

Fatores estruturantes da primeira infância¹

Structuring factors of early childhood

Anna Kattrin Kemper

Estado pré-natal

Relação pré-natal da mãe com a criança. Criança desejada ou não. Disposição psicofísica da mãe. Contato – convivência ou não. Pré-formação da relação para com o primeiro objeto.

Nascimento

Expulsão do estado homogêneo e do de identidade absoluta. Existe a intenção de nascer por falta de espaço. Início, mesmo difuso, da diferenciação. Aspecto traumático, ou trauma do nascimento. Angústia da expectativa (a respiração começa com um grito): (Sonho e memória de Juá – arrastando-se num canal molhado e muito estreito).

Estado pós-natal

Sede, fome, digestão. Sensações intestinais. Sensações corporais em contraste absoluto com as do estado pré-natal. Estado vegetativo, apático. O recém-nascido manifesta durante o dia, apenas 14 minutos de reações espontâneas. Sensações de equilíbrio e seus respectivos distúrbios podem ser observados a partir do 8º dia (por ex., na posição horizontal ou vertical). Braços e mãos da mãe condicionam na criança percepções sensoriais e o equilíbrio psicofísico.

1. Notas de Seminário desde 1956.

Ex: A mãe, pela morte do marido, entrou em grave depressão; para a criança de 3 semanas faltava o leite, etc. (Bambina – 2,8 anos); (Anita – 3,1 anos).

No fim do segundo mês intensificam-se as reações espontâneas. As percepções olfativas, as da sensibilidade cutânea, as térmicas e as gustativas nas primeiras semanas são mais importantes que as percepções auditivas e ópticas. Estas últimas diferenciam-se a partir da sexta semana.

As alucinações auditivas prevalecem nos estados psicóticos. As percepções da cena primária se manifestam mais pela memória auditiva do que pela memória visual. Estado de dependência absoluta da criança pequena. Em comparação com animais superiores, a criança nasce um ano cedo demais (PORTMAN).

Quanto ao desenvolvimento motor

Os movimentos durante as primeiras semanas são involuntários, descoordenados e prevalentemente determinados por reflexos condicionados (ex.: os primeiros risos, pegar por acaso um objeto). Reações voluntárias dominadas se manifestam em geral só depois da 3ª até 6ª semana (ex.: levantar a cabeça, virar-se de um lado para o outro, chupar o dedo, riso dirigido como comunicação).

O desenvolvimento motor aumenta paulatinamente o campo vital da criança. A motricidade estimula impulsos dirigidos ativamente aos objetos concretos. Reações afetuosas e agressivas vão se evidenciando em função da própria vontade, através do desenvolvimento motor; por ex.: as reações de raiva mostram-se a partir de 2-4 meses, com intensa teimosia em determinadas situações.

Toda capacidade motora é acompanhada por emoções correspondentes. Por ex.: levantar-se, para a criança pequena, não só significa capacidade fisiológica como também influencia no sentido de sentir-se emocionalmente capaz. A liberdade motora representa para a criança pequena um prazer, enquanto que os limites correspondem a um intenso desprazer. As inibições, como os hiperestímulos das reações motoras podem ocasionar distúrbios do desenvolvimento geral.

Aspectos constitucionais ou hereditários

Esfera do Ego livre de conflito (HARTMANN); Biótipos (KRETSCHMER-KONRAD); Temperamento, motricidade, sensibilidade, vitalidade, inteligência, talento (H. SCHULTZ – HENCKE).

Aspectos ambientais

A convivência pessoal e típica da mãe com a criança pequena influi decisivamente no destino de seu desenvolvimento. Ex.: se a mãe afirma ou não a criança em sua graça; se a mãe aceita ou não a criança como indivíduo; criança-boneca, etc...

Percepções atmosféricas nos primeiros meses de vida em função de:

a) Tipos diferentes de mãe (mãe neurótica, esquizoide, depressiva, obsessiva, histérica);

b) Figuras substitutas (algo de não primariamente existente). Ex.: Crianças adotivas;

c) Figuras maternas diferentes (desorientação e divisão). Em cada caso leva para situações conflitivas.

d) O ideal é que as pessoas ajudantes representem no ½ ano de vida da criança, a mão esquerda da mãe.

A figura paterna às vezes é mais intensa na dedicação emotiva do que a mãe, o primeiro objeto.

Exemplos clínicos:

Lela: pai no papel da mãe/ problemas intensos com figuras maternas e que não se manifestaram em relação com figuras paternas/constantemente relações triangulares.

Jam: – foi o pai que na situação existencialmente perigosa (diarreia crônica desde a segunda semana de vida) contratou uma ama de leite (uma preta) que se dedicou com amor à criança em perigo de vida (desenvolvimento homossexual do paciente).

A relação para com o primeiro objeto é decisiva para o desenvolvimento hetero ou homossexual.

A solução ideal é quando as figuras substitutas (enfermeiras, babás, avós, tias, etc.), intensificam a figura materna e não a contrariam. Por ex.: o pai bom, dedicado no 1º ano, intensifica a relação para com o 1º objeto.

Quanto ao desenvolvimento da defesa

Freud: – Princípio do prazer: “tudo que é bom faz parte de mim, tudo que é mau faz parte do mundo externo”. Prazer aqui tem o significado psíquico de

sentir-se ou não existencialmente percebido, afirmado e garantido. Projeção: provavelmente primeiro mecanismo de defesa.

Concepção moderna (M. KLEIN, FAIRBAIRN, WINNICOTT, etc...) o seio representa a mãe (*pars-pro-totum*).

A percepção do seio mau pode causar sensações de perigo existencial. A dependência total da criança pequena condiciona à projeção e à introjeção, que possibilitam a convivência ou a sobrevivência.

Transformações do desprazer, dos aspectos maus, em sensações corporais². A linguagem corporal = expressão de chamar a atenção (início de um ego corporal) – (SCHILDERN).

Percepções amorfas, vagas, não diferenciadas (engramas difusos) causam desorientação e angústias insuportáveis.

Percepções focalizadas ocasionam e levam para a rebelião (defesa).

Imagens e sensações perigosas demais, percebidas mais pré-conscientemente e conscientemente do que no estado amorfo, podem ser submetidas a repressão (HOFFER focaliza a repressão em torno do primeiro ano). (A repressão é um mecanismo de defesa mais poderoso do que os outros. Ex.: Celia gr. IV, memórias apenas a partir do tempo escolar).

Angústia paranoide corresponde a perseguição projetada no exterior (M. KLEIN).

Angústia depressiva corresponde a perda do objeto (FREUD e M. KLEIN).

A angústia vaga não focalizável corresponde a perigo existencial (K. A. KEMPER). A focalização em vez de sensações e imagens perigosas demais é mais suportável que a “angústia vaga”.

Ex.: Imagens e dores (espasmos) correspondem a sensações paranoides; rejeições graves correspondem a ameaça de perda do objeto; choros e berros sufocantes podem corresponder a ameaça existencial = angústia vaga.

Ilustrações das sensações do seio sufocante:

R. M. Rilke numa carta dirigida a Lu Andrea Salomé (*Diário do tempo com Freud*, 1912/13): – “Na minha infância remota, nas grandes febres das doenças daquela época, levantaram-se angústias indescritíveis, angústias como diante de algo grande, duro e perto demais” (R. M. Rilke suicidou-se).

Celia – “borderline case”, 35 anos – (em parte, psicótica) – sonho sentido como pesadelo: – “estava num quarto com alguém (não sei quem), havia algo de sinistro, vi um rosto desviado e afastado e vi de maneira difusa um seio. O seio transformou-se num balão de borracha. Temia que o seio de borracha explodisse. A angústia foi tão intensa que acordei com um grito”.

2. Ex: Leite-seio (mãe-má) pode provocar reações espásticas, dores abdominais.

Duas pacientes sonharam: “uma bunda grande vivenciada como sufocante” / num sonho deste saiu do ânus uma casca de uva, cor roxa/ associação: suco de uva numa garrafa com forma de cacho de uva/ hemorroidas.

Fase pré-oral intencional (SCHULTZ – HENCKE – HUSSERL)

Prevalecem sensações e reações passivas, apáticas. As percepções e sensações fora das necessidades corporais são difusas e vagas.

Até o segundo mês existe apenas pouca capacidade difusa para diferenciar e agir. O desenvolvimento motor é involuntário, não dominado.

Fase oral

As percepções diferenciam-se cada vez mais. Intensificação das percepções auditivas e visuais. Inicia-se a capacidade de distinguir entre a parte e o todo (*pars-pro totum*). As funções sensoriais expandem-se no mundo ambiental de modo mais concreto. Manifestam-se intenções voluntárias no desenvolvimento motor e se evidencia uma maior diferenciação no contato epidérmico, tanto no contato com a figura materna como com o próprio corpo. O início da formação dos dentes corresponde à intensificação dos impulsos agressivos de maneira concreta (oral canibalesca). Os dentes sentidos como primeira arma/ as gengivas como antecedentes desta arma (veja mastite).

Quanto à estrutura neurótica

Divisão em diferentes fases do desenvolvimento infantil (concepção hipotética). Existem traços flutuantes e conexões flexíveis entre as diferentes e marcantes épocas. Estruturas específicas misturam-se com manifestações significativas de uma outra estrutura. Falamos de estrutura básica ou subestrutura. Exemplo: a neurose obsessiva corresponde, a meu ver, à estrutura básica esquizoide. A estrutura histérica muitas vezes evidencia reações fóbicas e depressivas.

A formação da estrutura neurótica se baseia prevalentemente nas fixações predominantes no desenvolvimento infantil. Quanto mais cedo se formam as fixações, tanto mais intenso mostra-se o desenvolvimento patológico. Entendemos a fixação muito mais devido aos acontecimentos angustiosos marcantes

do que às fixações libidinais no sentido clássico da psicanálise, sem, no entanto, negá-las. Fases do desenvolvimento infantil: pré-oral (intencional – oral, anal, uretral, genital). Concretamente ou no sentido figurado. Por ex.: as sensações e percepções de caráter oral não se constituem apenas pelas experiências orais concretas; oral no sentido transfigurado pode significar gozar com os olhos e ouvidos (gozar = curtir).

Condições básicas e componentes específicos da estrutura esquizoide

Fatores hereditários: sensibilidade, motricidade, talentos e inteligência acima do comum.

1. Psicobiótipo: prevalentemente esquizotímico, leptossômico;
2. Tipo de mãe: ausente, esquizoide, muito depressiva ou de aspecto duplo: situações traumáticas durante a gravidez e os primeiros meses de vida; morte de um irmão;
3. Nascimento traumático (sensações de sufocação ou estrangulamento).
4. Percepções atmosféricas no sentido de o mundo (mãe) ser vago, instável; falta de proteção e do contato bom para com o primeiro objeto;
5. Sensações de sentir-se perdido. Por exemplo: durante choros e gritos esgotantes não ouvidos, ou na situação de caráter ameaçador no berço ou na cama;
6. Sensações de abafamento e opressão até sentir-se sufocado; limites concretos na respiração e na liberdade motora. Por ex.: seio sufocante, choros convulsivos, ameaça pelas almofadas, fraldas e faixa;
7. Sensações de perseguição provocadas, por exemplo, pelos impulsos vorazes e odiosos, pelos movimentos vivenciados como perigosos, pelos rostos de expressão afastada, desinteressada, zangada, pelas sensações corporais como sede, fome, dores abdominais, prisão de ventre, urticária, asma brônquica, etc...
8. Como resultado de impulsos odiosos, destrutivos, ocorre sentimento de culpa no sentido de que o próprio mal se torna contagioso (o objeto “mau” introjetado ou incorporado é deslocado);
9. Divisão do Ego (*Split*) como defesa do “insuportável” na idade remota, os pormenores tornam-se imagens e sensações completas de caráter paranoide, perigosos demais, voltando a constituir-se através de *Split* em partes detalhadas, isoladas e separadas. A divisão do Ego como defesa de um todo

insuportável, possibilita em parte a separação do “mau”, mas à custa do desenvolvimento do Ego (o esquizoide vive como atrás de vidros).

10. Nas épocas posteriores intensificam-se os sentimentos de culpa grave, por exemplo, o nascimento de um rival odiado, a morte de uma pessoa íntima, são sentidos como concretização de impulsos odiosos mortais.

11. A predominância de impulsos odiosos e de sentimentos de culpa grave limitam sensivelmente a capacidade de amar; o esquizoide destrói, em função de suas experiências remotas, relações amorosas passageiramente conseguidas. Sua relação amorosa corresponde, na melhor hipótese, à paixão. O esquizoide profundamente desconfiado trai compulsivamente o objeto do amor (experiência remota e repetição);

12. O esquizoide, em falta e limite de relações emotivas, desenvolve o intelecto de maneira descomunal (intelectualização em vez de vivências sentidas).

Condições básicas e componentes específicos da estrutura depressiva

As condições que favorecem a formação da estrutura esquizoide determinam em grande parte, com certas variantes, também a estrutura depressiva. Por ex.: as primeiras raízes do desânimo crônico, das reações apáticas do depressivo, derivam da relação com o primeiro objeto, percebido durante os primeiros meses de vida como intensamente vago e especialmente de caráter desanimador.

As vivências de abandono e de isolamento do depressivo correspondem também, na determinação primária, às percepções e sensações da fase pré-oral.

Sensações e imagens de opressão grave como a de sentir-se extremamente rejeitado, quase sem esperança, típicas para a estrutura esquizoide, manifestam-se também na depressão grave.

A falta de esperança, de confiança, desde o início de vida (confiança inaugural) (*Uvertrauen* ERICSON) evidencia-se na depressão grave, nas formas de suicídio do depressivo (estrangulamento, morte pelo gás ou por afogamento) – (suicídio mais frequente do esquizoide: saltar de uma altura ou atropelamento, isto é, como reação de curto-circuito e não planejado). A combustão, suicídio pelo fogo evidencia, de maneira óbvia, o sentimento grave de culpa do depressivo (sentir-se marcado, “estigmatizado”, “lei de Talião”). Sentimentos de culpa remotos, intensificados nas épocas posteriores, consolidam tendências intensamente autodestrutivas. O suicídio corresponde à última vingança, à aniquilação do objeto mau introjetado, executado pela autodestruição.

Consideremos dois tipos de estrutura depressiva:

I – (mais frequente) – focalização principal: a angústia de perda do objeto;
II – (mais inerente à melancolia) – focalização principal: a falta de contato com o primeiro objeto. (R. SPITZ: O hospitalismo da criança pequena).

O luto (desânimo) crônico do depressivo corresponde principalmente à angústia de perda do objeto (desmame prematuro demais e abrupto – amamentação excessivamente prolongada, como durante 9-15 meses; ausência concreta da mãe no primeiro ano de vida. Ex.: (filho de Dulce 2,9 anos, ausência da mãe durante 2 meses quando tinha 6 meses. A babá sedutora brincando com o pênis do menino para acalmá-lo).

O período ao redor do terceiro até o sétimo mês de vida é considerado a época principalmente responsável pela formação da estrutura depressiva, isto é, quando o pormenor não representa mais o completo. Prevalecem as imagens no sentido de a mãe – e não o seio – rejeita e abandona. O “*split*” se forma na depressão, provavelmente mais tarde do que na esquizoídia.

Angústia de perda

Típica para o depressivo e está em função do objeto completo e não em relação ao objeto parcial. A percepção do completo diminui a projeção e impossibilita de certa maneira o alívio do sentimento de culpa. (No esquizoide o “mal” está fora; no depressivo o “mal” está dentro). Culpa depressiva e também identificação culposa – “eu reajo em função da identificação culposa com minha mãe”.

O desenvolvimento motor favorece, na época da formação da estrutura depressiva, percepções mais concretas de impulsos odiosos – por ex.: tornam-se os impulsos de morder mais concretos (os primeiros dentes crescem entre o 5º e 9º mês) – trata-se de um fato que intensifica o sentimento culpa.

Os sentimentos de culpa intensificados facilitam a repressão [a repressão, como mecanismo de defesa, é mais poderosa que a projeção] e a introjeção é mais próxima da formação do Ego mais diferenciado.

Na defesa típica do depressivo (indolência, desânimo e submissão) torna-se evidente a necessidade de garantir a repressão e a negação).

As atmosferas traumáticas, por ex.: as percebidas através de expressões do rosto da figura materna, como desinteressada, ausente ou zangada, ou de mãos e braços não protetores, que funcionam apenas de maneira mecânica; são determinantes também da estrutura depressiva. (SPITZ: Hospitalismo da criança pequena).

Aspectos que permitem diferenciar a estrutura depressiva da estrutura esquizoide

a) Enquanto a agressividade geralmente se manifesta, na estrutura esquizoide, de modo excessivo e muitas vezes em erupções violentas, na estrutura depressiva evidencia-se mais inibida, ou exprime-se de maneira clandestina.

b) As defesas do esquizoide são mais eficazes do que as do depressivo (relação parcial, divisão do Ego mais remota), enquanto as relações objetais do depressivo – porém não melancólico – são ou foram mais completas (quem teme perder, já possuiu). Os remorsos, culpas intensas e os sentimentos de inferioridade são vivenciados pelo depressivo (em comparação com o esquizoide), de maneira mais intensa e crônica.

c) Comparadas com as capacidades espirituais artísticas do esquizoide, em geral vivas e às vezes fora do comum, brilhantes, as capacidades criativas do depressivo apresentam-se muitas vezes bloqueadas, lentas, pesadas e limitadas, principalmente pelas culpas depressivas.

O depressivo não intelectualiza tanto como o esquizoide.

Os distúrbios nas relações objetais do depressivo evidenciam – se comparados com os dos esquizoides – como menos óbvios, dramáticos e violentos. O depressivo, em geral, é mais submisso do que o esquizoide.

O depressivo não manifesta tanto como o esquizoide a divisão – (*Split*): suas relações objetais impressionam como um tecido velho e fraco em perigo de rasgar-se na prova de resistência (*Belastungsprobe*).

d) O esquizoide manifesta-se obviamente invejoso e egocêntrico, enquanto o depressivo exprime as mesmas reações de maneira clandestina.

e) Reações paranoides e fóbicas encontram-se menos frequentemente na estrutura depressiva do que na estrutura esquizoide.

Quanto à agressividade da criança pequena

Manifestações de caráter canibalesco observam-se de maneira clara no primeiro ano da criança. O ódio arcaico revela aspectos canibalescos; por ex.: chupar o leite com voracidade intensa pode corresponder à imagem de engolir o objeto (*pars – pro totum*), assim como o impulso de morder pode corresponder à imagem de destruir o objeto.

Os limites da dentadura e da força física não permitem à criança pequena, quando morde, rasgar pedaços da pele ou da carne. A criança pequena pode

ser comparada com o primitivo. O primitivo não só mata, como também come a carne do inimigo (o escalpo é o troféu). (Criança – criança).

Reações patológicas (psicopáticas) violentas e canibalescas manifestam-se no homicídio passional e no assassinato com estupro.

Como por exemplo de manifestação normal de aspecto canibalesco citamos o impulso de morder durante a relação sexual.

A dependência total da criança pequena provoca raiva e ódio de caráter arcaico.

Impulsos agressivos, destrutivos da criança pequena intensificam-se com o crescente desenvolvimento motor (do 2º mês em diante).

O desenvolvimento motor, a capacidade de diferenciar, a função mnêmica e a verbal aumentam paulatinamente o campo vital, diminuindo a agressividade destrutiva, de caráter primário. (Agredir equivale também a tomar contato ou enfrentar-se). No sentido de agredir, a agressividade arcaica corresponde tanto a um “experimentar” as forças próprias (protesto contra a dependência absoluta) como a uma intenção odiosa e destrutiva, inclusive a uma manifestação de caráter autodestrutivo.

A motricidade mais desenvolvida estimula de maneira especial no sentido de impulsos dirigidos para o contato concreto.

Reações afetivo-agressivas tornam-se especialmente evidentes em torno do primeiro ano em função da vontade própria.

Mobilizações raivosas mostram-se nesta época mais conscientes do que antes e revelam-se em reações intensamente teimosas. Mudança de sensações e vivências de caráter passivo, para reações ativas. As expansões da criança pequena têm normalmente um caráter destrutivo, para ganhar mais tarde aspecto produtivo; por exemplo: manifestações da criança pequena com cubos – destruir torres para construir mais tarde casa.

As expansões destrutivas em seus aspectos satisfatórios estimulam a criança a repetir para mostrar que é capaz, o que provoca em geral nas pessoas do ambiente (em função de impaciência intensa) restrições, rejeições e proibições. Limitações intensas da expansão destrutiva resultam em inibições da expansão produtiva com todas as suas consequências.

Sobre o desenvolvimento motor em torno de 5-12 meses

Sentar-se: em torno de 5-8 meses. Levantar-se e engatinhar: 7-10 meses. Andar: em torno do primeiro ano até 1,3 anos.

Toda capacidade motora da criança pequena é acompanhada pelos afetos e emoções correspondentes.

O sentimento de liberdade da criança pequena é intensamente subjetivo – por ex.: a criança que inicia a andar pode sentir-se como dominadora do mundo. A liberdade motora possibilita sentimentos de capacidade e de prazer fora do comum. A limitação da motricidade causa desprazer e sensações de incapacidade que deprimem intensamente.

Hiperestímulos são sentidos como hiperexigências e podem resultar angústia, inferioridade e submissão.

Falta de estímulos e afirmação podem levar para o desânimo e a negação crônica.

Condições que favorecem o desenvolvimento patológico da motricidade no primeiro ano de vida

1. Berços e camas de aspecto duro e frio, que desanimam e chocam as condições motoras;
2. Berços e camas pequenos ou grandes demais;
3. Berços e camas que não oferecem pontos de apoio para sentar-se e levantar-se;
4. Modo de carregar a criança pequena, apertando demais ou sem apoio firme;
5. Campos de grade (engradados);
6. Prender a criança na combinação “cadeira – mesa”;
7. Prender a criança no urinol;
8. Mãos que prendem demais;
9. Limites intensos causados pela roupa, cobertores e contos; ex.: os árabes;
10. Estímulos auditivos e visuais intensos demais ou de menos.

Quanto ao mundo das imagens da criança pequena – função das imagens

Existe apenas pouca ação no estado vegetativo–apático das primeiras semanas de vida. A criança pequena, se não é bem recebida e protegida, sente-se em sua impotência completa, totalmente dependente da figura materna; pode sentir-se desamparada no mundo ambiental.

Impulsos de sede e fome podem manifestar-se como intensamente exigentes. O desenvolvimento psicofísico exige nesta época a satisfação dos impulsos, sentida como existencialmente importante.

A necessidade urgente e imediata para a satisfação dos impulsos, está em contraste absoluto com a dependência total. O estado de satisfação, de calma, vegetativa, é alterado continuamente pelas exigências imediatas de sede e fome.

As sensações epidérmicas mudam de “bem-estar” para “mal-estar” (demasiadamente frio ou quente), irritações cutâneas causadas pelos excrementos, suores, etc...

Impulsos violentamente hostis, mobilizados pelas frustrações e sofrimentos contrastam com o modo de vivenciar, prevalentemente apático, e estão também em discrepância intensa com as percepções de impotência e dependência absolutas.

Sensações tão opostas fazem com que a função imaginativa tenha que suportar a dependência absoluta, sentida como perigosa demais. A criança pequena vive normalmente de maneira intensa na imaginação, na fantasia.

A função imaginativa evidencia, por ex.: nesta época, prevalentemente a função projetiva e introjetiva. A defesa saudável se apresenta se a criança nesta época consegue a imagem (quer dizer, defesa no sentido de “tudo o que é bom faz parte de mim, tudo o que é mau faz parte do mundo externo”. Como início de defesa maníaca – defesa que iremos ilustrar mais tarde – representa uma defesa da parte sã do Ego, se não corresponder, entretanto a uma reação plenamente psicótica.

As imagens e vivências difusas dos primeiros meses de vida correspondem percepções inconscientes e pré-conscientes, mesmo se a criança de 2 ou 3 meses já rememora impressões do tempo anterior (rememória sentida).

A rememória consciente desenvolve-se pouco a pouco e alcança, entre 4 e 5 anos, um estado prevalentemente consciente; o interesse para o saber concreto cresce continuamente e capacita, aos 6 anos, para a formação escolar.

As imagens mágicas e onipotentes, que servem como defesa – especialmente no sentido de sentir-se garantido – exprimem-se de modo óbvio, na criança pequena, no “primitivo” e no “obsessivo”.

A criança pequena esconde a cabeça na saia da mãe quando sente um perigo (as índias tapavam os olhos à vista da mulher branca).

A criança pequena, em situações angustiantes (durante uma tempestade ou quando está sozinha, na escuridão), fala ou canta escutando a própria voz para diminuir as sensações de desamparo.

O primitivo liga, ao animal de totem de seu clã, imagens de proteção. “Pormenores, ossos, penas, garras etc... representam o “completo”, o amuleto da proteção.

No ritual do obsessivo evidencia-se a participação mágica pelas ações e formulações de conjurar o perigo clandestino.

Manifestações mágicas e conjurativas encontram-se também no ritual da “macumba”.

Restos dos aspectos mágicos da criança pequena podem ser notados em determinadas situações, no adulto normal (por ex., conjurar um acontecimento prospectivo muito desejável pala fórmula de não desdizer, de não pronunciar o “bom” esperado; ou conjurar pelos três toques na madeira um “mal” temido). Tanto as manifestações paranoicas como as de caráter megalomaniaco incluem aspectos mágicos.

A identificação do ser humano com figuras históricas (mitológicas e folclóricas) nos sonhos e nas ideias fixas, prova a intensidade e a necessidade das vivências mágicas.

Imagens mágicas representam normalmente, até o sexto ano, uma forma de domínio, um desvio para uma melhor adaptação posterior.

Considerações em torno do desenvolvimento do ego

Núcleo do Ego hereditário/ dependência total nos primeiros meses/ entidade criança-mãe /estado do Ego não diferenciado.

No início da capacidade de diferenciar entre a mãe e a própria pessoa (em torno do segundo mês), a criança sente mais do que antes sua dependência absoluta, a qual diminui apenas com o aumento do domínio motor. Com o crescente desenvolvimento motor, a criança começa a libertar-se da dependência total [estado do Ego mais diferenciado].

A criança, até então numa situação prevalentemente passiva de expectativas, em que a mãe (o mundo) se dedica a ela, começa a tornar-se capaz de movimentar-se, quer dizer, dirigir-se de maneira ativa ao mundo ambiental (sentar-se, engatinhar, levantar, andar). Nesta época do desenvolvimento motor (entre 2-6 meses) a criança toma cada vez mais conhecimento de outras figuras ambientais (pai, irmãos, etc.), e liga-se também aos objetos inanimados, os quais adquirem simbolismo. Por ex.: um urso de pele macia, em virtude da capacidade imaginativa da criança pequena, pode representar tanto o objeto de aproximação carinhosa, como intenções próprias dirigidas ao objeto

querido. Panos macios colocados pela criança no rosto, ou animais peludos ao seu alcance representam, para a imaginação da criança objetos substitutos (contato epidérmico bom).

Ex.: A. -2, 2 anos não queria dormir. Eu tentei animá-lo, pois já estava na hora de dormir. Ele procurando protestos disse: “mamãe também não dorme”; Eu disse então: “acho que Tim (nome do urso, objeto de carinho desde os 5 meses) quer dormir com você, ele está cansado, chame ele”. A., aceitando o estímulo, dirigiu-se à cama e disse: “Tim canta, sabe!” (referindo-se a um aparelho musical dentro do urso e a que ele era capaz de dar corda). Cantei e A. dormiu.

Ilustração de como a criança pequena imagina o objeto como sujeito: A. - 2, 7 anos – levou para o Jardim de Infância o retrato do pai que ele encontra, durante a semana, só pouco tempo. Ele esqueceu o retrato lá e, voltando para casa disse para a mãe: “esqueci o pai”, um pouco mais tarde, aflito: “papai vai ficar a noite toda só?” “mamãe, vamos buscar ele”. (A. acalmou-se nesse dia só quando viu o pai voltando para casa).

Função defensiva das imagens

Sensações e imagens da perspectiva anão-gigante.

A Comparação de suas capacidades, tamanho, etc. com as dos adultos, esforçam a criança pequena para imagens mágicas de caráter onipotente. Por exemplo:

1-Se a “criança-anã” é capaz de engatinhar /se dirige a um ponto de seu interesse, que brilha, por ex.: uma lata, sente-se feliz de pegar o objeto; mas se neste instante entra o adulto, imaginando como gigante no quarto e acende a luz apenas com um simples toque de dedos, a criança vivencia essa situação como despotencialização absoluta.

2-A criança pequena, ocupando – se com os sapatos do adulto, por ex.: os do pai, imagina que eles sejam grandes barcos ou outros objetos de extensão enorme. Se a criança compara os sapatos do adulto, tão volumosos para a sua imaginação, com os próprios sapatinhos de lã ou couro fino, ela pode sentir que os próprios sapatos correspondem a objetos tão frágeis quanto uma casca de ovo.

Em torno dessas vivências comparativas das capacidades tão desproporcionadas da situação anão-gigante, profundamente decepcionantes para ela, a

criança pequena necessita encontrar compensação para sua temida impotência por meio de imagens mágicas de caráter onipotente.

Reações onipotentes e maníacas fazem parte do desenvolvimento normal. Desenvolvimento patológico se a criança, por angústias insuportáveis, não encontra a compensação dos seus limites em suas imaginações.

Se o mundo de imagens da criança pequena é limitado ou bloqueado pelas experiências negativas feitas nas fases anteriores, principalmente pelas angústias vagas e persecutórias, a criança não consegue a compensação para a fraqueza do Ego, sofrida em comparação com o “adulto-gigante” através de imagens de caráter onipotente (Limites sérios para o desenvolvimento do Ego).

A necessidade vital da criança pequena, de vivenciar de maneira mágica e onipotente, transparece nos sonhos dos adultos que evidenciam aspectos fantásticos – (sonho Denise – 30 anos) – “Estava numa paisagem sinistra, sentido um desânimo insuportável, fui paralisada, nada podia fazer. De repente, mudou tudo. Estava num castelo feudal. Lá tudo funcionava de maneira fantástica. Se eu batesse palmas apareciam empregados ou soldados para me servir”. Reações maníacas correspondem a defesa contra a depressão insuportável.

Condições básicas e componentes específicos de neurose obsessiva

Freud³, Fenichel⁴ e outros focalizam as fixações principais na neurose obsessiva na fase anal e genital (concepção clássica).

Concepção moderna (M. KLEIN, WINNICOTT, FAIRBAIN, ERICSON, etc.). Seio bom equivalente à mãe boa, isto é, o objeto bom e vice-versa.

Na educação relativa à limpeza, sem ameaças e rejeições intensas, os excrementos são vivenciados como parte do corpo (Contato primário bom). A educação da limpeza com ameaças e rejeições intensas faz vivenciar a urina e as fezes como causadoras de conflitos (contato primário mau). Fezes muito retidas ou muito frequentemente expulsadas (prisão de ventre ou diarreia) correspondem a objeto mau incorporado (focalizado, por ex., nas dores abdominais). A retenção das fezes pode ser compreendida no sentido de que: o que foi incorporado, em condições intensamente limitadas na fase oral, precisa ser garantido no nível anal.

3. *O Homem dos Ratos*.

4. *Ensino das Neuroses*.

O conflito entre dar e reter, de modo geral, é muito acentuado na neurose obsessiva. O obsessivo dá por submissão (o obsessivo é o “retentivo”).

A relação “fezes-dinheiro”, acentuada na neurose obsessiva, impressiona como garantia mágica da própria existência (avarento, pão-duro).

Os aspectos primitivos da relação “fezes-poder” são evidenciados pela documentação fecal depois do roubo.

A fixação “anal-genital”, em função de retenção de fezes pode tornar a região anal como zona erógena principal.

Freud fala de pensamentos obsessivos. (Circular num pensamento para evitar impulsos e sentimentos insuportáveis).

Fenichel fala dos mecanismos de isolamento (isolar impulsos e culpas arcaicas é uma concepção que tem certa correspondência com a divisão, *Split*).

A estrutura básica da neurose obsessiva é a estrutura esquizoide⁵

Freud: A ação obsessiva equivale à ação obsessiva substituta. (O Homem dos Ratos colocava uma pedra na rua na qual a dama passaria com a charrete).

As ações obsessivas se revelam em geral muito constantemente e impressionam como atividades extremas, repetitivas e absurdas. Por ex.: como controle da angústia vaga manifesta-se a necessidade de conjurar um perigo. Circular ao redor de um buraco; ao se deparar com um sinal vermelho, voltar para o primeiro sinal; tocar na terceira árvore; dar um pequeno pulo. Da dúvida compulsiva resulta a indecisão, que acaba na ação simbólica, em vez de percepção ou realização dos impulsos temidos.

O obsessivo acalma-se através de seus rituais. Se ele não consegue seu objetivo, pode reagir de modo fóbico ou psicótico.

O obsessivo tenta dominar de maneira mágica suas angústias intensas e impulsos arcaicos, que se manifestam, por ex., pelo ato de segurar o gás, portas e janelas.

Significação simbólica no ritual do obsessivo. Por ex.: as edições “*ad infinitum*” revelam a existência de angústia vaga de caráter perseguidor. Tocar a árvore = mãe. O obsessivo tenta acalmar-se através de seus rituais, de sua angústia e culpa intensa.

Fenichel comunica um caso cujas defesas fracassaram:

1. Antes do paciente somente podia sair à rua se lavasse as mãos;
2. Depois sofria de angústia insuportável se saísse do quarto;

5. A estrutura obsessiva, mais do que as outras, faz parte da estrutura esquizoide.

3. A seguir sofria de angústia insuportável ao movimentar-se;
4. Depois sofria de angústia insuportável e não podia mais andar;
5. Afinal, ficava deitado, não podia ir mais ao banheiro e sujava-se na cama. (Regressão psicótica).

Freud, “Homem dos ratos”: apresentação de manifestações psicóticas quando estava diante do espelho, controlando seu pênis, temia a castração e tinha a ideia delirante de que o pai, morto, estava vivo e voltava à meia-noite, hora dos fantasmas e espíritos.

O “Homem dos lobos” (Freud), segundo análise de Mack Brunswick, apresentava uma psicose (alucinações, delírio, ideias persecutórias) – Esquizofrenia – “Mania de perseguição”.

A ideia fixa apresenta um aspecto psicótico e prova como o deslocamento obsessivo pode ocasionar estados insuportáveis. (Defesa abalada em função de erupções arcaicas, por ex., “Homem dos ratos”).

A profanação, como plena erupção da defesa obsessiva (por ex., profanação durante a reza), ilustra de maneira nítida a determinante básica da estrutura do obsessivo. A relação para com o primeiro objeto – mãe – tendo sido vivenciada como traidora (puta) idealizada.

Exemplos: Norma – 13,5 anos: ideia fixa de que uma lagartixa pequena está no ouvido (lagartixa no aspecto secundário, equivalente do pênis; lagartixa no aspecto primário, equivalente de imagens e sensações de caráter arcaico intensamente temidas. Profanação: Enquanto rezava a Ave Maria esquecia de repente o texto e apesar do intenso horror, necessitava xingar: “puta merda”, repetindo as palavras entrava numa angústia insuportável e, berrando, chamava pela mãe. (Abalo intenso da idealização).

Eva – 15,2 anos: ideia fixa (depois de ter visto o filme “Os dez mandamentos”): imagem “ser prostituta e estar grávida” (era moça virgem); declaração repetida durante esta fase do tratamento: “sou puta, quem é puta pensa só nas sujeiras; sou filha da mãe, bem que ela não sabe quem eu sou” (Ego em desorientação intensa).

L.M. – 38 anos, contador de uma grande firma – atitudes e rituais obsessivos intensos, supercorreto, rígido; ritual: segurar o gás, lavar as mãos, no sentido de Pôncio Pilatos. Ideia fixa num estado psicótico: escalar o pico de uma montanha alta para pedir à madona (quadro de Virgem Maria colocado no cume) sua salvação de um estado há muito tempo insuportável. O paciente alcançava seu objetivo num estado de completo esgotamento psicossomático. No último trecho do percurso arrastava-se em direção ao quadro da

madona profanando-o; perdia então, a consciência, sendo encontrado em estado psicótico.⁶

Lili – 7 anos; apresentava um estado pré-psicótico e fóbico. A cozinheira falava-lhe da sexualidade como coisa muito suja; a mãe reagia como se os beijos fossem sujos. Lili reagiu fobicamente: não pode sair de casa. As rezas dirigidas à Virgem Maria eram interrompidas pela profanação comum, o que acarretava intensa angústia e pânico de caráter psicótico. (No fim do tratamento pediu para me beijar).

A fixação mágica do obsessivo

O obsessivo fica vagamente preso às percepções e sensações de caráter ameaçador nos primeiros meses de vida; delas necessita defender-se através de formulações conjurativas e de rituais típicos.

O obsessivo não consegue compensar seus traumas sofridos durante o primeiro ano de vida através de imagens mágicas e de caráter onipotente (ver o aspecto anão-gigante).

A imaginação de caráter mágico do obsessivo obriga, em comparação com outras estruturas neuróticas, a uma necessidade categórica de conjurar forças destrutivas irracionais, que podem, como ele teme, destruir sua vida.

O obsessivo submete-se a oráculos, rituais e intensas reações supersticiosas, como por exemplo: gato preto, levantar-se com a perna errada, dias e números de azar (13), etc.

O obsessivo, na carência de imagens que lhe possibilitam um domínio produtivo, fica submetido a imagens de forças absurdas (o “Ego” do obsessivo desgasta-se nas defesas).

O obsessivo geralmente não consegue posições de destaque; ele fica, por submissão, um subalterno (por ex.: contador, em vez de chefe).

Se um lado, as reações megalomaniacas do esquizoide, as reações maníacas do depressivo, a convicção do histérico nos seus papéis dramáticos, mesmo correspondendo a reações patológicas, conduzem para expansões no sentido de enfrentar-se; por outro lado, as defesas obsessivas levam no sentido de retirar-se e garantir-se (aspectos extremamente conservadores).

A visão de quadros do mundo do obsessivo determina exigências no sentido do imperativo categórico (KANT) (superego rígido).

6. A. K. Kemper - “*Quanto à idealização*”.

O domínio rígido dos impulsos arcaicos do obsessivo manifesta-se através da compulsão de fazer ordem de maneira geométrica. Exemplos: (Michael, 7,5 anos – reações de pânico quando o tapete não estava na posição exata).

Lel., 45 anos – advogado, reações angustiosas e de pânico quando os livros profissionalizantes (especialmente os jurídicos como também livros didáticos de português (língua materna) eram movidos, ou não estavam no lugar em que os pusera). A compulsão repetitiva do obsessivo (por ex., controle de portas fechadas, presença de chave) corresponde a uma necessidade categórica em função da angústia diante do contrário.

Aspectos que indicam distúrbios intensos no desenvolvimento motor do obsessivo

Rigidez de porte corporal, manifestado especialmente pelo modo de movimentar-se; Os “tiques”, como manifestações obsessivas, correspondem a um descontrole motor; por ex., movimentos descoordenados da cabeça e da boca, piscar os olhos, espasmos da mão durante o ato de escrever. Os cacoetes como forma de tique, como ser correspondidos como válvula de escape e erupção do “contrário”, isto é, de conteúdo latente.

Chico, 28 anos fixação homossexual latente, interesse intenso pelo ballet, mal considerado pelos pais. Por assistir a um ballet russo na presença do pai, iniciou o tique de piscar os olhos.

Os tiques são comunicações simbólicas.

O obsessivo manifesta sua estereotipia também através de voz monótona (aspecto de motricidade).

O obsessivo bloqueia reações e impulsos sentidos como perigosos demais, por meio de diversas reações e atitudes monótonas e mecanizadas.

Diferenciação e participação do obsessivo na estrutura esquizoide e na depressiva

Parece assim que o obsessivo foi vítima de percepções e sensações de caráter ameaçador, típicas para a estrutura esquizoide, nos primeiros meses de vida, especialmente nos estados mais próximos das percepções pré-conscientes (pré-consciente compreendido como transição entre o inconsciente e o cons-

ciente). O obsessivo é capaz de defender-se de seus impulsos hostis; o esquizoide manifesta surtos agressivos violentos; o depressivo revela agressões clandestinas, ou as teme demais (repressão completa).

Se de um lado o depressivo, em luta crônica por causa do objeto perdido, em situações extremas, vinga-se do objeto mau introjetado através do suicídio; por outro lado, o obsessivo impressiona pelo modo como, em sua defesa crônica, domina de maneira mágica e compulsiva seus impulsos extremamente destrutivos e vingativos.

A correspondência entre o obsessivo e o esquizoide evidencia-se de maneira especial nos rituais obsessivos, que servem para conjurar ameaças de caráter paranoide.

A ambivalência extrema submete tanto o obsessivo como o depressivo (veja as dúvidas crônicas e compactas do obsessivo).

O “desânimo” do depressivo também ocorre no obsessivo, sendo, porém, encoberto, neste último, pela atividade compulsiva.

O obsessivo, intensamente bloqueado na liberdade motora, impressiona pela maneira com que reprime, pela monotonia e pela automatização, os surtos agressivos, típicos do esquizoide.

O obsessivo impressiona como mais vital do que o esquizoide, o que se evidencia na insistência de repetições automatizadas.

Parece, assim, que a forma mais grave de neurose obsessiva tem mais componentes da estrutura esquizoide, enquanto a forma menos grave manifesta mais componentes da estrutura depressiva.

O desenvolvimento da linguagem

Linguagem dos sons;
Linguagem simbólica;
Linguagem em palavras adequadas;⁷

1 - Linguagem dos sons – Aspecto animalesco na linguagem dos sons. Os sons primitivos da criança pequena assemelham-se de maneira aludida aos sons guturais da linguagem dos primitivos e à de certos animais, como por exemplo, ao carregar ou ao arrulhar dos pombos, ou ainda, a uma mistura com rosnar de um cachorro manso.

7. A. K. Kemper - “*Interpretação aludida*”.

K. Lorenz chama a atenção para o fato de que as primeiras manifestações dos animais pelos sons estão relacionadas ao ato de farejar – (alimentação). O mesmo fenômeno observa-se antes e depois da amamentação da criança pequena. Sob este aspecto, a criança pequena quando se comunica através da linguagem dos sons, exprime tanto impaciência e exigência como satisfação e bem-estar. Comunicações atmosféricas, compreendidas como fortes comunicações não verbais correspondem à lei do “som-eco” (criança) e vice-versa. Se não existe uma concordância harmoniosa entre “som” e “eco”, entre “transmissor” e “receptor”, se a “transmissão” atmosférica não “anima” a “ressonância” correspondente, não se estabelece então o contato primitivo, a comunicação não verbal. As raízes do desenvolvimento verbal estão relacionadas de maneira decisiva com o primeiro objeto.⁸

O “murmurar” e o cantarolar da mãe em sons carinhosos, melódiosos, influenciam e animam o contato harmonioso. Os sons primitivos equivalem a perguntas e respostas entre a criança e a mãe. A animação harmoniosa por parte da mãe leva para a concordância com ela e vice-versa.

A importância existencial do contato verbal para a criança pequena é ilustrada por uma velha lenda asiática: Conta esta lenda que às babás de um grupo de meninos fora-lhes proibido dirigir a palavra aos pequenos e que estes, vitimados por tal silêncio, morreram. As consequências de não comunicar-se verbalmente evidencia-se no mutismo, reação psicótica.

“A capacidade de comunicação abre uma saída tão nova que representa um ponto crucial no verdadeiro desenvolvimento humano do indivíduo”.⁹

2 - Linguagem simbólica – o símbolo equivale à “*pars-pro-totum*”, isto é, parte representativa de um completo. O sujeito confunde-se com o objeto no símbolo. Ex.: “aranha-mãe”¹⁰.

A linguagem dos sons da criança pequena está em função de chamar a atenção para a satisfação de necessidades vitais e para a comunicação carinhosa. A linguagem simbólica impressiona como intenção da criança de querer participar de maneira mais ativa do mundo ambiental.

A manifestação simbólica da linguagem torna-se óbvia pelo fato de que a criança pequena significa tanto um objeto desejável, por ex: pelas sílabas “da - da”, como também uma pessoa dádiosa.

8. WINNICOTT - “*Maternidade primária*”.

9. R. SPITZ - “*On the genesis of superego components*”.

10. C. JUNG - “*Modificação de símbolo da libido-teoria*”.

Ex.: Renato - 1,8 anos - chamou a babá querida “Dadi”, o objeto desejável “da - da” e o armário de brinquedos “dadilo”.

Ex.: Maria - “Dada”, figura materna; “vava”, objeto afirmado; “linó”, objeto rejeitado, etc.¹¹.

A criança pequena, percebendo que os adultos designam objetos e pessoas por palavras, tenta imitá-los, com seu modo primitivo, através de linguagem simbólica (imitação corresponde à pré - etapa da identificação).

O caráter simbólico da linguagem da criança pequena transparece também na expressão mímica e na dos gestos que a acompanham.

A participação do inconsciente coletivo na linguagem simbólica manifesta-se pelo fato de que as crianças pequenas de nacionalidades diferentes usam sílabas de tonalidade “mam”, “mai”, “mui”, designativas de figuras maternas, frequentemente no início da formação da linguagem simbólica.

A linguagem simbólica corresponde, em seu início, mais a uma linguagem inconscientemente inventada. Mais tarde a criança vem a associar e adaptar à linguagem simbólica, as palavras percebidas e compreendidas de maneira consciente.

3 - Linguagem em palavras mais ou menos adequadas – As palavras mais adequadas correspondem à expressão de participação mais consciente e mais concreta e estão em função da adaptação e da formação do intelecto.

A capacidade da criança pequena de formar frases indica relações objetais mais amplas e mais diferenciadas do que na fase anterior do relacionamento, quando as comunicações verbais eram primitivas (linguagem dos sons e simbólica).

O desenvolvimento da linguagem evidencia a formação do Ego, por ex., a criança se refere à própria pessoa, no início do desenvolvimento da linguagem, através de palavras mais ou menos adequadas, de maneira indireta; em vez de “eu quero”, diz: “João, ou Maria, quer”. O “não” e o “sim” manifestam-se também, no início desta fase, sem aplicação do pronome pessoal. No progressivo desenvolvimento da linguagem a criança exprime mais adequadamente seu querer. Sua vontade própria se manifesta mais diferenciada pela aplicação de “eu quero” ou “eu não quero”¹². A criança, no desenvolver de sua linguagem, consegue exprimir-se quanto ao aspecto emotivo-afetivo e intelectual, com pa-

11. A. K. KEMPER - “Reações contratransferenciais de influência decisiva para a comunicação verbal num caso de mutismo, criança de 3-4 anos”.

12. R. SPITZ - “Não e Sim”.

lavras mais ou menos adequadas e de maneira individual cada vez mais concreta, fato que revela o estado de seu Ego. A comunicação verbal mostra-se decisivamente importante para estabelecer e ampliar as relações objetais e para melhor adaptação. A comunicação verbal também permite à criança chamar a atenção para se firmar em sua existência individual.

As comunicações escritas por ex., por literatos, cientistas, filósofos, podem transmitir vivências e conhecimentos profundos e maduros. Este fato permite conclusão sobre o valor da comunicação, seja ela verbal, direta ou indireta.

A sublimação (por ex., conseguida através da arte e de obras escritas), revela como o desenvolvimento e preservação do Ego dependem da comunicação.

As interpretações, em suas diferentes formas, tanto estão, e principalmente, em função da “memória sentida”, como correspondem também às comunicações.

Aspectos da fase anal-uretral e uretral-genital

As fezes e urinas são vivenciadas pela criança como partes estimadas do próprio corpo.

A criança pequena não inibida senta-se na urina, brincando como que com água. A criança pequena brinca também com as fezes em uma atmosfera de bem-estar, pinta e as coloca também no rosto e na boca (ex., correspondência entre cheiro de determinados tipos de queijo e fezes).

A criança pequena sente o calor da urina como algo bom e chora, queixando-se, apenas quando acusa sensações epidérmicas desagradáveis (frio e irritações da pele). (Veja uma determinação da Enurese).

Na regressão psicótica e na perversão torna-se óbvia a relação da criança com os excrementos.

O nojo não corresponde a uma função inata, mas sim a um resultado da educação da limpeza.

O nojo contra os excrementos pode condicionar aversões num sentido amplo. A profunda rejeição do interesse para com os excrementos pode ocasionar aversões de caráter psicossomático, de tal modo que o indivíduo reage mais tarde alérgicamente diante de uma pessoa ou tarefa. (Relação fezes-cheiro-faro). Em linguagem popular diz-se em relação a um determinado assunto: “o *negócio* não cheira bem”, “o olfato (faro) leva para a pista certa”, etc.

A criança pequena, como o “primitivo” apresenta aspectos “animalescos”.

As sensações e vivências de posse e de poder tornam-se mais conscientes na fase anal do que nas anteriores (1-2 anos); o mais intenso desenvolvimento motor corresponde também ao mesmo período.

A capacidade de dominar os esfíncteres (função dos músculos internos voluntários) se apresenta, na fase anal, como muito importante para a criança sentir, possuir e ser capaz.

Assim como para a criança de colo os impulsos orais proporcionam tendências captativas (SCHULTZ-HENCKE) – (captar = significativo para o modo de aproximar, enfrentar e conquistar o mundo ambiental), os impulsos da fase anal, principalmente em virtude de domínio sobre funções intestinais e vesicais, proporcionam sensações de voluntariamente ser capaz de dar, receber e reter.

As reações ofensivas e defensivas relacionam-se, para a criança pequena, de maneira especial com o ato de defecar e urinar. Por ex., reação ofensiva: sujar, reação defensiva: reter fezes e urina.

O caráter primitivo dessas reações pode ser comparado ao de certos animais, como por exemplo, o cheiro da secreção do almíscar (de certos animais) tem função agressiva; na secreção de tinta dos polvos e lulas e dos sapos têm função defensiva.

Fezes e urina funcionando na melhor das hipóteses como presentes (dar e receber) têm aspectos produtivos, enquanto na função agressiva e vingativa (atacar, sugar e reter) revelam um aspecto destrutivo.

Manifestações agressivas de caráter anal podem manifestar-se nos jogos com lama, transformando-se mais tarde em expansões manuais, como por ex., modelagem com barro, etc.

Exemplo de manifestação produtiva de caráter anal: modelar com barro.

Primeira fase da criança pequena: agressivo-destrutiva;

Segunda fase da criança pequena: agressivo-construtiva;

Os sentimentos de poder e posse formam-se decisivamente em função de sensações e vivências do caráter anal e uretral; vivenciadas como de caráter positivo. Anal produtivo: manifesta-se em sentir-se capaz (defesa da posse, tomar posse), o que leva para outras capacidades, inclusive as de caráter artístico.

Uretral propulsivo: corresponde a enfrentar e arriscar-se, competição compreendida como medir forças com os outros.

A competição entre meninos pequenos “quem consegue fazer o jato maior” - mostra o aspecto uretral propulsivo. Este se revela também na lingua-

gem popular: “cuspir mais longe”. Cuspir e urinar podem ser compreendidos como reações infantis de caráter ofensivo. (Cago ou mijo em cima... ou “vai tomar no cu”..., correspondem a expressões intensas de desconsideração, de caráter anal).

As manifestações anais e uretrais de aspecto negativo (expressado por exemplo, por retenção e angústia) condicionam grandes limites nas relações objetais, enquanto as de aspecto produtivo (expressadas, por exemplo, pela capacidade de enfrentar-se) levam para boas relações objetais).

As relações específicas “fezes-posses-dinheiro” e “urina-poder-coragem” determinam decisivamente as inferioridades ou capacidades do ser humano.

Rio Grande do Sul: “está cagando e andando...”

Existe uma íntima inter-relação entre os componentes anais, uretrais e sexuais.

Por ex.: A competição do “jato maior” de urina entre meninos relaciona-se com a comparação entre os tamanhos dos pênis. Medir a capacidade = componente anal; jato maior = componente uretral; tamanho do pênis = componente genital. A diferença entre os sexos, nas manifestações de caráter anal, uretral e genital necessita de considerações especiais; por exemplo, a participação ativa do menino no ato da micção. A função biológica não possibilita à menina reações correspondentes (o menino está em pé, dirige com as mãos; a menina, sentada, “espalha-se” passivamente).

Papel sexual diferente: o masculino como função procriadora ativa; o feminino, com função criadora passiva.

Feminino: inveja do pênis (aspecto uretral sexual); a falta do pênis, sentida como castração, pode suscitar reações obstinadas e depressivas. (Ex. I. - 1,6 anos -B. - 1, 8 anos).

A inveja do pênis pode provocar necessidades intensas de provar-se e competir com o sexo oposto. Sob este aspecto encontramos, em situação extrema, a mulher fálica, que despotencializa o homem e se castra no plano emocional (a “paraíba”, a “mandona”).

Tal disposição para futura “paraíba”, mostrava uma menina de 5,8 anos (Laura, filha de Tat.) pelas seguintes fantasias: Ela dominava animais de tamanho gigantesco (cavalos de superdimensões, elefantes, rinocerontes, dragões, cobras de tamanho indefinido) de maneira diversa, por ex., ela imaginava estar andando num cavalo bravo, na arena de um circo, com um pau grande na mão. Mas existia um touro que não se deixava dominar sempre. Se o touro não se

submetia, ela o cortava com uma faca grande em pequenos pedaços. A satisfação dessa imagem alcançava o auge quando ela cortava os grandes chifres do touro em pedaços pequenos.

O conteúdo principal de outra imagem era uma girafa; um dia quando L. se sentia controlada por aquela girafa, cortava-lhe o pescoço em pedaços (girafa simbolizava a mãe controladora e onipotente (pescoço = pênis grande), (o touro = mãe masculina que precisava ser castrada, cortando-lhe os chifres).

O símbolo fálico, na função uretral se revelava numa menina de 1,8 anos, que aceitava o urinol somente se lhe deixava colocar um lápis perto da uretra. A angústia de castração, no sexo masculino, se evidencia não só em função de ameaça concreta, como também em função de proibições excessivas e pela atmosfera castradora.

O menino pequeno, não afirmado na sua masculinidade, pode reagir diante do sexo oposto, com angústia de castração.

O controle excessivo do pênis corresponde à angústia de castração, no sentido de garantir-se, o pênis ainda não lesado.

As imagens em torno do pênis deformado (por ex., tamanho pequeno, fimose, circuncisão) podem ser vivenciados como potência intensamente limitada. O homossexual procura também, em casas particulares, o banheiro (controle do pênis).

O equivalente da inveja do pênis, na mulher, manifesta-se no homem pelo ciúme diante da função criadora da mulher.

O homem desenvolve, em geral, maior capacidade criadora do que mulher (arte, ciência, etc.), o que impressiona como função compensatória: dar à luz no sentido figurado (linguagem popular).

Exemplo de inveja da função criadora: Caso M. (7,5 anos) - mobilizado neste aspecto e com a intenção de consolidar a respectiva defesa, pôs ovos de galinha num ninho de lã feito por ele e os colocou ao sol, na expectativa de que poderia criar pintinhos. Após constantes interpretações, de que procurava defender-se tão intensamente (isto é, não tomar conhecimento de que dele não poderiam nascer crianças) conseguiu abalar a defesa, o que se evidenciou da seguinte maneira; M. jogou-se ao chão, manifestando profundo desânimo, de caráter depressivo. Durante esta fase da análise ele repetia várias vezes: “não quero ser menino”. O profundo desânimo (castração) exprimiu-se na declaração: “Sabe? Eu não sou nada!” A angústia de castração no sentido figurado se revela por imagens e vivências crônicas de sentir-se limitado, rejeitado e inferiorizado.

O fato de que certas reações, aparentemente genitais, derivam de experiências pré-genitais é demonstrado na imagem da vagina dentada, de que o

homem sofre. (Imagens e sensações arcaicas em torno da boca e dentes transferidos para a vagina).

A determinação pré-genital da manifestação genital da menina em torno da inveja do pênis e a respectiva angústia de castração, evidenciam-se pela imagem, no sentido de: se crescem os seios, cresce a clitóris, imaginado como pênis. A correlação mamilo-pênis revela-se com frequência na análise.

A inter-relação entre impulsos orais e genitais evidencia-se na felação e no sexo oral.

A inter-relação entre impulsos anais e genitais evidencia-se no coito anal.

A inter-relação entre impulsos uretrais e genitais evidencia-se no exibicionismo (voyeurismo).

As perversões, mesmo tendo aspecto sexual extremo são originárias principalmente de fixações pré-genitais e, de maneira especial, dos limites na relação carinhosa com o primeiro objeto.¹³

Quanto ao desenvolvimento sexual da criança pequena

O desenvolvimento motor possibilita tomar posse do próprio corpo. (Por exemplo, tanto do dedo como do dedão do pé). Sensações epidérmicas agradáveis levam mais tarde para sensações do caráter sexual.

Com o crescente desenvolvimento motor e a capacidade de diferenciar ocorrem intensificações dessas sensações.

Manifestações de caráter sexual aparecem já no primeiro ano (por ex., durante a limpeza local).

Formas de masturbação da criança pequena: almofadas colocadas perto dos genitais; sacudir-se na cama, balançar, trepar (veja gíria) etc.

A criança pequena descobre o próprio sexo principalmente em observar e ao comparar-se com o dos outros (crianças e adultos no ato de urinar e defecar, tomar banho, etc.).

Os órgãos genitais são para a criança objetos de curiosidade interesse é intenso também por causa da localização do sexo feminino (interno, escondida) o do segredo que os adultos fazem em torno da vida sexual.

As observações da cena primária podem tanto bloquear como intensificar a curiosidade sexual vivenciada como a agressividade mortal.

13. A. K. KEMPER - “*Quanto ao contato epidérmico*”.

A curiosidade sexual não prova sempre instintos sexuais precoces; a curiosidade sexual faz parte da curiosidade em geral.

A curiosidade pode ser compreendida como disposição para o saber.

As brincadeiras de caráter sexual (família, casamento, neném, médico, esconder-se, etc.) representam meios legítimos para a satisfação da curiosidade e dos impulsos sexuais (impulsos apenas no sentido descritivo; trata-se de um querer difuso e não de impulsos no sentido vital, urgente).

Os impulsos sexuais intensificam-se na situação edípica (esta intensificação é também determinada pelo aspecto competitivo na situação triangular).

Os impulsos incestuosos frustrados não só causam como também mobilizam inveja e ódio arcaicos e provocam intensificação dos sentimentos de culpa.

Na situação edípica constatamos a existência do grande conflito do ser humano, entre ódio e amor.

A situação edípica repete-se, de certo modo, na puberdade. Nessa época tornam-se mais evidentes as intenções para ocupar e possuir a mãe ou o pai e a rivalidade com o sexo oposto. O adolescente reage como amante, necessitando da mãe como companheira íntima. A adolescente mostra-se extremamente dependente do pai, necessitando da afirmação de sua feminilidade. O conflito edípico evidencia--se, na puberdade, pela labilidade emocional (mudança rápida do estado de ânimo eufórico [paixão] para o desânimo de tonalidade depressiva [desilusão]).

Situação edípica, em plano genital não alcançado, apesar das intensas preocupações e fixações de caráter sexual: por ex., o “perverso”¹⁴, o “Don Juan”, o “mulherengo”. Eles não alcançavam o plano genital no sentido maduro (a sexualização do contato emotivo). Desafetivização (FAIRBAIRN).

Material clínico

Percepção da cena primária, contribuindo para a friidez parcial:

HeI. – 35 anos – estrutura histérica; sentia-se especialmente limitada na entrega sexual quando ouvia vozes. A paciente evidenciava, tanto pelos sonhos como por sensações e imagens, que presenciara a cena primária.

Pesadelos da mesma paciente: “duas pessoas que impressionavam como ‘vultos’, enrolavam-se e agarravam-se como se matassem um ao outro. A pa-

14. A. K. KEMPER - “*Quanto à determinação pré-genital da perversão*”.

ciente quis berrar, mas não conseguiu, Disse: minha voz ficou presa; quando temi que eles cairiam sobre mim, gritei e acordei”. A paciente lembrava que, quando tinha 4 a 6 anos dormiu num quarto contíguo ao dormitório dos pais. Se ela durante a noite ouvisse as vozes dos pais sentia angústia tão intensa que não conseguia dormir e chamava a mãe. A paciente somente conseguia chegar ao orgasmo se o amante a envolvesse com uma pele de uma espécie de lhama (vicunha) que lhe produzia sensações epidérmicas de caráter exuberante. (O orgasmo epidérmico possibilitava o orgasmo sexual).

Rudi – 7,2 anos; asma brônquica – não suportava cochichos entre o pai e a mãe; sofria de angústia noturna; ataques de asma, especialmente à noite.

Nice – 28 anos; estrutura histórica com eritrofobia – apresentava reações eritrofóbicas quando via cenas de amor (praia, cinema etc.); um dia falou com raiva que viu dois cachorros grandes copulando, exclamando que deveria ser proibida essa exibição na rua. Quando reagia com raiva e ódio, não sofria de eritrofobia.

Rosenb. – 40 anos; estrutura histórica: “sinto um mal-estar indescritível se observo minha mãe em atitude vulgar. Ela reage como se vestisse calça de homem e tivesse o pênis em ereção”. (Identificação projetiva).

Reação de uma histórica diante do filho de 8 anos quando este se referiu à ereção comunicando à mãe que algo de “estranho” acontecera. A mãe que sofria de frigidez sexual completa, explicou ao filho que “assim como os dedos, que se tornam rígidos em função do frio, o mesmo acontecera com o pênis”.

(Material de Olga - Grupo de mães - (lua-de-mel, o casal sozinho em casa, revólver, etc.).

Carícias sexuais e suas possíveis consequências:

Mario – 32 anos; a mãe brincava, até os 6 anos, com o órgão genital do filho, chamando o escroto de “seus brincos”. O paciente foi homossexual (parte passiva), mas submetia-se prevalentemente à masturbação no sentido de autossatisfação.

(Filho de Dulce) – 2,6 anos; manifestações de caráter feminino e depressivo. Quando tinha 5 meses a mãe viajou durante 2 meses. A babá, para acalmar o menino, brincava com seu pênis, costume praticado até 2,6 anos do menino.

(Artista – tipo histórica) – 32 anos; o filho, com 8 anos, apresentava manifestações de caráter delinquente, especialmente quanto ao aspecto de manifestações sexuais de caráter precoce. A mãe brincava com o pênis do filho até 5 anos para acalmá-lo.

A primeira entrevista com a mãe de um delinquente de 18 anos: inadaptação quase completa (o filho não frequentava mais o colégio, bebia durante o dia grandes quantidades do álcool, passava a noite fora de casa). Disto, a mãe não se queixou. A única reclamação foi a seguinte: “Imagine a senhora que dei o dinheiro para sábado ou domingo à noite e, que fez ele? Apos-tou tudo nos cavalos!” (Referia-se ao dinheiro semanal que lhe dava para frequentar prostíbulos, perdido no Jóquei clube). Imagem de que a vida sexual regulada resolveria os problemas. Como não concordei, não voltou à orientação.

Condições básicas e componentes específicos da estrutura histérica

Fixação edípica mais intensa e óbvia do que nas outras estruturas.

Diferenciação entre pré-edípica e edípica.

O histérico manifesta inveja e ódio muito dramáticos (situação edípica, isto é, situação triangular confundida muitas vezes com a situação bipessoal pré – edípica).

Condições das reações “dramáticas” do histérico:

- Inveja, ódio e rivalidade fora do comum;
- Sentimento de culpa numa forma barulhenta de autoacusação;
- Desenvolvimento motor e da linguagem em geral livre;
- Temperamento vivo;
- Mimo excessivo de uma pessoa do meio-ambiente, em muitos casos.

Reações exaltadas, dramáticas, egocêntricas, superexigentes são típicas do histérico.

Do drama edípico resulta o papel histérico. Os histéricos são artistas de palco ou de plateia particular.

O histérico quer provar, muitas vezes através de suas paixões de caráter incestuoso, que sabe amar.

A veemência com que o histérico acusa o mundo pela sua infelicidade evidencia o grau de sua agressividade (por exemplo, Electra).

O histérico é muito limitado na capacidade de aceitar e reconhecer a realidade objetiva. Ele nega o “outro” na relação objetual, especialmente pelas reações e exigências absurdas e egoístas. Os distúrbios de contato do histérico muitas vezes são submetidos pelos contatos superficiais e artificiais, as históricas dominam de maneira fora do comum.

O lucro secundário é típico do histérico, por ex., garantir-se presença, para vingar-se da ausência, através de angústia fóbica por manifestações psicossomáticas. Os sintomas histéricos (por ex., repetidas fraturas dos dedos, braços e pernas) evidenciam de maneira simbólica a castração, temida de maneira concreta. Manifestações psicossomáticas de base histérica: mancar e tropeçar servem para chamar a atenção de “mãos” e “braços” que possam ajudar.

Ex.: Elsa – 7,2 anos – teria caído num clube (domingo), ficando até o fim da festa. Na segunda-feira começou a mancar antes de sair para o colégio.

Determinação pré-genital nas manifestações histéricas. Por ex.: alergias e pruridos de origem psíquica encontram sua primeira determinação no contato epidérmico.

Tonteiras e enxaquecas psíquicas exprimem saudade de encostar-se.

Eritrofobia, de determinação pré-genital, exprime vergonha e raiva reprimida; eritrofobia, na determinação genital exprime vergonha e culpa.

A fixação edípica pode levar para a escolha de objetos semelhantes aos pais.

A fixação ao sexo, correspondente pode significar tomar o papel da mãe ou do pai como compensação (situação edípica não superada).

Fixação edípica extrema, ou situação edípica não suficientemente alcançada, pode causar inversão, homossexualidade (veja os papéis dos homossexuais). Mãe-filha/pai de caráter “materno” – filho/procurar ou substituir a mãe não suficientemente possuída.

O histérico efeminado, “bonitão”, egocêntrico está em competição com a mãe, na conquista do pai ou renuncia à masculinidade para encontrar no amante, a mãe que o mimava (variante da homossexualidade masculina) (caso Rod).

A histérica, masculinizada entra em competição com o pai.

A histérica, intensamente decepcionada pelo pai, vinga-se traindo-o através de amantes (extremo: prostituição ou homossexualidade. [Caso Maria])

A inveja do pênis manifesta-se na estrutura histérica pela competição crônica com o homem (extremo: “paraíba” homossexual).

A mulher fálica (estrutura histérica), apesar de compensações conseguidas pelas capacidades de caráter masculino, sente-se negada, castrada, no aspecto feminino. Ela protesta e luta constantemente contra a superioridade dos outros (pai e mãe), em quem não podia confiar.

Estrutura histérica: mulher de aspecto andrógono (“misteriosa”), “a sedutora”, a “heroína”, a “sofredora” (a vítima), a “vamp”, a “castradora” (Diana, Esfinge, Medusa, Sereia, etc.).

Estrutura histérica, mais frequente no sexo feminino:

Fator tradicional e cultural no patrimônio: o homem é o “ativo” (caçador, soldado, etc.), educação prevalente (o menino não pode chorar, dramatizar, etc.).

Fator biológico, organização genital: a vagina como órgão interno, em geral nos primeiros anos não descoberto. O clitóris, como órgão externo, é a primeira zona erógena.

A organização genital do homem não tem equivalentes da vagina. O clitóris impressiona como resto de pênis. (Aspecto onto e filogenéticos).

Fator psicológico: a menina tem que mudar o primeiro objeto do amor - fato que pode complicar-se no desenvolvimento maduro, enquanto a menina pode ficar no desenvolvimento normal com o sexo do primeiro objeto.

Quanto mais fraco é o desenvolvimento genital do histérico, tanto mais possibilidades existem de regressão às fases pré-genitais.

As determinações pré-genitais da histeria revelam-se pela voracidade intensa expressa de maneira especial em superexigências e expectativas, por fixações narcísicas, por angústias de abandono, por reações maníacas e depressivas, por ambição e competição extrema, etc...

Distúrbios genitais (frigidez da mulher e ejaculação precoce) são mais frequentes na estrutura histérica do que nas outras.

Diferença entre a somatização do histérico e a do neurastênico

As manifestações de caráter psicossomático do neurastênico impressionam em comparação com as do histérico como menos dramáticas e barulhentas.

As manifestações neurastênicas correspondem mais às estruturas fixações prevalentemente pré-genitais.

A histérica impressiona como se quase não existissem limites para a expressão e a somatização (por exemplo, a gravidez histérica). O histérico consegue a descarga afetiva através da dramatização. O neurastênico procura provar de modo obsessivo suas incapacidades, principalmente através de disfunções orgânicas.

Se o histérico representa de maneira intensamente dinâmica, o neurastênico reage de modo estático, apático (aspecto obsessivo).

A estrutura histérica tem, em grau diferente, aspectos típicos de outras. Encontramos por exemplo, em comparação com as reações catatônicas do esquizoide as exaltações histéricas e, como equivalente da angústia de perseguição, o “desassossego” constante do histérico. (Diferença entre sentir-se perseguido, função projetiva, passiva e perseguir, função agressiva ativa).

Em comparação com o depressivo, em luto pelo objeto perdido, reage o histérico como na procura constante do objeto não suficientemente possuído. Em comparação com o obsessivo, que necessita, de maneira existencial de rituais conjurativos, para negar ódio e culpa insuportáveis reage o histérico com excessivas acusações (negação extrema da culpa de caráter histérico).

Manifestações de caráter psicossomático do histérico

M. Helena – 24 anos – pruridos em situações tentadoras. Casada com uma figura paterna, se traísse o marido (pai) reagia com prurido; quando o amante fez questão de que largasse o marido, reagiu com anemia acompanhada de febre alta, como se fosse uma mocinha fraca que necessitasse dos cuidados do pai (marido médico). A somatização correspondia a desculpa para a culpa.

F. Coe. – 42 anos – estrutura histérica, câibras nas extremidades (mãos e pés) e sensações como se as pernas estivessem paralisadas, em situações de análise nas quais eram sentidas as interpretações em torno das competições de caráter masculino à custa da feminilidade.

Gertrude – 22 anos – estrutura histérica; enxaquecas nos estados de raiva reprimida e de dúvida quanto à fidelidade do marido (função projetiva).

Silvia – 5 anos – estrutura histérica; tosse que impressionou como asma brônquica, especialmente à noite, no sentido de chamar a atenção e de perturbar os pais.

Carmem – 7,1 anos – constantes tonteiras e reações fóbicas durante o período de separação dos pais (chamar a atenção).

H. – mulher de 50 anos, internada numa clínica para emagrecer 400 calorias por dia. Apesar do controle, não conseguiu perder peso.

M. – mulher de 35 anos (gordura psicógena) – somente iniciou perder peso na fase de análise em que conseguiu estabelecer a transferência emotiva com a analista e o médico clínico que representaram nesta época mãe e pai bons e dedicados.

Manifestações de caráter psicossomático do neurastênico

(Steffk) – 45 anos – estrutura esquizoide. Somatizações (bile, fígado, úlcera péptica), especialmente em situações que exigiam enfrentar-se, isto é, fuga na doença. Competição reprimida no sonho: o paciente estava num *hall* de um

hotel e urinava diante de muitas pessoas, num grande aquário. O jato de urina não só acertava exatamente no aquário, como também o enchia até os bordos.

(Albor. S.) – 38 anos – estrutura esquizoide. Sintoma psicossomático: ejaculação precoce. Espasmo dos esfíncteres da Uretra quando queria vingar-se, no plano inconsciente, da mulher (mãe) que tinha um amante.

(R. Cost.) – 38 anos – estrutura esquizoide. Sensações como que de um derrame cerebral em reconhecer (*insight*) o absurdo das fixações pré-genitais, exprimidas por exemplo, se a mãe tratava sua região genital – (até seus 37 anos), com pó e pomadas; esta mãe o abandonava na sua infância remota, (desde o início de sua existência) durante 3 meses por ano.

Ex.: Caso H – mulher de 48 anos/imensa defesa histórica/dominadora/capacidade fora do comum na função de chefia (ultrapassando os homens nos setores profissionais). Reações psicossomáticas intensas; por exemplo; internada numa clínica especializada e controlada para dietas, não conseguiu perder nenhum grama durante 4 dias, em dieta controlada de 400 calorias.

P.S.: As presentes anotações têm um caráter provisório. Pretendo aproveitá-las num livro há muitos anos planejado. Peço aos participantes do presente curso que considerem o manuscrito dado como manifestação de confiança, fazendo apelo para que o conserve em suas próprias mãos. As anotações vêm sendo feitas desde 1956, elaborando-as cada vez mais, especialmente pelas observações feitas em certos casos diariamente. Entretanto, estou cada vez mais convencida, em concordância com Fairbairn, que não só cada estrutura só evidencia através de defesas típicas, como também considero mais importante para a compreensão e terapia que o aspecto transferencial possibilitando a memória sentida – relação para com o primeiro objeto, no tempo remoto da vida – no qual prevalece a relação bipessoal é de importância decisiva para a formação da estrutura. Acho que as experiências feitas no tempo remoto da vida, que a meu ver têm início no estado pró-natal, se evidenciam já naquele tempo, na formação do Ego. Como já foi dito, considero os fatores hereditários também como responsáveis para as reações e formações do Ego. Fator único que a meu ver deixa concluir o grau de gravidade neurótica do indivíduo sem muita diferença de a qual estrutura ele pareça pertencer.