

O Corpo e a Mente em *Pas de Deux*: A Dança da Consciliência¹

The Body and the Mind in *Pas-de-Deux*: The Dance of the Conscience

Rosa Salomé Borghetti²

Resumo: O autor relata, a propósito do atendimento de um caso, a busca de conciliação do ser nos limites do orgânico, buscando o pleno florescimento da experiência de estar vivo. Usa como referencial teórico-clínico a obra de Winnicott.

Summary: The author tells, by the way of the attendance of a case, the search of conciliation of the being in the limits of the organic one, searching the full bloom of the experience to be alive. He uses as clinical- theoretical referential the workmanship of Winnicott.

Descritores: gemelaridade, paternidade, epilepsia e transferência.

Keywords: gemelarity, paternity, epilepsy and transference.

1 Porto Alegre, outubro de 2005

2 Psicóloga, Psicanalista CIPT, Membro Efetivo do CIPT.

Este estudo objetiva demonstrar, através de um estudo de caso, a importância do entendimento, da modelização a partir da perspectiva neuropsicanalítica. M, sete anos foi encaminhada para atendimento psicoterápico com diagnóstico prévio de epilepsia, fazendo-se necessária a interdiscussão com outros especialistas, ficando evidente que em nosso fazer não podemos dispensar outros saberes. O atendimento destes casos nos aproxima da idéia de consiliência, onde parece natural que fronteiras disciplinares dentro das ciências naturais desapareçam, para serem substituídas por domínios híbridos mutáveis onde a mesma está implícita. O relato do encontro com M pretende motivar a todos para novos e inúmeros “*pas de deux*” entre a neurociência e a psicanálise.

A história de M, compartilhada com seu irmão não apenas no ventre materno, mas também na produção de sintomas evidencia a importância da abordagem neuropsicanalítica:

”O genoma é responsável apenas pelo plano geral do cérebro, pois este possui redes de interconexões capazes de introduzir modificações nesse plano geral a partir de necessidades de sobrevivência surgidas fora do esquema pré-traçado. Essas modificações, produto da capacidade do cérebro de estabelecer circuitos independentes do esquema genético, fazem com que este se torne apenas um roteiro tosco, à medida que se avolumam as experiências derivadas da necessidade de continuação da vida” (ANDRADE, 2003, p97).

O rápido desenvolvimento de M impulsionado pelo atendimento psicoterápico, evidenciado pelo aprendizado na escola, pelo desaparecimento do tique pela descontração de suas mãos, novamente reporta a Andrade (2003):

”Mostrei, de um ponto de vista metapsicológico, como a experiência emocional molda a mente a partir de estruturas afetivas, tendo a oportunidade de me referir à participação intrínseca do objeto na produção da experiência afetiva. Ali, firmei que a revivência em nível transferencial de experiências afetivas negativas e sua superação por afetos positivos é o fulcro que alavanca o processo psicanalítico no sentido da restauração do bem-estar psíquico do paciente” (p102).

Sobre o encontro com M

Ao considerar a questão do sigilo, o impasse surgiu: Encontrar um nome que pudesse sugerir o quanto ela é especial, surpreendendo a cada dia; foram mantidas as três primeiras letras de seu nome MAR – mistério, movimento. Composições foram pensadas com as palavras sol e luz, no entanto a lembrança de sua preocupação em ficar LINDA prevaleceu. Marilinda parece sintetizar como esta menina se apresenta. M para fins de brevidade. Foi encaminhada por seu neurologista, estando em processo de retirada de medicação anti-epiléptica e o acompanhamento psicoterápico deu-se pelos achados do psicodiagnóstico.

Na sala de espera estava uma menina decidida, perspicaz, que consultou a mãe com o olhar antes de acompanhar a terapeuta até a sala. Em Cramer (1993) fica esclarecida a sintonia entre mãe e filha:

“O bebê , portanto , lê no rosto da mãe se deve sentir-se arrojado e valente, ou medroso e perdido. Ele harmoniza seu estado de espírito (arrebatamento ou medo) apenas com a mímica produzida por sua mãe. Esta é uma boa ilustração da função de espelho desempenhada pela mãe: o bebê “aprende” seu estado emocional lendo os sinais exteriores dele no rosto da mãe. Faz sua a emoção materna através de uma forma de interiorização que orientará seu próprio estado emocional, assim como sua ação: sua determinação ou o abandono de seu projeto dependerão da aprovação ou da apreensão da mãe” (p51).

M foi observando tudo. Na sala de atendimento, ao ser apresentada às duas caixas, a individual e a coletiva, prefere a individual, apanha folhas, canetas hidrocor, lápis de cor. Desenhou uma figura feminina, segurando uma pandorga. A pandorga se assemelhou à cabeça de uma menina com “*Chiquitas*”, lembrando o rosto de M. O desenho pareceu estar pronto. M analisou e exclamou: *Me esqueci de uma coisa: a sinaleira!* Desenhou uma sinaleira com quatro lâmpadas, as quais coloriu respectivamente de vermelho, marrom, amarelo e rosa. Pareceu que neste momento, M ainda não estava conseguindo se apropriar do verde. No entanto mostrou que, apesar de estar impedida no vermelho, a seqüência se abrandou conscientemente, ou inconscientemente até “*o/a Rosa*”. Esta como a “*possibilidade*”, de verde... “*verde – esperança*”.

Surpreendeu à terapeuta a forma espontânea com que expressou a transferência; fato pouco freqüente, mas referendado por Etchegoyen (1987) que, ao referir-se a espontaneidade transferencial de seus pacientes, disse:

É importante, também na relação terapêutica termos a noção de que nem tudo é transferência, apesar de haver transferência em tudo. “A transferência existe fora e dentro da análise, a única diferença é que nesta ela é detectada e tornada consciente” (p54).

Momentos como esse, vivenciados na clínica com crianças, mobilizam intensamente a contratransferência do terapeuta , Andrade (2003) alerta:

“Em uma forma de concretização da transferência, a maternagem, por exemplo, tem sido exercida literalmente, em nome de uma contratransferência atuada em vez de interpretada, circunstância em que o analista deixa de ser um objeto transicional simbólico, passando a agir como figura parental concreta, na qualidade de protetor, conselheiro ou orientador” (p159).

Parece fundamental que a criança sinta o terapeuta tão curioso quanto ela. Ser detentor de um saber prévio que a faria sentir-se em desvantagem, ou presa por um fio de histórias já vividas, poderia ser fatal para o laço que se iniciava, como sugeriu em seu desenho. Este sentimento encontrou respaldo em Sarnoff (1995) quando aborda a entrevista com a criança:

“Não apenas a avaliação, mas também o desenrolar posterior do tratamento, podem depender do contato inicial com a criança. É por isso que esse encontro precisa ser preparado com o maior cuidado. Afinal, a primeira impressão é importante” (p118).

A história familiar de M contada pela mãe

A mãe de M, na primeira entrevista, pareceu muito ansiosa. Trazia fantasias de que de uma hora para outra a filha poderia apresentar convulsões. *Percebi então o novo sentido que a sinaleira - que não tinha verde – poderia ter.* Preocupava-se também com o fato de M não estar alfabetizada e, principalmente, por não saber como lidar com suas diferenças com o irmão gêmeo que é um aluno nota dez. Segundo ela *“ele é um avião, ele é danado, ele é muito parecido comigo”.* A mãe associa as dificuldades de aprendizagem de M ao afastamento inesperado da sobrinha que morava em sua casa e se incumbia do cuidado dos gêmeos, desde pequenos, para que ela trabalhasse. Comenta que a moça demonstrava especial afeição por M, de certa forma apropriando-se do papel de mãe que lhe era concedido, pois se sabe que:

“qualquer mulher capaz de ficar doente no sentido de ‘preocupação materna primária’, estará possivelmente em condições de adaptar-se suficientemente bem, na medida de sua capacidade de identificar-se com o bebê” (WINNICOTT, 2000, p 404).

Conta que na sua vida tudo foi sempre difícil. Seu pai era alcoolista, sua mãe, afetuosa, mantinha a família organizada. Eram cinco irmãos. O mais velho se tornou também alcoolista; era o queridinho, não teve limite. Ao ver a maneira como o marido trata o gêmeo de M, cheio de vontades, teme que a situação se repita, que o filho seja um dependente como o irmão. Desde cedo trabalhou, foi a única que estudou e é técnica de enfermagem. Casou, teve uma filha aos vinte anos e logo ficou viúva. Quando essa menina estava com oito anos conheceu seu atual marido, pai dos gêmeos. Diz que sua mãe ficou apreensiva com esse relacionamento, pois ele não tinha família. Foi deixado pela mãe num orfanato, aos dez anos, depois da morte do pai, perdendo também o contato com os irmãos. Já casado, soube que sua mãe estava hospitalizada em estado terminal e queria vê-lo. Apesar de incentivado por ela para que levasse as crianças para conhecerem a avó, ignorou o pedido da mãe. *“O relacionamento deu certo”*, formaram uma família. Das marcas do abandono, nele, ficou a determinação de não terem filhos e a indiferença pela comemoração de aniversários. Ela lembra emocionada de quando preparou para ele uma festa surpresa de aniversário. *“Chorou como uma criança”.* Desde então cada aniversário é um acontecimento. Foi um período ameno até sua mãe adoecer.

Pelo fato de estar em uma condição mais estável que seus irmãos e trabalhar como técnica de enfermagem, esteve mais próxima da mãe de seu marido durante sua hospitalização, até a sua morte. Em decorrência do grande estresse e do luto diz ter sofrido uma alteração hormonal que resultou na gestação dos gêmeos. Diante dessa circunstância, Soulé (*in* Brazenton, 1987) referindo-se ao filho do desejo edipiano cita:

“O desejo de filho provém também da vertente homossexual da relação filha-mãe. A mulher, desejando o filho, reencontra e toca sua própria mãe. Ela se torna sua própria mãe, prolonga-a ao mesmo tempo em que se diferencia dela” (p134).

Ele rejeitou a idéia de ser pai, passando mais de um mês sem falar com ela.

“Se estava tentando libertar-se dos laços com os próprios pais, tornava-se difícil para ele à identificação com eles, como modelos para seu novo papel. Ele pode ter precariamente se ajustado ao papel de marido e as novas expectativas adicionais se tornaram difíceis de absorver”. (KLAUS e KENNELL, 1993, p36).

“Foi um período difícil”, sabendo-se que:

“...o companheiro representa um objeto materno que dá e aprova e um objeto paterno que valoriza a sexualidade da esposa, protegendo-a, enquanto estimula sua reconciliação com a separação de sua mãe” (KLAUS e KENNELL, 1993, p30).

Pode-se presumir o quanto nessa gestação sentiu-se desamparada. Constatada a gemelaridade, o obstetra previu que os bebês nasceriam um pouco antes do tempo e prescreveu o uso de medicação para auxiliar no processo da maturidade pulmonar. Quando as contrações começaram, os médicos de plantão resolveram retardar ao máximo o parto, considerando a maturidade pulmonar dos bebês. Não havia como encontrar o obstetra que acompanhou a gestação. O sofrimento se prolongou por três dias. Até que, diz ela, na troca de plantão apareceu um médico mais velho que se indignou e disse: *“O que estão fazendo com essa mãe? Esses bebês estão em sofrimento”*. A cesariana foi feita em seguida. O menino que estava posicionado para o nascimento sofreu mais, diz, e nasceu com hidrocefalia. *“O neurologista que acompanhava o Manoel disse que ele teria de implantar a válvula para o controle da hidrocefalia. Dificilmente seria uma criança normal. Talvez não conseguisse caminhar”*. Conta que ela e João resolveram não dar ouvidos ao médico. Compraram um andador e o estimularam ao máximo. No começo eles ajeitavam seus pezinhos. Depois ele foi se firmando. *“Um belo dia, ouvi uns passos bem fortes. Era ele que vinha em minha direção”*. Ela se emociona ao contar. O médico se surpreendeu, não foi necessário implantar a válvula e ele estava recuperado. E M tinha sido esquecida. *É o mito do nascimento com deformidades como se dá nos incestos*. Os detalhes das condições traumáticas do nascimento das crianças só foram relatados pela mãe depois de passados seis meses do nosso primeiro contato e de termos tido vários encontros, o que demonstra o quanto o sofrimento experimentado nesta fase ainda é vívido.

“Ser deixada sozinha, durante o trabalho de parto, não é apenas assustador, mas representa uma severa ameaça ao autoconceito da mulher. Ser protegida é ser valorizada, em um momento de intenso egocentrismo e temor. A espécie de atendimento que uma mulher recebe, neste período de vulnerabilidade, é crucial para sua avaliação subsequente da experiência, para seu comportamento maternal posterior e para seu autoconceito”. (KLAUS e KENNELL, 1993, p51)

Foi necessário fragmentar a realidade para suportá-la. Foi necessário “desconsiderar” o prognóstico pessimista em relação ao filho. E por conseguinte, foi necessário considerar que “*M parecia não ter nada*”, como uma estratégia de sobrevivência. “*M sempre caminhou na ponta dos pés*”. Maria conta que ficava aborrecida, pois as pessoas comentavam: “*A tua filha até parece uma bailarina*”. O descontentamento explica-se, na medida que:

“O recém-nascido, que estaríamos tentados a chamar ‘filho real’ ou filho dentro de sua realidade, leva à confrontação com o filho imaginário, do qual ele não pode ser mais do que uma cópia redutora e decepcionante. Ele inflige, então, um desmentido ao poder materno de fabricar um filho que seria na medida de sua megalomania. O filho imaginário, que detinha um papel tão importante dentro da relação fantasiosa, se encontra relegado, desvalorizado, deixado à sua natureza de irrealidade e de sonho. É neste sentido que dizemos que a mãe deve fazer o trabalho de luto do filho imaginário sob o empurrão cabeçudo do filho real. Por vezes ele lhe parece demasiado infiel ou muito decepcionante. Em muitos casos ela não consegue fazer este trabalho e pode então elaborar arranjos patológicos” (SOULÉ in BRAZENTON, p149).

Confirmando a dificuldade em aceitar a “filha real”, afirma que só foi se dar conta que era um problema quando a chamaram na escolinha. M não conseguia participar das brincadeiras em que tinha que seguir em linha reta, pondo um pé diante do outro. Perdia o equilíbrio, caía. Nessa época ela estava com dois anos e meio. “*O susto foi muito grande. Parecia que estava começando tudo de novo. Foi diagnosticada a epilepsia, mas M nunca apresentou convulsões. Para M talvez fosse a oportunidade de construir um vínculo com a mãe. Entretanto, atualmente refere sentir muitas vezes que M usa a sua doença para chamar a atenção, e que nessas ocasiões não cede as suas chantagens.*

Na entrevista com o pai ele se coloca na defensiva, dizendo que havia comentado com a mulher o fato de M caminhar na ponta dos pés, antes mesmo da escola alertar sobre o problema. No entanto, em seu discurso há uma nítida diferença na forma como as crianças são tratadas. O menino tem regalias por ser o homenzinho da casa, o que confirma a queixa da mãe em relação ao fato do marido ter problemas em lidar com a filha: “*Ele nunca trocou uma fralda, nem deu um banho. Dizia que menina, a mãe cuida. Eu acho que isso até é um problema dele. Menina também precisa que o pai cuide. Ele só cuida do guri.*”. Reclama do marido por ser “desligado”, por não educar a ambos para cooperarem em pequenas tarefas, “*para não se tornarem dependentes e inúteis*”. Um aspecto não considerado por Maria é o fato de ele não ter tido um referencial paterno para espelhar-se e talvez ela fosse menos exigente se soubesse que:

“A maioria dos pesquisadores relatam que os pais geralmente contribuem com menor tempo para os cuidados dos bebês do que as mães, e, por sua vez, usam a maior parte de seu tempo com os filhos envolvidos em brincadeiras” (KLAUS e KENNEL, 1993, p82).

A Epilepsia acionando o cuidado e a atenção a M

Torna-se relevante esclarecer o destaque dado à epilepsia no desenvolvimento deste estudo. Primeiro, pelo papel decisivo que ela representou na mobilização dos afetos da mãe de M. E em segundo, pela necessidade do conhecimento de alguns aspectos da doença para melhor abordagem terapêutica, subsídios que foram buscados no *site* oficial da Liga Brasileira de Epilepsia³.

³ A causa da epilepsia muitas vezes é desconhecida. Pode ter origem em ferimentos encefálicos recentes ou não, infecções cerebrais, traumas, etc. Traumas na hora do parto, abuso de álcool e drogas, tumores e outras doenças neurológicas também facilitam o aparecimento da doença. No caso de M, talvez as condições do parto possam ser consideradas como causa. Durante as crises, há uma descarga elétrica anormal em um grupo de células nervosas e elas enviam sinais incorretos a outras células ou ao restante do corpo. Cada pessoa tem um limiar convulsivo que a faz mais ou menos resistente a excessivas descargas elétricas no cérebro; por isso, qualquer um pode ter uma crise sob determinadas circunstâncias, principalmente as emocionais. O tipo de crise epiléptica depende da parte do cérebro onde começam essas descargas anormais. O diagnóstico da epilepsia é feito através de eletro-encefalograma (EEG) e neuro-imagem. O histórico clínico do paciente, porém, é muito importante, já que exames normais não excluem a possibilidade da pessoa ser epilética. As alterações ocorrem, por vezes, tão no interior do cérebro, que não são captadas. A pessoa pode não se lembrar das crises. Torna-se relevante o testemunho dos que convivem com o paciente para a identificação do tipo de epilepsia em questão. E conseqüente busca de tratamento. A epilepsia é caracterizada por crises epiléticas repetidas. Às vezes, a pessoa perde a consciência, mas às vezes experimenta apenas pequenos movimentos corporais ou sentimentos estranhos. Sintomas menores não significam que a crise seja de menor importância. Se as alterações epiléticas se restringem a uma parte do cérebro, a crise é dita parcial; se o cérebro inteiro está envolvido, chama-se generalizada. As crises parciais simples não ocasionam a perda da consciência. Caracterizam-se por distorções na percepção auditiva ou visual, desconforto estomacal, sensação súbita de medo e/ou movimentos estranhos de uma parte do corpo. Crises parciais complexas, iniciam-se em um foco determinado no cérebro, mas espalham-se para outras áreas, causando perturbação da consciência. Confusão, caminhar sem rumo, falar sem coerência, realizar automatismos (puxar a roupa, virar a cabeça – repetidas vezes). Crises de ausência constituem-se por lapsos de consciência que em geral duram de cinco a quinze segundos. O paciente fica olhando para o nada e pode virar os olhos, embora seja capaz de retomar normalmente sua atividade. Essas crises não são tipicamente precedidas por aura e costumam ocorrer na infância, desaparecendo na adolescência. Crises tônico-clônicas são convulsões generalizadas, com perda da consciência. Apesar de ser o tipo mais óbvio de epilepsia não é o mais comum. Quando se fala em epilepsia, é impossível falar em dados ou probabilidades sem associá-los ao tipo de crise em questão. Algumas crises desaparecem com o tempo e a medicação pode ser suspensa; outros pacientes precisam de tratamento a vida inteira para controlar as mesmas. Outros não respondem bem aos medicamentos. As pesquisas nessa área são constantes e novas drogas têm chegado ao mercado. Atualmente as substâncias mais usadas são: carbamazepina, clobazam, clonazepam, etosuximida, fenitoína, fenobarbital, primidona e valproato de sódio (ácido valpróico). Medicamentos mais novos incluem a lamotrigina, a oxcarbazepina, o topiramato e a vigabatrina. Às vezes é necessário experimentar mais de um medicamento para obter o efeito desejado, ou mesmo combinar mais de uma medicação. A cirurgia torna-se a solução quando a medicação falha e quando apenas uma área do cérebro é afetada. Paralelamente ao tratamento médico, uma vida saudável tem efeito benéfico sobre a epilepsia. Alimentação adequada, exercícios, redução do estresse e de depressão e a não utilização de álcool e drogas ilegais. A incidência varia de acordo com a localização geográfica. Ela ocorre com maior frequência nos países em desenvolvimento, onde há mais desnutrição, doenças infecciosas e deficiência no atendimento médico. A epilepsia é mais comum na infância, quando aumenta a vulnerabilidade a infecções do sistema nervoso central (meningite), acidentes (traumatismos cranianos) e doenças como sarampo, varicela e caxumba, cujas complicações podem causar crises epiléticas. Os pais geralmente reagem ao diagnóstico de epilepsia com uma mistura de apreensão, vergonha, ansiedade, frustração e desesperança, colaborando para que a criança se sinta diminuída e estigmatizada. A palavra epilepsia geralmente é evitada, fazendo com que a criança não possa discutir sua condição

Convém observar a época em que foi detectada a dificuldade de M, por volta dos dois anos e meio, e o período em que teve início seu tratamento aos quatro anos⁴. A demora suscita a questão de negação maciça. Outro detalhe relevante foi a mãe não ter acompanhado M na primeira consulta com a neurologista e sim a prima, que era sua babá. Confirma-se:

"O filho, pelo fato de ser real, não lhe deixa a possibilidade de se defender não agindo: ela é obrigada a agir. Ela deve selecionar os fantasmas que inspiram sua ação para somente reter as 'boas'. As modalidades defensivas de colocação à distância, de afastamento, de evitação da fonte de angústia, são elas mesmas conflitivas neste caso. Toda uma gama de sintomas e de mal-estares psicossomáticos deve ser situada dentro deste registro de 'passagem à ação' sobre si mesmo ou sobre o outro, fantasmas negativos que não encontram saída no pensamento" (SOULÉ in BRAZENTON, 1987, p152).

Nas primeiras sessões foi detectada pela terapeuta uma certa dificuldade em M usar a tesoura. Suas mãos pareciam tensas, principalmente a mão esquerda, com os dedinhos com as pontas voltadas para cima; apresentava também um trejeito no canto direito da boca. Era muito sutil, mas afetava sua aparência, deixando-a com a expressão mais dura, pouco graciosa. Ela tem o rosto e lábios finos, sendo fisicamente muito parecida com o pai. No início permaneciam dúvidas quanto à origem desses problemas, mas estes dois aspectos estão relacionados ao diagnóstico neurológico de M. Os resultados da avaliação psicológica de M, confirmam o que era bastante evidente⁵

abertamente e a veja como algo negativo. O tempo de crise é infinitamente pequeno em relação ao tempo sem crises, e a criança não deve restringir suas atividades escolares. Até porque, com diagnóstico e tratamento adequados, aproximadamente 80-90% das crianças terão suas crises controladas, o que lhes permitirá uma vida normal. Tanto pessoas que têm quanto pessoas que não têm epilepsia podem sofrer ataques desencadeados por um desejo consciente ou inconsciente de mais atenção e cuidados. Sob estresse, uma respiração rápida ocasiona a produção de dióxido de carbono e muda a química corporal, podendo causar sintomas semelhantes a determinados tipos de crise. O médico deverá ser consultado.

⁴ Para que ficasse devidamente esclarecido o diagnóstico de M foi solicitado à sua mãe os resultados de exames e as prescrições das medicações usadas por ela. Segundo este material, ela possuía o diagnóstico de Paralisia Cerebral do Tipo Piramidal –(espasticidade, caminhar na ponta dos pés) - Gemelaridade (G2) – Prematuridade (34 semanas) – Sofrimento perinatal significativo (72 horas) de trabalho de parto – Cesárea de urgência. Apresenta em decorrência deste diagnóstico: 1- RDNPM ; 2 - Epilepsia; 3 – Alterações Comportamentais: agitação, mudanças bruscas de humor. Dos exames solicitados, a tomografia foi normal e o EEG registrou alterações – descargas(espículas parietais) na linha média. Foi prescrito Ácido Valpróico – Depakene, 4ml de 12/12 horas. Seguindo um acompanhamento regular , depois de um ano e três meses medicada M teve seu primeiro EEG normal. Em janeiro de 2005 foi introduzida Imipramina 25mg visto que M estava apresentando enurese e ansiedade. Em maio de 2005 com o segundo EEG normal foi retirado o Depakene e a Imipramina foi reduzida para 10mg, pois M não apresentava enurese há cinco meses.

⁵ *"alterações de funções do ego: linguagem (disartria, disfonia) e pensamento lentificado. Na área cognitiva (Ávits Cognitivos) demonstra um alto índice de habilidades para aprendizagem, especialmente no que se refere a informações verbais. Apresenta bom nível de compreensão da linguagem falada, sendo capaz de armazenar e sintetizar idéias, bem como habilidades para apropriar-se das informações provenientes do ambiente educacional e cultural."As dificuldades de M "parecem centrar-se em atividades que exijam rapidez, atenção planejamento e destreza visuomotora. Ficou evidente que ela não planeja suas atividades, ela parte para ação, parecendo não ter senso*

M mostra-se reativa as respostas do meio e muita insegura, embora procure mascarar seus sentimentos de inadequação, parece negar suas dificuldades, pois não manifesta nenhum descontentamento por seu baixo desempenho, como se não o percebesse, embora fique clara sua expectativa em produzir coisas bonitas. Este componente defensivo cria uma fantasia de superação das dificuldades, mas ao consistir em uma tentativa de mascarar estas dificuldades, termina por mobilizar altos níveis de ansiedade além de impedir que ela entre em contato com parte de seus afetos, o que prejudica sua saúde emocional. A Conclusão apresenta M com um escore de QI verbal acima da média, o que lhe confere potencial para bom desempenho escolar, desde que suas dificuldades de linguagem e emocionais sejam trabalhadas. A Indicação Terapêutica diante dos fatores relatados na avaliação, foi de psicoterapia individual e, também, avaliação fonoaudiológica.

O lúdico discurso de M

M demonstra no brincar não a “parada” sugerida pela sinaleira desenhada na primeira sessão, mas uma criatividade solta, desordenada a qual ela própria identificava com exclamações como: “Ai, meu Deus! Não consigo!” As inúmeras idéias postas em prática na maioria das vezes não agradavam à sua exigência. Nessas ocasiões convocava: “Me ajuda!”.

“Em termos de associação livre, isso significa que se deve permitir ao paciente no divã, ou ao paciente criança entre os brinquedos no chão, que comuniquem uma sucessão de idéias, pensamentos, impulsos, sensações sem conexão aparente, exceto do ponto de vista neurológico ou fisiológico, ou talvez além da detecção. Isso equivale dizer: é ali, onde há intenção, ou onde há ansiedade, ou onde há falta de confiança baseada na necessidade de defesa que o analista poderá reconhecer e apontar a conexão (ou diversas conexões) existente entre os vários componentes do material da associação livre” (Winnicott, 1975, p81).

No segundo encontro pergunto a M o que ela gostaria que fosse acrescentado à sua caixa individual. Ela pediu tintas, pincéis “canetinhas” e “paninhos” para fazer roupas para as bonecas. Numa série de desenhos ela sempre inseria uma pandorga, presa por um fio, com um rosto parecido com o seu, segura por uma figura feminina. Winnicott (1983) ao comentar o caso “Cordão: uma técnica de comunicação” afirmou:

crítico de suas limitações. A falta de planejamento impede o desenvolvimento de uma visão do todo, e seu bom desempenho em tarefas que exijam rapidez”. Na Área Afetivo Emocional M “mostra-se simpática e muito dócil, mas com uma necessidade excessiva de agradar, ora assume uma postura infantilizada, ora assume uma postura “pseudomadura”. A perda da prima, figura importante na vida de M e o fato dos pais não comentarem o fato pretextando não feri-la, pode ter gerado um alto grau de angústia. A testagem evidenciou indicadores de ambiente restritivo e fantasias de que as falhas poderão ser severamente castigadas”. “A amabilidade excessiva de M, juntamente com outros dados obtidos durante a avaliação, nos levam a pensar em um forte esforço para conter os impulsos agressivos, transformando-os em afetos positivos, por uma dificuldade em lidar com a própria agressividade.”

“O cordão pode ser visto como uma extensão de todas as outras técnicas de comunicação. Cordão une do mesmo modo que auxilia no embrulhar de objetos e na manutenção de material não integrado. Neste sentido o cordão tem um significado simbólico para todos; um exagero do emprego do cordão pode facilmente fazer parte do início de sentimento de insegurança e da idéia de falta de comunicação” (p143).

Na terceira sessão M desenha um grande balde, com olhos, boca e nariz que colore de vermelho. Bem ao centro do mesmo escreve seu nome, dizendo: *“Pronto! É pra ti!”* Decidida afirma: *“Agora chega de desenho”*. M diz isso e faz uma linha em toda a extensão do quadro onde escreve o alfabeto, alternado as cores do giz. Teve uma certa dificuldade em escrever a letra J, inicial do nome de seu pai, escreveu e apagou até que ficasse com a aparência que desejava. A seguir dirige-se para a caixa coletiva. Geralmente as brincadeiras com a caixa coletiva eram deixadas para o final da sessão. M parece dar continuidade à brincadeira da sessão anterior. Ao apanhar o bebê exclama em tom carinhoso: *“Ai! Que coisa mais querida, fofinho! Pena que a fralda dele não sai”*. Digo-lhe: talvez dê pra tirar essa e fazer uma outra com os *“paninhos”* que estão na caixa, mas ela não dá atenção. Novamente põe o irmão na cama de casal; tem dificuldade em manipular os bonecos para posicioná-los, reclama fazendo exclamações: *“Ai! Meu Deus!”* Não demonstra irritação, tenta até conseguir. *“Pronto vamos brincar. Ah! Faltou a floresta”*. Pergunto onde poderia ser, e ela responde: *“Tem de ser perto”*. Posicionou um a um os animais selvagens, próximos à casinha. *“Mamãe vai fazer comida. O pai está de folga”*. Fazendo uma carinha divertida ela exclama: *“Olha só o cheiro da batata frita!”* Aspiro como se estivesse sentindo: Está mesmo muito bom! Parece que essa mãe faz uma comida muito boa. Ela sorriu e reforçou com um gesto afirmativo: *“Faz sim! E ainda vai ter salada de tomate e massa com molho”*.

“Parece válido o princípio geral de que a psicoterapia é efetuada na superposição de duas áreas lúdicas, a do paciente e a do terapeuta. Se o terapeuta não pode brincar, então ele não se adequa ao trabalho” (Winnicott, 1975, p 80).

No decorrer da brincadeira o pai sentou na poltrona da sala, a mãe continuou na cozinha, o irmão continuou no quarto. A irmã maior ficou com a avó no sofá. *“Agora a menina vai lá fora”*. M aproximou a boneca dos animais da floresta e fez a mesma voltar correndo e se abraçar ao pescoço da mãe. Perguntei o que houve com Luisa? Ela respondeu: *“Parece que ela está com medo, mas ela vai mais pertinho”*. Novamente aproximou a boneca dos animais ferozes que correu para a mãe. *“É que ela está morrendo de medo, mas agora todos vão passear”*. Olhou-me e disse: *“Precisamos de um carro e de um carrinho de bebê”*. Não pensei em interpretar o fato dela estar morrendo de medo na medida em que fui incluída no *“passeio de carro”*. Convidei M a procurar na caixa coletiva algo que pudesse ser o *“nosso”* carro. Ela não achando nada pronto que pudesse servir. Resolveu construir um *“Moisés”* para o bebê. Com determinação foi tentando diversos materiais, plástico, isopor. Mediu o plástico para ver se o bebê cabia, depois resolveu fazer as alças, passando pedaços de fio que ela mesma cortou. Uma das extremidades do fio ela conseguiu prender. Para amarrar a outra ela pediu ajuda.

“É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o seu eu (self)” (Winnicott, 1975, p80).

Diante das tentativas para que o amarrado ficasse para o mesmo lado ela comentou: *“Tu tá atrapalhada!”* Concordei: *Todo mundo às vezes se atrapalha. Eu também me atrapalho.* M deu os últimos retoques no Moisés, logo acomodou o bebê no *“cestinho”*. De alguma forma M-Mãe-Bebê aprendeu a criar o aconchego. *“Agora vamos brincar. Guarda tudo pra mim?”* Era preciso guardar os brinquedos; a sessão estava no fim. Ela concordou fazendo expressão de descontentamento. *“Tá bem..”*. Ao me ajudar a guardar os brinquedos apanhou uma gaveta da cômoda e disse sorrindo: *“Tive uma idéia, isso vai ser a cama do nenê”*. Achei uma boa idéia. Enquanto guardava a caixa no armário, M apanhou um giz e perguntou: *“Como é com amor?”* Antes que eu respondesse, ela escreveu: *“Com Amo M”*, mas logo corrigiu *“Com Amor M”*. Não esperou pela minha reação. Disse: *“Tô indo”*. Saiu rapidamente da sala e não me esperou junto à escada.

Sugestivamente M no *“quarto”* encontro desvelou um segredo *“heimlich”* (FREUD, 1919), talvez o motivo que tenha feito ela morrer de medo e estancar seu aprendizado.

M seguiu na minha frente, fez uma parada em outra sala à esquerda da nossa, que estava aberta, mas logo seguiu para a nossa sala. Sentou-se à mesa e perguntou: *“Posso brincar aqui em cima?”* Respondi: *Claro que pode.* M foi até a casinha, apanhou a cama, poltronas, devolveu uma que estava soltando os braços. Apanhou o sofá e comentou: *“Hoje não precisa escada”*. Voltou para a mesa e pediu: *“Traz aquela gaveta”*. Perguntei: *Aquela que será a cama do bebê?* Ela concordou: *“É, aquela”*. Alcancei-lhe a gaveta que ela dispõe ao lado da cama do casal. Abriu a caixa coletiva, apanhou os primeiros bonecos e pediu: *“Me ajuda! Onde está o nenê?”* Entreguei-lhe o nenê. M põe o nenê no berço. Inicialmente colocou os avós sentados no sofá da sala. Logo mudou os mesmos de lugar pondo-os na cama de casal. No sofá colocou o casal de pais. A seguir pôs o menino novamente no centro da cama entre os avós. Alterou novamente a posição dos bonecos. Ao lado do pai no sofá põe a irmã Beti que é *“moça”* e, na poltrona, sentou a menina junto à mãe. Olhou-me e disse: *“Precisa os animais”*. Vou alcançando um a um.

M - Não vai dar. Ela acomodou os móveis para dar lugar aos mesmos.

M - Tem pedra?

T - Tem. Está aqui.

M - Me dá. Já sei. Vou arrumar combinado. Ela formou pares. E continuou:

M - Não tem outro macaco. Ah! Já sei. O urso e o macaco têm a mesma cor. Formou o par pela cor. E disse:

M - O leão não tem par ele é o rei. Mas eu acho que ele não vai ser rei. Vai ser o cervo. Vamos começar?

T - Vamos!

M pareceu referir a situação em que seu pai se colocou, para ela perdeu a majestade. Iniciou o brinquedo. Movimentou os bonecos. A irmã Beti apanhou o bebê. M exitou, pareceu confusa. Em uma das mãos tinha a irmã Beti com o bebê. Apanhou então o pai que abraçou a Beti e o bebê. Olhou-me com uma certa indecisão e disse:

M - Eu acho que essa poderia ser a mãe. Referindo-se a Beti. Tentei esclarecer a brincadeira:

T - Então a Beti é a mãe, o marido dela é o pai, assim como o vovô e a vovó...

M – Não. Essa é a Beti. Essa é a mãe, que é filha da Vó. M na brincadeira repete, fazendo o pai e a Beti se beijarem e se abraçarem com o bebê no colo. Enquanto me olhava significativamente.

T – Eles estão namorando? M não responde e muda de assunto.

M – O nenê não pode passear na floresta.

T – Por que?

M – Porque é perigoso.

T – Mas ela não vai com o pai e a mãe? Novamente ela não respondeu.

M – Eu quero desenhar. Tu guarda tudo pra mim?

T – Guardo tudo o que quiseres.

M desenhou um gramado verde e três construções em forma de castelo com bandeiras no topo tudo em azul. Dessa vez o sol é azul marinho com apenas três pequenos raios e sem rosto. Nos desenhos anteriores o sol era risonho e nas cores laranja e amarelo. A seguir desenhou uma casa na cor rosa forte, centralizada na folha. Novamente os fios. Ela desenhou duas linhas a partir de cada lado da casa que se prolongaram até a borda da folha.

M – Tu guardou os desenhos pra gente fazer o nosso livro?

T – Guardei. Estão todos aqui. Até o meu tema de casa. Está tudo aqui.

M – Então vou fazer a capa para o nosso livro. M repetiu o tema “pandorga com rosto”, agora com lápis comum, sem cor. Iniciou a passar cola em cada um dos desenhos na ordem em que foram feitos.

T – Então vais fazer uma história para esse livro?

M – Não. Tu é que vai fazer.

T – Quem sabe nós duas fazemos essa história?

M – Tá bom! Vou fazer um desenho para a minha professora. M iniciou o desenho com uma menina com um balão na mão, mais uma vez o fio. Completou com uma árvore um coração e uma grande nuvem. Olhou-me e disse:

M – Ai! Eu quero escrever o nome da minha professora.

T – Como é o nome da tua professora?

M – É Letícia.

T – Ah! Letícia com L?

M – É! M automaticamente escreveu o nome completo, corretamente, com todas as letras dentro da grande nuvem. O desenho que seria para a professora ela acrescentou ao “nosso” livro. Continuou sua produção. Desenhou as Super Poderosas. E por fim um grande coração que ocupou toda a folha, colorindo o mesmo com o giz de cera deitado, obtendo um bonito efeito. Estes também foram anexados ao livro.

No atendimento seguinte M conferiu o material de sua caixa individual retirando-os da caixa. Apanhou o “nosso livro” largando-o sobre a mesa.

T – Podemos continuar o “nosso livro”?

M – Não. Já acabou.

T – Então podemos ler a história que está escrita nele.

M – Eu não sei ler.

T – Quem não sabe ler pode só contar a história.

M – Não precisa.

T – Parece que esta história a gente já sabe, não é mesmo? M não respondeu. Apanhou a Barbie de coroa e ficou radiante.

M – Eu sou ela. Todo mundo vai ficar com inveja.

T – Quem?

M – Todo mundo. Já sei. Vou fazer uma coisa.

M apanhou um pedaço de tecido colorido e me pediu para ajudá-la. Apanhou a tesoura e fez dois furos paralelos com uma distância bem calculada. Em seguida vestiu a boneca e mostrou:

M – Oh! Que beleza! Vamos brincar na casinha? Tu guarda essas coisas.
M sentou no chão, comparou a “mamãe” com a nova boneca e comentou:
M – Ela é maior que a mamãe!
T – Às vezes as filhas crescem rápidas e ficam maiores que as mães.
M apanhou os dois irmãos, o Luis e a Luisa, e continuou:
M – Já sei. Agora essa não é mais Luisa, referindo-se a boneca menor. Ela agora é Betina. Essa é que é Luisa, referindo-se a Barbie. Volta a apanhar a nova boneca. Procura o “papai” e novamente forma um casal.
T – Eles estão namorando?
M – É, mais ninguém sabe.
T – Então o papai, como é mesmo o nome dele? Ele e a mamãe não estão mais namorando?
M – O nome dele é João e eles estão separados.
T – Então o papai e a mamãe não moram mais na mesma casa?
M – Não. Ela é que não mora com eles. Onde vai ser a casa dela? Já sei. Vai ser ali.
M colocou um pedaço de tecido bem afastado da casinha e com ele fez a casa da “namorada” do pai. Organizou a casinha, mas deixou os bonecos do lado de fora.
T – Acho que entendi essa brincadeira. O papai teve uma namorada que ninguém sabia. Ela ficou maior que a mamãe. Ela parecia irmã do Luis e agora mora muito longe.
M – E agora eles vão passear de moto. Cadê a moto?
T – Parece que tem uma moto aí dentro da caixa.
M – Mas aquela tem gente. Eu posso fazer uma moto?
T – Podes fazer na sexta-feira. Vamos ter de guardar tudo. Hoje nosso tempo acabou.
M – Tá bom...
Depois dessa sessão em que concluiu a história desse segredo, ela não brincou mais na casinha. No atendimento seguinte confeccionou com uma folha de papel, uma pandorga completa. Coloriu, colocou a linha e o “rabo”. Cortou tiras de tecido as quais amarrou uma a uma formando o rabo da pandorga, vibrando com sua criação dava voltas pela sala, fazendo sua pandorga planar. Perguntou-me.
M – Posso levar pra minha casa?
T – Pode. A pandorga é tua.
M – Mas eu tenho que fazer uma coisa para o meu irmão.
T – O que tu queres fazer?
M olhou-me interrogativa, mas logo decidiu:
M – Já sei. Vou fazer um barco.
Parece que o tempo de “pandorga” de M foi criativamente elaborado.
No desenrolar das sessões M confeccionou: um telefone, utilizando copos de refrigerante; bandeiras do Brasil sem a cor verde, onde no lugar do losango havia apenas um triângulo posicionado corretamente, ocupando a metade superior da bandeira, expressando dessa forma uma falta significativa, ou seu lugar de metade, na relação estreita com o irmão.
Bandeirinhas de São João foram feitas. Nessa ocasião M subiu na mesa para colá-las no teto. Ficou excitada com sua ousadia e disse:
M – Tu me cuida pra eu não cair?
T – Estou te cuidando.
M deixou de usar graficamente os significativos fios. Não lhe faltavam novas idéias e através de listas me incumbia de trazer os novos materiais. Essa talvez fosse a estratégia de manter-me ligada a ela.
Depois de uma briga na escola quando foi chamada de feia por uma colega, M resolveu montar um salão de beleza. Na placa do seu salão pintou uma borboleta com asas pequenas e marrons, e comentou:

M – Esta borboleta está feia, mas cada um é do seu jeito, é diferente.

T – É assim também com as pessoas, cada um tem o seu jeito. O importante é que a borboleta possa voar.

M limpou os pincéis e ao lado da primeira fez outra borboleta maior, com asas grandes e coloridas com “pois” vermelhos. Ao concluir disse:

M – Olha só como essa está bonita!

T – Parece que esta borboleta vai voar bem alto.

M – Vai sim!

M querendo fazer outra atividade e não tendo outra cartolina apanhou a tesoura e cortou o cartaz dividindo-o em duas partes, exatamente na altura das cabeças das borboletas. À parte contendo as cabeças M me entregou dizendo:

M – Essa parte fica pra ti.

M criou fantoches onde ela era “uma onça exótica” que às vezes ficava muito brava. Seu irmão era “um gato”, no seu entender não por ser bonito, mas por ser muito “dengosinho”.

Depois de tantas produções, como que para encerrar uma etapa M pediu-me uma caixa maior para “juntar tudo”. A quantidade de desenhos e objetos criados por ela estava dividida, parte na caixa, parte em uma pasta. Atendi seu pedido. Diante da nova caixa ela fez uma seleção. Trouxe para perto o cesto do lixo. Perguntei-lhe se não seria melhor guardar na caixa antiga as coisas que não queria mais, ao que ela respondeu:

M – Não. Eu não quero mais isso. Essas coisas estão muito feias.

T – Mas são importantes porque são tuas. Cada vez vais fazer coisas mais bonitas.

Ela pergunta:

M – Posso virar a caixa no chão?

T – Claro, a caixa é tua.

Depois de virar a caixa no meio da sala, M se desfez de produções que representavam sua dificuldade. Na caixa antiga deixou alguns trabalhos. Na nova organizou cuidadosamente o material de desenho, o telefone, o “livro” e a pasta com todos os desenhos.

A nova fase trouxe uma produção de muitos óculos, que ela experimentava no meu rosto. Quando lhe sugeria que estes óculos nos fariam enxergar muitas coisas ela punha o dedinho sobre os lábios, fazendo um sinal para eu ficar quieta. Ela me corrigia; na verdade era um modo novo dela ver o mundo – com os meus olhos! A seguir vieram as máscaras de carnaval recobertas de purpurina. Que M confeccionou com capricho, por duas ou três sessões, as quais levou para casa. O jogo de memória que associa palavra à figura, ignorado até então por M tornou-se sua atividade preferida. Ela demonstrava um enorme prazer em acertar as combinações, estava alfabetizada. Algumas vezes trazia o ursinho “Douce”. Em algumas ocasiões o levava para a sessão, onde ficava sentado como observador. Em outras ocasiões deixava-o com a mãe na sala de espera. Este fato fez com que a mãe comentasse: “A senhora sabe que às vezes é o Douce que fica cuidando de mim quando a M vai pra escola?” Mesmo usando um objeto transicional M demonstra segundo Winnicott (2001) ao ter cuidado pela mãe,

“uma prévia de uma atitude adulta de responsabilidade” (p26).

O clima entre as duas na sala de espera é de “descoberta”. M a cada sessão foi demonstrando mais naturalidade. Já conseguiu brigar comigo e até bater forte com a mão espalmada na mesa. Em outra ocasião, completamente descontraída, ao

ver suas mãos sujas de tinta, também pintou as minhas. Em uma brincadeira com o *bambolê* a meta era conseguir me enlaçar. Para isso subiu em uma cadeira, equilibrando a diferença de altura entre nós. A transferência foi se fazendo mais a cada dia até que em determinada manhã ao se dirigir a mim chamou-me de mãe, ao dar-se conta sorriu. Depois desse dia M passou a não levar para casa objetos ou o que era produzido, como de costume. Sabe-se que:

“O objeto transicional e os fenômenos transicionais iniciam todos os seres humanos com o que será importante para eles, isto é, uma área neutra de experiência que não será contestada” (WINNICOTT, 2000, p 328)

Parece que o espaço terapêutico estava cumprindo seu papel.

M sob um novo olhar

M constituiu um desafio. Um desafio prazeroso como em geral cada criança se constitui. Parece fundamental o apaixonamento pelo Ser que se apresenta e não pelo “caso” que possa representar. Havia o diagnóstico de epilepsia de M e os evidentes comprometimentos decorrentes do mesmo que poderiam levar a um prognóstico pouco otimista.

Na realidade M apresentava aspectos concernentes a varias áreas. Mais especificamente à epilepsia que foi cuidada pela neurologia. A marcha, ou o caminhar na ponta dos pés e a dificuldade de coordenação motora ao usar a tesoura e ao pintar estariam no âmbito da fisioterapia. O tique facial e a perceptível assimetria da arcada dentária inferior acionariam a fonoaudiologia e a odontologia. A enurese, e a agitação com mudanças bruscas de humor não mencionadas pela mãe nos contatos com a terapeuta, mas registradas no prontuário hospitalar poderiam receber uma intervenção medicamentosa da psiquiatria.

À psicologia bastaria o entendimento da rica história psicodinâmica de M. No entanto tornou-se impossível desconsiderar aspectos tão relevantes da sua constituição. Assim confirmou-se à necessidade de ser considerado um lugar ainda pouco aceito, mas nada novo, o ponto de encontro da psicanálise com a neurociência. Andrade (2003) reitera:

“Como tenho mostrado até aqui e procurei tornar cada vez mais evidente a seguir, é de certa forma artificial a separação entre corpo e ‘cabeça’, isto é, entre soma e mente, pois são a mesma coisa. Essa observação é de tanta abrangência, envolvendo praticamente tudo que se disser a respeito da ligação corpo-mente, que abordar o assunto em detalhes nos levaria para longe da finalidade deste livro. Um número incalculável de autores de todos os quadrantes já discorreram amplamente sobre os chamados fenômenos psicossomáticos, como o fez particularmente Winnicott em seminal artigo metapsicológico (1949), podendo, entre nós, ser citada a obra de L. Miller de Paiva (1990). Para nosso propósito aqui basta verificar que tudo que se passa como emoção tem influência sobre o corpo: a emoção é corporal e psíquica em um só tempo” (p100-101).

A história de M parece se caracterizar por um sucessivo compartilhar, sucessivos “*pas de deux*”. O primeiro e mais primitivo ao compartilhar com seu irmão as entranhas maternas. O segundo que foge ao nosso conhecimento, pelo menos enquanto M assim desejar, foi o vínculo com a prima, por certo estruturante, tendo em vista a depressão pós-parto da mãe.

“...’ego’ equivale a um somatório de experiências. O eu individual tem como início um somatório de experiências tranqüilas, motilidade espontânea e sensações, retornos da atividade à quietude, e o estabelecimento da capacidade de esperar que haja recuperação depois das aniquilações” (WINNICOTT, 2000, p405).

A capacidade incontestável de recuperação de M parece estar conseguindo agora um exitoso “*pas de deux*” com sua mãe. Mesmo que para isso tenha sido necessário identificar-se com o irmão na patologia,

“sem a apropriação de um ambiente inicial suficientemente bom, esse eu que pode dar-se ao luxo de morrer nunca se desenvolve” (WINNICOTT, 2000, p404).

Tocada por essa energia a terapeuta aceitou o convite para dançar. Nesse novo “*pas de deux*” a cada ensaio essa nova dupla pareceu harmonizar ritmo e coreografia. Para entrar nessa dança foi fundamental assumir uma certa rebeldia já que “*analistas não são iguais*” (WINNICOTT, 2000, P 155) e ser para M um par suficientemente atento e disponível.

Na dança da vida M deixou sua posição no “*corpo (doente) de baile*”, com seus ganhos secundário. Ela agora ensaia com o irmão um “*pas de deux*” na saúde. “*Ela está a toda. O mano pede ajuda pra ela na hora de fazer os temas*”. Nos planos para o próximo ano, está a troca de escola, para uma onde há grupo de teatro, “*que ela adora*”. Também está prevista a inscrição de M numa aula de balé e a do mano numa escola de futebol.

Conclusões

A execução deste trabalho evidenciou a importância do contato com as questões referentes à neurologia, em especial o conhecimento das questões básicas sobre a epilepsia, para um melhor entendimento das dificuldades de M. O seu rápido progresso fica devidamente fundamentado no encontro da Psicanálise com a Neurociência

“A idéia de Edelman de que o cérebro é dotado originalmente de uma superabundância de interconexões neurais que só se desenvolvem se forem estimuladas pela experiência traz conseqüências importantes sobre o estudo do desenvolvimento infantil, bem como sobre a técnica psicanalítica, já que as conexões não desenvolvidas no tempo oportuno nem sempre ficam perdidas para sempre, podendo ter algum tipo de reativação posteriormente... Da mesma forma, se o bebê tiver uma disposição para desenvolver uma boa relação objetal e não for estimulado por um ambiente médio espectável (mãe suficientemente boa), essa disposição inata poderá não estar perdida para

sempre, sendo passível de reativação e recuperação em um processo transferencial adequado” (ANDRADE ,2003, p 97).

Ao concluir este trabalho ficou uma certeza, o quanto o encontro com M serviu para reafirmar a crença na surpreendente capacidade de ser na busca pela saúde.

Referências bibliográficas

- ANDRADE, Vitor Manuel. Um Diálogo Entre a Psicanálise e a Neurociência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- CRAMER, D. Profissão Bebê. 1993. Cap III, p 39 – 56.
- ETCHEGOYN, H.R. Fundamentos da Técnica Psicanalítica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- FREUD, Sigmund. Obras Completas. Vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago. 1976.
- KLAUS , KENNEL. A Formação do Apego. 1993, Cap I e II, p 21 – 117.
- SARNOFF, Charles A. Estratégias Psicoterapêuticas nos Anos de Latência. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- SOULÉ, M. O Filho da Cabeça, O Filho Imaginário . Cap V, p 132 – 170. In: Brazelton, T. (1987).
- WILSON, Edward O. A Unidade do Conhecimento – Consiliência. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- WINICOTT, D. W. O Ambiente e Os Processos de Maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Trad. Por Irineo Constantino Schuch Ortiz. Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.
- _____. Da Pediatria à Psicanálise: Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed., 2000.
- _____. A Família e o Desenvolvimento do Indivíduo. 2001, p 13 – 26.
- SOBRE Epilepsia. [on line] Disponível na Internet. URL: <http://www.epilepsia.org.br> 7.out.2005.

Endereço do autor: rosaborghetti@brturbo.com.br