

Artigo

“Minha filha tem um atraso”: considerações sobre uma (pseudo) deficiência intelectual e sua dinâmica familiar

Bruno Esposito; Pablo Castanho

Resumo. Este artigo trabalha possibilidades de intervenção com pacientes tidos como deficientes intelectuais. Após apresentar o caso clínico, situamos a noção de deficiência intelectual, seu histórico e lugar no campo das terapêuticas. Em seguida, buscamos os aportes da psicanálise ao tema para compreender os processos psíquicos envolvidos na situação, desde a inibição intelectual até os não ditos familiares e a transmissão intergeracional do traumático. Finalmente, a teoria é articulada aos aspectos do caso. Conclui-se a importância dos psicoterapeutas e equipes de tratamento se familiarizarem com a temática, considerando a relevância dos aspectos psíquicos e relacionais nas produções sintomáticas de aprendizagem. Nos contextos institucionais de tratamento, destaca-se a importância da flexibilidade dos dispositivos clínicos, permitindo intervenções individuais, grupais e familiares, a depender do momento de tratamento.

Palavras-chave: deficiência intelectual; dificuldades de aprendizagem; psicanálise e vincularidade.

“Mi hija tiene un retraso”: consideraciones con respecto a una (seudo) discapacidad intelectual y su dinámica familiar

Resumen. Este artículo trabaja posibilidades de intervención con pacientes tomados como discapaces intelectualmente. Después de presentar el caso clínico, planteamos la noción de discapacidad intelectual, su histórico y sitio en el campo de las terapéuticas. En seguida buscamos los aportes del psicoanálisis al tema, para comprender los procesos psíquicos involucrados en la situación, desde la inhibición intelectual hasta los no-dichos familiares y la transmisión intergeneracional del traumático. Por fin, la teoría es articulada a los aspectos del caso. Concluyese la importancia de los psicoterapeutas y equipos de tratamiento familiarizarse con el tema, considerandose el relieve de los aspectos psíquicos y relacionales en las producciones sintomáticas del aprendizaje. En los contextos institucionales de tratamiento, se destaca la importancia de la flexibilidad de los dispositivos clínicos, permitiendo intervenciones individuales, grupales y familiares, de acuerdo al momento del tratamiento.

Palabras clave: discapacidad intelectual; dificultades de aprendizaje; psicoanálisis y vincularidad.

* Psicanalista, mestrando em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: brunoesposito@usp.br

** Professor Doutor do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. E-mail: pablo.castanho@usp.br

“My daughter has a backwardness”: considerations due to a (pseudo) intellectual disability and its familiar dynamics

Abstract. This article works possibilities of interventions with patients taken as intellectually disabled. After introducing the clinical case, we present the notion of intellectual disability, its history and place in the therapeutic field. We then highlight psychoanalytical contributions to the subject, to comprehend the psychic processes involved in the situation, from the intellectual inhibition to the unspoken family matters and the traumatic intergenerational transmission. Finally, the theory is articulated with aspects of the case. We conclude about the importance for psychotherapists and treatment teams to be familiar with the subject, considering the importance of psychic and relational aspects on symptomatic productions related to learning. Regarding institutional treatment contexts, we emphasize the flexibility of the clinical settings, allowing individual, group and familiar interventions according to the treatment moment.

Keywords: intellectual disability; learning difficulties; psychoanalysis and links.

“Ma fille a un retard”: réflexions sur une (pseudo) déficience intellectuelle et sa dynamique familiale

Résumé. Cet article traite des possibilités d'intervention auprès de patients considérés comme handicapés mentaux. Après avoir présenté le cas clinique, nous situons la notion de déficience intellectuelle, son histoire et sa place dans le champ thérapeutique. Ensuite, nous recherchons les apports de la psychanalyse au thème pour comprendre les processus psychiques impliqués dans la situation telle que l'inhibition intellectuelle ou le non-dit familial et la transmission intergénérationnelle du traumatique. Enfin, la théorie est articulée aux aspects du cas. Nous concluons qu'il est important pour les psychothérapeutes et les équipes de traitement de se familiariser avec le sujet, compte tenu de la pertinence des aspects psychiques et relationnels dans les difficultés d'apprentissage comme symptôme. Dans les contextes institutionnels de traitement, l'importance de la flexibilité des dispositifs cliniques est mise en évidence, permettant des interventions individuelles, de groupe et familiales, selon le moment du traitement.

Mots-clés: déficience intellectuelle; difficultés d'apprentissage; psychanalyse et lien.

“**A**cho que vou passar de ano direto na escola este ano. Ah, eu estou querendo passar as férias lá no interior, na cidade dos meus tios, tem bastante coisa para fazer lá, lugares diferentes para visitar, um pessoal legal da minha idade... Meu avô não está querendo ir, ele queria que eu ficasse aqui, mas eu não quero ficar nesse mesmo esquema de sempre nas minhas férias. Eu queria que ele fosse comigo, mas já que ele não quer, vou tentar ir mesmo assim, acho que dá até para ir sozinha de ônibus”.

Com essa frase, Clara¹, então com 17 anos, inicia mais uma sessão de sua psicoterapia, atendimento que durou aproximadamente três anos em um contexto clínico-institucional de saúde mental pública destinado a crianças, adolescentes e seus familiares. Enquanto o psicoterapeuta a escutava, constatou que pela primeira vez nesse período a paciente falou de forma tão consistente *em nome próprio*, expressando seu desejo e disposta a sustentá-lo perante a família. Da mesma maneira, demonstrava apropriar-se de seu processo de escolarização, estudando por conta própria e atenta a seus resultados, revertendo a situação que a levou ao tratamento alguns anos antes, quando tinha baixo rendimento na escola e dependia de auxílio permanente, tanto de familiares quanto de profissionais.

Clara foi encaminhada à instituição em questão porque sua família não conseguia mais arcar financeiramente com os atendimentos particulares, que na época consistiam em

¹ Nome fictício, a fim de garantir o sigilo da paciente e dos familiares.

fonoaudiológico, psicopedagógico e neurológico. Deste último, vinha a hipótese diagnóstica de retardo mental leve por hipóxia cerebral², e, com seu laudo, Clara era colocada em um lugar de exceção na escola, com suas tarefas e seu tempo sendo relativizados aos de outros alunos.

De posse desse laudo do neurologista, a mãe de Clara buscava com insistência os órgãos públicos visando a outros benefícios, como transporte gratuito. Sua postura extremamente ativa contrastava em absoluto com a passividade da filha, e essa situação se presentificava em diferentes espaços, como a escola e o próprio tratamento na instituição.

Em sala de aula, Clara não se apropriava do diálogo com professores e orientadores, e frequentemente ficava submetida a situações de provocação dos colegas, sem se defender. Geralmente, sua mãe a acompanhava à instituição e tomava a palavra nos atendimentos (de forma muito ansiosa, aliás), falando *em nome da filha*, que, por sua vez, não se opunha à situação, seja reivindicando a fala, seja demonstrando raiva.

Os avós – que completavam o núcleo da família – foram bastante presentes na criação de Clara, adotando uma postura superprotetora ao mundo exterior e extremamente permissiva no âmbito intrafamiliar, por exemplo, autorizando-a a dormir na mesma cama entre os dois quando quisesse. *Em nome da neta*, discretamente tomavam várias iniciativas no sentido de a proteger e não a desestabilizar, tanto para compensar o que julgavam ser falhas ou faltas na criação de Clara quanto para tentar impedir a repetição da história da mãe: uma adolescente rebelde, mãe (de Clara) aos dezesseis anos de idade e com marcadas dificuldades escolares. Esta última característica já favorecia a comparação – e aproximação – de mãe e filha, configurando uma relação de progressivo espelhamento, aparentemente difícil de ser quebrada.

Em nome do pai, só pairava uma névoa imaginária de promiscuidade, agressividade e irresponsabilidade. Embora seu nome conste do registro da filha, era considerado pela família uma terrível má influência que produzira danos indelévels na vida da mãe de Clara. Sendo assim, não se poupavam esforços para mantê-lo apartado da convivência com sua filha. Mais do que isso, a possibilidade de Clara se apropriar da história de seu pai, de adquirir elementos um pouco mais consistentes que a ajudassem a compor uma imagem paterna – algo tão importante para o funcionamento psíquico de uma adolescente – ficava para ela proibida na dinâmica familiar, restando-lhe ideias abstratas e decerto amedrontadoras. Observávamos isso, por exemplo, quando Clara trazia para os atendimentos algumas suspeitas de que pessoas com quem cruzava no bairro poderiam ser seu pai ou seus respectivos familiares.

Pelo caso de Clara, este texto busca trabalhar algumas possibilidades de intervenção clínico-institucionais com pacientes tidos como deficientes intelectuais, que, a nosso ver, podem trazer uma complexidade de funcionamento, tanto do ponto de vista psíquico como de sua dinâmica familiar subjacente, dimensões que devem ser o objeto da intervenção terapêutica. Para tanto, cabe resgatar alguns conceitos e aspectos históricos acerca da deficiência intelectual e do que consideramos serem possíveis “armadilhas” a superar na esfera clínica. Trata-se de uma revisão e discussão histórica somente panorâmica, com o intuito de situar um olhar psicodinâmico ao campo ontem e hoje, mas muito distante de esgotar sua complexidade.

Aspectos históricos e classificação atual da deficiência intelectual

² A hipóxia cerebral é uma condição relacionada à diminuição de oxigenação no cérebro, que pode ocorrer em função de complicações no transcurso do parto, estando associada a atrasos no desenvolvimento cognitivo.

O conceito de deficiência intelectual atualmente em vigor é definido nos seguintes termos: “é um transtorno com início no período do desenvolvimento que inclui déficits funcionais, tanto intelectuais quanto adaptativos, nos domínios conceitual, social e prático” (American Psychiatric Association [APA], 2014). Três critérios, portanto, são tomados em conta no diagnóstico, segundo a quinta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-5): déficits em funções intelectuais (solução de problemas, pensamento abstrato etc.), déficits em funções adaptativas (realização de atividades diárias, independência etc.) e, por último, que o prejuízo em ambas as funções se dê no período do desenvolvimento (até os 18 anos). Quatro níveis de gravidade são estabelecidos: leve, moderado, grave e profundo.

A partir de um sobrevoo histórico sobre a conceitualização, destacamos os seguintes aspectos:

- Antes do século XIX, o deficiente era internado em asilo, e acreditava-se que sua condição correspondia a um problema médico, hereditário e incurável. Desde a experiência prática de Itard com o “garoto selvagem” Victor³ e, em seguida, o surgimento das primeiras escolas especiais, passou-se a acreditar no êxito das intervenções em pessoas com deficiência, seja na abordagem terapêutica, seja na pedagógica (Garghetti, Medeiros, & Nuernberg, 2013).
- Embora sempre tenha existido, a classificação das deficiências intelectuais passou a ser muito trabalhada a partir do advento dos testes psicométricos. Esses testes foram desenvolvidos largamente nas duas primeiras décadas do século XX, simultaneamente nos contextos escolar, de seleção profissional e da guerra. Malki (2008) destaca em especial que “. . . a importância da guerra para o desenvolvimento dos testes foi tão grande quanto para outras criações científicas que foram por ela impulsionadas, como remédios, armamentos, meios de transporte” (2008, p. 25).
- Há uma necessidade constante de mudança da nomenclatura das deficiências intelectuais, pois quase sempre o nome escolhido torna-se pejorativo no meio social, como no caso de “retardado mental”, “débil mental”, “idiota” e “imbecil”.
- Existe um esforço progressivo de expandir os critérios diagnósticos de uma deficiência intelectual. Não obstante, na realidade prática, se esbarra com um determinismo reducionista com base no resultado numérico dos testes, como o quociente intelectual (QI), desconsiderando-se critérios adaptativos e principalmente socioculturais. Ademais, a depender da linha de normalidade estabelecida, observaram-se, por exemplo, variações estatísticas de 2% a 16% de deficientes intelectuais em uma população escolar (Almeida, 2004). O filósofo e médico Georges Canguilhem, em *O normal e o patológico* (2009), questiona o estabelecimento de uma média estatística que determinaria normalidade e desvio, desconsiderando o contexto, processos singulares e relacionais aos quais cada sujeito está situado.
- Com o tempo, a hipótese etiológica foi delineando-se da seguinte forma: quanto maior a profundidade da deficiência intelectual, maior a probabilidade de um substrato orgânico estar presente, como síndromes genéticas ou problemas gestacionais ou perinatais. Em contrapartida, quase 90% das deficiências são consideradas leves, para as quais raramente atribuem-se causa orgânica direta (Sanches & Berlinck, 2010).

³ Na passagem dos séculos XVIII e XIX, o médico Itard levou a cabo um tratamento de socialização, educação e em última instância humanização de Victor, menino sem registro de interação humana prévia, encontrado com aproximadamente 11 anos em uma floresta no sul da França. O caso foi emblemático ao demonstrar possibilidades de intervenção e melhora diante de pacientes com severas dificuldades no desenvolvimento, interação social e linguagem.

- Embora, portanto, a imensa maioria dos casos de deficiência sejam leves, e não necessariamente tenham causa orgânica, o principal circuito de encaminhamentos é a neurologistas, psicopedagogos e educação especial, com viés de estimulação. Muitos psicólogos clínicos não estão advertidos de que podem contribuir muito com sua abordagem desses casos, e, mais além, de que hipóteses psicodinâmicas podem ser valiosas em diversas situações tidas como de deficiência.
- Maud Mannoni foi a primeira e principal expoente na abordagem clínica psicanalítica desses pacientes e suas famílias (Brauer, 1998). Mannoni (1999) sustentava que, mesmo nos casos em que havia um componente orgânico subjacente à deficiência, poder-se-ia estabelecer uma relação dinâmica complexa entre o paciente e sua família, agravando a situação patológica para além das determinações genéticas e acidentais. Caberia ao psicanalista intervir nesse tipo de relação, de forma que o deficiente possa desalojar-se ou fazer frente a um lugar e um discurso imposto pelos pais. Tal dinâmica corresponderia aos processos de alienação-desalienação do sujeito que serão discutidos mais adiante.
- Pichon-Rivière (1999), em um texto introdutório à psiquiatria infantil, propõe tomar a criança como porta-voz de seu grupo familiar ao mesmo tempo em que sublinha a importância de uma “. . . análise psicossocial, sociodinâmica e institucional da situação” (p. 313, tradução nossa). Tal abordagem é determinante do que denomina *oligotimia*. Se a oligofrenia envolve dificuldades cognitivas de origem orgânica, a oligotimia apontaria para uma etiologia psíquica e vincular. Destacamos ainda que o termo “aprendizagem” tornou-se central no desenvolvimento da teoria dos grupos operativos do autor.
- Notemos, por fim, como a abordagem familiar, grupal e institucional do que aqui chamaremos de psicodinâmica da *(pseudo)deficiência intelectual* faz convergir autores tão distintos do campo psicanalítico como Mannoni e Pichon-Rivière, considerando que ambos enfatizam a relação do núcleo familiar com o sujeito tomado como deficiente na raiz ou no agravamento de seus sintomas; importa, assim, sobremaneira que a experiência que enseja este texto derive justamente de um atendimento em contexto institucional, que possibilita o acolhimento e manejo tanto das singularidades quanto da família como um todo em diferentes dispositivos de atendimento.

Alguns elementos para pensar a psicodinâmica da (pseudo)deficiência intelectual

O caso de Clara nos faz evocar três eixos de teorização da abordagem psicanalítica que contribuem ao entendimento e manejo de sua deficiência e de outros tantos pacientes que a realidade clínica nos apresenta.

O primeiro eixo refere-se a um aspecto que pode ser identificado em muitas deficiências intelectuais leves, que, como dissemos, compõem a maioria dos casos, que não necessariamente apresentam um substrato orgânico identificável. Trata-se da presença de um mecanismo de defesa denominado inicialmente por Freud (1993b) *inibição*: o Eu – instância do aparelho psíquico – abdica de pôr em ação algumas de suas funções, com a finalidade de evitar o conflito com o Isso – instância psíquica do desejo – ou com o Supereu – instância das proibições e da culpa. A inibição é, portanto, uma defesa, e não um sintoma, em seu sentido psicanalítico,

podendo inclusive ser um recurso utilizado para *evitar* uma situação de angústia, como quando se abdica de ir a um determinado lugar para não vivenciar o medo exagerado que por alguma razão ele evocaria.

Dentre os vários tipos de inibições que o Eu poderia pôr em marcha, destaca-se, portanto, a *inibição intelectual* (Nezan, 2006). Inibindo o funcionamento de seus recursos intelectuais, o sujeito supostamente se vê livre de uma experiência de angústia – que pode estar relacionada, por exemplo, à perda do suporte permanente dos adultos, em especial da família. Como o amadurecimento intelectual leva a uma progressiva autonomização, inibi-lo mantém a situação de dependência, o que comporta também um paradoxo sintomático: o mal desempenho intelectual do jovem frustra os ideais da família, de forma que a relação de dependência contém simultaneamente prazer, dor e frustração.

O motivo pelo qual o processo de autonomia e separação é vivido como perda e, portanto, passível de angústia só se faz claro na singularidade de cada caso e situação familiar. Mais adiante, poderemos compreender como se dá essa dinâmica no caso clínico de Clara.

Um segundo eixo teórico-clínico frequentemente observável em situações de deficiências intelectuais diz respeito aos *não ditos familiares* (Debieux Rosa, 2001). Frente a um passado traumático, de frustrações ou culpabilidade, os pais podem optar – mesmo que inconscientemente – pelo silenciamento de determinadas histórias familiares, na esperança de que *aquilo que não se verbaliza não se transmite*, tentando resguardar as melhores condições de desenvolvimento do filho.

Estamos no campo da transmissão psíquica entre as gerações, mais especificamente, em consonância com o que é apontado nos estudos de Abraham e Torok (1996): como *aquilo que uma geração busca esconder de outra* pode ser transmitido. O efeito de um não dito sobre a criança ou o jovem pode ser exatamente o oposto do desejado: ao invés de lhe assegurar uma história diferente da familiar, livre de um sofrimento passado supostamente *esquecido*, o filho sofre os efeitos da situação traumática sobre a qual não se fala, passando a ser por ela marcado em suas formas de sofrimento.

A ideia de trauma na origem desse tipo de transmissão remete à dívida desses autores com o psicanalista húngaro Sándor Ferenczi, em especial a problemática da necessidade de que o evento traumático não seja desmentido por outros para que o luto da experiência possa ocorrer. É verdade que os autores desenvolvem a problemática do selo do segredo na transmissão entre gerações. Sem acesso ao que ocorreu, as próximas gerações sentirão apenas os efeitos do trauma no psiquismo dos pais. Estarão expostos às marcas do trauma na geração anterior, como, por exemplo, o medo de água, a raiva frente a certas palavras etc. Incapazes de construir uma compreensão do ocorrido em virtude do selo de segredo, criarão fobias e outras formas de sofrimento que lhes permitam, de algum modo, incorporar o sofrimento silenciado dos pais em seu psiquismo.

Por que, inúmeras vezes, é impossível omitir do filho um passado penoso, mesmo que se efetuem todos os esforços para que ele não seja verbalizado? Para Laplanche (2015), *a situação antropológica fundamental* envolve uma assimetria entre o adulto e sua cria, na qual, na situação dos cuidados primários (cuidar, alimentar, educar etc.), *o adulto transmite à criança muito mais do que gostaria de dizer*, ou seja, por mais “puro” que o cuidar do adulto se proponha, ele sofre influência de seu próprio inconsciente – com seus traumas e recalques da infância –, configurando a transmissão geracional.

Dessa forma, como a exposição do psiquismo da criança ou adolescente ao traumático das gerações pregressas é inevitável – se não ao conteúdo representado, seguramente aos seus

efeitos – cabe pensar nas diferentes formas de resposta do sujeito frente a essas transmissões, sejam elas menos ou mais elaboradas, menos ou mais sintomáticas. É justamente aí que a supracitada inibição intelectual pode despontar como uma estratégia de *defesa* do psiquismo, antes que, propriamente, o sujeito atue sintomaticamente o não dito familiar. Ao suspender suas habilidades superiores, como o pensamento e a percepção, o jovem pode ficar supostamente alheio ao drama familiar, àquilo que lhe é transmitido inconscientemente; aparenta não saber de seu passado e, com isso, paga o preço de *não saber* de maneira geral. A suposta deficiência intelectual tem, nesse sentido, uma função de proteger o sujeito de entrar em contato com o traumático da família, mas, como toda defesa, tende a falhar, já que impõe ao jovem um comprometimento tão expressivo em seu desenvolvimento e na vida cotidiana que o impede de extrair prazer de seus próprios feitos e relações.

Vale acrescentar que o ato de teorizar (portanto, pensar) sobre si próprio, em especial suas origens, representa o alicerce fundamental para todo conhecimento ulterior. Freud (1993a) e Piaget (2012) formulam essa mesma hipótese, mesmo que a partir de perspectivas diferentes: enquanto o pai da psicanálise atribuiu enorme relevância às *teorias sexuais* que são formuladas pelas crianças no intuito de significar enigmas e diferenças perceptuais e que serão bases importantes na compreensão do mundo, Jean Piaget demonstra como, ao longo do *estágio pré-operatório*, o mundo é explicado pela criança por raciocínios *egocêntricos*, tendo por base o próprio eu e suas vivências pessoais; as fases posteriores se desdobrarão necessariamente dessa, denotando sua importância no desenvolvimento cognitivo.

Sentir-se autorizado a pensar sobre si mesmo e seu entorno, portanto, permite o desenvolvimento de uma capacidade intelectual mais ampliada, que possa atender às necessidades da vida escolar e comunitária; no entanto, nas situações de não ditos familiares, pode-se estabelecer um pacto de inacessibilidade de determinados conteúdos e a inibição da atividade exploratória do pensamento pode ser uma defesa a esse favor, embora isso tenha como efeito uma suposta deficiência intelectual, recobrando a capacidade do aprendizado de maneira geral.

Um terceiro eixo conceitual cuja relevância vale destacar na teoria e na clínica psicanalítica, com respeito às deficiências, trata da relação intrafamiliar. Todos sabemos que ninguém nasce pronto: o ambiente – ou seja, a família, cuidadores e mesmo educadores infantis – desempenha um papel fundamental nessa experiência psíquica e somática caótica que o bebê vivencia, auxiliando a organizar suas excitações (pulsionalidade) e filtrar os estímulos externos que invadem o *infans*, servindo a ele como um anteparo protetivo. Simultaneamente, nomeiam a ele o mundo e suas próprias manifestações, oferecendo-o condições para apropriar-se de si, representar e simbolizar a si mesmo e ao entorno. Pode-se dizer, aliás, que, na ausência absoluta dessa função ambiental que protege, identifica as manifestações do bebê e oferece as possibilidades de troca baseadas na linguagem e na inter-relação, se produza algo como um menino Victor, de Itard – mencionado mais acima.

Nas situações habituais, a desintegração psicossomática do bebê é vencida, em um primeiro momento, com o suporte do cuidar, do olhar e da construção de um lugar desse ser por parte de seus familiares e de outros em seu entorno. Inconscientemente, os adultos vão transmitindo afetos de diferentes qualidades e palavras que unificam a pequena criança em uma dada imagem: “é um menino”, “é sapeca”, “vai ser um grande explorador”, ou quaisquer outras representações que tenham ou não correspondência com a realidade. Nesse processo, denominado por Lacan (2009) *estádio do espelho*, o que mais importa é essa atribuição de uma *unidade* a um ser que se experiencia de forma absolutamente fragmentada, formando uma

imagem que apazigua o caos ao mesmo tempo em que impulsiona o *infans* a buscar o olhar do outro permanentemente, tal como busca entender “quem se é” diante do espelho.

Dá-se o nome de *alienação* a essa operação ambígua que, por um lado, constitui o primeiro indício de um eu infantil, na medida em que o sujeito consegue reconhecer-se como um ser íntegro, mas, por outro lado, o aprisiona, já que se estabelece uma dependência do olhar do outro que assegure a existência desse eu a todo instante. Mais do que isso, a alienação diz respeito também ao efeito de *miragem* que se produz nessa obediência incondicional ao desejo do outro, já que essa imagem que o representa ainda está longe de ser alcançada. Precisamente por ser *virtual*, essa imagem jamais será alcançada – tal como um oásis no deserto (Sigal, 2009).

Um terceiro é necessário para romper essa alienação, representando o *mundo simbólico*, no qual presença e ausência podem coexistir, e a relação especular aprisionada dá lugar a muitas outras possibilidades identificatórias: novas possibilidades de se definir enquanto ser para além da primeira imagem totalizante do espelho materno. Além do “sapeca” ou “grande explorador” que lhe fora atribuído inicialmente, o sujeito pode-se identificar também com o discurso de professores, grupos sociais, amigos, entre outros, tornando o eu mais complexo, multifacetado.

Esse volteio, chegando inclusive a um desenvolvimento psíquico quase *ideal*, interessa para pensar justamente aquilo que falha em muitos casos de jovens tidos como deficientes. Cada filho vem ao mundo com suas características singulares – podendo portar ou não uma clara deficiência, por exemplo – e será recebido em um ambiente familiar e social que carrega uma dada história e atravessa um dado momento. Nesse cenário, o sujeito será investido e nomeado de uma maneira particular e estará mais ou menos vulnerável a ficar aprisionado em um lugar no qual é identificado.

Ainda que exista uma deficiência claramente colocada, o ambiente e a maneira na qual o sujeito receberá seus estímulos serão decisivos para uma configuração favorável ou não de desenvolvimento. A deficiência pode ser compreendida e absorvida em suas possibilidades e limitações, mas pode, em muitos casos, articular-se com uma ou mais fantasias que pairam no seio familiar. As fantasias podem relacionar-se, por exemplo, à culpabilidade, à eterna incapacidade do filho, à materialização de um conflito parental, enfim, pode montar-se um contexto de inter-relação repleto de ruídos, cuja consequência pode ser o estabelecimento de uma dinâmica familiar de características psicóticas, sobrepondo-se à deficiência em si, como afirmava Maud Mannoni (1999).

Cabe acrescentar que, mesmo na ausência de uma deficiência intelectual perceptível, ou ainda em uma deficiência que discretamente comprometeria o funcionamento do filho, a dinâmica familiar pode apresentar uma perturbação tal na relação que acabe por amplificar uma leve deficiência, ou mesmo instalá-la de “maneira fictícia”. Vale então retomar o caso de Clara para articular a clínica a esses construtos teóricos.

Clara: atrasos e hipóxias para além do orgânico

As anotações da triagem de Clara na instituição traziam, por um lado, a queixa familiar de que “ela não consegue fazer as coisas sozinha”, “não acompanha a sala de aula”, “tem um atraso”, “é infantilizada”, e, por outro lado, observações de que “em alguns momentos Clara olha para a mãe como se fosse incapaz de falar, *mas quando convocada consegue se posicionar com clareza*”. A hipótese diagnóstica inicial ao fim da entrevista de triagem é de uma inibição.

Embora a equipe clínica da instituição lançasse mão de testes psicológicos – inclusive psicométricos – nos casos em que considerasse relevante, uma posição de escuta mais específica em relação à criança e ao adolescente ocorria nos atendimentos. Supunha-se que, mesmo em situações de vulnerabilidades variadas, o jovem porta um saber sobre si e pode dizer, mesmo que indiretamente, sobre o que lhe faz sofrer. Dessa maneira, além dos dados de anamnese e da inclusão da queixa familiar, apostava-se em um posicionamento do paciente, estimulando que ocupasse um lugar de protagonismo, mesmo que submetido a uma situação de apassivamento.

Nesse sentido, se Clara tivesse sido submetida a uma bateria de exames, mesmo com a melhor das intenções, incorrer-se-ia no risco de perpetuar a lógica de que é sempre o outro quem dirá a Clara sobre o que ela tem; sempre se fala *em nome de Clara*, mas Clara nunca é tomada como sujeito de seu próprio discurso. Portanto, desde o início esteve em vigor uma aposta na paciente, diferente da aposta na deficiência, uma aposta de que se trataria de inibição, indiscriminação com a mãe e vigência de não ditos familiares que silenciavam Clara, impedindo sua liberdade de pensamento e possibilidades associativas, culminando em uma aparente deficiência: pseudodeficiência.

A estratégia terapêutica inicial consistiu na participação de Clara em grupo terapêutico de adolescentes, e da mãe em grupo terapêutico de familiares, inclusive para avaliar como elas se portavam separadas uma da outra, e como a paciente estabeleceria relacionamento entre pares. Após alguns meses, acolheu-se uma queixa de insônia da paciente em atendimentos psiquiátricos.

Clara teve uma melhora rápida desse sintoma pela escuta médica e de orientações gerais sobre o sono. Nesses atendimentos começou a se delinear um tipo de dinâmica familiar que favorecia um funcionamento infantilizado da paciente: sempre que sentia qualquer desconforto, dormia no quarto dos avós, inclusive entre eles, como mencionamos. Como entendemos na clínica psicanalítica, o sintoma sempre porta uma ambiguidade: ao dormir na cama dos avós, Clara frustrava sua mãe. Aliás, Clara costumava chamar a avó de mãe, e a mãe, pelo nome próprio, o que a irritava. Em algum lugar, portanto, havia uma tentativa de Clara em romper a submissão à mãe, confrontá-la, desobedecer a seu desejo.

Com essas temáticas emergindo, a equipe da instituição avaliou fazer a transição dos atendimentos médicos para uma psicoterapia. Devido aos horários, a mãe não poderia acompanhar a filha, que viria com outro familiar. As faltas ao atendimento tornaram-se quase uma regra; para além das dificuldades práticas, compreendeu-se que era muito cedo para separar mãe e filha, havia um trabalho clínico a ser feito nesse sentido, mesmo que se tratasse de uma jovem com então 14 anos. Assim que o atendimento foi reestruturado, incluindo a mãe, a presença no tratamento melhorou consideravelmente.

Os atendimentos exigiam um manejo delicado, de forma a dar voz a Clara sem que a mãe se sentisse tão abandonada em suas percepções insistentes acerca das dificuldades da filha. Em equipe, compreendeu-se também que o olhar enviesado da mãe sobre a doença, deficiência ou suposto atraso de Clara diziam respeito a uma primeira tentativa de se apropriar do cuidado dela, algo como “se tenho uma filha deficiente, tenho que estar presente e buscar ajudá-la de todas as maneiras”. Cheio de percalços, com um atraso histórico e não sem culpa, a mãe tentava fazer a função de mãe pela primeira vez, já que, quando do nascimento de Clara, ela mesma tinha 16 anos de idade e sem um companheiro que desse suporte, tendo que delegar a seus próprios pais o cuidado da filha.

Histórias traumáticas começaram a emergir e ser trabalhadas na psicoterapia. Aos 9 anos de idade, a mãe abriu a porta do banheiro e encontrara sua própria avó suicidada, asfixiada por uma corda enrolada ao pescoço. Qual efeito a mãe de Clara teria sentido quando, após uma gestação conturbada, vira sua filha nascer com o cordão umbilical enrolado ao pescoço, asfixiando-a, embora, do ponto de vista médico, tenha sido possível desenrolá-lo e recuperar plenamente suas funções vitais? De que “atraso” e de qual “hipóxia” estamos falando nesse caso? Seria de Clara, em sua organicidade, ou de fantasmas e assombrações familiares que interrompem o curso de um desenvolvimento existencial, também presentificando a morte de um ente querido na nova geração que advém?

Retomando os eixos de teorização propostos, consideramos essa passagem clínica crucial na compreensão do caso em sua complexidade e na construção de intervenções terapêuticas efetivas. Se a hipótese inicial da equipe apontava para uma inibição intelectual, aos poucos se evidenciavam também os não-ditos familiares e as transmissões geracionais. Um episódio traumático vivenciado pela mãe de Clara, um suicídio na família – fenômeno não raramente ocultado, supondo-se assim preservar as gerações futuras –, mas com a peculiaridade de ter se dado através de uma corda enrolada que priva o ar. A coincidência quanto ao contexto de nascimento de Clara, com a repetição significativa da *corda enrolada no pescoço*, da *falta de ar...* aproximavam a mãe de Clara de conteúdos em busca de representação, e investiam o bebê Clara de expectativas muito conturbadas, ou até mortíferas.

Frente ao traumático da morte da bisavó que a chegada de Clara atualizava, pelas circunstâncias em que se deu o parto, é possível pensar em um pareamento entre o diagnóstico médico de deficiência intelectual e o lugar subjetivo atribuído a ela pela família. Na medida em que se supunha uma fragilidade e incapacidade da paciente maior do que ela apresentaria, justificava-se uma proteção excessiva, uma dependência familiar; trocando em miúdos, o ato recorrente de *falar por ela*. O sintoma se tramava entre Clara e sua família, mas também entre o diagnóstico médico e a família, autorizando a dependência em contrapartida à autonomia e o risco a ela inerente. Se o cordão umbilical sufocando associava-se à corda que asfixiou a bisavó, portanto ao mortífero, ao mesmo tempo a deficiência intelectual por hipóxia serviria para resguardar Clara dos riscos que ser independente e ousando explorar o mundo impõem – na vida de todo sujeito em desenvolvimento, mas especialmente aos olhos de uma família atravessada pela perda de um ente de maneira traumática.

Tal emaranhado deveria ser, portanto, o alvo principal de intervenção clínica, ainda que acompanhada de muita delicadeza nessa aproximação, para que as resistências não colocassem a perder todos os avanços até aquele momento. Se por um lado todos esses assuntos despertavam receios e insistência nas queixas iniciais, pouco a pouco foram sendo nomeados, recontados a Clara no contexto específico daqueles atendimentos, provocando um grande alívio a ambas e finalmente deslocando a questão do orgânico – centrado exclusivamente em Clara – para o inter e transgeracional familiar.

Também de outro ponto de vista, a dependência emocional mútua entre Clara e sua mãe, entre Clara e seus avós, poderia ter um *respiro* que a tirasse de um *sufocamento* se a relação com a figura paterna apresentasse uma outra história, um outro caminho de subjetivação. Mas tal dimensão parecia estar envolta em um selo de segredo, exigindo manejo clínico. Como pôde essa mãe, aos 14 anos, contrariar tanto seus próprios pais, colocar-se em risco nas festas à noite e se envolver com um homem 15 anos mais velho? Que imagem era transmitida a Clara desse pai, e qual era seu direito de se apropriar dessa história? Uma ampla conversa se abriu em torno do tema, não sem conflito: aproximar-se dessas histórias do pai era, para a família, como se ela

o reencontrasse fisicamente, ou até se transformasse nele. Ao encontro pessoal, Clara declinou, embora tenha sido apresentada a ela essa possibilidade. Mas, do ponto de vista de uma narrativa familiar, ela agora *tinha um pai*, que, mesmo com todos os seus defeitos, poderia representar um terceiro na dinâmica familiar.

Nas vestimentas, jeitos e trejeitos, Clara e sua mãe apresentavam-se muito parecidas nas sessões. Buscou-se trabalhar essa diferenciação, e, se inicialmente elas não percebiam o espelhamento, passaram, em um segundo momento, a rir disso, e finalmente a discriminarem-se. Se no início era muito sutil a percepção de que, para algumas coisas, Clara teria uma visão diferente da mãe, por exemplo, em alguma “bufada” ou olhar de canto que a jovem deixava transparecer, com o tempo elas puderam ter discordâncias e discursos diferentes, sem se sentirem tão ameaçadas por isso. Esse jogo de risadas, percepções e diferenciações pode ser compreendido como um espaço potencial dentro do qual mãe e filha puderam se separar fora do signo do mortífero que pairava na família. Clara pôde assim, pouco a pouco, conquistar um grande *respiro* em sua vida.

A sessão que concluiu o atendimento da dupla e que representou uma virada na relação se deu quando, em uma conversa sobre o desempenho escolar da filha, a mãe voltara a insistir em que somente um *atraso* justificaria sua dificuldade de aprendizagem, suas notas ruins, e que, portanto, não poderia prescindir de suporte complementar em psicopedagogia, fonoaudiologia, laudo neurológico etc. Dessa vez, Clara se posicionou, e conjuntamente a questão da deficiência foi deslocada para uma certa acomodação da paciente a esse discurso: entre ter o trabalho de se esforçar e provar que era capaz de realizar sozinha, ou manter sua posição de incapaz que lhe garantia o conforto do auxílio dos adultos, ela definitivamente optou pela segunda opção, o que lhe causava um grande ônus em termos de desenvolvimento pessoal. Foi feito um contrato verbal no qual ela *provaria* aos outros que era capaz de realizar as demandas pedagógicas com seu próprio esforço, e, nesse ano escolar, seu desempenho evoluiu imensamente.

Clara completou 17 anos e diluiu-se um temor à repetição vigente tanto na família quanto na equipe clínica: o de que pudesse ser ludibriada por um homem, possivelmente mais velho, e engravidar na mesma idade que sua mãe. Ao passo em que se diferenciava psiquicamente da mãe, assimilando que sua história poderia ser escrita de forma diferente, Clara foi também desenvolvendo a habilidade de interagir socialmente sem tanta ingenuidade, e nisso o grupo terapêutico de adolescentes desempenhou um papel fundamental. Ao saber desconfiar, ao não dar como certo tudo o que o outro lhe dizia, a paciente deixou de ser alvo privilegiado de *bullying* – e de uma possível sedução adulta – nos espaços sociais, principalmente na escola.

Conclusão: (pseudo)deficiência intelectual, um campo a ser trabalhado

O percurso de Clara, apropriando-se de seu lugar na família e de si mesma, remete-nos à célebre frase de Goethe, citada por Freud: “. . . O que hás herdado de teus pais, adquire, para que o possuas” (Goethe, 2004, p. 85). Tarefa que todos temos, mas que, em alguns casos, torna-se um impasse, de tal modo que amesquinha toda uma existência. Talvez nesses casos, mais do que em outros, a dimensão vincular demande atenção especial: os atendimentos junto à mãe, em instituição e em grupo, foram, a nosso ver, determinantes para os progressos de Clara. Sem dúvida, trata-se de dificuldades vinculares, que evidenciam a necessidade de trabalharmos para aquilo que Kaës afirma dever ser o horizonte de toda a análise: para além do célebre “Wo es war soll ich werden” [“Onde está o Isso, o Eu possa advir”] (Freud, 1999n, p. 86), que “. . . o

Eu se separe das formações estruturantes e alienantes do grupo para assumir-se como herdeiro de sua história tecida na intersubjetividade” (Kaës, 2007, p. 13-14). É justo e preciso indicarmos a importância dessa dimensão vincular não só na compreensão, mas também nos dispositivos de tratamento de Clara. Entretanto, interessa-nos mais neste momento refletirmos sobre as implicações que o caso pode ter no entendimento da problemática da deficiência intelectual.

Como mencionamos brevemente, a história da concepção de deficiência intelectual é de transformação e evolução em muitos sentidos; entende-se hoje que é possível obter ganhos terapêuticos significativos dessa clientela, diluindo o estigma da incurabilidade e do destino já dado. Nos âmbitos pedagógico e social, há um cenário hoje um pouco mais promissor, com a educação especial, a inclusão escolar e os programas de inclusão no mercado de trabalho.

Os critérios e caminhos para se estabelecer um diagnóstico de deficiência intelectual atualmente são de uma complexidade maior do que um resultado numérico do quociente intelectual (QI), incluindo variáveis funcionais e ambientais diversas. Quando de fato se aplica uma avaliação mais aprofundada, tomando em conta os diferentes fatores em jogo, a tarefa diagnóstica se enriquece significativamente.

Mesmo em pacientes nos quais fica clara a presença de fatores genéticos, perinatais ou acidentais na gênese da deficiência, o resultado dessas influências é consideravelmente permeado pelas dinâmicas relacionais e ambientais que se estabelecem. Como a família e os primeiros grupos sociais receberão essa criança que veio ao mundo? Quais são os afetos que permearão a relação com esse ser: de frustração, esperança, raiva, culpabilidade, excepcionalidade, inclusão? O que o nascimento e crescimento desse filho representará de traumas pregressos, carregados silenciosamente no seio dessa família? Do ponto de vista social, tem-se buscado romper com o estigma dos profissionais da saúde e educação em relação à deficiência. Uma valiosa contribuição da clínica psicanalítica ao tema é a percepção de que, por interações psíquicas inconscientes, outros agentes podem veicular o estigma, como *alienação*, conforme mencionamos mais acima. Uma família pode portar o fantasma da incurabilidade ou de impotência absoluta do filho, que por sua vez pode responder afirmativamente a essa influência inconsciente, esforçando-se muito para parecer mais incapaz e inadequado do que de fato seria.

Não se trata de culpabilizar esses familiares em absoluto. Não estamos falando de famílias que voluntariamente perturbam a relação com o filho, mas sim de processos inconscientes, muitas vezes carregados por gerações. Gestações, relações de filiação e de parentalidade são para todos os humanos experiências demasiado intensas para que se tenha qualquer domínio sobre elas, ainda mais quando um fato novo, como o nascimento de um filho com deficiência, exigir dos pais uma acomodação psíquica muito complexa. Além disso, ninguém escolhe a família que tem: mesmo portando uma deficiência, o sujeito pode ser em certa medida *responsabilizado pelo que faz daquilo que fazem dele*, ou seja, se vai ou não aceitar passivamente aquilo que o outro lhe apresenta como sendo sua realidade.

Por fim, vale frisar: a grande maioria de casos diagnosticados como deficiência intelectual pertence ao subtipo “leve”. Uma classe imensa de pacientes lançados ao anonimato, às vezes inseridos em escolas especiais sem tirar qualquer proveito disso, ou vivendo uma situação de *exclusão dentro da inclusão escolar*, no sentido de que seu laudo diagnóstico lhes retira das exigências escolares convencionais, podendo passar de ano sem atender qualquer expectativa pedagógica, ou simplesmente submetidos a uma rede infindável de encaminhamentos desimplicados entre psicólogos clínicos, neuropsicólogos, neurologistas, psiquiatras,

fonoaudiólogos e psicopedagogos, um esperando do outro uma justificativa plausível para a suposta deficiência e uma resolução clínica.

Em determinados casos, como o de Clara, uma escuta clínica psicanalítica e um manejo institucional que comportem os aspectos inter-relacionais inconscientes na família podem ser a chave que promove um desvio de rota frente a um cenário de deficiência intelectual. A escuta do inconsciente e do sintoma da família pela *transferência*, que é a base do trabalho do psicanalista de crianças, permite trabalhar nas entrelinhas da queixa familiar ou escolar, às vezes até revelando a existência de uma pseudodeficiência, ou seja, o funcionamento aparentemente deficitário que se monta a partir de uma modalidade de interação familiar e social, demandando uma série de intervenções clínicas a fim de diluí-la e assim restituir um desenvolvimento emocional e cognitivo salutar.

Clara frequentou sua psicoterapia individualmente até o desfecho de seu tratamento institucional, assim como o grupo terapêutico de adolescentes; sua avó comparecia ao grupo de familiares. Quando do encerramento dos atendimentos, além de vislumbrar projetos pessoais cada vez mais descolados dos mandatos da família, a paciente demonstrava uma potência desejante que contrastava com sua apatia paralisante de antigamente. A família reconhecia todos seus ganhos, mas também por vezes se incomodava com essa nova postura mais ambiciosa, arriscada, questionadora, capaz, por exemplo, de traçar um plano de férias só seu. Não tivemos tempo de saber se Clara foi autorizada pela família a fazer essa viagem sozinha, nem mesmo se isso seria recomendado, mas, enquanto psicanalistas, enxergamos seu desejo e as brigas familiares que isso eventualmente possa despertar só com bons olhos. Afinal de contas, esse é o tipo de coisa que acontece na vida de todo adolescente “normal”.

Referências

- Abraham, N., & Torok, M. (1996). *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Almeida, M. (2004). Apresentação e análise das definições de deficiência mental propostas pela AAMR – Associação Americana de Retardo Mental de 1908 a 2002. *Revista de Educação PUC-Campinas*, 16, 33-48. <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/reeducacao/article/view/284>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5* (5. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Brauer, J. (1998). O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, 3(5), 56-62. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v3i5p56-62>
- Canguilhem, G. (2009). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária.
- Debieux Rosa, M. (2001). O não-dito familiar e a transmissão da história. *Revista Psychê*, 5(8), 123-137.
- Freud, S. (1993a). Tres ensayos de teoría sexual (1905). In S. Freud, *Obras completas* (v. 7, pp. 109-224). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1993b). Inibición, síntoma y angustia (1926). In S. Freud, *Obras completas* (v. 17, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1999). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1933). In S. Freud, *Gesammelte Werke* (B. XV). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

- Garghetti, F., Medeiros, J., & Nuernberg, A. (2013). Breve história da deficiência intelectual. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10(1), 101-116. Recuperado de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/view/994>
- Goethe, J. W. von (2004). *Fausto: uma tragédia* (primeira parte). São Paulo, SP: Editora 34.
- Kaës, R. (2007). *Un singulier pluriel: La psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris: Dunod.
- Lacan, J. (2009). El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica. In J. Lacan, *Escritos I* (pp. 99-105). Cidade do México: Siglo XXI.
- Malki, Y. (2008). *Descortinando o teste psicológico e sua relação com a educação: reflexões a partir da teoria crítica*. São Paulo, SP: Annablume.
- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo: Via Lettera.
- Mannoni, O. (1994). A desidentificação. In A. Roitman (Org.), *As identificações na clínica e na teoria psicanalítica* (pp.171-196). Rio de Janeiro, RJ: Relumé Dumará.
- Nezan, M. (2006). Inibição intelectual: manejos clínicos. *Estilos da Clínica*, 11(20), 84-91. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v11i20p84-91>
- Piaget, J. (2012). *Epistemologia genética*. São Paulo: Editora Martins Fontes.
- Pichon-Rivière, E. (1999). Introducción a la psiquiatría infantil. In E. Pichon-Rivière, *La psiquiatría, una nueva problemática: del psicoanálisis a la psicología social* (v. II, p. 312-329). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Sanches, D., & Berlinck, M. (2010). Debilidade mental: o patinho feio da clínica psicanalítica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 13(2), 259-274. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-14982010000200008>
- Sigal, A. (2009). Formação do eu: um estudo para ler o estágio do espelho. In A. Sigal, *Escritos metapsicológicos e clínicos*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Revisão gramatical: Lucas Torrisi.
E-mail: lucas.torrisi@gmail.com

Recebido em setembro de 2020 – Aceito em julho de 2021.