

DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E ENFRENTAMENTO DA FAMÍLIA: LEITURA PSICANALÍTICA DE UM ESTUDO DE CASO

INTELLECTUAL DISABILITY AND FAMILY COPING: PSYCHOANALYTIC READING OF A CASE STUDY

Silvio Ricardo da Silva Filho¹

Danuza Sgobbi Saes²

RESUMO

A deficiência intelectual caracteriza-se por um desempenho funcional abaixo do esperado para a idade, sexo e agrupamento social do indivíduo, levando a alterações no relacionamento da pessoa com o mundo. A família é o primeiro grupo onde encontramos apoio para nos desenvolvermos, criarmos nossas identificações, aprendizados e para nos relacionarmos. A presença de uma pessoa com deficiência intelectual na família impõe alterações, reajustamentos e possíveis crises que levam à utilização de mecanismos psíquicos de enfrentamento. O presente artigo tem por objetivo refletir acerca dos desafios e dos processos de enfrentamento, em âmbito psicológico, das famílias de pessoas com deficiência intelectual; como isso se reflete na maneira de lidar com a deficiência e as consequências desta para o desenvolvimento da criança, sob a perspectiva teórica da psicanálise clínica e a partir da análise de um recorte de caso clínico atendido na Clínica de Escola de Psicologia da Universidade de Marília – Marília/SP de uma criança com Síndrome de Down, com as queixas de dificuldades de aprendizagem e relacionamento interpessoal. Concluímos por meio deste estudo que os processos psíquicos têm impacto importante na forma como a família lida com a criança, trazendo consequência, por sua vez, ao desenvolvimento desta. Portanto, a família deve ser foco de intervenção no sentido de capacitá-la para proporcionar à criança as condições necessárias ao seu desenvolvimento pleno.

Palavras-chave: Deficiência Intelectual. Família. Psicanálise.

ABSTRACT

Intellectual disability is characterized by the functional performance below expectations for one's age, gender and social group, which lead to changes in one's relation with the world. The family is the first group that a person finds support to create and develop their identifications, knowledge and relationships. The presence of a person with intellectual disability in a family

¹ Bacharel em Psicologia, Discente, Universidade de Marília, Marília-SP, Brasil. *E-mail:* silvioricardo23@gmail.com

² Mestre Docente, Universidade de Marília, Marília-SP, Brasil. *E-mail:* danuza.saes@gmail.com

forces changes, adjustments and potential crises that lead to the use of psychic coping mechanisms. This article proposes reflections about the challenges and the methods of coping, in psychological context, families of people with intellectual disabilities; how it is reflected in the way the disability is dealt and its consequences for the child's development, from the theoretical perspective of clinical psychoanalysis and the analysis of a clinical case cutout attended by the School of Psychology Clinic of the UNIMAR University of Marília - Marília / SP of a child with Down Syndrome, presenting complaints of learning and interpersonal relationships difficulties. We concluded through this study that psychic processes have an important impact on the way the family deals with the child, bringing consequences, to the child's development. Therefore, the family should be the focus of an intervention, so they can be capable of providing the child with the necessary conditions for their full development.

Keywords: Intellectual Disability. Family. Psychoanalysis.

OS PARADIGMAS DA DEFICIÊNCIA

A perspectiva biopsicossocial do ser humano implica numa compreensão do aspecto dinâmico e inter-relacional de todas as manifestações biológicas, psíquicas e sociais que constroem a subjetividade e identidade do indivíduo. Sendo assim, “a mente, o corpo e suas manifestações são partes de um todo, se há alteração em qualquer uma das suas partes, seja um aspecto emocional, mental ou físico, o todo é reconfigurado, surgindo uma nova forma de organização” (Arantes & Vitoriano, 2016, p. 121).

A falta de conhecimento da sociedade, em geral, faz com que a deficiência seja considerada uma doença crônica, um peso ou um problema. O estigma da deficiência é grave, transformando as pessoas cegas, surdas e com deficiências mentais ou físicas em seres incapazes, indefesos, sem direitos, deixados para o segundo lugar na ordem das coisas. É necessário muito esforço para superar este estigma (Maciel, 2000, p. 53).

Segundo Konkiewitz (2013) os conceitos e consequências que envolvem a deficiência são amplos, podendo ser de ordem genética, adquirida, com ou sem comorbidades, múltiplas e raras. Além disso, o modo como cada pessoa responde aos estímulos ambientais, familiares e sociais, e como lida com suas dificuldades para se adaptar a sua condição, são únicos e subjetivos, dependendo dos estímulos e recursos psíquicos e ambientais que possui para se desenvolver.

A deficiência intelectual encontra-se dentro desse amplo espectro das deficiências, podendo aparecer associada a síndromes, lesões, desnutrição, problemas no parto, entre outros.

Como Assumpção et. al (2008) explicam, ela é entendida como uma “deficiência em nível biológico que acarreta uma incapacidade em nível funcional, fazendo com que o indivíduo não apresente o desempenho esperado de acordo com sua idade, seu sexo e agrupamento

social” (p. 5). Ela pode trazer como consequências, portanto, dificuldades na realização de atividades básicas sociais e alterações no relacionamento com as pessoas e com o mundo, assim, sua abordagem deve incluir as dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

Os paradigmas sociais que envolvem a deficiência na cultura ocidental se modificaram, e continuam se modificando. Essa modificação se relaciona com a estrutura social, cultural e os julgamentos de valores, que os indivíduos partilham na sociedade a qual estão inseridos.

Segundo Nogueira Júnior (2008b), na Antiguidade, cidades com Esparta e Roma, se estabeleciam politicamente no poder de uma maioria (nobreza) sobre uma minoria, e suas atividades econômicas eram baseadas na agricultura e no artesanato, além de serem sociedades extremamente militarizadas e imperialistas. Assim o paradigma que marcava essa sociedade era o de utilidade, e pessoas consideradas não úteis eram, geralmente, eliminadas, pois não possuíam o vigor físico que estas sociedades exigiam, sem se discutir valores morais e éticos para tal atitude.

Na Idade Média, o sistema econômico e de produção das sociedades Feudalistas pouco se alteraram em relação os da Antiguidade, porém, a Igreja ascende como classe dominante neste período. Assim, o povo que desempenhava o mesmo papel político e econômico, agora ganha o status de “humano” pela Igreja, e a eliminação daqueles considerados não produtivos se torna um conflito moral e ético para com os dogmas do cristianismo. Assim, a sobrevivência dessas pessoas dependia de caridades, (paradigma da caridade). Mesmo assim, muitas vezes relacionava-se deficiência à possessão demoníaca ou castigo divino, e muitas pessoas foram torturadas e queimadas em fogueiras durante a Santa Inquisição.

Com a Revolução Burguesa e ascensão do Capitalismo como forma de produção, há a derrubada das monarquias e a queda da hegemonia da Igreja, e conseqüentemente, a valorização da racionalidade, ocorrendo o desenvolvimento da medicina, filosofia e educação, e a pessoa com deficiência passa a ser vista como digna de tratamento (paradigma de tratamento ou de institucionalização).

A deficiência passa a ser entendida através de uma visão organicista, e as pessoas acometidas por ela, deveriam ser tratadas, estimuladas e educadas. Porém, as pessoas com deficiência eram retiradas totalmente do convívio social, vivendo em instituições que assumiam caráter asilar e de custódia, passando por tratamentos questionáveis, que se aproximavam a tortura e não contribuíam para a melhoria do quadro clínico dessas pessoas.

Apenas no final da década de 1960, a institucionalização começa a ser criticada por setores da sociedade, como o acadêmico e de profissionais da área, aliadas aos interesses do sistema político-econômico, onde os custos de se manter essas instituições abertas, cada vez mais se elevavam.

Desta maneira, serviços especializados ao atendimento de pessoas com deficiência começam a se desenvolver com o intuito de ajudá-las a se aproximarem do considerado normal, para assim, serem integradas em sociedade novamente (paradigma de integração ou de serviço).

Sendo assim, as instituições asilares deixam de ser a principal forma de tratamento, mas em contrapartida, essas pessoas continuavam ligadas a instituições exclusivas para elas,

que se propunham prepará-las para se integrarem socialmente. “Como se pode notar, estava centrado no indivíduo com deficiência o alvo da mudança: era ele quem precisa mudar para ser inserido na sociedade” (Nogueira Júnior, 2008b, p. 91).

Os conceitos de integração e serviços começam a serem criticados na década de 1990, e surge o conceito de inclusão e de suporte (paradigma de inclusão), onde não apenas a pessoa com deficiência precisa se adaptar a sociedade, mas, a sociedade também precisa se adaptar a essas pessoas, valorizando e não excluindo as diferenças e oferecendo [...] “suporte necessário para o bem-estar, para a promoção da saúde e para o melhor desenvolvimento global da pessoa com deficiência” (Nogueira Júnior, 2008b, p. 92).

As quebras de paradigmas socioculturais que a deficiência sofre no decorrer da história da humanidade, não devem ser entendidas como estagnadas ou universais. Os processos de mudanças do olhar da sociedade para as realidades excluídas, com as críticas e evoluções a partir de uma demanda, seja ela das próprias pessoas que reivindicam seus direitos, setores sociais importantes e o próprio poder político-econômico, não são finitos em si. Essas mudanças são processos que ocorrem gradualmente.

É importante ressaltar que os paradigmas sociais em relação à pessoa com deficiência, não são imutáveis, e setores importantes da sociedade, bem como militantes e as próprias pessoas com deficiência, buscam mudá-los através de críticas, reflexões e atitudes, que geram mudanças sociais no estigma negativo da pessoa com deficiência, porém essa quebra de paradigma deve ser considerada como um processo em movimento, onde as mudanças não ocorrem de uma hora para outra, mas sim como consequências da educação das pessoas e da responsabilização da sociedade perante a inclusão da pessoa com deficiência.

Deficiência e Exclusão

Pessoas com deficiência ainda sofrem resquícios da mentalidade excludente dos paradigmas de institucionalização e de serviços, que culpabilizam o indivíduo de sua própria exclusão.

O entendimento do conceito de exclusão social se vincula facilmente a pobreza, porém, a exclusão, como Sawaia (2002) observa, abrange dimensões ideológicas, políticas, éticas e subjetivas, que procuram legitimá-la enquanto fenômeno social. Certamente populações como menor poder aquisitivo sofrem severas consequências desumanas, com a falta do mínimo para sua subsistência e construção de sua identidade enquanto pessoa e cidadão, no caso da deficiência, nem sempre ter acesso aos melhores serviços e profissionais para o tratamento significa desfrutar de uma vida prazerosa, plena e inclusiva.

Tudo o que desvia da curva de normalidade é vista com maus olhos, e o diferente sofre as consequências da exclusão, onde a sociedade o culpabiliza por sua condição ao tentá-lo reajustar a realidade social de uma maioria ou do considerado normal. Por isso, em relação à deficiência, a análise não deve se firmar exclusivamente na condição econômica do indivíduo, mas sim em questões que abrangem outros fatores.

Embora a boa condição financeira facilite o acesso a uma série de produtos e serviços, não garante a inclusão nem o acesso irrestrito a tudo que está disponível aos não-deficientes, pois a condição de desvio e os valores negativos socialmente construídos à deficiência permanecem. [...] é preciso considerar a relação que a sociedade estabelece com a deficiência e as injustiças que comete com quem a tem (Nogueira Júnior, 2008b, p. 94).

Para compreender a relação sociedade e deficiência, precisamos resgatar o conceito de estigma, que segundo Melo (2000) “representa algo de mal, que deve ser evitado, uma ameaça à sociedade, isto é, uma identidade deteriorada por uma ação social” (p. 1).

Comumente a pessoa com deficiência é vista como alguém sem potencialidades, sem condições de realizar tarefas básicas cotidianas, como as relacionadas à higiene pessoal, estudos, trabalho, e sem perspectiva de melhoras ou avanço, ou seja, reduzida a sua limitação física ou grau de comprometimento intelectual, alguém que possa comprometer a ordem e harmonia social, não somente ao que tange o estrutural, mas também as relações interpessoais.

Esses estigmas reducionistas da identidade da pessoa com deficiência, consequentemente, geram a exclusão social, pois estas pessoas desviam dos padrões aceitáveis socialmente como normais.

Pessoas em realidades de exclusão, com atributos considerados diferentes, sofrem uma deturpação de sua identidade, ao passo que são vistos como seres desprovidos de potencialidades, e reduzidos a essa característica considerada anormal, no caso a deficiência: “Esse sujeito é estigmatizado socialmente e anulado no contexto da produção técnica, científica e humana” (Melo, 2000, p. 1).

É inegável que estereótipos e estigmas negativos ainda assolam a sociedade, e influem na construção da identidade das pessoas com deficiência, tornando necessária a constante crítica e reflexões acerca dos processos excludentes e a educação da população para com o tema.

Deficiência e Família

De acordo com Bee e Boyd (2011) a família é o primeiro grupo onde encontramos apoio para nos desenvolvermos, criamos nossas identificações e aprendemos a nos relacionar com o mundo e com nós mesmos.

Sprovieri (2008) entende família como um sistema nucleador de experiências do ser humano, além de ser considerado o fator de crescimento responsável por níveis de desempenho ou falhas:

O ciclo da família e dos pais, enquanto tal é profundamente afetado pelos atributos de seus filhos. A condição de pais propicia aos adultos, oportunidades de enriquecimento de suas próprias identidades, ensejando a afirmação concreta de sua capacidade de gerar, por crescente nível de autoconhecimento propiciado pela vivência dos papéis parentais, aproximação de seus ideais e possibilidades de acompanhar o desenvolvimento de sua prole, o que proporciona gratificações afetivas imediatas, ao

lado de dificuldades e dilemas observados quando ocorre um fato inesperado como a deficiência (Sprovieri, 2008, p. 70).

Sprovieri (2008) ainda discute que a aceitação ou rejeição de uma criança com deficiência em uma família ocorre a partir de influências externas como pressões sociais, alteração no estilo de vida; e internas, como o reajustamento para a construção de um novo equilíbrio, e não existe um tempo determinado para o enfrentamento do momento de crise e luto pós-diagnóstico.

Uma criança com deficiência demanda dos pais, principalmente nos primeiros anos de vida, dedicação e vivência quase exclusiva, e aspectos do processo de aceitação e compreensão da realidade da deficiência são reprimidos em virtude da culpa e impotência diante da condição do filho, dificultando a elaboração do luto da criança idealizada (Henn et al., 2008, pp. 487-491).

Freud (1917[1915]/2010) define luto como “reação à perda de uma pessoa amada ou de uma abstração que ocupa o seu lugar, como pária, liberdade, um ideal etc.”, em que a pessoa sofre de um “abatimento doloroso, uma cessão do interesse pelo mundo exterior, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade” (p. 128).

No caso dos pais, o luto enfrentado é o do ideal da criança que supriria todas as expectativas que são elaboradas desde antes de ela nascer. Eles ao se depararem com a deficiência enfrentam a “morte” dessa criança idealizada, porém, muitas vezes, sem a elaboração dos sentimentos ou afecções de sintomas que o luto demanda, e esta não elaboração implicará no modo como os relacionamentos familiares se estabelecerão e conseqüentemente no desenvolvimento do filho: “As expectativas construídas em torno do filho normal tornam-se insustentáveis. Vistos como projeções dos pais, esses filhos representam a perda de sonhos e esperanças” (Voivodic & Storer, 2002, p. 33).

Existe assim a necessidade de preencher o hiato entre as expectativas do filho ideal e do filho real, como observa Gurski et al. (2013), não permite a construção da potência do sujeito, da construção de sua alteridade, do crescimento.

Voivodic e Storer (2002) ainda nos descrevem quatro fases do luto enfrentado pelos pais de crianças com deficiência: Na primeira ocorre o choque e descrença, na segunda os sentimentos são os de ansiedade e protestos, com manifestações de emoções fortes e desejo de recuperar a pessoa perdida (a criança previamente idealizada), a terceira se caracteriza pela desesperança com o reconhecimento da imutabilidade da perda e na última fase ocorre uma recuperação, com gradativa aceitação da mudança. Segundo os mesmos autores, como cada etapa será vivenciada ou elaborada e seu tempo de passagem, não são pré-determinados e não possuem uma ordem cronológica específica, pois dependem dos recursos sociais e psíquicos dos familiares.

A necessária readaptação, portanto, na dinâmica familiar, demanda a utilização de mecanismos psíquicos de defesa que têm a finalidade de preservar o equilíbrio psíquico da pessoa que os utiliza de maneira inconsciente.

Segundo Laplanche e Pontalis (1967), podemos identificar alguns desses mecanismos a partir da óptica psicanalítica clínica como:

- **Projeção:** Operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro, qualidades, sentimentos, desejos e mesmo “objetos” que ele desconhece ou recusa nele; defesa primitiva, onde se projeta no filho suas próprias dificuldades, anseios, qualidades e afins, como por exemplo, usar a deficiência do filho para justificar a sua crença na sua incapacidade em se recuperar e enfrentar alguma dificuldade;
- **Formação Reativa:** Atitude ou hábito psicológico de sentido oposto a um desejo recalcado e constituído em reação contra ele é um contra investimento de um elemento consciente, de força igual e de direção oposta ao investimento inconsciente, que podemos observar na superproteção, no esforço em propiciar o melhor ao filho a fim de evitar suas frustrações e compensar seus sentimentos de culpa e temores de incapacidade;
- **Negação:** Processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença, que podemos observar a não aceitação das dificuldades que a deficiência implica no desenvolvimento de seu filho, ou até mesmo a própria deficiência, recusando tratamentos e suportes importantes para o melhor desenvolvimento da criança.

Esses mecanismos são alguns exemplos dos muitos que o psiquismo se utilizará para se adaptar a nova realidade que os familiares enfrentam ao se depararem com um filho com deficiência e a identificação de tais recursos pode ajudar o profissional, pais e/ou familiares a compreenderem seus próprios sentimentos e dinâmica, e assim, oferecerem suporte mais adequado, criando recursos adaptativos para um enfrentamento mais realístico da realidade.

Desenvolvimento e Frustração

A tolerância à frustração e ao desprazer é essencial para o desenvolvimento do ser humano.

Segundo Moura (2008), “a frustração é compreendida como um estado emocional negativo que se tem mostrado relevante na compreensão da forma com que o indivíduo reage para superar os problemas” (p. 15), assim, mesmo sendo compreendida como estado emocional negativo, ela permite ao ser humano desenvolver-se, pois compreende a necessidade de se readaptar e criar mecanismos internos de enfrentamento para os obstáculos e desafios externos, sendo inerente ao processo de aprendizagem e desenvolvimento.

As compreensões Kleinianas³ de Posição Esquizo-Paranoíde, em que o Ego encontra-se desintegrado entre objetos gratificantes e objetos ameaçadores e a projeção é o mecanismo que prevalece, nos ajuda a compreender a dinâmica do desenvolvimento psíquico infantil. Assim, quando a criança se depara com objetos que impedem a descarga de prazer ataca e

³ Melanie Klein- psicanalista infantil, (1924) técnica de análise de crianças pequenas, descreve posições subjetivas do desenvolvimento psíquico inconsciente da criança, entre elas, a posição esquizo-paranoide e a posição depressiva.

rejeita (através da projeção) repelindo-o, pois o sente como impeditivo à obtenção de prazer, mas quando se depara com objetos que a gratificam, mostra adesão, afeto e entusiasmo.

A superação da posição esquizo-paranóide para a de ego integrado, ou posição depressiva, é fundamental para o desenvolvimento da criança, mas exige o que Klein chamou de necessidade de reparação, pois, nesta posição os ataques destrutivos direcionados para o objeto, agora com o Ego mais integrado, despertam no mundo interno da criança, sentimentos depressivos relacionados à culpa e luto. Assim, a capacidade do Ego integrado em atribuir para si à responsabilidade do ataque e a possibilidade de repará-lo, marcam o conflito entre os impulsos destrutivos (ódio) e reparadores (amor), característicos desta posição e são essenciais para o desenvolvimento da criança, bem como para relações objetais futuras saudáveis (Segal, 1975).

Certa quantidade de ansiedade é a base necessária para que a formação de símbolo e a fantasia ocorram em abundância; é essencial que o Ego possua a capacidade adequada de tolerar a ansiedade, a fim de elaborá-la de forma satisfatória. Desse modo, essa fase terá uma conclusão favorável e o desenvolvimento do Ego será bem-sucedido. (Klein, 1930/1996, p. 253).

OBJETIVOS

O presente artigo tem por objetivo refletir acerca dos mecanismos psíquicos e processos de enfrentamento dos familiares do filho com deficiência intelectual e suas relações com seu desenvolvimento, a partir da análise do recorte de um caso clínico atendido na Clínica de Escola de Psicologia da Universidade de Marília – Marília/SP de uma criança de oito anos com Síndrome de Down e seus pais, com as queixas de dificuldades de aprendizagem e relacionamento interpessoal, sob a perspectiva teórica da psicanálise clínica.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada partiu de uma perspectiva qualitativa que, segundo Sabadini, Sampaio e Koller (2009), consiste na utilização de um conjunto de técnicas que descrevem significados, remetendo-se a um exame interpretativo e não numérico das observações, objetivando descobrir explicações subjacentes e as inter-relações, por tais motivos, a subjetividade do autor é inerente a esta abordagem, pois eles conduzem estudos de casos, observam e entrevistam pessoas, participando efetivamente na coleta e análise dos dados que se propõe estudar. Utilizamos para elucidar as reflexões, o estudo de um recorde de caso clínico associado a revisões de literaturas para subsidiar os argumentos apresentados.

Procuramos desenvolver hipóteses teóricas levantadas que pudessem contribuir com a comunidade científica na construção de conhecimento na área.

Com base na revisão da literatura realizada, pode-se entender o estudo de caso como um subtipo de pesquisa de caso único, que constitui uma estratégia de investigação

naturalística e flexível, mediante a utilização de múltiplos métodos (quantitativos e/ou qualitativos) e variadas fontes de evidências e informações, para descrever de forma intensiva e profunda um ou mais casos individuais (seja o paciente, a díade paciente-terapeuta, o processo terapêutico etc.), focalizando as variações intrassujeitos através do tempo, a fim de testar proposições teóricas (hipóteses) ou gerar explicações a serem testadas e/ou confirmadas em estudos ulteriores. O estudo de caso é uma pesquisa observacional naturalística de caso único (Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011, p. 504).

Sendo assim, a produção se baseará em um caso atendido na Clínica Escola de Psicologia na Universidade de Marília – UNIMAR, Marília-SP, onde os atendimentos foram realizados no primeiro semestre no ano de 2018, por um estagiário de Psicologia, em supervisão com professor responsável; através de sessões de psicoterapia semanais de 50 minutos de duração, por um período de quatro meses.

A utilização do caso contou com a aprovação do Comitê de Ética da referida Instituição, bem como, anuência dos responsáveis e respeito a todas as normas éticas de pesquisa.

RESULTADOS

Descrição do Caso

Chamaremos a paciente atendida de L., 8 anos, Síndrome de Down, “uma cromossomopatia, ou seja, uma doença cujo quadro clínico global é explicado por um desequilíbrio na constituição cromossômica (no caso, a presença de um cromossomo 21 extra), caracterizando, assim, uma trissomia simples” (Brunoni, 1999, p. 32), bem como, já foi ulteriormente identificada com uma deficiência intelectual importante.

Cursava o 2º ano do Ensino Fundamental em escola municipal Atendimento Educacional, com atendimento especializado em Sala de Recursos Multifuncionais e realizava acompanhamentos com Neurologista, Cardiologista, Fonoaudióloga e Terapeuta Ocupacional.

Iniciou o atendimento na Clínica Escola de Psicologia da Universidade de Marília no ano de 2017, devido dificuldades de aprendizagens para acompanhar o conteúdo pedagógico na alfabetização escolar. O trabalho com o presente pesquisador se iniciou no ano de 2018.

As queixas então apresentadas pela família, além das dificuldades de aprendizagem, estavam relacionadas ao baixo limiar a frustração e dificuldades em assimilar e cumprir regras sociais. A mãe queixava-se principalmente da falta de autoridade sobre a filha.

Utilizamos durante o processo, instrumentos de avaliação como: anamnese, recursos lúdicos, jogos pedagógicos, contato com profissional que atende a criança em fonoaudiologia e testagem psicológica (Escala de Maturidade Mental Colúmbia – CMMS).

Escala de Maturidade Mental Colúmbia (CMMS) é um teste psicológico que tem como objetivo avaliar a capacidade de raciocínio geral de crianças de 3 anos e 0 meses a 9 anos e 11 meses de idade, não necessitando de respostas orais e da motricidade dos participantes. Pode ser administrado com facilidade em crianças com diferenças culturais ou de desenvolvimento

físico ou cognitivo, onde seu desempenho não está atrelado ao desenvolvimento da linguagem. O teste é utilizado em contextos nos quais se faça necessária a avaliação da capacidade de raciocínio geral, sendo indicado para compor protocolos de avaliação multidimensional de crianças com suspeitas de déficits cognitivos (Burgemeister, Blum, & Lorge, 1993, pp. 1-4).

Análises e Reflexões

Notamos que a coordenação motora grossa não parece significativamente afetada, mas a coordenação motora fina mostrava-se moderadamente afetada.

Além disso, sua fala mostra um grau importante de comprometimento, com consideráveis dificuldades em se expressar e comunicar.

A associação das observações com a testagem psicológica confirmou o déficit intelectual e a dificuldade em elaborar pensamentos abstratos, dificuldades de simbolização, compreensão e desenvolvimento do raciocínio lógico.

Nas sessões mostrava baixo limiar à frustração ao ser confrontada com regras, eructação voluntária, desorganização com os materiais da sala, resistência em receber auxílio para compreensão de atividades, e usava como subterfúgio falas incompreensíveis para não acatar pedidos quando encontrava dificuldades ou algo que a desagradava, porém, se expressava mais adequadamente em assuntos que lhe despertavam interesse.

Suas vontades e desejos pareciam ter primazia em detrimento à empatia e a necessidade de submeter-se em suas relações, mostrava ainda déficit nas relações sociais em virtude das dificuldades em compreender reações, expressões e necessidades dos outros. Evidenciando uma dinâmica psíquica que pode ser considerada narcísica e impulsiva, talvez reflexo da ausência de uma figura de autoridade que castre e frustre seus impulsos e desejos em sua dinâmica familiar e social.

Nos primeiros contatos com a família de L. constatamos que depreendem grande investimento emocional e de recursos para o seu desenvolvimento, mostrando interesse e comprometimento com o tratamento, porém, o tema da deficiência em si, seus comprometimentos, culpas e sentimentos adjacentes mostravam-se reprimidos, o que nos permitiu refletir que tal questão talvez não tenha sido adequadamente enfrentada, o que parecia ter influenciado a forma como os relacionamentos familiares se estabeleceram.

Os caminhos que construíram a dinâmica de relacionamento da família são múltiplos e envolvem variados fatores internos e externos, porém, a partir da análise do caso e das intervenções realizadas, podemos pontuar que a relação entre a família e a criança possui importante influência em seu desenvolvimento.

A própria mãe enfatizava a questão da falta de autoridade e do comportamento agressivo da filha, dizendo que ela a domina. Em uma análise psicanalítica percebemos que a dificuldade da mãe em impor sua autoridade, possivelmente, esteja relacionada à dificuldade em enfrentar as emoções, tanto conscientes quanto inconscientes, que a deficiência da filha desperta (culpa medo, raiva, entre outras).

Os pais ao pouparem a criança de vivenciar a frustração e satisfazerem suas necessidades e desejos imediatamente, cedendo às suas vontades, acabam de certa forma, por potencializar as limitações cognitivas, pois a impedem de vivenciar suas dificuldades e criar recursos internos próprios de enfrentamento, influenciando sua dinâmica psíquica atual com baixo limiar de tolerância a frustração.

Lembremos que a sociedade encara a deficiência como algo incapacitante ao desenvolvimento e o preconceito e a exclusão não ocorrem apenas com a discriminação, mas também através do comportamento de tutela e superproteção, que retira da pessoa com deficiência a possibilidade de adquirir recursos próprios para se desenvolver, pois não lhe atribui o caráter de sujeito pulsional com desejos e vontades múltiplas que os individualizam e que envolvem outros fatores além de suas limitações.

Somos parte da sociedade e a construímos, portanto, reproduzimos seus valores nas nossas relações. Assim, até para proteger os filhos, os pais acabam por privar a criança de situações externas que proporcione angústias e sofrimento, impedindo-os de desenvolverem capacidade de resiliência frente a vivência de situações frustrantes, que privam suas vontades e desejos.

A notícia de uma criança com deficiência traz consigo uma série de temores acerca do futuro do filho. As dúvidas, medos, culpas, raiva e outros sentimentos despertados pela noção de incapacidade atrelada à deficiência, se conflitam com idealizações e investimentos no filho que irá crescer, se desenvolver e que realizaria os sonhos que os pais não puderam realizar (um espaço de investimento narcísico que já envolvem expectativas ao feto que está por vir).

Esse embate entre idealização e realidade provoca um desequilíbrio, desorganiza emocionalmente a psique dos pais.

Aqui os mecanismos de defesa aparecem para salvar e guardar o funcionamento da psique dos pais que precisam se reestabelecer e encarar a chegada de uma criança com deficiência, através das suas possibilidades e recursos, à família é imposto o enfrentamento de um luto ao ideal da criança e as expectativas construídas em torno do filho que o subjetivarão.

Apesar da unicidade e nuances que a dinâmica psíquica possui, de modo geral, dois caminhos podem abarcar o investimento parental: o primeiro é o da negação e a exclusão em que ocorre o abandono, a falta de expectativas e o esvaziamento do investimento narcísico dos pais; no segundo caminho, a psique, inconscientemente, tenta se reestabelecer da idealização perdida e há a necessidade de se investir, compreender, estimular, buscar-se readaptar a realidade e possibilitar o melhor desenvolvimento possível através de um resgate inconsciente do filho idealizado e perdido pela pré-subjetivação que um diagnóstico traz.

Esses dois caminhos podem ser entendidos como pontos extremos de uma escala, porém, a psique se estabelece em diferentes nuances sendo influenciada por múltiplos fatores e não podemos encerrar em um dos pontos extremos essa dinâmica, mas sim, compreender como um constante movimento e auxiliar da melhor maneira possível à família, seja no processo psíquico do luto ou resiliência.

Durante este processo de contra investimento, mecanismos de enfrentamento são utilizados para basear a relação pais/filhos e família/criança. No caso apresentado neste

trabalho o mecanismo adaptativo observado em maior evidência é o de formação-reativa, onde os sentimentos de carinho e afeto e suporte são postos a favor da criança em detrimento de sentimentos que provoquem sua frustração. Como resultado, o ego desde o início de sua constituição se estabelece nessa dinâmica, tendo suas pulsões e desejos satisfeitos de imediato pelos pais, o que como consequência potencializam as dificuldades e limitações da criança com deficiência.

CONCLUSÃO

O processo terapêutico exuiu do profissional, uma postura acolhedora, mas principalmente, que se mantinha firme nos momentos em que era necessário introduzir a frustração e castração dos desejos da criança e com o decorrer das sessões, L. passou a desenvolver as atividades, superar dificuldades simples como concentrar-se por um tempo maior na realização de alguma tarefa, aceitando “pequenas frustrações” que impediam o seu prazer.

Ressaltamos os pontos que necessitavam ser desenvolvidos durante a condução do caso, na devolutiva realizada aos pais. Porém, precisamos destacar a face facilitadora da dinâmica de enfrentamento da família que se reorganizou e que se permitiu receber auxílio, pois, estavam abertos às reflexões e aos tratamentos, pois, compreendiam as dificuldades e potencialidades da filha e desejavam proporcionar a ela o melhor desenvolvimento possível.

O trabalho do psicoterapeuta deve se ater e focar nas questões a serem desenvolvidas, elaborar análises e compreensões, investigar e intervir para proporcionar uma melhor evolução do processo terapêutico, mas é de igual importância, evidenciar na família e na criança seus recursos internos adaptativos, motivando-os, dialogando, sempre na tentativa de devolver para a criança seu lugar de sujeito com potencial de vir a ser, e não reduzi-la às suas limitações e restituir a relação pais/filhos e a ação de resiliência familiar.

O presente estudo, acreditamos, mostrou-se rico nas possibilidades de reflexões, através da correlação entre as características do caso e as contribuições da teoria kleiniana, fornecendo não apenas uma compreensão mais profunda daquela história em particular, como também na compreensão geral das dinâmicas familiares de enfrentamento da deficiência intelectual, ou outras, de um filho.

Em relação ao caso, tivemos a oportunidade de atuar com uma família que, apesar das dificuldades psíquicas que determinavam comportamentos que podiam estar impedindo o pleno desenvolvimento da filha, também tinha saúde psíquica suficiente para procurar e receber o auxílio necessário.

A condução terapêutica do profissional buscou não apenas esclarecer os funcionamentos psíquicos subjacentes à conduta da família, como realizar intervenções que os fortalecessem a seguir nas elaborações psíquicas e comportamentais necessárias e, ainda, forneceu um modelo de conduta com a paciente que se mostrou ao mesmo tempo suficientemente acolhedora e castradora quando necessário.

As reflexões realizadas apontam para uma comprovação de alguns pressupostos psicanalíticos apresentados, de que o pleno desenvolvimento de uma criança, com deficiência ou não, depende da integração de aspectos que só podem ser vivenciados a partir da experiência da frustração e do limite.

Em relação às crianças com deficiência, a não elaboração do luto, os processos e mecanismos inconscientes relacionados à experiência da deficiência podem determinar comportamentos dos pais que vão na contramão dessa necessidade premente do sujeito, como a superproteção e a falta de limites. Assim, muitas vezes, a intervenção psicoterapêutica se faz necessária para que a família possa encontrar recursos internos para oferecer aos seus filhos uma relação não só de afeto, mas também propiciadora do desenvolvimento. Assim, esse trabalho se apresenta como fundamental na condução de casos dessa natureza.

REFERÊNCIAS

- Alves, I. C. B., & Duarte, J. L. M. (1993). Padronização Brasileira da Escala de Maturidade Mental Colúmbia. In B. B. Burgemeister, L. H. Blum, & I. Lorge, *Escala de Maturidade Mental Colúmbia: Manual para Aplicação e Interpretação* (3a ed., pp. 25-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Arantes, T. L. M., & Vitoriano, S. A. (2016). Reflexões sobre a relação no atendimento clínico entre o psicólogo e o surdo. *Cadernos INESP*, 1(1). Recuperado de <http://periodicosinesp.com.br/index.php/cadernosinesp/article/view/10>
- Bee, H. Boyd, D. (2011). *A Criança em Desenvolvimento* (12a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Brunoni, D. (1999). Aspectos Epidemiológicos e Genéticos. In J. S. Schwartzman (Org.), *Síndrome de Down* (pp. 32-43). São Paulo: Mackenzie.
- Freud, S. (2010). *Obras Completas volume 12: Introdução ao Narcisismo, Ensaio de Metapsicologia e outros Textos (1914-1916)* (P. C. L. Souza, Trad.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Gurski, R. (2013). O sujeito sindrômico e a infância eternizada: um modo de penhasco? *Caderno de psicanálise*, 35(29), 127-142. Rio de Janeiro: CPRJ.
- Henn, C. G., Piccinini, C. A., & Garcias, G. de L. (2008). A família no contexto da Síndrome de Down: revisando a literatura. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 485-493. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S1413-73722008000300009](https://doi.org/10.1590/S1413-73722008000300009)
- Klein, M. (1996). *Amor, Culpa e Reparação e outros trabalhos (1921-1945)* (A. Cardoso, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Konkiewitz, E. (Org.). (2013). *Aprendizagem, comportamento e emoções na infância e adolescência: uma visão transdisciplinar*. Dourados: UFGD.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1998). *Vocabulário de Psicanálise* (P. Tamen, Trad.). 3ª ed. São Paulo: Martins. (Obra original publicada em 1967).
- Maciel, M. R. C. (2000). Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. *São Paulo em Perspectiva*, 14(2), 51-56. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S0102-88392000000200008](https://doi.org/10.1590/S0102-88392000000200008)

- Melo, Z. M. (2000). *Os Estigmas: A Deterioração da Identidade Social*. Minas Gerais: PUC Minas. Recuperado de <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/anaispdf/estigmas.pdf>
- Moura, C. F. (2008). *Reação à Frustração: Construção e Validação da medida e Proposta de um Perfil de Reação* (Tese de Doutorado). Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.
- Nogueira Júnior, T. B. (2008a). Deficiência, Incapacidade e Desvantagem: Conceitos Básicos. In F. B. Assumpção Júnior, & L. S. P. C. Tardivo (Coords.). *Psicologia do Excepcional: Deficiência Física, Mental e Sensorial* (pp. 1-4). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Nogueira Júnior, T. B. (2008b). Inclusão e Integração em Busca de uma Sociedade mais Inclusiva: Construções e Contradições. In F. B. Assumpção Júnior & L. S. P. C. Tardivo (Coords.). *Psicologia do Excepcional: Deficiência Física, Mental e Sensorial* (pp. 89-101). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Sabadini, A. Z. P. Sampaio, M. I. C. & Koller, S. H. (Orgs.). (2009). *Publicar em Psicologia: Um Enfoque Para a Revista Científica*. São Paulo: Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia/Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Sawaia, B. (Org.). (2011). *As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social* (11a ed.). Petrópolis: Vozes.
- Segal, H. (1975). *Introdução à Obra de Melanie Klein* (J. C. Guimarães, Trad.). Rio de Janeiro: Imago.
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28(4), 501-510. DOI: [dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010](https://doi.org/10.1590/S0103-166X2011000400010)
- Voivodic, M. A. M. A., & Storer, M. R. de S. (2002). O desenvolvimento cognitivo das crianças com síndrome de Down à luz das relações familiares. *Psicologia: teoria e prática*, 4(2), 31-40. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872002000200004&lng=pt&tlng=pt

Recebido em: 01-10-2019

Primeira decisão editorial: 21-11-2019

Aceito em: 28-11-2019