Formulamos a hipótese de que a apropriação particular do conceito da nova postulação pulsional, por parte de alguns seguidores da teoria freudiana, nos anos de 1920, pode ter permitido uma abertura para uma prática cuja terapêutica iria privilegiar o sintoma naquilo que ele se adapta ao social. Sendo assim, a referência à dimensão pulsional presente no sintoma nos parece ter sido desconsiderada pelas analistas de crianças, Anna Freud e Melanie Klein, naquela época.

Essa nos parece ser uma interpretação utilizada por parte de alguns teóricos pós-freudianos, que parecem acreditar que, por meio da eliminação do sintoma, se dominaria também a pulsão de morte. Seguiremos os caminhos da formulação do sintoma em Freud até a concepção do sintoma em sua dimensão pulsional.

1.2 O sintoma como defesa

A postulação da pulsão de morte e a presença da dimensão pulsional no sintoma representaram a grande visada de Freud em relação à clínica a partir da segunda tópica. Entretanto, o reconhecimento da nova postulação da pulsão foi precedido por uma primeira concepção do aparelho psíquico, que é relevante destacar, principalmente no que concerne ao sintoma naquele primeiro momento.

Nos primeiros 20 anos de seus estudos, Freud desenvolveu sua primeira concepção tópica do aparelho psíquico: consciente, inconsciente

e pré-consciente. O sentido do percurso analítico e da cura analítica proposto por Freud, naquela época, se ancora na proposição tão recorrente em *A Interpretação dos Sonhos*: “tornar consciente o inconsciente” (FREUD, 1900/1980). Essa proposição era a expressão do modo de funcionamento do psiquismo, que tinha como fim, pela interpretação, fazer o inconsciente se apresentar, permitindo, desse modo, o esvaecimento do sintoma.

Essa proposição, tornar consciente o inconsciente, era representativa da terapêutica utilizada precedentemente nos estudos sobre a histeria: “o momento em que o médico desvenda a ocasião da primeira ocorrência do sintoma e a razão de seu aparecimento é exatamente o momento em que o sintoma se esvai” (FREUD, 1893/1980, p. 47). O sintoma, nesse momento específico dos estudos de Freud, se apresentava no tratamento analítico como mensagem cifrada a ser interpretada pelo analista e decifrada pelo analisante.

Um pouco mais adiante, no texto *Novos comentários sobre as neuropsicoses de defesa*, Freud (1896/1980) acrescenta que o sintoma neurótico “é caracterizado pelo retorno das lembranças reprimidas – isto é, pelo fracasso da defesa” (p. 195). Entretanto, continua Freud:

o que se torna consciente como ideia e afetos obsessivos, substituindo as lembranças patogênicas, no que concerne à vida consciente, são estruturas que consistem em uma conciliação entre ideias reprimidas e repressoras (*idem*).

Naquele momento dos estudos de Freud, caracterizado como primeiras publicações psicanalíticas, os sintomas visavam a promover uma conciliação, por uma falha da defesa no psiquismo, entre as representações de ideias inconciliáveis do inconsciente para o consciente.

Seguindo nos textos freudianos, no ano de 1900, no estudo sobre *A Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1980), ao apresentar o modo de funcionamento do psiquismo, reconhece nesse estudo que, tal como o sintoma, “os sonhos são invariavelmente realizações de desejos e são produtos do sistema inconsciente” (p. 605). E assim continua a respeito

do sintoma: “é um fato que a teoria que rege todos os sintomas psiconeuróticos culmina numa única proposição, que assevera que eles também devem ser encarados como realizações de desejos inconscientes” (p. 606). Portanto, no ano de 1900, tanto o sonho quanto o sintoma foram reconhecidos por Freud como produções do inconsciente e, como tais, passíveis de interpretação e de sentido. Logo, isso fazia da psicanálise uma arte interpretativa.

Todavia, naquela data, as manifestações inconscientes, tanto do sintoma quanto do sonho, se diferenciavam entre si. Embora sejam reconhecidos como produções do inconsciente, Freud observava que havia uma fixidez do sintoma em contraposição ao efêmero do sonho, o que dificultava o trabalho analítico.

Freud (1900/1980) começou a reconhecer, a partir de então, que a interpretação, dirigindo-se diretamente ao sintoma, se apresentava como uma impossibilidade da ordem estrutural. Ao mesmo tempo, reconheceu também que a proposição tornar consciente o inconsciente não poderia se reduzir a uma simples decifração dos elementos censurados e excluídos da consciência. No entanto, Freud destacou que a insistência e a constância do sintoma revelavam a presença de outra dimensão para além do saber inconsciente que precisava ser investigada. Essa dimensão representava algo da ordem da pulsão.

Foi no ano de 1905, no texto *Três Ensaios da Teoria da Sexualidade*, que Freud (1905/1980) recorreu pela primeira vez à palavra pulsão. E particularmente nesse texto, o que está em cena é a pulsão sexual. Esse momento de entrada da classificação das pulsões é mencionado, por Freud (1915/1980), um tempo depois no prefácio de *A Pulsão e seus Destinos*, como uma noção que foi formalizada tardiamente em seus escritos. Isso porque, diz-nos Freud, ainda nesse texto, os instintos já se faziam presentes antes do ano de 1905. Todavia, apareciam sob outro nome: “Empregavam-se amplamente em seu lugar expressões como ‘excitações’, ‘ideias afetivas’, ‘impulsos anelantes’, ‘estímulos endógenos’” (p. 132). O que faltava nesse momento era formalizar essa dimensão.

Foi no ano de 1910, no texto intitulado *A concepção psicanalítica da perturbação psicogênica da visão*, que Freud (1910/1980) principiou a formalização de sua investigação sobre a dimensão pulsional. Nesse texto, Freud inicia dizendo de seu interesse em tomar o exemplo da perturbação psicogênica da visão, “a fim de mostrar as modificações que se operam em nossa concepção da gênese dos distúrbios dessa espécie, sob a influência dos métodos de investigação psicanalítica” (p. 197). Prossegue o texto, relatando que reconhece a pesquisa de alguns autores sobre tal distúrbio, como a da Escola Francesa com Charcot, Janet e Binet e o modelo de sugestão hipnótica utilizado nos casos de histeria. Mediante esses posicionamentos já conhecidos, diz Freud (1910/1980) que há um interesse em obter um entendimento de perturbação visual à luz da psicanálise. Para isso, Freud ressalta a importância das forças conscientes e inconscientes que interagem ou que, muitas vezes, se inibem entre esses dois sistemas no psiquismo. Reconhece também a relevância do papel do recalque interagindo no grupo de ideias que se opõem à consciência. É a importância do recalque e, mais ainda, da sua falha em isolar no inconsciente um grupo de ideias inaceitáveis que “constituem a precondição da formação dos sintomas” (p. 199).

Dessa maneira, Freud (1910/1980) admite que o fato de “certas ideias relacionadas com a visão ser suprimida da consciência, [...] que essas ideias entraram em oposição a outras ideias, mais poderosas” (p. 199). Entretanto, ele lança a questão: “mas qual pode ser a origem dessa oposição, que provoca a repressão entre o ego e os vários grupos de ideias?” (*idem*). E continua:

descobrimos que cada instinto procura tornar-se efetivo por meio de ideias ativantes que estejam em harmonia com seus objetivos. Estes instintos nem sempre são compatíveis entre si; seus interesses amiúde entram em conflito. A oposição entre as ideias é apenas uma expressão das lutas entre os vários instintos (*ibidem*).

Nesse texto de 1910, Freud reconhece, portanto, a importância das pulsões no psiquismo como dimensão capaz de representar a insistência e permanência dos sintomas e, a partir de então, inicia sua elaboração da

teoria pulsional. Ele introduziu naquela data o par primeiramente considerado pulsão sexual e pulsão de autoconservação, que serviu de referência para a investigação da dimensão pulsional e sua posterior elaboração.

Em 1915, no primeiro dos textos que compõem sua metapsicologia, *A Pulsão e seus Destinos*, Freud (1915/1980) destaca algumas características da pulsão, que permitem considerar sua presença no organismo como uma forma muito particular de atuação. Primeiramente, a pulsão é considerada como proveniente do próprio organismo, o que permite sua atuação direta sobre o psiquismo. Por outro lado, a pulsão tem como finalidade a execução de um ato para suprimir a tensão provocada por ela no organismo. E como característica que a especifica como dimensão pulsional é que “uma pulsão jamais atua como uma força que imprime um impacto momentâneo, mas sempre como um impacto constante” (p. 138). Portanto, sua presença consiste e insiste. Não há como desconsiderá-la.

No entanto, a clínica psicanalítica, fundamentada nos moldes da interpretação com o objetivo de tornar consciente o inconsciente, começava a se apresentar insuficiente na prática naquela época. Isso porque a interpretação do material inconsciente por parte do analista, ampliando o campo do saber do sujeito, não garantia a produção de resultados efetivos. Desse modo, o sintoma como defesa, representativo desse primeiro momento tópico, cede lugar ao sintoma como satisfação. A partir de então, era a insistência da dimensão pulsional, produzindo efeitos na clínica, o ponto a ser considerado por Freud.

1.3 O sintoma como satisfação

Foi no ano de 1920, no texto *Além do Princípio do Prazer*, que Freud (1920/1980) promoveu um marco em seu ensino com a introdução da segunda tópica do aparelho psíquico e da postulação da pulsão de morte. Texto de ruptura e avanço no pensamento de Freud, esse texto introduz a noção de pulsão como uma satisfação mais além, uma satisfação de outra ordem, que almeja insistentemente um ponto a

atingir. Nele, Freud reconhece que o objetivo terapêutico estabelecido nos primeiros tempos da psicanálise, tal como referido na interpretação dos sonhos, não era possível ser alcançado na prática. E continua:

o paciente não pode recordar a totalidade do que nele se acha reprimido, e o que não lhe é possível recordar pode ser exatamente a parte essencial. [...] É obrigado a repetir o material reprimido como se fosse uma experiência contemporânea, em vez de, como o médico preferiria ver, recordá-lo como algo pertencente ao passado (p. 31).

Dessa maneira, a insistência do material recalado em fazer sua aparição na consciência por meio do sintoma permitiu a Freud reconhecer a dimensão pulsional inserida nele.

Desse modo, a introdução do conceito de pulsão de morte no ano de 1920 terminou por alterar a teoria pulsional concernente à primeira tópica ao modificar a concepção de dualidade pulsional: o par, primeiramente considerado pulsão sexual e pulsão de autoconservação, cederá lugar ao binômio pulsão de vida e pulsão de morte, resultado da nova formulação do psiquismo na segunda tópica (FREUD, 1920/1980).

O que se destaca no específico desse texto é a compulsão à repetição como fenômeno clínico que emerge como ponto de resistência no processo analítico, mas que, por outro lado, permite “trazer à luz as atividades dos instintos reprimidos” (FREUD, 1920/1980, p. 33). Como ele nos diz, é preciso ficar claro que pensamos equivocadamente que a resistência provém do inconsciente. Na verdade, o material recalado inconsciente não oferece resistência; pelo contrário, sua insistência em aparecer na consciência é contínua. É a insistência de aparição do material recalado que se apresenta como desprazer. Desse modo, surge a resistência na tentativa de evitar esse desprazer. Isso, no entanto, “constitui desprazer para um dos sistemas e, simultaneamente, satisfação para o outro” (*ibidem*).

Entretanto, a tendência a repetir, traço característico da neurose, é um fenômeno que, ao se apresentar na clínica, se coloca como um obstáculo, um entrave. Essa insistência da repetição de situações

dolorosas levou Freud a caracterizar esse fenômeno como uma exigência de satisfação, que é da ordem da pulsão. E, assim, completa ele: “encontraremos coragem para supor que existe realmente na mente uma compulsão à repetição que sobrepuja o princípio do prazer” (FREUD, 1920/1980, p. 36). Essa nova elaboração psíquica modifica a dimensão do sintoma agora revelado sob a vertente da pulsão.

O sintoma, que na primeira tópica era originalmente uma ordem defensiva contra as representações inconciliáveis do inconsciente, adquire, a partir da segunda tópica, a qualidade de uma satisfação. Assim, define Freud (1925/1926/1980), em *Inibição, Sintoma e Angústia*: “um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação instintual que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de repressão” (p. 112). Nesse novo momento, o sintoma, que até então era visto como mensagem a ser decifrada, se distancia desse objetivo meramente descritivo a favor da dimensão pulsional.

1.4 Apropriação particular da nova formulação pulsional

Diante da nova formulação do funcionamento psíquico e da hipótese da existência de uma pulsão de morte, houve, por parte do movimento psicanalítico, uma forma particular de apreensão de seu conceito (JONES, 1979), principalmente pela particularidade da finalidade dessa pulsão, que, segundo Freud (1938/1980), “é reconduzir o que está vivo ao estado inorgânico” (p. 173). Esse movimento regressivo de retorno a um estado anterior tornou-se a especificidade da pulsão e, portanto, o protótipo da pulsão de morte.

Essa nova postulação da pulsão foi uma descoberta fundamental para a clínica psicanalítica. No entanto, essa nova teoria, diz-nos Jones (1979), deparou-se “com uma receptividade bastante desigual entre os analistas” (p. 606). Representou, desse modo, um divisor de águas na teoria e entre os freudianos, sendo que foi recusada por uma série de adeptos da doutrina freudiana, provocando dissensões, como relata Jones (1979):

O difícil raciocínio que se desenrola no livro que consideramos faz que a linha de pensamento seja, de todos os ângulos, árdua de seguir-se, e muitos analistas, incluindo-se eu mesmo, têm tentado apresentá-lo em linguagem mais simples, sendo que os pontos de vista de Freud em relação a esse assunto muitas vezes têm sido mal apreendidos (p. 607).

Esse modo particular de apreensão da pulsão se estendeu a muitos psicanalistas. Uns poucos, segundo Jones (1979), tais como Alexander, Eitingon e Melanie Klein, aceitaram-na imediatamente. Os únicos analistas que ainda empregavam a expressão “instinto de morte”, e nestes Melanie Klein estava incluída, “fazem-no num sentido puramente clínico, que é um sentido distanciado da teoria original de Freud” (p. 606).

Historicamente, o ano de 1920 pode ser caracterizado como um segundo momento de dissensão na teoria de Freud. O primeiro momento pode ser destacado logo no início de seus trabalhos da primeira tópica, no que se refere às considerações sobre o inconsciente, a sexualidade e a transferência. Esses fundamentos psicanalíticos não tiveram aceitação por parte de alguns de seus discípulos, tais como Alfred Adler, no ano de 1911, e Carl Gustav Jung, no ano de 1913. A partir de então, conduziram-se a doutrinas próprias mediante a formação de suas produções teóricas: a psicologia individual, no caso de Adler, e a psicologia analítica, no que se refere a Jung (JONES, 1979).

Com o texto *História do movimento psicanalítico*, do ano de 1914, Freud (1914/1980) almeja definir quais são os fundamentos que regem a psicanálise. Nesse texto, ele demonstra claramente os postulados e hipóteses fundamentais da psicanálise. Esses postulados se baseiam no inconsciente, que pode ser explorado sob transferência, por meio da associação livre por parte do paciente, da interpretação por parte do analista e da importância da sexualidade infantil, que se estende a uma disposição psíquica universal, retirando-a de seus componentes biológico e genital. Portanto, destaca Freud (1914/1980) que qualquer outra forma de intervenção que não contemple esses conceitos fundamentais não poderá ser nomeada psicanálise.

A nova formulação tópica é cenário para uma nova dissensão no movimento psicanalítico. Foi no Congresso de Berlim, realizado em 1922, que Freud proferiu o trabalho, não publicado, *Algumas observações sobre o inconsciente*, cujas ideias foram retiradas de *O Ego e o Id*, publicado logo a seguir. Nesse Congresso, relata Jones (1979):

derrubaram sua identificação original do inconsciente propriamente dito com os processos psíquicos em estado de repressão, e passava ele agora a discutir os aspectos inconscientes do ego não-reprimido. Era o começo da nova psicologia do ego (p. 647).

A partir de 1920, inicia-se o que foi considerado como psicologia do ego. Seus representantes se ancoraram em uma interpretação outra da segunda tópica freudiana, que consideravam, diz-nos Miller (1988), que podiam unificar a teoria de Freud e “fazer do eu (moi) a instância central da personalidade, dotada de uma função de síntese” (p. 18). Supuseram também, continua Miller (1988), “que o eu era uma espécie de ponto de Arquimedes para o psicanalista, e que o psicanalista devia reforçar o eu para tratar de levar o paciente ao nível da realidade” (*idem*).

Eles, denominados pós-freudianos, ensinam a produção de várias leituras da teoria freudiana, possibilitando uma construção teórica que se distancia da construção postulada por Freud e, desse modo, se desvia do pensamento freudiano em sua originalidade. Esse desvio, a nosso ver, se ancora em certa desconsideração da dimensão pulsional no sintoma, revelando, por sua vez, uma forma particular de apreensão dessa nova postulação da pulsão por parte desses intérpretes da teoria freudiana. Essa forma particular de apreensão nos parece ter se estendido e possibilitado, às psicanalistas de crianças, Anna Freud e Melanie Klein, nessa época, considerar determinada crença: de que, ao eliminar o sintoma, estaria dominando-se a pulsão de morte.

Se considerarmos as produções realizadas pelas alunas de Freud, Anna Freud e Melanie Klein, a partir de 1920, podemos notar uma preocupação com a terapêutica do sintoma em detrimento da importância que tem o conceito de pulsão para a psicanálise. Essa posição, em relação ao sintoma, na clínica, nos leva a considerar duas possíveis

interpretações acerca da nova postulação pulsional tanto por parte de Anna Freud e Melanie Klein quanto por parte de outros analistas da época: uma, objetivando a eliminação do sintoma e promovendo, por sua vez, a normalização do comportamento do sujeito ao social; a outra interpretação foi dar a esse ponto de resistência, ou seja, ao sintoma, uma solução possível, por meio de seus efeitos, como produção do inconsciente.

Como representantes dessa primeira interpretação, podemos identificar, no ano de 1939, a *Ego Psychology* como uma corrente do freudismo norte-americano representada por Ernest Kris, Heinz Hartmann e Rudolph Loewenstein. Essa corrente divergia em relação às regras de formação e atuação analítica a partir dessa nova elaboração tópica (MILLER, 1988). A *Ego Psychology* tinha como objetivo analítico privilegiar o eu em detrimento do isso, do inconsciente e do sujeito. Essa teoria permite, por parte de seus seguidores, uma prática, cujo fundamento parte da noção de profilaxia social que se preocupa, em seus objetivos, com a obediência às normas da realidade social tanto no âmbito político como no econômico (FELDSTEIN, 1977).

Referindo-se ainda à ênfase recorrente na supremacia do eu, Gueguen (1997) reitera que “os psicólogos do eu mudaram o espírito da pesquisa de Freud ao isolar porções de sua obra e interpretar o eu como representação autônoma da personalidade” (p. 102). A teoria do ego forte e autônomo seria o instrumento dessa prática que se distanciava dos fundamentos da doutrina freudiana.

Desse modo, ao privilegiar o eu em detrimento do isso, do inconsciente e do sujeito, os teóricos pós-freudianos faziam dessa instância um instrumento de adaptação do indivíduo ao social.

Portanto, pensar em uma terapêutica que tem como objetivo o fortalecimento do eu, a eliminação do sintoma, almejando a conformidade desse sujeito com o social, nos leva a interrogar: como esses autores se posicionaram frente a dimensão pulsional?

Considerando, então, a psicanálise com crianças, é relevante citar uma pesquisa realizada no ano de 1991 por Campos, intitulada *Contexto sócio-cultural e tendências da pedagogia psicanalítica na Europa*

central e no Brasil, na qual a autora reconhece na obra de Freud duas vertentes distintas no que se refere a deduzir da psicanálise os fundamentos para a educação de crianças.

A primeira vertente delimitada por Campos (1991), como libertária e tolerante à livre expressão dos impulsos inconscientes, “é contrabalançada, no entanto, por uma tendência a reforçar a necessidade de adaptar as crianças ao chamado princípio da realidade” (p. 29). Dessa maneira, os princípios da pedagogia psicanalítica estão enunciados, segundo a autora, “pois é preciso reconhecer a presença das pulsões sexuais infantis e aceitá-las com certa tolerância, é preciso também garantir a substituição progressiva do princípio do prazer pelo princípio da realidade” (p. 31). Nessa primeira vertente, o destaque é empreendido ao ambiente e à educação das crianças.

Essas passagens isoladas do texto de Campos (1991) nos fazem acreditar que a adaptação corroboraria a dimensão da satisfação da pulsão. Desse modo, encaminham-nos para a compreensão de um primeiro momento, cuja ênfase está sobre a ideia de um caminho adequado para a satisfação, o que nos leva a considerar que há um reforço da concepção de adaptação.

No que concerne à segunda vertente, Campos (1991) considera que, nesse momento, houve uma mudança importante nos conceitos desenvolvidos por Freud:

A ênfase no papel do ambiente e da educação na etiologia das neuroses é substituída pela ênfase no papel das pulsões primárias e suas vicissitudes na estruturação do aparelho mental (p. 33).

A segunda vertente, segundo Campos (1991), nos encaminha para a compreensão da dimensão de repetição do sintoma e, desse modo, para o entendimento da impossibilidade de resolução de qualquer comportamento por esse caminho.

No entanto, destaca Campos (1991), é a presença da pulsão de morte que revela “a marca de um pessimismo em relação às possibilidades de prevenção de distúrbios psíquicos, [...], que engendram

a agressividade e destruição” (p. 34). Desse modo, a ênfase na prevenção destacada na primeira vertente fica “diminuída diante de dificuldades tão estruturais” (p. 36).

A leitura realizada por Campos no ano de 1991 nos permite sublinhar que, nas primeiras referências freudianas, o aspecto da repetição do sintoma nos parece reforçar o campo da adaptação. Todavia, ao considerarmos as leituras posteriores a 1920, é a dimensão da satisfação do sintoma que se faz presente, demarcando a impossibilidade da adaptação como um fato de estrutura.

Desse modo, podemos reconhecer, nesse segundo momento proposto por Campos (1991), característico da segunda tópica freudiana, a impossibilidade da perspectiva adaptativa. Essa perspectiva, com ênfase no ambiente e na educação de crianças, utilizada no primeiro momento dos estudos de Freud, se apresenta como uma impossibilidade no período destacado da presença da pulsão de morte. Isso porque a presença do elemento pulsional na vida da criança não nos permite alcançar determinado resultado, muitas vezes almejado, na educação da criança, pois cada criança irá elaborar de um modo singular sua relação com o outro (CAMPOS, 1991).

Pelos aspectos discutidos até então e retomando a primeira interpretação, que objetivava à supressão do sintoma como resultado terapêutico, observa-se que essa posição de supressão nos leva a sublinhar a existência de uma desconsideração da dimensão pulsional do sintoma.

Por outro lado, a segunda interpretação, que aponta o sintoma como produção do inconsciente e, desse modo, como uma solução possível na clínica, será por nós interrogada no próximo tópico.

1.5 O sintoma como repetição é uma solução

A partir do ano de 1920, com a postulação da pulsão de morte torna-se mais evidente que é a repetição que se impõe como condição do sintoma na clínica, revelando a nós a presença da dimensão pulsional no sintoma e a impossibilidade da adaptação como um efeito de estrutura.

Freud (1929/1930/1980), no texto *O Mal-estar na Civilização*, destaca a dimensão particular da pulsão de morte como fazendo parte do essencial do homem. Nele, Freud faz uma investigação sobre as raízes da infelicidade humana por meio da dualidade pulsional já formulada em *Além do Princípio do Prazer*: a pulsão de vida e a pulsão de morte. Para ele, a própria condição do homem e sua neurose estão diretamente implicadas no processo civilizatório no qual esse sujeito está inserido. É o conflito entre as exigências pulsionais e as restrições da civilização que provocam o mal-estar (1929/1930/1980).

Freud (1929/1930/1980) reconhece, ainda nesse texto, que as pulsões de vida e de morte são constitutivas do ser humano e movem a humanidade ao longo do desenvolvimento de toda a civilização:

Não era fácil, contudo, demonstrar as atividades desse suposto instinto de morte. As manifestações de Eros eram visíveis e bastante ruidosas. Poder-se-ia presumir que o instinto de morte operava silenciosamente dentro do organismo, no sentido de sua destruição, mas isso, naturalmente não constituía uma prova. Uma ideia mais fecunda era a de que uma parte do instinto é desviada no sentido do mundo externo e vem à luz como um instinto de agressividade e destrutividade (p. 141).

Ao fazer uma reflexão sobre o que os homens reconhecem como o propósito da vida humana, Freud (1929/1930/1980) nos diz, não há dúvida: “esforçam-se para obter felicidade; querem ser felizes e assim permanecer” (p. 94). Embora a busca da felicidade e sua impossibilidade sejam inerentes ao humano, todavia, o homem não abandona seus esforços em aproximar de sua realização e percorre caminhos diferentes na tentativa de alcançá-lo. Essa felicidade, continua Freud (1929/1930/1980), equivale à satisfação pulsional tanto quanto o sofrimento que nos acomete caso o mundo exterior nos recuse à satisfação de nossas necessidades.

A partir desse texto *O Mal-estar na Civilização*, Freud (1929/1930/1980) nos dirige para o entendimento da impossibilidade de adaptação do sujeito à civilização como um fato de estrutura. Não há, como ele nos diz, “uma regra de ouro que se aplique a todos: todo o

homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo” (p. 103). Essa é uma particularidade inerente ao aspecto pulsional do humano. E sua salvação irá depender do tipo de escolhas que ele irá fazer, do quanto de satisfação ele espera obter do mundo externo, até onde ele consegue tornar-se independente desse mundo e de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-lo aos seus desejos (FREUD, 1929/1930/1980). Portanto, o sujeito quando se lança na busca de obtenção de satisfação com o mundo externo, o que Freud nos afirma nesse texto é que, nessa busca, “sua constituição psíquica desempenhará papel decisivo, independentemente de circunstâncias externas” (p. 103).

É, portanto, a particularidade da dimensão pulsional como inerente à estrutura psíquica do sujeito o que Freud especifica nesse texto de 1929/1930. Ou seja, não há como desconsiderar a presença dessa dimensão na vida do sujeito. Sua desconsideração encaminha para a perspectiva do sintoma como supressão, o que nos leva a considerar que a interpretação dos teóricos que utilizam essa perspectiva parece se dirigir à crença de que ao suprimi-lo estariam dominado a pulsão.

É relevante destacar que o sintoma, na perspectiva psicanalítica, tem como objetivo a busca da satisfação de ordem pulsional, concernindo ao mais particular do sujeito. A exigência pulsional promove no sintoma uma repetição insistente, efeito da tentativa recorrente de almejar a satisfação.

Desse modo, relata-nos Serge Cottet (2005), considerando a dimensão pulsional presente no sintoma, “Lacan, quanto mais avança em sua teorização do sintoma, mais acentua sua dimensão de gozo” (p. 17). E completa: “o sintoma aparece mais como solução do que como compromisso de um conflito” (*idem*). Solução que cada sujeito encontra para lidar com o real, pois, conforme Miller (2011), não escapa a Lacan que “a chave da formação dos sintomas é pulsional” (p. 26).

Sendo assim, o sintoma como solução e suas manifestações se impõem a nós, na clínica psicanalítica, interrogá-lo, para chegarmos ao mais particular de cada sujeito. O sintoma, nessa perspectiva de solução, como nos diz Santiago (2005), torna-se uma parte bem-sucedida de

amarração do real. Tem como objetivo terapêutico civilizar a pulsão de morte, permitindo ao sujeito produzir uma invenção particular que vai fazer laço com o social. Essa é a função do sintoma para a psicanálise – uma solução que permite a invenção de laço para se relacionar com o social (SANTIAGO, 2005).

Por outro lado, o fato de se recorrer à adaptação do sintoma ao social, o que na maioria das vezes leva à supressão desse sintoma, pode nos levar ao mal-entendido na clínica. Observamos, com os intérpretes da teoria freudiana a partir de 1920, que estes, ao enfatizarem no sintoma somente a manifestação de comportamentos que precisam ser eliminados para se estar em conformidade com o social, parecem se distanciar do sintoma como resposta do sujeito, ou seja, como solução. A desconsideração da dimensão pulsional do sintoma por parte dos interessados na clínica psicanalítica com crianças nos leva a deduzir que, ao escutarem o sintoma, o fazem, não como solução a ser dada pelo sujeito, mas com o intuito de eliminá-lo. Há, portanto, um equívoco no que concerne à necessidade de adaptação da criança na clínica.

Consideramos que a dimensão pulsional inerente ao humano tem um papel decisivo no comportamento do sujeito. Não se pode desconsiderar sua presença nos comportamentos e sintomas do sujeito. A partir de então, nossa investigação sobre a inflexão pela qual passa a clínica com crianças com a introdução da dimensão pulsional no sintoma se esclarece, quando, no texto *O Mal-estar na Civilização*, Freud (1929/1930/1980) destaca a pulsão como decisiva na escolha subjetiva do sujeito. Desconsiderar a dimensão pulsional no sintoma é desconhecer seus efeitos que se traduzem em resposta singular do sujeito. Dessa maneira, querer eliminar o sintoma, eliminar o que está fora da norma, é não considerar o sintoma como solução para o sujeito. Solução particular que contraria terminantemente qualquer proposta adaptativa, pois o sintoma como solução não é uma adaptação.

1.6 O sintoma como solução não é adaptação

O sintoma em sua dimensão pulsional é uma solução a ser dada pelo sujeito, orientando-o em seu desejo. Todavia, conforme nos diz Santiago (2005), nessa perspectiva de solução, o sintoma que prejudica o sujeito e causa sofrimento almeja modificação, mas sem perder a dimensão de querer dizer alguma coisa além do comportamento em si.

O objetivo terapêutico em adaptar a criança ao social, desconsiderando a pulsão, interfere na perspectiva que reconhece o sintoma como solução. As práticas adaptativas que utilizam como objetivo terapêutico a supressão do sintoma, como recurso para adaptar o comportamento do sujeito ao social, impõem como condição o silêncio do sujeito. Dessa maneira, o sintoma, caso seja silenciado por meio de práticas adaptativas, perde sua função de solução. Sendo assim, o objetivo terapêutico proposto por essas práticas se desvia também da questão analítica. Na prática clínica psicanalítica, é preciso interrogar o sintoma para se chegar ao mais particular de cada sujeito, posição que vai em contracorrente de uma prática, que tem como objetivo eliminá-lo.

O sintoma como produção do inconsciente se apresenta como uma solução para se lidar com as moções pulsionais inconciliáveis presentes no sujeito. Ao considerarmos que a insistência a repetir do sujeito por meio do sintoma é um ponto de resistência e o que está em jogo é a dimensão pulsional, não se pode esperar do sujeito que responda a propostas adaptativas de seu comportamento por meio da aprendizagem. Desse modo, é o equívoco dessa desconsideração que será tratado a seguir.

1.6.1 O equívoco da desconsideração do sintoma no campo escolar

A perspectiva da dimensão pulsional no sintoma e sua insistência de satisfação como componentes de ordem estrutural nos esclarecem a dificuldade da ação dos educadores na prática escolar.

O campo educacional, representativo de um lugar propício às manifestações sintomáticas da criança, se ancora, na maioria das vezes,

em uma demanda de tratamento, visando à adaptação da criança ao meio escolar. Cordié (1996), no seu livro *Os Atrasados não existem*, ao falar sobre fracasso escolar na criança, nos revela a exigência do campo educacional e sua contribuição para essa situação de fracasso. Para a autora, a escola considera como situação de fracasso quando a criança não “acompanha” a proposta escolar, pois, na escola,

é preciso acompanhar: primeiro, o programa que diz o que é necessário aprender, em que ordem, em quanto tempo; depois, acompanhar sua turma, não se distanciar do seu rebanho (p. 11).

No campo escolar, quando a criança apresenta dificuldade na aprendizagem, provocando um desvio do programa escolar, tal como já exposto, observa-se na experiência da prática clínica com crianças que, imediatamente, uma série de profissionais é convocada e uma variedade de ofertas é utilizada para a criança se recuperar e dar o resultado esperado. Essa situação recorrente em querer adaptar o comportamento da criança ao meio escolar leva a um mal-entendido. Um mal-entendido no que se refere ao sintoma como solução. No meio escolar, ao escutarmos o sintoma da criança para além da inadaptação dela na escola, podemos reconhecer que ela tem um sintoma que precisa ser escutado.

Dessa forma, frente ao sintoma escolar, ou seja, a uma situação de inadequação denunciada pela escola, ou pela família, optar por tratar a criança para ser um bom aluno na escola, utilizando a perspectiva da adaptação, é desconsiderar a pulsão. Essa desconsideração pulsional deixa em segundo plano tudo o que é da ordem do sintoma como produção do inconsciente, ou seja, como solução.

Portanto, desconhecer a presença da dimensão pulsional no sintoma, numa prática educativa, é um grande complicador para o entendimento das dificuldades apresentadas pela criança na escola. Isso porque, na perspectiva de fazer a criança ficar bem na escola, de seguir um padrão de comportamento imposto pela própria escola, a dimensão do sintoma como solução se perde, pois ele perde o potencial de resposta ao que é mais singular no sujeito.

Considerando a prática clínica com crianças, temos Anna Freud e Melanie Klein como pioneiras dessa clínica psicanalítica. Sendo assim, é relevante perguntar: em que posição, em relação ao sintoma na clínica, se inserem essas duas psicanalistas de crianças? Como conduziram sua prática clínica frente a dimensão pulsional no sintoma? Iremos, no próximo capítulo, acompanhar como se deu a entrada de Anna Freud no campo da psicanálise com crianças.

CAPITULO II – ANNA FREUD: O EU³ EM DETRIMENTO DA REFERÊNCIA À PULSÃO

Neste capítulo, iremos investigar como se deu, para Anna Freud, sua entrada no campo da psicanálise com crianças concernente à referência ao sintoma e à dimensão pulsional a partir da segunda tópica freudiana. Do mesmo modo, verificar se sua entrada no campo analítico com crianças nos fornece indícios de uma vertente adaptacionista em relação ao sintoma da criança.

Para tal investigação, faremos, em um primeiro momento, um percurso pelos recursos técnicos utilizados por Anna Freud em sua prática com crianças que nos levará a considerar qual o encaminhamento dado por ela em sua prática clínica com crianças no que se refere à dimensão pulsional do sintoma.

2.1 Privilégio da observação do comportamento da criança

Anna Freud, filha mais nova de Sigmund Freud, nasceu em Viena, no ano de 1895, mesmo período em que Freud iniciou os estudos de psicanálise. Ela não seguiu, como ele, carreira médica, tornando-se professora primária e exercendo essa profissão nos anos de 1914 a 1920

³ Aqui, no texto no qual citamos Anna Freud, o que seria o eu, nós vamos chamar de ego porque é essa denominação que nós encontramos no texto da autora ao referir-se a essa instância. Quando for uma consideração feita por nós, usaremos a denominação eu.

(BRUHEL, 1992). O privilégio da observação do comportamento da criança nos parece ser uma influência proveniente de sua prática como pedagoga.

Entretanto, é relevante situarmos a Primeira Grande Guerra como o cenário de entrada de Anna Freud no ensino. Como disse sua biógrafa Elizabeth Young-Bruehl (1992), ela lecionou nos anos de 1915 a 1918 no Liceu de Cabana Salka Goldman, em Viena, onde pôde demonstrar seu interesse pela prática e pelo “dom de ensinar”. A prática no ensino e a relação com os alunos em sala de aula se pautavam em atenção cuidadosa e disciplina imposta por Anna Freud sem qualquer tipo de coerção (p. 61).

Nesse momento específico do ato de ensinar, Anna Freud, então pedagoga, iniciou o interesse pela observação de crianças, convocação já feita pelo pai dela a quem se interessasse no tratamento com crianças, no ano de 1909, por meio do caso do Pequeno Hans (FREUD, 1909/1980).

É importante ressaltar que, com Freud (1893/1980), o início da prática psicanalítica, por meio da descoberta de que “os histéricos sofrem de reminiscências”, permitiu aos analistas deduzirem do material lembrado pelos pacientes adultos a reconstituição dos acontecimentos da infância. Algum tempo depois, a psicanálise com crianças avançou no que concerne a essa prática. Os interessados nessa clínica com crianças, e neste capítulo trataremos de Anna Freud, nos permitiu reconhecer uma mudança nessa perspectiva de dedução dos acontecimentos da vida da criança pela lembrança do adulto. Como nos diz Zaíra Belan (1988), a observação direta da criança, em detrimento das lembranças do adulto, permite ao analista uma visão outra da infância da criança. E continua:

A visão da infância, desenvolvida ao longo dos anos na base do trabalho analítico com crianças, fornece ao analista uma abordagem que difere daquela dos que apenas observavam a criança por intermédio do adulto (p. 11).

A observação do comportamento foi uma prática largamente utilizada por Anna Freud em seu ofício de pedagoga. Elizabeth Bruehl

(1992) destaca o interesse de Anna Freud pela observação em sala de aula, em depoimento posterior de um aluno, ao dizer sobre ela: “Lembro que você usava um uniforme azul e anotava muitas coisas em um livrinho e eu sempre me perguntando se aquilo dizia respeito à observação de crianças” (p. 61-62).

Por meio da observação em sala de aula, Anna Freud anotava os relatos espontâneos das crianças concernentes às suas fantasias, em que operavam conteúdos relacionados à Guerra. Existia, na vida dessas crianças, uma escassez material fruto do pós-Guerra, que, todavia, era negada, pelas crianças, principalmente no momento das refeições, por ideias relativas, por exemplo, ao pai: “Em vez de exagerar o tamanho, a riqueza ou o poder do pai, uma meninazinha anunciou: meu pai sempre come carne aos domingos” (BRUHEL, 1992, p. 62).

O ofício de pedagoga e a inclinação de Anna Freud à observação de crianças e de suas falas, durante sua prática em sala de aula, foram, a nosso ver, precedentes importantes que podem ter influenciado sua formação e atuação na prática clínica com crianças. Sobretudo, parece-nos terem permitido imprimir em sua prática com crianças uma perspectiva que se encaminhou no sentido de uma ênfase aos aspectos conscientes dos comportamentos e das falas das crianças.

Quando Anna Freud deixou a prática pedagógica de sala de aula, ela iniciou sua participação no círculo psicanalítico de Viena juntamente com os discípulos de seu pai. Ingressou no movimento psicanalítico no ano de 1922, com um artigo apresentado à *Wiener Psychoanalytische Vereinigung* (WPV) – “Fantasias e devaneios diurnos de uma criança espancada” (BRUHEL, 1992).

Seguindo os passos do pai, embrenhou-se definitivamente no campo analítico infantil nos anos de 1926 e 1927 com o livro *O Tratamento Psicanalítico de Crianças*, considerado sua obra principal. Esse livro foi o resultado de uma série de preleções que Anna Freud proferiu no Instituto de Psicanálise de Viena para um diversificado público tanto de analistas como de professores e interessados na aplicação da psicanálise à educação. Ele teve também a função de divulgar claramente como era a análise de crianças praticada em Viena

naquilo que veio a ser conhecido como Escola de Viena (FREUD, A. 1926/1927/1971).

Todavia, uma vez tendo se deslocado da prática pedagógica para a analítica, Anna Freud continuou a privilegiar a observação direta do comportamento, agora, no tratamento com crianças. No ano de 1927, na parte II de seu livro *O Tratamento Psicanalítico de Crianças*, ela enfatiza que a psicanálise com crianças começa a despertar interesse, principalmente por evidenciar a confirmação das concepções sobre a vida mental da criança, formulada pela análise dos adultos, e ressalta o papel da observação que irá “fornecer novos horizontes para completar as novas ideias através da observação direta” (p. 87). Acresce-se a esses aspectos da observação no tratamento com crianças o fato de privilegiar o conhecimento pedagógico, que, segundo a autora, terá no futuro uma aplicação no terreno da psicanálise.

A prática do método de observação continuou a ser destacada no ano de 1965 no seu livro *Infância Normal e Patológica*. Anna Freud (1965/1980), nesse livro, continuou a ressaltar a importância da observação, qualificando-a de observação da superfície dos comportamentos das crianças como ferramenta importante na intervenção terapêutica

Na medida em que o ego e o superego são estruturas conscientes, a observação direta, isto é, da superfície, torna-se uma adequada ferramenta da exploração, em aditamento e em colaboração com a exploração da profundidade (p. 26-27).

Anna Freud, nessa passagem, ao reconhecer as estruturas egoicas e superegoicas como conscientes, por sua vez, parece se autorizar a fazer da observação uma ferramenta adequada que serviria de complemento à exploração do inconsciente, sobretudo quando há associação com a psicologia do eu, que enfatiza os elementos da consciência em detrimento de produções inconscientes.

Do mesmo modo, a avaliação da situação externa do comportamento, segundo Anna Freud (1926/1927/1971), associa-se diretamente com a importância que tem para ela os aspectos do

desenvolvimento da criança. A observação de situações externas do comportamento da criança, por sua vez, permite ao profissional se ver, “na verdade, face a face com a tarefa de avaliar a normalidade do processo do desenvolvimento propriamente dito” (p. 134). Dessa maneira, são os elementos da superfície do comportamento e do desenvolvimento, aliados aos aspectos inconscientes, que são elevados à condição necessária para a compreensão do comportamento da criança nessa clínica.

Consideramos que Anna Freud parece privilegiar mais intensamente os aspectos externos relacionados à observação de crianças. A perspectiva da criança em desenvolvimento é um fator que privilegia esse interesse externo. Ao mesmo tempo, a associação entre o superficial e a profundidade do comportamento, aliada também aos fundamentos pedagógicos, parece-nos se encaminhar para uma prática preocupada com as respostas do comportamento em detrimento das questões estruturais concernentes ao inconsciente. A ênfase nas respostas do comportamento do sujeito nos encaminha em direção a uma prática que vai de encontro à perspectiva da adaptação do comportamento da criança ao social.

Tal como enfatizado por nós anteriormente, a prática de observação permitiu um avanço na clínica com crianças por reconhecer de uma forma direta os aspectos infantis do desenvolvimento da criança em detrimento das reminiscências dos adultos. Todavia, a ênfase, tão recorrente à observação do comportamento, levou Anna Freud (1965/1980) a fazer uma advertência aos analistas que utilizam essa ferramenta da observação como meio de encurtar o caminho para o inconsciente. Isso porque, ao traduzir diretamente os comportamentos manifestos do paciente, sobretudo sem a colaboração dele, como recurso para se chegar mais rápido ao inconsciente, é, continua Anna Freud: “um procedimento que é contrário às melhores tradições da análise” (p. 21).

Desse modo, Anna Freud (1926/1927/1971) reconhece a observação de crianças como ferramenta de exploração distinta daquela que acontece na prática clínica psicanalítica. Entretanto, ela privilegia essa prática de observação, ressaltando-a como necessária para o tratamento analítico com crianças. E assim completa:

mais uma palavra sobre a função ‘pedagógica’ do analista de crianças. Uma vez que descobrimos que as forças com as quais temos de nos haver na cura de uma neurose infantil não são apenas internas, mas também externas em parte, temos o direito de exigir que o analista de crianças deve avaliar corretamente a situação externa em que se insere a criança; exatamente como dele exigimos que deva medir e compreender a sua situação interna (p. 99).

Para Anna Freud (1965/1980), a criança exhibe seus comportamentos em todos os momentos de sua vida, seja na escola ou na família. Esses comportamentos observáveis “permitem que se extraiam conclusões diretas do comportamento da criança” (p. 26). Mas, do mesmo modo, ela ressalta que é necessário, por parte do analista, ter cautela com a amplitude de comportamentos que podem ser observados e, por sua vez, interpretados, conforme as fases do desenvolvimento em que está a criança. Enfatiza ainda, que, apesar de as manifestações do comportamento se tornarem evidentes,

há uma multidão de outros que derivam não de uma fonte específica e invariável, mas, por vezes de um impulso subjacente. [...] Sem a exploração durante a análise, essas formas de comportamento permanecem, pois, inconcludentes (p. 26).

Embora Anna Freud reconheça a importância da observação direta no comportamento da criança, ela não desconsidera a presença e relevância de “impulsos subjacentes”, que podem produzir efeitos no comportamento da criança. A questão é saber se, em sua prática clínica, Anna Freud vai privilegiar essa ferramenta de observação direta da superfície ou se ela vai associar essa ferramenta com a exploração da profundidade.

Além do mais, a ênfase destacada na observação do comportamento, associada à preocupação social específica do período da Guerra, se apresenta a nós como outro ponto que pode ter contribuído sobremaneira para um possível encaminhamento da prática de Anna Freud em direção a uma perspectiva de adaptação do sintoma ao social.

2.2 Instrumentos teóricos para uma defesa da adaptação do sintoma ao social

A evidência na “observação de superfície” dos comportamentos das crianças foi um recurso iniciado e utilizado por Anna Freud no ofício de pedagoga. Do mesmo modo, podemos reconhecer, no ano de 1922, no qual se dá a entrada de Anna Freud no movimento psicanalítico, uma situação social específica do pós-Guerra, na qual havia uma emergência social por soluções de toda a ordem para sanar o mal-estar provocado pela Guerra (BRUEHL, 1992).

Dessa data, momento da formação teórica e prática de Anna Freud são os textos de Freud que tratam sobre a situação social da Guerra que parecem ter influenciado o trabalho analítico de Anna Freud. Será que podemos dizer que essa situação social colaborou com o intento de se buscar uma solução do sintoma por meio da adaptação ao social?

Freud, no ano de 1913, sublinha a relação intrínseca entre educação e terapêutica na introdução *A The Psycho-Analytic Method de Pfister*. Segundo ele, “a educação procura garantir que algumas disposições (inatas) da criança não causem qualquer prejuízo ao indivíduo e à sociedade” (FREUD, 1913/1980, p. 416). No entanto, o processo terapêutico tem início quando a repressão já produziu o resultado indesejado. Freud reconhece, nesse texto, que “a educação constitui uma profilaxia, que se destina a prevenir” (p. 416). Ancorado nessa posição, Freud se coloca a questão “se a psicanálise não deveria ser utilizada para fins educativos tal como a sugestão hipnótica o foi no passado” (*ibidem*), acrescentando que seu uso terapêutico poderia ter uma influência profilática na criança.

Um pouco mais adiante, o texto *Linhas de Progressos na Terapia Psicanalítica*, datado um pouco antes do fim da Primeira Guerra Mundial, no ano de 1918, nos dá indícios do início da adoção de Anna Freud aos trabalhos de Freud sobre a educação e o social. Esse texto foi proferido no Quinto Congresso Psicanalítico Internacional, realizado em Budapeste. Nele, Freud examinava as questões que estavam em curso na técnica psicanalítica naqueles tempos de guerra. Nesse pronunciamento,

ele considera a necessidade de “combinar a influência analítica com a educativa; e mesmo no caso da maioria, vez por outra surgem ocasiões nas quais o médico é obrigado a assumir a posição de mestre e mentor” (p. 208). Observa-se que essa posição de Freud foi considerada por Anna Freud em seu primeiro trabalho, no ano de 1926, relacionado à técnica psicanalítica. Para ela, antes que houvesse qualquer ensinamento sistemático a pais e professores, “o analista de crianças precisava reivindicar para si mesmo a liberdade de guiar a criança [...] e em consequência ajustar, na sua própria pessoa, duas funções diametralmente opostas: tem de analisar e educar” (FREUD, A., 1926/1927/1971, p. 14).

Todavia, Freud (1918/1919/1980), por sua vez, reconhece, nesse texto, que se deve ter cuidado na combinação entre o analítico e o pedagógico, pois o objetivo dessa associação é que “o paciente deve ser educado para liberar e satisfazer a sua própria natureza, e não assemelhar-se conosco” (p. 208).

Freud (1925/1980) continua a destacar o alcance e a importância da aplicação da psicanálise à educação no seu texto *Prefácio à Juventude Desorientada* de Aichorn. Revela, nesse texto, que todo esse interesse perfila pelos caminhos percorridos pela análise ao reconhecer no adulto uma criança que o habita. A partir desse enunciado, a criança torna-se o ponto de interesse da clínica psicanalítica, como consequência da educação, cujo objetivo, diz-nos Freud (1925/1980), “é orientar e assistir as crianças em seu caminho para diante e protegê-las de se extraviarem” (p. 341).

Essa posição é ratificada mais uma vez por Anna Freud no ano de 1965, quando nos diz que a educação entra em cena, esperando sempre alguma coisa da criança. Mas a ideia comum entre todos os objetivos relacionados à educação “é sempre fazer da criança um adulto que não se diferencie muito do mundo que a rodeia” (FREUD, A., 1965/1980, p. 27). A educação, completa Anna Freud, “luta com o modo de ser da criança, com os maus costumes infantis” (p. 28). Posição essa que nos parece seguir ao encontro de modelos estabelecidos pela sociedade pelos quais o tratamento de Anna Freud visa a alcançar.

Consideramos, a partir dessas leituras realizadas dos textos de Freud referentes à educação, que estes se tornaram referenciais para o trabalho de Anna Freud. Sobretudo, a apropriação pontual de questões ligadas à educação nos leva a considerar que serviu de guia para o desenvolvimento da prática com crianças criada por ela. Como fonte a beber, Anna Freud absorveu dos conhecimentos proclamados pela teoria psicanalítica justamente nos textos em que Freud combina o pedagógico com o analítico. Nesses primeiros textos de Freud, o que pode ter chamado a atenção de Anna Freud foi justamente essa combinação. Embora essa não seja uma ênfase dada por Freud em sua doutrina, todavia, essa combinatória parece ter sido o que Anna Freud extraiu do texto dele.

Inserida em um contexto de emergência social, a interpretação da obra freudiana por Anna Freud nos convoca a refletir sobre o encaminhamento dado por ela à sua técnica e prática analítica.

2.3 Experiências educativas de prevenção contra o sintoma

Uma vez destacados nos textos de Anna Freud a ênfase na observação de crianças, a visada pedagógica associada à clínica e o interesse específico nos textos de Freud dirigidos à educação e ao social, consideramos, também, a abertura de creches-lares para o acolhimento de crianças sem lar no pós-Guerra e da Escola Heitinzing como duas situações que destacam a importância da experiência educativa como prevenção contra o sintoma da criança. Será que poderemos considerar essas experiências educativas como mais um ponto adotado por Anna Freud que pode ter sido facilitador para seu encaminhamento no tratamento em direção à visada da adaptação ao social?

2.3.1 As creches-lares: educação para uma adaptação ao social

A demanda emergente de soluções para as agruras provocadas pela Guerra convocou interessados na clínica com crianças para a busca de soluções aos problemas causados por ela. A criação de creches-lares foi

uma solução que permitiu, mediante seu funcionamento, ser o local de acolhimento e, sobretudo, de estudo sobre os aspectos do desenvolvimento da criança. Dessa maneira, as creches-lares que nasceram dessa emergência social do pós-Guerra foram se firmando como campo de atendimento e tratamento com crianças que sofreram as atrocidades provindas da Guerra (HELLER, 1994).

No que se refere a essa emergência social, não podemos dizer que todos os analistas foram influenciados por essa situação social da mesma maneira, mas, nesse momento, o nome que se destacou como um exemplo dessa perspectiva foi o de Anna Freud. Como nos diz Bruehl (1992), “a analista para quem a visão social de Freud tornou-se um credo mais profundo e duradouro foi sua filha” (p. 65). No final do texto *Linhas de Progressos na Terapia Psicanalítica*, Freud (1918/1919/1980) destaca a necessidade de a psicanálise se expandir por meio do acesso às clínicas ou institutos, alcançando as camadas mais amplas da sociedade e promovendo o atendimento a um maior número de pessoas pela psicanálise. Reconhecemos, nesse texto, que há uma convocação de Freud para ampliar o atendimento psicanalítico aos sujeitos desamparados pela Guerra; convocação aceita por Anna Freud, que participou desse momento social.

Guiadas pelo sentimento de cuidado e atenção pelas crianças, Dorothy Burlingham e Anna Freud (1954/1961) procuraram, durante todos os primeiros anos de estudo, por meio das clínicas de atendimento e das creches-escolas, “dar às crianças o que elas perderam: a segurança de um lar estável com todas as possibilidades de desenvolvimento individual” (p. 18). Como nos relatam as autoras:

As consequências da guerra – mobilização do pai, trabalho da mãe numa fábrica, evacuação necessária, destruição da casa por bombardeio – fizeram que, em grande parte da população, fosse destruída a vida familiar. Assim, inúmeras crianças, que não são propriamente órfãs, perderam o lar. Foi necessário agrupá-las na creche-lar e sujeitá-las à experiência da vida sem família (*ibidem*).

O objetivo de Burlingham e Anna Freud (1954/1961) era proporcionar às crianças uma melhoria de vida pela psicanálise por meio da criação de instituições acolhedoras de crianças órfãs e abandonadas pela Guerra. A preocupação com as crianças sem lar motivou o interesse de Anna Freud na abertura de instituições que pudessem acolher essas crianças em desenvolvimento.

Os primeiros analistas que viveram esse momento da Primeira Guerra estavam imbuídos, como nos diz Heller (1994), “de um *pathos* humanístico” (p. 35). Havia neles uma convicção de um “poder saudável do autoconhecimento”: tema e preocupação da ética ocidental desde Sócrates, mas encontrado somente no método da psicanálise, que permitiria a esperança de um esclarecimento humano (ERIKSON, 1930/1983 *apud* HELLER, 1994). No que diz respeito ao posicionamento profissional e ético desses analistas, completa Heller (1994), “esse era o *ethos* de Anna Freud e de seu círculo de amigos” nesse momento do pós-Guerra (p. 36).

Observa-se, a partir dessas passagens destacadas, que havia, por parte de Anna Freud, uma preocupação com o social, que se dirige rumo à questão de uma reconciliação da criança ao social. Essa reconciliação nos fornece indicativos de se ancorar em uma perspectiva de adaptar essa criança ao social, principalmente no trabalho desenvolvido e executado nas creches-lares.

Ainda no que concerne a esse momento social e com o desenvolvimento individual das crianças, no ano de 1954, Anna Freud, junto com Dorothy Burlingham, escreveram o livro *Meninos sem Lar*. Trata-se de um relatório de observações de crianças, colhidas em três estabelecimentos do tipo orfanato. Nesse livro, elas citam todas as fases pelas quais a criança deve passar para alcançar um desenvolvimento normal tanto nos lares quanto nas famílias. O controle muscular, a linguagem, o aprendizado do asseio e a alimentação são alguns aspectos do desenvolvimento infantil que são tratados por elas nessas instituições (BURLINGHAN; FREUD, A., 1954/1961).

A preocupação com as crianças põe em relevo os aspectos da fisiologia e do desenvolvimento. É a maturação do organismo, expressão

do desenvolvimento fisiológico da criança, o fator determinante para que esta esteja apta para desenvolver determinado comportamento. Tanto Dorothy Burlingham quanto Anna Freud (1954/1961) parecem acreditar que a presença de possíveis intercursos na vida, inerentes ao meio externo e de certas dificuldades precoces próprias das crianças, no curso do desenvolvimento infantil, será o mesmo tanto em crianças que vivem em creches-lares como em crianças que vivem em famílias.

Portanto, é a perspectiva da criança em desenvolvimento que se destaca nesse trabalho tanto das creches-lares quanto da escola Heitzing. Por outro lado, verificamos, nas passagens desses textos citados, vários indicativos ou, como não dizer, certa preponderância da adaptação do comportamento da criança ao social.

2.3.2 A Escola Heitzing: educação sem coerção

O interesse de Anna Freud na criação de instituições com finalidades educativas remonta à criação da Escola Heitzing, nomeada como uma escola psicanalítica “livre”. Essa foi mais uma instituição com finalidade educativa proposta por Anna Freud em conjunto com Dorothy Burlingham e Eva Rosenfeld. Anna Freud tem com Burlingham uma relação de parceria e amizade, buscando nesta uma família substituta. Já no que se refere a Rosenfeld, eram amigas em Viena, que a ajudou na administração da Escola Heitzing. Fundada no ano de 1927, essa Escola teve seu início apoiada em objetivos particulares dessas três mulheres. Dorothy Burlingham queria proporcionar aos filhos uma educação diferente daquela que era oferecida pelas escolas públicas austríacas, que, segundo ela, eram autoritárias. Eva Rosenfeld tinha o interesse em homenagear a memória de sua filha falecida por meio da criação dessa Escola. Já o objetivo de Anna Freud, pautado em fins psicanalíticos, se guiava pelos princípios de uma “educação sem coerção” (HELLER, 1994, p. 31).

Podemos, então, perguntar: mas o que é uma educação sem coerção? Essa resposta é dada por Anna Freud em uma de suas cartas no ano de 1929 à Eva Rosenfeld: “uma característica intrínseca da

abordagem psicanalítica” (HELLER, 1994, p. 31). Entretanto, a prática escolar cotidiana promoveu a necessidade de se questionar essa dispensa de coerção quando se percebeu que essa proposição resultava em problemas de ordem prática, escrevendo, então, a Eva Rosenfeld:

Seria melhor conversar sobre a escola do que escrever a respeito dela. [...] acredito que a escola deve ter obrigações. Nossa diferença está restrita a um único ponto. *Desejo que as crianças sejam levadas a gostar de fazer o que se espera que elas façam.* Você deseja que sejam levadas a fazer o que não querem fazer também. Mas os professores não entendem nenhum desses aspectos. Tudo que sabem é coerção ou dispensa de coerção. E a última alternativa leva ao caos (Carta nº 8 de Anna Freud a Eva Rosenfeld, 1929: grifo nosso).

Nesse trecho da Carta nº 8, destacamos, pelo grifo, o pensamento de Anna Freud voltado para os aspectos de adaptação dessas crianças. O fato de as crianças serem levadas a fazer o que se espera delas nos deixa clara sua posição com relação a esse empreendimento educacional. Nessa passagem, segundo Anna Freud, a criança é levada a fazer o que a cultura espera dela. Situação oposta quando ela afirma a posição de Eva Rosenfeld, que destaca o fato de a criança fazer também o que ela gosta de fazer, posição que poderá ir contra o que a cultura espera dela.

Anna Freud, nesse trecho, aponta para algo do fazer da criança referido à cultura e relacionado ao desejo da criança. Por outro lado, podemos reconhecer uma perspectiva adaptativa ao apontar o fazer da criança em direção a um ideal esperado pela sociedade. Essa posição nos aporta um determinado encaminhamento de sua prática clínica.

A Escola Hietzing findou no ano de 1931 por falta de reconhecimento oficial junto às autoridades educacionais de Viena. No entanto, ela se tornou o modelo de um ensino baseado na educação sem coerção. Proposição que não deixou de trazer dificuldades para quem dela participou e necessitou mudar de instituição após o seu fechamento (HELLER, 1994).

A perspectiva da clínica de Anna Freud e os elementos utilizados em sua prática, tais como a observação do comportamento, os aspectos

do desenvolvimento da criança, a preocupação com o social e as experiências educativas de prevenção contra o sintoma, nos dirigem ao reconhecimento de um viés para o tratamento, cuja terapêutica se encaminha para uma perspectiva educativa.

No entanto, no que concerne à segunda tópica freudiana, Anna Freud depara-se com o problema da pulsão. Esse conceito se insere em uma perspectiva da clínica psicanalítica que não nos deixa dúvidas da dimensão estrutural e seus efeitos no sujeito. Para Anna Freud, parece-nos que, a partir daí, houve um verdadeiro impasse em sua clínica: como introduzir a questão da pulsão em uma perspectiva educativa?

Cabe-nos, neste momento, verificar como se deu, para Anna Freud em sua clínica, a entrada da segunda tópica freudiana com a nova postulação da pulsão. E, dessa maneira, destacar no tratamento psicanalítico com crianças qual perspectiva Anna Freud irá utilizar no que se refere ao sintoma: o sintoma como adaptação, desconsiderando a pulsão, ou o sintoma como solução?

2.4 “O tratamento psicanalítico com crianças”

Anna Freud (1926/1927/1971) reconheceu Viena como um lugar que se tornou fértil para o estudo psicanalítico do desenvolvimento normal da criança e para a aplicação desse novo conhecimento na educação. O cenário profícuo para a divulgação de seu trabalho no tratamento com crianças foi o Instituto de Psicanálise de Viena no ano de 1926. Nesse Instituto, proferiu, para um diversificado público, tanto de analistas como de professores e interessados na psicanálise, uma série de preleções que se transformaram em seu primeiro livro sob o título *O Tratamento Psicanalítico de Crianças* (FREUD, A., 1926/1927/1971).

Nesse livro, Anna Freud (1926/1927/1971) destaca a dificuldade de se praticar com crianças a técnica analítica pura:

Para trabalhar com crianças tem-se a impressão de que a análise neste setor é um método demasiadamente difícil, dispendioso e complicado, e que exige excessivo desgaste; por outro lado, em outros casos, e isto em

caráter ainda mais frequente, sente-se que com a análise pura e simples conseguem-se resultados medíocres (p. 20).

Considerando essa dificuldade de se praticar a análise pura em crianças, Anna Freud (1926/1927/1971) reconhece a necessidade de se associar o conhecimento analítico com o pedagógico em sua prática com criança. Essa associação, para ela, é própria condição da criança em análise:

Entendem que o analista de crianças, exatamente porque o paciente é uma criança, deve, além de treinamento analítico propriamente dito, também possuir um segundo elemento – o conhecimento pedagógico. Não sei por que devemos nos atemorizar com esta palavra, ou por que devemos tomar uma composição das duas atitudes como se fosse menoscabo para a análise (p. 88).

Observa-se que o viés educativo perpassa o tratamento psicanalítico proposto por Anna Freud.

Por outro lado, Anna Freud associa esse viés adaptativo à perspectiva da criança em desenvolvimento. Nessa concepção, Anna Freud (1926/1927/1971) destaca que a criança se apresenta ao tratamento com um eu imaturo ou incompleto. Este irá se desenvolver ao longo da infância segundo os estágios próprios do desenvolvimento comum a todas as crianças. Anna Freud (1926/1927/1971) atribuiu ao eu, por meio de seu fortalecimento, o equilíbrio interno de suas dificuldades, bem como o domínio do mundo externo. Essa posição foi interpretada, por Anna Freud (1965/1980), como uma forma de estimular na criança o desenvolvimento de um eu forte, capaz de resistir às pressões dos impulsos internos incontrolláveis. Nessa perspectiva, para conseguir melhorar o desempenho do eu, o analista precisa se inteirar de conhecimentos teóricos e práticos relativos ao cuidado e educação das crianças.

Considerando a perspectiva do desenvolvimento da criança na prática de Anna Freud (1965/1980), ela propõe como referência para o analista, no acompanhamento das fases do desenvolvimento da criança, o protótipo de uma diretriz do desenvolvimento:

Trata-se da sequência que vai desde a profunda dependência do recém-nascido dos cuidados maternos até a autoconfiança emocional e material do jovem adulto – uma sequência para a qual as sucessivas fases de desenvolvimento libidinal (oral, anal, fálico) formam apenas a base inata e maturacional (p. 61-62).

As etapas, as quais a criança percorre em seu desenvolvimento, são definidas pelas fases do desenvolvimento da libido, já demarcadas de antemão na teoria psicanalítica por meio do que já se sabia da análise de adultos (FREUD, A., 1965/1980). Segundo Anna Freud, basendo-se nessas fases, têm-se já definidas quais as reações e respostas possíveis dadas pela criança: por exemplo: diante da violação do vínculo biológico mãe-filho dá-se origem à ansiedade de separação; quando há o fracasso da mãe em desempenhar seu papel de prover as necessidades do filho, pode surgir a depressão anaclítica tal como definida por Spitz; na fase fálico-edípica, com reações de amor e ódio ao progenitor do sexo oposto, pode permitir que sentimentos de rivalidade e ciúme, bem como atitudes exibicionistas se desenvolvam; e no período de latência, obtém-se como solução o abrandamento da urgência impulsiva nessa fase.

Nesse sentido, as fases pelas quais passa a criança em seu desenvolvimento psíquico são determinadas e fixadas em cada momento do desenvolvimento dela. As dificuldades emocionais que porventura a criança venha a apresentar são respostas cuja solução será encontrada conforme a fase do desenvolvimento em que ela se encontra. Dessa maneira, ancoradas na perspectiva do desenvolvimento, as variações de comportamento apresentadas por cada criança irão remeter o analista a identificar em qual fase do desenvolvimento e de sua cronologia a criança está inserida. É a perspectiva da criança em desenvolvimento um dos aspectos relevantes de sua clínica que se associa com a prática educativa, promovendo uma prática clínica que nos parece privilegiar os aspectos da consciência e do sujeito em detrimento das produções do inconsciente.

O que podemos destacar na prática clínica de Anna Freud, sobretudo, é que a perspectiva do desenvolvimento não permite

reconhecer em cada criança uma particularidade. Todas já se encontram determinadas pelo seu desenvolvimento e submetidas a determinados padrões de normalidade e anormalidade, posição que se distancia do fundamento da prática psicanalítica. Desse modo, a direção dada por Anna Freud por meio do interesse pedagógico do tratamento vai “se orientar em direção a um reforço do eu ao preço de um fechamento da verdade particular do desejo do sujeito”, tal como destacado no livro *Os Poderes da Palavra* (AMP⁴, 1996).

A não apreensão de uma prática que fosse puramente analítica no ano de 1926 permitiu a Anna Freud reconhecer e considerar, no ano de 1927, primeiro ano de sua preleção na Sociedade de Viena, que sua técnica estava longe de se dizer psicanalítica: “minha conduta, tal como a configurei para os senhores, contradiz em inúmeros aspectos as regras técnicas da psicanálise tais como nos foram ensinadas no passado” (FREUD, A., 1926/1927/1971, p. 35).

Mesmo Anna Freud reconhecendo seu método como distinto da prática analítica, ela ainda continua a privilegiar o método da observação e os aspetos do desenvolvimento da criança, associando o analítico com o pedagógico. Para a autora, a associação do analítico ao pedagógico nos dá indicativos de uma prática preciosa ao se trabalhar com a criança, pois esta é um ser em desenvolvimento (FREUD, A., 1926/1927/1971).

Desse modo, podemos considerar que a perspectiva da criança em desenvolvimento, bem como o método de observação de crianças e a prática educativa estão impressos no percurso teórico de Anna Freud como uma linha referencial que enlaça toda a teoria no que concerne ao tratamento com crianças. Esses recursos nos dão elementos para uma prática voltada para a adaptação da criança ao meio social, realizada tanto nas instituições de crianças quanto no tratamento delas.

Consideramos relevante destacar que a perspectiva da observação de crianças, tão cara a Anna Freud, nos leva a considerar que sua experiência inicial sobre a observação do comportamento das crianças faz inferências à teoria para a compreensão do que desse comportamento

⁴ Livro: *Os Poderes da Palavra*, resultado de uma compilação de artigos da Associação Mundial de Psicanálise (AMP) do ano de 1996, sem especificação de autores nos artigos.

está ou não em conformidade com o social. Ao reportar à teoria para o entendimento dos comportamentos inadequados da criança que se apresentam em sua prática, parece-nos que Anna Freud não permite fazer existir a experiência do inconsciente na sessão. Do mesmo modo, a “questão do sujeito enquanto interrogação sobre seu ser é desqualificada em benefício da observação” (AMP, 1996, p. 158). Assim, considerando que a pulsão é da ordem do inconsciente, como então se coloca para Anna Freud, a questão da dimensão pulsional em uma prática que não privilegia a experiência do inconsciente?

Com base no que foi exposto até então, consideramos que a perspectiva clínica do tratamento de Anna Freud, nos leva a reconhecer essa clínica dirigida para a adaptação da criança ao social. Desse modo, essa constatação nos encaminha para uma prática clínica que parece se amparar na crença de que a supressão do sintoma, que não está em conformidade com o social, permitiria a resolução do conflito e, assim, poderia dominar a pulsão de morte. Tudo isso nos conduz a considerar, portanto, que o sintoma como adaptação é privilegiado na prática de Anna Freud.

A seguir, iremos utilizar quatro tópicos que nos auxiliarão a analisar se a desconsideração pulsional do sintoma já verificado irá se sustentar na prática clínica com crianças em Anna Freud.

2.4.1 O eu: defesa contra o sintoma

O método de observação na prática clínica de Anna Freud contribuiu em sua teoria para o reconhecimento de que o campo adequado de observação é sempre o eu. Na clínica de Anna Freud, é por intermédio do eu, relata-nos essa autora, que se faz possível em sua prática a obtenção do conhecimento das outras duas instâncias – o id e o superego. Nesse entrelaçamento entre as três instâncias, o eu também possui a posição privilegiada de exercer medida defensiva contra a invasão de impulsos do id. Desse modo, segundo Anna Freud (1946/1986), o eu se apresenta como medida defensiva frente o irreconciliável presente no id, participando como defesa contra o

sintoma. Frente essa ênfase recorrente do privilégio do eu em sua prática, interrogamo-nos mais uma vez: como se deu para Anna Freud a apreensão da nova formulação pulsional?

Nesse sentido, a biógrafa de Anna Freud, Elizabeth Young-Bruehl (1992), destaca, em seu livro, uma passagem de uma carta de Anna Freud à Lawrence Kubie em janeiro de 1955, na qual Anna Freud explicava a Lawrence Kubie, sua contemporânea, como “vacilava” ao introduzir para seus alunos a integração da teoria estrutural com a hipótese dos dois instintos contrários formulados pelo pai dela:

Cresci, como você, com as hipóteses de trabalho da divisão do espírito em inconsciente, pré-consciente e consciente. Aquilo era para mim um terreno familiar e, como você, hesitei e senti dificuldade quando meu pai formulou a nova divisão de id, ego e superego. [...] Rememorando agora, acredito que não estava inteiramente certa quanto ao assunto e que – mesmo quando eu recorria a termos estruturais ao escrever e falar – no pensamento eu ainda continuava visualizando o assunto nos velhos termos tópicos (BRUHEL, 1992, p. 145).

Anna Freud sublinha nessa passagem que, embora ela tenha adotado os termos estruturais como id, ego e superego, ela os adotou, mas ainda fazendo referência ao que lhe era mais familiar à primeira tópica. Essa posição nos leva a considerar que a entrada na segunda tópica permitiu à Anna Freud certa apreensão particular do conceito de pulsão de morte. Essa particularidade na apreensão desse conceito nos parece ter encaminhado sua prática clínica para uma perspectiva da desconsideração da pulsão no sintoma. Como resultado, Anna Freud privilegiou o sintoma naquilo que ele se apresenta como defesa frente os impulsos inconscientes do id.

Do mesmo modo que a segunda formulação do aparelho psíquico apresentou dificuldades para Anna Freud, a postulação da pulsão de morte também foi adotada por ela com certa cautela em 1920. É o que nos relata Bruhel (1992):

Ela nunca recorreu ao termo ‘instinto de morte’, mas a teoria dos instintos que a obra apresentou foi definitivamente incluída em sua visão metapsicológica. Clinicamente ela falou de agressão, presumindo que o instinto de morte não é necessariamente a fonte da agressão ou sua causa. Sendo misteriosa a natureza da relação entre as duas coisas, preferiu ela falar de agressão independentemente, sem se referir ao instinto de morte (p. 145).

Entretanto, continua Bruhel (1992), a obra inicial de Anna Freud foi teoricamente reservada ao utilizar a noção de agressão. Em seus trabalhos, Anna Freud (1946/1986) utiliza essa noção associada à conceituação do mecanismo de defesa – *Identificação com o Agressor*. Por exemplo, o eu recorre frequentemente a esse mecanismo de defesa quando se encontra em perigo. Nessa situação, a criança introjeta uma característica do objeto que está lhe causando ansiedade e, dessa maneira, assimila essa experiência pela qual acabou de passar. Recorrendo à situação analítica para exemplificar como o mecanismo de identificação ao agressor toma a cena, Anna Freud (1946/1986) relata o caso do menino, atendido por Airchorn, que fazia caretas toda vez que era repreendido pelo professor. Airchorn, continua ela, após observação da situação ocorrida em sala de aula, atentou que o comportamento do rapaz era uma caricatura da expressão zangada do professor: “Através de suas caretas, assimilava-se ao objetivo externo que temia, ou identificava com o mesmo” (p. 94). Portanto, a saída encontrada pela criança, segundo Anna Freud, seria se identificar com o agressor, assumindo seus comportamentos ou, muitas vezes, imitando-o. Dessa maneira, a criança se desloca de uma posição na qual se sentia ameaçada para outra posição de poder ameaçar.

A tentativa recorrente de incursão dos impulsos instintivos no eu promove neste a necessidade de utilizar medidas defensivas cuja função é garantir a proteção contra a invasão de moções pulsionais indesejáveis provenientes do id. O propósito do “ego é colocar os instintos permanentemente fora de ação, por meio de apropriadas medidas defensivas, designadas para garantir as próprias fronteiras” (FREUD, A., 1946/1986, p. 7). Dessa maneira, a prática de Anna Freud utiliza e

privilegia mecanismos de defesa contra o indesejado, ou seja, o sintoma. Desse modo, é o sintoma como defesa que toma a cena na clínica de Anna Freud em detrimento do sintoma como solução. O sintoma, para ela, é representativo do que do inconsciente o eu se defende. Pelo sintoma, o sujeito se defende do irreconciliável do inconsciente.

Relembrando o percurso teórico de Anna Freud discutido até então, observamos que o viés pedagógico, e desse modo adaptacionista, toma o primeiro plano em sua prática clínica. Dessa maneira, uma pergunta se coloca: como introduzir a questão da pulsão em uma prática clínica na qual elementos de uma perspectiva pedagógica estão presentes? Considerando que a própria questão da pulsão é colocada em primeiro plano na perspectiva clínica psicanalítica em contraposição à perspectiva pedagógica, apresenta-se um impasse. Esse impasse nos mostra a dificuldade da abordagem clínica, de ordem pulsional, numa perspectiva pedagógica. Isso porque a definição de pulsão como algo da ordem do ineducável, do impossível de educar, não se insere numa proposta que não leva em consideração essa dimensão.

Portanto, o que verificamos é que a dimensão pulsional referente ao sintoma, formulada por Freud, não teve para Anna Freud a consideração necessária em sua prática clínica. Da mesma forma, podemos dizer que a apreensão particular da nova postulação da pulsão levou Anna Freud a uma desconsideração da dimensão pulsional no sintoma. Dessa maneira, Anna Freud, em sua prática com crianças, ao contrário de considerar a pulsão na ordem do impossível de educar, parece-nos continuar a propor o método educativo já utilizado em seus trabalhos.

Ainda em relação à forma particular de apreensão da pulsão por Anna Freud, o que se apresenta em seus textos pode ser entendido como uma tendência em utilizar os mecanismos de defesa do eu para se defender das moções inconscientes. Desse modo, na prática clínica de Anna Freud, não é do sintoma como solução que ela se apropria, mas do sintoma como defesa que ela faz referência.

2.4.2 Criança no tratamento

A criança, na prática clínica de Anna Freud, é vista sob a perspectiva do desenvolvimento. Ela se encontra na posição de dependente de um processo de maturação do organismo. Desse modo, no que concerne ao tratamento, Anna Freud (1926/1927/1971) assinala uma diferença entre a criança e o adulto: “o adulto – pelo menos em grau considerável – é um ser maduro e independente, enquanto que a criança é imatura e não autodependente” (p. 21). A maturação do organismo é, segundo ela, um ponto que distingue sobremaneira a prática da criança com o adulto e coloca em relevo a perspectiva do desenvolvimento, o que nos leva a considerar que a ênfase nessa perspectiva não permite a diferenciação do sujeito singular proposta pela clínica psicanalítica.

Como consequência dessa diferenciação, a prática clínica com crianças, relata-nos Anna Freud (1926/1927/1971), irá requerer algumas precauções e modificações especiais na técnica em relação à psicanálise de adultos.

No que concerne à técnica de análise com adultos, a utilização da associação livre é fundamental nesse processo, embora se apresente insuficiente no tratamento clínico com crianças. As crianças, diz-nos Anna Freud (1926/1927/1971), não se mostram capazes de levar adiante, em associação livre, uma história ou situações contadas por elas. Dessa maneira, Anna Freud sublinha que as crianças não se mostram “inclinadas a exercitar a associação livre e assim sendo nos obrigam a buscar um substituto deste instrumento” (p. 52). O substituto deste é a técnica da análise por meio do brinquedo, já utilizada por Hermine Von Hug Helmuth em 1910 em sua prática, a qual, nesse período, estava sendo utilizada por Melanie Klein.

O brinquedo, como instrumento substituto da associação livre no tratamento, permite à criança, segundo Anna Freud (1926/1927/1971), principalmente às muito pequenas, a expressão de seus sentimentos e de suas atitudes frente as pessoas. Na falta de recursos técnicos para o procedimento analítico, vários analistas infantis utilizaram não só o brinquedo, mas o desenho, a escrita e as fantasias das crianças como

substitutos da associação na tentativa de preencher essa lacuna na análise com crianças. Como instrumento técnico na prática com crianças em Anna Freud, o brinquedo é destacado como relevante para a condução do tratamento. No entanto, a nosso ver, ele não é essencial se considerarmos a perspectiva psicanalítica que coloca em relevo o discurso da criança. Este, sim, é destacado na clínica psicanalítica em detrimento dos recursos técnicos utilizados por Anna Freud em sua prática.

Já no que concerne à transferência no tratamento infantil, Anna Freud (1926/1927/1971) considera que as crianças não desenvolvem uma neurose de transferência como no adulto. Ela destaca a dificuldade das crianças em estabelecer a transferência, dizendo que teve, em seus casos, “grande dificuldade em provocar na criança uma forte vinculação a mim mesma, e fazer com que esta vinculação se transformasse numa relação de dependência real da minha pessoa” (p. 56). Segundo a autora, essa dificuldade se dá devido ao fato de a criança ainda não ter se desvinculado dos primeiros objetos – os pais. Para que haja uma vinculação de dependência da criança ao processo, há exigência de que o analista se aproxime da criança em situações cotidianas. A nosso ver, essa aproximação ultrapassa a própria experiência do que seja analítico e, desse modo, subtrai a transferência da posição de fundamento essencial, para que se dê a experiência do inconsciente no processo analítico.

Partindo dessas considerações em relação à posição da criança em análise na prática de Anna Freud, observamos que a perspectiva da criança em desenvolvimento se apresenta como um complicador para se pensar a criança como um sujeito nessa clínica. Essa concepção, voltada para os aspectos do desenvolvimento da criança, nos leva a considerar que a adaptação toma a cena, desconsiderando a criança como sujeito em sua dimensão inconsciente.

2.4.3 Família no tratamento

A diferença já demarcada entre o tratamento do adulto e o da criança irá nos permitir identificar qual o lugar da família no tratamento.

O tratamento do adulto, segundo Anna Freud (1965/1980), destaca-se pela relevância dos aspectos inconscientes envolvidos no conflito psíquico. Por outro lado, no que se refere ao tratamento com crianças, a influência do ambiente e dos pais é determinante no comportamento e patologia da criança. Como nos diz Anna Freud, “na análise infantil, não é no ego do paciente, mas na razão e compreensão dos pais, que o início, continuidade e conclusão do tratamento têm de confiar” (p. 48). Por esse caminho, é a abordagem familiar que toma o primeiro plano nessa técnica elaborada por Anna Freud.

A abordagem familiar é um ponto de apoio para o tratamento com criança na perspectiva de Anna Freud. É importante recorrer ao adulto, pais ou quem cuide da criança, para se informar sobre sua história, pois Anna Freud (1926/1927/1971) acredita “que uma criança não pode dar muita contribuição à história de sua doença” (p. 39).

A técnica, utilizada pelos analistas de crianças para lidar com os pais, pode variar, como nos diz Anna Freud (1965/1980), de um extremo, “de os excluírem totalmente do tratamento, de os manterem informados e por vezes de serem analisados simultânea, mas separadamente, a outro, de preferirem tratar os pais em detrimento da própria criança” (p. 49).

Do mesmo modo, para Anna Freud (1965/1980), no âmbito da abordagem familiar, o ambiente externo também possui grande influência no tratamento com crianças. O mundo externo interagindo com o mundo interno da criança participa como um agente provocador da patologia na mesma. É necessário o analista de crianças ter em conta que as atitudes externas “alcançam significado patológico por meio da interação com a disposição inata da criança, das atitudes libidinais e do ego, adquiridas e interiorizadas” (p. 51). As atitudes de proteção excessiva ou rejeição, de indiferença, crítica ou admiração, por parte de pessoas do convívio da criança, tais como pais e professores, são relevantes para o entendimento e prosseguimento do tratamento na abordagem de Anna Freud.

Sendo assim, segundo Anna Freud (1965/1980), o analista infantil, que interpreta exclusivamente em termos de mundo interno, corre o perigo de negligenciar os aspectos que se referem às circunstâncias ambientais, igualmente importantes para o tratamento. São os aspectos

do desenvolvimento, tanto externos quanto “inatos” da criança, que se convertem em agentes patogênicos.

No tratamento com crianças, diz-nos Anna Freud (1965/1980), a expressão das fantasias internas, muitas vezes, se dá por meio da projeção a figuras do mundo externo e se reveste de uma influência relevante no tratamento. Eles projetam hostilidades referentes ao período edípico, bem como ao desejo inconsciente de morte ou agressão a irmãos. Por sua vez, continua Anna Freud (1965/1980), tais figuras, que servem à projeção, se convertem em perseguidores, com os quais a criança irá travar uma batalha externa. Desse modo, a criança espera do analista e deposita nele as esperanças de mudanças do meio ambiente conflitante. Por outro lado, segundo Anna Freud (1965/1980), a dificuldade, por parte da criança, de reconhecer a natureza intrapsíquica de seus conflitos leva a criança a recorrer, no analista, a uma identificação em sua pessoa como um aliado de seus problemas.

Desse modo, continua Anna Freud (1965/1980), a criança, diferente do adulto, espera do analista a remoção daquilo que ela não consegue reconhecer por ser da ordem do psíquico. Nesse sentido, a esperança da criança na remoção de seu conflito se ampara em mudança de elementos da vida exterior “uma mudança de escola, afastando a criança do professor temido; ou a separação de um companheiro ‘mau’” (p. 196). No entanto, podemos reconhecer que toda a tendência em suprimir os elementos e as mudanças exteriores ignora o fato de que elas se originam dos próprios conflitos internos da criança.

Com bastante frequência, completa Anna Freud (1965/1980), os pais se interessam neste procedimento de alterar o ambiente em detrimento das dificuldades intrapsíquicas. Isso contradiz completamente a posição do analista, que reconhece essa interação, mas acredita que o conflito só poderá ser resolvido por medidas terapêuticas que afetem a estrutura.

Consideramos que a importância consagrada à interação dos fatores externos e internos são pontos relevantes na prática clínica de Anna Freud. Porém, os aspectos externos se sobressaem em detrimento dos “impulsos” internos da criança. Assim, por mais que os elementos

internos sejam considerados na prática de Anna Freud, é essencialmente, a nosso ver, nas questões externas e do ambiente que o discurso nessa prática clínica se apresenta.

Assim, podemos considerar que o discurso da criança e sua história não alcançam o primeiro plano no tratamento com Anna Freud, sendo este guiado pelo discurso do Outro familiar. Ou seja, as produções do inconsciente no que se refere aos conflitos da criança ficam em segundo plano nessa prática clínica. Como destaca Spínola (2001), Freud, quando fez a ruptura com a psicologia do traumatismo:

indicando a cena do inconsciente, a cena fantasmática como aquela que define a realidade do sujeito, ele nos levou mais além das carências do ambiente familiar na determinação e na escolha da posição do sujeito (p.76).

Sobretudo, continua Spínola (2001), Freud nos fez reconhecer e “ir mais além da dimensão realista da implicação subjetiva dos pais no sintoma da criança” (p. 76). Todavia, o que verificamos na prática clínica de Anna Freud se ancora num ponto de vista que considera o ambiente e a presença dos pais como relevantes para a condução do tratamento. Essa consideração da presença dos pais já define a abordagem de Anna Freud e, do mesmo modo, demarca de antemão seu distanciamento no que se refere à prática clínica psicanalítica.

2.4.4 O sintoma da criança

Na perspectiva clínica da criança em desenvolvimento, o sintoma se apresenta como resultado dos conflitos intrapsíquicos e de elementos externos ao desenvolvimento. Quando o eu, diz-nos Anna Freud (1965/1980), se vê em dificuldades pela invasão dos impulsos instintivos do id, utiliza o sintoma como defesa contra essas moções inconscientes. Esses conflitos são “subprodutos normais do desenvolvimento estrutural comuns a todos os indivíduos que suplantaram, em seu crescimento, o nível primitivo de indiferenciação” (p. 191). O sintoma, então, é

resultado de uma defesa quando o eu se vê confrontado por uma exigência pulsional particular (FREUD. A. 1946/1986).

Desse modo, para Anna Freud (1946/1986), o sintoma é tomado num contexto em que a genética tem a função coadjuvante de determinar os aspectos do desenvolvimento da criança, a fase na qual se encontra a idade adequada de determinado comportamento.

O sintoma, na prática de Anna Freud (1965/1980), tem uma relação direta com as fases do desenvolvimento pelas quais passa a criança. Por esse motivo, no transcurso do tratamento analítico, Anna Freud coloca em suspensão a condição de melhora do sintoma da criança, uma vez que fica um impasse: se a melhora do sintoma se deu pelo tratamento realizado ou simplesmente porque o processo de maturação da criança, que se apresentava insuficiente no início do tratamento, se completou. É em virtude da imaturidade no desenvolvimento da criança e das dificuldades próprias a esse momento que a análise infantil é vista por Anna Freud (1965/1980) como “sinônima, em maior ou menor grau, da história dos esforços para superar e neutralizar estas dificuldades” (p. 32).

Por essa definição, todo o empreendimento realizado para o tratamento com crianças, na prática de Anna Freud, nos direciona a um viés adaptativo da criança ao social, sobretudo por meio da utilização de práticas que se preocupam com futuras dificuldades que iriam colocar em desequilíbrio o eu infantil.

O sintoma, como produção do inconsciente e desse modo como resposta a ser dada pela criança, não se insere no contexto de uma prática na qual há preponderância do desenvolvimento, da adaptação, da ênfase familiar e de técnicas que se preocupam em fortalecer o eu da criança. Nesse contexto, é a remoção do sintoma, como comportamento inadequado, que nos parece tomar a cena na prática de Anna Freud, para que se chegue a bom tempo a adaptação ao social.

O que reconhecemos nessa clínica do sintoma como defesa se ancora, a nosso ver, na desconsideração da dimensão pulsional do sintoma. O sintoma, como elemento que precisa ser suprimido, está na contramão do procedimento analítico que reconhece o sintoma como

produção do inconsciente e, portanto, como solução a ser dada pelo sujeito para o que se encontra nele como irreconciliável em seu desejo.

2.4.5 O inconsciente

Em referência ao que se analisa na prática clínica com crianças em Anna Freud (1946/1986), tem-se como resposta: “o objeto de análise é o próprio eu” (p. 25). A ênfase a essa instância do eu sublinha seu caráter defensivo ao qual está recorrentemente empenhado de se defender dos impulsos inconscientes, evocando o sintoma. Já de antemão, a eleição dessa instância como referência principal do tratamento já denomina esse procedimento como inteiramente contrário aos métodos de investigação psicanalítica, que tem por objetivo a investigação do material inconsciente.

Segundo Anna Freud (1946/1986), a análise dos conflitos psíquicos da criança faz sua entrada no tratamento com crianças em um segundo momento, quando as práticas educativas e corretivas não promoveram a esperada mudança no comportamento. Mais uma vez, são os fatores externos que são colocados em ênfase para o tratamento com crianças em detrimento dos aspectos do inconsciente.

A finalidade da análise com crianças, diz-nos Anna Freud (1965/1980), “continua sendo a ampliação da consciência, sem o que é impossível incrementar o controle do ego” (p. 34). Ou seja, sua técnica tem como objetivo priorizar os aspectos conscientes do eu. Essa é uma questão que nos direciona, seguindo Anna Freud, para o caminho da adaptação, uma vez que considera os aspectos superficiais do comportamento da criança, desconsiderando a dimensão pulsional do inconsciente. Por essa perspectiva, a preocupação relevante com a supressão do sintoma tende a ser o objetivo terapêutico em detrimento do sintoma como mensagem de uma produção do inconsciente.

Por meio das nossas leituras, podemos traçar um percurso realizado por Anna Freud. Reconhecemos que, desde o início da construção de sua técnica analítica, ela parece não ter se desviado do que podemos considerar como sua “veia” de formação pedagógica. Desde o

início de sua formação, Anna Freud já se direcionava mais para questões voltadas para a adaptação da criança ao social do que às questões concernentes à produção do inconsciente. Mesmo participando dos conhecimentos psicanalíticos dos quais é considerada herdeira, Anna Freud não os adotou integralmente em sua prática com crianças, distanciando-se do que ela mesma reconheceu como um procedimento puramente psicanalítico.

Destacamos que a prática clínica com crianças a partir de Anna Freud nos deixa impressa uma leitura, com certa reserva, da formulação da segunda tópica e da dimensão pulsional nela inserida. No que concerne a essa prática, a dificuldade de apreensão dessa nova formulação tem como efeito a desconsideração da dimensão pulsional. Essa desconsideração coloca em evidência a impossibilidade de recorrer a questões da ordem do inconsciente numa prática preocupada com questões pedagógicas.

Enfim, o novo conceito de pulsão postulado por Freud na segunda tópica tornou possível verificar, no percurso clínico de Anna Freud, certo encaminhamento já realizado por ela desde os primeiros tempos da psicanálise: o encaminhamento de uma prática cuja proposta se direciona para um recurso de adaptação da criança ao social, o que, a nosso ver, se traduz pelo fato de desconsiderar no sintoma a dimensão pulsional. É o sintoma como defesa o encaminhamento dado por Anna Freud em sua prática. Desse modo, reconhecemos em Anna Freud a precursora de uma técnica que se encaminha e se ancora em processos conscientes em detrimento de uma investigação do inconsciente e de suas produções.

A desconsideração do elemento pulsional presente no sintoma promoveu uma inflexão que provocou um afastamento da clínica do sintoma como solução, ensejando um recurso à adaptação da criança ao social.

CAPÍTULO III – MELANIE KLEIN E O TRATAMENTO DO SINTOMA

Neste capítulo, seguiremos o percurso teórico de Melanie Klein, que, juntamente com Anna Freud, é considerada pioneira no tratamento psicanalítico com crianças. Melanie Klein, tal como Anna Freud, participou do mesmo contexto de entrada da psicanálise com crianças no ano de 1920, inaugurando, por sua vez, um modo particular de prática para o tratamento psicanalítico com crianças.

Melanie Klein fez sua entrada no movimento psicanalítico sob uma perspectiva mais analítica no tratamento com crianças, sobretudo porque utiliza os conceitos fundamentais da psicanálise freudiana como fundamento de sua prática. Essa proposição é utilizada para conceituar a técnica de Melanie Klein e para definir sua prática, principalmente quando se tem por objetivo demarcar sua divergência em relação aos pressupostos pedagógicos e adaptativos utilizados por Anna Freud.

Essa divergência se destaca essencialmente no contexto da técnica e da prática analítica. As investigações teóricas de Melanie Klein promoveram novas descobertas sobre o desenvolvimento emocional infantil referente à exploração das fases mais primitivas da vida mental, que se caracterizavam pela relação de objeto, pela noção de mundo interno da criança, pela fantasia inconsciente e por mecanismos mentais de defesa, tais como divisão e projeção (KLEIN, 1986).

Considerada como principal comentadora da obra de Melanie Klein, Hanna Segal (1975) apresenta, no livro intitulado *Introdução à*

Obra de Melanie Klein, uma divisão da obra dessa autora em dois momentos distintos. Considerando essa divisão como ponto teórico importante, iremos adotá-la, tal como proposta por Segal, e destacaremos esses momentos: um primeiro momento, que se iniciou no ano de 1921 e culminou em 1932. Nesse período, Klein se apoiou e desenvolveu sua técnica baseada na teoria freudiana clássica, considerando seu conceito fundamental – o inconsciente. Em um segundo momento, datado a partir de 1934, Melanie Klein se distanciou e se diferenciou da teoria freudiana para formular o que ela mesma nomeou como sua prática no tratamento com crianças, postulando novos conceitos e reelaborando-os do ponto de vista do seu entendimento sobre o tratamento com crianças (SEGAL, 1975).

Melanie Klein, por sua vez, fez sua entrada na prática com crianças no momento da grande virada epistemológica da teoria de Freud em relação à nova postulação da pulsão (JONES, 1979). Do mesmo modo, ela também se inseriu no contexto da emergência de novas práticas para se haver com o sintoma, principalmente participando de um momento no qual essas novas práticas almejavam em seu objetivo terapêutico a eliminação do sintoma como solução para dominar o mal-estar do sujeito. Desse modo, algumas questões podem ser colocadas: como Melanie Klein se coloca nesse momento circunscrito da prática com crianças em relação ao sintoma? Como ela se coloca em sua prática com relação à referência à dimensão pulsional do sintoma? Seguiremos, adotando a divisão proposta por Segal para o primeiro momento de sua obra.

3.1 1921-1932: influência da teoria freudiana clássica

Melanie Klein nasceu em Viena no ano de 1882, vindo a falecer em Londres, no ano de 1960, aos 78 anos de idade. Estudou no Ginásio de Viena, única escola nessa data, final do século XIX, que preparava meninas para ingressar na universidade. Tinha interesse em estudar medicina, mas seus planos, devido ao casamento, foram alterados, optando pelo curso de arte e história (GROSSHURTH, 1992).

O início dos estudos psicanalíticos de Melanie Klein, tal como os de Anna Freud, foram marcados pela Guerra. Phyllis Grosshurth (1992), biógrafa de Melanie Klein, relata, no livro *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*, o início de sua formação.

No ano de 1914, Melanie Klein transferiu-se para Budapeste, onde iniciou sua formação psicanalítica. No ano de 1921, foi para Berlim, a convite de Karl Abraham, importante mestre que a influenciou no trabalho analítico com crianças e em sua formação nos conhecimentos psicanalíticos. Permaneceu em Berlim até 1925, migrando, a partir dessa data, definitivamente para Londres, a convite de Ernest Jones, depois da morte de seu mestre Abraham. Em Londres, permaneceu até sua morte e foi nessa cidade que iniciou todo seu percurso no que diz respeito à psicanálise com crianças. No interior da Sociedade Britânica de Psicanálise, tornou-se a fundadora da chamada Escola Inglesa de Psicanálise, que se oporia, a partir de então, à Escola de Viena, esta sob a direção de Anna Freud (GROSSHURTH, 1992).

O primeiro momento da prática clínica e teórica de Melanie Klein, tal como destacado por Hanna Segal (1975), foi datado do ano de 1921 a 1932. Esses 12 anos são dedicados à prática e elaboração da técnica com crianças no momento em que ainda se dedicava aos fundamentos psicanalíticos de Freud. Essa fase teve início com o texto *O desenvolvimento da criança*, no ano de 1921, e culminou com o livro *A psicanálise de crianças*, de 1932. Todos os textos de Melanie Klein que perfazem esse primeiro momento se inserem em um contexto mais amplo da obra dela, que prossegue até o ano de 1945. Todos esses textos foram compilados em um único livro intitulado *Contribuições à Psicanálise* (SEGAL, 1975). Neste, a prática do tratamento com crianças é desenvolvida e aprimorada por meio do atendimento às crianças.

Nosso percurso nos textos de Melanie Klein nesses primeiros anos do início de sua clínica irá nos conduzir e revelar qual encaminhamento dado por ela em sua prática de tratamento com crianças em relação à dimensão pulsional. Do mesmo modo, reconhecer qual a perspectiva do sintoma utilizada por Melanie Klein nessa data em que ela utiliza a referência ao ensino de Freud.

Para isso, o texto de 1921 – *O desenvolvimento de uma criança* –, será por nós destacado mais adiante. A partir desse ensaio, poderemos isolar elementos que nos direcionam para o encaminhamento dado por Melanie Klein em sua prática.

3.1.1 Prevenção contra o sintoma no tratamento?

A preocupação de Melanie Klein com as crianças, no contexto do pós-Guerra, não foi diferente da de Anna Freud. Entretanto, Melanie Klein se ateu essencialmente ao atendimento clínico com crianças. No primeiro momento destacado de sua teoria, quando começou a analisar crianças, é sobre o desenvolvimento primitivo destas que Melanie Klein dirige sua prática. Foi por meio do brincar, ferramenta importante que se seguiu à descoberta do desenvolvimento primitivo da criança, que Melanie Klein teve a possibilidade de seguir o caminho do inconsciente, desvelando o mundo das fantasias inconscientes e da relação de objeto da criança (SEGAL, 1975).

Todavia, torna-se relevante destacar que Melanie Klein (1921/1981), também, inicia seus trabalhos tomados por uma situação social emergente – a Guerra –, que motiva uma questão importante na prática com crianças. Tal questão, no que concerne à prática, preocupa-se em como evitar que determinadas impressões da infância causem traumas e lesões que poderiam ocorrer em uma fase muito precoce da vida da criança. Por isso, ela coloca a questão: “de que maneira esta informação contribui para a profilaxia? O que podemos nós, médicos, fazer, quando lidamos com crianças quando estão nessa idade?” (p. 49).

Essas indagações destacadas por Melanie Klein no início de seu texto de 1921 nos parecem atravessar todo o percurso realizado pela autora no que se refere à sua prática nessa data. São os elementos de profilaxia do comportamento que se destacam como recursos utilizados para a prevenção de futuros sintomas das crianças.

A relevância nos aspectos da profilaxia podem ser observados na preocupação demonstrada por Melanie Klein com os fatores que

poderiam ser prejudiciais à criança e causadores de neuroses nos primeiros anos da infância. Entre eles, estão o fato de

que a criança desde o nascimento não deve compartilhar a cama dos pais; exigiremos menos requisitos éticos compulsórios do que os nossos pais exigiram de nós; interferindo menos no seu comportamento. Procuraremos obter um desenvolvimento mais lento, que permita que seus instintos se tornem parcialmente conscientes, assim facilitando, também, a sua possível sublimação (KLEIN, 1921/1981, p. 49).

Nessa passagem do texto de Melanie Klein, podemos destacar ainda que os recursos teóricos utilizados por parte dessa autora já foram, por sua vez, mencionados por Freud na introdução do texto de 1913, *A The Psycho-Analytic Method de Pfister*, no que se refere ao fato de amenizar a repressão à educação. Nesse texto, Freud (1913/1980) acrescenta que o uso terapêutico da psicanálise poderia ter uma influência profilática na criança.

Portanto, uma educação sem repressão seria a saída para se evitar a neurose, permitindo, por parte da criança, a expressão de seu comportamento sem interferência de fatores exteriores. Como nos diz Melanie Klein (1921/1965/1981):

O conhecimento adquirido pela psicanálise exige que as crianças sejam sempre protegidas contra qualquer repressão por demais severa e assim resguardadas da doença ou de um desenvolvimento errado do caráter (p. 15).

Esse recurso teórico era utilizado também por Anna Freud em sua apropriação entre o analítico e o pedagógico. Desse modo, podemos considerar, de acordo com Melanie Klein, que o sintoma que porventura a criança possa vir a desenvolver pode ser prevenido por medidas profiláticas na tenra infância.

O esclarecimento destacado por Melanie Klein (1921/1965/1981) de uma prática de tratamento voltada para os aspectos de uma “educação sem repressão e baseada sobre a franqueza irrestrita” (p. 16) é o que nos permite considerar, desse modo, um viés preventivo no tratamento

proposto por Melanie Klein nesse primeiro momento de sua prática clínica. Esse viés pode ser revelado no primeiro caso atendido por Melanie Klein no ano de 1921. Essa criança é Fritz, um menino de cinco anos, que se tornou o modelo de atendimento com crianças realizado por ela.

Ao iniciar esse texto de 1921, *O desenvolvimento da criança*, Melanie Klein ressalta a importância do esclarecimento sexual às crianças. Destaca que essa conduta era uma prática comum adotada, nessa data, nas escolas, com a intenção de proteger as crianças dos perigos da ignorância nesse assunto durante a puberdade. A psicanálise participava, por meio do esclarecimento sexual, da educação das crianças, preocupando-se com o desenvolvimento destas. Continua Melanie Klein (1921/1965/1981):

O conhecimento obtido pela psicanálise, porém, indica a necessidade, senão de ‘esclarecer’, pelo menos de educar as crianças, desde a mais tenra idade, de maneira tal que se tornará desnecessário qualquer outro esclarecimento especial, já que visa ao mais completo e mais natural esclarecimento compatível com o grau de desenvolvimento da criança (p. 15).

A proposta de esclarecimento às crianças por meio do conhecimento psicanalítico tem como objetivo educá-las desde os primórdios da infância, sobretudo levando em consideração o momento do desenvolvimento no qual a criança está inserida. É a perspectiva da criança em desenvolvimento que podemos reconhecer nesse primeiro momento em Melanie Klein (1921/1965/1981).

Mediante esse procedimento de esclarecimento, diz-nos Klein (1921/1965/1981), evitam-se os “perigos reais e visíveis” sentidos pela criança, o que destaca o objetivo de que “a análise visa a prevenir perigos que são igualmente reais, ainda que não visíveis” (p. 16). O que podemos verificar, nesse primeiro momento, é que a educação se insere nesse procedimento de esclarecimento dos perigos reais na tentativa de buscar uma solução para estes, desconsiderando, por sua vez, os elementos da ordem do inconsciente e, portanto, da pulsão.

Enfatizando os elementos da prevenção, estes, por sua vez, nos levam a considerar a hipótese de um encaminhamento para uma prática clínica adaptativa presente no tratamento proposto por Melanie Klein. No intento de esclarecer esse primeiro momento da prática de Melanie Klein, é a leitura do caso Fritz que irá nos guiar na elucidação de tal hipótese.

Melanie Klein (1921/1965/1981) inicia seu relato do caso Fritz, expondo sobre sua proximidade com a criança, uma vez que eram vizinhos. Prossegue, considerando que essa proximidade lhe concede a oportunidade de estar muitas vezes na companhia da criança. Além disso, continua: “como sua mãe segue todas as minhas recomendações, posso exercer uma influência de longo alcance na educação da criança” (p. 17). Aqui, nesse primeiro momento de sua prática, Melanie Klein nos parece indicar que o fato de ter um conhecimento próximo tanto com a criança quanto com a mãe é elemento importante para o início do tratamento. São os efeitos da influência externa, nesse caso, materna, que ela parece valorizar. Essa posição contradiz, de antemão, os fundamentos da clínica analítica, que considera relevante a neutralidade do analista no que concerne ao tratamento.

Durante a apresentação do caso, Melanie Klein (1921/1965/1981) se refere a Fritz, destacando as seguintes características do seu desenvolvimento: “o menino, hoje com cinco anos de idade, é uma criança saudável e normal, mas seu desenvolvimento mental tem sido vagaroso” (p. 17). Por outro lado, continua ela, possui memória notável, vivo e inteligente, porém “se achava nitidamente atrasado em relação às outras crianças de sua idade” (*ibidem*). Essa primeira observação de Melanie Klein sobre a criança se destaca por seu interesse nos aspectos do desenvolvimento desta e, por outro lado, ao interesse em compará-la a outras crianças da mesma idade. Essa posição nos leva a considerar que são os aspectos do desenvolvimento normal da criança que tomam a cena no tratamento com Fritz.

Melanie Klein (1921/1965/1981) relata ainda a insistência de Fritz em fazer perguntas de toda ordem, tais como: “como nascem as crianças; onde estava eu antes de nascer; coelho da páscoa existe; Deus existe” (p.

18). Todas essas indagações eram respondidas, segundo Klein, “com absoluta veracidade e, quando necessário, numa base científica apropriada ao seu entendimento” (*idem*). Entretanto, as respostas que não conseguiam satisfazer completamente sua curiosidade reiniciavam em forma de indagação algum tempo depois. Para Melanie Klein, a recorrência de perguntas sobre a origem e causa, tanto das pessoas quanto dos objetos, tornou-se incompreensível para ela em um primeiro momento:

A princípio não compreendi o significado completo da frequente recorrência dessas perguntas, devido ao fato de que, no aumento geral do prazer da criança em fazer perguntas, aquele significado não chamou minha atenção. Da maneira como seu impulso para a investigação e o seu intelecto parecia evoluir, pensei que novos pedidos de esclarecimentos eram inevitáveis e que eu teria que me ater ao princípio do esclarecimento gradual (p. 51-52).

A repetição insistente, por parte da criança, de perguntas que já tinham sido esclarecidas a ela anteriormente, nos permite considerar que as questões não compreendidas pela criança são de outra ordem. A insistência de Melanie Klein em permanecer na ordem educativa por meio dos esclarecimentos de ordem sexual à criança se destaca, a nosso ver, como uma desconsideração, das produções do inconsciente presente na vida da criança, no atendimento desse caso nessa data.

Ainda no que diz respeito às insistentes perguntas da criança, no que se refere à existência de Deus, Melanie Klein (1921/1965/1981) conclui: esse assunto termina, ao longo de seis semanas, ao concluir um período definido do desenvolvimento intelectual de Fritz. Melanie Klein caracteriza esse período em três momentos: o período anterior às perguntas, o período referente ao início das perguntas e o término delas com a elaboração da ideia de Deus. Esse momento representa, segundo Klein, que a criança incorporou esse conhecimento de uma forma ampla no pensamento. Posição que nos permite considerar, mais uma vez, que os aspectos do desenvolvimento da criança estão em primeiro plano nesse tratamento.

Segundo Melanie Klein (1921/1965/1981), todas as indagações, realizadas por Fritz no cotidiano, no que se refere à existência de coisas e pessoas, bem como “as certezas e fatos assimilados servem-lhe obviamente como padrão de comparação para novos fenômenos e novas ideias que requeiram elaboração” (p. 28). Para Melanie Klein (1921/1965/1980), a elaboração à qual chega Fritz possui relação com o conhecimento que ele foi adquirindo ao longo dos questionamentos e que permitiu a ele a apreensão de novas aquisições para a compreensão dos fatos indagados. Essa elaboração proposta por Melanie Klein, nessa data, difere da elaboração que a clínica psicanalítica recorre para dizer das produções do inconsciente.

Do mesmo modo, tal como os aspectos do desenvolvimento normal da criança, a curiosidade de Fritz em relação aos elementos enigmáticos da vida tem um momento para cessar. Esse momento estaria associado com o término do desenvolvimento específico da fase que Fritz está vivenciando. Essa posição se apresenta como contrária ao entendimento que a clínica psicanalítica possui sobre a insistência a repetir. A insistência à repetição apresenta elementos da dimensão pulsional que não cessarão de insistir a menos que haja uma interpretação dos efeitos do inconsciente por parte do analista e uma elaboração desses efeitos por parte do paciente.

Na preocupação em fornecer respostas às questões do cotidiano, ancoradas nas fases do desenvolvimento pelo qual passa a criança, podemos verificar elementos que nos permitem reconhecer um encaminhamento voltado para um viés preventivo, que se distancia, nesse primeiro momento, do que é considerado pela perspectiva analítica.

Mais adiante, no texto *O desenvolvimento de uma criança*, Melanie Klein (1921/1965/1981) continua a nos dizer que

estes requisitos educacionais podem ser postos em prática (tenho tido repetidas oportunidades de me convencer disso) e proporcionam resultados nitidamente favoráveis, obtendo-se com eles, sob muitos aspectos, um desenvolvimento muito mais desembaraçado da criança (p. 50).

Podemos reconhecer, na leitura desse fragmento de Melanie Klein, o interesse pelos recursos educativos utilizados como instrumentos capazes de proporcionar um melhor desenvolvimento da criança no processo terapêutico. No caso do menino Fritz, esse recurso é claramente identificado por meio do esclarecimento dos fatos dados e revelados para ele no tratamento. Do mesmo modo, essa conduta utilizada no tratamento nos leva a considerar a clínica de Melanie Klein, nesse primeiro momento, como uma prática que se encaminha para objetivos preventivos e adaptativos no que se refere ao sintoma da criança.

Do mesmo modo, a eficácia terapêutica por ela revelada sinaliza, mais uma vez, o viés adaptativo. Assim, conclui Melanie Klein (1932/1969): “uma das consequências de uma análise completa é o total esclarecimento sexual, assim como a plena adaptação à realidade. Sem isso não se pode dizer que a análise foi concluída com êxito” (p. 36). Essa posição nos leva a considerar que a ideia de cura, proposta por Klein, tem relação com a possibilidade de adaptação da criança ao social.

Um pouco mais adiante, nesse mesmo texto do ano de 1921, Melanie Klein continua a reconhecer a importância de se colocar em prática os requisitos educacionais para um melhor desenvolvimento da criança. “Muitos bons resultados se conseguiriam se fosse possível transformá-los em princípios gerais para educação” (p. 50). Todavia, continua Klein, é importante se ater a uma condição restritiva, e segue com a indagação: “podem estas medidas profiláticas impedir o aparecimento de neuroses ou de desenvolvimentos prejudiciais de caráter?” (*idem*) Como resposta, Melanie Klein (1921/1965/1981) relata:

Minhas observações me convenceram de que, mesmo assim, alcançamos muitas vezes apenas uma parte do que almejávamos, [...]. Pois sabemos, pela análise dos neuróticos, que apenas uma parte dos danos resultantes do recalçamento podem ser atribuídos ao ambiente errado ou a outras circunstâncias externas prejudiciais. Outra parte muito importante é devida à atitude da criança, presente desde os mais tenros anos de vida (*ibidem*).

Desse modo, Melanie Klein (1921/1981) conclui que a rígida proteção à infância seria ineficaz contra o fator constitucional. O caso de

Fritz confirma essa asserção: “A cuidadosa educação recebida por pessoas influenciadas pela psicanálise não impediu que surgissem inibições e sintomas neuróticos característicos” (p. 147). Sendo assim, a resposta à indagação nos esclarece que a medida profilática no tratamento não impediu o aparecimento da neurose.

Podemos observar, mais adiante no relato do tratamento de Fritz, o que vai se delineando, a nosso ver, na prática de Melanie Klein, juntamente com a preocupação da prevenção no tratamento, é maior consideração dos elementos da ordem do inconsciente.

Ao final da exposição do caso Fritz realizada na Sociedade Húngara de Psicanálise no ano de 1919, Dr. Anton Freund, um dos amigos mais próximos e fiel discípulo de Freud, fez uma consideração sobre o caso apresentado por Melanie Klein. Essa consideração coloca em questão qual procedimento utilizado por Melanie Klein em sua prática com crianças nessa data e se esta poderia ser considerada analítica ou não. Melanie Klein (1921/1965/1981) relata esse momento:

O Dr. Anton Freund havia insinuado que as minhas observações e classificações eram certamente analíticas, porém não a minha interpretação, pois eu tomara apenas em consideração as perguntas conscientes, deixando de lado as inconscientes (p. 55).

O Dr. Anton Freund, nessa discussão, faz questionamentos acerca do caso Fritz e da desconsideração por parte de Klein, nesse caso, dos elementos inconscientes. Melanie Klein (1921/1965/1981) replicou essa posição, dizendo que achava “suficiente tratar de perguntas conscientes, pois não havia razão convincente em contrário” (p. 55). Entretanto, ainda nessa discussão do caso, Melanie Klein declina de sua posição quanto à suficiência das perguntas de ordem consciente, considerando que o Dr. Anton Freund poderia estar certo. E continua: “Agora, porém, eu já percebia que seu ponto de vista era correto e que tratar só das perguntas conscientes não era suficiente” (*ibidem*).

A partir dessas considerações, o que se destaca é um questionamento sobre a prática de tratamento de Melanie Klein. Se essa é uma prática que se diz analítica, como considerar, nessa prática, um

procedimento que não examina as produções do inconsciente? De antemão, esse procedimento da prática de Melanie Klein nesse primeiro texto nos dá indicativos de certo desvio no que concerne aos fundamentos psicanalíticos.

Ainda nesse ensaio de 1921, Melanie Klein (1921/1981) considera que preferia não usar a expressão “tratamento completo” para esse caso de Fritz, pois, segundo ela, “estas observações, com suas interpretações apenas casuais, não poderiam ser descritas como tratamento; preferiria descrevê-las como sendo um caso de ‘educação com lineamentos analíticos’” (p. 73). Essa conclusão a que chega Melanie Klein corrobora nossa investigação de que nesse primeiro relato de sua clínica com criança sua prática é permeada por um viés ancorado nos aspectos do desenvolvimento e da prevenção, afastando-se da prática analítica.

Considerando também a demanda social de soluções para os problemas das crianças no período pós-Guerra, essa demanda parece ter contribuído para certo encaminhamento no início de sua prática, para um viés que se preocupa com a prevenção das neuroses da criança e com menos ênfase nos aspectos do inconsciente. Do mesmo modo, parece-nos que ela se sentiu convocada a responder à proposição inerente à condição da prática com crianças nessa data: “como evitar que a criança se torne um adulto neurótico” (SANTIAGO, 2005).

Melanie Klein, a nosso ver, parece ter respondido a essa demanda social e, como resultado, sua prática com crianças permitiu uma leitura possível, nesse primeiro relato de tratamento, da presença de elementos de prevenção e profilaxia como resposta à emergência social na qual estava inserida.

Melanie Klein, nesse primeiro momento, ao visar à profilaxia do sintoma e à adaptação da criança ao social como finalidade terapêutica, nos leva a considerar em sua prática um viés adaptativo. Podemos considerar que nesse primeiro momento de sua prática clínica, especificamente no caso do menino Fritz, o trabalho de Melanie Klein deu margem para se pensar em uma prática voltada para os aspectos da adaptação ao social.

Embora esse primeiro texto de sua prática clínica nos revele uma preocupação com a perspectiva da profilaxia e do desenvolvimento da criança como medida preventiva contra o sintoma, destacando nuança de uma possível perspectiva adaptacionista, todavia, essas medidas não nos autorizam a nomear a técnica e prática de Melanie Klein para um viés de adaptação ao social.

Logo após o ano de 1921, os demais textos de Melanie Klein continuaram a se ancorar na letra de Freud e, por outro lado, a se diferenciar de seu texto. Há várias considerações após o texto de 1921 até os textos de 1932, culminando com a publicação do livro *A psicanálise com crianças*, que se dirige a um distanciamento, por parte das novas postulações de Melanie Klein, da teoria freudiana. Postulações que permitiram o delineamento e, por sua vez, o recuo da teoria edipiana e do superego freudiano para os primórdios do desenvolvimento da criança (KLEIN, 1932/1948/1981).

A seguir, iremos considerar as novas elaborações de Melanie Klein que ficam situadas num tempo mais arcaico do desenvolvimento da criança, o que nos permite perceber neste momento maior consideração da pulsão de morte em suas elaborações teóricas.

3.2 1934-1957: novas elaborações teóricas

O segundo momento da prática de Melanie Klein pode ser caracterizado a partir de 1934. Nessa data, percebe-se uma mudança nos trabalhos de Melanie Klein referente à formulação de novos conceitos, como o de *posição depressiva* e dos *mecanismos de defesa maníaca* descritos principalmente em seus trabalhos de 1934, *Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníacos Depressivos*, e no artigo de 1940, “O Luto e a sua Relação com os Estados Maníaco-depressivos” (SEGAL, 1975). São esses conceitos que são identificados em um período precoce do desenvolvimento da criança, do nascimento até o quinto mês de vida, que servirão de guia para a compreensão da vida emocional dos bebês. A partir dessa data, Melanie Klein deixou de seguir uma orientação

eminentemente freudiana para ir em direção às suas próprias elaborações (SEGAL, 1975).

Tal mudança na elaboração teórica foi ratificada por Melanie Klein no prefácio à terceira edição do livro *Psicanálise da Criança*, redigido no ano de 1947. Neste, Melanie Klein (1932/1948/1981) explicita as ideias que foram modificadas após a publicação desse livro, datado de 1932, e que se tornaram o escopo principal de sua teoria sobre o tratamento com crianças.

A elaboração referente à relação de objeto é um ponto relevante na teoria kleiniana. Essa relação é o modelo que serve à Melanie Klein de orientação para toda a vida posterior da criança (1934/1981). Desse modo, como nos diz Klein, a forma como a criança vive essa relação com a mãe e como irá superá-la será determinante para o desenvolvimento posterior da criança. Nesta relação de objeto primitiva entre mãe e filho, a autora enfatizou a ansiedade e a fantasia inerentes a esse momento arcaico como de extrema importância na relação da criança com o mundo externo.

Partindo dessa posição, nesse segundo momento, observa-se que é a ênfase nos aspectos inconscientes que se revela tomando o primeiro plano na prática de Melanie Klein. Desse modo, podemos interrogar: como Melanie Klein se coloca frente à postulação da pulsão de morte?

3.3 A ansiedade⁵ como defesa do eu contra a pulsão

A ansiedade é concebida na teoria de Melanie Klein (1923/1981) como uma primeira manifestação neurótica da criança, “preparando o caminho, por assim dizer, para os sintomas” (p. 114). Essa noção foi a pedra de toque de sua teoria e foi por meio dela e dos mecanismos de defesa contra ela que Melanie Klein pôde verificar na prática clínica o vínculo direto entre a ansiedade e a teoria dos instintos de vida e de morte (KLEIN, 1952/1986).

⁵ Na obra de Melanie Klein, o termo *anxiety* é traduzido em algumas passagens por ansiedade e, em outras, por angústia. Essa é uma questão de tradução. Nós adotaremos para se referir a esse termo: angústia.

A referência à pulsão de morte freudiana é tomada por Melanie Klein (1952/1986) pela noção de pulsão agressiva. Essa pulsão é a causa primária da ansiedade, que se apresenta não só como resposta da pulsão de morte interna e inerente ao sujeito, como de fontes externas de frustração que estão presentes na vida do bebê desde o início da vida pós-natal. Ela continua:

Há muitos anos que sustento a opinião de que a atividade interna do instinto de morte dá origem ao medo de aniquilamento e de que é essa a causa primária da ansiedade persecutória (p. 216).

Na biografia consagrada à obra de Melanie Klein, Phillis Grosshurth (1992) descreve que a nova formulação da pulsão proposta por Freud foi aceita por Melanie Klein. Entretanto, como nos diz Grosshurth, essa nova postulação não teve, por parte de Klein, a compreensão do termo exatamente tal como elaborada por Freud. As atitudes destrutivas observadas nas crianças eram, segundo ela, um correlato da pulsão de morte.

Ela sempre achou que estava seguindo uma orientação dada por Freud, mas, ao contrário de Freud, [...] ela não tinha uma compreensão verdadeira do instinto no sentido em que Freud falava. O que Klein via era que as crianças de que ela tratava estavam empenhadas em atividade destrutiva, e chamava a isso a ação do instinto de morte (GROSSHURTH, 1992, p. 118).

No livro *Inveja e Gratidão*, de 1957, Melanie Klein (1957/1984) coloca a sua posição a esse respeito da diferença entre seu pensamento e o de Freud em relação à pulsão. E mais ainda, esclarece que, para ela, é o eu que se defende dessa pulsão.

A ameaça de aniquilamento pelo instinto de morte dentro é, em minha concepção – que, neste ponto, difere da de Freud –, a ansiedade primordial, e é o ego que, a serviço do instinto de vida – possivelmente, chamado mesmo à atividade pelo instinto de vida – desvia até certo ponto essa ameaça para fora. Esta defesa fundamental contra o instinto de morte foi atribuída por Freud ao organismo,

enquanto que eu considero tal processo como a atividade principal do ego (p. 47).

Para Klein (1957/1984), o eu⁶ existe desde o início da vida pós-natal, embora de forma rudimentar, mas que, sobretudo, desempenha uma série de funções importantes de defesa contra o instinto de destruição. Portanto, o ego se apresenta como ator principal nesse cenário em defesa de sua integração, colocando-se a serviço da pulsão de vida e buscando se defender da pulsão de morte.

No intento de elucidarmos a presença da pulsão inerente à vida do sujeito e sua relação com a ansiedade conforme elaborada por Melanie Klein, iremos nos ater à relação de objeto, entre a criança e a mãe, tão cara a Melanie Klein.

Nessa primeira relação dual com a mãe, a criança vivencia a experiência de ansiedade, proveniente dos estímulos de fontes internas e externas sentidas pela criança. Isso porque, como nos diz Klein (1952/1986), supomos “que há sempre uma interação, embora em várias proporções, dos impulsos libidinais e agressivos, correspondendo à fusão dos instintos de vida e de morte” (p. 217). A pulsão destrutiva suscita na criança uma angústia que se manifesta nela de duas maneiras, conforme Melanie Klein (1932/1969/1981): primeira, torna a criança temerosa de seus próprios impulsos destrutivos internos, o que leva a criança a temer sua aniquilação; e uma segunda maneira seria uma ação contrária a esses impulsos destrutivos internos ao colocá-los sobre o objeto externo, considerando este como uma fonte de perigo. Essa experiência pela qual passa o eu tem a função de possibilitar uma proteção contra a pulsão de morte, estando a serviço da pulsão de vida.

No entanto, na iminência de se livrar desse impulso destrutivo, são os mecanismos de defesa organizados nos processos de projeção e introjeção que se fazem presentes nessa relação. Melanie Klein (1952/1973) associa a essa relação a presença da fantasia. Nessa relação de objeto, ela demonstrou que os bebês entregam-se a construir fantasias

⁶ Aqui, no texto no qual citamos o que seria o eu, nós vamos chamar de ego porque é essa denominação que nós encontramos no texto da autora ao referir-se a essa instância. Quando for uma consideração feita por nós, usaremos a denominação eu.

desde o início de sua existência e ela acredita que “a fantasia constitui a atividade mental mais primitiva e que existem fantasias na mente do bebê quase a partir do nascimento” (p. 36). Para o bebê, segundo Melanie Klein, o objeto de todas essas fantasias é no início o seio da mãe. Este se apresenta para o bebê como fonte de prazer, ao saciá-lo, e como fonte de desprazer, pela falta de gratificação. Ou seja, na fantasia da criança, o seio é introjetado como primeiro objeto de identificação em seus aspectos bons, amando-a e alimentando-a. No entanto, é a mãe como objeto bom que é introjetada no mundo da criança. Por outro lado, a projeção se dá quando a criança, ao se sentir privada pelo seio, que nesse momento ela considera mal, projeta todo o seu ódio sobre ele e, como consequência, contra a mãe (KLEIN, 1963/1975).

Dessa maneira, todas as relações posteriores de bem e mal, bom ou ruim serão baseadas nessa primeira relação de objeto entre mãe e filho. Esta antítese entre seio bom e seio mau se dá pelo fato de o eu ainda não estar totalmente integrado. Sua integração é resultado das primeiras identificações em relação ao objeto (KLEIN, 1952/1973).

Essas primeiras experiências de projeção e introjeção da criança relacionadas a estímulos internos e externos servem de base para a formação do eu e das futuras fantasias sobre os objetos com os quais o eu irá se relacionar. São essas fantasias e os mecanismos de defesa a ela associados que permitem a futura integração do eu, considerando que essa integração seja uma expressão do instinto de vida. Por outro lado, por melhores que sejam esses sentimentos nessa relação, os impulsos agressivos também permanecem integrados nela (KLEIN, 1963/1975).

A formação do eu, segundo Klein (1963/1975), “se desenvolve, em grande parte em torno desse objeto bom, e a identificação com as boas características da mãe torna-se a base para ulteriores identificações benéficas” (p. 9). O que significa, segundo Klein, que o objeto bom internalizado é uma das pré-condições para um eu integrado e estável e para as boas relações de objeto.

Nessa relação, continua Klein (1952/1986), “supomos que há sempre uma interação correspondendo à fusão dos instintos de vida e de morte” (p. 217). Desse modo, é o equilíbrio entre as tensões internas e

externas que estão em jogo durante todo o processo de formação do ego. Todavia, ressalta Klein (1952/1986), “a tendência do ego para integrar-se pode, portanto, assim penso eu, ser considerada uma expressão do instinto de vida” (p. 221). Dessa forma, é na interação entre as pulsões de vida e de morte que a integração do eu se dá, sobretudo no predomínio do instinto de vida nessa relação.

A pulsão agressiva, correlata da pulsão de morte freudiana, permite ao sujeito se desenvolver e estabelecer novas relações que não sejam somente ancoradas na destruição. Desse modo, a ansiedade, primeira experiência vivida pela criança na relação de objeto, se coloca como defesa do eu contra a pulsão.

No entanto, o que nos resta entender é como na clínica com crianças Melanie Klein se posicionou em sua prática frente a dimensão pulsional, inerente ao sujeito, essencialmente no que diz respeito ao sintoma da criança.

Nesse sentido, nossa questão a investigar será: qual a perspectiva utilizada por Melanie Klein no tratamento psicanalítico em relação à dimensão pulsional do sintoma da criança?

3.4 O tratamento psicanalítico com crianças

No tratamento psicanalítico segundo Melanie Klein (1963/1975), o objetivo terapêutico é a integração do eu. Na mesma medida, a relação de objeto é um ponto de ancoragem para a realização desse tratamento. É por meio dela e do reconhecimento da pulsão agressiva inerente ao sujeito, bem como das fantasias e mecanismos projetivos e introjetivos nessa relação, que o sujeito irá buscar uma solução que se afaste do aniquilamento, próprio à pulsão de morte.

A seguir, utilizaremos quatro tópicos que irão nos referenciar para analisar como Melanie Klein situa no tratamento a dimensão pulsional.

3.4.1 A criança no tratamento

A criança concebida por Melanie Klein, como vimos, é uma criança ancorada na perspectiva do desenvolvimento. A precariedade inerente ao eu nos primórdios da vida das crianças almeja ao longo de seu desenvolvimento, sua integração, por meio das identificações de projeção e introjeção. A perspectiva do desenvolvimento se impõe na prática clínica de Melanie Klein e representa o que para ela destaca a diferença no tratamento entre o adulto e a criança. Posição essa que pode ser claramente identificada no texto de 1921 do caso Fritz, que foi por nós considerado como pertencendo a uma perspectiva preventiva do tratamento e, desse modo, nos indicando essa prática na contramão da posição psicanalítica da criança como sujeito.

É no ano de 1926, no texto *Princípios Psicológicos da Análise Infantil*, que Melanie Klein estuda as diferenças entre a vida mental das crianças e a dos adultos, para, a partir de então, demarcar o que, para ela, é considerado como posições diferenciais na técnica de tratamento entre eles.

Melanie Klein (1926/1981) pondera que, caso utilizem para o tratamento de crianças a técnica apropriada aos adultos, “não conseguiremos decerto penetrar nas mais profundas camadas da vida mental da criança” (p. 186). E, na verdade, continua, são essas camadas que são relevantes para o procedimento e êxito de uma análise. Sobretudo, prossegue Melanie Klein (1926/1981):

Se tomarmos em consideração as diferenças psicológicas entre crianças e adultos e nos lembrarmos de que, nas crianças, encontramos fatores inconscientes atuando ainda lado a lado com fatores conscientes, as tendências mais primitivas ao lado dos desenvolvimentos mais complicados (p. 186).

Na análise com crianças, de acordo com Melanie Klein (1926/1981), as experiências e fixações destas são diretamente representadas, enquanto, na análise de adultos, essas experiências subjetivas serão reconstruídas no trabalho de análise. Essa posição, ao

destacar a perspectiva do desenvolvimento diferenciando o tratamento da criança e o do adulto, se distancia da proposta da clínica psicanalítica do sujeito, uma vez que os aspectos da consciência são por ela considerados relevantes.

Outra diferença observada por Melanie Klein (1926/1981), no tratamento de crianças e adultos, se refere à reação da criança à aceitação da interpretação no tratamento. Segundo Klein, para a criança, a aceitação da interpretação é muito mais fácil do que para o adulto. A razão dessa facilidade na criança é porque, “em certos extratos da mente infantil, existe comunicação muito mais fácil entre consciente e inconsciente” (p. 184). Essa facilidade de comunicação seria a explicação do efeito rápido da interpretação nas crianças.

Desse modo, a consideração da diferença entre a atividade mental da criança e a do adulto indica a necessidade, segundo Melanie Klein (1926/1981), de uma técnica própria adaptada às crianças. O brincar é a técnica eleita por ela no tratamento com crianças, permitindo a compreensão do funcionamento psíquico desta. Essa técnica demarca o específico da clínica kleiniana, que acredita que, por meio do brincar e de qualquer outra atividade na prática clínica, a criança simboliza suas fantasias. Klein (1926/1981) enfatiza ainda que é por meio dessa técnica que “podemos atingir as experiências e fixações mais profundamente recalçadas, o que nos fornece uma capacidade básica para influenciar o desenvolvimento das crianças” (p. 190). Mais uma vez, a necessidade de estabelecer uma diferença entre o tratamento da criança e o do adulto evidencia um distanciamento da proposta da clínica psicanalítica.

Esta diferença da técnica da criança em relação ao adulto, proposta por Melanie Klein no ano de 1926, foi reconsiderada e melhor definida no ano de 1932. Segundo Klein (1932/1969/1981), as associações realizadas pelo adulto no tratamento são amplamente realizadas pela criança no processo lúdico. O brincar “é o meio de expressão mais importante da criança. Ao utilizar esta técnica lúdica, logo se descobre que a criança faz tantas associações aos elementos isolados de seu brinquedo quanto o adulto” (p. 31). Pelo brincar, a criança age e, por

esse meio, sem precisar falar, produz associações próprias aos seus conflitos psíquicos.

Todavia, o fato relevante na apropriação dessa técnica, conclui Melanie Klein (1926/1981), é que “trata-se apenas de uma diferença na técnica, mas não nos princípios do tratamento” (p. 190). Desse modo, para ela, “os métodos do jogo preservam todos os princípios da psicanálise, conduzindo aos mesmos resultados da técnica clássica” (p. 191). Ainda segundo a autora, todos os fundamentos do método psicanalítico proposto por Freud, tais como: a transferência, a resistência, o recalque e seus efeitos, a amnésia infantil e a compulsão à repetição, são conservados na técnica do jogo.

A intervenção interpretativa utilizada por Melanie Klein no tratamento com crianças sempre foi motivo de críticas e discussões sobre a técnica. O excesso interpretativo, por parte de Klein, sempre foi motivo de indagação e interrogação sobre essa técnica por considerar uma relação direta do simbolismo do brincar com os elementos do inconsciente. Todo o brincar da criança, na maioria das vezes, vai de encontro a um valor interpretativo (1932/1969/1981).

Ainda com relação ao brincar, Melanie Klein (1932/1969/1981) destaca que o jogo é um meio de expressão das fantasias da criança e, que, na repetição dessas fantasias, o que se verifica é a presença da cena primária no primeiro plano da análise. A cena primária nos parece operar, no tratamento com crianças, como motivador para a incessante repetição das interpretações com cunho edípico. Mas, por outro lado, Melanie Klein (1932/1969/1981) ressalta que

o simbolismo constitui apenas uma parte dessa linguagem. Se quisermos compreender corretamente o brincar da criança em relação a todo o seu comportamento durante a hora de análise, não devemos contentar-nos em desvendar o significado de símbolos isolados, por mais reveladores que sejam (p. 31).

Dessa maneira, a interpretação deverá ter como objetivo contextualizar o brincar da criança em um todo específico da brincadeira. E como nos diz Klein (1932/1969/1981):

a interpretação durante algum tempo não é assimilada pela criança conscientemente. Essa tarefa, conforme tenho constatado, é realizada mais tarde e está em conexão com o desenvolvimento de seu ego e com o aumento de sua adaptação à realidade (p. 36).

Segundo Melanie Klein, a interpretação visa a alcançar o esclarecimento da cena primária e do conflito edípico. Para essa autora, o que interessa no processo analítico, dizem-nos os textos da AMP (1996), não é a estrutura inicial da criança, mas a possível relação que essa criança tem com o interior e o exterior. Referindo-se à interpretação proposta por Klein, a AMP (1996) destaca: “ela não interpreta pela pulsão, mas pelos estados oral, anal e fálico visando uma reparação – reconciliação com os objetos imaginarizados” (p. 136). Essa relação imaginária, visando à completude com o objeto, seria um dos critérios de êxito em uma análise infantil, segundo Klein.

Ao examinarmos a prática com crianças tal como empregada por Melanie Klein, podemos considerar que o segundo momento por nós destacado se encaminha para uma consideração maior da dimensão pulsional. O campo revelado das fantasias e o objetivo recorrente de integração do eu mediante a oposição das pulsões de vida e de morte são elementos teóricos que nos levam a reconhecer uma prática que se dirige para uma consideração maior do inconsciente e de suas produções.

No entanto, a possível leitura em relação à interpretação por ela utilizada nos permite considerar que Melanie Klein, ao interrogar no tratamento o que falta ao objeto, o faz na tentativa de encontrar um objeto que complemente essa falta. Desse modo, suas interpretações visam a um recobrimento do imaginário e “não lhe permitem saber que a dialética do sujeito e do objeto não é a complementação” (p. 136). Mais do que isso, a leitura da teoria de Klein referente à completude da relação de objeto não permite a ela fazer o questionamento desse objeto como falta, próprio da perspectiva da prática psicanalítica.

A seguir, ainda no que se refere ao tratamento com crianças em Melanie Klein, nosso interesse será destacar qual o lugar da família no tratamento.

3.4.2 Família no tratamento

No que concerne ao lugar da família no tratamento, Melanie Klein (1927/1981) destaca de antemão que o próprio fato de a família lhe confiar a criança com o objetivo de analisá-la é um elemento favorável para que ela possa encaminhar o processo analítico para o que é mais coerente. Ou seja, seguir “o caminho que me permite analisar sem qualquer restrição as relações da criança com as pessoas que formam o seu ambiente” (p. 225). Em outros termos, ela busca uma independência da interferência dos pais e não acredita que a análise possa malograr simplesmente porque os pais não estão cooperando no tratamento, o que não quer dizer que isso nunca possa acontecer. Como nos diz Klein, “se os pais nos enviam as crianças para serem analisadas, não vejo razão para que seja impossível levar a bom fim a análise, simplesmente porque a atitude deles se mostre desfavorável” (p. 229). Desse modo, é na construção analítica e nas respostas dessa construção realizada pela criança que todo o tratamento deve se ancorar.

Melanie Klein (1927/1981) ressalta que, para o tratamento, por mais que a contribuição dos pais seja importante e valiosa, principalmente quando relatam mudanças que ocorreram no comportamento da criança, “devemos necessariamente ser capazes de manejar o tratamento sem esta ajuda” (p. 229).

A independência em relação aos pais no tratamento se refere, segundo Melanie Klein (1927/1981), à sua própria experiência que lhe ensinou que, “se analisarmos uma criança sem qualquer espécie de ideia preconcebida, formaremos da criança um quadro diferente” (p. 226), um quadro que apresenta a criança sem a interferência da fala dos pais na história da criança.

Essa posição de independência dos pais no tratamento permite a Melanie Klein (1927/1981) definir o lugar do analista. Assim, ela ressalta: “o analista deve ter uma atitude inconsciente que exigimos do analista de adultos. Esta atitude deve capacitá-lo a querer realmente só analisar e não desejar moldar e dirigir a mente dos seus pacientes” (p. 230).

É necessário, segundo Melanie Klein (1927/1981), que o analista saiba manejar a situação analítica sem a ajuda de familiares ou pessoas próximas da criança. Caso o processo analítico apresente dificuldades de ordem transferencial, é no próprio tratamento que ele deverá ser resolvido. As questões da vida psíquica, na qual o papel da fantasia e da relação objetal da criança e sua mãe, bem como de todos os mecanismos designados no processo psíquico para levar adiante a relação da criança com o mundo, são pontos relevantes a se considerar no processo analítico. São essas questões da ordem do psíquico que permitem a Melanie Klein, como nos diz Santiago (2005), “rebaixar o papel dos pais, do meio e da educação, tanto na vida infantil de maneira geral como na análise de crianças. O que importa é, antes, o mundo pulsional e a capacidade inata para suportar as frustrações” (p. 98).

Portanto, podemos considerar que a família não se apresenta de um modo central no tratamento da criança, tampouco como coadjuvante. Melanie Klein considera que o tratamento se faz por meio da criança e do que esta apresenta como dificuldade no processo analítico. Ao subtrair a necessidade da presença da família no tratamento, Melanie Klein se encaminha para o que, parece-nos, privilegiar, no tratamento: as produções do inconsciente. Desse modo, observa-se que a dimensão pulsional começa a ser tomada em consideração no tratamento.

A seguir, nosso percurso visa a revelar qual perspectiva do sintoma no tratamento com crianças Melanie Klein irá privilegiar.

3.4.3 O sintoma da criança

O sintoma da criança na prática clínica de tratamento de Melanie Klein (1965/1981) se apresenta como efeito da ansiedade proveniente do medo de aniquilamento pela pulsão de morte. A ansiedade nas crianças precederia a formação dos sintomas e na mesma medida seria a primeira manifestação neurótica da criança preparando o caminho para os sintomas. Melanie Klein completa dizendo que “parece-me correto dizer que os sintomas, em conjunto são formados, pura e simplesmente, com o propósito de escapar ao desenvolvimento da ansiedade” (p. 114).

Do mesmo modo, um elemento fundamental na teoria de Melanie Klein (AMP, 1996) centra-se na importância da relação de objeto como objeto fantasiado: “isso significa que toda a pulsão tem como correlato uma fantasia de um objeto para satisfazê-la” (p. 127). E, desse modo, se dirige ao objetivo analítico, que será o de conduzir o sujeito a uma realização plena com o objeto, à completude imaginária do objeto. Em consequência, a teoria de Melanie Klein “acentua a teoria do objeto em detrimento da teoria das pulsões e, mais que ao desenvolvimento pulsional, ela reserva uma importância fundamental à resolução da ambivalência em relação à mãe” (AMP, 1996, p. 127).

Embora a dimensão pulsional esteja inserida em todo o percurso teórico de Melanie Klein, a perspectiva do sintoma como solução não nos parece tomar o primeiro plano na perspectiva de Melanie Klein. No que concerne à sua interpretação, tal como exposto, uma interpretação pelo eu é contrária à análise. No processo analítico, tem-se que interpretar pela pulsão. Diz-nos Brousse (1997), “a interpretação sozinha não pode tratar os sintomas” (p. 132). O que nos fica mais patente é que há uma recorrência no tratamento com crianças em Klein ao situar toda a interpretação do sintoma no âmbito do significante do complexo de Édipo, não atingindo, desse modo, a pulsão.

Esse contexto teórico kleiniano permite aos intérpretes de sua teoria fazer uma leitura dentro de uma perspectiva de uma unidade possível por meio de experiências positivas possíveis a partir da simbolização da mãe, do pai, do pênis e da vagina, elementos de simbolização que contribuem sobremaneira para a formação da fantasia da criança por meio de um “forçamento” de elementos simbólicos para a criança (AMP, 1996). O sintoma nessa clínica não toma a perspectiva de solução e nos parece se ancorar como coadjuvante no processo analítico rumo à perspectiva de uma possível unidade entre mãe e filho.

A seguir, trataremos do lugar reservado ao inconsciente na prática kleiniana.

3.4.4 O inconsciente

Ao inconsciente é reservado um lugar de destaque, segundo Melanie Klein (1927/1981), pois é por meio dele que “temos que trabalhar, em primeiro lugar e principalmente, com o inconsciente” (p. 199). E ressalta: no inconsciente, as crianças não são tão diferentes dos adultos. A diferença a se destacar é o fato de que, nas crianças, “o ego ainda não atingiu seu completo desenvolvimento e, portanto, elas estão mais sob a influência do seu inconsciente” (p. 199). A perspectiva do desenvolvimento da criança e a importância da integração do eu como objetivo terapêutico se apoiam no eu como instância necessária para se chegar a elementos ocultos inconscientes. Isso porque, “tomando o atalho mais curto possível através do ego, dirigimo-nos em primeiro lugar ao inconsciente da criança para de lá irmos entrando gradualmente em contato também com o ego” (KLEIN, 1932/1969, p. 36).

O analista, relata Klein (1932/1969), “não se dirige especificamente ao ego (como fazem os educadores), mas busca abrir um caminho para as organizações inconscientes do psiquismo, tão decisivas para a formação do ego” (p. 111). À medida que se segue em análise, os conhecimentos adquiridos pela criança, em relação ao esclarecimento sexual e sua posição frente a relação parental, vão permitindo a ela uma condição maior de se adaptar e viver em sociedade. Quanto ao trabalho analítico, continua Klein:

Nosso trabalho analítico é contrário a todas as tendências do ego da criança, e é por isso que não podemos, a meu ver, contar com a ajuda do ego no princípio do tratamento; antes, devemos procurar estabelecer relações com os sistemas inconscientes para ir depois, gradualmente, conquistando a colaboração do ego (p. 96).

É por meio da técnica lúdica que Melanie Klein (1932/1969) compreende o funcionamento psíquico da criança e é por essa mesma técnica que consegue atingir o inconsciente de uma forma mais direta:

Já vimos que na análise infantil o ângulo de abordagem deve ser diferente do empregado na análise de adultos.

Tomando-se o atalho mais curto possível através do ego, dirigimo-nos em primeiro lugar ao inconsciente da criança para de lá irmos entrando gradualmente em contato também com o ego (p.36).

Dessa maneira, o inconsciente, sendo a fundamentação dessa prática, bem como a transferência e a interpretação, “tais são os meios de estabelecer e manter uma situação analítica correta, tanto para a criança quanto para o adulto” (KLEIN, 1932/1969, p. 37).

Por outro lado, a despeito de colocar em evidência toda uma perspectiva analítica em seu trabalho, Melanie Klein (1932/1969) considera como resultado do tratamento o fortalecimento do ego da criança: “o estabelecimento da relação da criança com a realidade e o fortalecimento de seu ego só se verificam gradualmente, e constitui o resultado, não a condição prévia, do trabalho analítico” (p. 52).

Dessa maneira, o inconsciente, sendo o fundamento desse tratamento, bem como a transferência e a interpretação, estamos falando de uma técnica analítica que também traz a prerrogativa de que o analista se abstenha de qualquer medida ou influência pedagógica sobre a criança.

No percurso teórico realizado por Melanie Klein, não podemos nos furtar em reconhecer em seu trabalho a dimensão do inconsciente e seus efeitos. No entanto, o relato do caso do menino Fritz, no ano de 1921, nos dá margem para considerar sua prática voltada para um viés de adaptação ao social. A leitura desse caso nos concede interpretá-lo, por meio dos recursos utilizados para o prosseguimento do caso, como uma prática cujo objetivo terapêutico se ancorava na adaptação deste ao social. Desse modo, parece-nos haver um primeiro momento na técnica de Melanie Klein que nos possibilita considerar sua prática sob uma perspectiva adaptacionista, desconsiderando o elemento pulsional no sintoma.

Ainda no que concerne ao inconsciente em Melanie Klein, Laurent (1995) nos diz que “ela desenvolveu cada vez mais sua concepção de fantasia como conteúdo primário do inconsciente, a ponto de podermos dizer que, para ela, o inconsciente se estruturava como uma fantasia” (p.

57). As fantasias fundamentais “operam neste além fantasístico, que poderia ser a definição do inconsciente kleiniano” (AMP, 1996, p. 128). Assim, os primeiros conflitos, produto da oposição entre as pulsões de vida e de morte, têm como objetivo analítico conduzir o sujeito a uma realização plena com o objeto. Desse modo, “a linguagem do inconsciente é deduzida dessa relação de objeto concebida como relação de completude imaginária” (p. 122). Como consequência, mesmo a interpretação visando à pulsão, na teoria kleiniana, tem-se como linguagem do inconsciente a reparação da relação de objeto visando sua completude. Essa solução terapêutica, como resolução do tratamento, se distancia da prática psicanalítica que se ancora na perspectiva da falta do objeto, e não em sua completude.

CAPITULO 4 – A ORIENTAÇÃO LACANIANA

As contribuições de Jacques Lacan para a clínica psicanalítica foram elucidadas por Jacques Alain Miller no campo freudiano e se tornaram conhecidas por orientação lacaniana. A orientação lacaniana, como herança da Escola de Lacan, fundada em 1964, se dirigiu a um movimento de denúncia aos desvios pelos quais passava a teoria de Freud, para que “reconduza a práxis original que ele instituiu sob o nome de psicanálise ao dever que lhe compete neste mundo” (LACAN, 1964/2003, p. 235).

No que concerne à clínica com crianças, a introdução no âmbito dessa clínica das contribuições de Jacques Lacan nos parece ter dado lugar a uma mudança de perspectiva em relação ao sintoma. O sintoma, nessa clínica, tem como proposta resgatar a relação do sujeito com o inconsciente e o sintoma na dimensão da pulsão. Assim, o sintoma em sua perspectiva de adaptação ao social, como desconsideração pulsional, toma o segundo plano nessa orientação. Desse modo, a orientação lacaniana irá propor uma prática que se distancia das propostas adaptativas que configuraram a clínica com crianças nos seus primeiros anos.

É, então, sob o signo de um retorno a Freud que Jacques Lacan, nos anos de 1950, empreende uma leitura dos textos freudianos com o objetivo de resgatar a letra de Freud em sua originalidade. O interesse nesse empreendimento de reconquista dos fundamentos freudianos se

associava, com certa preocupação, com a atuação prática que estava sendo realizada nessa época pelos seguidores de Freud. No fim da década de 1950, era a influência da psicologia do eu que se apresentava como prática terapêutica, visando a um reforço do eu (COTTET, 2005). O intento de Lacan nessa data era empreender um movimento de denúncia a essa prática, que enfatizava os elementos da consciência e se distanciava dos princípios psicanalíticos fundamentais da psicanálise. Na verdade, diz-nos Lacan (1956/1988), “ninguém se enganou aí. Trata-se com efeito do espírito positivo da ciência enquanto explicativa que está em causa na psicanálise” (p. 269).

Nessa época, destaca Cottet (2005), além da influência da psicologia do eu atuante na prática clínica, outra questão que pode ser destacada por Lacan como um desvio da prática efetiva da psicanálise é a perspectiva da relação de objeto inspirada nos pós-freudianos ligados a Karl Abraham e Melanie Klein. No que se refere às psicoterapias e à relação de objeto proposta por Klein, essas orientações, continua Cottet (2005), têm um ponto em comum: “fundamentam-se não na interpretação do inconsciente, e sim em uma interpretação do imaginário da relação dual” (p. 12). Enfim, o que se tornava premente nessa data era orientar os tratamentos para uma interpretação do inconsciente “contra toda tentativa de reeducação” (*idem*).

Almejando recuperar a mensagem da psicanálise freudiana, Lacan dá início, no ano de 1953, com o texto *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, ao que ele próprio reconheceria como seu ensino por meio de dois princípios: retorno a Freud e a primazia do simbólico. A partir do ano 1953, Lacan retorna aos textos freudianos, para resgatar a relação do sujeito com o inconsciente. Nesse texto, a tarefa de Lacan (1943/1998) será demonstrar que “os conceitos que fundamentam a psicanálise só adquirem sentido ao se orientarem no campo da linguagem e se ordenarem no campo da fala” (p. 247). É a consolidação, por parte de Lacan, do poder da linguagem em tudo o que diz respeito ao humano. Por essa condição, é a definição de inconsciente que também se faz por meio da linguagem: “o inconsciente estruturado como uma linguagem”. Nessa ocasião, Lacan (1953/1998) revela o

sujeito que está em jogo na prática clínica: um sujeito que se apresenta por sua assunção da linguagem à palavra e, assim, por essa noção, pretende romper com as propostas adaptativas anteriormente utilizadas.

A proposta de um retorno a Freud, como diz Lacan (1955/1998) mais adiante, no texto *A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise*: “é o retorno ao sentido de Freud” (p. 406), era retomar os textos freudianos para que sua letra não se perdesse. Todavia, por esse empreendimento, viu-se coagido pela International Psychoanalytical Association (IPA), da qual fez críticas por não ser mais freudiana, a fundar um lugar onde suas propostas poderiam ser legitimadas (LACAN, 1964/2003).

Dez anos depois, em 1964, Lacan, então, se distancia desse modelo de retorno a Freud para dar início ao que ele reconhece como seu ensino; não sem reverenciar por meio do nome Escola Freudiana de Paris (EFP) a procedência de seu ensino, tendo como ponto de partida ir além dos conceitos freudianos (LACAN, 1964/2003).

Assim, em junho de 1964, ele publicou o “Ato de Fundação” da sua Escola, dizendo de sua solidão nesse empreendimento da causa psicanalítica e propôs, a partir daí, a Fundação da Escola Francesa de Psicanálise (EFP). Esta fez sua entrada como um movimento de reconquista do campo freudiano, cujo objetivo é restaurar a psicanálise freudiana. Nesse texto de 1964, movido pela preocupação com o futuro da psicanálise, ele esclarece os modos de funcionamento de sua Escola, da formação psicanalítica e de seu ensino, explicitando os princípios necessários da práxis psicanalítica e de seu estatuto na ciência, “um estatuto que, por mais singular que afinal seja preciso reconhecê-lo, nunca seria o de uma experiência inefável” (LACAN, 1964/2003, p. 238).

Como herança da Escola de Lacan, nasceu, então, a orientação lacaniana sob a direção de Jacques Alain Miller, cuja proposta se dirigia a resgatar a relação do sujeito com o inconsciente e o sintoma. A noção de sujeito passa por nova elaboração ao resgatar sua relação com o inconsciente. No próximo tópico, trataremos dessa nova elaboração, a fim de destacarmos o sujeito do qual falamos na clínica de orientação

lacaniana, para, assim, diferenciá-lo das propostas anteriores à entrada dessa orientação.

4.1 Sujeito do inconsciente – sujeito do desejo

A noção de sujeito⁷ em Jacques Lacan pretende retificar o desvio pelo qual passou a psicanálise nos anos de 1950. A orientação lacaniana, ao introduzir o sujeito, o faz na perspectiva do inconsciente, diferenciando-o das inércias imaginárias que se tornaram um obstáculo para o entendimento da mensagem do inconsciente (LACAN, 1957/1998). Na intenção de denunciar o percurso objetivante pelo qual passava a clínica psicanalítica nessa data, Lacan (1966/1998) promoveu, por sua vez, uma convocação à ordem da subjetivação.

Na perspectiva lacaniana, resgatar a importância do inconsciente resulta no fato de se reconhecer que o sujeito proposto nessa perspectiva se manifesta no momento da divisão psíquica fundamental. Por essa divisão, o sujeito se define subjetivamente como sujeito do inconsciente, como efeito da linguagem. Completa Lacan (1998/1964): “por esse efeito, ele não é causa dele mesmo, mas traz em si o germe da causa que o cinde” (p. 849).

Ao advir pela linguagem, o sujeito logo se perde nela, na verdade de seu ser, na verdade de seu desejo, por estar aí senão representado. Essa alienação do sujeito na e pela linguagem confere a este, diz-nos Lacan (1998/1964), sua condição de sujeito errante na cadeia significante. O sujeito é, pois, um efeito do significante representado na linguagem lacaniana pelo \$ (LACAN, 1964/1998). Ao advir à linguagem, o sujeito se constitui como dividido, alienando uma parte de si mesmo no inconsciente (LACAN, 1953/1998). Desse modo, o advento do sujeito na clínica de orientação lacaniana é resultado da relação intrínseca do desejo, da linguagem e do inconsciente. O aparecimento do sujeito, como sujeito do inconsciente é efeito de sua divisão subjetiva.

⁷ A noção de sujeito em Lacan passa por várias formulações. No último ensino de Lacan, que tem início no Seminário 20 – *Mais Ainda*, o termo falasser surge em contraposição à noção de sujeito. Nesse momento particular do ensino de Lacan, há uma nova leitura do inconsciente para além do simbólico e da linguagem, ou seja, no que nele há de real, ou seja, de gozo (Lacan, J. 1985).

Relevante destacar que esse primeiro momento da assunção subjetiva do sujeito é revelado no texto de 1936: *O Estádio do Espelho como Formador da função do Eu*. Este foi proferido, pela primeira vez, no Congresso da IPA, em Marienbad, no ano de 1936. Embora Lacan tenha sido interrompido por Ernest Jones nessa circunstância e de não ter deixado seu texto nos anais do Congresso, ele retorna essa comunicação em 1949, no XVI Congresso Internacional de Zurique. Neste texto de 1949, *Estádio do Espelho como formador da função do Eu*, são as dimensões da ordem da linguagem, do inconsciente e do Outro que marcam a grande contribuição e, portanto, certo avanço de Lacan no que concerne à teoria freudiana (1949/1998).

Esse estádio constitui a fase inicial de um processo psíquico rumo à subjetividade. Nele, Lacan (1949/1998) designa um momento psíquico situado entre os seis e 18 meses de vida da criança, nos quais esta se constitui como unidade em torno da imagem do seu corpo. Esse estádio demarca uma experiência de identificação fundamental da criança, que irá fazer a conquista da imagem do seu próprio corpo, promovendo uma estruturação do eu. Essa experiência permite a abolição de um período precedente, no qual a criança não experimentava seu corpo como uma unidade, mas, sim, dentro de uma dispersão imaginária (*idem*).

Esse momento específico de estruturação do eu é definido, segundo Lacan (1949/1998), primeiramente por uma evidência clara de assujeitamento da criança ao registro imaginário, em que esta vive uma experiência de confusão de si mesma com o outro. Nesse momento, a criança se confunde com a mãe e lê nos movimentos esboçados por ela a satisfação de suas necessidades. Aqui, a criança e o outro (a mãe) vivem uma confusão de imagens entre si, uma vivência de indistinção. Por exemplo: uma “criança que bate diz que bateram nela, a que vê cair chora” (p. 116). Período único, no qual pode ser identificada, ao se registrarem as reações emocionais da criança, a presença de um transativismo caracterizado, nesse momento, como normal.

Posteriormente, ao se reconhecer na relação com o outro, a criança recupera sua unidade corporal e se estrutura como eu por meio dessa identificação primordial. É importante salientar que essa estruturação

psíquica do eu se dá sob a égide da dimensão do imaginário – que pressupõe uma alienação do eu ao outro e, portanto, se situa como eu (*moi*) imaginário (LACAN, 1949/1998).

Em um segundo momento desse processo de subjetivação, o acesso ao simbólico permitirá à criança pôr fim à relação especular e alienante com a mãe. Fato relevante de observação é que essa construção imaginária se apresenta submetida irremediavelmente à dimensão do Outro – a ordem simbólica. Isso nos leva a reconhecer que o advento da subjetividade se coloca irredutivelmente submetido à dimensão do Outro na dimensão da linguagem. Desse modo, a vertente do simbólico, registro do campo da linguagem, marca a passagem do registro imaginário, característico da fase do espelho, para o registro simbólico específico do Outro da linguagem (LACAN, 1949/1998).

Enfim, esse sujeito do qual falamos na clínica de orientação lacaniana se distancia das práticas ancoradas nos moldes do registro de uma relação imaginária. Sobretudo, afasta-se de uma definição de sujeito referenciado na perspectiva do desenvolvimento tão recorrente nas práticas anteriores a essa data.

Neste momento, uma indagação: como se dá na orientação lacaniana a relação desse sujeito frente o sintoma e a pulsão?

4.2 O sintoma e a pulsão

Para o entendimento do sintoma na clínica de orientação lacaniana, Jacques Alain Miller (2011) parte do binário sentido e gozo em relação ao sintoma. No texto intitulado *Seminário sobre os caminhos da formação dos sintomas*, esse autor retoma duas Conferências de Freud, que, segundo ele, apontam esse binário em relação ao sintoma.

A primeira é a Conferência XVII – *O sentido dos sintomas*, que, tal como seu título mesmo indica, trata-se do sentido do sintoma. A conferência XXIII – *Os caminhos da formação dos sintomas* trata do gozo. Essas duas Conferências representam o caminho percorrido por Freud, “que vai do sentido ao gozo do sintoma” (MILLER, 2011, p. 11). A proposta de Miller ao fazer um retorno a elas é por entender que

abordar o sintoma a partir do sentido ao gozo “é a base de nossas elucubrações” (p. 12). Desse modo, é a essa articulação entre sentido e gozo que iremos nos ater para o entendimento do sintoma.

No que se refere ao sentido, Miller (2011) destaca que o ponto de partida de Lacan foi o texto *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*, do ano de 1953. Nesse texto, ressalta Miller (2011), Lacan “destaca e constrói o sentido na prática da psicanálise, o sentido no inconsciente e o sentido no sintoma” (p. 12). É o sentido do inconsciente que nos é apresentado nesse texto pela célebre frase: “o inconsciente é estruturado como uma linguagem”. Destaca, portanto, nessa primeira elaboração, o sentido do domínio do inconsciente por meio da linguagem, cujos efeitos se produzem no sujeito.

Nesta vertente, da supremacia do simbólico, pode-se dizer do sentido do sintoma, fala-nos Miller (1988), como resultado de um defeito de simbolização porque não foi verbalizado, porque não se passou à palavra “e que se desfaz na medida em que passa à palavra” (p. 19). A operação de cura é dada, continua Miller, “porque permite dar significação retroativa ao que permaneceu opaco para o sujeito em sua experiência” (*idem*). Muitos que seguiram o ensino de Lacan se detiveram aí, sublinha Miller, nessa vertente do simbólico do mesmo modo que outras pessoas deixaram Lacan em outros momentos por uma divergência da teoria.

Dessa maneira, na vertente do simbólico, o sentido na prática da psicanálise pode ser entendido, relata Miller (1988), pela ideia de trauma, tal como Freud imaginava quando propôs a teoria da sedução, para logo ser abandonada. Desse modo, o que se tentava apreender era a ideia “de uma experiência inassimilável para o sujeito, que engendra o sintoma, e que a cura por simbolização devia permitir desfazer” (p. 20).

Nesse contexto do simbólico, o sintoma é interpretado como uma operação que tem como princípio a dimensão significante. Nesses termos, conforme Miller (2011) se a interpretação tem como objetivo desvelar o significado último do sintoma, este pode ser definido aqui como a parte manifesta do significante em busca de um significado que se oculta sob a barra do recalque.

Essa elaboração sobre o sentido, continua Miller (2011), desemboca em um esquema chamado esquema L, “primeira letra do nome de Lacan, mas cuja base é um X, no qual se opõem o simbólico e o imaginário” (p. 12). Essa seria uma nova elaboração da relação do sujeito com o objeto no processo analítico. Esse esquema faz a inscrição do sujeito no Outro, tal como estabelecida no processo analítico, no qual o sujeito recebe do Outro sua própria mensagem. Todavia, essa mensagem não é claramente adquirida pelo sujeito, pois há uma interdição realizada pela relação entre $a - a'$, relação imaginária por excelência e que se interpõe entre o sujeito e o Outro, levando ao desconhecimento dessa última.

O esquema L é introduzido na experiência analítica e tem como objetivo demonstrar como é essa relação do sujeito com o inconsciente, “tendo em vista a maneira como esta última vem sendo formulada hoje em dia por um número cada vez maior de analistas” (LACAN, 1956/1957/1995, p. 10). Lacan, nessa passagem, sublinha a presença dos teóricos focados na experiência do eu e que, no processo analítico, privilegiam a relação de objeto como primária, amparados na relação imaginária e dual entre o sujeito e o objeto.

A introdução do esquema L proposto por Lacan irá destacar essa relação entre sujeito e objeto, porém de forma mais extensa e conclusiva em relação à posição do sujeito: trata-se, agora, segundo Miller (2011), “de articular sentido e gozo” (p. 14).

Considerando o que foi exposto na perspectiva do primeiro ensino de Lacan, no que concerne aos caminhos da formação do sintoma, este aparece, naquela época, como essencialmente simbólico, indicando seu sentido recalcado. Porém, esse primeiro momento perde espaço para um segundo, que se encaminha para revelar a impossibilidade da função simbólica em dar conta do real como presença a partir do objeto a como resto. Não há dúvida, continua Miller (2011), de que, “para Lacan, o sintoma se situa no grafo em $S(A)$, como efeito do significado do Outro” (p. 14). Todavia, quando se chega a um segundo momento desse grafo, destaca Miller (2011), já não basta separar ou dividir o imaginário do simbólico.

Uma primeira oposição entre sentido e gozo foi praticada por Lacan na intenção de se separar simbólico e imaginário. Assim, conforme Miller (2011), não podemos nos furtar em reconhecer que, do outro lado do eixo simbólico, ou seja, da relação entre o sujeito e o Outro, tem-se a relação *a-a'*, o eixo imaginário, que provém do estádio do espelho e que, para Lacan, diz-nos Miller, “é também o eixo pulsional” (p. 13). Havia certo desprezo pelo imaginário, destaca Miller (2011) e, por isso mesmo, pela pulsão. Esse desprezo pelo imaginário é o que conduz Miller a considerar que, na primeira orientação de Lacan, “há uma desvalorização da pulsão, embora não advertida quando falamos do imaginário, mas presente” (p. 13). No entanto, quando se chega à segunda operação que leva ao caminho das formações do sintoma, é a articulação do sentido e do gozo que se faz necessária pela presença do real.

Essa articulação, conforme relata Miller (2002) no texto *O Real é sem Lei*, se dará por meio da fórmula da fantasia⁸ como construção fundamental para o sujeito. A fantasia é “herdeira do que Lacan chamava no início do seu ensino de relação imaginária” (p. 15). Ela é herdeira da relação de mediação do simbólico com o imaginário. Dessa maneira, continua Miller (2011), “o fantasma ($\$ \langle \rangle a$) é o resultado de um longo circuito libidinal, no qual aparece a pulsão como cadeia significativa e o desejo como significado dessa cadeia (p. 14). Portanto, a fantasia traz em seu bojo o elemento pulsional.

Na iminência de se articular sentido e gozo, Miller (1998), no seminário *O Osso de uma Análise*, considera o sintoma como o resultado da interseção entre o significante e o gozo: “É que o significante tem uma incidência de gozo sobre o corpo. É isso que Lacan chama de sintoma. Isso vem no mesmo lugar do que ele chama da fantasia” (p. 99).

Ainda no seminário *O Osso de uma Análise*, Miller (1998) continua: a fantasia aparece como mediação entre significante e gozo, supondo uma distinção radical entre essas duas ordens. Por outro lado, o

⁸ Na obra de Jacques Lacan, o termo *fantasy*, em alguns textos, é traduzido por fantasia e, em outros, por fantasma. É um problema de tradução. Nas citações literais da obra, usarei o termo mencionado. A tradução que adotaremos para esse termo é fantasia.

sintoma inscreve uma relação muito mais direta entre o significante e o gozo. É por isso, continua Miller (1998), que confirmo hoje “que lá onde, em Freud, existe a pulsão, em Lacan há o sintoma. Mas enquanto Freud não apresenta a pulsão senão como um mito, podemos seguir, em Lacan, o sintoma como um real” (p. 100).

Portanto, o sintoma, em sua relação com o real, se apresenta em sua dimensão pulsional, revelando-nos algo da dimensão do real no sujeito, do inassimilável, ou seja, do gozo. No sintoma, encontra-se inserido algo da ordem da pulsão. Desse modo, como podemos, no processo analítico, atingir o sintoma nessa dimensão de real?

Quem responde diretamente a essa questão é Marie-Hélène Brousse (1997): “para se atingir o sintoma é preciso utilizar a fantasia, pois esta oferece a chave do sintoma. Não se pode entender o sintoma de alguém se referindo somente aos seus significantes” (p. 132). Isso porque se deve levar em conta o modo de gozo de uma pessoa. Dessa maneira, continua Brousse, “interpretar com base na fantasia não é uma defesa contra a pulsão: é a própria pulsão” (*idem*). Desse modo, o sintoma em sua dimensão pulsional se situa como resposta para o sujeito, resposta do que lhe é mais singular.

No que concerne ao sintoma das crianças, no texto *Nota sobre a criança*, Lacan (1969/2003) considera o sintoma da criança como resposta “ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (p. 369). A manifestação sintomática na criança pode se representar de duas formas, continua Lacan (1969/2003): uma forma é quando o sintoma representa na criança “a verdade do casal familiar”. Outra condição de manifestação é “quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe, ou seja, a criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto *a* na fantasia” (p. 370). Assim, a criança responde ao que falta à mãe por meio da saturação dessa falta materna, servindo-se de objeto à mãe. Por isso, o sintoma para a criança é uma resposta daquilo que foi nela depositado no que concerne à relação parental ou à materna. O sintoma, como resposta dessa relação, recorre no processo analítico à necessidade de ser modificado. Para isso, nesse processo, a criança deverá se desvencilhar do sintoma dos pais, para, a partir de então,

construir o seu próprio sintoma, a fim de poder ser tratado e, assim, se tornar uma solução para o sujeito.

Portanto, o sintoma, em sua dimensão pulsional na clínica de orientação lacaniana, se apresenta como condição da prática analítica e, ao interrogá-lo, nos aproximamos do mais particular de cada sujeito. Desse modo, ele tem função de resposta do sujeito ao que lhe é impossível de dizer. Todavia, ele constitui uma possibilidade de enlaçamento do real – impossível de dizer – com o sintoma (LAURENT, 2007). É por essa razão, por ter a função de laço, que o sintoma não pode ser eliminado. No entanto, ele precisa ser ouvido no seu valor de mensagem e do que se apresenta como o mais singular do sujeito.

O sintoma, na perspectiva da orientação lacaniana, torna-se uma parte bem-sucedida de amarração do real. Ele vai civilizar a pulsão de morte, permitindo, por parte do sujeito, produzir uma invenção particular que vai fazer laço com o social (SANTIAGO, 2005). Portanto, o sintoma, nessa dimensão de resposta, é uma solução para o sujeito.

Para a prática clínica de orientação lacaniana, essa é a função do sintoma – uma solução que permite a invenção de laço para se relacionar com o social. Essa solução representa, para o sujeito, algo de muito particular, e a invenção que ele produz promove uma amarração que traz algo de sua história. Lacan (1969/2003) deu ao sintoma um lugar de resposta: portanto, de solução para o sujeito. Essa nova forma de elaborar o sintoma contraria as condições utilizadas pelas teorias do eu que buscam como objetivo eliminar o sintoma para melhor lidar com o sujeito.

Na clínica de orientação lacaniana, o uso que se faz do sintoma se dirige para uma perspectiva do sintoma como solução para o sujeito. Não é a supressão do sintoma o objetivo dessa prática, tampouco a interpretação significativa do sintoma, mas o que a conduz como objetivo terapêutico é a interpretação da fantasia, como correspondente mais singular do sujeito. Essa é uma prática que se distancia significativamente da prática clínica com crianças nos primeiros tempos.

A orientação lacaniana irá resgatar na clínica a relação do sujeito com o inconsciente e, desse modo, ela irá esclarecer que esse sujeito que

está em jogo na clínica nem sempre vai responder à proposta adaptativa em conformidade com o social. Se levarmos em consideração a pulsão inserida no sintoma e a tendência a repetir inerente ao elemento pulsional, não se pode, por exemplo, ensinar a criança a ser comportada na escola ou no meio familiar e esperar que ela responda a essa solicitação com um bom comportamento.

Por outro lado, o que reconhecemos nos primeiros tempos da prática clínica com crianças em Anna Freud e Melanie Klein é o fato de que a vertente do sintoma como solução a ser dada pelo sujeito nos parece ter sido deixada em segundo plano em detrimento do sintoma como elemento a ser suprimido, levando à adaptação. Assim, o sintoma como adaptação da criança ao social se dirige, a nosso ver, como desconsideração da dimensão pulsional do sintoma. Dessa maneira, o caminho da desconsideração pulsional do sintoma nos leva a considerar que há um silenciamento do sujeito em seu desejo em favor de uma perspectiva de adaptação ao social, objetivo recorrente de práticas terapêuticas objetivantes.

Com a entrada da orientação lacaniana, podemos considerar que há um antes e um depois da referência lacaniana que modifica a perspectiva que será dada ao sintoma apresentado pela criança. Anterior a essa referência, o sintoma era tomado pela necessidade de sua supressão, acreditando que assim se resolveriam os problemas da criança. Depois da orientação lacaniana, o sintoma em sua relação com a pulsão, toma a dimensão de resposta para o sujeito e, portanto, possui valor de mensagem como produção do inconsciente.

A orientação lacaniana, ao reintroduzir o sujeito do inconsciente na elaboração analítica, repercutiu na clínica com crianças e nos parece ter produzido certo efeito de transformação no que concerne à forma de conceber o tratamento psicanalítico com crianças. Essa foi a orientação seguida por Robert e Rosine Lefort em sua prática com crianças, que será tratada no próximo capítulo.

CAPITULO 5 – A PRÁTICA CLÍNICA COM CRIANÇAS NA ORIENTAÇÃO LACANIANA

A entrada da orientação lacaniana na prática clínica psicanalítica possibilitou demarcar o desvio pelo qual passava essa clínica tanto em sua prática quanto em seus fundamentos teóricos. Do mesmo modo, tal orientação promoveu, no âmbito da clínica psicanalítica com crianças, uma transformação no que concerne ao estatuto de sujeito nessa clínica e à referência ao sintoma.

Orientados pelo ensino de Lacan, o trabalho realizado por Robert e Rosine Lefort, dois alunos dele, representou, a partir dos anos de 1960, o esforço permanente por renovar a psicanálise com crianças. Contribuíram, de entrada, para o entendimento da clínica do autismo, relata Stiglitz (2008), cuja proposição se ancorava em uma clínica centrada no tratamento do sujeito onde não há Outro, apresentando um desenvolvimento teórico clínico inovador para essa clínica. Do mesmo modo, eles são os responsáveis em trazer para a prática clínica com crianças uma psicanálise orientada para o real.

5.1 A criança analisando em plenos direitos

O aforismo “a criança analisando *à part entière*”,⁹ preconizado por Robert e Rosine Lefort, representa a unidade da psicanálise e a condição da clínica com crianças, que diz: “só há clínica do sujeito e não da criança” (AMP, 1996, p. 324). Com esse aforismo, eles se ocupam da experiência analítica que não diferencia a prática do adulto e da criança, porque, como nos relatam Robert e Rosine Lefort (1988), “não há duas psicanálises, uma que diga respeito à criança e outra que diga respeito ao adulto” (p. 85). Desse modo, não há especificidade na psicanálise com crianças. Tal como na psicanálise de adulto, a criança participa dessa prática como um analisando por inteiro – como um sujeito em plenos direitos.

Essa foi a razão que, segundo Robert e Rosine Lefort (1988), proporcionou o impulso para a fundação do Centre d’Étude et de Recherche sur l’Enfant dans Le Discours Analytique (CEREDA), no ano de 1983, no âmbito da Fundação do Campo Freudiano. O trabalho e o interesse de Robert Lefort e Rosine Lefort com a Escola da Causa Freudiana permitiram a eles a criação desse centro de estudos sobre a criança no discurso analítico, juntamente com Eric Laurent, Jacques Alain Miller e Judith Miller (MILLER, 1991).

A partir do CEREDA, a criança passa a ter um lugar no discurso psicanalítico e, desse modo, se distancia do lugar de objeto do Outro, do lugar da assistência e de todos os outros lugares dos quais a criança foi portadora ao longo da história. No CEREDA, a criança passa a ter um lugar mantido e ratificado pelo aforismo preconizado por Robert e Rosine Lefort (1991) no que se refere à prática analítica de crianças, “porque a criança está na psicanálise como um analisando, no pleno sentido” (p. 14).

O aforismo, sujeito em plenos direitos, que se apresenta como condição da prática psicanalítica com crianças na orientação lacaniana, define uma nova maneira de abordar a criança na clínica. Da mesma

⁹ A criança é um analisando em plenos direitos.

forma como o adulto, a criança é um sujeito do inconsciente e participa como tal dessa condição de sujeito na clínica. Portanto, analisante em plenos direitos, convoca-nos a pensar no sujeito de desejo, nesse sujeito que se localiza diante do objeto como falta a ser. Em outros termos, é ao objeto como falta que visa a essa prática, já nos indicando de antemão o distanciamento dessa prática em relação àquelas que privilegiam o primado da relação objetal.

A clínica de Robert e Rosine Lefort se ampara no ensino de Lacan, mas, em sua enunciação, jamais se limitaram a repeti-lo. Em todo o caso, diz-nos Stiglitz (2008), “seu modo de repetir era aquele que permite o encontro com o novo, com a surpresa” (p. 13), posição corroborada por Laurent (2008), que sublinha que Robert e Rosine Lefort mantiveram até o final um passo a frente em sua transmissão, graças à sua orientação para o real. Como nos relata Laurent (2008), Robert e Rosine Lefort souberam sempre

descrever esse momento em que o simbólico vacila e se trata de tomar uma decisão acerca do real em jogo na psicanálise. É o momento em que uma decisão encarnada permite amarrar juntos, de maneira nova, o real, o simbólico e o imaginário, que aparecem soltos ao longo da experiência mesma (p. 47).

Uma clínica orientada para o real marca o fim de um desvio na prática clínica psicanalítica iniciada nos anos de 1950, tal como denunciada por Lacan (1953/1998) no texto *Função e campo da linguagem na psicanálise*. Nesse texto, Lacan evidenciava de maneira “incontestável que a concepção da psicanálise pendeu ali para a adaptação do indivíduo ao meio social” (p. 246).

Do mesmo modo, a clínica de orientação para o real, proposta por Robert e Rosine Lefort, elucida neste trabalho o desvio por nós revelado na clínica com crianças a partir de 1920 no que concerne ao sintoma em sua dimensão pulsional. Consideramos que a maior ou menor desconsideração da dimensão pulsional do sintoma na teoria e na prática de Anna Freud e Melanie Klein naquela data permitiram um desvio nessa clínica em relação ao sintoma. Na clínica de Anna Freud, no que se

refere ao sintoma, sua maior desconsideração da dimensão pulsional deste se encaminhava para suprimi-lo como objetivo terapêutico. Por outro lado, Melanie Klein e a menor desconsideração da pulsão no sintoma foram por nós revelada pelo fato de Klein utilizar da pulsão em seu percurso teórico e clínico. Mas, por sua vez, ela apresentava, como objetivo de sua clínica, a profilaxia do sintoma como certa eficácia terapêutica, ou seja, o que do sintoma pode ser prevenido.

A partir da orientação lacaniana e dos trabalhos dos Lefort, passa-se para uma prática com crianças no discurso analítico, orientada no campo da linguagem e em função da fala (MILLER, 1991). Segundo Rosine Lefort (1991), é necessário no discurso analítico se suspender de todas as insuficiências imaginárias para entender, no discurso da criança, o real em causa. “Mais do que a história da criança, é com esse real que vamos nos defrontar” (p. 12).

Trata-se, na clínica psicanalítica com crianças de orientação lacaniana, de enfatizar a relação da criança com o discurso analítico, pois, nesse discurso, é do objeto *a* como falta, buraco e motor na relação com o desejo do Outro, que promove a prática analítica, subtraindo, dessa prática, qualquer recurso adaptativo. É esta relação entre a criança sujeito de plenos direitos e o discurso analítico que se revelou como proposta de Robert e Rosine Lefort para a concretização do CEREDA. Quanto à concretização desse centro de estudos sobre a criança no discurso analítico, destaca Laurent (2008):

Manter a psicanálise com crianças na redução a uma técnica de jogos e desenhos implicaria uma grande contradição com aquilo que a criança se mostra capaz, mesmo ainda muito jovem – mesmo antes de falar -, no sentido de nos esclarecer sobre um ponto tão essencial quanto a constituição do sujeito no discurso analítico (p. 43).

A criação do CEREDA proporcionou a introdução da criança como sujeito no discurso analítico no âmbito da clínica com crianças e, do mesmo modo, permitiu um distanciamento de práticas que se amparavam no corpo e em suas imagens, tal como destaca Lacan (1953/1998) em *Função e campo da fala e da linguagem*: “função do imaginário,

digamos, ou mais diretamente, das fantasias na técnica da experiência e na constituição do objeto nas diferentes etapas do desenvolvimento psíquico” (p. 243). Esse é o motivo, como relata Laurent (2008), que permitiu o afastamento de Robert e Rosine Lefort das “aderências kleinianas da psicanálise com crianças – que realça o continente imaginário da projeção” (p. 43). Do mesmo modo, eles se recusaram a se orientar pela relação de objeto como completude, encaminhando-se, sobretudo, pela “falta de objeto” (*idem*).

O lugar de destaque de Robert e Rosine Lefort no movimento psicanalítico com crianças se inscreve também no que concerne a se diferenciar e se distanciar em relação a uma prática do jogo e do desenho colocada a serviço de uma proposta psicoeducativa, como foram os trabalhos de Melanie Klein e Anna Freud. Mais do que isso, a referência dos Lefort ficará entre os interessados na clínica com crianças, relata Tendlarz (2008), como quem tirou a criança de sua redução a um simples objeto do discurso do outro e de sua consideração puramente cronológica. Da mesma maneira, restituiu à criança seu estatuto de sujeito analisante em plenos direitos.

A entrada da orientação lacaniana na prática psicanalítica com crianças possibilitou a essa clínica uma nova forma de conceber a criança, agora, como sujeito em plenos direitos. De modo semelhante, demarcou a distinção do que é uma prática clínica com crianças no discurso analítico de outras práticas ancoradas em um saber externo e ideal do sujeito.

A orientação lacaniana resgatou a relação do sujeito com o inconsciente e o sintoma naquilo que ele tem de inassimilável da dimensão pulsional. A possibilidade de leitura dessa relação do sujeito na clínica de orientação lacaniana se faz não na perspectiva, por exemplo, no âmbito escolar, de ser um bom aluno, adaptado à norma, mas na perspectiva de ser um “analisante em plenos direitos”.

Portanto, a entrada da orientação lacaniana representa uma nova forma de se colocar frente as dificuldades apresentadas pelas crianças na escola. Podemos fazer duas considerações: uma, é dizer que os problemas que as crianças apresentam estão atrapalhando a adaptação

delas na escola; e outra, é dizer que são sintomas que merecem ser tratados. Apontar a criança como um analisante em plenos direitos irá destacar essa segunda vertente do sintoma escolar, ou seja, querer dizer outra coisa que não necessariamente a dificuldade de adaptação da criança. Esse aforismo revitalizou a clínica infantil e se apresenta como condição da prática clínica com crianças na orientação lacaniana.

A seguir, iremos tratar da prática clínica com crianças na perspectiva da orientação lacaniana. Utilizaremos quatro tópicos que nos encaminharão para a compreensão de como Robert e Rosine Lefort, representantes dessa perspectiva, se colocaram frente a dimensão pulsional presente no sintoma nessa clínica.

5.2 A prática clínica da criança na orientação lacaniana

Quando falamos do tratamento com crianças na perspectiva da clínica de orientação lacaniana, destaca Rosine Lefort (1991), referimo-nos ao Nome do Pai, à estrutura e também à topologia, pedra angular da transmissão da psicanálise.

5.2.1 A criança no tratamento

O aforismo “sujeito em plenos direitos” já nos apresenta de antemão a condição da criança na clínica de orientação lacaniana. A criança é um sujeito por inteiro, reiterando que não há especificidade na psicanálise com crianças, isso porque, de modo semelhante, a estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto, testemunhando a unidade da psicanálise (LEFORT, 1991).

A criança, ao se apresentar nessa clínica como sujeito em plenos direitos, já nos dirige a considerar seu possível distanciamento, nesta, em relação às questões sobre o desenvolvimento da criança e do eu, bem como de estados maturacionais do desenvolvimento e da idade cronológica entre as crianças.

A criança como sujeito faz referência ao modo como se apresentou na estrutura familiar o desejo no pai, na mãe, incitando-nos a explorar não somente a história da criança, mas o modo de presença do gozo e do objeto *a* oferecidos ao sujeito (LEFORT, 1991). Acresce-se a esses termos, quanto à constituição do sujeito, o Outro, como linguagem, representante da ordem simbólica. O sujeito, desse modo, se insere nessa relação com o desejo do Outro (o desejo do pai, da mãe ou de ambos). Esse desejo do Outro (baseado na falta), condição própria do desejo, é ele que provoca o que causa o desejo da criança, o objeto *a*. O objeto *a* pode ser entendido como o resto produzido quando a unidade hipotética mãe e filho se rompe. “O objeto *a* é o último indício daquela unidade” (FINK, 1998, p. 82).

Ao clivar-se desse resto, diz-nos Fink (1998), “o sujeito, dividido, embora excluído do Outro, pode sustentar a ilusão de totalidade. Ele, assim, o faz ao apegar-se ao objeto *a*, ignorando sua divisão” (p. 83). Toda essa operação de divisão é formalizada com o matema $\$ \langle \rangle a$, a fórmula da fantasia, e deve ser lido como o sujeito dividido em relação ao *a*. É por meio da fantasia que o sujeito apresenta ao analista sua forma de se relacionar com o objeto *a*.

É por essa razão que Brousse (1997) nos relatou, em uma passagem do capítulo 4, que só atingimos o sintoma do sujeito mediante sua fantasia e, dessa maneira, poderemos atingir a pulsão. Assim, não se pode entender o sintoma da pessoa se referindo somente ao significante. Ao se interpretar pela fantasia, insere-se no modo de gozo de cada um. É por isso que o sintoma é uma resposta do que se apresenta como o mais particular do sujeito.

Dessa maneira, a criança, no discurso analítico, segundo Rosine Lefort (1986), nos esclarece “sobre um ponto tão essencial como a constituição do sujeito no discurso analítico” (p. 66). O que se analisa na clínica psicanalítica com crianças de orientação lacaniana é o sujeito. Esse sujeito que se apresenta em sua constituição como falta a ser.

É importante demarcarmos que essa relação de objeto nos diz da relação que o sujeito enfrenta com o mundo, apontando que cada sujeito tem com o objeto uma relação particular. Esse objeto tem a função de

mascarar uma angústia fundamental que se encerra como fundo na relação do sujeito com o mundo.

Frente a angústia fundamental da castração, Freud (1925/1926) já apontava que não há objeto para suprir essa falta e que o sujeito, ao almejar esse intento, se veria numa busca infinita do objeto sem encontrá-lo. A castração é o nome da falta fundamental. Isso posto, o que fica claro é que, para Freud, a relação de objeto traz a marca da falta fundamental.

No Seminário IV – *A Relação de Objeto* (1956/1957), o que Lacan anuncia nesse seminário sobre a relação de objeto é, essencialmente, a falta de objeto. Nesse ponto, Lacan toca no tema da angústia, pois esta é colocada em evidência nessa relação ao dizer que a angústia é sem objeto, tal como Freud (1925/1926) também definiu em *Inibição, Sintoma e Angústia*. Para dar conta desta falta, que se coloca como estrutura comum com a castração, Lacan inventou o objeto pequeno *a*. No Seminário X (1962-1963) – sobre a Angústia, Lacan introduzirá a tese de que a angústia não é sem objeto. Ao aparecer frente o nada, a angústia tem como parceiro nessa relação o objeto *a*, este, sim, tem “afinidades com o nada” (MILLER, 1995, p.94).

Aqui, já podemos perceber, na teoria de Freud e Lacan em referência à relação de objeto, a distinção e o distanciamento dessas práticas com outras práticas que consideram esse objeto como uma realização final do organismo, que tem como objetivo a maturidade do sujeito.

Do mesmo modo, podemos perceber um distanciamento no que se refere à técnica do jogo e do desenho, largamente utilizada nos primeiros tempos da prática com crianças. No que concerne à técnica do brinquedo utilizado no tratamento com crianças e decididamente utilizada por Melanie Klein em sua prática de tratamento, Rosine Lefort (1986) é direta em seu posicionamento sobre o brinquedo na sessão: “Eu nunca pensei que eu deveria colocar brinquedos numa sessão. Eu colocava objetos que representavam simbolicamente, que eram representantes, do objeto para fazer uma estrutura” (p. 45-46). E continua a dizer:

pois, para as crianças, existem muitas maneiras de falar: seja porque ainda não têm linguagem ou porque são muito pequenas ou ainda porque sua doença não permitia: se vocês não colocarem objetos dos quais elas possam fazer algo, exprimir alguma coisa, nenhuma análise será possível (p. 46).

Desse modo, o processo analítico ancorado no discurso faz do objeto brinquedo, um objeto de discurso, sendo um representante e, portanto, necessário para a formação na estrutura psíquica da criança. Esses objetos representantes da estrutura da criança provêm do objeto *a*. Eles surgem daquilo que causam o desejo (LEFORT, 1986, p. 46). É por isso que, no olhar do analista, em sua prática, não deverá haver somente uma criança que joga, “senão, não levaria a nada. O analista não olha a criança, ele se ocupa do sujeito” (p. 47). Sendo assim, a criança, na prática psicanalítica de orientação lacaniana, é a criança sujeito do discurso analítico.

Portanto, é pela pulsão e sua relação com o objeto que a prática psicanalítica de orientação lacaniana pensa a noção de sujeito, perspectiva completamente avessa às teorias que propõem o sujeito no âmbito de um ideal adaptativo. Como nos diz Lacan (1956/1995), “não é na via da consciência que o sujeito se reconhece, existe outra coisa e um mais além. Sendo este mais além fundamentalmente desconhecido pelo sujeito” (p. 16), é algo, podemos dizer, da ordem da pulsão.

Da mesma maneira, é esse mais além, isso que excede, que não se harmoniza na vida do sujeito, é o que demarca toda a singularidade deste e a particularidade da prática analítica. É desse mais além que Lacan vem falar, e com isso faz avançar no que concerne ao sujeito na prática psicanalítica. O sujeito é um só, ele é singular, ele vem falar do seu desejo, que é único e dele, esse é o sujeito da prática psicanalítica. E o que essa prática vem mostrar é que cada um tem uma singularidade que, para ser ouvida, precisa de uma prática que permite fazer falar o sujeito do desejo.

5.2.2 Família no tratamento

Uma questão recorrentemente colocada sobre a prática com crianças é o fato: quem demanda uma análise para a criança? Como resposta frequente tem-se: os pais. São eles que se queixam da criança. E nessa posição de se queixar da criança, o tratamento revela que a criança não ocupa o lugar que a anamnese realizada no início do tratamento, com os pais, levou a supor. Em uma entrevista de anamnese, segundo Rosine Lefort (1991), como se pode avaliar o que se passa com a criança em sua patologia, “escutando o discurso dos pais abalados, feridos em seu narcisismo pelo que aconteceu a ela?” (p. 11).

Dessa maneira, segundo os Lefort (1991), é preciso refletir sobre o lugar da anamnese no tratamento. A demanda e o dizer dos pais sobre a criança não revelam a dimensão real do tratamento. No tratamento com a criança, o que está em cena é o inconsciente como estrutura de linguagem e os elementos que compõem essa estrutura, como o desejo, o Outro e o objeto. Assim, o que é colocado em evidência no tratamento não são as figuras parentais. O ensino de Lacan desprezou estas figuras representativas: o pai em casa, o pai omisso, assustador. Não é a isso que se refere nos tratamentos, mas ao nome do pai e à estrutura (LEFORT, 1991).

Como exemplo da subtração da anamnese no tratamento com crianças, os casos de Robert e Rosine Lefort (1997) são exemplares, uma vez que se trata de crianças abandonadas que vivem em instituição.

O caso Marisa, uma menina de 26 meses de idade, atendida por Rosine Lefort, nos revela bem esta posição da ausência dos pais na anamnese. Marisa não foi trazida por seus pais. Ela já vivia numa instituição.¹⁰ Não há, portanto, no caso de Marisa, “entre a analista e ela, interposição do dizer e da demanda dos pais, o que a analista deve primeiramente considerar para atingir o sujeito enquanto analisando de pleno direito” (p. 8). Sendo assim, na ausência em estabelecer uma história anamnésica, não há, na relação do analista com o analisante,

¹⁰ A instituição se chama “Parent-de-Rosan”, alojamento da Assistência Pública que fazia parte do serviço hospitalar de Jenny Aubry.

uma interposição da demanda dos pais. Assim, a criança pode estabelecer, “de saída, uma relação com uma presença à qual todas mostram uma avidez intensa, uma ‘sede intensa do Outro’” (*idem*).

Mas, por outro lado, o que determina a biografia infantil, diz-nos Robert Lefort (1991), citando Lacan,

seu motor está apenas na maneira pela qual se apresentou o desejo no pai, na mãe e que, em consequência, nos incita a explorar não apenas a história, mas o modo de presença sob o qual cada um desses três termos – saber, gozo e *a* – foram efetivamente oferecidos ao sujeito (p. 13).

São os elementos da estrutura psíquica do sujeito e como cada elemento dessa estrutura tem relação entre si que serão determinantes para a posição do sujeito no Outro, como lugar dos significantes e lugar de uma palavra, a quem o sujeito pode endereçar sua demanda (LEFORT, 1997).

Nessa dimensão, os Lefort (AMP, 1996) nos propõem avançar a partir da referência ao lugar e à presença do analista como o único meio de elucidar o que se apresenta como da ordem da estrutura. E, assim, operar pela interpretação e interrogar: “o que a criança fez do saber, do gozo e do objeto *a* que lhe foram oferecidos por seus pais?” (p. 325) Nesse contexto, se a criança está no lugar do objeto *a* para a mãe, só ela vai saber falar desse lugar, e “ela só pode dizer e testemunhar na experiência de seu tratamento” (*idem*).

Assim, a criança, no processo analítico, deverá se afastar do discurso dos pais, para encontrar seu próprio discurso. A criança fala do lugar, seguindo “a estrutura que se evidencia na transferência” (AMP, 1996, p. 325).

Dessa maneira, Rosine Lefort (1991), ao falar sobre o tratamento psicanalítico da criança, ressalta que, para se compreender o discurso da criança, devemos, antes de mais nada, nos distanciar da abordagem familiar, anamnésica e social, pois, no tratamento com crianças na clínica orientada para o real, é com o discurso da criança que devemos trabalhar.

5.2.3 O sintoma da criança

Se considerarmos a entrada em análise, podemos destacar que essa entrada consiste em uma queixa que revela um sintoma. Todavia, vimos os efeitos de tal sintoma em outras práticas de tratamento com crianças: pode-se revelar em uma delas, na prática de Anna Freud, que a supressão do sintoma era o objetivo terapêutico almejando à adaptação; e, por outro lado, na prática de Melanie Klein, o fato de essa autora visar à profilaxia do sintoma nos leva a considerar que o objetivo terapêutico se encaminhava para uma perspectiva de adaptação ao social.

O sintoma, tal como nos referimos na clínica de orientação lacaniana, diz-nos Miller (1998), não almeja a cura, “não tentamos curá-lo, o que não quer dizer que ele não seja patológico. Ele é patológico, mas é uma patologia de estrutura” (p. 127). Isso quer dizer, continua Miller (1998), que temos que viver com o sintoma. Devemos, como se diz em francês, “*faire avec*, quer dizer que devemos haver-nos com ele” (p. 105). Sendo assim, o sintoma, como uma resposta da estrutura do sujeito, é representativo do que dessa estrutura ele produz como mensagem para o sujeito.

Um texto referencial na clínica com crianças e, do mesmo modo, central para o entendimento da questão do sintoma da criança, é o texto de 1969 de Jacques Lacan, *Nota sobre a criança*. Neste, Lacan (1969/2003) propõe que o sintoma da criança vem responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar. Assim, o sintoma é uma resposta dada pela criança a essa estrutura de duas maneiras: ela responde à verdade do casal parental ou à subjetividade da mãe.

O sintoma, portanto, como resposta do sujeito, se apresenta também a ele como solução. Solução para o que lhe é mais singular. Os casos atendidos por Robert e Rosine Lefort representam a importância de se observar a estrutura do sujeito para a compreensão do sintoma. Rosine Lefort, no caso da psicose do menino Robert, se ateu aos elementos da estrutura, tais como o significante e a relação com o Outro. Dessa maneira, frente esse caso, não buscou em nenhum momento uma medicação que acalmasse Robert ou que lhe fizesse calar, nem um

programa de reeducação para que ele se adequasse. A entrada dele no tratamento almejava a lógica da estrutura e o particular da história de desamparo de um sujeito em sua experiência de abandono do Outro (COCCOZ, 2008). Desse modo, continua Coccoz (2008), Robert e Rosine Lefort são uma luz na escuridão, essencialmente daqueles que ainda utilizam “protocolos” na tentativa de submeter as manifestações irracionais “da pulsão de morte de crianças rebeldes, à sugestão, negligenciando seu absoluto desamparo e negando sua condição de sujeito” (p. 17).

Quando levamos em consideração o sintoma na clínica de orientação lacaniana, deparamo-nos com uma produção singular do inconsciente. Ele se apresenta como condição para o tratamento e a função do psicanalista é interrogá-lo para alcançar o que é mais singular no sujeito. Posição avessa às práticas encontradas antes da entrada da orientação lacaniana, que objetivava suprimir o sintoma a serviço da restituição de uma normalidade social.

5.2.4 O inconsciente

A perspectiva aberta pelo ensino de Lacan permitiu aos psicanalistas Robert e Rosine Lefort uma nova forma de conceber e articular o sujeito no discurso analítico. O lugar do sujeito no discurso analítico implica sua condição de objeto nesse discurso. O discurso, conforme ressaltam Robert e Rosine Lefort (1986), se funda “sobre o lugar desse objeto *a*, causa do desejo do Outro, que tem relação com o discurso, o sujeito só lhe pode ter acesso se no início ele está encarnado em alguma coisa fora do significante: o pequeno *a*” (p. 22). Essa é também a condição de se falar de clínica orientada para o real (LEFORT, 1991). Lacan (1969/1970), no seminário *O avesso da psicanálise*, nos diz que “a experiência analítica é estrutura de discurso” (p. 14). E dizer que a psicanálise é um discurso, destaca Marie-Helène Brousse (2003), citando Lacan no seminário *O avesso da psicanálise*, é porque ela faz parte das “relações estáveis instauradas pela linguagem” (p. 69). Por outro lado, continua Brousse (2003), isso quer dizer que “a linguagem é

uma ordenação do gozo dos falantes, gozo esse que se encontra na estrutura da fala, de linguagem” (p. 69). Ou seja, como diz Brousse, a psicanálise ordena o gozo por meio do discurso.

Nessa perspectiva de tratamento pelo real, a presença do analista se faz com a função de operar, por meio da transferência, com a interpretação, nos termos de evocar na criança o que ela fez do saber, do gozo e do objeto *a* que lhe foram oferecidos por seus pais (AMP, 1996). A psicanálise trata pela linguagem. Como nos diz Brousse (2003): “ela trata da linguagem pelo real do signo, manejo do real” (p. 72).

O que nos parece mais paradoxal, prossegue Brousse (2003), é que a psicanálise “talvez não seja um tratamento pelo inconsciente. É um tratamento pelo real [...], é um tratamento do gozo pela letra” (p. 73). A psicanálise, portanto, é um tratamento da linguagem, pelo manejo do real do signo. E mais adiante ela completa: “a psicanálise trata o real, e aqui se deve entender o real do sintoma, ou seja, o que o sintoma encerra de resposta ao real pela materialidade do signo” (p. 74).

Assim, sublinha-nos Alicia Arenas (2007), a psicanálise de orientação lacaniana considera no tratamento a perspectiva “do real do gozo iniludível na clínica e na qual o sujeito não pode dialetizar, isto é, com o qual o sujeito tem que aprender a viver” (p. 62). Perspectiva essa, continua Arenas (2007), que não é compartilhada pelas propostas psicoterápicas e menos ainda por orientações psicanalíticas distintas da orientação lacaniana.

A clínica psicanalítica com crianças de orientação lacaniana em sua máxima “clínica orientada para o real” já nos aponta o alcance dessa prática em relação ao sintoma do sujeito nessa clínica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos de uma questão que, de maneira insistente, os psicanalistas de orientação lacaniana introduzem nas discussões de casos clínicos, tanto na prática da supervisão¹¹ quanto nos espaços institucionais dos núcleos de pesquisa em psicanálise com crianças. Trata-se de se perguntar, em cada caso, se a aplicação da psicanálise com crianças se mostra uma prática que, como aquela com sujeitos adultos, privilegia a formação do sintoma e sua articulação com a dimensão pulsional, ou se a mesma se limita a uma prática de adaptação da criança ao social.

Alguns autores que se dedicaram ao tema da psicanálise com crianças sinalizam este desvio da referência ao sintoma em detrimento da adaptação. Santiago (2005), por exemplo, em seu livro *A inibição intelectual da psicanálise*, demonstra uma inflexão ocorrida na prática com crianças concernente à referência central de Freud sobre a fobia da criança, que perde espaço para uma perspectiva mais profilática do tratamento de crianças, notadamente na prática das analistas Anna Freud e Melanie Klein, que se dedicaram a essa clínica nos anos 1920. Naquela época, que pode ser situada como o momento do nascimento e desenvolvimento da psicanálise com crianças, as formulações sobre o

¹¹ A psicanálise como prática, comporta um saber-fazer, e podemos dizer que ele se transmite pela supervisão” (LÁZARO ELIAS, 2003).

sofrimento infantil desconsideram o paradigma da fobia e privilegiam a presença constante da problemática da inibição, sinalizando uma desordem neurótica. Essa inflexão, segundo Santiago (2005), “que se opera na temática da fobia para a inibição, tem como pano de fundo o questionamento sobre a eficácia e os limites no tratamento com crianças” (p. 67). Mais especificamente, o que se destacava naquela data era “como evitar que a criança se torne um adulto neurótico” (*idem*). Essa posição se ancora na descoberta de Freud (1896/1980) sobre a neurose do adulto e de suas reminiscências em relação à sexualidade.

Aprofundando na pesquisa das razões dessa inflexão, encontramos também a referência ao conceito freudiano de pulsão de morte, que parece ter sido de difícil e diversa apreensão para os psicanalistas da época, inclusive os analistas de criança. Esta pesquisa permitiu a formulação da hipótese de que houve, por parte das pioneiras da psicanálise com crianças, Anna Freud e Melanie Klein, uma leitura singular da dimensão pulsional inserida no sintoma. Tal leitura promove, em certa medida, o destaque ao recurso da adaptação da criança ao social, não sem a consequência de certo silenciamento da mensagem singular do sintoma do sujeito. Em suma, o recurso à terapêutica da adaptação da criança ao social, com finalidade de supressão do sintoma, acarretou a desconsideração da dimensão pulsional do sintoma.

O percurso realizado, neste trabalho, buscou investigar nos textos de Anna Freud e Melanie Klein como cada uma dessas duas pioneiras da prática psicanalítica com crianças articulou o conceito de pulsão de morte e o considerou na manifestação pulsional do sintoma.

A análise das contribuições teóricas e clínicas de Anna Freud nos possibilitou considerar que essa autora define como objetivo para sua prática clínica a adaptação da criança ao social mediante a eliminação dos sintomas. Seu ofício de pedagoga e sua inclinação à observação de crianças, na sua prática como pedagoga, certamente teve influência importante no estabelecimento de uma prática clínica adaptacionista. Algum tempo depois, a passagem desse ofício pedagógico para o movimento psicanalítico não subtraiu de sua prática o privilégio da observação direta de crianças. Anna Freud fez da observação sua

ferramenta principal para a exploração do material inconsciente, de forma a associar o sentido inconsciente à compreensão do comportamento da criança. A ênfase nos elementos da consciência, tão recorrentemente utilizada por Anna Freud em detrimento de uma exploração do inconsciente, permitiu a concepção de sua prática focada no viés pedagógico. Do mesmo modo, a emergência social proveniente da Guerra refletiu na prática de Anna Freud: a criação de creches-lares para o acolhimento de crianças que sofreram as dificuldades da Guerra, as experiências educativas na Escola Heitizing, ancorada na perspectiva da criança em desenvolvimento, bem como os textos de Freud que examinavam esse momento social, nos pareceram ter colaborado, sobremaneira, na intenção de se buscarem soluções mediante a adaptação da criança ao social.

Do mesmo modo, Melanie Klein participou desse momento de entrada da psicanálise com crianças no ano de 1920. Influenciada pelos fundamentos psicanalíticos freudianos, ancorou sua prática nos primeiros tempos em uma perspectiva mais clínica, posição que a diferenciava definitivamente da prática pedagógica de Anna Freud.

A obra de Melanie Klein proposta por sua biógrafa Hanna Segal (1975) se divide em dois momentos: um, ancorado nos fundamentos freudianos, que se iniciou no ano de 1921 até 1932, e outro momento, que se iniciou em 1934 e culminou em 1957 com o livro *Inveja e Gratidão*, em que se destacam suas próprias formulações teóricas.

Nessa divisão proposta por Segal (1975), podemos destacar, mediante nossas leituras, que, no primeiro momento de sua obra, mais especificamente na leitura do caso relatado no ano de 1921, o caso Fritz, um menino de cinco anos, nos levou a reconhecer uma prática de tratamento que se desvia para um viés de adaptação. É a ênfase na profilaxia do comportamento que se destacava, nesse caso, na medida em que utilizava elementos de prevenção contra os sintomas das crianças. De forma similar, é a perspectiva da criança em desenvolvimento e a utilização de recursos educativos para o esclarecimento sexual a esta, associado aos elementos da consciência que tomam a cena nesse caso de Fritz. Os fundamentos clínicos utilizados por Melanie Klein não

passaram despercebidos após a exposição desse caso. No final da conferência sobre o caso Fritz, Dr. Anton Freund (1921/1965/1981) fez um questionamento a Melanie Klein em relação à sua prática e questionou o tipo de tratamento utilizado por ela. Sublinha, nesse caso, que as observações realizadas por Melanie Klein eram certamente analíticas, porém não sua interpretação, pois, segundo ele, ela tomava “apenas em consideração as perguntas conscientes, deixando de lado as inconscientes” (p. 54). Do mesmo modo, podemos observar que a entrada de Melanie Klein na prática com crianças se deu no momento social da Guerra, na qual a demanda para a solução emergente dos conflitos a ela inerentes nos pareceu ter influenciado, sobremaneira, Melanie Klein nesse momento inicial. Nesse primeiro momento da elaboração de Melaine Klein, é possível reconhecer um viés adaptativo no sentido de essa autora visar à profilaxia do sintoma e à adaptação da criança ao social sinalizar certa eficácia terapêutica.

Inicialmente, a hipótese por nós formulada colocava Anna Freud e Melanie Klein no mesmo contexto de guiar o tratamento para um viés adaptativo do sintoma na clínica, ou seja, desconsiderar a pulsão. A partir das leituras dos textos dessas duas autoras, concluímos que essa hipótese não se confirmou no que se refere à perspectiva clínica de Melanie Klein. Embora ela se apresente em um primeiro momento de sua prática ancorada na utilização de recursos profiláticos que visavam à prevenção da neurose, isso não nos autoriza a reconhecer em toda sua prática um encaminhamento de adaptação ao social.

No que concerne à prática clínica de Melanie Klein, um segundo momento de sua teoria, tal como proposto por Segal (1975), situa-se em um tempo mais arcaico do desenvolvimento da criança, não podendo desconhecer neste a presença da dimensão pulsional inserida no campo da fantasia e na relação de objeto. A ansiedade persecutória, resultado da presença da pulsão de morte inerente ao sujeito, coloca em cena os mecanismos de defesa projetivos e introjetivos no intento de se livrarem e, portanto, de se defenderem desse impulso destrutivo. Dessa forma, essa ansiedade que se manifesta na criança se coloca como defesa frente a pulsão de morte e a serviço da pulsão de vida. É o equilíbrio nessa

interação que permite a integração do eu da criança. Da mesma maneira, o sintoma é uma resposta do sujeito frente a ansiedade primária e a presença da pulsão de morte, ou seja, o que se apresenta como irreconciliável no inconsciente.

Embora Melanie Klein não desconheça a presença da pulsão em todo seu percurso teórico, a perspectiva do sintoma como solução não toma o primeiro plano nesse tratamento. Isso porque a leitura de sua teoria ancorada na perspectiva de uma relação de objeto é feita apoiada em uma unidade possível dessa relação em detrimento da teoria das pulsões. Desse modo, o inconsciente e seus efeitos, na prática de Melanie Klein, podem ser deduzidos dessa relação de objeto concebida como relação de completude (AMP, 1996). O tratamento clínico com crianças em Melanie Klein pretende alcançar uma realização plena com o objeto, posição que se distancia da prática analítica que se ancora no questionamento dessa falta, e não em sua completude.

Enfim, na perspectiva de um desvio da clínica com crianças em relação ao referencial da pulsão, pode-se dizer, a partir deste estudo, que se encontra em Anna Freud uma desconsideração maior da pulsão em sua elaboração e sua prática, enquanto em Melanie Klein encontra-se uma menor desconsideração.

Seguindo esse ponto de vista, é possível considerar que o sintoma em Anna Freud era tratado visando-se ao ideal de adaptação. Da mesma maneira, no caso do menino Fritz apresentado no ano de 1921 por Melanie Klein, podemos considerar, nesse primeiro momento, uma ancoragem em uma perspectiva adaptacionista. Desse modo, o sintoma, decididamente em Anna Freud e no caso de Melanie Klein, em um primeiro momento de sua clínica, se distancia de uma prática que reconhece no sintoma uma resposta do sujeito ao que lhe é ofertado pelo Outro social (pai, mãe). A posição da clínica com objetivos adaptativos, frente o comportamento da criança, nos permite revelar que nos deparamos, nessa clínica, com uma desconsideração da pulsão no sintoma. Podemos citar como exemplo o campo educacional, no qual, muitas vezes, sob a perspectiva de fazer o aluno ficar bem na escola, de seguir o padrão normal do desenvolvimento, perde-se a dimensão

pulsional do sintoma. Assim, ele se afasta da dimensão de solução como proposta por Jacques Lacan (1969/2003) em seu texto *Nota sobre a criança*. Esse texto, referencial na clínica com crianças, é centrado sobre a questão do sintoma. O sintoma da criança, segundo Lacan, pode se apresentar como resposta ao sintoma do casal parental ou ao sintoma da mãe. Assim, nessa dimensão de resposta, o sintoma que representa a verdade do casal parental, ou o sintoma que representa a subjetividade da mãe, precisa, em um primeiro momento, ser “desfeito” para que depois uma nova construção possa se tornar uma solução possível para a criança. Uma solução que se apresenta como resposta. Todavia, uma resposta que pode ser bem melhor para o sujeito e, sobretudo, que não venha eliminar o que é próprio do sujeito em prol de um bom comportamento.

A orientação lacaniana se dirigiu a um movimento de denúncia aos desvios pelos quais passava a teoria de Freud, buscando reconduzi-la à sua práxis original (LACAN, 1964/2003). Ela estabeleceu como prática, propondo um resgate da letra de Freud em sua originalidade. Na perspectiva da prática clínica com crianças, podemos considerar que, a partir da entrada da orientação lacaniana, há um antes e um depois na prática do tratamento com crianças em referência ao sintoma. Anterior a essa orientação, o sintoma era tomado pela necessidade de sua supressão, caso estivesse em desacordo com o socialmente aceitável. Após essa orientação, o sintoma e sua relação com a pulsão tomam a dimensão de resposta para o sujeito; portanto, possuem valor de mensagem como produção do inconsciente.

Robert e Rosine Lefort, alunos de Jacques Lacan, privilegiam essa relação entre pulsão e sintoma. É o sintoma como solução que toma a cena, perturbando a tendência à adaptação. O aforismo preconizado por esses autores de que “a criança é um sujeito em plenos direitos” pretende romper com as práticas adaptacionistas ao colocar em relevo o inconsciente e suas produções.

No contexto da clínica com crianças, depois da orientação lacaniana, não se torna mais possível tomar a adaptação como a única perspectiva. A orientação lacaniana dá impulso a uma nova forma de

reconhecer e trabalhar a demanda recorrente de soluções para as dificuldades apresentadas pelas crianças, por exemplo, na escola. Duas vertentes de respostas podem ser consideradas frente o comportamento inadequado da criança na escola: uma vertente se dirige a reconhecer que os problemas que as crianças apresentam estão atrapalhando a adaptação delas na escola, a outra vertente se dirige a considerar que são sintomas e que merecem ser tratados. Assim, conceber a criança como um analisante em plenos direitos, na perspectiva da orientação lacaniana, irá destacar essa segunda vertente do sintoma escolar querendo dizer outra coisa que não necessariamente a dificuldade de adaptação da criança.

Enfim, o que podemos reconhecer é que, no intento de adaptar a criança ao ambiente escolar, a dimensão do sintoma como produção do inconsciente se perde, porque ele perde o potencial de querer dizer alguma coisa além do comportamento em si. É importante ressaltar que a questão do sintoma é a questão do sujeito do inconsciente. Dessa forma, ele não pode ser tratado visando ao ideal da escola, ao aluno ideal para a escola; posição avessa ao que encontramos antes da entrada da orientação lacaniana na tendência a responder ao Outro social.

Portanto, na clínica de orientação lacaniana, quando mencionamos o sintoma como solução é para destacar que o sintoma é uma solução que permite ao sujeito fazer um laço com o social. Ou seja, o sintoma permite uma adaptação pela singularidade de cada sujeito, pois ele é uma solução para cada sujeito estar bem no social. Desse modo, no trabalho da clínica psicanalítica com crianças, o objetivo do psicanalista não visa à adaptação da criança ao social. No entanto, ele irá trabalhar para que a criança, a partir de seu sintoma, possa utilizar o social para alcançar seu objetivo particular. Tomando como referência do social a escola, a criança irá se adaptar a ela se for um bem para ela; por outro lado, ela não irá se adaptar à escola se esta estiver correspondendo à exigência do Outro. Conceber a criança como um analisante em plenos direitos permite recolocar a criança como sujeito na psicanálise. Do mesmo modo, destacar a entrada desse sujeito na clínica de orientação lacaniana é uma maneira de aplicar a psicanálise com crianças, aproximando-se

mais estreitamente da clínica psicanalítica do que da demanda educacional.

Esta pesquisa, sobretudo, denuncia o impasse provocado pelas práticas objetivantes que levam à adaptação do sintoma do sujeito a um ideal social e, como consequência, sua elisão. Sobretudo, propõe uma convocação à escuta do sujeito em sua relação com o inconsciente. No entanto, a temática desta pesquisa atinge diretamente uma preocupação profissional tanto no ofício educacional quanto no clínico. Na relação entre psicanálise e educação, não se pode incidir no equívoco da aplicação dos conceitos psicanalíticos na prática educativa, mas pode-se transitar entre esses dois campos, possibilitando à criança a condição de sujeito desejante.

Finalmente, este trabalho se apresenta esclarecedor para meu percurso prático e teórico na clínica com crianças. Espero que ele possa contribuir para outras pessoas que praticam essa clínica e se sintam interrogadas pela perspectiva da referência ao sintoma na clínica com crianças. Do mesmo modo, a investigação referente ao lugar da criança, sujeito, e do analista, na orientação lacaniana, elucidou para o analista a importância de se manter certa distância do que seria a demanda das instituições para o tratamento com crianças; essencialmente, para que esse tratamento não vise aos objetivos da instituição em detrimento do sujeito em análise. A relevância deste trabalho é no sentido de alertar aqueles que trabalham na clínica com crianças para que essa prática não seja uma resposta de adaptação à instituição ou ao Outro social. Na clínica de orientação lacaniana, o sintoma manifestado pelo sujeito tem sempre um querer dizer sobre ele.

REFERÊNCIAS

ARENAS, Alicia. Tipo Clínico e caso único, conceitos que não se recobrem. In: ALVARENGA, Elisa; FAVRET, Ennia; CÁRDENAS, Maria Hortência (Org.). *A variedade da prática: do tipo clínico ao caso único na psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007. p. 57-62.

ARNOLD, W.; EYSENCK, H. J. J.; MEILI, R. *Dicionário de Psicologia*. São Paulo: Loyola, 1982.

ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Os Poderes da Palavra*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996.

BELAN, Zaíra. *Letras da Coisa*. Análise com crianças. Seminário Preparatório: A Clínica Infantil em nosso meio. Coisa Freudiana-Transmissão em Psicanálise, 1988. p. 9-14.

BURLINGHAM, D.; FREUD, A. *Meninos Sem Lar*. 3. ed. inglesa, 1954. 3. ed. brasileira, 1961. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1961.

BROUSSE, Marie-Hélène. A pulsão II. In: FELDSTEIN, Richard; FINK Bruce, JAANUS Maire (Org.). *Para ler o seminário 11 de Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 125-133.

_____. Os quatro pontos cardinais da psicanálise aplicada. In: BROUSSE, Marie-Helène. *Como a psicanálise cura*. Curinga. Escola Brasileira de Psicanálise, Seção Minas Gerais. Belo Horizonte, 2003. p. 68-77.

BRUEHL, E. Young. *Anna Freud: uma biografia*. Tradução Henrique de Araújo Mesquita. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

CAMPOS, Regina Helena Freitas. Contexto sócio-cultural e tendências da pedagogia psicanalítica na Europa central e no Brasil (1900-1940). Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, 1991.

COCCOZ, Vilma. El Legado de Rosine y Robert Lefort. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 15-18, abr. 2008.

COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús (Org.). *Desenvolvimento psicológico e educação*. Porto Alegre: Artmed, 2004. 3v.

COLOMBIER, Jacqueline Poulain. Histórico dos conceitos e das técnicas que contribuem para a psicanálise com criança. *Revista Littoral: a criança e o psicanalista*, Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 21-30, 1998.

CORDIÉ, Anny. *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar*. Tradução Sônia Flach e Marta D'Agord. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

COTTET, Serge. Efeitos terapêuticos na clínica psicanalítica contemporânea. In: SANTOS, Tânia Coelho. *Efeitos terapêuticos na psicanálise aplicada*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2005. p. 11-40.

ELIAS ROSA, Lázaro. Uma matema para a supervisão. In: Instituto de Psicanálise e Saúde Mental de Minas Gerais. Ano 0; n. 0, agosto de 2003. Instituto On Line.

FELDSTEIN, Richard *et al.* *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

FELLER, Jean. *Dicionário de Pedagogia.* São Paulo: Verbo, 1980.

FINK, Bruce. *O Sujeito Lacaniano: entre a linguagem e o gozo.* Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

FREUD, Anna. *O Tratamento Psicanalítico de Crianças.* Tradução Marco Aurélio de Souza Matos da 5ª edição de 1926/1927. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

_____. *Psicanálise para pedagogos.* Tradução Luís Pignatelli da edição de 1935. Santos: Martins Fontes, 1973.

_____. *Infância Normal e Patológica.* Tradução da primeira edição em 1965. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

_____. *O Ego e os Mecanismos de Defesa.* Tradução Álvaro Cabral do original americano de 1946. 8. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

FREUD, S. Sobre o Mecanismo Psíquico dos fenômenos Históricos: Uma Conferência (1893). In: _____. *Obras Completas.* Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

_____. Novos Comentários sobre as Neuropsicoses de Defesa (1896). In: _____. *Obras Completas.* Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

_____. Hereditariedade e etiologia das neuroses (1896). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1980. v. 3.

_____. A sexualidade na etiologia das neuroses (1898). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 3.

_____. A Interpretação dos Sonhos (1900). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 4.

_____. Três Ensaio da Teoria da Sexualidade (1905). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 7.

_____. Moral Sexual Civilizada (1908). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 9.

_____. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos (1909). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 10.

_____. A Concepção Psicanalítica da Perturbação Psicogênica da Visão (1910). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 11.

_____. O manejo da Interpretação (1911). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. A dinâmica da transferência (1912). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. Introdução a The Psycho-Analytic Method de Pfister (1913). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 12.

_____. A História do Movimento Psicanalítico (1914). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

_____. A Pulsão e seus Destinos (1915). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 14.

_____. O sentido dos sintomas. Conferência XVII (1916-1917). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 16.

_____. Linhas de Progresso da Terapia Psicanalítica (1919[1918]). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 16.

_____. Além do Princípio do Prazer (1920). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 18.

_____. Mal-estar na civilização (1920). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 21.

_____. Prefácio à Juventude Desorientada de Aichhorn (1925). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 19.

_____. Inibição, Sintoma e Angústia (1925/1926). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 13.

_____. Esboço de Psicanálise (1938/1940). In: _____. *Obras Completas*. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de S. Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 23.

GONZÁLEZ, Julio. Editorial. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 5-6, abr. 2008.

GROSSHURTH, Phillis. *O Mundo e a Obra de Melanie Klein*. Tradução Paula Maria Rosas. Rio de Janeiro: Imago, 1992.

GUEGUEN, Pierre Gilles. A transferência como logro. In: FELDSTEIN, Richard *et al.* *Para ler o Seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997. p. 93-107.

HELLER, Peter. As Cartas de Anna Freud a Eva Rosenfeld. Editado por Peter Heller. Tradução das cartas do alemão para o inglês de Mary Weingand, com a colaboração de Gunther Bittner e Victor Ross. Tradução Penha Ferreira. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

_____. *Carta número 8 de Anna Freud a Eva Rosenfeld*. Editado por Peter Heller. Tradução das cartas do alemão para o inglês de Mary Weingand, com a colaboração de Gunther Bittner e Victor Ross. Tradução Penha Ferreira. Rio de Janeiro: Imago, 1994.

JONES, Ernest. *Vida e Obra de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

KLEIN, M. *Contribuições à Psicanálise* – 1965. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

_____. O desenvolvimento de uma criança – 1921. In: _____. *Contribuições à Psicanálise*. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 15-85.

_____. Princípios Psicológicos da Análise Infantil – 1926. In: _____. *Contribuições à Psicanálise*. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 177-191.

_____. A análise infantil – 1923. In: _____. *Contribuições à Psicanálise*. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 111-148.

_____. Simpósio Sobre a Análise Infantil – 1927. In: _____. *Contribuições à Psicanálise*. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 193-232.

_____. A Técnica da análise inicial. In: _____. *Psicanálise da Criança*. 1932. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 41-63.

_____. Uma Contribuição à Psicogênese dos Estados Maníacos Depressivos – 1934. In: _____. *Contribuições à Psicanálise* – 1981. Tradução Miguel Maillet. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 355-389.

_____. Prefácio à Terceira Edição Inglesa – 1948. In: _____. *Psicanálise da Criança*. 1932. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 13-15.

_____. Primeiros estádios do conflito edípico e da formação do superego. In: _____. *Psicanálise da Criança* – 1932. São Paulo: Mestre Jou, 1981. p. 173-202.

_____. *Inveja e Gratidão: estudo das fontes do inconsciente* – 1957. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

KLEIN, M. *et al. Os Progressos da Psicanálise* – 1952. Organização e introdução Joan Riviere. Prefácio Ernest Jones. Tradução Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

_____. Algumas conclusões teóricas sobre a vida emocional do bebê. In: _____. *Os Progressos da Psicanálise* – 1952. Organização e introdução Joan Riviere. Prefácio Ernest Jones. Tradução Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p. 216-255.

_____. Sobre a Teoria de Ansiedade e Culpa. In: _____. *Os Progressos da Psicanálise* – 1952. Organização e introdução Joan Riviere. Prefácio Ernest Jones. Tradução Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p. 290-312.

_____. Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. In: _____. *Os Progressos da Psicanálise* – 1952. Organização e introdução Joan Riviere. Prefácio Ernest Jones. Tradução Álvaro Cabral. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. p. 313-343.

_____. *A Educação de Crianças: à luz da investigação psicanalítica*. Traduzido da segunda edição publicada em 1952. Rio de Janeiro. Imago. 1973.

_____. O Desmame. In: _____. *A Educação de Crianças: à luz da investigação psicanalítica*. Traduzido da segunda edição publicada em 1952. Rio de Janeiro: Imago, 1973. p. 35-52.

_____. *O Sentimento de Solidão*. Traduzido da primeira edição publicada em 1963 por William Heinemann Medical Books Limited, Londres, Inglaterra; Rio de Janeiro: Imago, 1975.

LACAN, J. Conferência em Genebra sobre o Sintoma. Extraído de Le Bloc-Notes de La psicanalise, n. 5, 1985. Opção Lacaniana. *Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n. 23, p. 6-16, dez. 1998.

_____. O estágio do espelho como formador da função do eu. 1949. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 96-103.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise – 1953. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 238-324.

_____. *O seminário Livro 1. Os escritos técnicos de Freud 1953-1954*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1986.

_____. Metáfora e Metonímia (II): Articulação Significante e Transferência de Significado. 9 de maio de 1956. In: _____. *O Seminário: as psicoses (1955-1956) – livro 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 244-252.

_____. Conferência: Freud no século. 16 de maio de 1956. In: _____. *O Seminário: as psicoses (1955-1956) – livro 3*. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. p. 263-280.

_____. *O Seminário: a angústia (1962-1963) – livro 10*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992a.

_____. *O Seminário: o avesso da psicanálise (1969-1970) – livro 17*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992b.

_____. *O Seminário: a relação de objeto (1956-1957) – livro 4*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

_____. *O Seminário: Mais ainda (1972-1973)- livro 20*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

_____. A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise. 1955. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998. p. 402-437.

_____. A direção do tratamento e os princípios de seu poder – 1958. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998a. p. 591-654.

_____. Do sujeito enfim em questão – 1966. In: _____. *Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998b. p. 229-237.

_____. Ato de fundação – 1964. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003a. p. 235-247.

_____. Nota sobre a criança – 1969. In: _____. *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003b. p. 369-370.

LAURENT, Eric. Un psicoanálisis orientado a lo real. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 39-48, abr. 2008.

_____. Versões da Clínica Psicanalítica. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

LEFORT, Rosine; LEFORT, Robert. *Reunião de Trabalho Sobre Psicanálise de Crianças*. Letras da Coisa n. 7. Análise com Crianças. Publicação de Coisa Freudiana. Transmissão em Psicanálise. 26 de julho de 1988. p. 85-104.

_____. Le Cereda: Centre d'Étude et de Recherche sur l'Enfant dans Le Discours Analytique. *Analytica*, Paris, n. 44, 1986. In: LAURENT, Eric. Um psicoanálisis orientado a lo real. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 39-48, abr. 2008.

_____. *Papéis do Simpósio*. Conferência II. A Holófrase – A Topologia do Significante. Conferência promovida pelo \$CF e realizada em Belo Horizonte em 26 de agosto de 1986. p. 25-48.

_____. Unidade da psicanálise. In: MILLER, Judith. *A criança no discurso analítico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. p. 11-12.

_____. Introdução à jornada de estudos do CEREDA. In: MILLER, Judith. *A criança no discurso analítico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991. p. 13-14.

_____. O sujeito no discurso, Robert e Rosine Lefort. In: ASSOCIAÇÃO MUNDIAL DE PSICANÁLISE. *Os Poderes da Palavra*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1996. p. 324-329.

_____. *Marisa: a escolha sexual da menina*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

MIJOLLA, Alain. Dicionário internacional de psicanálise: conceitos, noções, biografias, obras, eventos, instituições. Rio de Janeiro: Imago, 2005. p. 24.

MILLER, J. A. *Percurso de Lacan: uma introdução*. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. *O Osso de uma Análise*. Seminário proferido no VIII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano e II Congresso da Escola Brasileira de Psicanálise. Salvador – Bahia – 17 a 21 de abril de 1998. Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Bahia.

_____. O Real é sem lei. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo: Eólia, n. 34, out. 2002.

_____. Seminário sobre os caminhos da formação de sintomas. *Opção Lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, São Paulo: Eólia, n. 60, p. 11-37, set. 2011.

MILLER, Judith (Org.). *A criança no discurso analítico*. Rio de Janeiro: Zahar, 1991.

PETOT, Jean-Michel. *Melanie Klein II*. São Paulo: Perspectiva, 1988.

ROUDINESCO, E. História da psicanálise na França: a batalha dos cem anos. v. 2 (1925-1985). Rio de Janeiro: Zahar, 1988.

_____. *História da Psicanálise na França: a batalha dos cem anos. v. I (1885-1939)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

_____; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

_____. *Por que a psicanálise?* Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

SANTIAGO, Ana Lydia. *A Inibição Intelectual na Psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

SPÍNOLA, Suzana Barroso. Psicanálise de Crianças: a presença dos pais. *Curinga: Revista da Escola Brasileira de Psicanálise – Minas Gerais*, Belo Horizonte, n. 15/16, p. 76-83, abr. 2001.

STIGLITZ, Gustavo. Dos grandes personas. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 13-14, abr. 2008.

SEGAL, Hanna. *Introdução à Obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

TENDLARZ, Silvia. Prestarse al anudamiento. *Carretel – Psicoanálisis con niños*, Bilbao, n. 8, p. 25-30, abr. 2008.