UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

NATÁLIA SARDENBERG

A clínica *da* debilidade ou *na* debilidade?

SÃO PAULO

2013

NATÁLIA SARDENBERG

A clínica *da* debilidade ou *na* debilidade?

(Versão corrigida)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:
Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Livre-Docente
Jussara Falek

São Paulo
2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo da Publicação
Serviço de Documentação
Faculdade de Psicologia da Universidade de São Paulo

Sardenberg, Natália.
A clínica *da* debilidade ou *na* debilidade?/ Natália Sardenberg;
orientadora Jussara Falek. – São Paulo, 2013.
142 fls.

Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia da Universidade de
São Paulo, 2013.

1. Debilidade mental. 2. Psicanálise. 3. Retardo mental. I. Título

Nome: Natália Sardenberg

Título: A clínica da debilidade ou na debilidade?

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de mestre em
Psicologia

Aprovado em:

Banca examinadora

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Doutor _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Às crianças, aos jovens e adultos que fizeram ressoar em mim as interrogações que desembocaram neste trabalho.

Agradecimentos

À minha família, meus pais, minha irmã e meu marido que sempre me acompanharam e me apoiaram no decorrer de minha vida.

À Jussara Falek, por me incentivar e acompanhar; sempre com paciência, e de forma próxima e atenciosa em toda a realização deste trabalho e, principalmente, por seus importantes questionamentos que me possibilitaram o acento necessário à clínica e ao sujeito.

À Sandra Dias, pela apresentação da obra de Lacan em minha formação, pelas supervisões da prática clínica, por todo apoio e carinho sempre presentes e, ainda, pelo conselho de não ceder frente ao desejo.

À Ana Laura Prates, pelas importantes contribuições para esta dissertação, por sua leitura atenciosa e por seus valiosos comentários e críticas em toda extensão de meu trabalho.

“Sobre aquilo de que não se pode
falar, deve-se calar.”

Ludwig Wittgenstein

RESUMO

Sardenberg, Natália. **A clínica da debilidade ou na debilidade?**. 2013. 142f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Esta dissertação tem o objetivo de questionar o diagnóstico de debilidade mental, a partir das contribuições da psicanálise, segundo Freud e Lacan. Partindo de uma análise histórica da construção de um discurso social e científico do termo, discutimos se este diagnóstico, e os fenômenos a ele associados, indicam alguma particularidade que pode fornecer uma orientação para a direção do tratamento, ou para a clínica. Apontamos que nem Freud nem Lacan possuem uma teoria específica da debilidade mental. Por outro lado, Lacan sustentava que Freud errou em contraindicar a análise aos débeis, dizendo que essa análise é sim, possível. Além disso, Lacan utilizou o termo “debilidade mental” em diferentes sentidos e em diversos momentos de sua obra, para fazer ironia ou para destacar aspectos estruturais da relação do homem com o saber. Este trabalho foca-se nos comentários de Lacan, quando o autor se debruça de forma mais enfática ao diagnóstico da debilidade mental. Posteriormente, analisamos três eixos de análise de autores lacanianos que, a partir da mesma referência (da obra de Lacan), indicaram diferentes estatutos da debilidade mental. O primeiro eixo refere-se à diferenciação entre a psicose e à debilidade mental. O segundo eixo considera a debilidade mental enquanto um fenômeno, ou uma defesa, articulada a uma estratégia de imaginarização, que poderia estar presente nas três estruturas clínicas (neurose, psicose, perversão). O terceiro eixo relaciona a debilidade mental à inibição. A partir dessa discussão e da análise de casos clínicos, apontamos que o que se nomeia de debilidade mental pode ser associada a certos fenômenos, relacionados a uma inflação imaginária. De um lado, este caminho mostra-se interessante, pois possibilita nos distanciarmos do caráter de déficit articulado à concepção de debilidade mental, bem como considerarmos a inclusão de um sujeito neste campo. Por outro lado, quanto à clínica propriamente dita, concluiremos que ela terá seu valor mais acentuado ao não se reduzir a esta análise. Para isso, devemos considerar: o desafio, já indicado por Mannoni (1985), de que médicos e psicanalistas não estão isentos de preconceitos; a consideração de Bruno (1986) de que a clínica com os ditos débeis não revela nenhuma clínica específica; e a fala de Lacan, quando ele indica que sempre falamos mais do que queremos dizer e que o homem sabe mais do que ele crê saber.

Palavras chave: debilidade mental, retardo mental, psicanálise, Lacan, tratamento.

ABSTRACT

Sardenberg, Natália. **A treatment of a handicap, or a handicapped treatment?**. 2013. 142f. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

Drawing heavily on Freud and Lacan's contributions psychoanalysis, this dissertation aims to explore the diagnosis of mental retardation. Therefore, beginning with an historical analysis of the construction of a social and scientific discourse of the very expression "mental retardation"¹ we discuss whether such a diagnosis and its associated phenomena can point to some particularity that might furnish a guideline either to treatment or to some clinical direction. While we point out that neither Freud nor Lacan espoused a specific theory about mental retardation, Lacan for his part believed not only that psychoanalysis could be effective in treating the retarded but also that Freud had erred in contraindicated such treatment. However, Lacan in his oeuvre never settles on one fixed meaning for the term "mental retardation" but rather uses this turn of phrase in several manners and contexts, often in order to underscore some irony or to highlight certain structural aspects of man's relationship to knowledge. Therefore, this work focuses on the commentaries of Lacan, in which he carefully examines the diagnosis of mental retardation. Later, we examine three distinct analytical modes, whose authors, drawing upon the same source material (i.e., Lacan's work), proposed three different definitions of this mental handicap. The first mode refers to the distinction between psychosis and mental retardation. The second mode reflects on mental retardation as a phenomenon, or defense, linked to a strategy of imaginization – this strategy in fact could be present in all three clinical structures (neurosis, psychosis, and perversion). The third mode relates mental retardation to inhibition. From this discussion and from the analysis of clinical cases, we indicate that so-called mental retardation can be a function of certain phenomena related to an imaginary inflation. On one hand, this treatment path seems interesting, because it allows us both to go beyond the concept of a deficit related to mental retardation and to consider the inclusion of a subject in this field. On the other hand, the real value of clinical treatment becomes apparent when such treatment is *not* reduced to a mere analysis of certain phenomena. In this sense, we must take into account: Mannoni's challenge (1985), that doctors and psychoanalysts are not free from prejudice; Bruno's consideration (1986), that the psychoanalytical treatment of the so-called mentally retarded in fact follows the guidelines of standard treatment; and Lacan's speech, that we always say more than we want to say and know more than we believe we know.

Keywords: mental retardation, mental handicap, psychoanalysis, Lacan, clinical treatment.

---

¹ A Expressão utilizada por Lacan em sua obra é: "Débilité mentale". Em português, essa expressão foi traduzida por "debilidade mental". Na tradução em inglês optamos pela expressão mais utilizada (nos textos científicos) quanto ao diagnóstico citado: "mental retardation". Porém, no título, preferimos a palavra "handicap" para que fosse possível apresentar o efeito do título em português.

Sumário

I - TEXTO

Introdução.....	12
Parte 1- Debilidade mental: A construção histórica de um discurso	
1.1 Do demônio ao déficit: A passagem de um discurso religioso a um discurso científico.....	18
1.2 O nascimento da psicologia da criança: Uma insistência na exclusão do Sujeito?.....	28
1.3 Debilidade: Diagnóstico para exclusão, ou inclusão? Breves relatos de uma experiência na saúde pública.....	36
Parte 2- Reposicionando as questões com Freud	
2.1 Do cérebro anormal a caminhos diferentes de subjetivação E a permanência de um impasse.....	41
2.2 A inibição.....	46
2.3 Da neurose infantil ao sintoma da criança.....	54
Parte 3- Reposicionando as questões com Lacan.....	59
3.1.- A neurose infantil, o sintoma da criança e o tratamento analítico.....	62
Parte 4- Considerações sobre a debilidade mental	
4.1- A debilidade mental, um déficit na obra de Lacan?.....	68
4.2- De uma introdução ao retardo mental.....	73
4.3- Um elogio o Maud Mannoni.....	79
4.3.1- O antigo caso de Itard.....	87
4.4- A holófrase e a introdução da dimensão psicótica no débil.....	91
4.5- De uma falha na regulação do imaginário ao processo de simbolização.....	99
4.6- Da identificação de fenômenos a um estatuto específico da debilidade Mental.....	103
Parte 5- Em direção à clínica.....	110
Parte 6- Conclusão.....	120

II- PÓS-TEXTO: Uma contribuição para pesquisas com o tema da debilidade mental- Levantamento das citações de Lacan desse termo e associações.....	125
Referências	131
Anexos	142

Introdução

As questões que deram origem a esta dissertação tiveram início a partir da análise de um menino de nove anos de idade, encaminhado pela escola devido à dificuldade de aprendizagem (não saber ler e escrever) e às queixas de encoprese e de comportamento (timidez). A análise deste menino durou seis anos.

No decorrer da análise, o menino foi encaminhado pela escola a uma instituição destinada ao atendimento de crianças com deficiência intelectual. Isso foi dito em análise, após o início do seu processo de avaliação nesta instituição.

Ao pronunciar o termo “debilidade mental” em uma supervisão clínica, questionei-me se esse diagnóstico poderia responder ao que observava na clínica. A partir desta pergunta, observei em textos de diversos autores psicanalistas a permanência do uso do termo débil ou debilidade mental. Assim, perguntei-me sobre como esse diagnóstico, de origem médica e psicológica, poderia ser transposto para um campo tão diverso como a psicanálise. Em que sentido ele poderia ser analisado e a que ele faria referência? Considerava que a permanência no uso dessa nomeação, ou diagnóstico, deveria ter fundamento clínico, ou seja, questionava, assim, se esse diagnóstico envolveria um funcionamento particular que poderia nos fornecer alguma orientação para a direção do tratamento.

Devo acrescentar que o início da análise do menino, bem como de minhas interrogações, ocorreram no final de minha graduação em psicologia. Assim, meus questionamentos estavam sendo realizados ao lado de toda uma bagagem psicológica de minha recente formação, envolvendo, por exemplo, concepções psicométricas, ou ainda, a ideia de um caráter fatalista do retardo mental.

Além disso, ao me debruçar na obra de Freud e Lacan, não encontrei uma teoria específica da “debilidade mental”. Ou seja, não era dado um estatuto específico para o termo, por exemplo, enquanto uma estrutura específica, um sintoma, ou mesmo, uma inibição. Também, não existia na obra desses autores o desenvolvimento de uma clínica de forma particularizada, quanto a esses casos.

Lacan utilizou a nomeação “debilidade mental” em seus seminários, partindo do seu significado no campo médico. Porém, subverteu seu uso em diferentes momentos conceituais de sua obra. Por exemplo, utilizou esse termo de modo irônico ou crítico, ou para falar de um aspecto estrutural da relação do ser humano com o saber.

Ao mesmo tempo, as leituras das obras de outros autores, psicanalistas lacanianos, faziam-me constatar outra dificuldade. A partir da mesma referência, ou seja, da obra de Lacan, podiam ser observadas análises divergentes quanto a um estatuto da debilidade mental.

Somava-se ainda, o fato de que no decorrer das pesquisas para este trabalho, envolta com as diversas construções médicas, psicológicas e psicanalíticas da “debilidade mental”, observava que ia se perdendo a referência ao sujeito e, portanto, o objetivo final do trabalho, que era chegar à clínica propriamente dita. As construções teóricas acabavam por se tornar mais obstáculos do que propriamente referências relevantes para alguma direção do tratamento. Dessa forma, a direção do trabalho foi modificada para dar maior ênfase à clínica, através dos discursos destes sujeitos considerados como “débeis”. Pois, segundo Lacan, “não nos fiamos a nada senão à experiência do sujeito que é a matéria única do trabalho analítico” (Lacan, 1998², p. 71), como “é somente com base em fatos clínicos que a discussão pode ser fecunda” (Lacan, 1958 [1998³], p. 693).

Tratava-se da mesma reviravolta que a psicanalista Mannoni (1985) realizava em seu trabalho:

“o que é na realidade a debilidade mental? Escolhi, deliberadamente, nunca saber. Quero dizer que, consciente do problema psiquiátrico que se coloca, dei-me sempre tempo a refletir; quando se trata de uma criança, o tempo de diálogo é prolongado o mais possível” (Mannoni, 1985, p.10).

Para que essa mudança de referencial? Trata-se de sustentar a ênfase na experiência clínica, assim, a autora ressalta que o importante era caminhar para além do “rótulo”. Desta forma, Mannoni não visou criar uma nova resposta ao tema, ou criar um melhor diagnóstico de deficiência mental. Para a autora, tratava-se de encontrar a palavra que constitui este sujeito à volta com seu desejo:

“O que é o débil? Este livro deixará o leitor sem resposta. Porque não é isso o essencial. O que conta é procurar para além do deficiente, a palavra que o constitui como sujeito às voltas com o desejo” (Mannoni, 1985, p. 151).

Este caminho nos interessou, pois ao invés de buscar causalidades, teorias, ou “novos rótulos”, faz referência à clínica e ao sujeito. Mannoni questionou os “sentidos” atribuídos à debilidade mental, no campo médico e psicológico, evidenciando o drama da desesperança que era imposto socialmente a crianças

---

² - Referência extraída do texto: “De nossos antecedentes”, inserido no livro: “Escritos” (p. 69-76).

³ - Referência extraída do texto: “A significação do falo”, inserida no livro: “Escritos” (p. 692-703).

ditas “débeis” e à sua família. Buscando não reduzir a criança à debilidade, ou ao seu organismo.

Para realizar este trabalho, Mannoni apontava que o analista deve se questionar e não caberia mais a ele, frente a seus fracassos e dificuldades, desculpar-se por sua incapacidade através de uma proclamação sobre a “incurabilidade do caso” (Mannoni, 1985, p. 29). Neste sentido, segundo a autora, devemos considerar que tanto os médicos quanto os psicanalistas não estão isentos de preconceitos a respeito do tema da debilidade mental.

Dessa forma, na Parte 1, optamos por percorrer o nascimento do conceito de debilidade mental e de seu diagnóstico. Consideramos que o discurso social, histórico e científico teve poder de vida e morte para as pessoas ditas débeis e produz efeitos até hoje. Citaremos alguns breves relatos do uso desse diagnóstico no campo da saúde pública, observando que seu uso referiu-se mais a estratégias administrativas do que a referências para o campo clínico, como Mannoni (1985) já indicava.

Na época em que Mannoni publicou seu livro na França, em 1964, os psicanalistas aceitavam “tratar dos chamados ‘falsos débeis’, mas não aceitam entrar em diálogo com os ‘verdadeiros’ ” (Ibid, p. 149). Ela aponta que muitos psicanalistas consideravam que a psicanálise só poderia ser destinada a indivíduos com inteligência normal, apesar de eles reconhecerem a estupidez como uma defesa neurótica (Ibid., p. 30). Para sustentar essa posição, os psicanalistas baseavam-se na consideração de Freud de que a deficiência mental e a superdotação podiam ter origem da mesma fonte, a histeria. Assim, quando se tratava de crianças “normais”, inibidas, ou neuróticas, a clínica seria possível. Porém, quando se tratavam de débeis, considerados como tendo um diagnóstico irremediável, a psicanálise não seria indicada (Ibid, p. 97).

Neste contexto, devemos salientar que Freud também sustentava que a análise não poderia ser realizada com psicóticos, apenas com neuróticos. Porém, na época em que Mannoni realizou sua obra, não somente a clínica com sujeitos psicóticos era discutida, como já era concretizada. Nesse sentido, a autora fazia referência especial à Lacan.

Em artigo de 1904, ao fazer sua contribuição para o livro de Loewenfeld, Freud aponta que o procedimento terapêutico da psicanálise não é irrestrito e podem ser consideradas indicações e contraindicações (Freud, 1904 [1996], p. 239):

“Para que uma pessoa se submeta com proveito a psicanálise, são muitos os requisitos exigidos. **Em primeiro lugar, ela deve ser capaz de um estado psíquico normal**; durante os períodos de confusão ou de depressão melancólica, não se consegue nada nem mesmo num caso de histeria. **Cabe ainda exigir dela certo grau de inteligência e de desenvolvimento ético** [...]. Também a faixa etária próxima dos cinquenta anos cria condições desfavoráveis para a psicanálise. Nesse caso, já não é possível dominar a massa do material psíquico, o tempo exigido para a cura torna-se longo demais e a capacidade para desfazer processos psíquicos começa a enfraquecer” (Freud, 1904 [1996], p. 240, grifo nosso).

Em outro texto, no ano seguinte, “Sobre a psicoterapia”, Freud (1905 a [1996]), dirá que essas indicações, ou contraindicações, são na realidade um “ensaio”, já que ele próprio considerava que não poderia formular estes critérios de forma definitiva. Além disso, o autor confessa que possuía certas “restrições de ordem prática” e que as contraindicações poderiam ser superadas no futuro:

“[...] as psicoses, os estados confusionais e a depressão profundamente arraigada [...] são impróprios para a psicanálise, ao menos tal como tem sido praticada até o momento. Não considero nada impossível que, mediante uma modificação apropriada do método, possamos superar essa contraindicação e assim empreender a psicoterapia das psicoses” (Freud, 1905 a, [1996], p. 250).

Devemos destacar que estas citações são do início da obra de Freud e podem ser relacionadas às concepções e preconceitos vigentes na época. Por exemplo, Freud cita o “puritanismo” que o analista deveria ter superado para dirigir uma análise (Ibid, p.253-254), referindo-se aos preconceitos relativos a questões sexuais. Outro exemplo trata da indicação de que a faixa etária dos 50 anos, ou maior, seria desfavorável para a realização da psicanálise, ou ainda, a exigência do autor de certo nível de desenvolvimento ético, sem que Freud esclarecesse o que poderia ser isso.

Por outro lado, Freud também questionava sua própria clínica. Por exemplo, apesar de o autor contraindicar a psicanálise a casos de psicose, ele próprio diz ter realizado uma tentativa de análise com uma mulher que tinha alternância de mania e melancolia (um caso de psicose). Em sua descrição do caso, Freud comenta que apesar de realizar o tratamento quando a paciente estava saindo de um estado de melancolia, na terceira semana de tratamento, ela apresentou um ataque de mania. Um colega de Freud disse que havia sido a psicoterapia que causara o ataque, mas Freud contrapôs tratar-se de uma transformação espontânea do quadro (Freud,

1905 a [1996], p. 251). Nesse sentido, podemos questionar se as concepções de Freud não teriam também relação com algumas experiências não bem sucedidas.

Além disso, Freud questionará um dos preconceitos de forma particular: a existência de uma “orientação unilateral da medicina”, como indicado no texto “Tratamento Anímico” (Freud, 1905 b [1996], p. 272). Segundo o autor, esta orientação refere-se ao fato de a medicina restringir seu estudo ao corporal e deixar aos filósofos o estudo do “anímico”, ou seja, do psíquico, ou da alma:

“ênfatizou-se que o **funcionamento intelectual estaria ligado à existência de um cérebro normalmente desenvolvido e suficientemente nutrido**, e que qualquer adoecimento desse órgão faria com que se incorressem perturbações [...] A relação entre físico e anímico é recíproca [...] o efeito do anímico no corpo, encontrou pouca aceitação aos olhos dos médicos em épocas anteriores” (Freud, 1905b [1996], p. 272, grifo nosso).

Assim, reiteramos que, para Freud, o tratamento psíquico é o tratamento de perturbações do corpo e da alma. E, segundo o autor, um funcionamento intelectual não se reduz a um cérebro suficientemente nutrido.

Por sua vez, Lacan desenvolveu sobre o tratamento com pessoas de estrutura psicótica, além da clínica com os neuróticos. E quanto aos ditos “débeis”? Em 1969, Lacan diz que atendeu um débil e que a análise poderia sim, ser realizada:

“Fiquei admirado ao ver o que recebi de braçadas de flores, de flores da verdade, quando por inadvertência, **aceitei em psicanálise o que Freud- como ele se enganou! - parecia ter tido que afastar dela, ou seja, um débil mental**. Não há psicanálise, devo dizer, que funcione melhor, se com isso nos referimos à alegria do psicanalista.” (Lacan, 1968/1969 [2008], p.172⁴, grifo nosso).

Tenhamos esta frase como um dos importantes eixos deste trabalho. Ou seja, para Lacan, Freud se enganara ao contraindicar a análise aos ditos “débeis”. E depois de nos debruçarmos na análise da origem histórica de um discurso sobre a “debilidade mental”, como a construção de seu conceito, retomaremos alguns dos fundamentos da psicanálise, a partir da teoria freudiana e lacaniana, que podem questionar o modelo médico e psicológico da debilidade mental.

Na Parte 2, destacaremos a crítica de Freud à “orientação unilateral da medicina”, quando o autor questiona as concepções de um cérebro anormal, ou de uma “mente fraca” e ainda, sua leitura da não existência separada dos processos

---

⁴ - Citação extraída do Seminário 16, aula de 12/02/69, Capítulo: Debilidade da verdade, administração do saber.

cognitivos e afetivos. Depois, retomaremos a articulação entre a inibição e o funcionamento intelectual, apontando os diferentes sentidos que esta teve no decorrer da obra da Freud.

A posição de Freud, com base nos desenvolvimentos citados, também teve efeitos na sua concepção de uma clínica com crianças e citaremos sua análise quanto a um fracasso ao se tomar uma direção educativa nesse campo.

Na Parte 3, a partir de Lacan, abordaremos a posição do autor quanto à constituição de um sujeito, diferenciando esse do organismo, ou da concepção de indivíduo. Retomaremos como a obra deste autor nos permite questionar o próprio modelo freudiano, ao ressaltar a ideia de que o corpo não pode ser considerado sem nos referirmos à linguagem, ao simbólico, como ao gozo. E ainda, ao apontar que a constituição do sujeito deve ser analisada segundo a relação deste com o Outro, envolvendo também, a análise da articulação de três diferentes registros (real, simbólico e imaginário). Neste caminho, destacaremos outra posição de Lacan, a de que a psicanálise não se refere a uma terapia do psíquico e não busca domesticar um dito alienado, visando a sua utilidade pública.

A partir deste reposicionando, na Parte 4, desenvolveremos sobre os usos dos termos “debilidade mental” e retardo ao longo da obra de Lacan, dando ênfase aos momentos nos quais o autor faz referência de forma particular ao diagnóstico médico e psicológico da debilidade mental. Após estes capítulos, discutiremos essas concepções com os desenvolvimentos de outros autores psicanalistas, que se debruçaram de forma aprofundada neste tema e nesta clínica, para que possamos chegar a um estudo clínico, propriamente dito (na Parte 5).

Portanto, buscamos a inclusão de um sujeito dentro deste tema e sua retirada do lugar de objeto da ciência, ou ainda, de avaliações e testes. Salientamos que, por princípio, a psicanálise não trabalha com a deficiência em si; ela não vai trabalhar com o “débil”, com o “deficiente intelectual”, com o “sujeito deficiente”, ou ainda, com um inconsciente deficiente, mas sim, com o sujeito (Brauer, 2003).

Parte 1- Debilidade mental: A construção histórica de um discurso

1.1- Do demônio ao déficit: A passagem de um discurso religioso a um discurso científico

“E os discursos de verdade que fazem rir e que tem o poder institucional de matar são, no fim de contas, numa sociedade como a nossa, discursos que merecem um pouco de atenção” (Foucault, 2010, “Os Anormais”, p. 7).

As primeiras referências à deficiência mental remontam ao papiro terapêutico de Tebas (1552 AC) e ao código Hammurabi (2100 A.C). Os gregos usavam o termo “idiotae” e os romanos “imbecile” (Krynski, 1969). Naquele momento, por exemplo, em Esparta, os deficientes mentais e físicos eram considerados como “sub-humanos”. Incluídos em uma categoria não humana, tinham como destino o abandono, ou a morte.

É apenas com o cristianismo, no período da Idade Média, que o deficiente mental será considerado como pertencente à categoria humana, como um “filho de Deus”, como outros homens e assim, também possuidor de alma. Com essa mudança, o destino social do deficiente se transformou. Se antes poderia ser abandonado e morto, agora era reconhecido como merecedor de cuidados.

Dessa forma, no século XIII, é construída a primeira instituição que abrigava deficientes mentais (na Bélgica) e é formalizada a primeira legislação que atribuía o cuidado do deficiente ao Estado (na Inglaterra).

Esta legislação de 1325 define que os deficientes, apesar de diferentes das pessoas “normais” e dos considerados “loucos”, também deveriam ter direito às suas posses. Para isso, o Estado recolheria uma parte dos seus bens que seriam usados para assegurar a sobrevivência destas pessoas, de suas posses e de sua saúde. Assim, tratava-se de uma decisão administrativa que definia como esses cuidados realizados pelo estado seriam financiados. No caso dos homens considerados “loucos”, entretanto, a lei estipulava que não existiria nenhuma contrapartida (Pessotti, 1984, p. 5). Assim, observamos neste momento alguma distinção social entre a deficiência mental, a normalidade e a loucura.

Entretanto, apesar de considerados como merecedores de cuidados, na Idade Média, os deficientes mentais eram também considerados como seres possuídos pelo demônio, ou seres escolhidos por Deus para responder por culpas alheias. Dessa forma, eles ainda não escapavam do trágico destino da perseguição e da morte no período da Inquisição (século XIV e XV). Segundo Pintner, essa época pode ser considerada como a “época dos açoites e algemas” da deficiência mental (Pintner apud Pessotti, 1984, p. 12).

Para Pessotti (1984), o conceito de deficiência mental demonstra esse reconhecimento sempre dúbio: de um lado aponta a inclusão dessas pessoas na sociedade, mas, ao mesmo tempo, as distingue e exclui. Esta tese do autor será desenvolvida no decorrer deste capítulo.

Temos que considerar, ainda, que para a elaboração de leis que pudessem sustentar direitos diferenciados para os deficientes mentais, era necessário definir seu estatuto:

“esse chamará bobo ou idiota de nascimento a pessoa que não pode contar até 20 moedas, nem dizer-nos quem era seu pai ou sua mãe, quantos anos tem etc.[...] mas se tem um conhecimento tal que conhece e compreende suas letras e lê mediante ensino ou informação de outro homem, então não deve considerar-se bobo ou idiota natural” (Fitz-Herbert, legislação de 1534, apud Pessotti, 1984, p.17).

Nessa legislação já observamos que a definição da “idiotia” envolvia uma articulação com o fator de aprendizagem.

Posteriormente, com a influência da obra de Thomas Willis, a deficiência mental será inserida no campo da medicina e de uma concepção religiosa, a deficiência mental passará a ser concebida como uma “doença natural”, ou seja, de “nascimento”. Será através da obra *“Cerebri Anatome”* (1664) que será inaugurada essa concepção organicista da deficiência mental.

Segundo Willis, a deficiência mental, além de ser concebida como uma doença de nascimento pode ser definida pela falta de julgamento e de inteligência, tendo como ponto central e causal o cérebro:

“A idiotia e a estupidez dependem de uma falta de julgamento e de inteligência, que não corresponde ao pensamento racional real: o cérebro é a sede da enfermidade [...]” (Willis apud Pessotti, 1984, p. 18).

Para analisarmos essa definição de Willis, temos que considerar a concepção filosófica da época quanto ao conceito de mente. A partir de John Locke, a mente

era considerada como tabula rasa, ou seja, como uma página em branco que seria modificada, através das experiências sensoriais vividas pelo recém-nascido e outras durante a vida da pessoa (Locke, 1690 apud Pessotti, 1984).

Seguindo essa concepção, a idiotia pode ser articulada a uma carência, ou a um déficit de experiências sensoriais. E, como consequência, ela abriu um vasto campo para os trabalhos futuros realizados com as crianças ditas “selvagens”, veiculando a importância da educação dos deficientes.

A partir de 1801, Pinel e outros autores buscarão estabelecer um diagnóstico mais aprofundado da deficiência mental, não considerando apenas uma “aprendizagem normal”, ou “anormal”. Esses autores irão estabelecer um diagnóstico a partir da associação de sinais e de sintomas através dos quais poderiam ser classificados diferentes quadros de deficiência mental, segundo diversos níveis de gravidade (Pessotti, 1984).

Para Pinel e outros autores, a deficiência mental além de se remeter a uma patologia cerebral, ela poderia ser associada ao *locus* anatomofisiológico. Veremos como Pinel descreveu um caso de uma jovem idiota:

“Um dos casos mais singulares e dos mais extraordinários que jamais foram observados é o de uma jovem idiota, com idade de 11 anos que, pela forma da cabeça, seus gostos e sua forma de vida, parecia aproximar-se do instinto de uma ovelha [...]. Essa jovem idiota, pela separação dos pais, acabou por cair num estado progressivo de languidez e sucumbiu após dois meses e meio de permanência na Salpêtrière: eu conservei cuidadosamente seu crânio, que é muito interessante por suas dimensões e forma” (Pinel apud Pessotti, 1984, p.77).

Segundo Bercherie (1989), em seu momento histórico, Pinel representava um avanço no sentido de recusar a concepção de que a “loucura” seria consequência de alguma lesão material; ou ainda, considerar que poderiam existir casos nos quais não haveria lesão, mas um funcionamento cerebral alterado (neuroses cerebrais). Porém, mesmo Pinel fizesse referência a esse ponto, como ao sofrimento desta jovem, por outro, ele demonstra em sua posição o caráter fatalista do diagnóstico da “idiotia”, como sustenta também uma vinculação dos comportamentos da jovem a uma categoria não humana (uma ovelha).

Pinel incluía, nas causas de loucura, as causas morais, como paixões intensas e excessos de diferentes tipos, como causas físicas, cerebrais, simpáticas (que se relacionariam com as causas fisiológicas) e fatores hereditários (Bercherie, 1989, p. 39-44). E distinguia a demência dos casos de idiotismo, essa teorização

terá consequência na compreensão de Pinel quanto ao tratamento: a cura seria *mais possível* no caso do idiotismo do que comparado aos casos de demência.

Retomaremos a classificação do autor. Segundo Pinel, as neuroses cerebrais⁵ poderiam ser divididas em duas categorias: *abolição de função (afecções comatosas)* e *perturbações da função (Vesânicas)*. A categoria de *perturbações de função* incluía: a alienação mental, a loucura propriamente dita e outras doenças mentais (hipocondria, sonambulismo e hidrofobia). Nessa categoria encontraremos os seguintes quadros: a mania, a melancolia, a demência e o idiotismo. Explicitaremos os últimos dois, a partir de Bercherie (1989):

“ 3) **A demência, ou abolição do pensamento** – [...]. A demência, portanto, era a incoerência na manifestação das faculdades mentais, a desordem e a mobilidade, a existência ‘automática’ - a destruição da função de síntese, dir-se-ia um pouco mais tarde.

4) **O idiotismo, ou a obliteração das faculdades intelectuais e afetivas**, ou seja, a supressão mais ou menos completa da atividade mental, ficando o sujeito reduzido a uma existência vegetativa, com restos esporádicos de atividade psíquica (tresvários brandos, sons semi-articulados, crises de excitação). Podia ser congênito ou adquirido, e nesse caso, amiúde transitório” (Bercherie, 1989, p. 26).

No caso de um idiotismo congênito, não teríamos o fator de transitoriedade da supressão da atividade mental; assim, tratava-se de casos considerados como imutáveis.

Devemos ter o cuidado, ao analisar essas definições e as distintas nomeações de classes de doenças, de considerá-las associadas a um determinado momento histórico, e não podemos compará-las com os diagnósticos ou categorias atuais. Por exemplo, como os termos neurose e psicose, como usados atualmente. Outro exemplo dessa diferenciação pode ser encontrado na definição de mania sem delírio, que envolveria segundo Pinel: “estados de agitação (...) epiléuticos, confusionais, esquizofrênicos, delirantes, ansiosos, histéricos” (Bercherie, 1989, p. 37).

Na obra de Krafft-Ebing (apud Bercherie, 1989) encontraremos outra definição que deve ser diferenciada de definições mais recentes de psiconeuroses. Segundo o autor, na época, as psiconeuroses envolveriam: a melancolia, mania, demência e o delírio alucinatório. E, segundo o autor, poderíamos encontrar nesses quatro quadros formas secundárias de debilitação intelectual.

---

⁵ - Neuroses cerebrais, pois o cérebro é considerado como a sede da mente (Bercherie, 1989, p. 35).

Citamos acima que, apesar de Pinel considerar a “cura” mais possível no caso do idiotismo do que nos casos de demência, porém o autor não elaborou propriamente sobre o tratamento desses quadros (Bercheire, 1989, p. 36). Diferentemente deste autor, Jean Marc Gaspard Itard irá concentrar-se no tratamento da deficiência mental. Este será o primeiro autor a desenvolver as possibilidades de algum tratamento dos casos diagnosticados como tal.

Itard era o médico responsável de um instituto de tratava de surdos-mudos e estudou as relações entre fonação e audição, entre linguagem e pensamento, a experiência e a criação. A partir desses estudos, e de sua concepção filosófica de que o homem não nasce homem, mas se constrói como homem, Itard questionou a deficiência enquanto um quadro que possuía um caráter fatalista, ou seja, de incurabilidade na época (Pessotti, 1984).

Seu trabalho sobre o selvagem de Aveyron (Victor) foi publicado em 1801 na França e ainda provoca interesse atualmente. Itard (2000) analisa o caso de Victor de um modo diferenciado das concepções vigentes da época, tanto em relação ao tratamento como quanto ao diagnóstico. O autor insere no modelo médico vigente a relação de uma pessoa com seu meio, apontando como causa da deficiência de Victor o seu isolamento social, pois supõe que este seria o fator que trouxera repercussões sobre o cérebro e as faculdades mentais de Victor. Além disso, Itard articulará este “déficit” a uma característica infantil, considerando Victor mais como uma criança do que um adolescente (Itard, 2000). Esta concepção de Itard associa-se, assim, a uma determinada concepção de criança e da adolescência, criada em determinado momento histórico.

Numa primeira leitura da obra de Itard, poderíamos considerar que seu trabalho demonstrou avanços em relação a outros autores da época. Porém, há uma lógica que perpassa todo este trabalho e que não evidencia avanço algum. Qual seria esta lógica? A lógica de que Victor ainda permanece reduzido a uma categoria de animal, ou ainda, localizado numa posição de objeto e não de um sujeito. Em que sentido?

O tratamento, proposto por Itard, envolvia um trabalho de educação que visava à modificação de comportamento, ou como o autor refere: uma modificação de hábitos e de repertórios comportamentais. Esse tratamento utilizava um método que era designado pelo autor de “ortopedia mental” e envolvia um trabalho vinculado a experiências sensoriais. Esse trabalho pode ser articulado, como citamos, a uma

noção de déficit das experiências sensoriais como um dos pontos de causa da deficiência.

Neste momento da obra de Itard, a idiotia ainda permanecia vinculada à categoria de “loucura”. Apenas em 1818, com os trabalhos de Esquirol, que a idiotia perderá seu estatuto de doença e será diferenciada da loucura.

Para realizar a distinção entre loucura e idiotia, Esquirol considerava a loucura como uma perda irreversível da razão e suas funções; enquanto a idiotia seria considerada como um “estado”:

“O homem louco é privado dos bens que outrora gozava: é um rico tornado pobre. O idiota sempre esteve no infortúnio e na miséria. O estado do homem louco pode variar; o do idiota é sempre o mesmo [...]. *A idiotia não é uma doença, é um estado em que as faculdades intelectuais nunca se manifestaram*, ou não puderam desenvolver-se suficientemente para que o idiota adquirisse os conhecimentos relativos à educação que recebem os indivíduos da mesma idade, e nas mesmas condições que ele. A idiotia começa com a vida ou na idade que precede o desenvolvimento completo das faculdades intelectuais e afetivas [...]” (Esquirol apud Pessotti, 1984, p. 86, grifo nosso).

Assim, a idiotia não será mais uma doença, mas um “estado”, que terá origem no período da infância e que ocorrerá devido a carências infantis pré-natais, ou perinatais. Se, de um lado, essa distinção poderia representar avanços, por outro, ao não ser mais considerada como uma doença, mas um estado, a idiotia adquire certo caráter fatalista, ou de um quadro de imutabilidade. E, por mais que se pudesse realizar um tratamento (educativo, como citamos com Itard), sua base orgânica permanece como sendo, em si mesma incurável.

Essa concepção de imutabilidade será retomada na crítica da Mannoni (1985), utilizando em outro momento histórico a concepção de desenvolvimento (que citaremos adiante no trabalho). E podemos observar sua permanência na definição atual de retardo mental, não enquanto uma doença, mas como uma “condição de desenvolvimento incompleto” (Organização Mundial de Saúde/ CID 10, 2003; *American Psychiatric Association/ DSM IV*, 2002). Nesse sentido, o retardo mental é classificado pelo DSM IV como uma categoria do eixo II, junto com os transtornos de personalidade e que poderia, ou não, associar-se a outros transtornos, como depressão (transtornos mentais do Eixo I). Esta construção evidencia a manutenção da lógica de separação entre “loucura” e “idiotia”, como a manutenção de um “estado” de incompletude ou déficit que se manterá estável na vida de uma pessoa diagnosticada com retardo mental.

Outro aspecto a ser salientado, é que podemos observar nesse desenvolvimento histórico a construção de um modelo de diagnóstico e de “tratamento” da deficiência mental:

- a) Um diagnóstico realizado através de sinais (déficit na aprendizagem, manifestado na fala e nos comportamentos, entre outros aspectos);
- b) Uma etiologia articulada ao cérebro (ainda que articulada ao ambiente, ou a uma situação de isolamento, como Itard introduziu);
- c) Um tratamento (médico) articulado à educação, que visa à modificação de comportamentos.

A partir deste modelo, podemos questionar se não estaria aí a raiz da concepção de um diagnóstico realizado através de testes psicológicos, distinguindo o que seria “normal” e “anormal”; ou, ainda, a lógica da vinculação dos tratamentos com a educação.

Outro desenvolvimento de Esquirol, em 1838, refere-se à criação de uma classificação da “idiotia” em três diferentes níveis de gravidade: imbecilidade, idiotia propriamente dita e cretinismo. Observamos que a demência se manterá diferenciada da idiotia, sendo definida como um enfraquecimento das faculdades cerebrais e classificada segundo dois tipos, aguda, ou crônica, mas sempre considerada como incurável (Bercherie, 1989, p.49). Essa concepção classificatória será retomada por um seguidor de Esquirol, Belhomme, em 1824, que desenvolverá uma nova classificação da idiotia, diferenciando-a em cinco graus, a partir de duas categorias: idiotia e imbecilidade. A preocupação dos autores com uma classificação da idiotia parece sempre envolver o fator indicativo de um tratamento possível, ou não, mas será sempre concebido com grande dificuldade.

Enquanto Esquirol e outros autores elaboravam diversas classificações, um novo pesquisador se destacará ao se posicionar de forma diferenciada. Edouard Seguin não reduzia a debilidade mental a um déficit de faculdades mentais, apenas, mas buscava introduzir um desejo e uma escolha de uma pessoa. Nesse sentido, diferenciava-se também de Itard, que fazia de Victor um mero resultado de certo isolamento:

“Não falta ao idiota sequer uma faculdade mental; mas ele não tem a liberdade necessária para aplicar suas faculdades intelectuais à ordem dos fenômenos morais e abstratos [...] O idiota goza do exercício de todas as faculdades intelectuais, mas não quer aplicá-las senão em nível dos

fenômenos concretos [...] fisiologicamente ele não pode, intelectualmente, ele não sabe; psiquicamente ele não quer; ele poderia e saberia se quisesse; mas antes de tudo e acima de tudo, ele não quer” (Seguin apud Pessotti, 1984, p.119-120).

Em sua busca, encontramos um válido questionamento, mesmo que ao lado de certas contradições: será que o débil não sabe, não pode saber, ou não quer saber? Será que fisiologicamente ele não pode? Ou ainda, como o autor diz, trata-se “acima de tudo de um *não querer*”?

Seguin destacará ainda a total falta de observação e atenção dispensada às pessoas ditas “idiotas”:

“E acuso a todos: primeiro, de haverem visto idiotas na sua prática e nos hospitais sem lhe haverem consagrado uma hora assídua de seu tempo, ainda que fosse por curiosidade científica. [...] Segundo, de terem [...] desvirtuado com prejuízo para eles o sentido médico do termo observação (...) sem completar esse tipo de retrato com a indicação de algum tratamento [...]. Terceiro, de haverem tomado como base de suas apreciações [...] a incapacidade intelectual dos idiotas, que não é mais que uma consequência da anomalia, da idiotia [...]. Em suma, eu acuso os médicos por não terem observado, nem tratado, nem definido, nem analisado a idiotia, e de terem falado demais sobre ela” (Seguin apud Pessotti, 1984. p. 109, grifo nosso).

Segundo Pessotti (1984), Seguin pode ser considerado como o primeiro autor a propor uma teoria psicogenética da deficiência, no sentido de relacionar comportamentos simples e complexos com o sistema de maturação orgânico (neurológico e fisiológico) e também realizar um mapeamento dos requisitos maturacionais nas funções que se desenvolvem na relação da pessoa com o meio. Esse processo será denominado de “educação fisiológica” e incluirá em sua análise os estados psicológicos, instintivos e morais da pessoa.

Entretanto, ao mesmo tempo em que questionava o tratamento aos idiotas, como focado nas consequências, ou na “incapacidade intelectual”, parece que Seguin tinha dificuldades para estabelecer um novo modelo de tratamento. Pois, de um lado, ele buscava introduzir um indivíduo na idiotia, ou um querer deste; por outro, retomava a ênfase a uma “educação”, ou a um treinamento de habilidades.

Até este momento verificamos que, ainda, não se articulava a deficiência intelectual ao que era denominado de mongolismo. Este termo somente foi introduzido em 1866, por Langdon Down, quando o autor nomeou uma síndrome que ele havia descrito através do termo: “Síndrome de Down”. Segundo Down, o mongolismo seria um tipo étnico de idiotia, uma síndrome degenerativa que ocorria em classes “primitivas” de pessoas, como o próprio nome da síndrome (mongolismo)

atestava (Pessotti, 1984, p. 144). A relação entre a síndrome e a genética seria mais bem estabelecida no futuro, já que os primeiros resultados das pesquisas de Mendel estavam sendo publicados em 1865.

Portanto, no final do século XIX, a idiotia, o cretinismo e o mongolismo são considerados como doenças relacionadas a uma fatalidade degenerativa (patológica, climática, tóxica), que envolveria uma paralisação no desenvolvimento das funções intelectuais, psíquicas e orgânicas.

O considerado “idiota” teria possibilidade de trabalhar e ser educado num asilo-escola, mas não poderia se tornar um “homem inteligente” (Ibid, p.164-165). O denominado “cretino”, por sua vez, permaneceria recluso em instituição e, ao “imbecil”, restaria apenas à condenação, sendo visto como perigo público, quando fossem despertados nele os seus “maus instintos”.

O tratamento da idiotia permanecia, assim, reduzido a um treinamento de habilidades e de comportamentos que visavam um padrão de comportamento “normal”, considerado como tal nesta época. Eram especificados também quais poderiam ser educados e quais seriam excluídos dessa possibilidade.

O termo “debilidade mental”, do qual Lacan e Mannoni farão uso em suas obras, foi introduzido por Magnan somente em 1880. Em sua classificação, a debilidade mental está inserida como uma das classes das loucuras relacionadas à hereditariedade⁶:

- 1) As psicoses (mania e melancolia pura, delírio crônico, loucuras intermitentes);
- 2) Loucuras dos degenerados, que possuíam caráter hereditário e apresentavam desequilíbrio mental:
  - Classe 1- idiotia, imbecilidade e debilidade mental;
  - Classe 2- anomalias cerebrais;
  - Classe 3- síndromes episódicas;
  - Classe 4- delírios propriamente ditos (estado de excitação maníaca e depressão).

(Fonte: Bercherie, 1989, p.149-156)

Posteriormente, também Kraepelin irá desenvolver diferentes classificações da deficiência mental no decorrer das oito edições do *Compêndio de Psiquiatria*, de 1883-1913:

---

⁶ Observamos que Magnan articula a loucura à debilidade mental, porém define essa de forma diferenciada de outras classes de loucura.

1ª Ed. – *Estados de fraqueza psíquica*: anomalias evolutivas (idiotia, imbecilidade, debilidade, inversão sexual).

Observamos que a nomeação utilizada por Magnan se mantém, como a existência de uma aproximação entre a debilidade e a perversão, que tinha como base a interpretação neurofisiológica de ambos os quadros.

2ª Ed. – É realizada uma distinção entre duas categorias: *estados de enfraquecimento* (demência senil, lesões cerebrais, estados de enfraquecimento secundário) e *suspensão do desenvolvimento Psíquico* (idiotia, cretinismo, debilidade mental constitucional e a inversão sexual).

5ª Ed. – Kraepelin irá diferenciar doenças mentais adquiridas e doenças mentais congênitas, dentro desse último grupo, o autor inclui o quadro de “Suspensão do desenvolvimento psíquico”.

8ª Ed. – Kraepelin introduz o novo termo “oligofrenia”, referindo-se a categoria “Interrupções do desenvolvimento psíquico” (endógeno e constitucional).

(Fonte: Bercherie, 1989, p.161-176)

Nessas classificações, observamos outra vinculação da debilidade, agora com a categoria de perversão (segundo a primeira edição de Pinel). O que, mais uma vez, evidencia a associação das definições e classificações da debilidade a certos padrões sociais e valores da época. Além disso, verificamos a manutenção da permanência da distinção entre a demência e a debilidade e, por fim, na última edição do autor, a criação de um novo termo para nomeação da idiotia: “oligofrenia”. Em sua origem etimológica, este termo refere-se a dois outros, de origem grega. Associa “oligo”, termo que define a característica de pouco ou insuficiente; com o termo “frenia”, remetido ao significando de pensamento, inteligência, ou mesmo, da alma (Houaiss, 2001).

No século XX, Alfred Binet inaugurará a inserção do tema da debilidade mental no campo da psicomетria e do diagnóstico. Nesse momento, Pessotti (1984) considera que as diversas ciências encontravam dilemas próximos: a psicologia buscava medir as diferenças de capacidade intelectual; o médico buscava como tratar esses deficientes não confináveis; e a pedagogia buscava como ensiná-los.

1.2 – O nascimento da psicologia da criança:

Uma insistência na exclusão do Sujeito?

Observamos no capítulo anterior que a debilidade mental, segundo o discurso médico, foi diferenciada da demência e deixou de ser considerada uma “doença”, para ser considerada como um “estado”, com origem na infância.

A representação do retardo mental articulado à fase adulta, ao bócio, ou à demência pode ser demonstrada nos retratos usados por diversos autores, como Esquirol (anexo). A partir da vinculação com a infância, podemos observar que o modelo de diagnóstico e de tratamento também foi modificado. O diagnóstico passou a envolver sinais de déficit de aprendizagem e o tratamento passou a ser articulado à educação, visando à modificação de comportamentos. Ao mesmo tempo, permaneceu a relação da deficiência mental ao cérebro, enquanto etiologia.

Nesse sentido, podemos questionar se esta articulação entre infância e retardo mental só pôde ser concretizada devido às modificações das concepções de criança e de infância que ocorreram no decorrer da história. Isso porque foi somente a partir da Idade Média que esses termos foram usados para se referir a diferentes fases de vida. Anteriormente, a adolescência era considerada como uma fase da vida que durava até os 30 ou 35 anos de idade e não se diferenciava de infância (Ariès, 1986, p.33-36). Na França, por exemplo, só existia o termo “enfant” para se referir tanto à criança quanto ao adolescente. Assim, era possível encontrar a seguinte construção: “Aos 24 anos é uma criança forte e virtuosa” (Ibid, p. 42).

O caráter de ingenuidade e de graça só aparecerão no século XVI, o que Áries chamará de sentimento da infância, no sentido de uma “consciência da particularidade infantil” (Ibid, p.156).

Porém, no século XVII, com a reforma religiosa, a criança antes considerada como um ser ingênuo passará à condição da criança que deveria ser educada e disciplinada. Ou seja, sua ingenuidade não será mais concebida como “natural”, mas sim, como um fator que deveria ser introduzido, através da “disciplina”, na criança.

Somente a partir do século XVII e XVIII, que os termos criança e infância começarão a ser usados para se referir propriamente à infância. O que esta construção pode nos indicar? Uma origem de uma vinculação entre o conceito de criança, ou de infantil, com a concepção de educação e de desenvolvimento que

serão articulados à concepção de debilidade mental; o que também pode ser evidenciado, atualmente, nos manuais de psiquiatria (CID-10 e DSM-IV). Esses manuais definem o retardo mental como um desenvolvimento “incompleto” das funções intelectuais e o associam à categoria de transtornos que são diagnosticados geralmente na infância ou na adolescência. Essa articulação tanto é sugerida que, por este mesmo motivo, um dos manuais enfatiza que não se pretende diferenciar o retardo mental como um transtorno “da infância”, ou “da adolescência” (APA/ DSM IV, 2002, p. 71).

No capítulo anterior, ainda, citamos a inserção do tema da debilidade mental na psicologia referenciada ao campo da psicometria. Segundo Pessotti (1984), para que Binet pudesse realizar um diagnóstico baseado em outro índice que não um determinado déficit orgânico (cerebral), ele teve de tornar o diagnóstico médico vigente relativo, ou ainda, fazer do diagnóstico médico da época um método não ideal.

A crítica de Binet era que os débeis muitas vezes não tinham as características que eram descritas nos textos médicos. O autor apontava a existência de casos que poderiam passar despercebidos na escola, ou ainda, de casos nos quais não havia uma relação causal entre uma lesão orgânica e a deficiência mental. Para Binet, as lesões seriam apenas “indicadores” de possíveis atrasos de diferentes graus:

“o fato de a atividade intelectual ser sempre uma função comprometida em maior ou menor grau (qualquer que seja o quadro orgânico), transforma a inteligência num sintoma seguro, não da lesão, mas do atraso ou parada do desenvolvimento. E ainda que o atraso se deva a lesão orgânica, a medida da inteligência será a medida segura do atraso. Mais ainda, as lesões orgânicas são meros ‘sinais possíveis de atraso’.” (Pessotti, 1984, p. 177).

Assim, o autor questionava a explicação redutora ao articular exclusivamente a lesão orgânica à debilidade. Nesse sentido, Sauret (1997, p. 13-15) relaciona o nascimento da psicologia da criança, no século XIX e XX, com o fracasso das explicações biológicas quanto às dificuldades da criança. Porém, podemos observar que esse fracasso relaciona-se tanto com o nascimento da psicologia da criança, quanto com o nascimento da psicologia de forma geral, ou seu nascimento como ciência.

Até o século XIX, os temas da psicologia estavam dispersos entre os campos da filosofia, biologia e das ciências sociais. Para a construção da psicologia como

ciência independente, foi necessária a concepção de uma experiência de subjetividade privatizada, ou seja, de um sujeito individual, livre, capaz de ter sentimentos e pensamentos independentes de outros indivíduos. Porém, ao mesmo tempo, remetido e vinculado à ordem social. Segundo Figueiredo (2011), essa análise deve ser situada em determinado contexto do cenário moderno, quando certos questionamentos tomaram destaque: “Como lidar melhor com os sujeitos individuais?, como educá-los de forma mais eficaz, treiná-los, selecioná-los para os diversos trabalhos (*ordem social*)?” (Ibid, p. 51, grifo nosso). Assim, observamos que o nascimento da psicologia foi articulado tanto aos fracassos das explicações biológicas, quanto à educação, ou a “demandas do regime disciplinar” (Ibid, p. 89).

A partir da obra de Binet, foi possível o desenvolvimento de uma nova concepção: se a criança não acompanha a linha de desenvolvimento de outras crianças e não há evidência nos testes (que comprovem a deficiência mental), as dificuldades de aprendizagem da criança responderiam aos conflitos psíquicos e emocionais dela. Mesmo essa concepção, Mannoni (1985) nos indica, manteve o caráter de segregação. Pois, profissionais aceitavam tratar dos débeis “falsos” (quando não existia a comprovação “científica” e psicométrica do retardo mental), mas não aceitavam tratar dos “verdadeiros” débeis (quando não existiam controvérsias nos testes psicológicos realizados). Nesse último caso, entendendo que a debilidade estaria vinculada a um déficit orgânico incurável.

É diante desse quadro histórico que, em 1904, os médicos Binet e Simon realizaram o primeiro estudo em longa escala com deficientes mentais, após solicitação do governo francês. O intuito era que fosse criada alguma estratégia que tornasse possível diferenciar casos de deficiência mental de outros tidos como “normais”.

Para isso, Binet e Simon elaboraram uma escala etária de testes para aquelas crianças cujo atraso era de dois anos ou mais em relação a outros companheiros de classe, relacionando a idade mental e a idade cronológica da criança (Schoenfeldt, 1969). Observamos que essa relação fez-se definida por critérios pedagógicos. Por exemplo, para Binet, a pessoa que não fala e não compreende seria o idiota e corresponderia à idade mental de uma criança de até dois anos; a imbecilidade, por sua vez, referia-se à inteligência de uma criança de idade mental de dois aos sete anos (segundo nível da escola); o imbecil seria aquele

incapaz de se comunicar pela linguagem escrita e o débil corresponderia a uma idade mental a partir dos sete anos (Binet apud Pessotti, 1984, p.179).

Apesar de Binet ter formulado primeiramente essa relação entre idade mental e cronológica, Wiliam Stern foi considerado o verdadeiro criador do “quociente de inteligência” (QI) com sua fórmula: idade metal dividida pela idade cronológica (Schoenfeldt, 1969). É interessante ressaltar que o próprio criador do índice, em seu “Manual de psicologia geral”, considerava o QI apenas uma aproximação, exigindo também uma análise qualitativa. Ele apontou que seria um erro injustificável transferir uma criança para uma escola especializada considerando apenas o seu QI (Stern apud Schoenfeldt, 1969, p. 119).

A proposta e os trabalhos de Binet e Simon não deixaram de ter consequências. Ao criar uma medida que define uma idade mental em acordo, ou desacordo, com um ideal de normalidade (mediano), é estabelecida a separação de um padrão “normal” e outro “anormal”. Com isso, novas formas de diferenciação e de segregação são criadas. E frente a este cenário, não deixava de soar estranho escutar uma criança falando de si: *“minha idade física é de 6 anos, minha idade lúdica é de 4 anos, minha idade mental é de 8 anos, minha idade motriz é de 5 anos e de verdade tenho 7 anos”* (Schoenfeldt, 1969, p. 118, grifo nosso).

Qual seria o sentido de criar essa diferenciação com base em um constructo teórico? Segundo Patto (1997), a estratégia de separar crianças com certas dificuldades de outras “normais” serviria mais para responder aos anseios dos professores e dos pais do que aos anseios da própria criança. Além disso, com a vinculação das dificuldades escolares a uma dificuldade “da criança”, não considerando também a instituição, a escola, ou a família, ou outros fatores, o problema passa a ser localizado apenas “na criança”.

A autora destaca, ainda, que temos de levar em conta que os testes envolvem perguntas que possuem uma visão ideológica do mundo, ou seja, eles possuem um viés cultural. Assim, mesmo considerando que eles mediriam o “produto” dos processos mentais, eles não mediriam o processo de produção da resposta. Essa análise de Patto nos permite questionar o diagnóstico de deficiência mental em algumas crianças mais pobres e com menor nível de educação ao serem comparadas com a produção da “média” da população (média considerada como o padrão dito “normal”), ou em crianças que possuíam uma educação formal diferenciada. O que, naturalmente, evidenciaria diferenças.

Patto (1997) conclui sua análise considerando que, apesar das diversas críticas realizadas aos testes psicológicos, inclusive pelos próprios criadores, a essência deles permanece intocada⁷. Por exemplo, em 1976, Zazzo sustentava que não tinha sentido medir a inteligência de uma pessoa, sem antes definir o que de fato seria a inteligência. Outra autora, Cunha (2000, p. 529) considera que o valor dos testes de inteligência tem apenas um uso limitado, seja no caso do retardo mental, como no caso de um QI alto (super-dotação). Mas apesar dessa consideração e sustentar que ter um QI alto não significa garantia alguma de sucesso, ainda assim, a autora reafirma que o QI poderia dar uma ideia do “possível êxito do sujeito do ponto de vista escolar (acadêmico) e ocupacional” (Ibid.).

Portanto, não obstante todas as críticas, ainda permanecem os testes de inteligência e avaliações de QI, fazendo das crianças vítimas:

“Artimanha de poder, que prepara uma armadilha para a criança, que acaba vítima de um resultado que não passa de um artefato da própria natureza do instrumento e de sua aplicação, tanto mais verdadeira quanto mais o examinado for uma criança pobre e portadora de uma história de fracasso escolar produzido pela escola” (Patto, 1997).

Podemos melhor compreender a análise de Patto (1997) quando analisamos a construção do conceito de inteligência, que tem sua origem na obra de Aristóteles e de Platão. Estes já distinguiam os aspectos cognitivos dos aspectos hórmicos (relacionados a emoções, sentimentos, paixões e vontade). Porém, o termo “inteligência” só será utilizado posteriormente por Cícero (Eysenck, 1982 apud Assumpção, 2000, p. 12). Após sua nomeação, ele será relacionado a diversos padrões sociais de “normalidade”, como indicamos no quadro 1 na página seguinte.

---

⁷ Podemos verificar a permanência dos testes na prática da psicologia, quando observamos as legislações e preocupações com o tema. Desde uma legislação de 1962 (lei 4.119 de 27/08/1962), a avaliação da inteligência é função privativa do psicólogo. Porém, em 2003, essa prática foi novamente legitimada e regulamentada por uma resolução do Conselho Federal de Psicologia (002/2003). Essa define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos: “os Testes Psicológicos são instrumentos de avaliação ou mensuração de características psicológicas, constituindo-se um método ou uma técnica de uso privativo do psicólogo” (CFP, 2002). Disponível em: <http://www.crp07.org.br/upload/legislacao/legislacao47pdf>, acesso em 21/04/11.

Quadro 1- Definições de Inteligência

Kanner (1972 apud Assumpção 2005, p. 36, grifo nosso):

- 1) Capacidade do organismo de adaptar-se de modo conveniente a situações novas (Stern, 1914);
- 2) Conjunto de processos de pensamento que constituem a adaptação mental (Binet, 1916);
- 3) Propriedade de combinar de outro modo normas de conduta, de modo a poder atuar melhor em novas situações (Wells, 1917);
- 4) Faculdade de produzir reações satisfatórias, do ponto de vista da verdade ou da realidade (Thorndike, 1921);
- 5) Capacidade de realizar atividades caracterizadas por serem: difíceis, complexas, abstratas, econômicas, adaptáveis a certo objetivo, de valor social, carentes de modelos, assim como de mantê-las em circunstâncias que requeiram concentração de energias e resistências a forças afetivas (Stoddard, 1943);
- 6) O grau de eficácia que tem nossa experiência para solucionar nossos problemas presentes e prevenir futuros (Goddard, 1945);
- 7) O total de todos os dons mentais, talentos e perícias úteis nas adaptações às tarefas da vida (Jaspers, 1945).

Bayley (1976 apud Assumpção 2005, p. 37, grifo nosso):

- 8) Capacidade agregada ou global de agir de modo intencional, de pensar racionalmente e de lidar de modo eficaz com o meio ambiente (Weschler, 1958);
- 9) Acumulação de fatos e habilidades aprendidos; o potencial intelectual inato consiste em tendências para se engajar em atividades que conduzem ao aprendizado, mais do que a capacidades hereditárias como tais (Hayes, 1962)

Associação Americana de Retardo Mental (AAMR):

- 10) “A inteligência é uma habilidade mental geral. Inclui raciocínio, planejamento, resolução de problemas, pensamento abstrato, compreensão de ideias complexas, aprendizagem rápida e aprendizagem a partir da experiência. As limitações na inteligência devem ser consideradas à luz de quatro outras dimensões: comportamento adaptativo, participação, interações e papéis sociais; saúde e contexto. A mensuração da inteligência pode ter relevância diferente, dependendo se ela está sendo considerada para propósitos de diagnóstico e classificação. Embora longe da perfeição, o funcionamento intelectual é ainda melhor representado pelas pontuações de QI quando obtidas por instrumentos de avaliação apropriados. O critério para diagnóstico é de aproximadamente dois desvios-padrão abaixo da média, considerando o erro- padrão de medição para instrumentos de avaliação específicos usados e os pontos fortes e as limitações dos instrumentos” (AAMR- Associação Americana de Retardo Mental, 2006, p. 25, grifo nosso).

Observamos que a definição da AAMR envolve uma concepção de inteligência que pode ser relacionada ao conceito de “*funcionamento adaptativo*”, um novo critério que o DSM IV considera como necessário, em conjunto com o QI, para a realização de um diagnóstico de retardo mental. A descrição deste funcionamento é citada abaixo:

“eficiência do indivíduo em atender aos padrões esperados para sua idade, por seu grupo cultural- em pelo menos duas das seguintes áreas: comunicação, cuidados pessoais, vida doméstica, habilidades sociais,

interpessoais, uso de recursos comunitários, independência, habilidades acadêmicas, trabalho, lazer, saúde e segurança” (APA/ DSM IV, 2002, p. 79, grifo nosso).

Podemos observar, ainda, a partir das concepções e definições citadas da inteligência, que esse conceito remete-se de forma geral a uma ideia de “adaptação” a certos valores sociais, vinculados a determinados padrões culturais, que poderão ser considerados como “normais”, ou “não normais”.

Será com base nessas concepções de inteligência que teremos a definição de retardo mental do Manual de Diagnóstico - DSM- IV. Este define o retardo mental como um:

“funcionamento intelectual significativamente abaixo da média (um QI de aproximadamente 70 ou menos), com início antes dos 18 anos de idade e déficits ou prejuízos concomitantes no funcionamento adaptativo” (APA/ DSM IV, 2002, p. 71, grifo nosso).

E, segundo o Código Internacional de Doenças (CID 10), como:

“(uma) parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento durante o período de desenvolvimento, das faculdades que determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas, de linguagem, da motricidade e do comportamento social” (OMS/ CID 10, 2003, p. 361, grifo nosso).

Nessa análise a própria distinção entre o que seria uma limitação funcional ou uma incapacidade torna-se difícil, pois uma determinada “limitação funcional” pode ser considerada, ou não, como uma incapacidade, dependendo do contexto cultural (Amiralian et al, 2000⁸).

Como conclusão, é importante questionarmos a suposta “neutralidade científica” tanto do conceito de inteligência, quanto do conceito de retardo mental, o qual sempre mantém o caráter de segregação, distinguindo “normais” de “anormais”, ou “eficientes” de “ineficientes”.

Numa tentativa de reduzir o valor dessa segregação a própria Organização Mundial de Saúde (OMS/OPAS, 2004) propôs recentemente a criação de um novo termo para nomear o retardo mental: “deficiência intelectual” (tradução do termo em inglês: *“intellectual disability”*). Apesar de esta modificação buscar minimizar a concepção de prejuízo e preconceitos históricos, ao delimitar a noção de déficit ao

---

⁸ - Os autores do artigo evidenciam a dificuldade de estabelecer as diferenças e acordos entre os seguintes conceitos: Deficiência, Incapacidade e Desvantagem. Termos que, em 1976, foram descriminados pela OMS. Citaremos a distinção com relação à deficiência intelectual: deficiência (intelectual): incapacidade de aprender, perceber, memorizar, relacionar-se (comportamentos) de ter consciência; Desvantagem: capacidade ocupacional e na integração social (Amiralian et al, 2000, p. 98).

intelectual (inteligência) e não a um déficit mental (geral), de qualquer forma ainda, permanece a concepção de “déficit” e sua vinculação a padrões de normalidade e valores culturais específicos.

Foucault (2010) toca essa questão central quando aponta que, quando o saber médico, considerado como científico, toma o lugar da verdade, ele recebe um estatuto de “discurso verdadeiro”, apesar de ele ser, em alguns casos, um discurso que nos faça rir:

“E os discursos de verdade que fazem rir e que tem o poder institucional de matar são, no fim de contas, numa sociedade como a nossa, discursos que merecem um pouco de atenção” (Foucault, 2010, p. 7).

Essa crítica não poderia envolver também a construção do conceito de retardo mental?

Reproduzimos, por exemplo, outra citação de Foucault (2010) de um laudo psiquiátrico de 1974, no qual se faz referência à inteligência:

“X (...) intelectualmente, sem ser brilhante, não é estúpido; encadeia bem as ideias e tem boa memória. Moralmente, é homossexual desde os 12 ou 13 anos (...) X é totalmente imoral, cínico e falastrão até. Há três mil anos, certamente teria vivido em Sodoma e os fogos do céu com toda justiça o teriam punido por seu vício” (Texto de 1974, citado por Foucault, 2010, p. 6).

Dessa forma, antes reduzido a uma categoria sub-humana, o débil é reduzido a certas produções e índices, justificada por novos nomes, como o QI. A criança diagnosticada com retardo mental torna-se objeto da ciência, dessa ciência experimental e objetiva que acaba, mais uma vez, por excluir o sujeito. E mais, além de excluir a história do sujeito, acaba por excluir também a possibilidade de algum progresso dessa pessoa, já que entende o retardo mental (debilidade mental) como uma espécie de fixação, vinculada a certo impeditivo na maturação (Mannoni, 1971):

“O que nos aborrece hoje ainda, tanto em pedagogia como em psicanálise, é a preponderância das teorias do desenvolvimento. Estas não levam em conta a história do sujeito senão enquanto vêm favorecer ou impedir uma ‘maturação’. Um paralelo é desde logo estabelecido entre o desenvolvimento do corpo e o desenvolvimento mental, paralelo dos mais discutíveis, pois a psicanálise nos mostra mais a que ponto o que importa num indivíduo não é o que lhe é dado ao nível de suas necessidades, mais a palavra ou a sua ausência, à qual o dado, o sentido que desenvolvem, introduzindo assim o campo do Outro sem o qual todo estatuto do retardo se reduz a uma descrição puramente estática, desencorajando de antemão qualquer ideia de progresso” (Mannoni, 1971, p. 202).

1.3-Debilidade: Diagnóstico para exclusão, ou inclusão?

Breves relatos de uma experiência na saúde pública

“Escola ou hospital, é a escolha que mais e mais se tende a impor entre nós. Não é marcar com uma reposta administrativa para um problema não ainda estudado no plano clínico?” (Mannoni, 1971, p. 207).

Mannoni (1971) critica, no trecho citado acima, as alternativas históricas de avaliação e de “tratamento” da debilidade mental, considerando que elas acabam por se tratar mais de alternativas administrativas do que fornecer alguma direção e fundamento à clínica. No capítulo anterior, observamos que essas alternativas “administrativas” podem ser articuladas com a própria construção do conceito de debilidade mental, que teve efeito nos modelos de “tratamento” em várias partes do mundo, como no Brasil.

No Brasil, a história de tratamento da deficiência mental inicia-se com o trabalho que Abade Pereira (1715-1780) realizava com surdos-mudos. Nesse momento, a deficiência era reduzida à noção de déficit orgânico, ou ainda, a um déficit vinculado ao aparato sensorial. Essa definição tem sentido, ao considerarmos a prática de Abade, o público que atendia e as concepções da época. Segundo Krynsky (1969), a importância de Abade Pereira era reforçada por Rousseau, que não deixava de prestar elogios a ele, considerando-o “a única pessoa que poderia fazer os mudos falarem” (Ibid., p.7).

Somente em 1900 surge a primeira monografia científica relacionada ao tema da deficiência mental no Brasil. E a primeira dissertação do tema, elaborada por Ulysses Pernambuco, será apresentada em 1818 e considerada como um trabalho pioneiro, na época, no país (Pessotti, 1984).

Devido à vinculação histórica entre a deficiência mental e a loucura, inicialmente, o local de tratamento indicado para os considerados “débeis” era o hospital psiquiátrico. No caso do Brasil, em 1921, foi criado o primeiro serviço de atendimento a menores, instalado no Hospital Juqueri. No decorrer do tempo, com o advento de novos trabalhos e considerações sobre o diagnóstico e o tratamento da debilidade mental, foram criadas as escolas especializadas. E, a partir de 1929, o serviço de atendimento do Hospital Juqueri passou a envolver também uma escola especializada (núcleo de pedagogia especializado).

Posteriormente caracterizou-se como a principal escola especializada no país a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais). A origem da instituição remonta a uma iniciativa de um casal de norte-americanos que militavam na *Nacional Association of Retarded Children*. No caso do Brasil, a primeira APAE foi criada em 1954, no Rio de Janeiro, por iniciativa também de um grupo de pais. Já em São Paulo, a APAE ⁹ foi criada em 1961 e tinha como foco de trabalho, no início de suas atividades, visita às unidades de saúde e o cadastramento de famílias que possuíam parentes deficientes intelectuais, visando atender o maior número de crianças. Esse trabalho era realizado também por pais voluntários nessa instituição.

A APAE, como outras instituições que atendem pessoas diagnosticadas como deficientes intelectuais deram contribuições importantes para este campo. Mas o surgimento de tais instituições demonstra justamente o caráter histórico de segregações dessas pessoas, o que, segundo o Ministério da Saúde, acaba por reforçar esse caráter (Maiores Apud Ministério da Saúde, 2002). Além disso, a própria existência dessas instituições, que são predominantemente privadas, ou filantrópicas, evidencia a precariedade do atendimento oferecido no campo da saúde pública (OMS/OPAS, 1998).

Daremos alguns exemplos da efetivação da política de atendimento aos deficientes intelectuais, no campo da saúde pública, em duas cidades do Estado de São Paulo. Salientamos que se trata de algumas experiências pessoais e não pretendemos generalizar essa análise; iremos utilizá-las para demonstrar como o diagnóstico de deficiência intelectual pode se transformar em outra forma de segregação e como certas práticas de tratamento podem se tornar alternativas mais administrativas do que propriamente clínicas, como Mannoni indicava.

No caso da cidade de São Paulo, a APAE-SP é referência tanto para o diagnóstico, como para o acompanhamento dos casos citados. As Unidades Básicas de Saúde podem agendar consultas na instituição para a realização de avaliação e posterior seguimento. Além disso, é essa instituição que realiza o diagnóstico e a inclusão de pessoas no programa de Acompanhante Comunitário da pessoa com Deficiência (APD) em São Paulo, quando não existia diagnóstico confirmado¹⁰. Nessas experiências, podemos observar a preponderância do uso dos testes e das avaliações para decisões administrativas, por exemplo, na aceitação ou recusa das

---

⁹ Informação sobre a história da APAE, disponível em: < <http://www.apae.org.br>>. Acesso em: 20/08/11.

¹⁰ - Refiro-me ao ano de 2010 e início de 2011, quando trabalhava na saúde pública em São Paulo.

peessoas para o tratamento nas instituições e na inclusão em certos programas específicos. Tais decisões administrativas, em algumas situações, têm maior peso do que o desejo da pessoa e dificultam o acesso dela a um tratamento.

Um primeiro exemplo é a avaliação de um psiquiatra que tratava de um homem adulto com diagnóstico de retardo mental leve, mas que possuía grave comprometimento em diversos setores da vida.

Na análise, o homem fala de sua desistência de procurar trabalho e de sua vida reduzida, em grande parte, a alguns metros de distância de sua casa, devido ao seu medo de andar sozinho nas ruas. Este medo, ele nos diz, é também o de sua mãe, o que ela chama de “superproteção”, nome que outros familiares deram para ambos. Ele diz também que tem alguns “nervosos” (sic) e que trabalha limpando peixe para poder falar com os “amigos” (clientes do pesqueiro). Em determinada sessão, ele diz que gosta de vir ao atendimento, pois a analista o cumprimenta como uma pessoa “normal” (sic). Quanto ao médico psiquiatra, ao ser indagado pela psicóloga sobre o tratamento, esse informa que por não haver comorbidades prevalentes, encaminhara o paciente para o neurologista acompanhá-lo. Não que isso não tivesse importância, ou melhor, era necessário devido à ocorrência de crises convulsivas do paciente, porém, talvez possamos questionar, frente a este discurso, uma redução das dificuldades e do sofrimento deste homem às alterações neurológicas dele. Este discurso tão frequente refletia-se no pequeno número de encaminhamentos à psicologia, quando se tratava de casos diagnosticados de retardo mental; como se o tratamento indicado devesse ser apenas o medicamento indicado pelo neurologista. Ao mesmo tempo, ocorria o oposto nos casos diagnosticados de depressão leve, mesmo que com menor gravidade; pois, nesses casos, um grande número de encaminhamentos era realizado.

Num segundo exemplo, uma adolescente com hipótese diagnóstica de retardo mental, que apresenta diversos sintomas e que se colocava em muitas situações de risco, foi encaminhada pela Unidade Básica de Saúde em que eu trabalhava ao CAPS (Centro de Atenção Psicossocial). O CAPS, segundo a política do Ministério da Saúde, atenderia casos nos quais existe a necessidade de um tratamento de nível mais complexo- enquanto os casos mais leves seriam acompanhados na atenção básica, ou seja, nas Unidades Básicas de Saúde. Quando o CAPS realizou a avaliação dessa adolescente, verificou em seu histórico a possibilidade de dano cerebral, a partir de um acidente que a jovem sofreu na

infância (quando uma bola de tênis acertou sua cabeça). Diante desse dado, parece-nos que foi questionada a possibilidade de lesões cerebrais e ela foi encaminhada para a APAE para avaliação.

Falemos um pouco mais dessa jovem. Ela já abandonara a escola, andava sozinha na rua até às 4 da manhã, ou permanecia dias fora de casa. Segundo a família, frequentava a casa de diversos homens do bairro e também sofria agressões frequentes de sua mãe. A mãe dizia que trancava a filha em casa, dizendo que sabia o que fazer com essa filha que agia de forma tão "louca" (sic). A paciente aguardava a avaliação na APAE e foi encaminhada para um grupo no CAPS. A mãe questionava na Unidade Básica o motivo do não início do tratamento da filha. Parecia-me que era aguardada a avaliação da APAE para considerar o tratamento, por quê? Uma escuta não poderia ser realizada antes dessa avaliação? O sofrimento e risco dessa jovem modificariam de caráter?

De qualquer forma, a mãe continuava a me procurar na Unidade Básica. Devido a essa demanda, foram realizados breves atendimentos com a mãe e a filha. Esses atendimentos trouxeram “ganhos terapêuticos”: a mãe não mais trancava a filha em casa, as agressões pararam e a jovem também melhorava; mas era ainda necessária uma escuta para a jovem. Quando saí deste serviço (na Unidade Básica), após meses, não havia diagnóstico confirmado e a espera continuava.

Outro caso: uma jovem de 18 anos que era acompanhada numa instituição especializada para atendimento de casos diagnosticados de retardo mental. Desde pequena, iniciou uma série de tratamentos, tendo sido diagnosticada como autista, e depois, portadora de deficiência intelectual e, finalmente, de esquizofrênica. Em razão desse último diagnóstico, bem como de comportamentos consideradas “difíceis” pela instituição citada¹¹, a jovem não poderia mais preencher os critérios dessa instituição, que atendia “apenas deficientes intelectuais”. Assim, foi encaminhada para um Ambulatório de Saúde Mental.

Na primeira sessão, a jovem diz não entender por que saiu da instituição, sendo que não desejava, pois frequentava o local duas vezes por semana, ali tinha atividades e colegas, fazendo referência à importância de seu laço social. Naquele momento, dizia que ficava somente em casa e que não tinha o que fazer. Em outra sessão, diz que queria se “curar” da doença que lhe disseram que possuía e que a

---

¹¹ Segundo a instituição, tratava-se de uma esquizofrênica que “falava sozinha” e não participava das atividades.

afastara do tratamento na instituição citada. Diz que haviam dito a ela sobre um tratamento em “um tal de CAPS” (sic). Digo que ela iria conhecer diferentes espaços e que poderia escolher o local e com quem desejaria fazer seu tratamento, seja para as atividades, como para continuar sua análise. Ela sorri e me diz que precisa conhecer, para depois escolher, “né?” (sic). Ela permanece em análise individual, em outras atividades e realiza um acompanhamento terapêutico com uma estagiária de psicologia.

Segundo Bercherie (1989), o grande problema da psiquiatria moderna é a “difícil conciliação de um ponto de vista cada vez mais patológico com a concepção herdada dos clássicos, das entidades mórbidas, ou seja, a hipoteca organicista” (Ibid., p. 221). Segundo a análise do autor, esse problema passará a evidenciar um abandono da clínica sofrido tanto em seu conteúdo como em seu espírito. Trata-se de uma constatação evidenciada nas experiências citadas anteriormente, como também, indicada por Mannoni. Essa autora, frente ao cenário de 1964 (como desenvolveremos a seguir), considerava que talvez devêssemos assimilar a debilidade mental a uma categoria de transtorno mental, no sentido de que, com isso, o tratamento pudesse ser considerado de forma mais enfática e mais realizado. Podemos entender essa posição da autora considerando também o cenário atual, citado anteriormente, quando o diagnóstico de retardo mental, em muitas situações, acaba por criar dificuldades para a realização do tratamento. E ainda, considerando o caráter fatalista, ou de imobilidade, vinculado a esse diagnóstico.

Indicamos, na introdução, que a clínica é nosso objetivo final deste trabalho e para isso retomaremos a psicanálise e sua contribuição na análise do diagnóstico e do tratamento da “debilidade mental”. Porém, essa contribuição parte de uma diferente consideração da clínica e do tratamento, e envolve uma leitura que deve permitir tomar ao pé da letra a colocação de Lacan:

“não adianta fazer terapia do psíquico (ele já havia anteriormente na seção, que considera seriamente sua colocação de que a psicoterapia reconduz ao pior). Freud também pensava, assim. Ele pensava que não era necessário apressar-se em curar. Não se trata de sugerir, nem de convencer” (Lacan, 1991, “Abertura da seção clínica”, p. 8, grifo nosso).

Nesse caminho, não caberia retomar o desafio citado por Seguin-parafraseando Lacan e retomando Brauer (2000)- o desafio de não retroceder diante da “deficiência”?

E isso, seja questionando seu discurso, sua teorização e sua clínica.

Parte 2– Reposicionando as questões com Freud

2.1- Do cérebro anormal a caminhos diferentes de subjetivação

E a permanência de um impasse

A obra de Freud possibilita uma mudança em diversas concepções do diagnóstico médico e psicológico da debilidade mental, citado anteriormente, incluindo, ainda, mudanças na concepção de criança, da inteligência e do tratamento.

Na introdução, citamos que Freud falava sobre a existência de uma “orientação unilateral da medicina” (Freud, 1905b [1996], p. 272), no início de sua obra. Segundo o autor, a medicina enfatizava que o funcionamento intelectual era articulado a um cérebro desenvolvido e nutrido, porém havia pouca aceitação, na época, quanto ao efeito da alma, ou do psíquico, sobre o corpo.

Para Freud, a articulação mente e corpo deveria ser analisada através do que ele chamou de pulsão, já que, no homem, a necessidade se expressa através da pulsão sexual¹² (Freud, 1905d [1996]). Ele definirá a pulsão como o:

“Se abordarmos agora a vida psíquica do ponto de vista biológico, a pulsão nos aparecerá como um conceito- limite [*grenzbegriff*] entre o psíquico e o somático, como o representante [*repräsentant*] psíquico dos estímulos que provêm do interior do corpo e alcançam a psique, como uma medida da exigência do trabalho imposta ao psíquico em consequência de sua relação com o corpo (Freud, 1915 [2004], p.148).

Inicialmente, Freud observa que os mecanismos psíquicos envolveriam a inscrição de percepção em traços de memória, como a articulação entre as percepções e representações verbais. Freud representa essa relação segundo um modelo gráfico. Nesse modelo, os estímulos internos e externos serão percebidos e representados até chegarem à consciência. Para que isso ocorra, a representação da pulsão será vinculada a uma ideia que, por sua vez, será associada a processos de pensamento e de representação de palavras. Essa concepção está presente no texto: “Projeto para uma psicologia científica” (Freud, 1895/1950 [1996]).

---

¹²-Usaremos o termo ‘pulsão’, apesar do termo citado nesta edição do texto de Freud ser ‘instinto’. Isso, pois “instinto” corresponde à tradução americana do termo “trieb”- usado por Freud. Nas novas traduções das obras de Freud, o termo considerado mais apropriado para a tradução de ‘trieb’ é: “pulsão” (nota do editor, In: Freud, S., 1915 [2004], Escritos sobre a psicologia do inconsciente- Pulsão e destinos da pulsão. Rio de Janeiro: Imago, p.137-144).

Nesse trabalho, o autor trata tanto do funcionamento psíquico, de forma geral, como da psicopatologia, incluindo o fenômeno da alucinação e a divisão da mente na histeria. Destacamos que, desde este início de sua obra, Freud não fazia referência à noção de déficit, mas falava da existência possível de certos funcionamentos psíquicos diferenciados ao se referir à psicopatologia. Veremos como isto ocorre.

Freud parte da concepção de que, ao nascer, a criança encontra-se em estado de desamparo e depende de outra pessoa para sobreviver. Este outro será considerado pelo autor como a pessoa da “pré-histórica, inesquecível” (Freud, 1896¹³, p. 287) de cada indivíduo. Trata-se, assim, da pessoa que realizará a função materna com relação a essa criança.

Nesse início de constituição, Freud articula o desenvolvimento do aparelho psíquico com a sexualidade infantil, como sua relação com o conceito de pulsão. Nesse momento inicial, Freud indica que se trata de pulsões parciais, ou seja, pulsões que se referem a zonas erógenas que são inicialmente independentes, ou desvinculadas (Freud, 1905 d [1996]). Por exemplo, a pulsão oral, anal, genital, ou ainda, a pulsão de olhar (e exibir) e a de saber.

Dessa forma, Freud busca realizar uma articulação entre mente e corpo (somático) que caminha para além dessa orientação unilateral da medicina, o que ele critica. E considera tanto a percepção quanto o “afeto”. O autor refere-se ao último termo quando fala de resíduos das experiências de dor e de satisfação vividas por uma pessoa (Freud, 1895/1950 [1996]). É, nesse sentido, que podemos retomar a análise de Zemmour e Fourment-Aptekman (2001).

Segundo esses autores, afirma-se com frequência que Freud não se interessava pelos processos cognitivos, mas somente pelo afetivo. A partir dessa ideia, muitos autores realizavam uma comparação entre Piaget e Freud, considerando Piaget como o teórico de referência para o estudo da inteligência, e Freud, para o estudo do “afetivo”. Porém, desde o início, observamos que Freud articula o pensamento envolvendo tanto a cognição como o afeto, e não indica uma hierarquia entre os dois.

Por outro lado, Piaget entendia a ciência como tendo característica de controle e de replicabilidade; e considerava que a psicanálise não possuía tais

---

¹³ - Carta 52.

características. Além disso, Piaget não analisava a sexualidade, o papel da relação entre a criança e a pessoa que realizava a função materna desta, ou ainda, o que ele chamou das “malícias do inconsciente” (Piaget, apud Zemmour, Fourment-Aptekman, 2001, p. 63).

Este caminho de Freud pode ser verificado em outro texto, também no início de sua obra: “Estudos sobre a Histeria” (1893/1895 [1996]). Este texto fora realizado por Freud em conjunto com Breuer e nesse, ambos introduzem uma primeira concepção com relação ao que se chamava de “imbecilidade”, na época.

Segundo os autores, a “imbecilidade” poderia se apresentar em certos casos de histeria, mas não poderia ser explicada devido à existência de uma “*mente fraca*” (Breuer; Freud, 1893¹⁴ [1996], p. 250). Na descrição de um dos casos, sustenta-se a posição de que não se pode supor uma “*fraqueza mental*” como predisposição da histeria, mesmo quando exista um quadro aparente de uma “imbecilidade total”. Nessa época, segundo Janet, a predisposição à histeria era uma forma particular de debilidade mental. Porém, Freud não reduzia a “imbecilidade” a um caráter puramente de déficit orgânico, mas a entendia como o resultado do fato de uma representação inconsciente atrair grande parcela da atividade mental. Esse processo poderia ser relacionado ao fenômeno de uma divisão da psique (na histeria), que se referia a uma incapacidade *de criticar* as representações e complexos de representações (julgamentos) que emergiam na consciência do indivíduo. Salientamos, porém, que aqui o termo “incapacidade” de criticar é considerado por Breuer e Freud como uma defesa que evitaria que certas representações pudessem se associar a outras, o que poderia trazer sofrimento para a pessoa (Ibid., p. 257).

Dessa forma, a incapacidade poderia ser mais bem articulada a uma posição de “não querer saber”, que estaria por trás deste suposto “não saber” (Freud, 1893¹⁵ [1996], p.284). E o autor, ainda, adverte: “devemos manter-nos isentos do preconceito de que estamos lidando com os cérebros anormais” (Ibid¹⁶, p.306).

Ao considerarmos a “imbecilidade” como uma divisão da psique (no caso da histeria) e não como resultado de um cérebro anormal, ou uma fraqueza mental,

---

¹⁴ - Estudos sobre a histeria (Breuer e Freud), Parte III – Considerações teóricas.

¹⁵ - Psicoterapia da Histeria (V. 2- parte IV).

¹⁶ - Psicoterapia da Histeria (V. 2- parte IV).

qual seria a consequência clínica desta concepção? Freud nos diz, poderíamos tratar tanto os histéricos “inteligentes” como os “não inteligentes”.

Entretanto, ao mesmo tempo em que a teoria de Freud avança no sentido destacado, encontramos referências dúbias e contraditórias em seu texto. Inicialmente, salientamos que Freud parecia questionar o tratamento nos casos em que existia alguma ocorrência biologicamente determinada. No texto “Estudos sobre a histeria”, Freud (1983/1985 [1996]) considera que o processo terapêutico “não é de modo algum aplicável abaixo de certo nível de inteligência, sendo extremamente dificultado por qualquer vestígio de debilidade mental” (Ibid, p.280). Ou ainda, em 1904, o autor diz que o procedimento terapêutico da psicanálise não é irrestrito, apontando, como uma das indicações para a análise, a necessidade de “certo grau de inteligência e desenvolvimento ético” do paciente.

Apontamos que para discutir esta posição de Freud temos de considerar que os seus trabalhos iniciais eram vinculados ao campo médico e, portanto, anteriores à psicanálise. Na faculdade, Freud trabalhava no laboratório de fisiologia de Ernest Brucke e realizava estudos de neuroanatomia com Theodor Meynert, e ainda, trabalhos sobre afecções orgânicas do sistema nervoso, incluindo a afasia e as encefalopatias infantis¹⁷.

Além disso, devemos enfatizar que não podemos esclarecer de forma clara o que Freud consideraria como “certo grau de inteligência”, ou o que seria “certo grau de desenvolvimento ético”. Como, também, não podemos dizer se Freud realizava uma equivalência entre não ter “certo grau de inteligência” e “imbecilidade”. O fato de Freud utilizar o termo “inteligência” em diferentes sentidos na sua obra também dificulta este esclarecimento. Por exemplo, o autor considera que: “não devemos superestimar a ‘inteligência’ inconsciente do paciente e deixar a cargo dela a direção de todo o trabalho” (Freud, 1893/1895¹⁸ [1996], p. 304). Ou seja, nessa frase, a inteligência é vinculada ao inconsciente, fazendo parte de todo ser humano.

E se, por um lado, Freud realizava certas contraindicações do processo de análise, por outro, ele nos diz que não seria impossível superá-las, com algumas mudanças no método. Um dos exemplos dados por Freud era a psicoterapia das

---

¹⁷ - Prefácio de Durval Marcondes no texto de Freud: “Cinco lições de psicanálise”, Volume XI, p. 21, Imago, 1996, Obras completas de Sigmund Freud.

¹⁸ - Estudos sobre a Histeria- Parte IV- Psicoterapia da histeria.

psicoses. Não seria o caso também dessas pessoas que ele considerava como não tendo certo grau de inteligência “ideal”?

Dessa forma, observamos que Freud questionava as próprias limitações envolvendo seu método; e, apesar das referências dúbias, o autor não reduzia sua análise da inteligência e da debilidade mental a um déficit sensorial ou a um cérebro “anormal”. Freud também considerava tanto o fator “intelectual” quanto o fator “afetivo” no funcionamento psíquico.

2.2- A inibição

A inibição refere-se ao Ego

O termo “inibição” tem origem francesa e era utilizado no vocabulário jurídico para indicar uma oposição, ou uma proibição. Depois, foi usado pela neurologia para explicar um processo de influência no ritmo cardíaco (Kaufmann, 1996, p. 271). A partir dessa herança conceitual, ou médica, observaremos que o termo será encontrado na obra de Freud em diversas associações com outros conceitos e em diferentes sentidos. Por exemplo, será articulado à inteligência, ao pensamento, ou à linguagem, como também será relacionado com a exclusão da consciência de processos psíquicos e com o teste de realidade. Nessa última associação, a inibição será vinculada à psicose e à alucinação. Em outros momentos, a inibição será, ainda, remetida ao saber, as teorias sexuais infantis, a repressão e ao sintoma.

Devido a algumas dessas relações estabelecidas por Freud, diversos autores desenvolveram trabalhos articulando a inibição ao trabalho intelectual. Acompanharemos o desenvolvimento deste tema na obra de Freud, para que possamos retomar essa discussão.

Desde o início de sua obra, Freud relaciona a inibição ao ego e aos processos cognitivos, e estes ao pensamento e ao juízo. Segundo Freud, é a partir do ego que alguns processos psíquicos podem ser impedidos de terem acesso à consciência verbal, ou seja, o ego permite inibir os processos primários (Freud, 1896¹⁹ [1996]; 1895/1950 [1996]). O autor dará o exemplo da alucinação, mas em que sentido? Freud considera que para que exista a inibição dos processos primários, é necessária a distinção entre a percepção e o traço de memória (lembrança) daquela. Essa distinção ocorre através do teste de realidade, que, num período lógico anterior, não existiria (Freud, 1896²⁰ [1996]; 1895/1950 [1996]). Assim, nesse momento, se a inibição é considerada como a função que impediria a satisfação alucinatória, ou que os processos psíquicos cheguem à consciência, a psicose será articulada a um aumento de processos não inibidos (Freud, 1986²¹ [1996]).

---

¹⁹ - Carta 46

²⁰ - Carta 52

²¹ - Carta 46

Além disso, segundo Freud, o julgamento tem como base o juízo que, como observamos, ocorre pela inibição do ego; e ele pode vinculado às experiências corporais e as imagens motoras do próprio corpo. Nessa articulação, a inibição passa a ser relacionada ao ego e às experiências corporais da criança, ou seja, vinculada a relação da criança com este outro inesquecível.

A inibição e as teorias sexuais infantis: O trabalho intelectual

Já apontamos que a constituição do aparelho psíquico e processos mentais são relacionados por Freud à sexualidade infantil. Em 1905, Freud articula o que ele denominou de pulsão de saber à investigação sexual e às teorias sexuais infantis que a criança inventa. Essas teorias estão relacionadas ao interesse intelectual da criança pelos enigmas da sexualidade que, num determinado momento, ocorre a ela (Freud, 1907).

Segundo Freud, as teorias infantis são: a teoria da mulher fálica, quando a criança imagina que tanto mulheres quanto homens têm pênis, pois a criança não tem conhecimento da existência de dois sexos entre os seres humanos; a teoria cloacal, relacionada à concepção da criança de que se nasce pelo ânus; e “concepção sádica do coito” (Freud, 1908, p. 199). Nessa última, a criança pensa que a relação sexual entre os adultos, ou pais, envolveria o ato no qual um urina no outro, ou mostram as nádegas um ao outro.

Dessa forma, observamos que as teorias sexuais infantis referem-se ao tema da origem da criança e da relação dos pais, bem como ao papel desses em relação à criança. Nesse último caso, Freud indica que as teorias evidenciam a busca da criança de desvendar o papel do pai, no sentido de investigar por que ela seria também do pai, além da mãe.

Essas teorias infantis podem ser mais bem elucidadas no texto de 1917. Nesse texto, Freud afirma que há uma equivalência no inconsciente (posteriormente, chamada de equivalência simbólica) entre fezes e dinheiro, ou entre pênis e bebê, quando um termo pode substituir o outro. Assim, a teoria infantil relacionada ao nascimento cloacal remete-se à equivalência entre bebês e fezes: o bebê nasceria do ânus e se separaria do corpo, como as fezes. E essa teoria, ainda, pode ser relacionada às experiências de separação, ou de perda. Isso possibilita articular essas experiências com o complexo de castração e, posteriormente, com a fase

fálica. Nesse momento, referindo-se ao fato de a criança se deparar com a possibilidade de perder o falo (diferenciado do pênis). Assim, para Freud, a compreensão do complexo de castração deve ser analisada considerando estas experiências de perda (Freud, 1923b [1996], p. 159-160).

Além disso, segundo Freud (1910, p. 87), as pesquisas sexuais da criança não poderiam ser acabadas, pois a criança não chegou ainda a certo ponto de sua constituição sexual que permitiria a ela responder aos seus enigmas, ou seja, não possui instrumentos para tal realização, ainda.

Para Freud, essas teorias sexuais infantis não só têm influência sobre a forma em que aparece o sintoma no adulto, como também são:

“o protótipo de todo trabalho intelectual posterior aplicado à solução de problemas, tendo esse primeiro fracasso um efeito cerceante sobre todo o futuro da criança” (Freud, 1908, p. 198).

E como as teorias poderiam ter também um efeito cerceante no trabalho intelectual da criança? Em 1910, Freud aponta três destinos deste impulso de pesquisa, após o recalque, e um deles será a inibição. Porém, para esclarecer esse desenvolvimento de Freud, retornamos as suas investigações clínicas e em que sentido Freud articula a inibição com o fator intelectual.

Antes deste trabalho sobre a vida Leonardo da Vinci (Freud, 1910 [1996]), Freud já se questionava em 1898²², em uma carta a Fliess, como o mais famoso canhoto da história não tivera um caso de amor. Retomando o questionamento, em 1910, o autor desenvolve nesse trabalho seu objetivo de analisar a “inibição na vida sexual e na atividade artística de Leonardo” (Ibid, p. 136). Segundo Freud, o artista converteu sua paixão em sede de conhecimento; de um lado, Leonardo tinha uma “sede insaciável e incansável de conhecimento”; por outro, mantinha uma vida social bastante relegada. É por isso que Freud considera que Leonardo “*terá pesquisado em vez de amar*” (Ibid., p.84).

Mas qual seria a história dessa inibição amorosa? Freud diz que, no caso de Leonardo, o amor que ele tinha por sua mãe fora recalcado, mas ao identificar-se com ela, permanecia fixado inconscientemente à imagem mnêmica dela e passou a amar meninos “da maneira que sua mãe o amava” (Ibid., p. 106). Essa fixação é retomada por Freud através da fantasia de Leonardo de que, em sua infância, um abutre foi ao seu berço, abriu sua boca e fustigou seus lábios diversas vezes. Tal

---

²² - Referência do tradutor Strachey, encontrada na página 69, do texto “Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância” (Freud, 1910 [1996]).

fantasia é considerada, por Freud, como uma fantasia homossexual passiva que fora criada a partir da transformação de recordações infantis de Leonardo. A permanência dessa fixação é relacionada, por Freud, a uma privação na influência do pai na vida de Leonardo. Nesse sentido, Freud nos diz que o artista teria escapado da “intimidação pelo pai” (Freud, 1910 [1996], p. 128).

Em sua análise, Freud indica que o desenvolvimento afetivo do artista fora transferido para o trabalho intelectual; e, devido a pouca influência paterna, não existiu uma inibição das teorias que influenciaram seu amor por meninos.

A partir dessas considerações, Freud indica que Leonardo se enquadraria em um dos três destinos do impulso de pesquisa, após seu recalque. Ele sublimava a maior parte de sua libido em sua ânsia pela pesquisa. Esses destinos dos impulsos de pesquisa foram descritos por Freud:

- a) Inibição neurótica;
- b) Pensamento neurótico compulsivo (intelectualização, sexualização do pensamento);
- c) Sublimação, sem qualidade neurótica.

Observamos que a “inibição neurótica”, como utilizada nesse texto, deve ser diferenciada do que Freud considerará como inibição em 1926, ou dos desenvolvimentos iniciais de sua obra, quando vincula a inibição aos processos primários. Neste momento (em 1910), a inibição pode ser relacionada também a valores sociais da época, por exemplo, quando Freud diz que a inibição neurótica pode permanecer na vida da pessoa “e a influência da educação acarretará uma intensa inibição religiosa do pensamento” (Ibid., p. 87).

Dessa forma, essa articulação entre a função intelectual e a sexualidade infantil pode ser considerada como mais um dos fatores vinculados à concepção de Freud de que os primeiros anos de vida de uma pessoa têm papel importante em seu desenvolvimento, bem como em seu futuro. Relação que é estabelecida através da história dos pais e de sua relação com o filho (a), envolvendo também a castração, ou as experiências de perda. Nesse sentido é que Freud (1909 [1996], p.18) nos indica, em sua leitura do caso Hans, que as perguntas do menino sobre a sexualidade (se a mãe tinha pipi, se a mesa tinha pipi etc.) poderiam ser articuladas

à castração; referindo-se não apenas ao pênis, mas a outras experiências de perda²³.

Assim, a análise de Freud das teorias sexuais infantis, como de seu recalque, tem mais o sentido de questionar sobre a inibição amorosa de Leonardo do que desenvolver propriamente sobre a inibição intelectual. Ainda mais, por Leonardo não ser considerado por Freud uma pessoa que apresentasse baixo grau de inteligência. E se a análise de Freud não define ou especifica o que seria uma “imbecilidade”, por outro lado, esclarece que os processos cognitivos estão relacionados com os fatores afetivos, com a história familiar de uma pessoa, com suas experiências sexuais infantis e, ainda, com o complexo de castração.

A inibição é uma defesa?

Sintoma, inibição e angústia.

Em 1926, Freud retomará a discussão sobre inibição ao lado de dois outros termos: o sintoma e a angústia; e a inibição terá uma nova definição. Nesse texto, o autor distingue o sintoma da inibição e aponta a importância dessa diferenciação, pois existem casos nos quais constatamos a existência de uma inibição, mas não, de sintoma, e Freud busca saber o motivo disso. Segundo o autor, a inibição é “a expressão de uma restrição da função do ego” (Freud, 1926 [1996], p. 93), não necessariamente patológica; que pode, ou não, configurar-se como um sintoma. Porém, em ambos os casos, seria imposta como precaução.

Nesse desenvolvimento podemos observar a articulação entre a inibição e a ideia de defesa. Até 1926, não estava clara a distinção entre defesa e recalque (Verdrangung) (Ibid., p.159-160²⁴). É, nesse texto, que Freud indicará a importância de reintroduzir o conceito de defesa, como um conceito abrangente, e incluir nesse conjunto mais amplo o recalque:

“Podemos ver que o recalque não é o único meio que o ego pode empregar com a finalidade de defesa de um impulso desagradável” (Freud, 1926 [1996], p. 108).

---

²³ - Comentário inserido em nota de rodapé, datado de 1923 (Freud, 1909 [1996], p. 17).

²⁴ - Observação incluída no capítulo **Adendos**, do texto “Inibições, sintomas e angústia” (Freud, 1926 [1996]), no item “Modificações de pontos de vistas anteriores”, sub-item C.

Assim, o conceito de “defesa” abrangeria todos os processos cuja finalidade é proteger o ego contra as exigências pulsionais. Por outro lado, é possível especificar tipos de defesa e articulá-las a determinadas doenças, como ocorre no caso da histeria e da neurose obsessiva, quando Freud dará preferência ao termo “recalque” (Verdrängung).

Além disso, distinguir formas específicas de defesa e doenças, segundo o autor, pode ser relevante para futuras descobertas, como para esclarecer quais defesas poderiam existir quando ainda não está formado o superego, ou não existe uma clivagem entre o ego e o id.

Nesse sentido, a inibição pode ser considerada como uma defesa e também ser diferenciada do recalque. Essa análise mostra-se interessante quando consideramos a distinção entre a inibição e as três formas de defesa, relacionadas às três estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), seguindo uma leitura a partir de Lacan.

Retomando Freud, a inibição pode ser *específica*, quando busca evitar o conflito do ego com o id; ou pode ter a função de *autopunição*, quando busca evitar o conflito com superego. Nesse último caso, Freud cita o exemplo da inibição que afeta o trabalho de uma pessoa, trabalho o qual poderia levar ao lucro e ao êxito. Ou ainda, a inibição pode ser *generalizada*. Nesse caso, Freud aponta que sua ocorrência pode ser vinculada ao momento no qual o ego encontra-se numa situação especificamente difícil; como situações de luto, de depressão, ou em casos mais graves, na melancolia. Segundo Freud, as situações de luto envolveriam experiências de perda do objeto e poderiam produzir: *dor*, como reação real a perda; *angústia*, como uma reação ao perigo que a perda acarreta; ou *luto*, dependendo do teste de realidade, que exige que a pessoa se separe do objeto.

Por outro lado, o sintoma denotaria a participação de um processo patológico, que envolveria tanto o ego, como o id. O sintoma seria um sinal e uma consequência de um processo de recalque, no qual o impulso desagradável é eliminado e poderia se tornar, ainda, um substituto de satisfação pulsional.

Nas neuroses (fobia, neurose obsessiva e histeria), Freud diz que os sintomas são resultados da destruição do Édipo e eles têm, como força motora, o medo da castração. Na paranóia (o autor usa o termo “paranóide”), Freud aponta a construção delirante como um sintoma que permitiria também a satisfação narcísica.

Ao retomarmos a análise de Freud sobre o caso Hans, podemos observar a inclusão de novos elementos. Segundo Freud, Hans tem medo de cavalo, mas isso não determina um sintoma. Trata-se apenas, de um medo e, para Freud, o sintoma de Hans refere-se à “substituição do pai por um cavalo” (Freud, 1926 [1996]). Nesse sentido, o medo da castração, que seria articulado à afeição pela mãe e à hostilidade ao pai, é deslocado para o cavalo. Assim, Hans terá medo do cavalo, e mais propriamente, medo de ser mordido pelo cavalo; e evitará sair à rua para evitar este possível encontro. E, dessa forma, o sintoma envolveria uma substituição metafórica (substituição do pai pelo cavalo), por outro lado, a “fuga” (não sair para a rua) de Hans tratar-se-ia de uma inibição.

Além disso, segundo Freud, é no desenvolvimento da análise que poderemos considerar a estrutura e o desenvolvimento da neurose, por exemplo, como constatamos no caso Hans:

“Enquanto a análise de um caso está em andamento é impossível obter qualquer impressão clara da estrutura e do desenvolvimento da neurose. Isso é competência de um processo sintético que precisa ser executado subsequentemente.” (Freud, 1909 [1996], p. 119).

Também segundo o autor, o que ocorre normalmente em muitos casos é que a “luta” se prolonga e não há um sintoma que possa resolver e eliminar o impulso desagradável. Ou seja, segundo Freud, não é sempre que encontramos a formação de um sintoma. Assim, podemos encontrar uma paranoia sem uma construção delirante (que ele considera um sintoma), ou a existência de medo e de angústia, sem a formação de uma fobia.

Dessa forma, podemos considerar que o sintoma refere-se a uma formação do inconsciente e se articula à função paterna; já a inibição é vinculada ao ego, ou melhor, a uma restrição do ego (Brauer, 2000, Freud, 1926 [1996]), que também pode ser relacionada a uma defesa e pode ser diferenciada do recalque.

Este caminho de Freud poderia nos indicar uma articulação entre o que se nomeia de “atraso de desenvolvimento” e uma restrição do ego. Além disso, possibilita considerar uma defesa que pode ser diferenciada das defesas relacionadas a uma estrutura específica, recalque (neurose), forclusão (psicose) ou recusa (perversão). Mostra-se relevante, ainda, destacar que a análise de Freud já coloca em cena certa dimensão de um sujeito nessa restrição, como questiona a

redução de certos fenômenos tidos como deficitários da consideração de um cérebro “anormal”.

2.3- Da neurose infantil ao sintoma da criança

É a partir da análise com adultos que Freud é levado a considerar o infantil e seu papel na vida de uma pessoa. Em sua prática clínica, depara-se com a sexualidade infantil, o que segundo o autor, foi confirmada com suas observações de crianças, em especial, a análise do pequeno Hans.

Segundo Freud, a análise com pacientes adultos pode permitir a reconstrução da vida mental infantil esquecida e o preenchimento das lacunas da memória (1900 [1996], p. 277). O autor aponta que as lembranças inconscientes da primeira infância serão as lembranças que mais terão efeitos na vida da pessoa. E isso, apesar de serem esquecidas ou recalcadas, ou ressignificadas no decorrer da vida da pessoa.

O infantil e sua relação com a sexualidade têm papel central na etiologia da doença, como na formação de sintomas nos adultos. Para Freud, o infantil não se refere a uma fase temporal, mas a um componente que continua a viver no adulto e de forma “quase inalterada, no doente, [...] naquele que sonha e no artista” (Freud, 1925 a [1996], p. 307):

“criança é o pai do homem [...] todos os desejos, impulsos instintivos, modalidades de reação e atitudes da infância acham-se ainda demonstravelmente presentes na maturidade” (Freud, 1913 [1996], p.185-186).

No decorrer da análise, são esses fatores infantis que o paciente atuará ou repetirá. E será a partir de uma recordação da infância que essa repetição poderá ter fim, pois o paciente poderá, ao invés de repetir ou atuar, recordar (Freud, 1914 [1996]). O papel do infantil ainda manterá seu valor mesmo quando consideramos que essas recordações infantis possam se referir a fantasias; ou ainda, que possam ser ressignificadas, ou interpretadas, posteriormente (Freud, 1914 [1996], p. 165).

Essa construção do conceito de infantil, ou de “neurose infantil”, pode ser observada na análise de Freud do caso clínico de Dora. A partir da análise com esta paciente, Freud conclui que seus sintomas (tosse, catarro, afonia) relacionam-se com a infância de Dora e suas fantasias inconscientes.

Segundo Freud, Dora era uma “chupadora de dedo” em sua infância. O autor faz referência, nesse sentido, a uma cena de sua infância, quando ela chupava seu dedo, ao mesmo tempo em que mexia na orelha do irmão. Freud (1905c [1996] p. 57) aponta que nessa cena é marcada uma fixação oral, relacionada com o modo no qual a paciente representa uma cena sexual entre um casal, e uma identificação

dela ao pai. Pois, Dora passava a ter catarro como o pai, ao mesmo tempo, em que contraia uma doença como sua mãe.

Segundo essa análise, Freud conclui que o caso de Dora demonstra que seus sintomas possuem um “[...] um modelo infantil” (1905c [1996] p.100) e se relacionam com a fantasia inconsciente da paciente. É por isso que Freud pôde dizer que tratou de uma “neurose infantil”: “[...] não enquanto realmente existia, mas somente quinze anos depois de haver terminado” (Freud, 1918 [1996], p. 20).

Dessa forma, a “neurose infantil” refere-se a uma construção infantil e articulada a uma fantasia, que é tratada após ter terminado e não se refere a alguma cronologia específica.

Porém, o que ocorreria quando uma neurose aparece na própria infância? Que implicações existiriam para o tratamento?

Inicialmente, Freud citava a dificuldade de acesso à vida mental da criança:

“Uma análise conduzida sobre a própria criança neurótica deve normalmente parecer mais digna de confiança, mas não pode ser muito rica em material, demasiadas palavras e pensamentos têm de ser ‘emprestados’ à criança, e ainda assim os estratos mais profundos podem se tornar impenetráveis à consciência” (Freud, 1918 [1996], p. 20).

Porém, em 1923, ele sustentará que o acesso à vida mental da criança (referindo-se a casos em que existe uma “neurose na infância”) é mais fácil, comparado à análise com um paciente adulto, já que essa envolveria “investigações exaustivas” (Freud, 1923 a [1996], p. 87).

Além disso, em 1924, Freud diferenciará a “neurose infantil” de uma “neurose na infância”. Nesse texto, Freud (1924, [1996] p. 197) afirma que se há dissolução do Complexo do Édipo (uma “destruição, abolição do complexo”) e não apenas um recalque desse Complexo, este não vai permanecer nem mesmo no inconsciente, mas será substituído pelo superego (Freud, 1925c [1996], p. 285). Porém, se somente ocorre uma repressão do Complexo de Édipo, este permanecerá no inconsciente e terá um “efeito patogênico” (Freud, 1924 [1996] p. 197). Ou seja, será quando existe uma falha nessa destruição do Complexo de Édipo, que observaremos a construção de uma neurose na infância.

É exatamente essa análise que Freud retomará em 1926, ao considerar que a fobia do pequeno Hans (uma neurose na infância) é “uma tentativa de solucionar esse conflito” (Freud, 1926 [1996], p.104), referindo-se ao Édipo. A fobia teria o

papel de eliminar a catexia de Hans para com sua mãe, ao mesmo tempo em que o pai é substituído pelo animal, no caso, o cavalo. E, segundo Freud, a fobia de animais é “[...] uma forma comum, talvez a mais antiga, das doenças psiconeuróticas que ocorrem na infância” (Freud, 1913 b [1996] p. 132).

Por outro lado, apesar de Freud chegar à conclusão de que a análise com crianças tem maiores facilidades, ele também considera que esta tem suas particularidades (Freud, 1918 [1996], p. 20-21). No caso da análise com crianças, a técnica de associação livre deve ser questionada e a transferência ocorre de forma diferenciada da clínica com adultos, já que existe o papel dos pais reais e a resistência nessa clínica pode ser remetida também ao papel desses (Freud, 1933 [1996]). É por isso que o autor chegará a postular a importância de “uma dose de influência analítica junto aos pais” (Ibid., p. 146).

Assim, se de um lado Freud não atendia crianças, ele não deixa de sustentar que a análise com crianças é possível e que ela pode ter resultados e ganhos:

“Não receamos aplicar tratamento analítico a crianças que, ou mostraram inequívocos sintomas neuróticos, ou estavam a caminho de um desenvolvimento desfavorável de caráter. A apreensão, expressa pelos adversários da análise, de que a criança seria prejudicada, mostrou-se infundada” (Freud, 1933 [1996], p. 146).

Outro ponto que deve ser destacado na obra de Freud, quanto a suas referências a crianças e à clínica, trata-se da articulação entre a psicanálise e a educação. Inicialmente, em 1925, o autor afirmava que a psicanálise poderia contribuir para o trabalho da educação (Freud, 1925a [1996], p.308) e, até mesmo, considerava a possibilidade de um caráter profilático das aplicações da psicanálise na educação (Freud, 1925b [1996], p. 72), seja para as crianças neuróticas, seja para outras crianças que não seguiam o caminho que ele denominava de “normal”.

Porém, em 1937, Freud diz que o papel desse caráter profilático foi exagerado, por exemplo, quando fala do esclarecimento sexual para as crianças. Nesse momento, o autor dirá que este esclarecimento não faz, de forma alguma, que as crianças abandonem suas teorias sexuais, assim, não tem efeito nenhum de profilaxia. Este novo posicionamento de Freud nos permite, mais uma vez, retomar a análise das teorias sexuais infantis.

No caso Hans (Freud, 1909 [1996]), por exemplo, o esclarecimento de que as mulheres, incluindo sua mãe, não têm “pipi”, deixava-o mais calmo por apenas um período, mas não possuía efeito decisivo algum; pois logo após um curto tempo,

observamos o retorno da compulsão de Hans em olhar cavalos, como de seu medo deles. Ou seja, não se tratava de educar Hans para que ele melhorasse. O que Freud irá relacionar com a melhora de Hans são as construções de fantasias, ligadas ao complexo de castração. Por exemplo, as fantasias de Hans que giravam em torno da girafa pequena e girafa grande; a fantasia do bombeiro que desparafusava e retirava o traseiro de Hans e lhe dava outro; ou ainda, a fantasia de Hans de ter filhos. E Freud concluirá que foi por meio da análise da fantasia do bombeiro que o complexo de castração pôde ser superado.

Dessa forma, mesmo fazendo referência a um desenvolvimento “normal”, Freud indica que não se trata de uma direção educativa no tratamento com a criança. Esse caminho, Freud nos diz, fracassa. A clínica envolve a construção de fantasias e a superação do complexo do Édipo (envolvendo o complexo de castração).

Entretanto, apesar de Freud concluir sobre o fracasso da educação na clínica, esse caminho será retomado e discutido por outros analistas, em meio a avanços e retrocessos. Por exemplo, sua filha, Anna Freud (1971), que retomará esse projeto educacional com certa dose de esperança. Essa posição da autora pode ser constatada na sua descrição dos objetivos para uma análise com criança: trata-se de adaptar a criança ao meio ambiente, influenciando seu superego e modificando seu caráter. A esse trabalho, a autora denominará de “função pedagógica” da análise com crianças. Assim, podemos observar nessa descrição que os objetivos da análise estão vinculados à concepção da criança como um ser “imaturo”, que possui um superego “fraco” e dependente de influências externas.

Por sua vez, Melaine Klein (1997, p.27-29) sustentará que a análise com criança envolve os mesmos eixos que a análise do adulto, dando ênfase à elaboração de situações e de vivências em forma de fantasia, como Freud destacava. Porém, ao mesmo tempo, também fará referência ao caráter educacional da análise. Segundo a autora, a análise com crianças envolve um tempo inicial de esclarecimento sexual, relacionado às fantasias de nascimento e outras teorias sexuais infantis, o que permitiria reduzir o sentimento de culpa e a severidade do superego e auxiliaria na elaboração de fixações sádicas, interferindo na capacidade do ego para lidar com as exigências do superego e da realidade.

Em suma, apesar de Freud demonstrar o fracasso da educação no tratamento e na profilaxia, tanto Anna Freud como Klein ainda não descartavam seus esperados

“benefícios”. Finalmente, citamos abaixo outras palavras de Freud que podem demonstrar sua posição diferenciada dessas duas autoras, quanto ao tema:

“Ao educar crianças só visamos a ser deixados em paz e não ter dificuldades, em suma, a formar uma criança modelo, e prestamos muita pouca atenção a se tal curso de desenvolvimento é também, para o bem da criança” (Freud, 1909 [1996], p. 128).

Parte 3– Reposicionando as questões com Lacan

A partir de Lacan, não consideramos o cérebro, ou ainda, o corpo como um objeto, ou seja, um corpo que pode ser radiografado, calibrado, ou medido por avaliações psicológicas e testes.

Se Freud criticava uma orientação unilateral da medicina, Lacan diz que devemos considerar a dimensão do corpo que foi excluída pela medicina: a dimensão do gozo. Pois, no caso do ser humano, concebemos um corpo erotizado, afetado pela linguagem, ou seja, um corpo no qual ocorrem inscrições. Trata-se de um corpo que é feito “*para gozar, gozar de si mesmo*” (Lacan, 1966 [2001], p. 11). Segundo Sauret (1997), essa é a principal contribuição da psicanálise de Lacan: “o que a psicologia, assim como uma certa psicanálise, deixa foracluído [...] a categoria de gozo” (Ibid, p. 42).

Se Lacan, inicialmente, privilegia a questão da linguagem, ou seja, a dimensão simbólica articulada ao inconsciente; a partir do registro do real, podemos associar o inconsciente também à pulsão e ao gozo (Ferretti, 2004, p.59).

Quando nos referimos ao real, estamos nos remetendo ao impossível e não simbolizável, que nos envia tanto ao tempo anterior à introdução do significante como também a um resto que permanece após a simbolização, pois não é todo o real que passa pelo significante (Sauret, 1997).

Dessa forma, na teoria lacaniana, devemos considerar tanto a importância do registro do simbólico como do real e, ainda, a articulação desses registros com o do imaginário. Os três registros devem ser analisados tanto na constituição do sujeito, quanto na análise da experiência clínica.

E, se dizemos que a teoria de Freud e sua clínica nos permitem questionar o modelo psicológico e médico para o diagnóstico e tratamento da deficiência mental, a partir de Lacan, concebemos que é questionado, também, o próprio modelo freudiano.

Partimos da consideração de que, mesmo antes de nascer, a criança já tem um lugar preestabelecido por este Outro, que Lacan articula com a linguagem e a cultura, que antecede e determina o sujeito (Lacan, 1964 [1998], p.233). É a partir desse discurso do Outro que os significantes situarão o lugar da criança numa estrutura e que colocarão em cena o desejo.

Inicialmente, a criança é totalmente dependente de uma pessoa que realizará a função materna (Outro primordial), seja para sua sobrevivência, seja para sua introdução à linguagem. Trata-se do outro inesquecível, ou o primeiro sedutor, como Freud colocava. É este outro que irá erotizar o corpo do bebê, dando significados às suas necessidades, a seus gritos, movimentos e reações. Nesse sentido, serão produzidas as inscrições que Freud citava. E apesar da criança não ter, nesse momento, uma imagem unificada de si, embora não possa entender o sentido dos significantes destinados a ela pelas pessoas que a rodeiam, já podemos considerar a existência de um corpo afetado pelo significante.

Assim, o corpo ao qual Lacan se refere não é o corpo biológico, mas sim, o “corpo virtual (corpo-imagem), marcado pelo significante (corpo-fala) e habitado pela libido (corpo-gozo), que demanda um olhar distinto daquele da medicina” (Greco, 2011, p. 1). E nesse sentido, não há como entendermos uma separação entre corpo vivo e, depois, falante (Gerbase, 2009), não há como entender corpo, sem falar da linguagem, de gozo e de sujeito:

“o corpo afetado pelo inconsciente é o próprio sujeito de um significante, se sustenta na ideia que o inconsciente seja o real (...) corpo e sujeito são colocados em posição de equivalência, senão de homologia, o que tem a vantagem de deixar de lado a divisão corpo e mente”. (Gerbase, 2009, p. 102).

Portanto, para além da noção de criança e de adulto, trata-se de sujeito. Sujeito que não é algo corpóreo, que não se refere a um organismo, a uma pessoa, ou a um indivíduo, ou ainda, que não se refere ao sujeito consciente (Fink, 1998, p.56). Segundo Lacan, sujeito é um efeito do significante sobre o real, pois, ao ser submetido à linguagem, ele é reduzido a não ser mais que um significante (Lacan, 1964/1998, p.196-197). E, como significante, pode representar o sujeito para outro significante. Assim, Lacan nos diz quando considera que “um significante é o que representa um sujeito para um outro significante” (Ibid., p. 197).

Essa concepção de Lacan refere-se à própria divisão que caracteriza o sujeito. Ele é dividido entre dois significantes, entre S1 e S2, entre saber e gozo. Dessa forma, devido à sua divisão, o sujeito não pode ter a resposta de quem ele é. Podemos, por exemplo, falar de nosso sobrenome, profissão, RG etc, mas isso não “basta”, pois esses significantes não nos representam (Sauret, 1997, p.16). Assim,

trata-se de um sujeito “barrado pelo significante” (Cottet, 1999, p. 16), que é pontual e ilocalizável.

Porém, além de ser dividido pelo significante, o sujeito também é dividido pela pulsão. Ao acrescentar esse novo elemento (o objeto a), Lacan nos permite conceber um sujeito dividido enquanto remetido, de um lado, a um traço (que o faria Um), ou um significante, e, de outro, ao objeto a, sem ser um nem outro (Dubois, 2004). Um sujeito:

“[...] clivado pela linguagem, efeito de linguagem, o sujeito é, também, simples efeito de perda, pois é dessas quedas dos objetos a que ele se sustenta em seu ser. [...] A alienação do sujeito pelo significante encontra um ponto de parada no fantasma e especialmente no enquadramento do gozo que o objeto permite [...]. Em relação à pergunta cartesiana: ‘o que sou?’ e sua resposta: ‘uma coisa pensante’ há a lacaniana: ‘que sou no desejo do Outro?’ e a resposta do real: ‘objeto a’ “ (Cottet, 1999, p. 23).

Dessa forma, a partir de Lacan, o sujeito não é o sujeito da psicologia, concebido como uma unidade sintética de representações. Ele não se desenvolve e também não tem idade. Consideramos uma constituição de um sujeito que deve ser articulada à relação desse sujeito com o Outro (Sauret, 1997, p.20). Nesse sentido, a obra de Lacan questiona a própria concepção de um desenvolvimento de valor normalizador ou moralizador, como também as noções de atraso ou déficit de desenvolvimento.

3.1- A neurose infantil, o sintoma da criança e o tratamento analítico

Para Freud, a neurose infantil vincula-se ao infantil presente nos adultos. A partir da leitura de Lacan, podemos considerar que a neurose infantil corresponde a algo “estrutural e estruturante”, vinculado a um “modo de satisfação pulsional” e à relação do sujeito com o Outro (Sauret, 1997).

Isso, porque a construção da neurose infantil é uma resposta frente ao enigma do desejo do Outro. A partir da constatação da castração, ou seja, da falta do Outro, a criança poderá tanto questionar o desejo do Outro, quanto formular sua própria resposta. Isso será feito através de uma passagem para uma “solução ao pai”. O que isto quer dizer? A neurose infantil será construída pela formulação do fantasma (Melman, 1997, p.16), quando teremos uma passagem da “solução ao pai” para o inconsciente (Sauret, 1997, p. 21), o que porá fim a esse impasse relacionado ao enigma do desejo do Outro. Além disso, essa fantasia se colocará como a matriz imaginária do sujeito, ou seja, o ponto a partir do qual o mundo será visto pelo sujeito.

É interessante retomar a clínica para demonstrar esta análise. No caso de Dora, por exemplo, observamos que o modo de gozo da sua fantasia se refere à oralidade, ou seja, a pulsão oral. É através desse modo de satisfação, que veremos a marca de sua relação com o Outro, ou ainda, com os traços de gozo do Outro (Sauret, 1997, p.21).

O infantil na psicanálise é, assim, aproximado do pulsional. Considerando que, através da linguagem, a ligação da pulsão ao gozo no corpo (Ferretti, 2004, p. 63). Por isso, de acordo com Ferretti e Sauret, o infantil remete ao pulsional, à fixação, à repetição, ao mais além do princípio do prazer, ou seja, elementos que evidenciam sempre a relação do sujeito com o Outro (Sauret, 1997; Ferretti, 2004).

E a partir destes apontamentos podemos diferenciar a neurose infantil da infância do sintoma (que será apagada no período da latência) e, ainda, diferenciá-las de uma neurose contemporânea no adulto que, por sua vez, é posterior à construção da fantasia e que está remetida a não existência da relação sexual (Melman, 1997, p.16).

E também podemos considerar uma análise diferenciada do sintoma da criança. Segundo Lacan (1969 [2003]), a importância da função da família não é reduzida à satisfação de necessidades, mas articula-se a “um desejo que não seja

anônimo” (Ibid, p. 369). Nesse sentido, a função da mãe se dá quando se marca um interesse particularizado para a criança, através de seus cuidados. Podemos observar a importância desse desejo, na fala de Lacan citada abaixo:

“O papel é o desejo da mãe. É capital. O desejo da mãe não é algo que se possa suportar assim, que lhes seja, indiferente. Carrega sempre estragos. Um grande crocodilo em cuja boca vocês estão- a mãe é isso. Não se sabe que lhe pode dar na telha, de estalo fechar sua bocarra [...]. Então tentei explicar que havia algo de tranquilizador [...]. Há um rolo, de pedra. É o que se chama falo. É o rolo que os põe a salvo se, de repente, aquilo se fecha” (Lacan, 1969/1970 [1992], p. 105).

E o sintoma da criança, para Lacan, será considerado como representante da verdade, respondendo ao que existe de sintomático nesta estrutura familiar. E segundo o autor ele pode ocorrer segundo duas modalidades: o sintoma da criança responde à verdade do casal parental, ou o sintoma responde à subjetividade da mãe.

No caso do sintoma que responde à verdade do casal parental, segundo Miller (1998), podemos relacioná-lo com uma mãe cuja falta não é preenchida pela criança, ou seja, a mãe que se mantém dividida. Pois, ao ser mãe, não deixando de ser mulher e consentindo em ser objeto de um homem, ela se colocaria como desejante e faltante em relação à criança. Essa categoria, segundo Lacan, é mais acessível a intervenções do que a outra citada.

Além disso, segundo Nominé (1997), podemos relacionar a verdade do casal parental ao sintomático dessa estrutura, considerando o que desse casal não funciona bem, ou claudica:

“a verdade do casal parental é que não há relação sexual, certamente há sintoma e há filhos. Como a criança se arranja com essa verdade? Ela constrói um romance, o romance familiar, assim, ela arranja para que os significantes copulem” (Nominé, 1997, p. 13).

Como exemplo, podemos citar o caso Hans, quando a criança “encontra o *recurso sintoma* para, por um lado, manter o laço fálico e por outro, distanciar-se da posição perigosa de ser objeto de gozo da mãe” (Ibid, p. 38, grifo nosso). Nesse sentido, Nominé aponta que o sintoma da criança pôde simbolizar sua posição e a verdade materna, impedindo que ela realizasse o lugar de objeto *a* da fantasia materna.

A análise de Miller (1998) nos indica também que, para discutirmos a importância da função paterna, devemos nos referimos tanto ao pai como à mãe,

pois é preciso que a mãe seja mãe, sem deixar de ser mulher. Ou seja, como citamos, “que a mãe não esteja dissuadida de encontrar o significante do desejo no corpo de um homem” (Miller, 1998, p. 7). Assim, além de considerar a mediação paterna enquanto uma flecha entre S1 e S2 (Sauret, 1997), devemos considerar os novos desenvolvimentos de Lacan, quanto à função paterna:

“Um pai só tem direito ao respeito, senão ao amor, se o dito- amor, o dito- respeito, estiver, vocês não vão acreditar em suas orelhas, pé-vertidamente (*perversement*) orientado, isto é, feito de uma mulher, objeto pequeno a causa de seu desejo” (Lacan, RSI, Inédito, aula de 21/01/1975).

A partir disso, Nominé (1997) aponta que podemos conceber uma nova versão da metáfora paterna, quando a função paterna não será mais aquela que daria significação ao desejo da mãe, mas será a função de nodulação, ou a função de uma *orientação a um sentido*:

Por outro lado, quando o sintoma da criança decorre da subjetividade materna, Lacan considera que a criança “torna-se objeto da mãe e não tem mais outra função senão a de revelar a verdade desse objeto” (Lacan, 1969 [2003], p. 369). Trata-se, portanto, de uma criança que realiza a posição do objeto a da fantasia materna, substituindo-se a esse e saturando a falta que especifica o desejo da mãe. Isso ocorre, diz Lacan, quando não existe a mediação normalmente assegurada pela função paterna. Segundo Nominé (1997), encontramos aqui uma referência de Lacan à psicose.

Devemos salientar, porém, que o texto “Nota sobre a criança” (Lacan, 1969 [2003]) foi escrito alguns anos antes do Seminário XX (1972/1973 [1982]), quando Lacan considera que, numa posição primordial, toda criança é substituta do *objeto a* da fantasia materna. Ou seja, a mãe dessa criança a desejou e cuida dela, pois ela significa algo à mãe, como “promessa para ela de recuperar um pouco deste gozo que ela perde ao falar” (Sauret, 1997, p.18). Assim, a criança surge, num primeiro momento, como objeto real, objeto destacado, ou objeto mais-de-gozar da mãe:

objeto a (Soler, 1995, p. 130). E será através da mãe que se apresentará para a criança o gozo do Outro, tendo este filho como “rolha”:

“Para esse gozo que ela é, não-toda, quer dizer, que a faz em algum lugar ausente de si mesma, ausente enquanto sujeito, ela encontrará, como rolha, esse a que será seu filho” (Lacan, 1972-73/1982, p. 49).

Nesse sentido, Hartmann (1993) destaca que devemos analisar de que modo ocorre essa saturação da criança da falta materna, considerando como se instala a perda do objeto em cada caso singular e em cada estrutura clínica (neurose, psicose e perversão). Além disso, a autora aponta que o sintoma da criança coexiste por estrutura com o desejo materno e as consequências disso, às vezes, serão vistas apenas “après-coup” (Ibid, p. 186). Assim, podemos encontrar um maior subornamento da criança à fantasia materna, sem que isso equivalha a uma psicose, enquanto estrutura clínica. Por exemplo, Sauret (1997) sustenta que os sintomas que envolvem uma deficiência, ou uma desvantagem, podem evidenciar uma maior submissão da criança à fantasia materna:

“(...) quanto mais a criança é deficiente, mais ela dá corpo a esse objeto, mais ela solicita de sua mãe que se abandone à inclinação, à tendência de seu fantasma em detrimento de sua própria verdade” (Sauret, 1997, p.92).

Seguindo essa análise, parece-nos, Bruno (1986) e Laurent (1995) consideram que existem casos de crianças nos quais ela pode ser localizada como objeto do fantasma materno, mesmo possuindo uma estrutura neurótica.

Seriam esses os casos nos quais podemos considerar uma subtração de gozo “mal feita” (relacionada à função paterna), como Sauret (1997) indica? Casos em que isso não signifique uma forclusão do Nome-do-Pai? Ou ainda, será que a análise do sintoma da criança e ao que ele responde, em alguns casos, poderá somente ser realizada posteriormente, com o decorrer do tratamento?

De qualquer forma, para analisarmos a relação do sujeito com o Outro, mesmo considerando uma posição de objeto da criança, devemos considerá-la como um sujeito. Neste sentido, supomos uma escolha no seu posicionamento (Sauret, 1997). Assim, mesmo em uma estrutura familiar na qual não exista uma referência a um homem, ou na qual a mulher (mãe) não dê peso à palavra do homem, devemos considerar um posicionamento da criança. E isso ocorre seja quando a criança não renuncia ser sujeito, efeito do significante, seja quando escolhe permanecer nessa posição de objeto. Em que sentido?

Sauret (1997) nos indica que mesmo Freud enfatizava que a posição passiva é uma posição que demanda certo trabalho. Além disso, a autora questiona que se não consideramos uma manifestação de um sujeito, mesmo no caso de uma criança que se encontra numa posição de objeto, estaremos excluindo o fato de ela poder reagir aos significantes e, ainda, talvez inviabilizando a própria existência de uma análise. Nominé (1997) também dará ênfase a essa dimensão do sujeito para sustentar a existência da análise com crianças, apontando que sempre devemos considerar, para além de sua estrutura familiar, como cada sujeito constrói ou não constrói seu mito individual.

Dessa forma, para Lacan, a psicanálise não se refere a uma terapia do psíquico, não envolve sugestão nem convencimento e acrescentamos, não envolve a educação. Ela refere-se a uma escuta que sempre pressupõe um sujeito que fala, um sujeito do inconsciente, que independe de sua idade cronológica (Meira, 2004). Neste sentido, seja a análise realizada com uma criança ou com um adulto, ela vai envolver a estrutura da relação do sujeito com o Outro e um posicionamento daquele. Por outro lado, essa posição não exclui a possibilidade de considerarmos, como Colette Soler aponta, que mesmo que a análise com crianças não se diferencie pelo fato do paciente ser criança ou não, podemos destacar uma diferença no sentido de que essa análise tem um caráter particular, de que “ (...) por mais finita que se queira, deve deixar aí alguma coisa por vir” (Soler apud Ferreira, 1999, p. 63).

A clínica envolve construções e elaborações, a partir das quais, como Freud demonstrou no caso de Hans, a criança pode questionar o desejo do Outro e se localizar em seu próprio, deslocando-se da posição de objeto através de uma “subtração do gozo” (Hamad, 2001; Averbuch, 1989). Nesta direção, encontramos o valor da clínica psicanalítica, segundo Lacan, que está em “operar sobre a fantasia” (Lacan, 1968 [2003], p. 364). Assim, mesmo que existam pais da realidade, como Freud apontava, a ênfase deve ser dada em “como foi transmitido à criança o saber, o gozo e o objeto” (Sauret, 1997, p. 42) e, ainda, em como a criança elaborará esses termos.

Trata-se de uma clínica, seja com crianças, ou adultos, do escrito. Uma clínica que envolve a aposta na possibilidade de um ser ler seu traço e, com isso, modificar o caráter de dependência dessa relação com o Outro (Allouch, 1995) ²⁵:

“um ser capaz de ler seu vestígio [marca], isso basta para que ele possa se reinscrever em outro lugar que não aquele onde ela o levou inicialmente. Esta re-inscrição, é esse o vínculo que o torna dependente, a partir daí, de um Outro cuja estrutura não depende dele” (Lacan, 1968/1969 [2008], p. 304, aula de 14/05/69).

Nesse sentido, Allouch (1995) tem uma leitura interessante. Entendendo a saúde mental como “passar para outra coisa” (Ibid, p. 7), ele nos leva a considerar que esse voto de passar a algo diferente de nossa alienação envolve passar pela coisa do outro. Porém, essa passagem pode ser diferenciada da concepção da psiquiatria. Como exemplo, Allouch cita a análise de Pinel (e é possível incluímos nessa consideração outras práticas da psicologia), quando o tratamento ocorreria por meio de uma domesticação do alienado, visando alguma utilidade pública disto. O que se encontra bem distante do que Lacan enfatizava.

Dessa forma, a partir de Lacan, concebemos uma clínica que permite analisar os modos de relação do sujeito com a alteridade, uma clínica do escrito, que nos possibilita considerar tanto a clínica com as psicoses, quanto uma clínica com os ditos “débeis mentais”:

“Fiquei admirado ao ver o que recebi de braçadas de flores, de flores da verdade, quando por inadvertência, **aceitei em psicanálise o que Freud-como ele se enganou! - parecia ter tido que afastar dela, ou seja, um débil mental.** Não há psicanálise, devo dizer, que funcione melhor, se com isso nos referimos à alegria do psicanalista.” (Lacan, 1968/1969 [2008], p.172, grifo nosso).

---

²⁵ “Un être qui peut lire es trace, cela suffit à ce qu’il puisse se réinscrire ailleurs que là d’où il l’a portée. Cett réinscription , c’est la le lien qui e fait dès lors dépendant d’un sutre, don’t la structure ne depend pas de lui. Tout s’ouvre à ce qui est der register du sujet définie comme “c’est ce qui efface ses traces”; le sujet à la limite et pour faire sentir da dimension originale de ce dont il s’agit, je l’appellerai celui qui rempalce ses traces par as signature”. (Lacan, Seminário 16, aula de 14/05/1969. Trecho em sua versão original, extraído do site da Ecole Lacanienne. Disponível em: <<http://www.ecole-lacanienne.net/stenos/seminaireXVI/1969.05.14.pdf>>. Acesso em: 8/02/13).

Parte 4- Considerações sobre a debilidade mental

4.1- A debilidade mental, um déficit na obra de Lacan?

Lacan não possui uma teoria específica da debilidade mental, como Freud. Será um a-caso? Uma ausência de clínica? Citamos na introdução que Lacan considerava um engano de Freud em contraindicar a análise aos ditos “débeis”, sustentando que a análise é sim, possível; e ele próprio a realizara. Assim, não nos parece que se tratava de uma ausência da clínica.

Será, então, que Lacan não destacava esse tema por não considerá-lo vinculado a uma clínica particularizada? Ou ainda, será que o autor não tinha maior interesse pelo tema?

Em 1971, em texto posterior ao seu comentário da viabilidade da análise com os ditos “débeis”²⁶, Lacan dirá: “não tenho nenhum tipo de paixão pelos débeis mentais, distingo-me nisso de minha querida amiga Maud Mannoni” (Lacan, 1971 [2011], p. 69). O comentário de Lacan é realizado em uma apresentação em Sainte-Anne, na mesma época em que apresentava o seminário “...Ou pior”. E Lacan continua: diz que, apesar dessa ausência de paixão, ele não pode deixar de considerar que existiam muitos “débeis mentais no Instituto”. E conclui: “não vejo por que eu me perturbaria²⁷” (Lacan, op.cit.,p.69). Nesse momento, Lacan faz referência à debilidade mental para criticar certos colegas, indicando talvez, que este tema realmente não lhe tenha causado a mesma inquietação, que causou a Mannoni, como a mim.

Posteriormente, em 1977, Lacan irá considerar a debilidade mental como um mal-estar fundamental do sujeito quanto ao saber (Bruno, 1986), ou seja, nesse momento, a debilidade irá se referir a um aspecto de ordem estrutural do ser humano, o fato de o homem não saber fazer com o saber:

“ O saber [...] lhe é imposto [ao homem]. É imposto pelo que chamei dos efeitos do significante e... não está cômodo, não sabe fazer com o saber, isto é sua debilidade mental, da qual não me isento [excluo] [...]. Não me isento, simplesmente porque tenho que me haver com o mesmo material que todo mundo, o material que nos habita” (Lacan, Seminário *I'insu que sait de l'une-bévue, s'aile à mourre*, Inédito, aula de 11/01/1977).

---

²⁶ - Comentário realizado no Seminário 16 (De um Outro ao outro).

²⁷ - “emeuvrais” (emocionaria).

As mudanças de concepção no uso deste termo tornam necessário analisar os diversos contextos e sentidos que ele recebeu no decorrer da obra de Lacan (citações incluídas no item *II Pós-texto*). A maior parte destas referências já foi citada e desenvolvida por outros autores, em diversos trabalhos (Bruno, 1986; Santiago, 2005; Laurent, 1991; Laurent, 1995; Miranda, 2002; Sanches, 2008). Não pretendemos esgotar estas referências, nem nos debruçar em cada uma delas, pois não é o foco deste trabalho.

Vamos analisar de forma mais particularizada três referências de Lacan à debilidade mental, quando o autor fará referência específica ao esse diagnóstico médico e psicológico, a pessoas consideradas “débeis” ou, ainda, quando fará referência aos nomeados “atrasos de desenvolvimento”.

Inicialmente, o comentário de Lacan a ser analisado é quando ele discute esse diagnóstico, ao referir ao tratamento de duas crianças, Dick e Roberto (Lacan, 1953/1954 [1986]). Depois, focaremos o comentário do autor sobre a obra de Maud Mannoni, que tratava especificamente desse tema da debilidade mental (Lacan, 1964 [1998]). Essa referência à obra de Maud Mannoni será retomada posteriormente no texto “Aturdito”, quando Lacan considera que *a debilidade mental resulta mais do dizer parental, do que de alguma obtusão nata* (Lacan, 1972 [2003], p. 464).

A terceira referência pode ser situada no Seminário 16, quando Lacan destaca a viabilidade da análise com os ditos “débeis” (como citamos) e uma certa vivacidade da relação com a verdade, que o dito “débil” demonstraria. Segundo Bruno (1986), é essa referência de Lacan na qual, pela primeira vez, o autor dará um novo sentido ao termo debilidade mental, diferenciando-se da concepção médica e psicológica. Em que sentido?

Neste seminário, Lacan (1968/1969²⁸ [2008], p. 172) diz que o débil, ao estar a serviço da verdade que não pode ser dita (mas sempre meio-dita), ele necessariamente carrega a mentira. Como podemos entender essas considerações? Segundo Lacan, o campo do Outro é o campo da verdade e este campo se coloca para “se oferecer a ser ou não refutado” (Ibid, p. 24). Além disso, segundo Lacan, este Outro tem um furo, sendo o objeto *a* o que poderia designar esse furo. Devido a

---

²⁸ - Aula de 26 de Fevereiro de 1969.

isso, o Outro não pode, como Deus, garantir um saber que seja absoluto sobre o sujeito; ele apenas fornece uma “textura” ao sujeito. Ou seja, ao ser barrado, o Outro não poderá dizer toda a verdade sobre o sujeito, pois isso é impossível (Lacan, 1972/1973 [1982]).

Como podemos observar essa análise de Lacan, quando nos referimos à clínica propriamente dita? Bruno (1986) diz que é frequente nas crianças diagnosticadas de débeis uma resistência a tudo que poderia negar ou questionar a veracidade deste Outro significante. Podemos verificar isso em certas falas, quando o dito “débil” repete as falas desse Outro, sem questionar-se. Por exemplo, o menino citado na introdução reproduz o discurso de sua avó (que realizara a função materna) sobre seu pai: “Você não trabalha (...) fedorento (...) vagabundo (...) vai para cervejinha”. Frases deste discurso do Outro, ao comentar sobre seu pai que se tornara um alcoólatra, morava na rua e não mais tomava banho, segundo a avó.

Os outros desenvolvimentos de Lacan sobre a debilidade mental, após o Seminário 16, irão se articulando a aspectos estruturais da constituição do sujeito e sua estrutura. E em que sentido podemos conceber que a debilidade mental afetaria todos nós?

Miller (2003), ao retomar os últimos desenvolvimentos de Lacan, destaca que se no começo do ensino do Lacan o pensamento (inconsciente) referia-se a um pensamento que era estritamente simbólico, posteriormente o pensamento será considerado uma “imaginarização do simbólico” (Miller, 2003, p. 13). Assim, a debilidade mental será associada ao próprio “mental”, a uma imaginarização do simbólico, que evidenciaria a desarmonia entre o real, o simbólico e o imaginário; ou, ainda, a difícil relação entre o simbólico e o corpo:

“Ele [Lacan] situa o pensamento, e também, o inconsciente, apenas no nível de uma relação difícil que chama o mental [...]. A debilidade mental quer dizer que o falasser é marcado pela desarmonia entre o simbólico, o real e o imaginário [...]. Ele assim qualifica aquilo com que terá que se haver um ser cujo mental é débil, quer dizer, um ser, diferentemente dos animais, não se encontra em seu mundo, está estruturalmente perdido e mal orientado [...]. Porque sua libido é narcísica, porque seu corpo é doente, o que se chamou com o glorioso nome de castração” (Miller, 2003, p. 13).

Podemos observar essa referência a uma difícil articulação do simbólico com o corpo em outros textos de Lacan. Por exemplo, quando o autor considera que se o

ser falante se mostra destinado à debilidade mental, isso se deve ao registro do imaginário, ou ainda, à sua referência ao corpo (Lacan, RSI, Inédito, aula de 10/12/74). Ou quando Lacan considera que o sentimental (desmembrando em: sentido – mental) é sempre débil, pois, em algum viés, é sempre redutível ao imaginário (Lacan, 1975/1976 [2007]). Essa concepção também pode ser observada no texto “Conferência em Genebra sobre o sintoma” (Lacan, 1975 [1985]), quando Lacan diz que:

“ [...] o pensamento é [...] um engodo [...] um engodo que especifiquei com o que chamo de imaginário e toda uma tradição filosófica se deu conta disso. Se o homem – dizê-lo assim parece uma banalidade- não tivesse o que se chama de corpo, não vou dizer que não pensaria, isto é óbvio, senão que não estaria profundamente capturado pela imagem desse corpo” (Lacan, 1975 [1985], p. 3).

Segundo Lacan, o saber é imposto pelos efeitos dos significantes, mas o efeito de escritura do simbólico sempre guarda um efeito de sentido, ou, como ele diz, de “imbecilidade” (Lacan, RSI, Inédito, aula de 10/12/74). Nesse sentido, o autor refere-se ao fato de que não há como tratar de forma diferenciada o campo das ideias (significantes) e o campo das coisas (objetos), ou da realidade, como Platão buscava. E é exatamente por essa tentativa que Lacan diz que Platão, apesar de ser lacaniano - ao considerar que quando tentamos dizer sobre o real encontramos dificuldades- era também “meio débil” (Lacan, 1971/1972²⁹ [2012], p. 127; Rosa, 2008).

Segundo essa análise estrutural, não há como a linguagem se manter fora da consistência articulada a uma certa imaginarização. Porém, ao mesmo tempo em que a escritura do simbólico tem esse efeito de imbecilidade, Lacan diz que podemos considerar que é também, através da língua, que podemos ter a possibilidade de ler entre as linhas e de nos deslocarmos do sentido. Essa possibilidade é apresentada por Lacan, ao realizar um trocadilho do termo inteligência com o termo “*intelleger*” (Lacan, Inédito RSI, aula de 10/12/74).

Ao considerar este último ensino de Lacan, o *não saber* não é um déficit, é estrutural; a análise demonstra, diz Lacan, que há um saber que tem como base o significante e que *não se sabe* e, mesmo que o sujeito possa saber algo, ele não pode saber tudo (Lacan, 1972/1973 [1982]). O saber também não é conhecimento,

---

²⁹ Seminário 19 “...ou pior”.

mas trata-se de “alguma coisa que podemos chamar de manipulação da letra, segundo uma formalização dita lógica” (Lacan, Inédito, O ato psicanalítico, aula de 15/11/67³⁰). Assim, não se trata de uma aprendizagem pedagógica ou escolar ou de dificuldades nesse processo; o que se apreende são significantes deste campo do Outro (tesouro dos significantes) (Lacan, op.cit.).

E a ignorância? Nesse sentido, a ignorância é correlata ao saber (Lacan, 1971-72/ 2012, p. 16). Trata-se aqui, de considerar a Doute ignorância que Lacan retoma do Nicolau de Cusa (1400 apud Vegh, 1989, p. 37). Segundo este autor, a nossa inteligência deve aceitar a distância que separa o conhecimento do infinito absoluto, campo de Deus, do campo do homem. É realizando o exercício de aplicar o desconhecimento no conhecido que poderemos ter, realmente, um conhecimento possível: uma ignorância Doute, não uma ignorância qualquer.

E, apesar de não serem o foco deste trabalho esses últimos desenvolvimentos de Lacan, quanto a uma debilidade mental estrutural e que afetaria a todos nós, alguns desses desenvolvimentos não deixarão de ser articulados à clínica propriamente dita e serão utilizados ao longo deste trabalho.

De qualquer forma, como nosso foco está no recorte do questionamento sobre a existência de alguma especificidade da debilidade mental, como de possíveis contribuições para a direção do tratamento, partiremos, portanto, da fala de Lacan de que a análise é possível com os ditos débeis; e questionaremos como a debilidade que golpeia a todos nós pode marcar de forma especial alguns (Bruno, 1986).

---

³⁰ - Seminário Inédito: O Ato psicanalítico, 1967/1968.

4.2- De uma introdução ao retardo mental

Desde o Seminário 1, Lacan (1953/1954 [1986]) já criticava a antiga oposição entre o afetivo e o intelectual:

“Isso nos permite criticar [...] a ambiguidade sempre cultivada em torno da famosa oposição intelectual e afetivo- como se o afetivo fosse uma espécie de coloração, de qualidade inefável que devesse ser procurada em si mesma, de maneira independente *da pele esvaziada* que seria a realização puramente intelectual de uma relação do sujeito. [...] O afetivo não é como uma densidade especial que faltaria à elaboração intelectual. Não se situa num para-além mítico da produção do símbolo que seria anterior à formulação discursiva” (Lacan, 1953-54 [1986], p. 72).

Assim, de forma mais enfática que Freud, Lacan nos aponta que não opomos afetivo e intelectual, como se uma estrutura fosse anterior à outra, ou como se uma estrutura influenciasse a outra. Também Lacan nos indica que não há uma realização “puramente intelectual”, nem existe um afetivo mítico, anterior à formulação discursiva.

Para Lacan, não há como “compreender a técnica e a experiência freudiana” (Ibid, p.89) sem considerarmos os três sistemas de referência: real, simbólico e imaginário. Esta consideração, apresentada desde o Seminário 1, permanecerá constante na obra de Lacan, mesmo que existam diferenças entre a concepção desses três registros no Seminário 1 e nos seminários posteriores. De qualquer forma, para Lacan, será a partir dessas referências (real, simbólico e imaginário), e não das noções de afetivo e intelectual, que analisaremos a clínica e seus fundamentos.

Verificamos essa posição de Lacan, quando ele discute o tratamento de dois casos: o caso Dick, atendido por Melanie Klein, e o caso de Roberto, atendido por Rosine Lefort. Ambos foram considerados, na época, como casos que possuíam atrasos no desenvolvimento, comparados aos padrões médios da população. E ambos foram considerados, pelas psicanalistas que o atendiam, como casos de psicose. Observaremos, na análise de Lacan, quanto ao processo analítico dessas crianças, a crítica do autor ao conceito de desenvolvimento, como sua ênfase, especialmente, ao registro do imaginário. Começaremos pelo caso Dick:

“um menino que como nos é dito, tem por volta de **quatro anos**, cujo nível de desenvolvimento é **de 15 a 18 meses**. Está aí uma questão de definição, e não se sabe nunca o que se quer dizer. **Qual o instrumento de medida?** Frequentemente se deixa de precisá-lo. Um desenvolvimento

afetivo de 15 a 18 meses, **essa noção fica ainda mais solta** que a imagem de uma flor no experimento que acabo de produzir para vocês (referindo-se ao espelho)” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 98).

Nesse trecho, observamos que Lacan considera o conceito de desenvolvimento como um conceito frouxo e nos diz que, para analisar o que ocorre com Dick, existiria um caminho mais apropriado, ou menos “solto”; trata-se de sua referência ao estágio do espelho, introduzida aqui por Lacan, através da imagem da flor em um experimento.

O termo “estádio do espelho” foi introduzido por Lacan em um texto realizado em 1936³¹, mas somente publicado em 1949 (Lacan, 1949 [1998]). O autor utilizou-se de um dado da psicologia comparada, no qual as crianças, a partir dos seis meses, são capazes de reconhecer sua imagem no espelho, ainda sem possuir controle da marcha, ou uma postura ereta. Segundo Lacan, este fato demonstra um momento lógico no qual a criança pode antecipar uma imagem unificada de seu corpo próprio, ainda em estado de prematuração biológica. Esse estágio é articulado, por Lacan, a uma identificação da criança a uma imagem do outro, através da qual ocorre a formação do eu como unidade. Essa é a leitura de Lacan sobre o narcisismo. A criança tomará esta imagem como si mesma (eu) e por isso, o autor diz que se trata de uma alienação, ou ainda, de uma servidão imaginária. Esse processo despertaria o desejo do indivíduo pelo objeto do desejo do outro (Lacan, 1949 [1998]). Ou seja, para além de uma análise puramente biológica, Lacan destaca outro campo para a psicanálise, o qual nos envia para além de uma redução fisiológica, ou de uma maturação biológica.

Lacan também sustenta uma posição diferenciada da concepção de desenvolvimento, ou da psicologia animal, pois considera que, quando nos referimos ao ser humano, é a “má forma que é prevalente” (Lacan, 1954/1955 [2010], p. 123). Assim, nosso foco é exatamente no que não é compreensível, aparentemente, como um discurso que pode parecer não ter pé nem cabeça, como diz Lacan. E a partir desse discurso, não visamos, portanto, transformar uma suposta “má forma” em “boa forma”.

A crítica de Lacan pode ser constatada em outro texto: “A ciência e a verdade” (Lacan, 1965 [1998]). Neste trabalho, Lacan critica Lévy-Bruhl e Piaget quanto a uma psicologização do sujeito, quando esses postulam conceitos como a

---

³¹ “O estágio do espelho como formador da função do eu” (Lacan, 1949 [1998]).

existência de uma mentalidade pré-lógica (diferenciada de uma mentalidade racional e objetiva), ou um discurso pretensamente egocêntrico. Para Lacan, o sujeito do significante deve ser:

“severamente distinguido tanto do indivíduo biológico quanto de qualquer evolução psicológica classificável como objeto da compreensão” (Lacan, 1965 [1998], p. 890).

Assim, Lacan demonstra que este sujeito que interessa à psicanálise não pode ser, de forma alguma, este indivíduo classificado segundo determinada evolução psicológica, seja deficitária ou superior. Lacan exemplifica, ainda, que o “pretens” pensamento mágico, como um estigma que se etiqueta às pessoas, “não explica nada” (Lacan, 1965 [1998], p. 891). E nos indica que, ao nos interrogamos sobre o sentido de uma junção da natureza e cultura, “apenas a psicanálise reconhece esse nó de servidão imaginária que o amor sempre tem que desfazer ou deslindar” (Lacan, 1949 [1998], p. 103).

Na análise de Lacan do caso Dick, atendido por Melanie Klein, observamos as reverberações desta concepção de Lacan. Ele nos diz que Dick é um menino que tem vocabulário limitado, que não faz apelo, que deforma as palavras que utiliza e que se apresenta (como Klein indica) como uma criança bastante diferente das crianças neuróticas que ela atendia. Para Lacan, esses fenômenos podem ser articulados a um defeito nesta criança que é: “Seu ego não está formado [...] Ele está inteirinho no indiferenciado” (Lacan, 1953/1954 [1986]). Assim, para Lacan, o “atraso de funções” pode ser relacionado a certos percalços de Dick na formação do eu e não se refere, portanto, a um déficit ou a algum retardo no sistema de maturação biológica.

E por que este ego não se formaria, ou não apareceria? Lacan nos diz através de uma metáfora que, no caso de Dick, o ego não aparece devido a “uma má posição do olho” (Ibid., p.106). Essa metáfora utilizada por Lacan nos leva a considerar a relação do sujeito com o Outro na formação do eu, como a articulação necessária entre o registro do real, do imaginário, mas também, do simbólico. No caso de Dick, ele não fazia distinção entre os objetos, pois não existiria o eu e, portanto, o outro. A realidade não é simbolizada e permanece como não nomeável, ou nomeada (Ibid., p. 84-85). E Lacan salienta que isso ocorre, mesmo considerando que Dick tem todos os elementos de linguagem e do simbólico; e que

há, sim, um sujeito aí, mesmo que ele possa “literalmente não responde [r]” (Ibid, p. 102). Assim, devemos considerar a diferenciação entre sujeito e ego.

Qual a importância desta formulação de Lacan? Ao definir que Dick tem dificuldades no processo de formação do eu (como unidade), isso nos permite considerar alguma direção para o tratamento. Lacan diz que, no caso de Dick, o tratamento envolveria simbolizações. E apesar das críticas a Klein, que “enfia o simbolismo com a maior brutalidade no pequeno Dick!” (1953/1954 [1986], p. 83), ou “chapa” uma simbolização edipiana (Ibid, p. 103)³²; Lacan considera que a terapeuta permitiu sim, a realização dessas simbolizações. Com isso, Dick, que não fazia nenhum apelo, pôde fazer seu primeiro apelo falado em uma sessão, quando pergunta pela babá que veio com ele, mas que havia saído da sala de atendimento. Ou, ainda, quando o menino passa a desdobrar e articular seu mundo, podendo aceder a sua realidade humana: fazendo que “o sujeito *pudesse* fazer agir o imaginário e o real e conquistar o seu desenvolvimento” (Ibid, p. 103).

No caso de Roberto, por sua vez, encontramos uma criança de três anos e nove meses apresentando descoordenação de movimentos e agitação constante, entre outros fenômenos, e possuindo uma avaliação de QD (quociente de desenvolvimento) de 43, no teste de Gessel³³. Essa avaliação indicava um desenvolvimento defasado, comparado ao padrão médio de normalidade indicada para a idade cronológica da criança. Será que Roberto poderia ser considerado débil, segundo padrões atuais?

Nesse caso, Lacan é novamente enfático quando nos diz que as manifestações de Roberto não estão relacionadas a um retardo, no sentido do sistema piramidal (orgânico), mas podem ser articuladas a uma falha na função da síntese do eu, ou seja, existe um “retardo no plano imaginário”:

“[*não se trata de*] déficit nem retardo dizendo respeito ao sistema piramidal, mas nos encontramos diante de manifestações de falha na função de síntese do eu [...] [*as dificuldades que ele indica*] cujo retardo se situa precisamente no plano imaginário, no plano do eu enquanto função imaginária.” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 126)

Um “retardo” no plano imaginário e na formação do eu. Dessa forma, observamos a subversão realizada por Lacan das concepções médicas sobre os

---

³² Como por exemplo: trem pequeno seria Dick, mamãe seria a estação e o papai de Dick, o grande trem.

³³ Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria= 4&id_detalle=322&tipo_detalle=s>.

atrasos no desenvolvimento, sobre déficit, ou retardo, o que nos conduz a novas considerações clínicas. Utilizamos esses exemplos, apesar de considerados como casos de psicose pelas analistas que os atendiam, para demonstrar como Lacan analisa a noção de atraso em referência à clínica com crianças.

Assim, partindo da articulação dos sintomas de Roberto (agitação, falta de atenção e perturbações do quadro sensório-motor) com a falha na função imaginária; Lacan também delineará o caminho do tratamento de Roberto. O autor destaca que será através da palavra “lobo” que o menino poderá se tornar ele mesmo e encontrar seu lugar:

“Ele é evidentemente o Lobo! Na medida em que diz essa palavra. Mas o Lobo! É qualquer coisa enquanto pode ser nomeada. Vocês veem aí o estado nodal da palavra. O que aqui é completamente caótico, a palavra interrompida. Mas é a partir do Lobo! Que ela poderá encontrar o seu lugar e se construir” (Lacan, 1953/1954 [1986], p.125).

Observamos novamente nessa citação de Lacan a referência à simbolização no tratamento, aqui remetida à nomeação simbólica, o que produz efeitos na formação do eu de Roberto. Ao mesmo tempo, esta análise de Lacan não deixa de considerar também o diagnóstico, ou a estrutura clínica de Roberto, como citamos. Segundo sua analista, tratava-se de um caso de psicose (como Melanie Klein considerava Dick); porém, para Lacan, mesmo que não possamos afirmar com certeza que esse caso iria se tornar uma psicose adulta, o autor diz que pode afirmar, sem dúvida, que se trata de “fenômenos de ordem psicótica”:

“mais exatamente de fenômenos que podem terminar em psicose, isso não me parece duvidoso. O que não quer dizer que toda psicose apresente começos análogos.” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 127).

A articulação entre a psicose adulta e infantil será retomada e colocada novamente no Seminário 2, como um tema a ser desenvolvido no futuro:

“De uma certa maneira, não se sabe se é uma boa coisa empregar a mesma palavra para as psicoses na criança e no adulto. Durante décadas, recusava-se a pensar que pudesse haver na criança verdadeiras psicoses-procurava-se vincular os fenômenos a certas condições orgânicas. A psicose não é estrutural, de jeito nenhum, da mesma maneira na criança e no adulto. Se falamos legitimamente de psicoses da criança, é porque, como analistas, podemos dar um passo além dos outros na concepção da psicose. [...] Será que a psicose da criança pode esclarecer-nos por tabela sobre o que devemos pensar da psicose do adulto? [...] Por hoje, não posso-lhes dizer mais que isso. É um lineamento lançado ao futuro” (Lacan, 1954/1955 [2010], p. 145).

Lacan (1955/2010³⁴) nos indica também que, se por muito tempo foi recusada a existência da psicose em crianças, isso ocorreu porque certos fenômenos eram reduzidos apenas a certas condições orgânicas. Ou seja, se reduzimos os fenômenos ao orgânico, não podemos identificar certos funcionamentos, ou estruturas, que poderiam ser relevantes ao tratamento e à clínica. Caminho que Lacan destacou ao discutir esses dois casos.

Dessa forma, apesar da fertilidade das teorias evolucionistas e de desenvolvimento com relação às crianças, para Lacan “*trata-se antes de elucidar os mecanismos estruturais, que estão em função de nossa experiência analítica, a qual está centrada nos adultos*” (Lacan, 1953/1954 [1986], p.150, grifo nosso). Sublinhemos esta frase.

Ainda que a prática de Lacan fosse centrada nos adultos, já consideramos sua pertinência para a clínica com crianças, incluindo diversas análises do autor quanto ao tema; por exemplo, suas considerações sobre os sintomas das crianças. Além disso, podemos extrair desta indicação de Lacan uma segunda referência deste trabalho. A primeira referência, como pontuamos, é a existência e a viabilidade da clínica com os ditos “débeis”; a segunda é o questionamento da existência de um “mecanismo estrutural”, que poderia ser relacionado à debilidade.

Até este momento, demonstramos que Lacan considera que o que foi chamado de atraso de desenvolvimento (e diversos fenômenos articulados) se tratava de um “retardo na função de síntese do eu”, dando o exemplo de Dick e de Roberto. Destaca um retardo no plano imaginário, considerando que a “regulação do imaginário” (Ibid., p. 164) depende da função simbólica. A partir dessa concepção, Lacan nos envia ao papel da simbolização no tratamento.

---

³⁴ Seminário 2, Lacan (1954/1955 [2010]).

4.3- Um elogio a Maud Mannoni

No Seminário 11, a referência de Lacan (1964 [1998]) ao termo debilidade mental surge a partir de considerações sobre o trabalho da psicanalista Maud Mannoni; que publica seu livro em 1964: “A criança retardada e a mãe” (1985). Segundo o prefácio de Colette Audry, o livro de Mannoni questionava a importância de nos distanciarmos de noções psicológicas e pedagógicas, que eram tão frequentes no campo do retardo mental e que, muitas vezes, se colavam aos profissionais que atendiam estas crianças diagnosticadas com retardo mental.

Durante um período de quinze anos, Mannoni atendeu crianças diagnosticadas como débeis, segundo avaliações e testes de inteligência. Na época, o preconceito existente era de que o método da psicanálise não seria aplicável a essas crianças, já que elas eram consideradas casos incuráveis. Mannoni citava a possibilidade de que analistas se utilizassem dessas concepções fatalistas como desculpa para sua incapacidade (Ibid., p. XVII). Nesse caso, o analista poderia se conformar com uma melhora, mais ou menos acentuada do paciente, e não precisaria esperar nada mais além de um certo efeito terapêutico do tratamento desta criança (Ibid., 1985, p. 29).

O livro de Mannoni, apesar de não ser uma obra atual, carrega discussões que permanecem até hoje; seja quanto ao diagnóstico, à clínica, ou mesmo, quanto à influência de concepções mais ou menos fatalistas em diversos profissionais do campo da saúde, como citamos em capítulo anterior. Porém, devemos salientar que, na época em que Mannoni escrevia seu livro (1964), as noções médicas e psicológicas possuíam maior ênfase no campo social e existia um menor número de questionamentos quanto a essas avaliações de inteligência.

Devemos esclarecer, ainda, que o “diagnóstico” de debilidade mental, segundo o uso do termo na obra de Mannoni, correspondia a crianças diagnosticadas como “débeis” através das avaliações de inteligência, segundo diferentes níveis de gravidade. Já observamos que Lacan, até o Seminário 11, não utilizava este termo (debilidade mental), como não considerava o atraso no desenvolvimento como um retardo puramente biológico – isso em ambos os casos que possuíam algumas dessas características (Dick e Roberto).

Antes de nos debruçarmos no comentário de Lacan sobre a obra de Maud Mannoni, devemos retomar com mais detalhes a obra da autora. Foi a partir das

avaliações de inteligência e de seus diferentes níveis de gravidade, que Mannoni dividirá os primeiros capítulos de seu livro: os retardados graves, que recebiam um diagnóstico orgânico fatalista desde o início; e os retardados não graves, quando utiliza o termo “débil”, ou “débil simples”. Dessa forma, Mannoni partiu de um diagnóstico médico-psicológico de retardo mental, mas também ela utilizou termos de diagnóstico que tinham como base a psicanálise, como, por exemplo, “crianças com estrutura psicótica”.

Para a autora, sua prática a fez questionar a própria noção de debilidade mental e considerar que o sentido da debilidade devia ser procurado na relação da criança com os pais, ou ainda, na relação fantasmática da criança com sua mãe. Esse caminho permitia discutir, por exemplo, por que existiriam “débeis inteligentes” e “débeis estúpidos”, ou ainda permitia analisar a diversa gravidade da desordem psicomotora e dos comportamentos destas crianças.

Assim, apesar de não buscar uma “especificidade” da estrutura da debilidade (Mannoni, 1985, p. 59), ou um melhor diagnóstico para esses casos, a autora nos diz que apenas poderia encontrar a evidência de uma especificidade da relação da criança com a mãe. Seria este o estatuto da debilidade? E como podemos observar a relação entre criança e mãe na clínica?

Mannoni (1985) diz que esse modo de relação apresenta-se em alguns momentos na clínica como se “mãe e filho não são senão um (*relação dual*)” (Ibid., p. 2). Ou seja, existiam momentos nos quais a mãe e a criança pareciam formar “um só corpo, o desejo de um confundindo-se tanto com o desejo do Outro, que os dois parecem viver uma única e mesma história” (Ibid., p. 37). E, segundo a autora, nessa configuração ficaria evidenciada a posição do filho (débil): “função do filho é ser esse objeto fantasmático que protege os pais contra a revelação do próprio nó da sua neurose” (Ibid., p. 61).

Nesse sentido, podemos retomar Lacan (1969 [2003]), quando ele aponta que o sintoma da criança responde ao que há de sintomático na estrutura familiar. Além disso, nos permite aproximar as colocações de Mannoni à categoria de sintoma na qual a criança responde à subjetividade da mãe. Ou seja, enquanto sintomas que demonstram uma maior submissão criança à fantasia materna.

Segundo Mannoni, poderiam ser observados três fatores principais nessa clínica: situação dual (referida à relação fantasmática com a mãe), recusa da castração simbólica e dificuldade de alcançar os símbolos. Mas, além disso,

Mannoni analisava estes casos articulando-os com o diagnóstico estrutural. Segundo ela, alguns casos que atendeu referiam-se a uma estrutura psicótica, mas outros, não. E apesar de comentar sobre essas diferenças estruturais, sempre fazia questão de salientar que sua referência, acima de tudo, é o sujeito singular.

Quanto ao diagnóstico estrutural, inicialmente a autora apontava a existência de semelhança entre a análise com débeis e a análise com os psicóticos, ou perversos:

“Ao estudar o sentido que o retardamento pode ter para a criança retardada, descobrem-se situações que **lembram estranhamente as que observamos nas famílias de psicóticos ou em estruturas perversas**” (Mannoni, 1985, p. 21, grifo nosso).

“ [a análise com os débeis] **aproxima-se** da análise dos psicóticos pelo modo como a família entra maciçamente em jogo durante o tratamento” (Mannoni, 1985, p. 30, grifo nosso).

Observamos que, nos trechos citados, Mannoni refere-se a um “aproximar”, ou a um “lembrar” da clínica dos ditos débeis com os psicóticos, mas devemos sublinhar que a autora diferencia claramente casos de crianças psicóticas (como indica no *Capítulo 2- item C- Crianças com estruturas psicóticas*) de crianças débeis que não possuem uma estrutura psicótica.

Nos casos de crianças psicóticas, a autora considera:

“Vejamos como se apresentam **debilidades aparentes em casos que não são mais do que estruturas psicóticas** (não reconhecidas como tais, na primeira consulta).” (Mannoni, 1985, p. 27, grifo nosso).

Ou seja, nos casos de crianças psicóticas, Mannoni considera que a debilidade, na realidade, evidenciaria um funcionamento próprio de uma estrutura psicótica, que poderia não ter sido reconhecida inicialmente (Mannoni, 1988, p. 98). Isto já nos dizia Lacan no Seminário 1, quando fala que “certas deficiências [...] abrem para algo, que mais tarde, analogamente, se apresentaria como uma esquizofrenia” (Lacan, 1953/1954 [1986], p.127).

Podemos citar um dos casos de Mannoni, por exemplo, o caso de Edouard. Trata-se de um menino de 7 anos, inclassificável nos testes psicológicos. Segundo Mannoni, um menino de estrutura psicótica e que, devido a suas alterações de comportamento, teria sido cogitada até mesmo uma internação hospitalar. A debilidade de Edouard, segundo a autora, era para ele:

“uma máscara que encobre uma certa confusão do real e do simbólico, num ser para quem o acesso ao imaginário tenha sido interceptado” (Mannoni, 1985, p. 28).

Em sua história, constatamos que Edouard nasceu após diversos abortos e, Mannoni nos diz, permanecia como o “bebê” de sua mãe. Ao mesmo tempo, seu pai o tratava como um rival e dizia que quando o filho crescesse iria matá-lo. Essa história teve incidência em Edouard, que apresentava um comportamento “destruidor”. Porém, para além destes comportamentos e atrasos, tratava-se de um menino que nos dizia, no decorrer de sua análise, ter perdido sua cabeça e sua memória. Ou ainda, em outra sessão, ao falar do seu pai e sua mãe, dizia: “estou sofrendo tanto, [...] que vou perder meu coração do meu coração” (Edouard apud Mannoni, 1985, p. 28). Este recorte é um breve relato extraído da obra de Mannoni, não desenvolvido de forma mais ampla, mas de qualquer modo aponta sua leitura diagnóstica e, para além dessa, revela como devemos considerar seja no débil ou no psicótico o seu sofrimento. Assim, para além de um menino que tinha um grau inferior de inteligência, comparado aos padrões ideais, tratava-se de um menino que estava sofrendo muito.

Outro caso no qual Mannoni articula a debilidade com a psicose, é o de Mireille, uma menina que tem 8 anos, quando encaminhada para análise. Ela fora diagnosticada de débil pelo psiquiatra, mas para Mannoni tratava-se de uma psicose desencadeada quando a menina tinha 5 anos, depois de um acidente de carro. Após o acidente, Mireille se fez chamar pelo nome “Carole”, nome da irmã - que não estava presente no acidente.

Nesse caso, segundo a autora, trata-se de uma ausência do significante paterno, ou seja, de uma forclusão do Nome-do-Pai. Segundo Mannoni, Mireille fala de seu corpo como “pedaços”: “um corpo nunca é um corpo, é pedaços que se entendem ou não se entendem” (Mireille, apud Mannoni, 1985, p. 39). Nesse sentido, Mannoni faz referência a uma colagem da mãe e filha, na qual suas histórias e corpos confundem-se.

A mãe de Mireille ficou órfã aos 20 anos e sofreu uma violência sexual na idade pré-púbere. No tratamento, em uma sessão, quando a analista solicita que a menina se deitasse, Mireille apresenta uma “crise” e fala a seguinte frase abaixo (indicamos, em seguida, outras falas de Mireille):

“Estou com dor na perna, ela está quebrando. Não quero me tornar uma mulher pequena, quero ser uma mulher média. Tenho medo de ser uma mulher pequena, porque isso quer dizer que sou menina. Não quero ser uma mulher ridícula. Quando a gente se torna mulher muito cedo, a gente é fraca. É mau hábito. É falta de educação. É preciso ser mulher de verdade” (Mireille, segundo Mannoni, 1985, p.39).

“Isso me faz mal, não está bom, isso me deixa triste. Os vestidos não são alegres. As calças são proibidas. Tia Eliane não gosta de calças [...] Meu negócio é não usar calças [...]. As calcinhas não passam dos joelhos. As calças não ficam bem, porque dá para ver [...]. Quando a gente está com as pernas cobertas, não fica bem. [...] Estou me comportando mal. Sinto que vou pegar a doença da calça [...]. É falta de educação vestir a calça. Dá para ver nosso traseiro e dá para ver tudo, você compreende, quer dizer nada [...] Meu negócio são os vestidos. As calças representam o diabo. O diabo tem um collant e uma calça” (Mireille, segundo Mannoni, 1985, p. 103).

“Uma mulher é uma flor cortada muito bonita, ela nunca murcha, o papai lhe dá de beber. A mulher flor é divertimento do papai [...] papai ama essa mulher – flor incapaz” (Mireille, segundo Mannoni, 1985, p. 39).

Quanto às crianças que não eram psicóticas, Mannoni considera que a psicanálise dos débeis ainda podia ser *diferenciada* da psicanálise com crianças neuróticas (Ibid., p. 30). Pois no caso de crianças neuróticas e débeis, a debilidade se apresentaria através de uma gravidade incomum e poderia ser diferenciada de uma “estupidez”, enquanto uma defesa neurótica (Ibid., p.98).

Nesse sentido, a autora faz referência a pais que poderiam criar uma “*situação psicotizante*” (Ibid., p. 41, grifo nosso). Além disso, Mannoni nos indica outra particularidade do débil, seu “talento [...] de ‘fazer falar’ os pais em seu lugar” (Ibid., p. 31).

Esta análise nos envia novamente para uma aproximação da categoria de sintoma, na qual encontramos uma maior submissão da criança à fantasia materna. Além disso, permite relacionar essa situação psicotizante (presente nos casos de neurose) com a presença de fenômenos psicóticos, sem que isso seja equivalente a uma estrutura psicótica. Cabe destacar, entretanto, que o texto de Lacan, no qual ele trata do sintoma da criança, tem aparecimento posterior à obra de Mannoni e ao Seminário 11.

Retomaremos novamente outra referência clínica, agora de uma criança diagnosticada como débil e considerada, por Mannoni, como possuindo uma estrutura neurótica. Daniel é uma criança de 7 anos, que até os seis meses de idade

apresentou um desenvolvimento normal; porém, no decorrer do tempo, observou-se um atraso geral em seu desenvolvimento psicomotor. Por exemplo, Daniel teve um atraso de dois anos na estatura, no peso, na motricidade e em outros aspectos do seu desenvolvimento. A partir de uma anamnese mais detalhada, Mannoni nos relata a história desses pais.

A mãe de Daniel pressentia, antes mesmo do nascimento dele, que ela teria um filho “anormal”. Pois seria um filho que iria se assemelhar ao seu pai biológico, a quem detestava e não ao pai que a criara desde criança e a quem a mãe se referia, no início da análise do filho, como seu pai. Por outro lado, o pai de Daniel observava nas dificuldades do filho a confirmação da previsão de seu próprio pai, como de sua falta de valor, já que fora tratado em sua vida como uma pessoa incapaz. Ao lado dessa história, Mannoni nos indica que esta criança desejava receber do Outro uma resposta, quanto ao desejo dele, mas quando a obteve, entrou em pânico. A saída de Daniel foi evadir-se, ou seja, se abster de qualquer resposta; mas essa posição que também teve consequências em seu próprio corpo.

Quando é perguntado a Daniel quantos anos ele tem, ele nos diz: 5. Ele tem 7, como pontuamos. Porém, 5 anos tem sua irmã e é a idade na qual Daniel viu o acidente no qual seu pai matava um colega seu. Assim, Mannoni nos possibilita questionar que a fala de Daniel, como tantas outras falas que podem parecer sem pé nem cabeça, ou que são reduzidas por muitos a certo funcionamento cerebral deficitário, tem um lugar diferenciado nesta clínica. Pois não se trata de que Daniel “não sabe das coisas”, não tem qualidades de inteligência etc. Há um saber, mas Daniel fala de qual, de quem, ou por quem, quando nos diz que tem 5 anos?

Também para Mannoni, a resposta a este saber do Outro não falta a Daniel, nem se encontra “deficitária”, mas indica um movimento de recuo, ou de defesa. Podemos assim realizar um novo questionamento: será que se trata de um saber que não podia ser barrado?

A partir de Lacan, quando consideramos um sujeito dividido, observamos que o saber coloca-se como barrado, ou seja, algo fala nele, mas não é ele. Será que aqui podemos entender que essa posição de Daniel relacionada a uma falha nessa barra, nessa rejeição do saber do Outro?

Como apontamos, é questionando este discurso do Outro, como a verdade desse, que podem ser criadas as teorias sexuais, como se pode passar de uma ignorância tida como impotência a uma Doute ignorância. No caso de Daniel, sem

poder questionar esse desejo do Outro, este saber primeiro “não tem, por efeito de um enunciado, a possibilidade de cair” (Vegh, 1989, p. 37). E segundo Vegh, a queda desse primeiro saber é necessária para tolerarmos o enigma ou para que possamos nos tornar investigadores do sexo.

Podemos articular isto com a consideração de que existe um saber que precede o sujeito, ou seja, o saber do Outro que é real e nada falta (Cottet, 1999). E se a criança pode imaginar que um saber que falta, é porque ela como faltante teve que perder algo para entrar no mundo da palavra (Nominé, 2002). Ao mesmo tempo, é a partir da falta deste Outro, da castração do Outro, que a criança pode ter a liberdade de responder a esses enigmas (Balbo, 2001, p.24).

Essa análise, a partir de Lacan, nos permite considerar que é necessário fazer barra a este gozo materno, ou seja, é necessário rejeitar o saber no Outro. E a própria definição de um sujeito dividido implica nessa consideração: “o sujeito é definido em seu movimento de exclusão do saber e de sua rejeição no Outro” (Cottet, 1999, p. 17).

Assim, a criança será falada pelo outro, inicialmente, mas depois, não saberá o que fala, o sentido do que fala e ainda, que língua está falando (Lacan, 1960 [1998]). Nesse sentido, não se tratará mais do Outro que fala e do sujeito falado, mas de um sujeito que fala para além do Outro.

Retornando a obra de Mannoni, como a autora articulará esses fenômenos apresentados pelas crianças diagnosticadas de débeis, considerando sua constituição em sua estrutura familiar?

A autora nos diz que os distúrbios de espaço e tempo, que as crianças débeis apresentam, poderiam ser articulados com “dificuldades de localização no imaginário. Essas crianças têm dificuldade de se situarem com relação ao significante paterno” (Mannoni, 1985, p. 21). Ou seja, para a autora, trata-se de uma falha da influência do simbólico no imaginário. Essa é a mesma análise de Lacan apontada no Seminário 1, quando falava do caso de Roberto, ou de Dick.

Alguns psicanalistas, a partir da leitura de Mannoni, consideram que ela tende a uma articulação da debilidade à psicose. Discordamos dessa leitura. Apesar da autora não vincular a debilidade mental a uma estrutura específica, ou fazer referência a uma “aproximação” dos casos de debilidade à psicose, Mannoni é clara ao distinguir casos de crianças débeis e psicóticas de crianças débeis não psicóticas. Assim, Mannoni diferencia com clareza uma psicose, enquanto estrutura,

de uma “situação psicotizante”, que poderia estar presente em crianças com uma estrutura neurótica.

Além disso, a posição de Mannoni, ao sugerir a vinculação da debilidade mental a uma doença mental, tem um sentido e um intuito. Segundo Mannoni, se o psicótico era em um passado não tão distante, condenado ao hospício, o débil ainda permanecia com o destino de ser “objeto de alguém ou de alguma coisa (passa [ndo] da reeducação materna a todos os modos de reeducação)” (Mannoni, 1985, p. 106). Nesse sentido, a autora questiona se o “débil” não ganharia mais sendo tratado como um doente mental, pois nesse caso ele poderia ter a esperança de uma recuperação, ao invés de permanecer paralisado em “uma orientação baseada num déficit capacitário” (Ibid., p. 106).

Portanto, sob o rótulo de debilidade, a partir de avaliações psicológicas, encontramos todas as estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), uma diversidade de casos e sintomas diversos.

“[...] com efeito, creio que sob o rótulo de retardamento pode-se encontrar todo o leque da neurose, psicose e da perversão- com a diferença de que a neurose oferecerá aqui um caráter de gravidade incomum. A gravidade da doença depende essencialmente do sistema de relações na qual o débil está inserido” (Mannoni, 1985, p. 59, grifo nosso).

Por esses motivos, Mannoni conclui que a noção de déficit intelectual é insuficiente. Assim, ao buscar encontrar um eixo comum na clínica dos casos diagnosticados de débeis, segundo medidas de inteligência, o que encontraremos serão mais dificuldades. O que se mostra claro é, apenas, a existência de certos fenômenos que podem ser articulados à relação do sujeito com o Outro.

E qual seria então, a relevância deste diagnóstico de deficiência intelectual? Que efeito teria sobre o tratamento dessas pessoas? Segundo Mannoni, somente a clínica poderia nos dar pistas.

4.3.1- O antigo caso de Itard

Retomaremos mais um exemplo, o caso de Victor, que foi avaliado, inicialmente, por Pinel³⁵. Esse o considerava como um idiota, incapaz de instrução e socialização. Victor tinha 11 ou 12 anos quando foi encontrado na floresta, após ser abandonado com 4 ou 5 anos e permanecer nesse local por sete anos. Segundo a descrição de Pinel, Victor apresentava murmúrios ao comer, tinha diversas manifestações de cólera, possuía um sono controlado pela luz do dia e ainda apresentava uma incapacidade de compreender a imagem especular de si mesmo (Pessotti, 1984, p. 36). Porém, Itard, outro médico que tinha sido aluno de Pinel se interessa pelo caso e irá avaliá-lo.

Acompanharemos a análise de Itard do tratamento de Victor, a partir da discussão de outros dois autores, Mannoni (1985; 1971) e Lajonquière (2000). Salientamos que este caso foi considerado, em meados de 1800, como um caso de idiotismo (debilidade mental).

O tratamento de Itard, chamado de “medicina moral”, envolvia atividades que ele nomeava de psicologia clínica e psiquiatria e que caracterizava como modificação de hábitos e de repertórios comportamentais. Esse tratamento utilizava um método designado por Itard como “ortopedia mental”, seria o:

“verdadeiro método de modificação de comportamento [...] consiste em arranjar condições emocionais e ambientais ótimas para a ocorrência de comportamentos desejáveis e cessação de atividades não queridas” (Pessotti, 1984, p. 42, grifo nosso).

Observamos nessa citação a ênfase ao modelo de modificação de comportamento, que visava “adequar” uma pessoa, segundo padrões sociais vigentes.

Para Itard (2000), o tratamento envolvia cinco metas: interessá-lo pela vida social; despertar sua sensibilidade; introduzir novas necessidades e novas relações; levá-lo ao uso da fala (iniciado pela imitação) e desenvolver e exercitar as operações da mente. Assim, o tratamento de Itard começava com uma busca de “torná-lo (Victor) feliz à sua maneira” (Itard, 1801/1807 [2000], p. 138), dando comida em fartura e passeios ao bosque. O segundo momento do tratamento envolvia estimular a sensibilidade de Victor, como tato, temperatura etc.; e também suas “afeições da

---

³⁵ Como citamos no capítulo 1.1.

alma”, como a cólera e alegria. E no terceiro momento do tratamento, Itard passava a apresentar brinquedos para Victor. Porém, através das brincadeiras, apenas tinha como foco a avaliação de sua memória, ou a fixação desta.

Porém, ao mesmo tempo em que Itard buscava observar neste menino mais do que um ser “selvagem”, ou um “imbecil sem esperança” (Ibid., p. 127), Itard não o concebia como um indivíduo capaz de ter seus desejos, recusas ou vontades. Em muitas situações, no decorrer do texto, veremos essa posição de Itard, ao lado de diversas imposições a Victor. Inicialmente, podemos questionar se a expressão de Itard (ao buscar fazer Victor feliz “à sua maneira”), não seria, na realidade, a leitura do próprio Itard sobre o que haveria de ser uma vida “feliz” para o menino: dar comida em fartura e passeios ao bosque.

No sentido dessa análise, podemos citar outros exemplos. O primeiro quando Itard ia ao quarto de Victor com roupas, como fazia frequentemente para levá-lo para alguma atividade, o jovem se levantava e se aprontava bastante ansioso. Itard dizia que isso não poderia ser prova alguma de uma inteligência superior do menino, ora, tratava-se de um comportamento que até um “cachorro” teria. Em outro momento, ainda, Itard considerava que se algumas pessoas pensavam em criticá-lo, pelo fato de não ter apresentado avanços em seu trabalho, seus críticos deveriam considerar que quando Victor chegou ao tratamento ele era um ser “mais inferior”, mesmo comparado aos animais domésticos “inteligentes”.

Ao analisar esse tratamento, Mannoni salienta “o erro de Itard” e, Lajonquière (2000), o “fracasso de Itard”. Pois, por um lado, se Itard poderia ser considerado um autor que avançava em sua época, ou como Lajonquière (2000, p. 106) o qualifica, um “iluminado e inventivo (psico) médico”, um bom exemplo de um ideal pedagógico, ou ainda, um homem de muita ‘fé’ (Ibid., p.106). Por outro lado, Itard foi um médico que não apenas fracassou no tratamento com Victor, mas também não soube aprender com seu fracasso. Em que sentido?

Victor torna-se um “objeto de cuidados e de curiosidade [... e] de medidas reeducativas” (Mannoni, 1971, p.203), já que é reduzido ao campo da necessidade, sem que fosse suposta qualquer intencionalidade nas ações dele. O que demonstramos no desenvolvimento acima. E isso ocorria, reforçamos, mesmo apesar de Itard considerar a importância da relação da criança com a mãe e de uma comunicação que existiria para além da necessidade.

Outro ponto que merece destaque refere-se à análise de Mannoni, quando a autora comenta que a relação de Itard com Victor configurava o mesmo “tipo de relação mãe-filho [que] no retardado - tipo de relação que cria justamente uma espécie de sujeição da criança ao Outro” (Mannoni, 1971, p.203). Essa leitura pode nos fazer questionar se a posição que Itard ocupava, de mestre ou adestrador (Lajonquière, 2000), indicava que não só Itard não tratava de Victor, mas que nessa relação ele “re-produzia” uma certa debilidade.

Observamos isso nas consequências do tratamento. De um lado, Itard encontra-se nesta posição de mestre e, de outro, encontramos Victor numa insistente recusa em falar. Segundo Lajonquière (2000), essa recusa será a maior frustração do mestre (Itard), que tinha nesse foco um dos principais objetivos do tratamento³⁶. Porém, essa recusa da fala também poderia sinalizar uma tentativa de Victor resguardar “o pouco de desejo que lhe pode dizer respeito”. Pois, frente a este cenário, Victor teria duas opções:

“ou se entrega ao frenesi ecolálico, para a imensa satisfação de seu mestre, ou simplesmente não responde seja porque é tomado pela inibição, seja porque entra em colapso e desespero psíquico” (Lajonquière, 2000, p.111).

Entretanto, é importante destacar que, em algumas situações do tratamento, Itard deslocava-se do lugar de mestre e, justamente nesses momentos, podemos observar alguma fala de Victor, ou alguma enunciação dele. Trata-se dos momentos de “não-instrução”, como Itard nomeia, quando ele confessa se prestar às “criancices” do jovem. Serão esses os únicos momentos nos quais o jovem Victor sempre o receberá “bem”. Por exemplo, quando Itard sai da posição de educador e mostra-se nervoso (ou castrado) pelo fato de Victor não falar, o jovem diz sua primeira palavra: leite. Nesse caso, observamos não apenas uma inibição de Victor, mas também uma enunciação, mesmo que dificultada.

Segundo Pinel e Itard, esse caso poderia ser considerado como um caso de idiotia. Porém, com que base podemos aceitar tal definição? Observamos que as análises e comentários dos autores estão reduzidos a aspectos considerados deficitários desse jovem (fala, comportamentos etc.). Além disso, devemos destacar que a comparação do “déficit” de Victor com outros jovens que não tiveram as experiências diversas dele, claramente torna-se complicada. Nesse sentido, do

---

³⁶ Segundo Lajonquière (2000), podemos considerar a fala como a “figuração mais apropriada do objeto de gozo de Itard” (p. 111-112).

ponto de vista da análise de “déficit” quanto aos comportamentos tidos como “ideais”, Victor poderia ser considerado débil. Porém, ao considerar a leitura de Mannoni, a partir da psicanálise, de que podemos apenas ter mais clareza quanto à relação de sujeição entre Victor e Itard, podemos questionar agora o tratamento. Um tratamento que poderia reforçar o dito déficit desse jovem.

Trata-se de uma subversão introduzida por Mannoni, a partir de Lacan, que destaca o campo diferenciado da psicanálise e a função do psicanalista. Campo que parte da consideração da criança como um sujeito e de uma aposta de que ela possa “reconhecer-se como ser humano, com desejos não alienados no Outro” (Mannoni, 1985, p.23). A partir disso, a psicanálise pode questionar a noção de déficit, mas também, a concepção de tratamento; permitindo-nos conceber um tratamento que possa não caminhar na direção do erro já demonstrado por Itard. Direção essa que tem, como consequência, um reforço do que é considerado “deficitário”.

Segundo Lacan, se reduzimos um sujeito à realidade, como já indicamos em certas análises de atrasos de desenvolvimento, ou em certas falas tidas como exemplares para medidores de níveis mentais (como indica Lacan); mesmo que isso nos permita a criação de tabelas e classificações, estaremos caindo “na degradação da constituição psicológica do sujeito” (Lacan, 1964 [1998], p. 135). E mais, estaremos “reforçando incrivelmente a miséria do sujeito” (Ibid., p. 136).

Esta é a cilada na qual o analista pode cair, e que Mannoni já advertia, quando ele forma uma ideia certa da debilidade mental e a toma como moeda corrente (Mannoni, 1985, p. 29). E será nesse sentido que a clínica se constituirá, a nosso ver, deficitária, reforçando ainda mais a miséria do sujeito.

4.4- A holófrase e a introdução da dimensão psicótica no débil

A partir da obra de Maud Mannoni, no Seminário 11, Lacan irá tratar da introdução de uma dimensão psicótica no débil. Para o autor, essa dimensão psicótica é introduzida através da existência da holófrase entre os significantes: S1 e S2. E, se Mannoni considera, no caso da debilidade, que mãe e filho pareciam formar “**um só corpo**, o desejo de um confundindo-se tanto com o desejo do Outro [...] os dois parecem viver uma única e mesma história” (Mannoni, 1985, p. 37), Lacan diz que devemos considerar que se trata da fusão da dupla significante (S1 e S2), que se apresenta holofraseada, e não de uma fusão de corpos.

Segundo o autor, esse modelo de holófrase só pode ser analisado por meio das duas operações que fundam o sujeito: a alienação e a separação (Lacan, 1964 [1998]). Apresentaremos, assim, os dois processos para que possamos retomar o comentário de Lacan quanto à debilidade mental.

Já apontamos que o sujeito não é equivalente à pessoa ou ao indivíduo; o sujeito depende do significante que, em primeiro lugar, está no campo do Outro. Assim, para Lacan, o sujeito só pode ser pensado imerso no campo da linguagem, quando é reduzido a um significante (Lacan, 1964 [1998]). Porém, devemos considerar a articulação do sujeito tanto ao significante e à linguagem, quanto à pulsão e ao gozo do corpo. Pois, segundo Lacan, isso faz que não deixemos de negligenciar os processos dinâmicos frente à estrutura (Ibid., p. 193). Dessa forma, os dois eixos serão considerados na constituição do sujeito.

Além disso, apesar de fazermos referência às duas operações, citando a alienação como um processo logicamente anterior à separação, essa lógica é realizada apenas para efeito de demonstração, ou de esclarecimento; já que, segundo Lacan, os dois processos são, na realidade, circulares (Ibid., p. 196).

Lacan apresentará essas duas operações, utilizando-se da lógica dos conjuntos, a lógica da união e da intersecção. O primeiro processo, a alienação, refere-se à reunião de dois campos: o sujeito e o Outro, quando o ser é afetado pela linguagem e o sujeito é reduzido a um significante. Ao ser reduzido a um significante, Lacan aponta que sua significação dependerá sempre de outro significante. Por exemplo, o significante S1 (significante unário/ traço unário)

representará o sujeito somente para outro significante, S2 (Vorstellungsrepräsentanz, significante que dá sentido). Será, a partir de tal processo, que teremos o efeito da afânise do sujeito (Lacan, 1964 [1998], p. 207) e a formação de um sujeito alienado e dividido: “um sujeito que perdeu seu ser (*algo do ser*) e está dividido” (Soler, 1997, p. 62):

“O sujeito tem uma só escolha, entre petrificar-se num significante ou deslizar pelo sentido, porque quando se tem um elo entre os significantes (S1 e S2) tem-se sentido. [...] (o destino do sujeito do significante) é a vacilação entre petrificação e indeterminação” (Soler, 1997, p. 61-62).

E o que seria um sujeito petrificado no significante? Segundo Soler (1997), a partir de Lacan, trata-se de:

“um sujeito que não faz quaisquer pergunta. A definição mais simples de um sujeito petrificado é a daquele que não questiona sobre si mesmo. Recusa-se mesmo a pensar sobre o que é. [...] oposto do analisando [...] [*que é*] um sujeito que escolhe o sentido (...) entrando na transferência e dirigindo-se a um psicanalista” (Soler, 1997, p. 62).

Portanto, para Lacan, a alienação será a via pela qual o homem “entra na escravidão” e através da qual surgirá como sujeito dividido. Este processo é indicado, por Lacan, no esquema abaixo:

(Lacan, 1964[1998], p. 200)

Por outro lado, a operação de separação pode ser analisada através da lógica de uma intersecção dos conjuntos e da articulação com o desejo e a falta. Pois, ao se deparar com uma falta no Outro, o sujeito pode se questionar sobre o desejo do Outro: “*ele me diz isso, mas o que ele quer?*”. Ou seja, para além do sentido e do que ele fala, o que ele quer? Segundo Lacan, o sujeito responderá a essa questão

através de sua própria falta: “*Pode ele me perder?*” (Lacan, 1964/1998, p. 203). Desse modo, o processo de separação pode ser remetido à falta, ao intervalo dos significantes (S1 e S2) e ainda, a um recobrimento de duas faltas, unindo o desejo do sujeito ao desejo do Outro.

Além disso, Lacan destacará que este processo envolve a função do *objeto a*, pois será por meio desta função que o sujeito pode se separar:

“o sujeito se separa, deixa de estar ligado à vacilação do ser, ao sentido que se constitui o essencial da alienação” (Lacan, 1964 [1998], p. 243).

Para o autor, este objeto será tanto o que sustentará a fantasia, quanto será aquele a partir do qual podemos deduzir que objeto o sujeito é (Lacan, 1962/1963 [2005]). Neste sentido, Lacan diz que a função do *objeto a* nos permitirá articular o desejo do Outro, o desejo do sujeito e a formação do fantasma (Lacan, 1964 [1998], p. 202-203).

Portanto, o processo de separação refere-se ao desprendimento do objeto *a* (Bruauer, 2000) e sua articulação na fantasia. E, como citamos, se a alienação pode ser considerada como destino, devemos salientar que a separação pode não ser (Soler, 1997):

“É algo que pode ou não estar presente, e aqui Lacan evoca um *velle*, em francês *vouloir*, em inglês a *Want*, um querer [...] *A separação requer que o sujeito ‘queira’ se separar* da cadeia significante. O termo *vel* não está presente neste seminário [11], mas há algo ali semelhante, mais simples e mais impressionante [...] *tirar-se disso, se safar disso* [...] a separação supõe uma vontade de sair” (Soler, 1997, p. 62, grifo nosso).

A partir deste preâmbulo, como Lacan analisa o modelo de holófrase? Segundo Lacan, este modelo está presente em uma série de casos, nos quais não há intervalo entre o S1 (significante que identifica o sujeito) e o S2 (significante que dá sentido): na introdução da dimensão psicótica no débil, no fenômeno psicossomático e na psicose:

“Chegaria até a formular que, quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o **modelo de toda uma série de casos- ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar**. É na medida em que, por exemplo, **a criança débil toma o lugar**, no quadro, em baixo e à direita, desse S, em relação a esse algo a **que a mãe a reduz a não ser mais do que o suporte de seu desejo num termo obscuro, que se introduz na educação do débil a dimensão do psicótico**. É precisamente o que nossa colega Maud Mannoni, num livro que acaba de sair, e cuja leitura lhes recomendo, tenta designar àqueles que, de um modo qualquer podem ser comissionados a levantar sua hipoteca” (Lacan, 1964 [1998], p.225, grifo nosso- Quadro na página seguinte).

A partir da fala de Lacan, podemos destacar alguns pontos. Inicialmente, observamos que para Lacan, em cada um desses casos, o sujeito não ocupa o mesmo lugar. Depois, que o autor não diz que a holófrase introduz a debilidade mental, mas que ela introduz a dimensão psicótica no débil. Neste sentido, podemos considerar que Lacan não está diferenciando a debilidade mental da psicose, mas diferencia a introdução de uma dimensão psicótica da psicose (uma estrutura clínica).

Observamos ainda que a holófrase pode não ser articulada a uma estrutura específica, pois Lacan considera que esse modelo pode ocorrer também no caso do fenômeno psicossomático. E, para ele, este fenômeno pode estar presente nas três estruturas clínicas. Para entendermos como o autor pôde incluir esse fenômeno neste modelo, juntamente com a psicose, por exemplo, ou como o fenômeno não implica uma estrutura clínica específica, devemos retomar seu discurso no Seminário 2.

Desde o Seminário 1, Lacan já havia feito referência à estrutura narcísica, no caso da holófrase, quando considerava que “toda holófrase se liga a situações limites, em que o sujeito está suspenso numa relação especular (*imaginária*) ao outro” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 258). Porém, no Seminário 2, Lacan (1955/2010)³⁷ dirá que podemos diferenciar o fenômeno psicossomático da neurose, pois apesar de ser óbvio que o fenômeno psicossomático pode estar presente em um sujeito com estrutura neurótica, o fenômeno psicossomático refere-se mais especificamente à relação narcísica, ou seja, à constituição de um eu que é o outro. Já a neurose, apesar de envolver também a estrutura narcísica, encontra-se em

³⁷ - Capítulo 8, do seminário 2: “Introdução ao Entwurf”.

outro plano. A partir desta diferenciação, Lacan diz que o fenômeno psicossomático envolve uma **defesa** que deve ser diferenciada de outras e que ele poderá ser analisado somente se considerarmos os três registros: real, simbólico e imaginário (Lacan, 1955 [2010], p. 135-138).

Segundo a análise de Lacan, podemos relacionar a introdução da dimensão psicótica no débil à estrutura narcísica e também, questionar se ela não determinaria uma estrutura clínica específica. Além disso, quando Lacan diferencia a posição do sujeito no caso da introdução da dimensão psicótica no débil e no caso da psicose (o sujeito não ocupa o mesmo lugar), será que Lacan não estaria diferenciando um fenômeno, enquanto uma “dimensão psicótica”, de uma estrutura clínica?

Este ponto é relevante, pois nos envia à problematização frequentemente colocada por diversos autores quanto ao estatuto da debilidade mental, quando questionam se a debilidade corresponderia a uma inibição, um sintoma, uma posição subjetiva, ou ainda, se ela corresponderia a uma estrutura clínica específica, ou poderia estar presente nas três estruturas clínicas.

Além disso, devemos apontar que a distinção entre um fenômeno psicótico e a psicose, enquanto uma estrutura clínica, já fora pontuada pelo autor, desde o início de sua obra. Por exemplo, quando Lacan fala sobre a alucinação do dedo cortado no caso do homem dos lobos, indicando que: “o sujeito não é de modo algum psicótico. Só tem uma alucinação. Poderá ser psicótico mais tarde, mas não o é no momento em que tem essa vivência” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 74). Assim, para Lacan, ter uma alucinação não determina uma estrutura psicótica, mas um sujeito com uma estrutura psicótica pode também, apresentar alucinações.

Por outro lado, em que sentido podemos analisar a semelhança entre a dimensão psicótica introduzida no débil e a psicose? Ou podemos nos referir à estrutura narcísica nos dois casos?

Segundo Lacan, quando existe a holófrase, não ocorre o processo no qual o segundo significante retroage sobre o primeiro, possibilitando a emergência do sujeito dividido e, assim, teremos a ausência da divisão do sujeito: “é certamente algo da mesma ordem [*no caso da introdução da dimensão psicótica no débil*] do que se trata na psicose” (Lacan, 1964 [1998], p.225). Como ele diz, um “apanhar a cadeia significante reprimida em massa, é o que proíbe a abertura dialética que se manifesta no fenômeno da crença” (Ibid., p.225). O fenômeno de crença se

manifestaria, portanto, sem o termo que permitiria considerar que não existe crença plena:

“*[fica ausente a dimensão da crença de que]* não há, de fato, crença que seja plena, e inteira, não há crença que não suponha, em seu fundo, que a dimensão última que ela tem que revelar é estritamente correlativa do momento em que seu sentido vai desvanecer-se” (Lacan, 1964 [1998, p. 225).

Não podemos associar esse fenômeno de crença, sem esta dimensão, com as falas de crianças ditas débeis, citadas por Mannoni, que demonstrariam o “talento” delas de fazer falar seus pais em seu lugar? Ou, ainda, com a referência de outros autores, quanto a uma repetição de falas de outros, sem questionamentos?

Outro ponto que merece ser destacado da fala de Lacan, é que o autor diz que é: ***quando a criança débil ocupa o lugar, no qual é reduzida a ser suporte do desejo da mãe num “termo obscuro”,*** que teremos a introdução da dimensão psicótica. O que isso nos indica? Que não se trata da criança que, por ser “débil”³⁸, terá esta introdução da dimensão psicótica, mas é **quando esta criança ocupa um determinado lugar.**

Pierre Bruno (1986), um autor citado na maioria dos trabalhos que tratam do tema da debilidade mental, a partir da psicanálise lacaniana, também salienta as falas de Lacan deste seminário. E, a partir delas, introduz o termo “psicotização”, para se referir ao que ocorreria com o débil e também para diferenciá-lo do psicótico. Segundo o autor, o débil encontra-se “psicotizado”, mas não é psicótico, pois, mesmo quando ele é localizado como objeto do fantasma materno, só existe um significante opaco e está presente a referência ao lugar do pai. Assim, Bruno sustenta um estatuto específico para a debilidade mental e, como Mannoni (1985), nos aproxima de uma articulação da posição da criança dita débil com uma maior submissão dela à fantasia materna.

Além de Bruno (1986), Laurent (1991; 1995), Cordie (1996) e Santiago (2005) também sustentarão essa diferenciação entre a debilidade mental e a psicose, apoiando-se no Seminário 11 e em outros seminários posteriores de Lacan. Cabe destacar, entretanto, que Bruno já podia contar com obras de Lacan que foram publicadas após a obra de Mannoni (1964).

---

³⁸ Aqui, Lacan parece fazer referência ao diagnóstico médico e psicológico de debilidade mental.

Laurent (1991; 1995) e Santiago (2005) retomarão a nomeação de Bruno de uma psicotização do débil, para distinguir a debilidade mental da psicose. E Cordié (1996) sustentará essa mesma diferença, com outros termos: criança psicótica e “criança psicotizada”; situando, neste último caso, a debilidade mental e a não existência de uma forclusão do Nome-do-Pai.

Assim, a formulação do lugar que a criança dita débil pode ocupar, a ser reduzida a não ser mais do que o suporte do desejo da mãe num “termo obscuro”, fez que diversos autores evocassem uma falha na função simbólica, ou uma falha nesta função de dar nome (Nome-do-Pai). Retomamos que Lacan considerava que o significante Nome-do-Pai no lugar do Outro, ao se situar como terceiro ao par imaginário e fazer referência à lei no Outro, permitiria simbolizar o desejo da mãe, através do falo (Lacan, 1957/1958 [1998], p. 563):

<u>Nome do Pai</u>	•	<u>Desejo da mãe</u>	————→	Nome-do-Pai <u>(A)</u>
Desejo da mãe		Significado para o sujeito		(Falo)

Por sua vez, Laurent (1995. p. 170), aponta que a análise de Lacan dos casos de holófrase, nos permite retomar a formulação da metáfora paterna de forma diferenciada. Pois, nesses casos, o desejo da mãe é apoiado num termo obscuro, assumindo o valor de objeto da fantasia materna:

<u>DM</u>	<u>DM</u>
X	a
Metáfora Paterna	Seminário 11

Entretanto, uma dificuldade de simbolização não implica, necessariamente, uma forclusão do Nome-do-Pai (ou uma estrutura psicótica), como Bruno e Laurent também indicaram. E, neste sentido, Santiago (2005) pode retomar a análise de Mannoni, que observava uma dificuldade na função de nomeação do desejo da mãe pelo significante Nome-do-Pai nos casos de debilidade mental. Porém, Mannoni destacava a não equivalência entre a debilidade mental e uma estrutura clínica específica.

Além disso, se consideramos que o modelo de holófrase pode ser analisado através dos dois processos de constituição do sujeito (alienação e separação), como Lacan indicou, podemos observar um duplo efeito. Por um lado, a solidificação dos significantes terá efeitos na alienação, pois fará que o sujeito não apareça como afânise. Por outro lado, a holófrase terá consequência no processo de separação, pois com a ausência de intervalo entre os significantes, o intervalo e a falta não aparecerão e o desejo do Outro não poderá ser interrogado (Vorcaro, 1999). Ainda fica em destaque a análise da função do objeto *a*, pois esta função, devido à holófrase, se encontrará encoberta. E, segundo Bruno (1986), poderemos considerar duas possibilidades, a função do objeto *a* poderá se encontrar inibida, ou forcluída.

4.5- De uma falha na regulação do imaginário ao processo de simbolização

Lacan considerou frouxa a noção de desenvolvimento para analisarmos os ditos atrasos de desenvolvimento e indicou que se tratava de um “retardo” na função imaginária, ao falar dos casos Dick e Roberto. Por sua vez, Mannoni indicou uma dificuldade das crianças diagnosticadas de débeis de se localizarem no imaginário, devido à dificuldade de se situarem em relação ao significante paterno. Ou seja, apontou uma falha de nomeação articulada à função paterna, além da recusa da castração simbólica e da permanência de uma situação dual, o que também não definiria uma estrutura clínica específica.

Para nos aprofundarmos nesta articulação entre o registro do imaginário e registro simbólico, é importante realizar retornar ao estágio do espelho e às identificações, e também fazer um breve comentário sobre a evolução da concepção da função paterna na obra de Lacan.

Segundo Lacan, podemos falar de duas identificações. A identificação imaginária refere-se àquela realizada a partir de uma imagem, a partir de outro. Por outro lado, a identificação simbólica não está situada no campo narcísico, como a imaginária, mas pode ser articulada ao traço unário (Lacan, 1964 [1998]; Lacan, 1971 [2009]). Segundo Lacan, este traço pode ser relacionado ao campo do desejo, ou do Ideal do eu (Lacan, 1964 [1998], p. 242) e é o que permite o “inimitável” (Žižek, 1992, p. 108) do sujeito. Ou seja, é o traço que tanto permite manter a imagem especular coesa, quanto permite ao sujeito se contar como Um (Julien, 1993).

Observamos, ainda no Seminário 11, uma referência de Lacan a este processo de identificação, quando o autor cita uma fala que faria um “medidor de nível mental se esbaldar” (Lacan, 1964 [1998], p. 26). Trata-se da seguinte “topada ingênua” de um menino, que diz:

“Tenho três irmãos, Paulo, Ernesto e eu. Mas é muito natural – primeiro são contados os três irmãos [...], e depois há o eu no nível em que se diz que eu tenho que refletir o primeiro eu, quer dizer, o eu que conta” (Lacan, 1964 [1998], p. 26, grifo nosso).

Através dessa citação, Lacan buscava demonstrar que o sujeito é inicialmente contado e, somente depois pode se reconhecer como contador (a partir do traço unário):

“Quando este significante, esse um, é instituído, a conta é um Um. É ao nível não do um, mas do um Um, ao nível da conta, que o sujeito tem que se situar como tal. Com o que os dois uns, já se distinguem” (Lacan, 1964 [1998], p. 135).

Este importante eixo de análise será retomado no Seminário 19 (1971/1972 [2012]³⁹), quando Lacan considera que podemos diferenciar duas vertentes do significante Um: o Um uniano e o Um do traço unário. O Um uniano nos remeteria à vertente de certa completude do estádio do espelho, imaginária. Já o Um do traço unário trará a marca simbólica nessa identificação imaginária, pois este traço tem uma relação particular com o nome próprio, ou, ainda, com o significante Nome-do-Pai (Lacan apud Allouch, 1995, p.203; Lacan 1953/1963 [2005], p.73). Pois, ao ser pronunciado, o nome próprio produziria o significante da falta do Outro (Lacan, 1960 [1998]).

Segundo Lacan, a letra é o suporte para o traço unário. Ela dá apoio ao significante, mesmo que não seja de uma ordem mais primária que ele, pois Lacan (1971 [2009], p.113) considera que os significantes do discurso do Outro já estão aí, trata-se de como esses significantes vão se inscrever na cadeia inconsciente de cada um. Além disso, será a letra que permitirá a Lacan articular o registro do real e do simbólico, pois a letra possibilita representar o objeto *a*, que é irrepresentável. E será através dela e de suas combinações que se pode colocar o equívoco, ou seja, o fundamento da lei que se articula ao significante Nome-do-Pai (Allouch, 1995, p.227). Quanto a esta relação da letra e do traço unário, Julien (1993) destaca:

“Ein enziger Zug: esse é o nome próprio, próprio ao sujeito no Outro. Mais do que qualquer outro nome, o nome próprio como traço unário mostra-nos o que é da ordem da letra, não em sua vertente de sentido, mas na do sinal e da insígnia” (Julien, 1993, p. 109).

Este traço pode, assim, corresponder a uma vertente de insígnia, mais do que o sentido, pois mesmo que o traço unário faça do sujeito Um, ele não é. Ele é remetido de um lado a este traço e de outro, ao objeto *a*, sem ser um nem outro, pois se trata de um sujeito dividido.

De qualquer forma, será a partir dessa identificação simbólica e da queda dos objetos *a*, que o real do corpo pode ser coberto pela imagem especular e que podemos conceber a formação de uma imagem de corpo totalizada (*eu*). Esta concepção envolve, assim, a diferenciação entre a imagem especular [*i(a)*] e o objeto *a*.

---

³⁹ Aula de 15/03/1972.

Citamos que é através da pulsão que o corpo pode ser “recortado” e que uma zona erógena pode ser destacada (Lacan, 1964 [1998]; Lacan, 1960 [1998]). Os objetos a são objetos da pulsão que representam parcialmente a função que os produz (Lacan, 1960 [1998], p.832). Eles são reduzidos, pelo autor, aos objetos: seio, voz, fezes, olhar; e articulados, respectivamente, à pulsão oral, invocante, anal e escópica (Lacan 1964 [1998]). Será, através do movimento da pulsão, que as bordas podem ser constituídas. Por exemplo, o movimento da pulsão ao contornar o objeto a seio, constituirá a boca como borda. Além disso, segundo Lacan, estes objetos (a) são inapreensíveis no espelho e serão cobertos pela imagem especular (Lacan, 1960b). Por esta razão, é necessário que esses objetos sejam caídos, ou perdidos para a constituição de uma imagem especular do corpo totalizada. Ao ser destacado de i (a), este objeto a demonstrará a impossibilidade de fazer UM com o corpo do Outro (Chemama, 1995, p.152), além de possibilitar que este objeto possa ser articulado à fantasia como objeto causa do desejo; e ainda permitirá a simbolização desse buraco em falta.

Para que possamos articular a falta, ou o buraco, aos três registros (real, simbólico e imaginário), retomamos Julien (1993, p.152). No registro do imaginário, a falta vai ser indicada como menos falo imaginário (menos phi) e, assim, a castração dará consistência ao imaginário. No registro do simbólico, o buraco é introduzido pelo fato de que existe um impossível de se dizer, considerando aqui o significante da falta do Outro. E, no registro do real, o buraco irá se referir ao impossível da relação sexual, ou ainda, ao fato de que não há saber do gozo do Outro.

Outro ponto que merece destaque, nesta articulação entre o registro do imaginário e do simbólico, é a evolução da concepção da função paterna simbólica, ou ainda, do segundo termo da dupla significante (S2), na obra de Lacan. Partimos da análise do Seminário 11, quando consideramos que o segundo termo da dupla significante (S2) pode dar sentido ao desejo da mãe. Porém, com a nomeação do S2 como “saber”, no Seminário 16, Lacan pode retomar a concepção do Nome-do-Pai de forma diferenciada (Porge, 1998).

Nesse momento, Lacan considerará que não existe um Outro que garanta a verdade absoluta, pois este Outro no qual o saber estaria (saber absoluto) não existe, já que ele é furado. Assim, se Freud deu consistência a um pai imaginário, ou seja, a um Nome do Pai que viria no lugar de S1 e que serviria de rolha, para Lacan, o Complexo de Édipo não será mais a lei, mas será um resultado que pode ter

apenas um papel “parcial” de rolha (Porge, 1998). Em que sentido? Partindo do Nome-do-Pai que dá sentido ao desejo da mãe, a função paterna será considerada, então, como a função que permite nodular os três registros (real, simbólico e imaginário). Portanto, trata-se aqui da função do pai como nomeação e nomeante.

Qual efeito dessa leitura na clínica? Lacan havia apontado a importância da função de simbolização, enquanto uma nomeação simbólica, indicando no caso de Roberto a sua nomeação por meio da palavra: “lobo”. Tal nomeação tem uma relação particular com este sujeito e sua história. Por sua vez, Mannoni também destaca esta função na clínica. Segundo ela, existe a possibilidade de a criança débil sair da relação fantasmática com a mãe quando ela conquistar uma identificação significativa (Mannoni, 1985, p. 23). Por exemplo, cita o caso de Pierre ao indicar que a intervenção paterna possibilitou que ele adquirisse os sinais de mais e de menos, o que teve efeitos em sua escolarização. Em outro caso, Mannoni (1985, p. 67) considera que, ao “aceitar a dimensão simbólica”, como um novo tipo de troca com os pais, Mireille pode **se nomear** frente ao Outro em um diferente lugar. Isso ocorreu devido a uma simbolização da falta do Outro que, anteriormente, não existia. E acrescentamos que, neste último caso, tratava-se de uma psicose.

Se, de um lado, esta leitura nos possibilita caminhar para além da leitura freudiana, como de uma leitura de déficit, será que ela seria suficiente para dar sentido à permanência de um estatuto específico para os ditos atrasos de desenvolvimento, ou para a debilidade mental?

Ou trata-se da mesma direção clínica, uma aposta na possibilidade de que um sujeito possa caminhar para além de sua alienação, ao ler seu traço e se reinscrever em um outro lugar? Nesse sentido, seja com relação ao dito “débil”, ao dito “atrasado”, seja com qualquer outro indivíduo.

4.6- Da identificação de fenômenos a um estatuto específico da debilidade mental

A partir da obra de Lacan, podemos observar três eixos de análise na formulação de um estatuto específico da debilidade mental, segundo os autores pesquisados e suas experiências clínicas.

O primeiro eixo envolve as concepções de Bruno (1986), Laurent (1991;1995), Santiago (2005) e Cordié (1996). Esses autores diferenciam, como citamos, a debilidade mental da psicose, considerando que no primeiro caso não existe a forclusão do Nome-do-Pai, mesmo quando há uma fenomenologia que poderia indicar uma estrutura psicótica, ou ainda, mesmo que a criança esteja localizada como objeto do fantasma materno. Esta posição diverge, portanto, da análise de Mannoni, que considerava a existência das três estruturas clínicas nas crianças diagnosticadas como “débeis” (segundo avaliações de inteligência). E isso, apesar de Mannoni se aproximar da concepção dos autores citados, quando aponta que, ao se tratar de um caso de psicose, observamos na realidade os efeitos de uma estrutura psicótica, que pode não ter sido considerada como tal, anteriormente.

Entretanto, o que questionamos é como podemos diferenciar a debilidade mental da psicose e, não apenas diferenciar certos fenômenos de uma estrutura clínica.

Para Bruno (1986), nos casos de debilidade mental existiria um fracasso apenas “aparente” do processo de separação, quando o débil poderia dar:

“a impressão de não poder se separar dos significantes do Outro, como se o sujeito se fundasse no Outro significante, interditando-se de interrogar [...] o débil se auto-proíbe de saber para não transformar em falso-verdadeiro o saber da verdade. Por esta proibição [inter-diccion] é que se mostra sensível a sua divisão como sujeito, dando-a a ver, como a oculta” (Bruno, 1986, p. 42).

Essa proibição refere-se a uma defesa, na qual o débil se “auto-proíbe”, ou se “auto-interdita” utilizando, para isso, um recurso de uma “imaginarização última”. Tal imaginarização pode ser demonstrada nos “fenômenos clínicos” de muitos casos citados. Mas como podemos entender essa estratégia de imaginarização?

Santiago (2005) indica que, ao reduzir o S1 à sua dimensão imaginária, que como vimos é remetido também à dimensão simbólica, o dito débil evitaria sua divisão e a castração simbólica. Essa formulação nos permite considerar a análise

de Lacan quanto à dimensão do Um uniano, citada anteriormente. E, além disso, articular essa redução, justamente com uma propriedade da dimensão imaginária, que “não supõe equívoco, não calcula o vazio, desconhece a falta” (Miranda, 2002, p. 12).

Laurent considera que a produção deste Um na debilidade pode ser diferenciada da psicose, pois na debilidade existiria o dois e o Um se colaria por efeito do imaginário:

“Poderíamos, além disso, propor uma clínica do modo de contagem. O sujeito obsessivo que entra numa sala conta todos os objetos, verificando se estão em seus lugares. O sujeito histérico, entrando na mesma sala, começa por verificar que ele conta bem aos olhos do Outro. O sujeito psicótico, por exemplo, o paranoico, pode se pôr a quebrar tudo na mesma sala, acometido por uma angústia diante da obscenidade do gozo no Outro. A se acreditar numa entrevista dada por sua mãe, o lógico americano Saul Kripke, quando pequeno, iniciado pelo pai nos paradoxos da onipresença divina, teria perguntado a ele se, quando ele entrava na cozinha, Deus saía. Como se vê, é muito diferente contar o que está dentro e o que não pode, em caso algum, ser contado a não ser quando sai” (Laurent, 1991, p.134-135).

“Vê-se que a produção desse Um é diferente nos tipos de psicoses, e é diferente também na debilidade e diferente também na neurose, como assinalou Lacan, dada a relação do sujeito, em cada caso, com a enumeração dos objetos de seu gozo” (Laurent, 1995, p. 174).

Desse modo, o autor sustenta que Lacan diferencia a debilidade mental, quando define um sujeito que flutua entre discursos e o psicótico, situado como fora do discurso (Laurent, 1991; Laurent, 1995; Santiago, 2005; Bruno 1986). E ainda diferencia a debilidade mental da debilidade neurótica.

E quais os efeitos dessa estratégia de imaginarização, ou defesa? Segundo Bruno (1986), nos fenômenos clínicos, observamos que o débil se prende aos enunciados do Outro, não questionando sua veracidade, repetindo a fala de outros, ou como Mannoni nos indica, “fazendo falar” seus pais em seu lugar:

“[...] se distinguem por uma resistência, às vezes de maneira genial contra tudo que poderia contestar a veracidade do Outro significante para melhor se prevenir das dúvidas que o assaltam em relação ao Outro da lei. Conforme um equívoco onde a grosseria não é aqui fora de lugar, temem acima de tudo, se fazer mestre” (Bruno, 1986, p. 42).
“o sujeito se faz débil para conservar intacto o Outro como verdade, na qual ele se faz seu escravo [servant].” (Bruno, 1986, p.43)

Neste sentido, Laurent (1991) analisa a distinção entre a debilidade mental da debilidade neurótica, considerando que o débil demonstraria a impossibilidade de

isolar a relação ao saber do lugar da verdade. Por outro lado, na debilidade neurótica, o autor diz que existiria uma interrogação da verdade.

Quanto à clínica propriamente dita, Bruno (1986) indica, no caso clínico de um menino neurótico diagnosticado como débil (segundo padrões psicológicos) que, apesar de sua denegação da castração e uma imaginarização do Nome-do-Pai, a análise permitiu a realização do complexo de castração. Em outro caso, citado por Santiago (2005), Bruno apontou que foi “pela via da evocação do pai morto, que A.M. livrou-se de sua identificação ao significante débil” (Ibid, p. 169), quando pôde, assim, produzir um significante novo, relacionado ao pai. Bruno ainda irá considerar que:

“aqueles que chamamos ‘débeis’ nas instituições de saúde mental em função de seus resultados aos testes de inteligência, não revelariam nenhuma clínica particular ao olhar da psicanálise” (Bruno, 1986, p.39).

A posição desses autores, portanto, permite analisar a posição de uma criança dita débil, como de uma possível psicotização dela, sem que isso seja equivalente a uma estrutura psicótica. Mas seria este um mecanismo estrutural ou um funcionamento específico que faria valer um estatuto específico para a debilidade mental?

Para o segundo grupo, a debilidade mental pode estar presente em diferentes estruturas clínicas (Sanches, 2008; Miranda, 2002). Para Miranda (2002) e Sanches (2008), a debilidade mental não se trataria nem de um sintoma, nem de uma inibição, mas de uma posição subjetiva. Miranda esclarece que entende a debilidade mental como sendo da ordem de um “fenômeno”, como “um último recurso antes do desvelamento da estrutura” (Miranda, 2002, p. 22) e corresponderia a uma posição subjetiva. Por sua vez, Sanches (2008) considera que a debilidade mental seria uma “manifestação psíquica” que deveria ser mais considerada na clínica pelos psicanalistas.

A concepção da debilidade mental enquanto fenômeno, novamente, tanto nos remete ao campo da fenomenologia, quanto nos permite não realizar uma equivalência entre uma dimensão psicótica e uma estrutura específica (psicótica). Além disso, nos permite considerar o eixo da dimensão narcísica presente nos fenômenos ditos de atraso de desenvolvimento, ou ainda, em certas falas características, que Lacan dizia fazer “medidores de nível mental” se esbaldar.

Porém, é preciso considerar a distinção entre um fenômeno (comportamento, falas etc.) e uma posição subjetiva, quando devemos observar um acréscimo relevante, a existência de um sujeito e sua implicação em seu sofrimento. Ponto que fora enfatizado, também, pela maior parte dos autores citados nesses dois eixos. Neste sentido, considero que o termo “defesa”, utilizado por Bergès e Balbo (2003), pode ser um termo interessante. Defesa que se difere daquela que determinaria uma estrutura clínica (psicose, neurose e perversão). Entretanto, apesar desses desenvolvimentos, ainda podemos questionar se estamos saindo do campo da fenomenologia ao considerar os efeitos desta defesa, nomeando-os de “debilidade mental”.

Segundo Bergès e Balbo (2003), o falhado cognitivo⁴⁰ “não pode, como o psicótico se apropriar-se do Outro da mãe”. A semelhança dos dois casos reside no ponto de que o falhado cognitivo encontra em sua mãe apenas “significantes imaginários” (Ibid., p.184). Assim, podemos considerar também a existência de uma “carência do significante no Outro do filho e no da mãe, e a saturação do imaginário” (Ibid., p. 190). Por outro lado, os autores salientam que o falhado cognitivo pode, ou não, ser psicótico.

Para Miranda (2002), a posição subjetiva da criança débil articula-se com seu lugar como “objeto *a* do fantasma materno [...] mesmo quando a metáfora paterna operou” (p. 35). A autora concorda parcialmente com o entendimento dos outros autores do primeiro eixo. E tanto ela como Bergès e Balbo (2003) sustentam que o dito débil faria uso de uma “dimensão imaginária” (Miranda, 2002), ou de uma “imaginarização”, como defesa.

Além disso, segundo Miranda (2002), nos casos de neurose, a debilidade mental velaria a castração materna; no caso da psicose, a debilidade mental velaria a estrutura psicótica, impedindo que o que foi forcluído no simbólico retornasse no real; na perversão, a debilidade velaria a separação radical entre o amor e o desejo.

O terceiro eixo de análise remete-se mais particularmente, a análise do estatuto desta defesa. Observamos que, de forma geral os autores citados articulam a debilidade mental a uma certa fenomenologia, enquanto efeitos de uma imaginarização. Porém, se esta estratégia não se refere a um sintoma, enquanto

---

⁴⁰ Os autores salientam que preferem usar o termo falhado cognitivo que debilidade mental, pois consideram que podemos identificar que esta falha se manifesta predominantemente no campo “verbal” e que demonstra uma linguagem que acaba sendo reduzida em sua dimensão imaginária (Bergès e Balbo, 2003, p. 186).

formação do inconsciente (o que todos os autores concordam), a que ela corresponderia?

Consideramos, a partir de Freud, que certos fenômenos expressam restrições de funções do ego, que são efeitos de uma defesa contra impulsos desagradáveis e que podem ser diferenciados de sintomas. Trata-se da inibição. O termo mostra-se interessante, primeiramente, pois nos possibilita considerar uma defesa que pode ser diferenciada das defesas associadas às três formas de negação da castração, segundo as três estruturas clínicas (neurose, psicose e perversão), desenvolvidas por Lacan. Assim, trata-se de uma defesa que pode estar presente em uma diversidade de casos, ou de estruturas clínicas.

Além disso, para Lacan, a inibição pode ser diferenciada do sintoma. Esta distinção é apontada no esquema abaixo:

Para Miranda (2002, p. 22), a debilidade não poderia ser vinculada à inibição, pois envolveria o desejo, além do eu. E a autora sustenta isso, ainda que considere que a inibição é antes de tudo o que não fez sintoma, como o fato de a inibição se referir ao corpo e ao imaginário. Porém, segundo Santiago (2005), uma das autoras que desenvolve essa articulação, a inibição pode sim ser associada ao desejo. E se retomarmos Lacan, observamos que ele considera que o ato e sua inibição seriam faces da mesma moeda (Lopes, 2002, p. 85); por exemplo, cita que no caso do desejo anal, ao invés de “dar” as fezes, poderia emergir o desejo de reter. Lacan aponta ainda que “o ato é uma ação na medida em que nele se manifesta o próprio desejo que teria sido feito para inibi-lo” (Lacan, 1962/1963 [2005], p. 345). Portanto, a inibição também envolve o desejo.

Além disso, consideramos que frente à angústia, que se refere mais a uma falta da falta, do que uma perda de objeto, podemos observar a formação de um sintoma que seria capaz de tratar o gozo e fazer superar a angústia de castração (Trobas, 2002). No entanto, há outros casos nos quais existiria apenas uma eficácia insuficiente de um sintoma, ou de vários sintomas, para que possa ser realizado esse tratamento simbólico do gozo e da castração. Nestes casos, poderíamos encontrar uma outra forma de defesa: a inibição. Esta pode ser relacionada a um tratamento imaginário das representações do eu; assim, trata-se de uma estratégia que consiste no fortalecimento da alienação e não no trabalho de separação de um objeto idealizado ou de luto (Trobas, 2002), ou de uma estratégia na qual a falta acaba por ser encoberta pelo ideal, indicando uma ilusão de completude.

Portanto, a lógica da inibição nos permite retomar a leitura de Lacan sobre a ênfase na estrutura narcísica, quando consideramos a holófrase, ou quando vinculamos uma série de fenômenos a uma falha na regulação do registro do imaginário com o simbólico (seguindo as referências de Lacan ao retardo mental e à introdução da dimensão psicótica em alguns casos de debilidade). Retomaremos então, como essa associação da inibição à debilidade mental pôde ser aprofundada por Santiago (2005) e Cordiè (1996).

Cordiè (1996) aponta que, quando um sujeito re-encontra a angústia e não podem ser construídos sintomas, a inibição pode existir. Mas acrescenta que, em alguns casos, essa inibição pode chegar a “contaminar todo o sistema: através de uma invasão progressiva [...] e consequentemente [*teríamos*] a debilidade” (Ibid., p. 163):

“[quando] há parada de separação do objeto *a* e ausência do apagamento do corpo biológico, quando esse corpo biológico não é retomado em estruturas simbólicas, há uma persistência de imagens corporais angustiantes. Consequentemente, haverá suspensão concomitante do trabalho sobre a língua, e, portanto, debilidade” (Cordiè, 1996, p. 148).

Assim, Trobas (2002) concorda com Cordiè (1996), sem se referir especificamente à debilidade mental, quando o autor diz que, no caso de uma inibição generalizada, como Freud nomeou, poderíamos observar o testemunho de um fracasso do tratamento simbólico sobre o gozo, sem que isso signifique um rechaço ou uma forclusão. Esta análise permite considerar uma diversidade de gravidade de fenômenos, ditos de déficit, como consequência da inibição, sem que

isto equivalha a uma psicose, enquanto estrutura (Brauer, 2000, p. 80)⁴¹. Podemos citar um exemplo, segundo Brauer (2000), em seu trabalho, das 50 crianças atendidas e diagnosticadas com distúrbios graves, apenas 4 se configuravam estruturalmente como psicóticas.

Por sua vez, Santiago (2005) aponta que, apesar das diferenças entre a debilidade mental e a inibição, a debilidade mental possui a mesma lógica da inibição. Trata-se de recorrer à identificação narcísica para denegar a lei simbólica.

Além disso, para a autora, a análise dos transtornos inibitórios nos permite avançar, pois entende que o sujeito que sofre as consequências das limitações também é o agente delas (Santiago, 2005). E, acrescentamos, essa leitura nos possibilita considerar o movimento, não apenas uma paralisação e indica a possibilidade de separação. Neste sentido, Cordiè (1996) retoma a função do objeto a para considerarmos a divisão do sujeito. E observamos que Lacan destaca que somente essa função nos permite analisar, para além de sua função de corte, a anatomia de uma forma diferenciada:

“Freud nos diz que a anatomia é o destino. Vocês sabem que, em certos momentos, ergui-me contra essa formulação, pelo menos o que ela pode ter de incompleto. Mas ela se torna verdadeira se atribuirmos ao termo ‘anatomia’ seu sentido estrito, e digamos etimológico, que valoriza a anatomia, a função de corte. Tudo o que sabemos de anatomia está ligado, de fato, à dissecação. O destino, isto é, a relação do homem com essa função chamada desejo, só adquire toda a sua animação na medida em que é concebível o despedaçamento do próprio corpo, esse corte é que é o lugar dos momentos de eleição do seu funcionamento” (Lacan, 1962/1963 [2005], p. 259).

A análise da inibição nos permite caminhar para além da fenomenologia dita de restrição, como nos possibilita considerar o tratamento. Em que sentido? Ela nos indica que não devemos nos limitar a analisar apenas um distúrbio imaginário, sem considerar a função do objeto a, ou a função de corte, que segundo Lacan é exatamente a função que permitiria o processo de separação do sujeito (Lacan, 1964 [1998], p. 243). Ou seja, partimos de uma fenomenologia dita fixa e sem desenvolvimento, para considerarmos a possibilidade de um sujeito ler seu traço e se deslocar de uma posição de objeto, mudando seu caráter de dependência em sua relação com o Outro. É o que entendemos quando Lacan nos diz que a análise é possível também, com os ditos débeis, como o autor indicou. Retornemos à clínica.

---

⁴¹ Como casos diagnosticados como psicose, autismo, paralisia cerebral, deficiência mental, entre outros.

Parte 5- Em direção à Clínica...

“Há não muito tempo, o psicótico estava condenado ao hospício. Hoje, o débil tem ainda por destino ser o objeto de alguém ou de alguma coisa (passa da reeducação materna a todos os modos de reeducação). Amanhã talvez encontraremos com mais segurança a via que levará o débil reconhecer-se como ser humano, com desejos não alienados no Outro. Só então as noções de debilidade mental poderão ser colocadas em questão” (Mannoni, 1985, p.106).

Observamos uma concordância nos autores citados sobre a existência de fatos clínicos, ou de certa fenomenologia que pode ser observada com frequência na clínica com pessoas ditas débeis, mas que esta deve ser analisada de forma diferenciada da concepção de déficit.

Mannoni articulou certas falas a um talento do débil de “fazer falar” seus pais em seu lugar, citando que as crianças e jovens débeis eram mais falados, do que propriamente falavam e que também, o eram pelo discurso médico:

“Minha inteligência está bloqueada [...]. O dr. X me disse que sou um débil mental por causa da febre que tive aos 5 anos, de modo que tenho buracos de memória, buracos para o passado e para as contas” (Pierre, segundo Mannoni, 1985, p. 24).

Bruno (1986), por sua vez, destacou a resistência dessas crianças em questionar a veracidade do discurso do Outro, manifestando um discurso que buscava ocultar sua divisão. Por exemplo, citou a fala de Monique, de 10 anos, atendida por Mannoni, como uma fala sem coloração afetiva: “Esta manhã fui à feira, daqui a pouco vou almoçar fora com a mamãe, tirei 10 em leitura. O meu irmãozinho está andando” (Mannoni, 1985, p. 29).

Miranda (2002) citará outra fala de uma criança débil, referindo-se ao fato da não existência de equívocos, como ao fato da alíngua ser reduzida aos enunciados do Outro. Trata-se da fala de Mariana, uma menina de estrutura neurótica que, ao se queixar de não entender as brincadeiras e piadas dos amigos, cita a fala dos colegas que disseram que ia haver uma festa: “Vai ter festa!!! João e Pedro vão se casar!”. Mariana responderá: “Não vai ter festa, criança não faz festa, quem faz festa é a mãe e menino com menino não pode casar” (citação de Miranda, 2002, p. 64). Miranda (2002) dirá também que nessa clínica, na transferência com essas crianças ditas débeis, encontraremos a angústia do lado do analista, pois ele se vê diante de um sujeito “sem queixas, sem demanda, sem desejo; quando o discurso se faz presente, é sempre eco do discurso do Outro” (Miranda, 2002, p. 110).

Entretanto, como partir dessas falas sem coloração afetiva, ou da repetição de falas que evidenciam um talento de algumas crianças de “fazer falar” os pais em seu lugar? Ou como partir dessa dita resistência em questionar a veracidade do Outro?

Bruno (1986) e Mannoni (1985) nos indicam que, ao buscar ocultar a divisão, essas crianças a demonstram e podemos observar que o imprevisto também está presente. Serão nos imprevistos que encontraremos “as únicas verdadeiras palavras” (Mannoni, 1985, p. 29) dessas crianças. No caso de Monique, por exemplo, será: “olha uma mosca, olha um operário em cima do telhado” (Ibid., p.29). Mesmo que neste breve relato, não tenhamos outros dados da análise de Monique, ou de sua história, e não possamos saber o que destes temas lhe interessam, o que se mostra claro é que não se trata simplesmente de uma repetição de falas de um outro, mas refere-se ao sujeito. Ora, não devemos procurar exatamente nesses “imprevistos” o aparecimento do sujeito na clínica?

Outro exemplo é de Mireille, de 8 anos, diagnosticada como débil e, segundo Mannoni, psicótica. A menina, apesar de apresentar-se “colada” à mãe, segundo a autora indica, já no início de seu tratamento coloca sua questão: “Quem é Mireille?” (apud Mannoni, 1985, p. 38).

Podemos retomar outra fala de Mariana, que apesar de não questionar como podem meninos se casar, e aparentemente manifestar falas sem equívocos, fará também um lapso. Em um momento do tratamento, quando a analista pergunta “Quem é que te impressiona?”, Mariana diz: “Minha mãe, minha mãe me pressiona” (Apud, Miranda, 2002, p. 68). Assim, apesar de negar seu equívoco, dizendo que ela é que fala errado, temos aqui a presença do sujeito do inconsciente.

Cordiè (1996), por sua vez, citará falas que podem ser articuladas a uma imaginarização do significante, mas indicará que essa construção pode ser modificada no decorrer de uma análise:

“Professor: Tomemos um exemplo simples. Se você tivesse dois narizes, e eu arrancasse um, com quantos você ficaria?

Aluna: Nenhum.

P: Como assim?

A: Sim, justamente porque o senhor não arrancou nenhum que eu tenho agora. Se o senhor o tivesse arrancado, eu não o teria mais.

P: Você não entendeu meu exemplo. Suponha que você tenha só uma orelha...

A: Sim, e então?

P: Eu acrescento uma, quantas você teria?

A: Duas.

P: Bom, eu acrescento mais uma. Quantas você teria?

A: Três orelhas.

P: Eu tiro uma... restam a você... quantas orelhas?

A: Duas.

P: Bom, eu tiro mais uma. Com quantas você fica?

A: Duas.

P: Não. você tem duas, eu tomo uma, eu como uma, com quantas você fica?

A: Duas.

P: Eu como uma... uma...

A: Duas.

P: Uma.

A: Duas.”

(Apud Cordié, 1996, p. 149)

Portanto, como considerar a clínica com crianças e jovens ditos débeis, frente aos impasses já apontados pelos diversos autores, associados a uma posição dessas crianças?

Apresentaremos três casos.

Raymond: Efeitos de um tratamento

Raymond é uma jovem de 14 anos, fenomenologicamente apresenta grave comprometimento. Teve um desenvolvimento atrasado, andando aos 2 anos e falando com 6 anos. Raymond apresenta uma debilidade psicomotora, não nada, não anda de bicicleta e não aprende, mesmo após a permanência de seis anos em uma classe de aperfeiçoamento.

A mãe de Raymond tivera uma mãe rígida e tinha, antes de engravidar, o receito de ter um filho ou uma filha hermafrodita, como fora a irmã de uma avó. Considera que a gravidez foi o motivo de ela conhecer a vergonha: “Se ela não tivesse resistido como um dos meus próprios órgãos, eu não teria conhecido a vergonha” (citação da mãe segundo Mannoni, 1985, p. 17). Por sua vez, o pai de Raymond fala que o nascimento da filha foi responsável por seu dever de se casar.

Além disso, segundo a mãe de Raymond, quando grávida, “sentia a bexiga dela pesar sobre a minha; aliás, ela sempre faz xixi na cama” (Ibid., p. 16-17).

Mannoni, assim, nos indica aqui, que ao falar de sua filha, a mãe falava de si própria, como em outro momento no tratamento, quando a mãe toca na sua própria cabeça e diz: “talvez a cabeça dela (Raymond) tenha tido um episódio meníngeo” (citação de Mannoni, 1985, p.17). Ou, ainda, quando a mãe diz que é severa com a filha quanto à limpeza, pois “não gosto de ter mau cheiro” (Ibid., p.17). Segundo Mannoni, Raymond era “alguma coisa não simbolizável” no desejo de sua mãe.

Entretanto, a autora diz que, com o tratamento, a recuperação social da jovem foi “espetacular”. Ela pôde aprender e apresentou melhoras na coordenação motora. Mas como? A autora considera que Raymond pôde conquistar isso quando “pôde habitar, sozinha, um corpo próprio” (Mannoni, 1985, p. 18). Para isso, segundo Mannoni, foi necessário que a jovem pudesse desabitatar seu próprio corpo de “espíritos maus”, de espíritos que correspondiam à história da mãe.

Dessa forma, Mannoni buscou sair de uma concepção limitada a uma sintomatologia e demonstrou que uma sintomatologia mais grave não se refere, necessariamente, a uma estrutura psicótica. Por exemplo, cita o caso de Pierre, que fora diagnosticado como débil aos 13 anos. Ela diz que ele teve encefalite aos 5 anos e no decorrer da doença, apresentou um episódio de alucinação, em que dizia ser habitado por um diabo que corria em sua cabeça e ainda via um homem vir matá-lo.

Apesar de a autora fazer referência a uma recusa da castração simbólica, ou às dificuldades das crianças débeis de se situarem em relação ao significante paterno (Mannoni, 1985, p. 105), ela sempre questionou sobre o caminho que levaria o débil a se reconhecer como ser humano e com desejos não alienados no Outro. E mesmo indicando que não encontrou esta via com maior segurança, ela nos diz que este caminho não significa apelar ao pai da realidade, ou encaminhar a mãe a uma análise própria, quando ela não o demanda. Enfatiza ainda que a psicanálise não visa apenas uma readaptação, ou efeitos terapêuticos.

E como uma cabeça habitada por um diabo, ou um corpo habitado por espíritos de outro, pode ser retomado em uma estrutura simbólica? Como é possível habitar sozinho o corpo próprio, nomeando-se e simbolizando a falta no Outro?⁴²

---

⁴² - Referências de Mannoni ao tratamento.

Uma tentativa de nomeação de uma jovem para ler seu traço: A jovem Elisabeth

Elisabeth aos 14 anos foi encaminhada para análise. Sanches (2008) nos diz que foi possível realizar um diagnóstico de debilidade mental a partir da transferência, além de considerar, posteriormente, que se tratava de uma jovem de estrutura neurótica. Segundo a autora, o diagnóstico de debilidade mental pôde ser feito através de atos e do discurso da jovem, que mostrava a particularidade de anunciar uma colagem ao discurso do Outro. Discursos sem enganos e mal-entendidos, onde falas dela confundiam-se com de outros, por exemplo, quando ela dizia ser filha do Espírito Santo, como sua mãe falava dela, ou quando dizia:

“Minha mãe é negra, cidadã brasileira, trabalhadora e pago meus impostos trabalhando honestamente, então como é que alguém pode recusar uma matrícula para minha filha? Isto não vai acontecer, só por cima do meu dadever” (Elisabeth apud Sanches, 2008, p. 6)

“Eu tenho agressividade na escola. Eu bati nele, porque ele xingou minha mãe de negra e isto é mentira porque eu sou filha de negra com espanhol, sou morena clara” (Elisabeth apud Sanches, 2008, p. 15).

Observamos nestas descrições que os índices para o diagnóstico de debilidade mental referem-se à análise de uma fenomenologia já citada por outros autores. Porém, o que se mostra mais interessante neste relato é a grande referência de Elisabeth a falas articuladas à sua filiação, e o fato de que podemos perceber que, para além de uma repetição de um discurso do outro, ela nos fala dela. Por exemplo, Elisabeth nos diz que tem uma mãe negra, mas que devemos considerar que ela tem um pai espanhol. É o que repete quando fala, em outro momento, que seu sobrenome é “Alvez Perez”, “Alvez” de um dos pais e “Perez”, de outro.

Assim, primeiramente observamos que Elisabeth se coloca no lugar da mãe, ao se referir ao xingamento que recebeu. Porém, ao tomar as dores da mãe, ela falará dela. E ao entender como xingamento, justificando-se a um de forma particular, será que Elisabeth “não entende” o sentido da fala? Ou trata-se aqui de nos perguntarmos qual sentido que esta fala evoca a ela? Parece-nos que Elisabeth indica que se a chamam de negra excluem a sua filiação por parte de seu pai, espanhol e branco. Ora, pois ao juntar o negro da mãe e o branco do pai, teremos

como ela se nomeia “morena clara”, ou “Alvez Perez”. Desta forma, ela nos diz que falaram mentiras dela, quando a chamaram de negra.

Portanto, esta jovem não está apenas repetindo a fala de sua mãe sobre ser filha do Espírito Santo, nem se reduz ao negro de sua mãe, mas demonstra, mesmo sem saber o que diz, um questionamento sobre seu lugar e sua filiação: De quem será filha, do Espírito Santo, da mãe, ou do Pai, ou dos dois?

Enquanto filha do Espírito Santo, Elizabeth se identificava com a “médica” (médiums) da família, como era a sua mãe e a avó. Enquanto “Morena Clara” e “Alvez Perez”, Elisabeth não se reduz a esta identificação de “médica” igual à sua mãe e à avó, ou ao enunciado de sua mãe.

Por outro lado, observamos que esta jovem, mesmo quando se nomeia por “morena clara” e por seu “sobrenome”, ela não o faz através de seu nome próprio, o que talvez a diferenciasse tanto dos Alvez, quanto dos Perez.

A partir da análise deste caso, Sanches (2008) considera que foram muitos os tropeços nessa clínica, como também considero os meus, na análise do menino citado na introdução. Segundo a autora, o tratamento apenas abriu uma “pequena fresta”, já “a dinâmica de funcionamento de Elizabeth havia mudado minimamente”, ou que ela ainda “se posicionava com essa radical e literal submissão ao Outro” (Sanches, 2008, p.23). Talvez devêssemos discordar, segundo nossa leitura deste caso. Parece-nos que Elizabeth começava a falar e não apenas estava sendo falada. A jovem questionava o discurso de sua mãe, mesmo sem se aperceber disto.

Desse modo, a partir dos fenômenos ditos de atraso, como Lacan indicava, de uma impregnação imaginária, ou de uma repetição de falas de outros, é demonstrada uma direção para uma simbolização desta jovem, associada à sua busca de ler seu traço, mesmo que não tenha conquistado tal resultado, ainda.

De um sujeito que pôde ler seu traço

Retornamos ao menino citado na introdução, diagnosticado como tendo retardo mental, após avaliações psicológicas. Ele foi encaminhado aos 9 anos para atendimento, devido a dificuldades de aprendizagem e sintoma de encoprese. O menino, que chamaremos de Sérgio, apresentava desenvolvimento atrasado e problemas de coordenação motora. Na primeira entrevista, realizada na escola, ao lhe dizer que “podemos conversar para saber como posso ajudá-lo”, ele abre a boca e a fecha. Digo-lhe que ele pode falar e ele então me diz: “Eu não sei escrever”. Desta queixa escolar, ele nos apresenta em ato sua dificuldade, não poder falar.

Quanto a sua história, destacamos que a mãe de Sérgio morreu quando ele nasceu, após complicações clínicas devido ao parto. Falecendo também sua irmã gêmea. No discurso familiar, existia referência a uma responsabilização deste menino no falecimento da mãe. Por exemplo, quando a avó paterna (que assumiu os cuidados maternos) falava ao pai de Sérgio que ele não podia pôr a “culpa” do que aconteceu nos filhos e se distanciar deles. Somava-se a isso o fato de que, após a morte da mulher, o pai tornara-se um alcoólatra e passara a viver em situação de rua. E, segundo a avó, os outros dois irmãos mais velhos também culpariam Sérgio pela morte da mãe.

No início do tratamento, Sérgio passa a nomear os lugares da família e sua filiação, por exemplo, ao brincar de organizar a floresta e os bichos, dizendo: “Precisa organizar a natureza” (sic). Em outra sessão, diz que sua avó não fala muito de sua mãe biológica e comenta, em outra brincadeira, o fato de uma mãe expulsar o filho de casa, o que deixou o filho mais novo da família (como ele é) “bravo porque a mãe mandou o filho embora” (sic).

Somente após alguns meses de tratamento, Sérgio começará a escrever (sua queixa falada para a analista). Inicialmente sua escrita se referiu aos lugares dessa família, nomeando e escrevendo o nome de sua mãe, avó, dos irmãos e mesmo do pai. Faz isso jogando com as palavras e as letras dos nomes, fazendo nessas construções uma série de equívocos. Por exemplo, escreve “**Sérgio é M.**” – sendo M., o nome da avó. Ao ler sua frase para ela, Sérgio ri e corrige: “**Sergio e M.**”

Apesar de falas e fenômenos que poderiam indicar uma estrutura psicótica, no decorrer do tratamento ficava clara a sua referência ao Nome-do-Pai. E o que pudemos analisar é que a função paterna encontrava-se reduzida em uma função

imaginária⁴³. No caso dele, reduzida à imagem de um pai que cheirava mal. Traço que a avó referia, dizendo que mesmo que ela não quisesse esse cheiro passava entre as gerações (como algo genético).

Observamos ainda que a dimensão do cheiro já era indicada, por Sérgio, em seu sintoma da encoprese e em sua recusa a tomar banho, citada pela avó. Seu medo era também deslocado ao medo do mar e associado à morte. Segundo sua avó, ele recusava entrar no mar, quando iam à praia. Por sua vez, em sua brincadeira, Sérgio diz, ao colocar os bonecos embaixo da água da torneira, que eles iriam morrer congelados.

A avó teve cinco irmãos, mas o irmão mais novo nasceu morto. Na época, ela estava com 14 anos. Conta que como não havia ninguém para levar a criança ao necrotério, ela foi encarregada da tarefa pela família. A instrução que recebera é que levasse a criança dentro de uma caixa de sapato. Ela diz que tentou, mas o bebê não cabia. Então, ela vestiu o bebê morto e o levou no ônibus, embalando a criança, para que ninguém percebesse que estava morta. Dizia que sentiu um “*frio... um gelado no braço*”. Depois, diz que desde cedo, com 7 ou 9 anos, começou a trabalhar e a cuidar dos irmãos. Fala que não sabia como cuidar de seus irmãos e quando eles choravam, ou faziam alguma coisa errada, ela mordida o dedo deles ou batia neles. Esta referência de sua história soará em Sérgio, que ao brincar de cuidar de um cachorro (de brinquedo), o que mais acha interessava é colocar o dedo em sua boca e tirá-lo.

Além disso, a avó do menino refere que seus pais se separaram cedo e que, depois disso, viu seu pai apenas duas vezes. O mesmo aconteceu com o neto, que só verá seu pai duas vezes, em sua vida.

No decorrer do tratamento, Sérgio fará referência a sua série de identificações (S1). Primeiro, ao “rato” com que ele se parecia quando nasceu, como sua avó nomeou: “um ratinho (...) sem sobancelha”. Depois, ao ratinho que iria parar na boca da analista, tamponando-a: “o rato vai ficar na sua boca” (sic). Depois, fará referência ao “matar”, ao dizer, em uma sessão, que ele era o *Jackie Chan*, que poderia matar alguém com as próprias mãos e pés, mesmo sem armas. Ora, como uma criança que acabara de sair da barriga da mãe poderia matar alguém?

---

⁴³ Como ocorre no exemplo clínico citado por Pierre Bruno (1986) em seu artigo.

Sérgio também fará referência à “linguiça estragada”, ao objeto anal e à sujeira finalmente poder se identificar como Sérgio, seu nome próprio. Citaremos a seguir um trecho da sessão:

Sérgio começa a jogar uma corda na frente da almofada, em direção à analista, falando que é o “rato”. Depois diz que, na verdade, é a “minhoca” e que a analista deveria tentar pegar. Porém, quando ela vai pegar, ele puxa, esconde e depois joga novamente (não sendo possível pegá-la). Então, joga a corda novamente, e como ela tem as duas pontas de madeira, diz que elas são “duas minhocas” e depois um “indio-minhoca”. E canta:

S- Abre a porta Maria Chiquinha, eu não abro não, você veado no meu pagode... abre a porta, eu não abro, não (e no meio de sua fala, diz ‘me amar’).

A- Não abre a porta, vão ficar separados....

Após a fala da analista, S. amarra a espada na arma (com outra corda) e a joga para o outro lado do colchão, onde a analista está. Diz que este é o índio e depois que é o “S. R. P (nome e sobrenome)”. E canta:

S- Paraê, Paraê, tá pensando o que! Tá pensando o quê! Agora peidou, baba baby.... baba baby...

T- Peidou, S? O bebê peidou? (ele ri)

S- Cocô, pum... baba baby, agora que peidei, você me peidou, você é tudo para mim, baba bay (repete) Popozão no sol (ri), cocô, baba baby...

Nomeia então, a espada amarrada com a arma de “Enéias” e diz que só o pedaço da arma é o “Néias”. Então, fala que o Néias:

S- Ih, ele peidou... fedorento... (Sérgio solta um “pum” na sala).

T- O S. uma vez fez cocô na calça...

S- Cala a boca (...) Que cheiro, fedorento... Ih, cocô, não dá para ficar com você...

S. solta um pum e solta a arma do Enéias e a joga para o outro lado da almofada, para o lado da analista e diz, então: “Agora eu sou só Sérgio”.

A- Então, o fedorento fica aqui e agora é só S.! - Ele ri.

A partir desta identificação simbólica, Sérgio pôde se separar de sua identificação ao objeto a, situando-se em relação à função paterna simbólica. Ele não mais será o “fedorento”, ou ainda a pessoa que fazia cocô na calça, como os colegas de sua sala falavam dele. Passará a ser apelidado, por esses, de Robinho e Ronaldinho, ou ainda, como dirá em um lapso, de “Rabinho” (sic). Assim, a função paterna já não se encontrava reduzida em sua função imaginária, ao pai fedorento que não tomava banho, ou ao pai vagabundo.

Sérgio pôde ler seu traço e se situar em outro lugar. Anteriormente, em sua análise, brincava de tampar a boca e os olhos da analista, repetindo “cala a boca!”. Ou ainda falava: “Seu bicha” (em referência ao pai, como a avó um dia o nomeou);

“Matá a mãe!”; “Você não trabalha seu vagabundo, vai para a cervejinha”; “Seu animal!”; “Macaco fedorento” etc. Tratava-se da voz presentificada do supereu, enquanto mandato de gozo.

A partir de sua identificação simbólica, articulada a função do pai como nomeação e ao traço unário, Sérgio pôde realizar o conserto do corpo do robô, como ele se chamava, nas brincadeiras. Consertava este corpo que andava de forma mecânica, o diferenciara do corpo das meninas e fará dele um corpo que podia até sambar.

Além disso, o “mata” que se tratava de um signo, após diversas cifrações, se tornará a “mata” (significante) verde das plantas que se encontravam fora do consultório da analista.

E, após escrever seu livro, como ele disse desejar na análise, construir máscaras, para depois deixar de precisar delas, fazer da sujeira um projeto de trabalho futuro como mecânico, ele me fala que não quer mais vir ao atendimento, apesar de sua família dizer que ele deveria continuar. Aos 15 anos, agora, Sérgio me diz que já vem há muito tempo na análise, enfatizando o fato com um estalar de dedos e fala que já escreve e lê. Podemos observar que também já pode falar de seu desejo. Encerrado o tratamento, despediu-se com um beijo e foi embora.

Parte 6- Conclusão

Iniciava este trabalho com o questionamento sobre a nomeação e o diagnóstico de debilidade mental através da psicanálise, investigando a existência de alguma particularidade dela e os efeitos de suas concepções na clínica psicanalítica. Isso daria sentido à permanência do uso do termo, caso contribuísse para alguma direção no tratamento. A este interesse clínico, somava-se uma inquietação quanto a certo contexto do meu trabalho no campo da saúde pública.

Partimos de um discurso social, religioso e mesmo científico que teve e tem efeitos até hoje e questionamos sua lógica através das leituras de Freud e Lacan, salientando a subversão que este último autor pôde dar ao tema. Por outro lado, em razão desses autores não terem se debruçado de forma aprofundada sobre o tema da debilidade mental, enquanto sua particularização em determinados casos, recorreremos a outros psicanalistas que se dedicaram especialmente, tanto no campo teórico quanto na clínica com os ditos “débeis”.

Observamos na obra de Lacan e de outros psicanalistas uma identificação de determinados fenômenos, o que, diferentemente da concepção de déficit e dos ditos atrasos de desenvolvimento, poderia ser lido no sentido de uma inflação imaginária. Formalizamos então, três eixos de análise quanto ao estatuto da debilidade mental. No primeiro eixo, observamos que os autores Bruno (1986), Laurent (1991; 1995), Santiago (2005) e Cordié (1996) distinguem a debilidade mental da psicose, apoiando-se em termos estruturalmente diferenciados. A debilidade mental pode ser articulada ao campo do fenômeno, sendo nomeado pelos autores através do termo “psicotização”; já a psicose, pode ser remetida a uma estrutura clínica específica, relacionada à forclusão do Nome-do-Pai. O segundo eixo de análise, apesar de vincular também a debilidade mental à fenômenos que demonstram uma estratégia de imaginarização, Sanches (2008), Miranda (2002) e Bergès e Balbo (2003) consideram que a debilidade mental tanto pode estar presente em casos de pessoas com estruturas psicóticas, como também em outras estruturas clínicas. Essa posição dos autores tem coerência com a vinculação da debilidade mental à categoria de fenômeno. Já no terceiro eixo, observamos a relação da fenomenologia da debilidade mental à lógica da inibição (Santiago, 2005; Cordiè, 1996). Essa leitura mostra-se particularmente interessante, pois nos permite considerar tanto a dimensão de fenômeno, como evocar a concepção de um sujeito que tem papel

ativo em seu sofrimento e, ainda, indicar a possibilidade de mudança e de movimento. Um movimento para alguma separação. Entretanto, devemos salientar que esse caminho de análise, quanto à inibição especificamente, foi apenas citado e poderia ser ampliado e aprofundado em futuros trabalhos.

O desenvolvimento desse trabalho destacou uma importante contribuição da psicanálise a um campo determinado por fatalismo, ou dito de imobilidade, o que nos permitiu questionar esse suposto campo de ideal, de “boa forma”, ou de “normalidade” de inteligência. Como citamos, segundo Lacan, no homem, a má forma é a prevalente, ou seja, a desarmonia faz parte da evolução humana. Assim, consideramos que não existe uma harmonia num desenvolvimento que chegaria a essa ilusão de uma inteligência integrada e estatística (Bergès e Balbo, 1997).

Por outro lado, Lacan também nos indica que reduzir um sujeito a certos comportamentos e falas, mesmo que isso nos permita criar tabelas e classificações, resulta numa “degradação da constituição psicológica do sujeito” (Lacan, 1964 [1998], p. 135), reforçando “incrivelmente a miséria do sujeito” (Ibid., p. 136).

A psicanálise tem sua especificidade ao considerar o inconsciente e a inscrição do sujeito na linguagem e sua relação ao Outro (Cordiè, 1996). Parte da experiência do sujeito e baseia-se em fatos clínicos para ter uma discussão fecunda (Lacan, 1958 [1998], p. 693). Além disso, trabalha com a articulação significativa e corpo, considerando que a castração articula-se a ambos (Bergès e Balbo, 1997).

Portanto, consideramos que a análise do tema da debilidade mental não pode se reduzir à fenomenologia imaginária. Ao longo desse trabalho identifiquei que o que se apresentava como o maior de meus percalços era exatamente o que Mannoni destacava como sendo o grande desafio de nos distanciarmos do campo médico e psicológico, repleto de preconceitos, para que possamos escutar, nas falas dessas crianças, o sujeito. Neste erro, fui advertida uma vez por uma jovem considerada “débil”, quando me perguntou: “Natália, você quer falar por mim?”.

Ao nos prendermos nessas manifestações imaginárias, questionando seu estatuto, mas nos limitando a elas, não estaremos nos limitando a uma clínica em si mesma deficitária?

Pois, se nos reduzirmos a destacar esses fenômenos, como por exemplo, a repetição de falas de outros nessas pessoas, podemos esquecer o que Lacan dizia: ao falar, sempre falamos mais do que queremos dizer, ou ainda, o homem sabe

mais do ele crê saber (Lacan, Inédito, 1976⁴⁴), sejam essas crianças e jovens, seja qualquer um de nós. Considerando esses pontos, talvez possamos adquirir a vantagem de Lacan que, como ele diz, o torna *um pouco* menos débil do que outros, o fato de perceber que o homem que pensa, antes de tudo, fala (Lacan 1980 [2003⁴⁵]).

No decorrer do trabalho observamos também que o que tem efeito na clínica e, ao mesmo tempo, distingue o campo da psicanálise de outras práticas, é o deslocamento do analista da posição de mestre, ou do lugar de saber. Lacan diz, em 1977⁴⁶, que ele tentara definir a transferência sob o nome de sujeito suposto saber, considerando que o analista é sujeito suposto saber. Porém, neste momento, diz que é impossível dar esse atributo de saber a alguém, pois quem sabe na análise é o analisando, mesmo que ele saiba mais do que ele crê saber.

Esse lugar do analista é destacado por Cordié (1996), quando a autora discute sua prática no nomeado campo de “fracasso escolar”:

“O analista não pede nem a melhora, nem a normalidade, ele não exige nada, ele não impõe nada. Ele está aí para que o sujeito aceda à verdade de seu desejo, o seu próprio desejo, e não que ele responda à demanda do Outro” (Cordié, 1996, p. 210).

E a aposta de que cada uma dessas crianças e jovens ditos débeis possam não mais ser falados por outros, que possam ler seu traço e que possam nos falar sobre essa nomeação dita a elas de “debilidade mental”, ou de “retardo”, inicia-se justamente na interrogação daquele que se coloca diante delas para escutá-las.

O que elas podem aprender e conhecer em uma aprendizagem escolar é terreno mais desenvolvido e apropriado pelo campo pedagógico; a psicanálise refere-se à outra coisa. O conhecer, segundo Lacan, é “saber fazer com o sintoma, [...] saber manipulá-lo, saber isso tem algo que corresponde ao que o homem faz com sua imagem” (Lacan, Inédito, 1976⁴⁷).

Portanto, minha hipótese inicial de uma particularidade desses casos e de sua relevância para a clínica, apesar de encontrar uma análise importante quanto a certos fenômenos identificáveis, vinculados a uma estratégia de imaginarização, caminhava em uma direção errônea. A clínica toma seu valor mais acentuado

⁴⁴ Lacan, Inédito, Seminário: “*L’insu que sait de l’une- bévüe s’aile a mourre*”, aula de 14/02/76.

⁴⁵ “Falo sem a menor esperança-especialmente de me fazer ouvir. Sei que o que faço- cabendo acrescentar aí o que isso comporta de inconsciente- Está é minha vantagem sobre o homem que pensa e não percebe que em primeiro lugar ele fala. Vantagem que só devo a minha experiência [...] De sorte o homem débil, ainda mais débil quando se enraivece... justamente por se enrolar” (Lacan, 1980 [2003], p. 319)

⁴⁶ Lacan, Inédito, Seminário: “*L’insu que sait de l’une- bévüe s’aile a mourre*”, aula de 10/05/1977.

⁴⁷ Lacan, Inédito, Seminário: “*L’insu que sait de l’une- bévüe s’aile a mourre*”, aula de 14/02/76.

quando retomamos o comentário de Bruno (1986) de que, afinal, a clínica dos ditos débeis não revela nenhuma clínica específica.

O último caso clínico citado, de Sérgio, reafirma que a análise com os ditos “débeis” é sim, possível, porém segue a mesma direção clínica que Lacan apontava para a análise: a possibilidade de um sujeito ler seu traço e modificar, com isso, seu caráter de dependência do Outro, seja com o dito débil, seja com qualquer sujeito.

E, se Lacan, no Seminário 2, enfatizava o papel da simbolização nos casos considerados de atraso de desenvolvimento, no decorrer de sua obra podemos articular essa simbolização ao próprio trabalho da análise, retomando nesse sentido a operação de transliteração, citada por Allouch (1995, p. 14-15). Segundo o autor, ela nos permite realizar uma ponte entre a simbolização do inconsciente e a articulação dos três registros (real, simbólico e imaginário) (Ibid., p. 152). Ela parte da fala, enquanto “artifício obrigatório”, mas também da articulação de letras e dos significantes; o que torna possível que as palavras do Outro, no analisando, acedam a sua “inanidade” (Allouch, 1995⁴⁸). Ou seja, essas palavras podem se tornar sem efeito, ocas, ou ainda, fúteis (Houaiss, 2001, p. 1590). Assim, o sujeito pode se desvincular do imaginário narcísico, fazer do objeto *a* que encarnava uma letra para depois excluí-la (Bergès e Balbo, 2004, p. 57) e ainda, separar o que do significante corresponde ao imaginário e o que corresponde ao simbólico⁴⁹. Desta forma, mais uma vez, não se trata aqui de déficit de leitura, mas de ler “o que não ex-siste por não ser lido” (Allouch, 1995, p. 215):

“[...] esta dimensão do ler- se, não é ela suficiente para mostrar que estamos no discurso analítico? [...] ao que se enuncia de significante, vocês dão sempre uma leitura outra que não o que ele significa. Para me fazer compreender, vou tomar como uma referência o que vocês leem, o grande livro do mundo. Vejam o voo de uma abelha. Ela vai de flor em flor, ela coleta. O que vocês aprendem é que ela vai transportar, na ponta de suas patas, o pólen de uma flor para o pistilo de outra flor. No voo de um pássaro que voa baixo [...] vocês leem que vai haver tempestade. Mas será que eles leem? Será que a abelha lê que ela serve à reprodução das plantas fanerógamas? Será que o pássaro lê o anúncio da fortuna, como dizia antigamente, quer dizer, da tempestade? [...] No discurso analítico de vocês, o sujeito do inconsciente, vocês supõe que ele sabe ler. E não é

⁴⁸ - “É necessário ‘fazer liteira’ para que a palavra do Outro, no analisando, aceda à sua inanidade”. (Allouch, 1995, p. 150). No original “faire litière”, no sentido de sentar em cima, desprezar etc (Ibid., nota do tradutor).

⁴⁹ - “Logo, aparece aqui que a transliteração, ao mesmo tempo em que situa o significante como significante, literalizando-o, opera a clivagem dos dois registros, do simbólico e do imaginário: assumindo com o signo, o significante como significante (fora do sentido), a transliteração vai localizá-lo, separando assim aquilo que, no lugar do significante, corresponderia ao imaginário e ao simbólico” (Allouch, 1995, p. 150).

outra coisa essa história do inconsciente, de vocês. Não só vocês supõe que ele sabe ler, como supõem que ele pode aprender a ler” (Lacan, 1972/37 [1982], aula de 9/01/1973, p. 52).

II- PÓS-TEXTO: Uma contribuição para pesquisas com o tema da debilidade mental- Levantamento das citações de Lacan desse termo e associações.

Seminário 1 Os escritos técnicos de Freud a) Caso Dick	“Aí está um menino que, como nos é dito, tem por volta de 4 anos, cujo nível geral de desenvolvimento é de 15 a 18 meses. Está aí uma questão de definição, e não se sabe nunca o que quer dizer. Qual o instrumento de medida?[...] Um desenvolvimento afetivo de 15 a 18 meses, essa noção fica ainda mais solta do que a imagem de uma flor que eu acabo de produzir para vocês” (Lacan, 1953/1954 [1986], p. 98, aula de 24/02/54). “Se resumimos agora tudo o que Melaine Klein descreve da atitude dessa criança, o ponto significativo é simplesmente este- ela não faz nenhum apelo [...] Vocês vão se dizer- <i>Naturalmente, com isso, ele introduz sua linguagem, o Dr. Lacan. Mas a criança já tem seu sistema de linguagem, muito suficientemente</i>. A prova é que brinca com ele” (Ibid., p.101). “o ego [de Dick] não pode ser utilizado de forma válida como aparelho na estruturação desse mundo exterior. Por uma simples razão - por causa da má posição do olho, o ego não aparece, pura e simplesmente.”. (Ibid., p. 106, aula de 24/02/54).
Seminário 1 Os escritos técnicos de Freud b) Caso Roberto	“A última avaliação de Denfert, quando Roberto tem 3 anos e meio, propõe uma internação que não podia ser definitiva, por estado parapsicótico não francamente definido. O teste de Gessel dá um Quociente de Desenvolvimento de 43.” (Lefort, apud Lacan, 1953/1954 [1986], p. 110, aula de 10/03/54). “Essa criança selvagem pode sempre, como um animalzinho bem organizado, pegar o que deseja [...] Consequentemente, podemos dizer que não parece que haja nesta criança déficit nem retardo dizendo respeito ao sistema piramidal, mas nos encontramos diante de manifestações de falha na função de síntese do eu, no sentido em que entendemos o eu na teoria analítica [...] [as dificuldades que ele indica] cujo retardo se situa precisamente no plano imaginário, no plano do eu enquanto função imaginária [...] Essa observação nos mostra que, do atraso de tal ponto do desenvolvimento imaginário, resultam perturbações em certas funções aparentemente inferiores ao que podemos chamar o nível superestrutura” (Ibid., p. 126-127).

Seminário 11 Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise	“Chegaria até a formular que, quando não há intervalo entre S1 e S2, quando a primeira dupla de significantes se solidifica, se holofraseia, temos o modelo de toda uma série de casos- ainda que, em cada um, o sujeito não ocupe o mesmo lugar. É na medida em que, por exemplo, a criança débil toma o lugar, no quadro, em baixo e à direita, desse S, em relação a esse algo a que a mãe a reduz a não ser mais do que o suporte de seu desejo num termo obscuro, que se introduz na educação do débil a dimensão do psicótico” (Lacan, 1964 [1998], p.225, aula de 10/06/1964).
Seminário 15 O ato psicanalítico	“Inovação de algo importante e que é o que começa a vir à frente hoje, na sequência do ato analítico, a saber, o que desse ato resulta como posição do sujeito dito psicanalista, precisamente na medida em que lhe deve ser atribuído esse predicado, a saber: a consagração do psicanalista. [...] No caso <i>[referindo-se as atrofias das faculdades de compreensão]</i>, emprega-se o termo pueril, como se realmente, na verdade, devêssemos nos referir à criança, quando se trata de seus efeitos. Claro, acontece, como se demonstrou em ótimos lugares, que as crianças sucumbam à debilidade mental pela ação dos adultos, entretanto não é essa a explicação que devemos recorrer no caso em questão, ou seja, o dos psicanalistas. Retomemos o que diz respeito ao ato psicanalítico.” (Lacan, 1967/1968, Inédito, aula de 21/02/68).
Seminário 16 De um Outro ao outro	“Chegarei eu a dizer que a pérola da mentira é a secreção da verdade? Isso sanearia um pouco a atmosfera, a atmosfera que alias só existe por causa de um certo tipo de imbecilização cujo nome devo dizer prontamente [...] é o chamado progressismo [p.170]. [...] Já eu disse que o serviço no campo da verdade [...] leva necessariamente à mentira [...]. O fruto que provém daí para o saber não é nada desprezível, já que, quando nos ocupamos um pouquinho demais com a verdade, ficamos tão atrapalhados que acabamos mentindo. A única questão verdadeira [...] não é, em absoluto, que isso tenha consequências, pois, afinal, essa é uma forma de seleção das elites, e é por isso que reúne, tanto num campo quanto no outro, tantos débeis mentais. [...] Quanto a esse aspecto, eu os remete à chave trazida sem alarde por nossa querida Maud Mannoni [...]. Trata-se da relação dos débeis mentais com a configuração que nos interessa, que evidentemente nos consome, a nós, analistas, no nível da verdade. É por isso, inclusive, que sabemos nos precaver melhor que outros [p.171]” (Lacan, 1968/1969 [2008], p.172, aula de

	15/03/72). “Fiquei admirado ao ver o que recebi de braçadas de flores, de flores da verdade, quando por inadvertência, aceitei em psicanálise o que Freud- como ele se enganou! - parecia ter tido que afastar dela, ou seja, um débil mental. Não há psicanálise, devo dizer, que funcione melhor, se com isso nos referimos à alegria do psicanalista [...] como ele encerra verdades que faz saírem em estado de pérolas, pérolas singulares- termo que até aqui só evoquei a propósito da mentira- é forçoso, afinal, que nem tudo seja tão débil assim no débil mental” (Ibid., p.172, aula de 15/03/72). “[...] há um furo no discurso, que há em algum ponto um lugar onde não somos capazes de pôr o significante necessário para que todo o resto se sustente. Ele havia acreditado que o significante ‘Deus’ poderia funcionar. Na verdade, funciona no nível de alguma coisa cuja questão é saber se não se trata de uma forma de debilidade mental, ou seja, a filosofia” (Ibid, p. 173)
Conversas na capela de Sainte- Anne	“Acabei de dizer a ignorância é uma paixão. Para mim, isso não é uma menos-valia, nem tampouco um déficit. A ignorância está ligada ao saber. É uma maneira de estabelecer o saber, de fazer dele um saber estabelecido. [...] um certo cardeal chamava de ignorância Doute o saber mais elevado”. (Lacan, 1971/1972 [2011], p.12-13, aula de 4/11/1971). “De minha parte, não tenho nenhum tipo de paixão pelos débeis mentais, distingo-me nisso da minha querida amiga Maud Mannoni. Mas, como também se encontram débeis mentais no Instituto não vejo por que eu me perturbaria” (Ibid.,p.69, aula de 2/12/71).
Seminário 19 ...Ou pior	“O passo de Platão foi diferente. Consistiu em mostrar que, a partir do momento em que há uma tentativa de dizê-lo de maneira articulada [<i>real</i>], o que se desenha da estrutura cria dificuldades- como diríamos no que há pouco chamei de nossa rude língua, pois a palavra estrutura não tem maior valor que a expressão associação livre- e, e que é por essa via que convém procurar o real. [...] Em outras palavras, resumindo, Platão era lacaniano. Naturalmente, não podia saber disso. Além disso, era meio débil, o que não facilita as coisas, mas certamente o ajudou. Chamo de debilidade mental, o fato de um ser, um ser falante, não está solidamente instalado em um discurso. É isso que valoriza o débil. Não há nenhuma outra definição que lhe possa ser dada, a não ser o que chamamos meio fora de esquadro, o que quer dizer que entre dois discursos, ele oscila. Para ficar

	solidamente instalado como sujeito, é preciso a pessoa se ater a um, ou então saber o que faz. Mas não é por ficar à margem que não se sabe o que está dizendo” (Lacan, 1971/1972 [2012], p. 125, aula de 15/03/1972, Parte: O Um que ele não acesse o Dois, capítulo: No campo do Uniano)
O aturdido	“Acrescento que a sutileza lógica não exclui a debilidade mental, a qual, como demonstra uma mulher de minha escola, resulta mais do dizer parental do que uma obtusão nata. Foi a partir daí que Jones mostrou-se o melhor entre os goym, já que, com os judeus, Freud não tinha certeza de nada” (Lacan, 1972 [2003], p. 464).
Seminário 22 RSI	“a prática analítica [...] é para reduzir este sentido que vocês operam [...]. O equívoco não é o sentido. O sentido é aquilo porque alguma coisa responde, é diferente do Simbólico, e esta alguma coisa, não há meios de suportá-la senão a partir do Imaginário. Mas o que é o imaginário? [...] Há algo que faz com que o ser falante se mostre destinado a debilidade mental. E isto resulta tão somente da noção do imaginário, naquilo que o ponto de partida é a referência ao corpo e ao fato de que sua representação, digo, tudo aquilo que por ele se representa, nada mais ser do que o reflexo de seu organismo. [...] Um automóvel, ou mesmo um computador, segundo as últimas notícias, é também um corpo, pois não é óbvio, digamos, que um corpo seja vivo. De forma que, o que melhor atesta ele esteja vivo é esse mens, a propósito do qual, ou melhor, que eu introduzi a debilidade mental. [...] Essa dimensão introduz-se como essa alguma coisa é a alíngua [...]. Causa uma certa surpresa, ver que a língua sob suspeita de ser a mais idiota seja justamente a que forja este termo “<i>intelleger</i>”, ler entre linhas, a saber, de forma diferenciada de como o Simbólico se escreve. É esse efeito de escritura do simbólico que guarda o efeito de sentido, ou seja, de imbecilidade. [...] Sem a linguagem, nem a menor suspeita nos ocorreria desta imbecilidade, que é também aquilo através do que o suporte do corpo nos dá testemunho [...] de ser vivo” (Lacan, 1974/1975, Inédito, aula de 10/12/74).

Seminário 23 Sinthoma	“O desejo de conhecer encontra obstáculos. Para encarnar esse obstáculo, inventei o nó. Com o nó, é preciso dar duro [...]. Se vocês me veem hoje bastante cansado devido a essa experiência americana, fui, entretanto, recompensado, como lhes disse, pois pude provocar o que chamarei de agitação e comoção, com essas figuras que vocês veem aqui mais ou menos substancializadas pelo escrito, pelo desenho. O sentido (senti) como mental, o sentimental, é débil, porque sempre é, em algum viés redutível ao imaginário. A imaginação da consistência vai diretamente ao impossível da fratura, mas é por isso que a fratura pode sempre ser o real [...]. Como ponto de partida, assinalo que não espero de forma alguma sair da debilidade. Como qualquer um, saio dela apenas na medida dos meus recursos. Isto é, como certo-de-não-sair-do-lugar (sur-place).” (Lacan, 1975/1976 [2007], p. 37, aula de 9/12/75).
Seminário 24 L’insu que sait de l’une- bévue, s’aile à mourre⁵⁰	“Freud não tinha senão uma pouca ideia do que era o inconsciente, mas me parece ao lê-lo que se pode deduzir que ele pensava que se tratava de efeitos do significante [...] o homem não se sai bem com esse assunto do saber [...] isso lhe é imposto. É imposto pelo que chamei de ‘efeitos do significante’ e ele não está à vontade, ele não sabe fazer com o saber, isso é o que se chama sua debilidade mental da qual, devo dizer, não me excluo [...]. Não me excluo, simplesmente, porque tenho que me haver com o mesmo material que todo mundo, o material que nos habita. Com esse material ele não ‘sabe fazer com’ [<i>ne sait pas y faire</i>], isso é a mesma coisa que esse ‘fazer com’ do qual falei há pouco [...] ‘Saber fazer com’ [<i>Savoir y faire</i>] é diferente de saber fazer [<i>Savoir faire</i>] esse ‘fazer com’ [<i>y faire</i>] indica verdadeiramente que não tomamos a coisa como conceito. Isto vai nos levar, finalmente, a empurrar a porta de certas filosofias”. (Lacan, Seminário <i>L’insu que sait de l’une-bévue, s’aile à mourre</i>, Inédito, aula de 11/01/1977). “Com a linguagem nós gritamos por essa coisa, quer dizer S (<i>Á</i>). Quer dizer, isso não responde. É por isso que falamos completamente sós, até que saia o que se chama um eu (moi), da qual nada garante não se possa, propriamente falando, delirar. Foi por isso que apontei, como Freud, que não se deve olhar de tão perto o que diz respeito à psicanálise, e que entre a loucura e debilidade mental, nós não temos senão escolha [<i>choix</i>].” (Lacan, Seminário

⁵⁰ Traduções feitas do Seminário “*L’insu que sait de l’une- bévue s’aile à mourre*”. Disponível no site da Ecole Lacanienne, em versão bilíngue (francês e espanhol):< <http://www.ecole-lacanienne.net/bibliotheque.php?id=48>>

	<i>l'insu que sait de l'une-bévue, s'aile à mourre</i>, Inédito, aula de 11/01/1977). “a astúcia do homem é a de preencher tudo que eu já tinha dito com a poesia, que é efeito de sentido, mas também, efeito de buraco. Só a poesia permite a interpretação, e é por isso que não chego, em minha técnica, ao que ela sustenta. Não sou suficiente poata [<i>poaté</i>⁵¹], não sou poata suficiente [<i>poâte assez</i>]. [...] Por que a psicanálise orienta pessoas que se submetem a ela, em nome de que a psicanálise as orienta em direção as suas recordações de infância? Por que não se orientariam para um poata [<i>poâta</i>], um poata entre outros, não importa qual? Mesmo um poata é, comumente, o que chamamos um débil mental – não vemos porque um poata seria a exceção. [...]. Se alguma vez os convoco a propósito desse significante, vocês o verão anunciado. E isso será um bom signo, porque como não sou um débil mental senão relativamente, quero dizer que sou como todo mundo é porque, talvez, eu tenha encontrado uma pequena luz”. (Lacan, Seminário <i>l'insu que sait de l'une-bévue, s'aile à mourre</i>, Inédito, aula de 17/05/77).
Carta de Dissolução	“Falo sem a menor esperança-especialmente de me fazer ouvir. Sei que o que faço- cabendo acrescentar aí o que isso comporta de inconsciente- Está é minha vantagem sobre o homem que pensa e não percebe que em primeiro lugar ele fala. Vantagem que só devo a minha experiência [...] De sorte o homem débil, ainda mais débil quando se enraivece... justamente por se enrolar” (Lacan, 1980 [2003], p. 319)

⁵¹ - Poâta: Neologismo formado com as palavras: poète, hâte e patê. Nota indicada no site da Ecole Lacanienne (na versão bilíngue do seminário indicado). Disponível em: <<http://www.ecole-lacanienne.net/bibliotheque.php?id=48>>.

REFERÊNCIAS

- ALLOUCH, J. **Letra e Letra- transcrever, traduzir e transliterar**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1995.
- AMERICAN ASSOCIATION ON MENTAL RETARDATION/ AAMR. **Retardo mental: Definição, classificação e Sistemas de Apoio**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - DSM- IV. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- AMIRILIAN, M.L.T; PINTO, E. B.; GHIRARDI, M. I.; LICHTIG, I; MASINI, E.; PASQUALIN, L. Conceituando a deficiência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34 (1), p. 97-103, 2000.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.
- ASSUMPÇÃO, J. F. B. **Introdução ao estudo da deficiência mental**. São Paulo: Memmon, 2000.
- ASSUMPÇÃO, J. F. B. **Deficiência mental: sexualidade e família**. São Paulo: Manole, 2005.
- AVERBUCH, R. Um convite à reflexão sobre o lugar da escuta na psicanálise de crianças. In: **Psicanálise de crianças**. Porto Alegre: Artes médicas, 1989, p.69-70.
- BERGÉS, J; BALBO, G. **A criança e a psicanálise**. Porto alegre: Artes médicas, 1997.
- BALBO, G.; BERGÈS, J. **A atualidade das teorias sexuais infantis**. Porto Alegre: CMC, 2001.
- BERGÉS, J; BALBO, G.. A aletra e o significante. In: **O significante, a letra e o objeto**. MELMAN, M. (org). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004, p.57-60.

- BERGÉS, J; BALBO, G.. **Psicose, autismo e falha cognitiva na criança**. Porto Alegre: CMC, 2003.
- BERCHERIE, P. **Os Fundamentos da clínica: História e estrutura do saber psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.
- BRAUER, J. F. **A criança no discurso do Outro- Ensaios sobre a clínica dos distúrbios graves na infância**. 2000. Livre Docência- Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- BRAUER, J. F. **Ensaios sobre a clínica dos distúrbios graves na infância**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- BRUNO, P. *A côte de la plaque, Sur la débilite mentale. Ornicar? Revue du Champ freudien*, Paris, n. 37, p. 38-65, 1986.
- CHEMAMA, R. **Dicionário de Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- CORDIÉ, A. **Os atrasados não existem**. Porto Alegre: Artmed, 1996.
- COTTET, S. Penso onde não sou, sou onde não penso. In: MILLER, G. (org). **Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999, p.11-23.
- CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico –V**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- DUBOIS, C. O significante, a letra e o objeto. In: **O significante, a letra e o objeto**. MELMAN, M. (org). Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004, p.83-86.
- FIGUEIREDO, L.C. **Psicologia, uma (nova) introdução: uma visão histórica da psicologia como ciência**. São Paulo: EDUC, 2011.
- FERREIRA, T. **A escrita da clínica- A psicanálise com crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.
- FERRETTI, M.C. **O infantil- Lacan e a modernidade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- FINK, B. **O sujeito lacaniano**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- FREUD, A. **O tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

- FREUD, S. (1896) Extratos de documentos dirigidos a Fliess. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p. 281-287.
- FREUD, S; BREUER (1893/1895) Estudos sobre a histeria. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. II, p. 13-317.
- Freud, S. (1895/1950) Projeto para a psicologia científica. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. I, p.335-454.
- FREUD, S. (1900) Interpretação dos sonhos. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IV e V, p. 39-700.
- FREUD, S. (1904) O método psicanalítico. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 233-240.
- FREUD, S. (1905a) Sobre a psicoterapia. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 241-254.
- FREUD, S. (1905b) Tratamento Psíquico (Anímico). In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII, p. 267-288.
- FREUD, S. (1905 c) Fragmento da análise de um caso de histeria. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-116.
- FREUD, S. (1905 d) Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII p.117-127.
- FREUD, S. (1907) O esclarecimento sexual das crianças. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX., p.123-134
- FREUD, S. (1908) Sobre as teorias sexuais infantis. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. IX, p.191-208.

- FREUD, S. (1909)- Análise de uma fobia em um menino de cinco anos. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. X, p. 11-134.
- FREUD, S. (1910) Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v.XI, , p. 73- 142.
- FREUD, S. (1913) O interesse científico da Psicanálise, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud** . Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIII, p. 165-192.
- FREUD, S. (1913b) Totem e tabu. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIII, p. 11-162.
- FREUD, S. (1914) Recordar, repetir, elaborar. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XII, p. 159-172.
- FREUD, S. (1915) Pulsões e destinos das pulsões. In: **Obras psicológicas de Sigmund Freud- Escritos sobre a psicologia do inconsciente**. Rio de Janeiro: Imago, 2004, p.133-174.
- FREUD, S. (1917) As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XVII, p. 131-142.
- FREUD, S. (1918) História de uma neurose infantil. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XVII, p.13-128.
- FREUD, S. (1923 a) Uma neurose demoníaca do século XVII. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 81-120.

- FREUD, S. (1923 b) A organização genital infantil- Uma interpolação na teoria da sexualidade. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 153- 162.
- FREUD, S. (1924) A dissolução do Complexo de Édipo, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 189-199.
- FREUD, S. (1925 a) Prefácio a Juventude Desorientada de Aichhorn. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XIX, p. 303-310.
- FREUD, S. (1925 b) Um Estudo autobiográfico, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX, p. 10-74.
- FREUD, S. (1925c) Algumas consequências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XIX, p. 273-286.
- FREUD, S. (1926) Inibições, Sintomas e ansiedade, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v. XX, p. 79- 168.
- FREUD, S. (1933) Novas conferências Introdutórias sobre a Psicanálise, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXII, p. 11-178.
- FREUD, S. (1937) Análise Terminável e Interminável, In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII, p.223-270.
- FOUCAULT, M. **Os anormais: Curso no College de France** (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- GERBASE, J. A hipótese de Lacan. **A peste**. São Paulo, v.1, n.1, p.101- 110, 2009.

- GRECO, M. Os espelhos de Lacan. **Opção lacaniana**, ano 2, n. 6, novembro de 2011. Disponível em: <<http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero6/Osespelhos deLacan.pdf>>. Acesso em: 7/02/13.
- HAMAD, N. A psicanálise com crianças, entre Freud e Lacan, In: Vidal, M. (org.) **Quando chega ao final a análise com uma criança?** Salvador: Agalma, 2001. p.129-143.
- HARTMANN, A. **En busca del niño en la estructura**. Buenos Aires: Manancial, 1993.
- HOUAISS, A. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- ITARD, J. Relatórios de Jean Itard (*De l'éducation d'un homme sauvage/1801; Rapport fait à son excellence Le ministre de l'intérieur/1807*). In: **A Educação de um Selvagem, as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000, p.117-229.
- JULIEN, P. **O Retorno a Freud de Jacques Lacan- A aplicação do espelho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise- O legado de Freud a Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.
- KLEIN, M. **A psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.
- KRINSKY, S. et al. **Deficiência mental**. Rio de Janeiro: Atheneu. 1969.
- LACAN, J. (1949) O estágio do espelho como formador da função do eu, tal como nos é revelado na experiência psicanalítica. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 96-103.
- LACAN, J. (1953/1954) **Seminário 1- Escritos técnicos de Freud**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.
- LACAN, J. (1953/1963) **Os Nomes-do-Pai**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

- LACAN, J. (1954/1955) **Seminário 2- O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2010.
- LACAN, J. (1958) A significação do falo. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 692-703.
- LACAN, J. (1957/1958) De uma questão preliminar a todo tratamento possível das psicoses. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 537-590.
- LACAN, J. (1960) Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.807-842.
- LACAN, J. (1962/1963) **Seminário 10 – Angústia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- LACAN, J. (1964). **Seminário 11- Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- LACAN, J. (1965) A ciência e a verdade. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p. 869-892.
- LACAN, J. (1966) O lugar da psicanálise na medicina. **Opção lacaniana**, v. 32, p. 8-14, Dezembro de 2001.
- LACAN, J. (1967/1968) **Seminário 15- Ato analítico**, Inédito.
- LACAN, J. (1968). Alocução sobre as psicoses da criança. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.359-368.
- LACAN, J. (1969) Nota sobre a criança. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p.369-370.
- LACAN, J. (1968/1969) **Seminário 16- De um Outro ao outro**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LACAN, J. (1969/1970) **Seminário 17: O avesso da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

- LACAN, J. (1971) **Seminário 18- De um discurso que não seria semblante**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- LACAN, J. (1971/1972) **Seminário 19 ... Ou pior**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2012.
- LACAN, J. (1971) **Estou falando com as paredes: conversas na capela de Sainte-Anne**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2011.
- LACAN, J. (1972/ 1973) **Seminário 20- Mais ainda**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.
- LACAN, J. (1974/1975) **Seminário RSI**, Inédito.
- LACAN, J. (1975/1976) **Seminário 23- O sinthoma**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2007.
- LACAN, J. (1975) **Conferência em Genebra sobre o sintoma**. 1985. Disponível em: <www.campopsicanalistico.com.br/biblioteca/genebra.doc>. Acesso em: 27/09/12.
- LACAN, J. (1976/1977) **Seminário L'insu –que-sait de l'une-bévue s'aile a mourre**, Inédito.
- LACAN, J. Abertura da seção clínica. **Revista da Associação psicanalítica de Porto Alegre**, ano 2, n. 5, maio de 1991.
- LACAN, J. (1980) Carta de Dissolução. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003, p. 319-320.
- LACAN, J. (1998) De nossos antecedentes. In: **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998, p.65-76.
- LAJONQUIÈRE, L. Itard Victor!!! Ou, do que não deve ser feito na educação das crianças. In: **A Educação de um Selvagem, as experiências pedagógicas de Jean Itard**. São Paulo: Cortez, 2000, p.105-116.

- LAURENT, E. O gozo do débil. In: Miller, J. (org)- **A criança no discurso analítico**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991, p.131-135.
- LAURENT, E. Psicose e debilidade. In: **Versões da clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995, p. 167-190.
- LOPES, B. L. A. Inibição: lugar de pergunta. **Revista Marraio: A criança e o saber, Impasses do saber**, n. 3, p. 83-86, 2002.
- MANNONI, M. (1964) **A criança retardada e a mãe**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.
- MANNONI, M. **A criança, sua doença e os outros**. Zahar, Rio de Janeiro, 1971.
- MEIRA, Y. **As estruturas clínicas e a criança**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- MIRANDA, E. R. **Debilidade mental e estruturas clínicas**. 2002. 130fls. Dissertação (Mestrado em Psicanálise), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
- MELMAN, C. Sobre a infância do sintoma. In: BERNARDINO, L. (org)- **Neurose infantil versus neurose da criança- As aventuras e desaventuras na busca da subjetividade**. Salvador: Ágalma, 1997, p. 15-26.
- MILLER, J.A., A criança entre a mulher e a mãe. **Opção lacaniana**, v. 21, p.7-12, Abril de 1998.
- MILLER, J.A. O último ensino de Lacan. **Opção lacaniana**, v.35, p.6-24, Janeiro 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM/MS n.º 1060, de 5/06/2002- **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-1060.htm>. Acesso em: 1/04/11.

- NOMINÉ, B. **O sintoma e a família: Conferências belorizontinas**. Escola Brasileira de Psicanálise (Minas Gerais), 1997.
- NOMINÉ, B. A criança e o saber. **Marraio- Impasses do saber**, n.3, p.57- 67, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10**. Tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **Saúde no Brasil**. 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/SAUDEBR.PDF>>. Acesso em: 1/04/11.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OMS/OPAS). **The Montreal Declaration of intellectual disabilities (A declaração de Montreal sobre deficiência mental)**. Disponível em: <<http://www.declaracionmontreal.com/docs/declarationeng.pdf>>. Acesso em: 1/04/11.
- PATTO, M.H.S. Para uma crítica da razão psicométrica. **Psicologia USP**, São Paulo, V.8, n.1, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000100004&lng=en&nrm=isso>. Acesso em: 2/04/11.
- PORGE, E. **Os Nomes do pai em Jacques Lacan**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.
- PESSOTTI, I. **Deficiência mental- da superstição à ciência**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1984.
- ROSA, M. Lacan e a debilidade mental de Platão e Ernest Jones. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 14, n.2, p. 37-46, Dezembro de 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v14n2/v14n2a03.pdf>>. Acesso em: 22/05/11.

- SANCHES, D. **Clínica psicanalítica- A debilidade mental em questão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.
- SANTIAGO, A. L. **A inibição intelectual na psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 2005.
- SAURET, M. **O infantil e a estrutura- Conferências em São Paulo (29, 30 e 31 de Agosto)**. São Paulo: Escola brasileira de Psicanálise, 1997.
- SCHOENFELDT, B. Diagnostico psicológico. In: **Deficiência Mental**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1969, p.103-136.
- SOLER, C. **Variáveis do fim de análise**. São Paulo: Papirus, 1995.
- SOLER, C. O sujeito e o Outro I e II. In: Felstein, R. (Org). **Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.
- TROBAS, G. *Tres respuestas del sujeto ante la angustia: inibición, pasage al acto y acting out* (transcrição do seminário dado pelo autor). Revista Logos, Miami, 2002.
- VEGH, I. **A clínica freudiana**. São Paulo: Escuta, 1989.
- VORCARO, A. **Crianças na Psicanálise: Clínica, instituição e laço social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.
- ZAZZO, R. et al. **As debilidades mentais**. Lisboa: Sociocultur, 1976.
- ZEMMOUR, N.; FOURMENT-APTEKMAN, M. Abordagem da Inteligência na psicanálise e na psicologia do desenvolvimento. **Revista Estilos da clínica**, v. 6, n. 11, p. 62-81, 2001.
- ZIZEK, S. **Eles não sabem o que fazem- O sublime objeto da ideologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1992.

ANEXOS

ANEXO- Retratos e desenhos de pessoas diagnosticadas de idiotismo, demência e cretinismo⁵²

Figura 1- Esquirol: “Des Maladies Mentales” (1838)

Figura 2- Dagannet (1876): “Nouveau Traité des Maladies”

Figura 3- Idiotismo, Morel (1852)

⁵² - Figuras de obras de diferentes autores (indicados abaixo das figuras), apresentadas na obra de Bercherie (1989), p.32 e 33.