

# **CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO “A MÚMIA”**

**Igor Banin Bezerra da Silva**

*banin@hotmail.com*

Psicólogo clínico de orientação psicanalítica e psicólogo organizacional na área de desenvolvimento e treinamento.

## **A CONSTRUÇÃO DO CASO CLÍNICO**

### **“A MÚMIA”**

#### **RESUMO**

Este estudo tem por finalidade discutir a clínica da infância, a partir de recortes da prática, aliados à alguns conceitos psicanalíticos como significante e psicose infantil. Serão usados recortes de um atendimento em clínica escola, à um menino de quatro anos, que fora trazido por seus pais. O atendimento fora sustentado no âmbito da Psicanálise, de orientação lacaniana. O atendimento teve duração de um ano, e as sessões aconteciam uma vez por semana. Ao final do ano, foi proposto que o paciente continuasse em tratamento, devido às características do caso, porém, os pais decidiram que não iriam dar continuidade ao processo, e encerraram o atendimento precocemente.

Palavras-chave: psicose; infância; significante.

#### **ABSTRACT**

This study aims to discuss the childhood clinic, based on practice cuts, allied to some psychoanalytic concepts as signifier and infant psychosis. Cut-outs will be used for an attendance at a school clinic, to a four-year-old boy who had been brought in by his parents. The service was sustained in the scope of Psychoanalysis, of Lacanian orientation. The service lasted one year, and the sessions were held once a week. At the end of the year, it was proposed that the patient continue treatment, due to the characteristics of the case, however, the parents decided that they would not continue the process, and they closed the care early.

Keywords: psychosis; childhood; significant.

## INTRODUÇÃO

“O sintoma vem no lugar de uma fala que falta”

(Mannoni, 1999, p. 48).

A psicose infantil é um tema que interroga constantemente o saber e o fazer do psicanalista de uma maneira singular. Isso é multiplicado quando se atende um caso dessa natureza no início da prática clínica. O paciente de que falo é a primeira criança que atendo em Psicoterapia. Me propus ao desafio e ele veio ao meu encontro.

A formulação de uma hipótese diagnóstica que indica uma estrutura psicótica na infância é algo que requer uma atenção especial do analista.

Tratarei nas próximas páginas o atendimento à uma criança de quatro anos que foi trazida por seus pais à uma Clínica-Escola, de uma universidade particular da capital paulista.

O tratamento dura até o momento, nove meses. Nomearei o paciente e seus pais, Lucas, Fabiana e Gabriel respectivamente.

O modelo deste estudo será conduzido em caráter de Ensaio Metapsicológico, conforme concebido pelo psicanalista francês Pierre Fedida, citado por Fachinetto (2013).

### Apresentação do caso

Lucas fora trazido por seus pais quando tinha três anos. Seus pais buscaram atendimento alegando que seu filho apresentava comportamentos agressivos, como jogar os brinquedos pela casa.

Os primeiros três<sup>1</sup> meses de atendimento foram conduzidas sessões com os pais, buscando entender a demanda, concomitantemente à sessões com o paciente. Nesse tempo eu fiquei responsável pelos atendimentos à Fabiana e Gabriel, e uma estagiária conduziu sessões com Lucas.

Da história de vida do paciente farei alguns recortes que podem nos ajudar a pensar o caso. Durante o parto de Lucas, houve uma complicação e o bebê engoliu líquido amniótico. Os pais afirmavam ter desejado a criança, e que ela viera em um momento onde se estabilizaram financeiramente.

Um caso relatado logo nos primeiros atendimentos, é o do AVC de seu avô materno. Segundo o relato, o derrame o debilitou fisicamente, ao ponto de ter que ser utilizada a cadeira de rodas para movimentação. A queixa de agressividade relatada pelos pais coincide com esse ocorrido.

---

<sup>1</sup> A Supervisão nesse período fora conduzida por uma professora de orientação psicanalítica distinta da lacaniana.

Ao ingressar na escola, Lucas regrediu em questões de fala, trocando letras e pronunciando palavras de forma incorreta (o que não fazia).

Investigando as relações familiares do paciente, descobre-se um casal que está junto há bastante tempo. O pai exerce a profissão de auxiliar de almoxarifado em uma escola e a mãe era doméstica, dedicando-se quase que inteiramente ao filho e ao cuidado de seu pai, acometido pelo AVC. Os pais se conheceram quando o pai trabalhava como caseiro em uma chácara, e a família da mãe fez uma visita aos donos da propriedade.

Costumeiramente a família passa o final de semana na casa dos avós maternos de Lucas, em parte por conta do cuidado que deveria ser conduzido junto ao avô. O paciente tem contato frequente com esses familiares.

A mãe atuou por longo tempo em uma loja, período este que lembra com alegria, e saiu quando engravidou de Lucas, para dedicar-se exclusivamente ao cuidado do filho. Possui duas irmãs, que segundo Fabiana, se ausentam do cuidado com o pai.

Do lado paterno, podemos observar algumas questões. Este é emigrante do Nordeste do país, vindo buscar uma vida melhor, com mais oportunidades de trabalho. Segundo Gabriel, sua família por parte de pai possui um histórico de alcoolismo, sendo seu próprio genitor um dependente. Em sua família por parte de mãe, há um histórico de Esquizofrenia, onde, supostamente algumas mulheres foram diagnosticadas com o transtorno.

No primeiro semestre busquei entender que lugar Lucas ocupa na fantasia dos pais, e em nome de quê ele veio. Frequentemente Fabiana falava nas sessões que seu filho estava doente, e ao investigar mais a fundo, nota-se que Lucas tem “ganhos secundários” com a doença, como não ir à escola, e dormir na cama dos pais, o que ocorria com certa frequência. Uma fala importante proferida pela mãe em uma das sessões foi, “*ele é meu companheiro*”(sic).

Um comportamento de Lucas que chamou atenção foi o de morder com força durante o sono<sup>2</sup>. Foi recomendado à mãe que levasse o filho ao pediatra, para tratar essa questão. Lucas fora amamentado no peito por sua mãe até os três anos de idade. De acordo com esta última, o processo de desmame foi “*tranquilo*” (sic).

Na mudança de semestre<sup>3</sup>, passei a atender o menino. Devo ressaltar em primeiro lugar, o desafio que se propôs à mim, ao atender um garoto de quatro anos. Na primeira sessão, Lucas ficou de costas quase o tempo inteiro, virado para a porta, por vezes tentando sair.

---

<sup>2</sup> Transtorno conhecido como Bruxismo.

<sup>3</sup> A supervisão passou então à ser conduzida por uma professora de orientação lacaniana.

A situação me angustiou a princípio, era algo novo, algo que não soube como lidar de início e não permiti que ele saísse. Tentei interagir com ele durante algum tempo, mas sem resultado, nenhuma palavra de Lucas.

Parti então para uma intervenção diferente, me virei de costas para o paciente. Como a sala de atendimento conta com um espelho, pude observar Lucas, enquanto estava de costas para ele. Percebo nesse momento um movimento dele, que se vira e me olha desconfiado. Levanta da cadeira e fica me olhando, junto à parede.

Depois de um tempo, me viro para ele, e pergunto quem está do outro lado, ele me responde: “*Mamãe*” (sic). Questiono sobre essa fala, e ele questiona, “*Posso sair?*” (sic). Nesse momento caberia eu levá-lo ao corredor e até indicar onde está sua mãe, para que sua angústia diminuísse, mas não o fiz. Ele então fala uma palavra ou outra, quando pergunto de sua família.

Fui orientado pela supervisora que poderia sair com ele. Nas sessões seguintes a negação do paciente à ir à sala persistiu. Não fica na sala e o acompanhamento por incursões nas instalações da universidade.

Um fato que chamou muita atenção no início da análise, foi que Lucas não olha no espelho, não se interessa pelo reflexo de sua imagem. O paciente com o decorrer do tempo começa a falar mais e por vezes nos engajamos em brincadeiras. Numa dessas errâncias, surge a questão que tornou-se tema central deste trabalho. Um significante que o paciente trazia frequentemente à sessão era a “Múmia”.

## **Discussão**

Após algumas sessões com Lucas, fora formulada a hipótese diagnóstica com indícios de Psicose. Alguns traços que nos conduziram por essa estrada foram: primeiro a questão de não se interessar pelo espelho, algo comum (e necessário) em crianças dessa idade. É com o espelho que a criança constitui uma unidade, se entende enquanto algo diferente do externo (Lacan, 1949/1998). Segundo, a apatia de Lucas frente à outras pessoas, não cumprimentava, nem sequer olha nos olhos ao início da sessão

É importante lembrar-nos que a estrutura psíquica na infância não é cristalizada, isto é, como afirma Jerusalinsky (2008): “... as estruturas psicopatológicas da infância são necessariamente indecidas do ponto de vista lógico, porque elas se decidem no andar dessa inscrição, na medida em que a experiência do sujeito vai lhe confirmando a falha com que foi inscrito” (p. 141).

Lembre-mo-nos de que o diagnóstico em Psicanálise se baseia no lugar que o paciente coloca seu terapeuta, o que permite que realizemos o diagnóstico de psicose mesmo fora de uma crise (Calligaris, 1989).

Pensando novamente no significante, Calligaris (1989) atesta que o sujeito psicótico, por não ser castrado<sup>4</sup>, não tem um significante primário a partir do qual e à qual todas as suas representações convergem. O psicanalista faz uma analogia dessa estrutura, com um ímã ligado à um pedaço de metal, com uma folha de papel no meio, ou seja, não é fixo.

Em outras palavras, a separação da mãe, o corte, é dado no Real, não no Simbólico, não pela palavra (Klinger, Reis & Souza, 2011). Quando esse corte não se dá no nível simbólico, no nível das representações, o assujeitar-se, tornar-se sujeito, fica comprometido (Jerusalinsky, 2008).

Outros pontos que indicam para uma estrutura psicótica são: Lucas não cumprimenta, nem olha nos olhos quando começa uma sessão, isto é, não faz o laço social. Não brinca com outras crianças na recepção da clínica, em disparidade com a fala da mãe, que afirma ver constantemente seu filho brincar com outras crianças quando vai ao parque.

No caso de Lucas nota-se que a mãe busca mantê-lo na condição de objeto, não o permitindo emergir como sujeito de seu desejo. Quando a mãe diz que ele é seu “companheiro”, o faz no Real, não permitindo a ausência, ou a falta. Estando sempre presente a mãe não coopera com a operação de metáfora, com a metaforização do Nome-do-Pai, justamente a questão do psicótico (Calligaris, 1989).

Em suma, o papel do analista em casos dessa natureza é fazer o que a mãe não fez, supor um sujeito (Kupfer, 1999). Podemos observar no caso, quando a mãe não permite que o filho faça as atividades por si só, como sempre quer fazer por ele, dizendo que ele “*não consegue sozinho*” (sic).

Seja como for, o corpo de um bebê jamais sairá de sua condição de organismo biológico se não houver para ele um outro que sustente o lugar de Outro Primordial e que o pilote em direção do mundo humano, que lhe dirija os atos para além dos reflexos, e, principalmente, que lhes dê sentido (Kupfer, 1999, p. 99).

Isto é, a função materna, encarnada na análise na figura do analista, gira em torno de tirar a criança do Real e trazê-la ao Simbólico (Klinger, Reis & Souza, 2011).

---

<sup>4</sup>Ou castrado de forma falhada, não inserido totalmente no campo simbólico.

Uma noção importante para articularmos quanto ao diagnóstico em estruturas psicóticas, é que não há uma padronização do discurso<sup>5</sup>psicótico, isto é, chamamos psicótico todo aquele (que não é neurótico) que está fora do discurso, para diferenciá-lo do neurótico (Calligaris, 1989). É válido lembrar-nos que o psicótico está fora do discurso, mas não da Linguagem, em contraste ao neurótico, ele não é determinado pelo discurso, mas sim cria seu próprio discurso (Calligaris, 1989).

Voltando ao significante, a definição de Lacan (1957/1998) para esse conceito é de algo que continuamente se repete nas sessões, algo que aparece frequentemente nas sessões, e mais importante que isso, algo a partir do qual balizamos nossas representações. O significante opera de forma particular em cada sujeito, o que permite que façamos relações entre objetos fora do âmbito material (Jerusalinsky, 2008).

No que diz respeito ao manejo do significante “Múmia”, busquei entender qual sua importância e o que fazia questão para Lucas. Diversas brincadeiras tomaram palco nos atendimentos, onde eu encarnei a múmia, sempre tentando balizar sua fantasia sobre o que seria essa múmia. Lucas nunca assume o lugar de múmia, diga-se de passagem, nunca troca de lugar nas brincadeiras.

Lucas trazia algumas ideias associadas à múmia, como, “*é uma pessoa que já morreu... tá na tumba, lá no Egito... Múmia não mexe*” (sic). Sempre se colocava como “*o Faraó*” (sic). Tentei intervir para que ele falasse mais sobre essa ideia, mas ele não mudava os termos, parecia sempre um discurso pronto.

Lucas apresentava um grande medo dessas múmias, corria delas. Como já falamos, o psicótico não está no discurso, portanto não tem amo, não tem um senhor, precisa criá-lo, e “os amos que o psicótico fabrica são muito mais cruéis do que os amos que estão no discurso” (Jerusalinsky, 2008, p. 137).

Podemos entender essa posição de Faraó como alguém que detém todo o poder, como alguém que imobiliza o analista (múmia). Se pensarmos na figura do Faraó, é alguém que não atua diretamente, é servido por outros, podemos associar à amamentação de Lucas, que durou até os três anos. De acordo com Lacan (1938/2003), a amamentação é o primeiro laço constituído entre o bebê e sua família, e essa relação que tentamos restabelecer durante a vida. Além disso, a demora para o desmame se mostra prejudicial para o desenvolvimento psíquico.

---

<sup>5</sup> Em contrapartida ao discurso neurótico, comum a todos.



Lacan (1938/2003) articula algumas questões referentes à família, principalmente no que diz respeito da passagem do instinto ao complexo, efeito da cultura na sociedade. Ao falar sobre os substitutos dos instintos, os chamados complexos, o autor afirma: “O complexo, com efeito, liga de forma fixa um conjunto de reações que pode concernir a todas as funções orgânicas, desde a emoção até a conduta adaptada do objeto” (Lacan, 1938/2003, p. 33).

Falando sobre os complexos, o autor nos ajuda a pensar sobre os delírios psicóticos, ou, “...crenças delirantes, nas quais o sujeito afirma um complexo como uma realidade objetiva, o que mostraremos particularmente nas psicoses familiares” (Lacan, 1938/2003, p. 35/36).

Podemos pensar a criança enquanto sintoma dos pais, em uma situação onde não encontra referência no pai, que não impõe a função paterna, função de corte, a mãe não lhe permite entrar (Mannoni, 1999).

Com o decorrer da análise, pôde-se notar um movimento nos pais, especialmente da parte da mãe, que questionou quando haveria a alta de Lucas. Em outros momentos, ela afirmava que o filho estava mais desobediente. Não há análise em crianças (especialmente psicóticas), sem que entre em jogo a angústia dos pais (Mannoni, 1999).

O trabalho com a criança foi no sentido mesmo de dar palavras, de oferecer significantes que talvez a mãe não desse, de oferecer sentido para suas ações. Como afirma Mannoni (1999): “Se respostas devem permanecer, para ela, forcluídas, a criança terá dificuldade em introduzir a sua questão, de uma outra forma que não seja pela desordem de seu comportamento”(p. 32).

Até o momento se fizeram mostrar alguns sinais de mudança do paciente, como uma permanência maior na sala de atendimento, e o estabelecimento de transferência, pois Fabiana relata algumas vezes, que Lucas fala das sessões, e que traz coisas para mostrar, muitas vezes são bonecos ou carros em miniaturas.

Por último, mas não menos relevante, podemos pensar o AVC do avô como a perda de uma referência paterna, como a queda de um significante fálico, talvez o único que estivesse detendo a função materna de uma posição esquizofrenante, em relação à Lucas (Mannoni, 1999).



## Considerações Finais

Por fim, creio que seja válido recordar uma frase dita algumas vezes por uma professora no decorrer da graduação, que me marcou de forma singular: “O cobertor é sempre curto”, dizia ela. E de fato o é. O avanço da teoria psicanalítica é sempre contestado pelo que vemos na clínica. E o deve ser. Novas configurações familiares, novas estruturas, novas dialéticas levam-nos a repensar o *status quo*, quer seja se tratando de sociedade, quer seja de manejo clínico.

O meu manejo passou por mudanças, enfrentei dificuldades quanto à trabalhar essas múmias, na fala do paciente. Ele as trazia em quase todas as sessões, e se tornou por vezes a temática central do atendimento, e sempre fez questão eu usá-las na transferência para implica-lo no tratamento.

É inegável a dificuldade de atender o caso de Lucas, em especial por ser a primeira criança que atendo, no entanto, há um outro lado que devemos olhar: o quanto aprendi com isso. Me questionei por vezes se o que fazia ia na direção da cura, afinal o desejo do analista é que o analisando se analise, já dizia Lacan. Mas voltei aos eixos, com a ajuda da análise pessoal, e da professora-supervisora (a quem agradeço enormemente), e acredito que a constituição de Lucas pôde ser auxiliado pela análise.

## REFERÊNCIAS

- Calligaris, C. (1989) O diagnóstico de estrutura psicótica. In *Introdução à uma clínica diferencial das psicoses*. (pp. 9-13). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Fachinetto, L. (2013) Perspectivas metodológicas: estudo de caso e construção do caso. In: *Pesquisa em Psicologia: pressupostos teóricos e metodológicos*. (pp. 34-43, Borges, J.L.; Winter, I. & Souza, C. D. (org)). Três de Maio: Setrem.
- Jerusalinsky, A. (2008). As estruturas clínicas na infância. In *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*. (pp. 126-142, Associação Psicanalítica de Porto Alegre, nº35). Porto Alegre.
- Lacan, J. (1949/1998) O estágio do espelho como formador da função do eu. In *Escritos*. (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957/1998) A instância da letra no inconsciente. In *Escritos*. (pp. 496-536). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1938/2003) Os complexos familiares na formação do indivíduo. In *Outros Escritos*. (pp. 29-90). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Klinger, E. F., Reis, B. K. & Souza, A. P. R. (2011). A inclusão dos pais na clínica das psicoses infantis. *Estilos da Clínica*, 16(1), 96-115. Recuperado em 16 de Novembro de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282011000100006&lng=en&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282011000100006&lng=en&tlng=pt)
- Kupfer, M. C. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica*, 4(7), 96-107. Recuperado em 16 de Novembro de 2016, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=en&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010&lng=en&tlng=pt)
- Mannoni, M. (1999) A Psicanálise de Crianças a partir de Freud. In *A criança, sua "doença" e os outros*. (pp. 9-26). São Paulo: Via Lettera.
- Mannoni, M. (1999) O Sintoma ou a Fala. In *A criança, sua "doença" e os outros*. (pp. 29-65). São Paulo: Via Lettera.
- Mannoni, M. (1999) A Transferência em Psicanálise de Crianças. In *A criança, sua "doença" e os outros*. (pp. 67-100). São Paulo: Via Lettera.