



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAYANE APARECIDA GARCIA

A DEBILIDADE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO SUBJETIVA

FORTALEZA

2025

RAYANE APARECIDA GARCIA

A DEBILIDADE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO SUBJETIVA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de pesquisa: Teorias e Práticas da Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Vládia Jamile dos Santos Jucá

FORTALEZA

2025

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

G211d Garcia, Rayane Aparecida.

A DEBILIDADE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO SUBJETIVA / Rayane Aparecida Garcia. – 2025.
89 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Programa de PósGraduação em Psicologia, Fortaleza, 2025.

Orientação: Prof. Dr. Vládia Jamile dos Santos Jucá.

1. debilidade mental. 2. constituição. 3. fantasma. 4. Maud Mannoni. I. Título.

CDD 150

RAYANE APARECIDA GARCIA

A DEBILIDADE MENTAL: UM ESTUDO SOBRE A POSIÇÃO SUBJETIVA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Psicologia.

Aprovada em: 21/05/2025.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Vládia Jamile dos Santos Jucá (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Karla Patrícia Holanda Martins
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Rebeca de Souza Escudeiro
Universidade Federal do Ceará (UFC- Examinador Externo à Instituição)

Para Rafael.

Agradecimentos

Primeiramente, agradeço à minha família. À minha mãe, Rosa, pela dedicação e cuidado nos momentos difíceis. Diante de todas as adversidades da vida, sempre mostrou resiliência e esperança por dias melhores. À minha irmã, Roberta, que nunca mediu esforços para estar comigo, ajudar a bancar as minhas decisões, encorajando-me a seguir em frente e por ser exemplo de generosidade e incentivo. Ao meu afilhado, Rafael, que tem me ensinado a viver um amor genuíno e me feito encantar ainda mais pela sutileza da infância. E ao meu cunhado, Cleuber, pela parceria e incentivo nesses anos. Com vocês, os caminhos sonhados e difíceis se tornaram mais leves.

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Vládia Jucá, que, primeiramente, permitiu-me realizar o desejo de estar em um ambiente acadêmico de uma Universidade Federal, com o qual sempre sonhei, mas que, devido às circunstâncias da vida, parecia impossível. Sua postura ética, acolhedora e sábia me permitiu construir essa pesquisa e me ensinou que o cuidado deve vir antes de qualquer decisão. Vládia, serei eternamente grata por ter me escolhido como sua orientanda e acreditado que eu pudesse estar no ambiente acadêmico.

À professora Dr.^a Karla Martins, que, com suas aulas ministradas, contribuiu para que eu pudesse me desenvolver como aluna e como estudante da psicanálise. Agradeço também por ter aceitado o convite de compor a banca examinadora.

À professora Dr. Rebeca Escudeiro, que, por sua valiosa leitura de Maud Mannoni, incentivou-me a ampliar o olhar sobre a autora e foi muito importante para o refinamento desta pesquisa. E pela participação na banca examinadora com suas colaborações e sugestões.

Ao meu analista, Roberto Mendonça, que sempre acolheu minhas angústias e contribuiu para que pudesse realizar importantes travessias na vida pessoal, profissional e acadêmica.

Às minhas amigas, que o CAPS me deu, Mônica, Sthéfane e Ana Luísa, por me acolherem e serem minhas incentivadoras em todas as áreas da minha vida. Vocês são muito importantes.

Aos que trabalharam e trabalham comigo. A todos meus amigos do CAPS que contribuíram para o meu crescimento profissional e me ensinaram a ter dedicação e persistência no trabalho com a saúde mental. Aos meus amigos e equipe da Secretaria de Educação, que, pela paixão com a educação, ensinam-me a cada dia a importância de um trabalho feito com qualidade. Em especial, à Paula, por dividir comigo todas as manhãs.

Aos meus primeiros professores de psicanálise na graduação, que contribuíram para despertar o meu desejo em seguir por este caminho. Ao Carlos Eduardo Rodrigues, à Nívea de Fátima Gomes e à Mireny Fonseca.

Aos meus amigos da graduação, que se fazem presentes mesmo estando longe: Camila Rodrigues, minha primeira e única Dupla de estágio. Que do acaso desse encontro se tornou minha grande amiga. À Lorena Rodrigues, nossa primeira Mestre, que, com sabedoria e humildade, incentiva-me sempre a ir adiante. Ao Igor Lopes, que, com sua parceria, foi importante em diversos momentos do meu percurso acadêmico e profissional.

Ao povo do Nordeste, em especial aos amigos de Fortaleza-CE. À Branca e ao Álvaro, por terem me acolhido em seu lar e terem sido meu porto seguro durante minha estadia na cidade, fazendo-me sentir em casa. Ao meu amigo e parceiro de Mestrado, Nickolas, que dividiu comigo os momentos de angústia e dificuldades, sendo importante para minha persistência. Ao professor Ricardo Pimentel Méllo, que me acolheu e me ajudou numa ocasião importante da minha vida profissional.

E às professoras do Programa de Pós-Graduação da UFMG, Dr.^a Andrea Guerra, Dr.^a Deborah Barbosa e Dr.^a Nádia Laguárdia, que me acolheram e permitiram cursar suas disciplinas.

“O que é a aventura psicanalítica senão essa caminhada através de atalhos, sempre inexplorados, em que a verdade se entrevê, mas nunca se alcança?” (Mannoni, 1964, p. 12).

Resumo

O presente trabalho é uma pesquisa teórica sobre a noção de debilidade mental na infância à luz das contribuições de Maud Mannoni. Para desenvolver essa proposta, analisamos a crítica de Mannoni ao diagnóstico psiquiátrico e suas consequências na clínica com crianças. Busca-se discutir de que modo a autora elabora a constituição subjetiva da debilidade mental na infância, tendo em vista suas observações da relação da criança com o fantasma materno. Por fim, apresentamos as contribuições da autora para a construção do raciocínio clínico em casos de debilidade na infância. Destacamos que a escolha pelo termo *debilidade mental* se deve à subversão que a psicanálise propõe em relação a essa clínica, sob influência de Mannoni. Entendemos que revisitá-la fortalece a discussão que leva em conta uma clínica do sujeito e avança para além de propostas meramente descritivas dos sintomas das crianças. Nesse sentido, além de Maud Mannoni, dialogamos com pesquisadores que investigam os impasses que aparecem sintomaticamente como um atraso no desenvolvimento. Conclui-se que apesar das tentativas de assujeitamento e silenciamento da manifestação da subjetividade, aposta-se na escuta clínica psicanalítica da debilidade mental que vá além dos diagnósticos estabelecidos, desconstruindo o olhar descritivo e determinista do sofrimento.

Palavras-chave: debilidade mental, constituição, fantasma, Maud Mannoni.

Abstract

This work is a theoretical investigation into the notion of mental debility in childhood, based on the contributions of Maud Mannoni. To develop this proposal, we analyze Mannoni critique of psychiatric diagnosis and its consequences for clinical work with children. The aim is to discuss how the author formulates the subjective constitution of mental debility in childhood, considering her observations on the child's relationship with the maternal fantasy. Finally, we present the author's contributions to the development of clinical reasoning in cases of childhood debility. We emphasize that the choice of the term *mental debility* reflects the subversion proposed by psychoanalysis regarding this clinical category, under Mannoni influence. We understand that revisiting Mannoni strengthens the discussion of a subject-oriented clinical approach and goes beyond merely descriptive models of children's symptoms. In this sense, alongside Maud Mannoni, we engage with researchers who investigate the impasses that symptomatically emerge as developmental delays. It is concluded that despite attempts to subjugate and silence the manifestation of subjectivity, we are committed to a psychoanalytic clinical approach to mental weakness that goes beyond established diagnoses, deconstructing the descriptive and deterministic view of suffering.

Keywords: mental debility, constitution, fantasy, Maud Mannoni.

Sumário

Introdução	10
Maud Mannoni: uma Subversão Clínica.....	20
A crítica ao diagnóstico psiquiátrico	23
A construção dos casos clínicos em Maud Mannoni	29
A Debilidade Mental	35
De objeto da caridade religiosa ao objeto científico.....	35
A retirada da posição de objeto	41
Das produções imaginárias ao fantasma.....	43
O fantasma em Mannoni	48
Notas sobre o termo fantôme em Mannoni (1964/1995)	54
A posição subjetiva na debilidade.....	56
Uma Proposta Clínica.....	66
A posição do analista	69
A direção de tratamento	73
Considerações Finais	80
Referências.....	83

Introdução

Historicamente, a noção de debilidade esteve associada à psicose e à idiotia, antes da passagem do âmbito da psiquiatria para o domínio da educação e psicologia no início do século XX. As questões sobre o retardamento, instituídas sob a nomenclatura de idiotia, construíram-se em torno da questão de sua curabilidade ou não, sendo esse o único transtorno mental infantil da época sobre o qual se iniciaram as discussões acerca da construção da clínica da criança, no século XIX (Bercherie, 1983/2001).

Nos manuais psiquiátricos atuais, o diagnóstico vigente relacionado às dificuldades de aprendizagem é a deficiência intelectual, conforme o DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais). Esse diagnóstico corresponde à classificação de transtornos do desenvolvimento intelectual da nova CID-11 – Classificação Internacional de Doenças –, em vigor desde 2022.

O termo “retardo mental” foi anteriormente utilizado para essa classificação psiquiátrica, mas foi substituído devido ao seu caráter estigmatizante. Em ambas as classificações, esses diagnósticos são organizados em níveis de gravidade, estipulados conforme os déficits do funcionamento adaptativo e intelectual. O déficit das funções intelectuais, considerado no diagnóstico, está relacionado ao pensamento abstrato e à capacidade de resolver problemas.

Por sua vez, o funcionamento adaptativo diz respeito ao esperado de uma criança em comparação à média das crianças de uma mesma idade, mesmo gênero e em um contexto sociocultural semelhante. O diagnóstico baseia-se em avaliação clínica e aplicação de testes padronizados.

Dentro da lógica psiquiátrica, o diagnóstico se fundamenta nos déficits observados nas etapas do desenvolvimento conforme o nível de maturação do sujeito. Assim, o desenvolvimento do sujeito é diretamente ligado ao amadurecimento biológico. A cada fase,

espera-se que a criança consolide determinadas aquisições correspondentes à sua idade.

Essa lógica psiquiátrica, centrada na avaliação de déficits em relação a etapas do desenvolvimento esperadas para determinada idade mostrou-se limitada em nossa prática clínica a partir de experiência com um paciente acolhido em um dispositivo de atenção à saúde mental, cujos critérios utilizados para seu diagnóstico foram insuficientes para orientar a condução do caso. O usuário do serviço havia sido diagnosticado, ainda na infância, com *retardo mental leve* (código F-70) conforme o código vigente da CID-10, à época.

Durante os atendimentos, surgiram questionamentos sobre o diagnóstico estabelecido. Apesar de o diagnóstico já ter sido discutido anteriormente pela equipe de saúde mental, sua classificação permaneceu inalterada no prontuário. Os técnicos de referência do serviço, por sua vez, questionavam a validade do diagnóstico e discutiam se havia, de fato, elementos suficientes para orientar o manejo clínico do caso. Uma das hipóteses discutidas era se, em vez de retardo mental, não se trataria de um quadro de psicose.

Diante desses impasses clínicos, optou-se por aprofundar a reflexão sobre um diagnóstico diferencial, com foco na noção de debilidade, a fim de fundamentar melhor a hipótese diagnóstica. No entanto, essa reflexão não se limitava à revisão da classificação nosológica: era igualmente necessário pensar em uma forma de cuidado que escapasse ao simples enquadramento do sujeito nas manifestações sintomáticas previstas pelo diagnóstico psiquiátrico, permitindo que sua singularidade pudesse emergir no processo clínico.

As dúvidas em relação ao diagnóstico surgiam, principalmente, pelo fato de ele ter sido definido ainda na infância, em um momento em que o contexto familiar não favorecia a realização de um tratamento adequado. Além disso, os sintomas se intensificaram ao longo do tempo e sua capacidade de realizar tarefas diárias foi progressivamente reduzida.

Quando o paciente foi inserido no serviço de saúde mental, ainda na infância, o diagnóstico já estava estabelecido, embora carecesse de fundamentos clínicos mais

consistentes. O histórico de tratamento, os registros de acompanhamento e as informações sobre a dinâmica familiar eram sempre bastante incompletos. Por exemplo, se o diagnóstico tivesse sido fundamentado de acordo com os critérios da CID-10 - código vigente à época - ou do DSM-V, seria necessário, inicialmente, aplicar testes de inteligência, o que, no entanto, não pôde ser confirmado.

Além do mais, a intensificação das crises, o aumento gradual das medicações e o uso recorrente de contenções acarretavam prejuízos físicos evidentes. Destaca-se também que o estabelecimento de vínculo esteve constantemente fragilizado, já que o paciente era repetidamente submetido às mesmas condições de tratamento. Se, por um lado, o movimento de crises era cíclico, pelo lado da equipe a conduta diante dessas tensões também se repetiam.

Outro aspecto relevante foi a internação psiquiátrica realizada em um momento específico de sua trajetória, motivada por intensas crises de agressividade. A hospitalização teve como objetivo controlar esses episódios agressivos e reduzir a intensidade de sua agitação. Durante a internação, o paciente foi submetido a algumas sessões de eletroconvulsoterapia.

O paciente passou grande parte da vida em instituições públicas de acolhimento, tendo pouca convivência familiar. Quando essa convivência ocorreu, foi marcada por conflitos frequentes e situações de violência. Esses aspectos dificultavam o acesso a informações sobre sua história de vida que pudessem contribuir para a construção do manejo clínico e para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas adequadas.

Um segundo diagnóstico proposto durante as discussões do caso, e endossado por alguns psiquiatras, foi o de psicose. Segundo a avaliação da equipe médica, essa hipótese diagnóstica baseava-se na agressividade, considerada sua principal característica. Tal agressividade era entendida como uma ação automática e imprevisível, associada à desorganização dos afetos, evidenciada por risos desconexos diante das situações vividas e

dos próprios atos agressivos.

Além disso, em diversos momentos, o paciente apresentava dificuldades para compreender brincadeiras que exigiam a interpretação de sentidos metafóricos, o que frequentemente provocava reações agressivas. Em outras ocasiões, o paciente reagia com agressividade àqueles que assumiam uma posição de autoridade, como quando alguém o proibia ou impedia de realizar determinadas ações. Sua fala apresentava uma espécie de “cola” entre as palavras, tornando-as quase indissociáveis, além de uma repetição literal do discurso do outro.

Dante disso, o impasse clínico girava em torno da dúvida sobre se tratava-se, de fato, de um caso de retardamento mental, conforme a classificação psiquiátrica vigente à época, ou de um quadro psicótico. Além disso, tais questões colocavam a equipe técnica diante de impasses importantes quanto ao manejo clínico do caso.

O impasse clínico quanto aos aspectos que compunham o diagnóstico do paciente tornou-se o ponto central em torno do qual esta pesquisa se organizou. No entanto, é importante esclarecer que, para este trabalho, optamos por recortar a análise a partir da noção de debilidade mental, enfocando o período da infância, por entendermos esse tempo como fundamental para a constituição do sujeito, segundo a perspectiva psicanalítica. Assim, trataremos da clínica da debilidade mental na infância, fundamentados nos conceitos psicanalíticos, sob a ótica de Maud Mannoni.

Por isso, avançaremos, nesse trabalho, com o intuito de responder à seguinte questão: em que consiste a construção teórica da noção de debilidade mental infantil em Maud Mannoni?

A escolha pelo termo *debilidade mental*, e não pelo diagnóstico psiquiátrico atribuído ao paciente, deve-se à subversão que a psicanálise propõe em relação a essa clínica. Tal subversão teve como um marco a prática clínica de Maud Mannoni com as crianças

consideradas débeis à sua época. A psicanalista utilizou esse termo em um contexto histórico no qual a clínica da debilidade ainda era pouco explorada pela psicanálise. A autora, com sua atuação e escrita de sua obra, buscou “introduzir este sujeito na psicanálise” (Laurent, 1991, p. 132). Entendemos que, a partir de meados dos anos 1960, impulsionada pelo trabalho de Mannoni nessa clínica, a psicanálise passou a compreender a debilidade sob outro viés. Antes desse marco, sua leitura ainda se baseava nos moldes da psiquiatria (Laurent, 1991).

Debilidade, para a psicanálise, não se confunde com a deficiência intelectual, como se comprehende na atualidade. Manter a terminologia utilizada por Mannoni significa não apenas sustentar uma nosologia, mas é, sobretudo, colocar em evidência a contribuição da autora para operar clinicamente com as questões subjetivas que aparecem sintomaticamente sob a forma de uma dificuldade em aprender. Entendemos, assim, que “deficiência intelectual e debilidade não são exatamente a mesma coisa, mas a segunda noção problematiza e pode esclarecer a questão subjetiva que envolve a primeira” (Ferreira & Batista, 2017, p. 48).

O que nos interessa neste trabalho não é enfatizar o olhar médico sobre essa clínica, mas sim discutir a constituição da criança com debilidade. Acreditamos que, seguindo as articulações de Mannoni, encontramos algumas das principais pistas para pensar a insuficiência de determinados enquadramentos e investigar o que pode ir além desse lugar previamente determinado. Foi por meio da autora que essa clínica ganhou notoriedade no campo psicanalítico e passou a contar com uma construção teórica mais complexa do que a oferecida pelas classificações psiquiátricas — uma construção que permitiu evidenciar aspectos subjetivos até então restritos ao saber médico.

Esse pensamento, em diálogo com a teorização sobre a constituição da criança com debilidade, fundamenta-se, principalmente, no fato de que, na proposta psicanalítica, não se busca posicionar o sujeito em uma escala de amadurecimento puramente biológico, como propõem as teorias psicológicas do desenvolvimento, nas quais o sujeito evolui de forma

linear ao longo da maturação. Isto porque o sujeito do inconsciente não se confunde com o indivíduo das ciências sociais, nem com a pessoa como categoria antropológica. Para a psicanálise de orientação lacaniana, comungada por Mannoni, o sujeito é um conceito específico atrelado às formações do inconsciente e não se confunde com o eu, emergindo como efeito de linguagem (Elia, 2004).

O desejo da autora de avançar nessa problematização e de ir ao encontro das bases teóricas sobre a constituição da criança deve-se ao fato de que, desde a época da redação de seu trabalho sobre a clínica da debilidade, por volta dos anos 1960, esteve vinculada ao movimento da antipsiquiatria. Nesse contexto, passou a questionar, por exemplo, o saber absoluto atribuído à psiquiatria — um saber médico situado acima da verdade do sujeito e aplicado indiscriminadamente a qualquer patologia. A autora criticava o modelo asilar das instituições, que excluía os diagnosticados com a finalidade de segregá-los, sob a justificativa de que, em nome da normalidade, não seria possível integrá-los (Mannoni, 1970/1971). I Isso demonstra seu engajamento em não reduzir a clínica — institucional ou não — a pressupostos que transformam a loucura em sintomas classificáveis.

Por isso, revisitar Mannoni fortalece a discussão que leva em conta uma clínica do sujeito, em resistência a uma clínica dos sintomas, considerando que os manuais não priorizam o raciocínio clínico voltado à escuta do sentido dos sintomas. O aumento gradativo dessas classificações e diagnósticos, pautados em descrições, deixa pouco espaço para problematizar os laços sociais implicados na constituição subjetiva das crianças. O deslocamento do saber que o sujeito tem de si para um outro que o quantifica contribui para o silenciamento daquilo que buscamos neste trabalho: algo mais primordial do que simplesmente classificar e nomear.

Por meio desse olhar subversivo, Mannoni teve uma importante contribuição para a clínica infantil ao fundamentar seu pensamento crítico no quanto a escuta estava subordinada

às classificações dos manuais psiquiátricos. Ou seja, o saber adquirido referia-se ao doente, não ao sujeito (Mannoni, 1970/1971, p. 61).

Mannoni, inclusive, criticava o movimento de pedagogização do sintoma da criança, no qual a clínica psicanalítica, por vezes, moldava-se para atender às demandas normativas da sociedade. Sua crítica era dirigida principalmente aos analistas ingleses, cujos trabalhos se centravam na criança, seguindo um caminho voltado ao ideal de cura, sem considerar a compreensão das relações familiares. Para ela, esses analistas “não se interrogam jamais sobre o lugar da palavra da mãe no mundo fantasmático da criança, nem sobre o lugar do pai na palavra da mãe” (Mannoni, 1967/1980, p. 59).

Consideramos que o retorno às discussões clínicas sobre a psicopatologia da infância, aliado à teorização de Mannoni, resgata as contribuições de uma clínica que, atualmente, tem sido levada ao desaparecimento de sua nosologia na psiquiatria. Esse desaparecimento, por sua vez, tem sido substituído por um número crescente de classificações que buscam enquadrar os sujeitos às descrições dos manuais, em nome de um ideal normativo de identidade.

A universalização tem ocupado o lugar da subjetividade. A legitimação desse discurso de patologização da infância induz à necessidade de identificações cada vez mais precoces. Nesse cenário, com a proliferação de diagnósticos, perdeu-se o espaço para a manifestação da subjetividade, ao mesmo tempo em que se intensificou a medicalização das condições infantis.

Diante disso, almejamos discutir a construção da noção de debilidade mental na infância à luz das contribuições de Maud Mannoni. Para tanto, propomos analisar o lugar que a autora atribui ao diagnóstico na direção do tratamento e suas consequências na clínica com crianças. Além disso, investigaremos como ela elabora a constituição subjetiva na debilidade mental, a partir de suas observações sobre a relação da criança com o fantasma materno. Por

fim, apresentaremos as contribuições da autora para a direção do tratamento na clínica da debilidade infantil.

Com o propósito de desenvolver uma discussão teórica fundamental para alcançar possíveis respostas aos impasses aqui levantados, realizamos uma pesquisa bibliográfica de base psicanalítica, cujas fontes são, em sua maioria, livros e artigos científicos. Recorremos também a teses e dissertações acadêmicas.

A escolha por realizar uma pesquisa teórica em psicanálise se faz com o intuito de complementar e aprofundar discussões vividas por nós com alguma dificuldade e, nesse sentido, embasar teoricamente a experiência da prática clínica. Importante ressaltar que, guiados por esta teoria, não buscamos chegar a uma conclusão determinante para a pesquisa, esgotando as possibilidades clínicas, tampouco adotar uma postura negacionista frente às contribuições da psiquiatria infantil. Nosso objetivo é, de algum modo, ir além das discussões clínicas que tratam do déficit cognitivo, considerando sobretudo a posição da criança frente ao seu desejo.

Ao produzir saber, a psicanálise busca subverter a lógica diagnóstica centrada apenas nas manifestações sintomáticas observáveis fora da transferência e nas classificações contidas nos manuais psiquiátricos. Seu esforço é distinguir aquilo que é manifestado pelo discurso daquilo que é produzido por meio dele, elaborando um saber que vai além do que se apresenta, a princípio (Leite, 1999).

A pesquisa em psicanálise está, de algum modo, implicada na experiência e na formação do analista. Para construí-la, é essencial considerar a implicação do pesquisador na articulação com a teoria. Em outras palavras, “a pesquisa em psicanálise, por suas peculiaridades, não pode ser dissociada da prática clínica” (Lameira, Costa, & Rodrigues, 2017, p. 71).

É válido esclarecer que esta pesquisa não se trata de um estudo de caso ou de uma

construção de caso clínico. Como mencionado anteriormente, a experiência clínica está intimamente associada à pesquisa. É a partir das situações vividas no espaço clínico que o analista é convocado a buscar novos manejos. Esse caminho também será percorrido por nós, pois foi por meio de situações do cotidiano da clínica que surgiu a necessidade de teorizarmos sobre o tema em questão.

Portanto, esta pesquisa não exige o deslocamento até um campo de atuação específico para explorar os temas discutidos. Sem desconsiderar a importância dos estudos de caso para os avanços clínicos, pretendemos, neste contexto, explorar teoricamente — sobretudo a partir de Maud Mannoni — aquilo que emergiu de forma direta na experiência clínica.

Optamos por dividir a apresentação desta pesquisa em três capítulos. No primeiro, buscamos, a partir dos textos de Mannoni, analisar a crítica que a autora faz ao diagnóstico psiquiátrico e suas consequências na clínica com crianças. Para destacar a posição da autora em relação ao diagnóstico, decidimos iniciar a exposição pelos caminhos teóricos que ela escolheu seguir, influenciada por determinadas correntes da psicanálise.

Ainda nesse capítulo, é apresentada a proposta de construção de casos clínicos segundo Mannoni, com o objetivo de evidenciar sua postura subversiva em relação ao manejo, que visava avançar no raciocínio clínico para além das classificações psiquiátricas. Para isso, enfatizamos a proposta da autora sobre a escuta dos chamados “discurso fechado” e “discurso de drama”, categorias que serão trabalhadas ao longo do capítulo.

No segundo capítulo, optamos por iniciar com uma breve exposição sobre a construção do conceito de debilidade antes de apresentar a clínica proposta por Mannoni. Para isso, recorremos a textos de caráter histórico que tratam da debilidade desde suas primeiras conceituações até os avanços nas discussões, conforme se transformava o olhar lançado sobre esse campo. Essa abordagem, que teve início como objeto de caridade religiosa, avançou até se tornar objeto de investigação científica, sendo posteriormente

transferida para os campos da psicologia e da pedagogia.

A partir dessas transformações clínicas, ocorreu uma nova modificação impulsionada pelo interesse de Mannoni, decorrente de sua experiência com crianças em situação de debilidade. Se, anteriormente, a debilidade era tomada como objeto — seja da caridade ou da ciência —, com Mannoni, houve uma tentativa de romper com essa lógica, deslocando a criança dessa posição objetificada. E, assim, nosso trabalho avança, apresentando as ideias de Mannoni sobre a clínica da debilidade, com o intuito de evidenciar como se dá a constituição da subjetividade nesses casos, com ênfase na articulação proposta pela autora entre a criança e o fantasma materno.

Nesse sentido, optamos por trazer à discussão pesquisadores que estudam a constituição subjetiva e os impasses que aparecem sintomaticamente como um atraso no desenvolvimento. Somamos a essa discussão sobre a constituição subjetiva, os impasses vivenciados pelas crianças em função da posição que ocupam em seus laços familiares e sociais.

No terceiro capítulo, pretendemos apresentar as contribuições de Mannoni para a direção do tratamento, considerando suas críticas às explicações sintomáticas que reduzem o sofrimento infantil a classificações limitadas. Com isso, buscamos apresentar as indicações da autora com relação à posição do analista e as advertências para assumir tal posição. Desse modo, procuramos abordar uma direção de tratamento que leve em conta a posição da criança nas relações familiares, considerando as complexidades envolvidas em cada caso, e apontar caminhos possíveis para o manejo clínico com essas crianças.

Por esse percurso, buscamos sustentar uma clínica possível com essas crianças — uma clínica que ultrapasse as fronteiras capacitistas e considere a emergência de um sujeito de desejo. Esperamos, assim, contribuir, em alguma medida, com psicanalistas em formação, educadores e demais profissionais que buscam uma proposta clínica cujo norte seja o cuidado

para além do diagnóstico.

Maud Mannoni: uma Subversão Clínica

Maud Mannoni nasceu em 1926, na Bélgica. Teve sua formação inicial na Universidade Livre de Bruxelas, onde alcançou o diploma de criminologista. Mais tarde, estudou psiquiatria na cidade de Antuérpia. Suas contribuições clínicas e teóricas fizeram dela uma das referências da psicanálise contemporânea no campo de atuação com crianças e adolescentes institucionalizados.

O posicionamento crítico da autora em relação à segregação e rotulação da loucura, à época, contribuiu tanto para a experiência clínica com as psicoses quanto para com a debilidade mental. Os trabalhos teórico-clínicos da autora enfatizavam a importância de escutar o sujeito atravessado pelos discursos social e da medicina que causavam a perda do conhecimento da própria história. Considerando esses pontos, seu estudo sobre debilidade mental teve grande destaque na psicanálise. Ele proporcionou um questionamento profundo da noção de debilidade, buscando compreender a forma como é vivida pela criança e pela família.

Mannoni foi influenciada pelo movimento da antipsiquiatria, que contava com psiquiatras defensores da mudança radical na posição conservadora da medicina com relação à loucura, questionando a medicalização, a institucionalização e o monopólio do saber médico. Desta forma, essa postura radical “pretende-se, antes de mais nada e primacialmente, apresentar como o lugar de onde a doença mental poderá ser interrogada, segundo critérios diferentes dos que se tomam de empréstimo a uma ideologia ou a concepções científicas” (Mannoni, 1970/1971, p. 180).

Por sua vez, com base em sua experiência institucional, a psicanalista observou situações particulares nas quais alguns sujeitos necessitavam de um lugar onde pudessem contar com um acolhimento que lhes proporcionasse uma espécie de segurança (Mannoni,

1988/1990). Nesse sentido, mesmo fundamentada pelo movimento da antipsiquiatria, defendia a criação de instituições para substituir o modelo tradicional de hospital psiquiátrico, concebidas como estruturas de acolhimento, desde que fossem profundamente repensadas. Foi então que surgiu a ideia de criar um lugar que representasse uma ruptura das instituições existentes, lugar aberto à criação e à fantasia (Mannoni, 1988/1990). Assim, em 1969, fundou, com exclusividade, a escola Experimental de Bonneuil, sem fins lucrativos e com serviço voluntário da maioria dos profissionais. Não sendo exatamente psiquiátrica, a escola operava na fronteira entre a educação e a saúde mental, voltando-se para crianças e adolescentes.

Influenciada pelas ideias de Françoise Dolto, Jacques Lacan e Donald Winnicott, Mannoni tinha como característica marcante dialogar com essas correntes teóricas distintas, considerando-as relevantes para seus estudos e essenciais à prática clínica. Nesse sentido, entendeu que deveria desconstruir a posição dogmática dentro da psicanálise.

A autora aponta que, quando questionada a respeito das referências com as quais trabalha, afirma que utiliza todas, especialmente aquelas citadas pelo próprio paciente. Ele é o guia e a teoria oferece palavras explicativas para a situação passada que envolve o inconsciente tanto do analista quanto do paciente (Mannoni, 1988/1990).

Sua ligação à Françoise Dolto começou mediante o estudo de sua obra *Psychanalyse et Pédiatrie*. Dolto a influenciou não apenas em termos de pesquisas como também em sua vida pessoal. Ela também a influenciou culturalmente e, preocupada em ampliar o alcance cultural de Mannoni, ajudou-a financeiramente para que participasse de algumas jornadas de psicanálise. O seu vínculo com Dolto resultou numa desconstrução a respeito de concepções deterministas em relação à noção de debilidade. Além disso, a abordagem relativa à prevenção da entrada de psicose em crianças muito pequenas serviu para Mannoni repensar o que está em jogo na relação da mãe com a criança (Mannoni, 1988/1990).

A relação com Winnicott é marcada por encontros frequentes para discussões de casos clínicos. Apesar de Mannoni ter sua formação na teoria lacaniana, foi Winnicott quem trouxe questões que colocassem à prova a posição dogmática da teoria. A psicanalista herdou desse autor a ideia de manter um espaço de abertura para a manifestação de uma verdade na experiência analítica entre paciente e analista, isto é, o saber vem do sujeito, mas não se tira a importância da análise pessoal para a formação em psicanálise. Esse autor, ainda, mostrava a Mannoni que a experiência clínica deveria ser dita na linguagem cotidiana, justamente pela sua forma de apresentação dos casos clínicos na qual acontecia por meio de uma grade teórica predeterminada. Foi essa sensibilidade deste autor que propiciou abertura de Mannoni às diferentes contribuições teóricas dentro da psicanálise (Mannoni, 1988/1990).

A relação de Mannoni com Lacan se estreitou em 1963, após seu discurso numa assembleia geral da Associação Internacional da Psicanálise. Graças à defesa de Mannoni a fim de evitar uma cisão, a exclusão foi suspensa (Mannoni, 1988/1990). Foram os anos mais produtivos da autora em termos de escrita, tanto pela experiência como analisante de Lacan como pelo apoio na defesa de suas ideias, mesmo que estas não fossem bem recebidas no contexto institucional. Ele se tornou um interlocutor fundamental para a escrita de suas principais obras como *A criança retardada e sua mãe*, *A criança, sua “doença” e os outros*, *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise*. O desenvolvimento dessas obras esteve intimamente ligado à experiência de vida de Mannoni com Lacan (Mannoni, 1988/1990).

A postura subversiva tanto pelas discussões de práticas clínicas quanto de contextos institucionais, fundamentada em diferentes bases teóricas, fez da nossa autora uma psicanalista referência para que se pudesse repensar o lugar reservado à loucura na criança e avançar em questões relacionadas às formações do analista.

A psicanalista, que contribuiu significativamente para a história da psicanálise na França com suas lutas políticas e posicionamento clínico singulares (Roudinesco,

1986/1988b), será a guia deste trabalho. Assim como foi relevante em sua época, consideramos que o trabalho de Mannoni mantém-se atual ao estimular reflexões sobre os caminhos da clínica infantil, as implicações do processo diagnóstico nos discursos das crianças e a importância de uma abordagem que transcenda a colocação da subjetividade em critérios pré-estabelecidos.

A crítica ao diagnóstico psiquiátrico

Diante da iniciativa de apresentar como Mannoni trabalhou com as questões de diagnóstico na clínica infantil, é necessário, antes de chegarmos às direções propostas pela autora, recorrer aos pontos que elegemos como centrais para discutir o diagnóstico e suas críticas ao modelo psiquiátrico.

Logo, em primeiro plano, o que se coloca em jogo, sob o olhar da autora, é a estrutura de um saber absoluto da medicina endossado pela sociedade. A recusa da autora em adotar uma visão enrijecida da nosografia reafirmou a importância de uma posição inventiva do analista na prática clínica. Em virtude dessa posição, Mannoni propôs aos analistas em formação desenvolver um raciocínio clínico que evitasse o fechamento precoce do diagnóstico, buscando primeiro conhecer a história do sujeito. Desse modo, ela apresentava situações clínicas para reformular o sentido das questões que surgiam no cenário analítico.

Para Mannoni (1979/1986a, p. 15), quando o psicanalista se colocava tal como a psiquiatria diante de certos pacientes, como os psicóticos, e reafirmava que nada poderia fazer por eles, assumia uma posição defensiva frente ao paciente e produzia um fechamento da abertura clínica para inventar novas formas de estar com o sujeito. Essa postura impedia tanto analista quanto paciente de ocuparem posições diferentes das determinadas pela medicina.

Nesse contexto, Mannoni (1979/1986a) percebeu que, ao acontecer esse movimento

de concordância com a psiquiatria, as instituições psiquiátricas eram reforçadas, causando implicações importantes na relação entre analista e analisante. Isto é “comprometer-se com a psiquiatria consiste em ingressar num sistema de pensamento onde se autoriza a ocupar uma posição de autoridade em relação ao outro, seu interlocutor, a fim de avaliar o que é normal ou não” (Mannoni, 1979/1986a, p. 94).

Mannoni tinha como eixo das suas discussões criticar o diagnóstico psiquiátrico, pois, com sua experiência prática, ele era formulado excluindo a palavra do paciente e dos contextos dinâmicos e históricos em que o sofrimento se manifestava (1979/1986a).

Contestar o diagnóstico da medicina era fruto da sua atuação no movimento da antipsiquiatria do qual fazia parte, pois a ideia central era tanto contestar o saber psiquiátrico como a relação com o louco (1970/1971). Ao analisar esse projeto psiquiátrico, os antipsiquiatras propuseram repensar a organização à qual as instituições estiveram submetidas. Esse projeto político da antipsiquiatria contribuiu também para desmistificar o papel que a sociedade impunha à psiquiatria a cumprir, principalmente o papel “policial”, destacado pela autora (1970/1971).

A antipsiquiatria não negou a realidade da loucura como uma experiência humana. O que se propunha criticar era a identificação da loucura à uma doença, isto é, uma doença mental. A crítica central visava essa equivalência entre loucura, doença e desordem. Além disso, considerava que as manifestações e consequências da loucura não eram exclusivas apenas da evolução de uma “doença”. Para Mannoni, a loucura também era efeito da tríade da relação entre psiquiatra, sociedade e a própria loucura (Mannoni, 1970/1971).

Além disso, a autora considerava que as discussões deveriam avançar além da análise da relação da sociedade com a loucura ou com as pessoas com debilidade, relações que configuravam como modos de exclusão para manter uma ordem. Mannoni também propõe analisar como esses sujeitos foram transformados em objetos de culto quase religioso,

resultado do desconhecimento de uma defesa inconsciente que se coloca em posição contrária à exclusão explícita. Segundo essa lógica, o sujeito era colocado em instituições para, sob o pretexto de recuperação - ora como de objeto da ciência, ora como objeto de cuidados -, ser tratado por diversas especialidades (Mannoni, 1970/1971).

É importante frisar que essa discussão com relação às diversas especialidades no tratamento de crianças em ambientes institucionais não foi apenas uma discussão pontual de seu tempo. Oscar Cirino (2021, p. 37), por exemplo, reafirma essa especificidade no que diz respeito ao campo de atenção à saúde mental da criança na atualidade. Segundo o autor, essa mudança da relação da psiquiatria infantil com a psicanálise levou a uma disputa entre diferentes profissionais, intensificada pelo aumento de especialistas da área e pela exclusão da psicanálise, considerada ultrapassada. O espaço, então, está sendo ocupado por especialidades comportamentais e cognitivas. Neste contexto, a psiquiatria infantil busca consolidar-se como uma especialidade independente, fundamentando-se nas neurociências e nos diagnósticos cientificamente embasados.

Atualmente, o diagnóstico fundamenta-se em manuais que possuem esse caráter científico objetivo. Segundo Henning (2000), essa atividade diagnóstica sofreu uma mudança significativa com a transição de uma abordagem psicanalítica para o predomínio de conceitos biológicos, impulsionada pelo lançamento do DMS-III na década de 80 do século XX. A terceira edição do manual representou um corte epistemológico, pois tanto as atividades classificatórias quanto terapêuticas eram imprecisas. Desse modo, buscou-se elaborar um manual ateórico e descritivo, mantendo distância das abordagens psicológicas e, consequentemente, do saber psicanalítico.

Henning (2000) afirma que o DSM-III gerou uma consequência no ato de diagnosticar que redefiniu essa atividade ao asseverar que:

A interpretação de símbolos de sofrimento é substituída por uma leitura de sinais de

doença. O diálogo interpretativo com o paciente perde importância bem como a preocupação com seu contexto psicossociocultural. Quanto à intervenção propriamente dita, esta volta-se para uma única dimensão: o campo somático (p. 125). Nesse caso, o estabelecimento diagnóstico remete a um resultado definitivo. No entanto, ao trabalharmos em uma clínica cuja premissa envolve testemunhar um processo de constituição inacabado, torna-se indispensável repensar em que o diagnóstico pode auxiliar.

Mannoni (1979/1986a, p. 88) acreditava que era possível adquirir conhecimento especializado em nosografia, mas alertou que aqueles que possuíam esse tipo de conhecimento corriam o risco de torná-lo inoperante. Para ela, esse conhecimento tinha apenas uma função administrativa servindo a propósitos segregacionistas.

Nesse sentido, a autora nos adverte que, ao estabelecer esse tipo de diagnóstico, a palavra do diagnosticado não é ouvida, pois não é vista como portadora de uma mensagem: “Condenada a só ser utilizada a título de informação, seu destino é ser abandonado depois do uso” (Mannoni, 1979/1986a, p. 99).

Essa advertência pode ser aplicada em qualquer classificação diagnóstica. É fundamental ter a sensibilidade de escutar a história do sujeito. O diagnóstico não deveria ser realizado sem antes conhecê-lo. Mannoni nos direciona para essa desconstrução dos diagnósticos, pois compreendia a seriedade dessa nomeação. Essa discussão permanece relevante na nossa sociedade atual, que busca, muitas vezes, uma “cura” através dos diagnósticos. A esse respeito, a autora escreve:

As perdas referenciais do sujeito sobrepõe-se a realidade de um mundo que nega ao paciente até mesmo o acesso à linguagem comum do dia a dia. Esse efeito de destruição (e até de petrificação) é inerente à situação reservada a um paciente a quem se forçou a trocar o estatuto de sujeito falante pelo objeto da medicina. O sujeito, uma vez designado como paciente, sente-se preso no anonimato que acentua o seu

sentimento de estranheza. Tratado como uma coisa, ele já não pode encontrar os parâmetros que constituem a sua própria identidade: é “*ninguém*”, *em outras palavras, o louco*” (Mannoni, 1979/1986a, pp. 99-100).

Voltando um pouco às discussões da autora, em *O psiquiatra, seu “louco” e a psicanálise* (1970/1971), vemos que Mannoni abordou a importância de discutir o estatuto da loucura sob o olhar da sociedade, assim como a prática conservadora das instituições de sua época. Neste livro, ela analisou, inicialmente, como a noção de “doença mental” esteve ligada aos critérios de adaptação social e, com essa concepção, “curar” significava que a pessoa passaria a integrar a categoria dos “bem-pensantes”.

Para ela, a construção da noção de doença mental ocorria da seguinte forma: a psiquiatria atendia à exigência da sociedade de manter ordem. Assim, o indivíduo considerado perigoso pelo atestado psiquiátrico era conduzido ao isolamento a fim de evitar a desorganização do convívio social. Ao ser rotulado como louco pela psiquiatria, o sujeito passava a ser classificado como “doente mental”. Sob tal perspectiva, a autora via que os hospitais psiquiátricos eram lugares que contribuíam para o isolamento do “doente mental”, modelando-o e cristalizando-o no anonimato, sob a justificativa de uma coerção educativa (Mannoni, 1970/1971).

Vemos que tanto o sistema classificatório como o psiquiátrico impactaram no modo de se pensar a doença mental, gerando uma estereotipia que vincula a loucura a uma imagem de ameaça e perigo. Sobre isto, Mannoni (1970/1971) notou que esse estereótipo provocava uma perda da identidade do sujeito e que os sinais perdidos de sua identidade passaram a ser buscados nos critérios clínicos diagnósticos.

A partir disso, a verdade do próprio sujeito passou a ser do saber psiquiátrico. O rótulo diagnóstico, como essa criança é “autista”, acaba cancelando-a “como indivíduo que fala, e é à falta de ser ouvido que X [a criança diagnosticada] vai, desde este momento, fixar-

se nos limites nosográficos, limites que se transformam nas fronteiras de sua identidade” (Mannoni, 1970/1971, p. 25).

Seguindo essa análise, a autora mostrou, em apresentação de um dos casos atendidos nesses espaços institucionais, como o paciente, em estado de angústia, poderia oscilar do estatuto de sujeito falante ao de um simples *representante* de uma doença que foi objetivada por outro saber. Para ela, o êxito do tratamento estava ligado à abertura para que sujeito colocasse em palavras o que se apresentava como um distúrbio. Podendo ser necessário, em determinados momentos, oferecer significantes faltantes ao discurso do paciente. Sobre isso, ela afirma que:

Se o paciente recebe, como resposta única à sua angústia, o silêncio de um médico que *sabe* o que se *passa* com ele e não tem mais necessidade de escutar o que lhe é dito, o paciente não terá outro remédio senão desaparecer como indivíduo que fala no seio de uma classificação nosográfica (Mannoni, 1970/1971, p. 26).

Importante ressaltar que, para a autora, não é a sociedade ou a psiquiatria que criou ou cria a loucura; contudo, ambos são responsáveis por mantê-la em isolamento nas instituições (Mannoni, 1970/1971).

Mannoni (1979/1986a) ainda fundamentou seu pensamento com relação à desconstrução do diagnóstico segundo Winnicott. Assim como esse autor, a psicanalista baseou-se principalmente na ideia de que a análise colocaria em jogo as diferentes características de um diagnóstico, levando-o a transformar-se conforme as reformulações dialéticas realizadas pelo paciente. Ou seja, um paciente histérico poderia apresentar um núcleo esquizofrênico ou um obsessivo manifestar-se com núcleo depressivo. Assim, à medida que a análise progredisse, mesmo que esse diagnóstico fosse evidente, ele se modificaria ao longo do tratamento.

Recorrer a Winnicott significou para Mannoni a abertura de possibilidades de outra

abordagem que não fosse aquelas passíveis de uma ritualização, abrindo espaço ao movimento de liberdade de abordagem que a autora tanto prezava (Mannoni, 1979/1986a, p. 108).

De acordo essas noções fundamentais, Mannoni enfatizava que o encontro entre analista e paciente deveria ser experimentado além do conhecimento teórico, e destacava a importância de a experiência clínica prevalecer ao conhecimento técnico. Segundo ela, o saber sobre os quadros diagnósticos coloca uma distância dos pacientes, separando-nos deles. Sua defesa caminhava no sentido de endossar uma atitude inventiva do analista. Para ela, é necessário que o analista se reinvente, a fim de proporcionar um encontro com o paciente que, em alguns momentos, torna-se estranho até para si mesmo (Mannoni, 1979/1986a, p.13).

A partir dessas reflexões, pode-se notar a proposta de uma abordagem crítica ao diagnóstico e com postura flexível, que leva em conta a experiência do sujeito em vez de limitá-lo às classificações fixas. Suas contribuições promovem uma desconstrução da rotulação feita através dos diagnósticos na atualidade.

Partindo dessas problematizações e recomendações quanto à posição do analista, podemos agora considerar uma outra proposta clínica, já que a autora se dispôs a contribuir para fortalecer a importância da experiência clínica, da qual deveria emergir uma originalidade irrecusável.

A construção dos casos clínicos em Maud Mannoni

O caráter subversivo da autora com relação ao diagnóstico psiquiátrico da época foi marcado, principalmente, em sua obra sobre a debilidade, na qual ela desconstruiu a noção tradicionalmente definida pelo déficit cognitivo. Para alcançar uma abordagem psicanalítica na direção do tratamento, Mannoni mostrou que a clínica deveria ser conduzida diferentemente da proposta que toma a construção diagnóstica através de critérios rígidos e

bem definidos, pois esses são incapazes de abarcar a complexidade dos casos em questão.

Essa construção teórica baseada na amplificação do sentido da debilidade para o sujeito e para a família acompanhou toda a trajetória de pesquisas da autora. O pensamento para além das determinações psiquiátricas orientou seu trabalho e tornou-se uma marca de suas obras, independentemente dos diagnósticos estabelecidos, pois, em primeiro plano, a procura clínica era por um sentido.

Desde seus primeiros escritos, Mannoni sempre esteve atenta àquilo que podia extrair de suas experiências clínicas. Assim, ela enfatizava o saber clínico e o colocava em destaque, buscando uma análise que não fosse estritamente teórica. Apesar de sua formação ter sido construída a partir de um saber teórico preestabelecido, sua construção prática se desenvolveu da desconstrução desse saber, à medida que foi conduzida pelas supervisões com Winnicott. Nestas discussões, o teor central reafirmava uma posição teoricamente subversiva (Mannoni, 1988/1990).

A forma como Mannoni expõe os casos em suas obras ressoa com a experiência da supervisão clínica, funcionando como uma extensão da discussão realizada nesse contexto. A experiência da supervisão, longe de corresponder a uma estrutura fixa, constrói-se a partir da apresentação de recortes clínicos, bem próximo ao modo como Maud Mannoni introduz os casos em sua obra: como formas singulares de fazer emergir algo do sujeito na clínica. Mannoni apresentava seus casos dando destaque ao histórico do paciente, incluindo as situações clínicas que emergiam do encontro com o analista. E, finalmente, explorava as possibilidades para a construção do caso.

Neste momento da discussão, ao trazer as críticas da autora ao diagnóstico e a maneira como ela abordava essas noções, nossa intenção é apresentar sua proposta de atuação clínica, considerando os impasses do diagnóstico tradicional. Buscamos mostrar o que Mannoni apresentou como novidade para que a experiência clínica não se tornasse uma simples

reafirmação da visão psiquiátrica. Para isso, exploraremos as principais propostas da autora na construção de casos clínicos.

Mannoni, na apresentação dos casos, desenvolveu a noção de *discurso coletivo* no qual a criança e a família estão inseridas. O estudo sobre a debilidade foi o ponto de partida para este tipo de concepção para a experiência clínica. Especificamente neste trabalho, a autora buscou organizar, a partir da escuta, a natureza da demanda que se vincula à angústia que constitui a criança que se apresenta diferentemente de outras, “aquela, que pelo seu sintoma, serve frequentemente para ocultar um drama familiar que está além dela” (Mannoni, 1988/1990, p. 39).

Mais tarde, na obra *A criança, sua “doença” e os outros*, Mannoni trabalhou com a ideia conceitual deste tipo de discurso. A autora afirma que esse “discurso que se processa engloba os pais, a criança, o analista: é um discurso coletivo que se constitui em torno do sintoma apresentado pela criança” (1967/1980, p. 9).

Ou seja, quando uma criança é levada a uma consulta com o analista, Mannoni considera importante evidenciar o que surge através de um mal-estar, o qual não se limita à criança, mas que é coletivo (1988/1990, p. 48). Portanto, antes de se realizar uma análise minuciosa do caso, deve-se atentar aos diferentes discursos que se manifestam na clínica. A mensagem que chega não se apresenta de forma literal; é necessário interpretar a estrutura desses discursos, para, então, construir o caso.

Nota-se que a noção de discurso coletivo foi utilizada como proposta fundamental nos casos clínicos de crianças psicóticas. A partir desse conceito, a autora alerta sobre a posição do analista quanto ao raciocínio clínico na experiência analítica. Ela nomeia de problema as questões primordiais nas quais o analista deve se questionar para o avanço do caso, como: “de que se trata nesse discurso? Quem fala, a quem, para quem?” (1967/1980, p. 53).

Embora, sejam questões primordiais, segundo sua perspectiva, elas tendem a ser

esquecidas ao longo do processo de trabalho. São essas questões que convocam o sujeito a organizar, através do próprio discurso, as situações de sua própria história. Quando não são questionadas, essas situações históricas, segundo a crítica da autora, tornam-se, para o analista, etapas que fracassaram, pois deixam de explorar o discurso no qual a criança está implicada.

Este discurso é dividido em dois tipos: *discurso fechado* e *discurso de drama*. O *discurso fechado* consiste em um relato feito diante do analista. Durante a anamnese, os responsáveis apresentam um discurso rígido e objetivo, que, por sua estrutura, não cede espaço para a expressão da criança. Na visão da autora, esse discurso, que se apresenta na realidade, serve para reordenar o passado da criança e fixá-lo, sem revelar sua verdade. Para os pais, o analista representa alguém que irá reafirmar o diagnóstico de uma patologia; nesse momento, ainda não há abertura para transformar essa visão de irrecuperabilidade (1967/1980).

Mannoni chama a atenção para o dilema que surge nesse encontro: a intervenção ou não do analista nesse cenário. Se ele intervém, há o risco de uma ruptura ou paralisação no tratamento; se não intervém, o analista pode se ver impotente ao tentar desprender a palavra da criança do sintoma dos pais, embora a ausência de intervenção preserve o tratamento (1967/1980)

No *discurso de drama*, Mannoni percebe a existência de um pedido de ajuda que possibilita a entrada na análise. Esse drama, no qual o analista entra a partir da relação entre o discurso dos pais e da criança, marca o ponto de partida de um tratamento. Assim, a cura torna-se possível ao localizar aquilo que, na palavra dos pais, produziu uma marca na criança no nível do corpo. O sentido desse discurso não se refere ao drama da doença da criança, mas ao drama que a própria existência dela representa para os pais (1967/1980).

Essa organização do tratamento, a partir da análise dos discursos, ao nosso ver, pode

possibilitar a construção de outros casos clínicos, em diferentes contextos. Isso se deve ao fato de que essa análise se fundamenta em questões essenciais, levando o analista a refletir o discurso dos envolvidos no processo de tratamento. Além disso, a postura da autora valoriza a palavra independente de um diagnóstico de irrecuperabilidade. Esse método da prática clínica separa o analista da posição ocupada pelo psiquiatra, movimento abordado na crítica da autora sobre essa aproximação. Logo, o trabalho da análise consiste em ir além das determinações para buscar o sentido daquilo que se apresenta na clínica.

A exemplificação do modo de construção dos casos foi enfatizada no livro *A primeira entrevista em psicanálise* (1979/2004). Nele, Mannoni propôs uma exposição do estudo em dois níveis: o primeiro abordou a *situação* de quando os pais comparecem à primeira consulta; segundo, com base nos dados obtidos, buscou ressaltar um *sentido do sintoma*.

Na apresentação da *situação*, a autora buscou trabalhar com as questões iniciais resultantes do primeiro encontro, como vimos na noção descrita no discurso fechado. O objetivo foi descrever quem são as crianças cujos pais fizeram sua entrada no consultório. Trata-se de um relato objetivo da história da criança, a partir de uma queixa inicial, e a descrição visa responder quem são os pais ou aqueles que estão implicados por trás do discurso da criança (Mannoni, 1979/2004).

Já na descrição do *sentido do sintoma*, a autora buscou desenvolver questões que colocassem o clínico em movimento em relação ao motivo inicial da consulta, uma vez que a queixa inicial frequentemente encobre outros sintomas que, em muitos casos, são mais sérios ou até diferentes daqueles apresentados. A ideia central dessa articulação foi alertar sobre o risco de o analista assumir uma posição de orientador ou fazer colocações precipitadas. Para que se alcance uma compreensão aprofundada da situação, é preciso ter clareza de que essa dimensão será construída num segundo momento, pois, como desordens familiares que se manifestam na *realidade* da criança, nem sempre possuem uma relação direta de causa e

efeito no sujeito (Mannoni, 1979/2004).

Nesta proposta, Mannoni (1967/1980) coloca em evidência a substituição da conceituação das fases do desenvolvimento pela escuta dos discursos. A experiência analítica de crianças vai além de verificar se elas transferem ou não seus sentimentos para o analista. É necessário evitar a redução da transferência a uma experiência meramente afetiva. O que está em jogo nessa clínica é possibilitar que a criança se liberte de equívocos que favorecem a cumplicidade dos pais. Assim:

Isto não pode ser feito a não ser se compreendermos que o discurso que se sustenta é um discurso coletivo, a experiência da transferência se faz entre analista, crianças e pais. A criança não é uma entidade em si. Abordamo-la de início através da representação que tem o adulto a seu respeito (que é uma criança? que é uma criança doente?). Toda consideração da criança tem incidências precisas sobre os pais, que importa não negligenciar (Mannoni, 1967/1980, p. 100).

Por fim, pode-se notar a cautela da autora no que diz respeito aos estabelecimentos de um diagnóstico. Ou melhor, a sua subversão a esses diagnósticos. Sua ideia central é acessar a palavra da criança, o que não é possível pelo isolamento do discurso dela. Como mencionado anteriormente, a análise dos discursos coloca à prova os efeitos alienantes que a palavra dos pais exerce sobre a palavra da criança. Assim, essa proposta clínica cria condições para avanço do tratamento ao possibilitar a modificação de uma palavra determinante.

A Debilidade Mental

De objeto da caridade religiosa ao objeto científico.

O termo debilidade, em termos gerais, remete à lógica da insuficiência e do déficit das atividades intelectuais. Tal noção, assim como a clínica que dela deriva, está ligada ao campo das investigações psiquiátricas, onde se destacam as hipóteses etiológicas de base orgânica (Santiago, 2007). Ainda, segundo as críticas apresentadas por Santiago (2007), o diagnóstico reflete apenas a combinação entre as aquisições esperadas para cada idade e a capacidade de realizar tarefas.

Pessotti (1984), durante o estudo da evolução de conceitos da deficiência mental, aponta para a complexidade do tema e suas mudanças conforme as influências sofridas pelas visões teológica, metafísica e organicista. O autor afirma que as primeiras elaborações sobre a deficiência mental surgiram na idade média sob influência do cristianismo, quando a visão teológica se destacou. Segundo Pessotti (1984), a lógica espartana, da Grécia Antiga, a qual legitimava práticas excludentes que cultuavam ideais atléticos e considerava as crianças com deficiências físicas ou mentais como sub-humanas, tornou-se inadmissível para o cristianismo.

Com a expansão dos ideais religiosos, o deficiente passou a ser visto como aquele que possuía alma, também um “filho de Deus”. No entanto, se, por um lado, o deficiente entra nessa proposta de acolhimento perante Deus e merece abrigo, por outro, será exigido uma postura moral religiosa. De acordo com Pessotti (1984), o deficiente foi colocado no lugar de culpado pela própria deficiência e, assim, castigado por tal feito, tanto na forma de castigo divino ou de castigo humano. Para o autor, “a ambivalência caridade-castigo é marca definitiva da atitude medieval diante da deficiência mental (Pessotti, 1984, p. 12). Neste

período, as explicações da deficiência mental eram caracterizadas pela superstição.

Assim, na Bélgica, no século XIII, foi criada uma primeira instituição para asilar os deficientes mentais. E em 1325, a primeira legislação que instituiu os cuidados dos chamados “idiotas” ao Estado, que também deveria ter direito às suas posses. Ainda que não formalizada, nota-se, pela indicação do autor, uma diferenciação inicial entre a deficiência mental e a loucura. Essa diferenciação pareceu-nos vinculada à administração do gasto com o cuidado e ao retorno que a coroa poderia receber como compensação (Sardenberg, 2013).

Nas palavras de Pessotti (1984):

Com essa lei, pouco magnânima, pelo menos os **idiotas** donos ou herdeiros de bens obtinham atendimento adequado de suas necessidades, talvez também ficando prerrogativa real a definição dessas necessidades, provavelmente referentes apenas à sobrevivência e saúde. Curiosamente, no caso dos **loucos**, que a lei contemplava em seu capítulo XII, aqueles cuidados eram assegurados sem qualquer retribuição ou compensação de gastos à coroa (p. 10).

A partir de 1534, foram criadas legislações que passaram a considerar a natureza patológica da deficiência e da loucura como base para normas de jurisprudência. Neste contexto, as visões supersticiosas foram desautorizadas, sendo essas condições definidas como resultados de infortúnios naturais.

Assim, a definição da idiotia indica uma ligação com a atividade cognitiva da aprendizagem, ou seja:

Esse chamará **bobo** ou **idiota** de nascimento à pessoa que não pode contar até vinte moedas nem dizer-nos quem era seu pai ou sua mãe, quantos anos tem, etc. de forma que parece não haver possuído conhecimento de qualquer razão da qual se pudesse beneficiar ou que pudesse perder. Mas se tem um conhecimento tal que conhece e comprehende 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, como citado em Pessotti, 1984, p. 22)

Tunes, Souza e Rangel (1996) destacam que a elaboração dessa legislação está inserida no início de uma perspectiva metafísica sobre a debilidade mental. Nesse contexto, prevalecem as concepções organicista e médica, que caracterizam essa abordagem.

Segundo Pessotti (1984), a obra *Cerebri Anatome* (1664), do médico inglês Thomas Willis, marcou o início da visão organicista da deficiência mental, embora ainda sob a nomenclatura de idiotia. Ao associar a idiotia e outras deficiências a causas neurais, Willis contribuiu para substituir a visão cristã predominante, que atribuía tais condições, inclusive, a causas demoníacas, por explicações baseadas em argumentos científicos. Para o médico inglês, a deficiência mental foi relacionada a uma falta de julgamento, de inteligência e ao cérebro como a causa principal (Pessotti, 1984, pp. 22-23).

No entanto, o que revolucionou as doutrinas da mente humana e suas funções, além de abalar as práticas dogmáticas cristãs, foi John Locke a partir da valorização da experiência como característica do conhecimento. Com Locke, no século XVII, a mente foi entendida como tábula rasa, que poderia ser transformada pela ordenação da experiência sensorial (Locke, 1690 como citado em Pessotti, 1984, p. 27). Essa teoria, pela sua repercussão à época, influenciou significativamente a noção da deficiência mental e o pensamento educacional. Tal concepção “transforma a questão da deficiência mental, antes marcada pelo inatismo das ideias e das operações mentais, agora expressa como história pessoal de experiência sensorial e reflexiva” (Pessotti, 1984, p. 31).

Com a influência da doutrina de Locke, a educação das pessoas com deficiência mental começou a ser pensada de forma mais sistemática, culminando na elaboração do primeiro programa de educação especial por Jean Itard, em 1800 (Pessotti, 1984, p. 28).

Para Bercherie (1983/2001), um ponto de partida para as discussões sobre o grau de

reversibilidade da deficiência mental, influenciado pelas ideias de Locke, foi a experiência de Itard com a captura da criança Victor, conhecida como o Selvagem de Aveyron, em 1799. O autor ainda destaca que esse período inicial marca a história da clínica psiquiátrica infantil, pois os debates se concentravam na noção de retardamento. Na época, como os estudiosos não reconheciam a loucura infantil, a idiotia era a única categoria disponível para estruturar essa clínica.

Bercherie (1983/2001), ao fazer o estudo sobre a história da psicopatologia infantil, em especial do percurso histórico da psiquiatria neste campo, indica-nos a existência de três tempos que a constituíram. O primeiro deles, compreendido por volta de 75 anos do século XIX, é dedicado aos estudos do retardamento mental, conforme os estudos de Esquirol, nos quais foi denominado de *idiotia*. O foco das discussões dizia respeito ao grau de irreversibilidade do retardamento. Consequentemente, por influências desse pensamento à época, foram construídas instituições especializadas para crianças tidas como anormais, inspirando os primórdios da educação especial. Uma nova pedagogia foi vislumbrada.

O segundo período identificado pelo autor começa na década de 1880 e avança até o primeiro terço do século XX, um período em que se buscou, fundamentalmente, descrever o que acontecia às crianças através da clínica do adulto. Os trabalhos dessa época sobre as grandes afecções endógenas, principalmente a respeito da demência precoce, influenciaram o que mais tarde se tornou a pedo-psiquiatria. Ainda nesse período, a clínica da criança não havia se constituído como campo independente, mas servia de embasamento conceitual para o nascimento do terceiro tempo. Em relação aos estudos sobre o retardamento, foi nessa época que surgiram as ideias para se distinguir as formas congênitas das adquiridas, as verdadeiras das falsas debilidades.

Para terminar, esse tempo, para Bercherie (1983/2001), foi, essencialmente, aquele que compreendeu a loucura do adulto na criança, além de ter sido possível trazer à tona a

noção de psicose infantil.

O terceiro período, a começar nos anos 30 avançando até a década de 80, é apontado por Bercherie (1983/2001) como um tempo em que a psicanálise ganha maior força de influência na investigação psicopatológica da criança. Portanto, principalmente sob os esforços dos psicanalistas, essa clínica obteve uma importante progressão conceitual. O autor aponta que, por mais que a clínica da criança tenha se servido de contribuições importantes da psicanálise, e reforçando terem sido indispensáveis para sua construção, ela é um tipo de clínica construída, essencialmente, por fundamentos bem diversos. Cada vez menos pode-se separar de diferentes correntes psicológicas, além das influências recebidas da pediatria, por isso o nome pedo-psiquiatria. De modo geral, as doenças psicosomáticas foram tomadas como esclarecedoras na psiquiatria infantil.

Por esse percurso histórico, Bercherie (1983/2001) pontua que o impedimento que havia para o desenvolvimento da clínica psicopatológica da criança como campo autônomo em relação ao do adulto era a falta de uma compreensão da medida comum entre um e outro, sob uma questão fundamental que distinguisse o normal do patológico. Sendo que essa clínica se apresentou em grande escala a partir de transtornos somáticos e funcionais. Para o autor, a clínica moderna da criança trouxe à psicopatologia modos de abordagem e de conceitos desprendidos dos paradigmas médicos, ao mesmo tempo, profundamente tomada por influências psicanalíticas.

As primeiras construções que fundamentaram o nascimento do conceito de debilidade, de acordo com Santiago (2005), foram as noções explicadas através do conceito de **idiotismo** segundo o médico alienista francês Phillippe Pinel, no século XIX. O idiotismo, para Pinel, além de ser considerado o mais grave quadro clínico de alienação mental, foi postulado como um estado no qual as faculdades intelectuais não se desenvolveram, podendo ser congênito ou adquirido. O caso de idiotismo congênito diz respeito ao caráter irreversível e incurável, já o

adquirido pode ser reversível e curável. Pinel ainda diferenciava a demência da idiotia. Enquanto a demência dizia respeito à abolição do pensamento, o idiotismo, como explicado acima, referia-se à perda significativa das atividades mentais.

Mais tarde, com a contribuição nosológica de Esquirol, a categoria do idiotismo foi separada da loucura. Nesse sentido, abandona-se o termo *idiotismo*, postulado por Pinel, e o substitui por *idiotia*. Esquirol estabelece essa diferenciação, na qual “a loucura é caracterizada como perda irreversível da razão e suas funções, e a idiotia definida como ausência de desenvolvimento intelectual desde a infância” (Pessotti, 1984, p. 99).

De acordo com Santiago (2005), ao realizar essa diferenciação e considerar a idiotia como um estado no qual não houve desenvolvimento das faculdades intelectuais, a debilidade mental recebeu uma conceitualização e uma descrição centradas no déficit. Esse enfoque determinista e fatalista influenciou a percepção de que a educação ainda seria possível, mesmo diante de um comprometimento cognitivo considerado definitivo.

Posteriormente, com as reformulações de Valentin Magnan nos anos 1880, o termo “debilidade mental” foi descrito como um exemplo de loucura degenerativa, caracterizada pela hereditariedade. Magnan dividiu as “loucuras propriamente ditas” em dois grupos principais: as psicoses e as loucuras dos hereditários degenerados. Na classe das loucuras dos degenerados, a debilidade foi colocada como a primeira categoria ao lado da idiotia e da imbecilidade (Santiago, 2005).

Santiago (2005) destaca, ainda, que a noção de debilidade mental foi formalizada como conceito no início do século XX, com a introdução da avaliação psicométrica por Binet. Nesse contexto, os ““débeis”, “imbecis” e “idiotas” deixaram de ser exclusivamente investigados pela clínica psiquiátrica e passaram a integrar os domínios da psicologia psicométrica e da pedagogia” (Santiago, 2005, p. 77). A partir daí, a capacidade escolar tornou-se um critério essencial para a classificação da debilidade mental.

Por volta da década de 1940, foi estabelecida uma distinção entre verdadeiros e falsos débeis. Os verdadeiros apresentavam resultados consistentes nos testes associados a déficits orgânicos, enquanto os falsos débeis demonstravam resultados heterogêneos, frequentemente atribuídos a conflitos psíquicos (Santiago, 2005).

A retirada da posição de objeto

Sob a influência da psicometria, o trabalho de Mannoni na década de 1950 foi desenvolvido para distinguir os débeis em dois grupos: aqueles com resultados homogêneos, associados a déficits orgânicos e com prognóstico desfavorável para tratamento, e aqueles com resultados heterogêneos, nos quais se recomendava a psicoterapia em busca de uma reeducação pelo entendimento que se tratava de uma pseudodebilidade (Santiago, 2005).

Na visão de Mannoni, esse tipo de avaliação intensificava ainda mais a segregação. Por isso, ela chamava atenção para os perigos de uma rigidez diagnóstica. Ao longo do processo de construção dessa clínica, observaram-se constantemente situações que contribuíam para essa separação sob o pretexto de uma classificação científica e pedagógica. Para a autora, “muitas vezes as crianças são examinadas dentro de uma perspectiva de classificação, sendo que o veredito do médico acentua magicamente o caráter fatal do retardamento” (Mannoni, 1964/1995, p. 75).

Ao analisarmos a construção conceitual da debilidade, percebe-se como essa clínica sempre esteve associada ao déficit, à insuficiência e, consequentemente, à segregação. Santiago (2005) argumenta que limitar a análise ao campo médico no qual essa categoria foi desenvolvida reforça a visão deficitária associada à debilidade.

Por isso, ressaltamos a importância de Mannoni na reelaboração da própria noção de debilidade. Sua contribuição foi essencial para a desconstrução teórica no campo da psicanálise, influenciando não apenas a prática clínica, mas também a forma como os

psicanalistas passaram a compreender e trabalhar a debilidade em suas teorizações.

Devemos à Mannoni a formulação de um novo eixo de reflexão sobre a clínica da debilidade, deslocando o foco do déficit cognitivo em si para a posição do sujeito em relação ao desejo do outro. A autora desempenhou um papel crucial na desconstrução da ideia de debilidade como algo exclusivamente vinculado a déficits cognitivos ou condições orgânicas.

Essa subversão teórica marcou um contraponto às perspectivas psicométricas ao priorizar a análise do papel ocupado pela criança no fantasma dos pais. Mannoni argumenta que, ao se conceber a debilidade apenas como um déficit, numa visão determinista e capacitista, enfatiza-se exclusivamente a busca por uma causa, negando-se o sentido que ela possa carregar (Mannoni, 1964/1995).

A construção teórica de Mannoni acerca da debilidade foi moldada por mais de 15 anos de atuação clínica em uma instituição que atendia crianças diagnosticadas com falsa ou verdadeira debilidade. Essa experiência resultou na publicação da obra *A Criança Retardada e a Mãe*, em 1964. Posteriormente, Mannoni continuou a desenvolver suas teorias a partir da prática clínica com crianças e adolescentes.

Adotando uma abordagem subversiva para compreender as manifestações da subjetividade, Mannoni (1964/1995) observou que, à medida que algumas crianças progrediam no desenvolvimento e apresentavam melhor desempenho escolar, suas mães frequentemente adoeciam. Além disso, constatou que, mesmo com índices baixos de coeficiente de inteligência, algumas crianças alcançavam êxito escolar. A autora também percebeu que crianças com o mesmo Q.I. podiam ter trajetórias distintas: algumas aprendiam e eram bem-sucedidas enquanto outras apresentavam menos êxito. Frente a esses dados, Mannoni questiona: “Por que razão há débeis ‘estúpidos’ e débeis ‘inteligentes’, com Q.I. idênticos?” (Mannoni, 1964/1995, p. 15).

Esses impasses levaram Mannoni a buscar o significado da debilidade não apenas para

a criança, mas também para seus pais, propondo uma abordagem que considerasse sua dimensão subjetiva e simbólica. Assim, “o diagnóstico psicométrico é questionado, priorizando-se o que o discurso do sujeito débil e o dos respectivos pais podem revelar sobre o verdadeiro sentido da debilidade” (Santiago & Mrech, 2017, pp. 197-198).

Mesmo em casos de doenças orgânicas, Mannoni (1967/1980) observou que a criança respondia não apenas às limitações impostas pela fraqueza intelectual, mas “ainda à maneira pela qual a mãe utiliza esse defeito num mundo fantasmático que acaba por ser comum a ambos” (p. 65).

Mannoni, no contexto histórico em que a clínica da debilidade ainda era pouco discutida na psicanálise, buscou, por meio de sua atuação clínica e de sua obra, sobretudo introduzir esse sujeito na psicanálise. Como destaca Laurent (1991), esse movimento pioneiro, em meados dos anos 60, foi impulsionado pela abordagem da autora nessa clínica e, consequentemente, a psicanálise passou a conceber a debilidade em outro sentido, retirando-a de uma posição de objeto científico. Antes desse marco, a compreensão desse fenômeno estava pautada nos referenciais da psiquiatria.

Portanto, Mannoni enfatizou que compreender a debilidade mental exigia ir além do aspecto orgânico e explorar a história subjetiva do sujeito. Por meio da escuta, torna-se possível acessar o discurso que constitui o sujeito na relação com o Outro, permitindo a reelaboração de uma subjetividade singular.

Das produções imaginárias ao fantasma

Antes de iniciarmos a discussão a respeito do fantasma materno na relação da criança com debilidade e sua mãe, como proposto por Mannoni, é importante apresentarmos, suscintamente, argumentos sobre os impasses enfrentados por pesquisadores na tradução do termo *fantasma*, bem como do par *fantasia* e *fantasma*, considerando a existência de oposição

dos conceitos entre a obra freudiana e a lacaniana, já que, nesta última, o termo fantasma não se refere à fantasia como devaneios ou imaginação.

Além disso, consideramos importante retomar as bases conceituais de onde o conceito se originou para alcançar a diferenciação proposta Freud e Lacan, ainda que o estudo aqui apresentado não tenha a intenção de esgotar toda a discussão envolvida no tema. Também não se trata de um trabalho exclusivo sobre o conceito de fantasma, mas compreendemos que o conceito serviu de fundamento teórico para o trabalho clínico de Mannoni.

A palavra fantasia vem do termo em alemão *Phantasie*. Por mais que a fantasia tenha sido trabalhada em momentos diversos ao longo da obra de Freud, esse conceito não foi explorado exclusivamente em um texto que abarcasse sua definição.

Para nossos propósitos, a concepção trabalhada por Freud no texto *O escritor e a fantasia* (1908/2015) sobre o conceito de *fantasia* servirá de referência. Nele, de forma resumida, o autor desenvolve a noção de que, como nem todos os desejos podem ser satisfeitos, o sujeito buscará realizá-los por meio da fantasia. Assim, essa atividade se organiza como uma correção daquilo que não satisfez o indivíduo. Nesse sentido, “pode-se dizer que somente a pessoa insatisfeita fantasia, jamais aquela feliz. Desejos não satisfeitos são as forças motrizes das fantasias, e cada fantasia é uma realização de desejo, uma correção da realidade insatisfatória” (Freud, 1908/2015, p. 187). Portanto, o devaneio e a fantasia inconsciente exercem a mesma função, que consiste em “satisfazer algum desejo insatisfeito no passado” (Coutinho Jorge, 2010 p. 45).

De acordo com Coutinho Jorge (2010), é equivocado traduzir *fantasme* por fantasma. Para o autor, apoiado na análise de Gerbase, esse erro é uma violência linguística, que contraria a tradição psicanalítica freudiana sobre o conceito de fantasia. Ele afirma que “‘fantasia’ designa, para Freud, a vigência do princípio de prazer, ao passo que ‘fantasma’ inclui no primeiro plano o desprazer” (Coutinho Jorge, 2010, p. 45). Por esse motivo,

argumenta que tal prática, adotada por alguns psicanalistas brasileiros, gera confusão entre os leitores, a qual compromete a compreensão conceitual.

Por outro lado, Santos (2020, p. 34) defende que o conceito de fantasma em Lacan é distinto daquele trabalhado por Freud. Embora Lacan, ao postular o conceito de fantasma, tenha herdado elementos conceituais freudianos para desenvolver sua própria noção, Santos argumenta que ele buscou elaborar uma nova formulação a fim de desvincular o fantasma dos pares opositores, como satisfação/insatisfação e realidade/fantasia.

Brousse (1987, p. 78), por sua vez, ressalta que os impasses enfrentados nos estudos sobre o fantasma incluem não apenas a escolha do termo mais adequado para a tradução, mas também a dificuldade em oferecer clareza sobre sua definição conceitual e aplicação clínica. Segundo Brousse, essa dificuldade decorre do caráter familiar do conceito e de sua generalização. Para ela, é essencial que o conceito de fantasma seja trabalhado com maior rigor teórico, como é próprio da psicanálise. Nesse sentido, a autora retoma a trajetória de Lacan a fim de compreender o movimento do autor até chegar à noção dos matemas que organizaram a articulação teórica do fantasma.

Em relação à tradução do termo fantasma e suas variações, Poli (2007) observa que, no Brasil, ele funciona como uma espécie de neologismo. A autora distingue duas formas de traduzir o termo fantasia: uma como *fantasie* (em desuso) e outra como *fantasme*. Já o termo fantasma, entendido como aparição ou assombração, seria traduzido por *fantôme*. A autora defende que a tradução do termo fantasia por fantasma se trata de um “erro”. Contudo, esse “erro” teve implicações teóricas importantes para Lacan, permitindo o discernimento das formações do inconsciente simultâneo à invenção do objeto a.

Coutinho Jorge (2010) nomeia de “ciclo da fantasia” o período em que Freud, em diferentes articulações teóricas, abordou a noção da fantasia. De acordo com o autor, esse ciclo se processa em diversos textos escritos entre 1906 e 1911, dentre eles: *Delírio e sonhos*

na Gradiva de W. Jensen; O poeta e o fantasiar; Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade; Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental.

Importante ressaltar que, embora o autor defenda esse ciclo como fundamental para o estudo da fantasia, Coutinho Jorge (2010) reconhece que o texto posterior, *Batem numa criança - contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais* (Freud, 1919/2010a), representa uma renovação nas perspectivas desse estudo. Tanto que ele é um texto constantemente retomado por pesquisadores do conceito de fantasma.

Em *Batem numa criança*, Freud (1919/2010a) nota que as primeiras fantasias aparecem antes do quinto ano de vida e da vida escolar. Essas fantasias, que provocam importantes sentimentos de prazer, foram articuladas em três fases, cada uma com aspectos fundamentais. Na primeira fase, a criança espancada não é a mesma que cria a situação. Além disso, há uma indefinição quanto ao adulto que bate e à criança que apanha, representada pela frase: “Meu pai bate na criança” (Freud, 1919/2010a, p. 226).

A segunda fase, embora não seja lembrada conscientemente, é considerada de importância fundamental. Trata-se de uma construção elaborada em análise. Nesta etapa, o adulto que bate permanece o mesmo e a criança que fantasia é a mesma que apanha. Nela, temos a seguinte afirmação: “Sou castigada pelo pai” (Freud, 1919/2010a, p. 227).

Na terceira fase, que se assemelha à primeira, a pessoa que bate é novamente indefinida. A criança que fantasia não é a mesma que apanha e se coloca como uma testemunha da ação. Se antes era uma criança que apanhava, agora são várias e todas desconhecidas. Além disso, essa última fase possui uma característica essencial: está associada a uma forte excitação sexual (Freud, 1919/2010a).

Nesse texto, de acordo com a análise de Brousse (1987) Freud indica um movimento de condensação da pluralidade de fantasmas em uma única fórmula fundamental: *Batem numa criança*. Há uma substituição das construções imaginárias por uma condensação

expressa em uma fórmula impessoal. Ao reduzir as produções fantasmáticas a um único fantasma, Freud destaca uma formulação essencial, ainda que parcialmente incompreensível para o sujeito, devido à sua ligação com o inconsciente. Nesse sentido, o estudo do fantasma, que será retomado por Lacan, não se concentrará nas múltiplas narrativas imaginárias, mas nesse núcleo fundamental e enigmático que estrutura o desejo inconsciente do sujeito (Brousse, 1987).

Na lição de abertura do seminário *A lógica do fantasma*, Lacan (1966-1967/2008, p. 12) propõe a estrutura lógica ($\$ \diamond a$) para o conceito de fantasma. Essa sigla lê-se da seguinte forma: S barrado punção de a . O S barrado é o sujeito, atravessado pela falta que o constitui, pertencente à ordem simbólica. A barra indica que essa divisão é uma condição fundamental na constituição do sujeito. *Punção de a* refere-se às relações possíveis entre sujeito e o *objeto a* (pequeno a). O *objeto a* é, ao mesmo tempo, a causa do desejo e algo para sempre perdido, pois nunca poderá ser alcançado completamente. Dessa forma, a conexão entre o sujeito e o *objeto a* é estrutural, já que é através dela que o desejo opera, mantendo o sujeito dividido. Portanto, a partir dessa formalização do matema, o autor marca sua oposição com relação à fantasia na obra freudiana. Dessa forma, a estrutura do fantasma não é reduzida à imaginação.

Lacan (1966-1967/2008), a partir dessa noção, propõe pensar na estrutura do fantasma como aquela que sustenta a relação do sujeito com dois elementos distintos, porém não são separados: o desejo e a realidade. A realidade, para o autor, não é fixa, ela é uma construção resultado da interação entre simbólico e imaginário. Sendo que o desejo, que se move continuamente, está localizado no centro desse quadro da realidade.

Brousse (1987), ao afirmar que o fantasma se trata de uma cena, um lugar simbólico onde o desejo se manifesta, compara-o a um tecido, sugerindo a ideia de que é algo que envolve e possibilita suportar o desejo. Nesse sentido, através dessa cena, o que foi perdido,

como indicado anteriormente, não retorna totalmente, mas é alcançado parcialmente no fantasma. Podemos ressaltar que o fantasma é fundamental nessa dinâmica entre o desejo e a realidade, pois ele serve como uma estrutura para que o sujeito consiga lidar com sua falta.

Nas palavras da autora:

O fantasma é, portanto, a cena onde o sujeito deve suportar em seu desejo: é nesse sentido que se pode chamá-lo de tecido que vem dar um pouco de seu ser ao sujeito a partir dessa coleta de objeto efetuada sobre seu próprio corpo, quando da inscrição na ordem simbólica: esse objeto não pode retornar ao sujeito senão a partir de seu advento significante, mas não é alcançado senão no fantasma (Brousse, 1987, p. 85).

Discutidos, de modo breve, esses dois conceitos a partir dos pontos que consideramos importantes, temos que: a fantasia, na obra freudiana relaciona-se às construções imaginárias, como descrevem Benites e D'Agord (2024). Na interpretação desses autores, a fantasia em Freud se constrói a partir de uma cena imaginária com um roteiro no qual gira em torno do objeto de amor. Enquanto o fantasma, conceito postulado por Lacan, tornou-se um operador lógico que envolve não somente um objeto de amor, mas um objeto da demanda geral, e não um objeto específico. Um objeto impossível de alcançar, cuja causa não é acessível (Benites & D'Agord, 2024).

O fantasma em Mannoni

Anteriormente, vimos que o fantasma está ligado ao desejo, sendo um elemento fundamental que, ao mesmo tempo, surge e encobre a maneira como o sujeito se posiciona diante do desejo do Outro, o que remete ao processo de separação. Diferentemente da fantasia, o fantasma não é tão flexível a ponto de manifestar-se à consciência.

Para nossos propósitos, trabalharemos com as questões relacionadas à relação fantasmática e como é desenvolvida no quarto capítulo do livro *A criança retardada e sua mãe*, além de ter sido continuamente articulada ao longo da obra.

De acordo com Mannoni, existem situações em que a mãe e a criança se conectam de tal modo que os desejos tanto de uma como de outra se confundem. Para a autora, essa experiência resulta de impasses não resolvidos na constituição da mãe e retorna na relação com sua criança. Dessa forma, o filho porta marcas que não são somente suas, mas também carrega as da mãe. Segundo a autora, “o que na mãe não pôde ser resolvido ao nível de experiência de castração, vai ser vivido, como eco pelo filho que nos seus sintomas, muitas vezes não fará mais do que fazer ‘falar’ a angústia materna” (Mannoni, 1964/1995, p. 37).

Inicialmente, a autora apresenta o caso de Mireille, uma paciente de 8 anos, diagnosticada com debilidade. Mireille era filha de um policial e de uma mãe órfã, fóbica e com características infantilizadas. A mãe de Mireille casou-se aos 20 anos. Para a mãe, marcada pelas mortes dos próprios pais, o casamento funcionou como uma substituição dessas figuras parentais, oferecendo-lhe proteção contra o medo e contra o desamparo. Em consequência disso, sem conseguir elaborar suas experiências de separação, a mãe tinha uma posição dependente, e essa dinâmica reverberou na relação com sua filha (Mannoni, 1964/1995).

A partir desse caso, temos, portanto, um primeiro motivo para Mannoni ressaltar a necessidade de compreender o fantasma materno na relação da criança com debilidade. Essa dinâmica dependente que se criou entre mãe e filha, justificada, num primeiro momento, pelos próprios impasses vividos pela mãe na sua própria constituição, exigiu que a abordagem das crianças, ou da criança em questão, fosse realizada a partir dos pais. A autora notou que, mesmo diante de casos em que o diagnóstico estivesse estabelecido, os sintomas das crianças possuem um sentido e estes devem ser compreendidos a partir dos pais. A dependência se manifestava nesse contexto, mas qual o sentido dessa dependência? O que a mantinha nessa relação?

Para Mannoni (1964/1995):

É no inconsciente dos pais que, muitas vezes, é preciso procurar o inconsciente da criança, para poder fazer com eles um trabalho determinado que torne possível o tratamento da criança. Isso equivale a criar uma situação em que finalmente seja concebível que a Verdade escondida por trás dos sintomas seja assumida pelo sujeito (p. 36).

Além do diagnóstico de debilidade na criança, Mannoni (1964/1995) também considerava a hipótese de um desencadeamento psicótico. A autora justifica essa hipótese ao se debruçar sobre o caso. Conta que, aos 5 anos, Mireille sofre um acidente em que foi atropelada por um carro. Após esse ocorrido, a história da criança teve um desdobramento significativo provocando uma relação aprisionada à mãe. Desde então, a criança passou a se chamar de Carole, em referência à irmã mais nova, pois este nome representava aquela que não foi esmagada, já que Mireille apresentava uma distorção da imagem corporal, percebendo seu corpo como doente e esmagado.

Este esmagamento na realidade - e não a um nível simbólico - impediu a criança, daí em diante, de enfrentar qualquer provação, ou seja, de passar pela “castração simbólica”, pois esta se chocaria contra um corpo que Mireille fantasiava como despedaçado e a colocaria imediatamente em perigo de esmagamento ou violação (Mannoni, 1964/1995, p. 38).

A partir dessa situação traumática na realidade, a criança passou a vivenciar como ameaça qualquer experiência que exigisse separação, incluindo a relação com a mãe. Isso explica a relação de dissociação com a mãe. Antes que o nível simbólico pudesse operar, o acontecimento na realidade foi brutal a tal ponto que a criança não teve recursos psíquicos suficientes para elaborá-lo.

Embora o caso, a partir da análise de Mannoni, apresente a hipótese de um desencadeamento da psicose, é importante notar que a autora se preocupava em não situar a

criança com debilidade em uma estrutura psíquica. Essa postura se justifica tanto pelo próprio processo de constituição subjetiva da criança quanto pela ideia de que compreender o sentido da debilidade no contexto familiar seria mais relevante para o curso do tratamento.

Mannoni aponta que crianças com debilidade, independentemente da estrutura em constituição, enfrentam impasses relacionados à separação. Ou, como ela própria afirma, têm dificuldades em atravessar a experiência de castração (Mannoni, 1964/1995, p. 41). Além disso, a autora destaca que, quando os pais não conseguem lidar com suas próprias experiências de separação, a própria criança também passa a vivenciar esse drama em sua constituição psíquica.

Esse caso ilustra pelo menos três aspectos importantes do fantasma materno. O primeiro está na dificuldade da mãe em elaborar o luto pela perda dos pais. O desamparo e o medo vividos nesse período foram deslocados para suas relações, manifestando-se, por exemplo, na busca por proteção em figuras adultas, algo que se concretizou no casamento.

O segundo aspecto está em decorrência do nascimento da filha: a criança também passou a ocupar esse lugar inconsciente de proteção contra o medo na ausência do marido. Assim, o que não pôde ser elaborado pela mãe retornou na relação com a filha. Por fim, o acidente, vivido por Mireille, exigiu recursos simbólicos que a criança não possuía para lidar com essa experiência traumática.

Nesse sentido, além da não simbolização da criança desse evento traumático, esse acidente reeditou uma situação traumática vivida anteriormente pela mãe. Portanto, a criança, identificada com a mãe, passou assumir as preocupações maternas como sendo suas (Mannoni, 1964/1995).

Cabe ressaltar que esses impasses se desdobram tanto pelas questões maternas quanto pela própria experiência da criança. Ou seja, não é apenas o lugar que a mãe reserva à criança que mantém a relação numa posição de não separação; há também a resposta da criança e os

recursos que ela constrói para lidar com essa situação.

Anteriormente, citamos as dificuldades da criança em enfrentar a castração simbólica, permanecendo identificada ao discurso materno. Nesse sentido, de acordo com Safatle (2007), a psicanálise, desde Freud e seguindo com Lacan, comprehende os processos de constituição subjetiva a partir de uma identificação. Antes que a experiência de castração se efetive, há uma internalização de modelos sentidos como ideias que são parâmetros de como desejar e agir, representadas pelas diversas figuras do contexto da criança.

Safatle (2007) observa que, nesse ponto, surge um primeiro dilema da constituição subjetiva. Se, por um lado, a identificação nos modelos ideais possibilita a formação da personalidade, por outro, ela também é conflituosa, pois internalizar esse modelo ideal “significa (con)formar-se a partir de um outro que serve de referência para o desenvolvimento do Eu” (Safatle, 2007, p. 17-18).

Mannoni (1967/1980), em sua leitura da teoria lacaniana, reafirma que nas relações com os pais, a criança deve aprender a deixar uma situação dual (de fascinação imaginária) para introduzir-se numa ordem ternária - quer dizer, estruturar o complexo de Édipo, o que não se pode fazer senão pela sua entrada na ordem da linguagem (p. 29).

Por outro lado, em casos de crianças com debilidade, a configuração do desejo materno adquire um caráter particular. Mannoni identificou situações em que a mãe, a partir de sua posição, recusava a lei do pai, rejeitando a inclusão do terceiro na relação. A autora destacou que o valor atribuído pela mãe à condição da criança fazia com que se tornasse objeto de troca, criando uma dinâmica na qual a criança buscava escapar da incidência da função paterna (Mannoni, 1964/1995, p. 64).

Santiago (2005) identifica, ao analisar o trabalho de Mannoni (1964/1995), quatro etapas da relação dual, um processo inconsciente, da mãe com a criança débil, que constituem

a subjetividade da criança e dificultam o acesso à castração simbólica.

Na primeira etapa, independentemente de ser mãe biológica ou adotiva, há um primeiro momento em que, antes da existência do filho, há um desejo de tê-lo. Esse momento se relaciona com um sonho, no qual se projeta um filho futuro. Segundo Mannoni (1964/1995), há “uma espécie de evocação alucinatória de alguma coisa de sua própria infância que foi perdida” (p. 42).

Na segunda, quando ocorre o nascimento do filho desejado, há um desencontro, pois nunca haverá correspondência entre o bebê real e aquele projetado anteriormente. Não há cobertura simbólica e imaginária que dê conta do nascimento, há sempre um trabalho psíquico a se fazer. O nascimento é uma primeira vivência de decepção materna, a qual rompe com a fusão anterior. O bebê que surge é um ser de carne e osso separado de sua mãe (Mannoni, 1964/1995).

No terceiro tempo, a partir do instante em que o filho se separa da mãe, ela tenta reconstruir seu sonho para diminuir a sua decepção ligada à sua própria história na infância. E, por último, com esse sonho refeito, a mãe exigirá que o filho corresponda às suas expectativas. Dessa forma, a relação entre os dois será instituída como enganadora, ilusória, na qual muito será exigido do filho. Assim, enquanto o filho responde a essa demanda, o desejo se dissipa, sendo a construção do fantasma materno que possibilita substituir a criança pela busca do objeto perdido (Mannoni, 1964/1995).

De acordo com a análise de Santiago (2005), a primeira etapa corresponde aos impasses no processo de castração da mãe, pois ela coloca o filho desejado como uma promessa da solução da castração. Segundo a autora, há uma valorização do lugar que a criança ocupa no desejo materno, sendo ela colocada como objeto da falta. Dessa forma, ao se identificar com o lugar que a mãe lhe atribui, a criança poderá se constituir a partir desse papel de completude.

Para Santiago (2005), as demais etapas representam o lugar que a criança ocupará na relação com a mãe e suas consequências. Segundo a autora, os sintomas da criança estão relacionados com a dinâmica entre preencher ou dividir a falta materna, sendo a divisão fundamental para a operação da castração. No entanto, no caso de crianças com debilidade, essa divisão não acontece. O que ocorre, em vez disso, é uma saturação da falta materna.

Santiago (2005) destaca que essa é a principal contribuição de Mannoni à clínica da debilidade, pois enfatiza a posição que a criança ocupa a fim de preencher a falta materna. Contudo, segundo Santiago, essa elaboração foi ofuscada pelo maior destaque dado à exclusão do pai e à assimilação da debilidade à psicose.

Notas sobre o termo fantôme em Mannoni (1964/1995)

Na quarta versão brasileira da obra *A criança retardada e sua mãe*, publicada em 1995, os termos *fantôme* e *fantasme* foram traduzidos como sinônimos, ambos para o português como fantasia. Já a terceira versão da obra *A criança atrasada e sua mãe*, publicada pela editora portuguesa em 1981, esses mesmos termos foram traduzidos como fantasma. Por isso, acreditamos que é relevante não ignorar o contexto em que Mannoni utiliza os termos *fantasme* e *fantôme*. Embora tenham sido tratados como sinônimos nas traduções, na obra original encontramos o *fantôme* em três momentos pontuais.

No primeiro momento, o contexto é o seguinte: as mães tomadas pela angústia e pela solidão diante de seus filhos diagnosticados com debilidade são invadidas por aquilo que não podem dizer (Mannoni, 1964/1995). Essas feridas influenciam a maneira como a mãe exerce a maternidade em relação à criança, visto que a experiência de ser mãe aponta para uma expectativa social que dificulta, inclusive, a aposta no avanço da subjetividade da criança.

Nesse caso, a expressão em francês está no plural, *fantômes*, sendo traduzida por fantasias. Nessa passagem, o contexto remete a algo que causa angústia, marca a mãe diante

da verdade sobre o que seus filhos são e, por fim, não poder falar.

No segundo momento, o termo *fantôme*, usado no singular, faz referência às expectativas dos pais com relação ao tratamento de seus filhos, no qual se deposita que o analista proporcionará a cura da criança. Ou, em outros momentos, quando a transferência se torna negativa, o trabalho é tomado como ineficaz.

Essa exigência em relação aos efeitos da análise se mantém ao longo do processo, pois diz respeito ao julgamento que os pais fazem, cabendo ao analista não sustentar esse lugar considerado “milagroso”. Além disso, esse lugar atribuído ao processo analítico estará presente na relação entre o analista e a criança (Mannoni, 1964/1995).

No terceiro momento, Mannoni apresenta um fragmento de uma cena de um caso clínico. O caso relata a experiência de uma mãe que, com o nascimento da filha, precisou assumir funções invisíveis às quais se sentiu condenada devido às exigências de cuidados necessários para que a filha, nascida prematura e com dificuldades na alimentação, sobrevivesse. Assim, segundo a interpretação da autora, essas funções foram assumidas, mas não reconhecidas, o que gerou um processo de luto não elaborado pela mãe.

Na cena do atendimento em que aparece o termo *fantôme*, aconteceu o seguinte: a mãe falava do medo de que Isabelle (a paciente) morresse como o primeiro bebê, seu irmãozinho. Nesse caso, o nascimento de Isabelle simbolizava o fantasma do bebê morto, evocado naquele momento pelas palavras da mãe: “a criança evocou a fantasia do bebê morto” (Mannoni, 1964/1995, p. 134).

Entende-se que, nessas três passagens, o termo *fantôme* não foi empregado aleatoriamente. Apesar de Mannoni embasar sua atuação clínica na psicanálise lacaniana, especificamente nessas citações, parece-nos que a autora não faz referência ao fantasma como conceito desenvolvido por Lacan, mas a algo da ordem de um reaparecimento do que causa angústia e assombra.

Essas passagens se aproximam das ideias contidas no texto de Freud, traduzido como *O inquietante* na edição da Companhia das Letras, no qual o autor relaciona certas experiências a situações que despertam sentimentos ligados a vivências de algo não familiar, que provoca angústia e horror. Ao mesmo tempo, essa experiência remete a algo velado, que deveria permanecer escondido, mas que (re)apareceu: “O inquietante é aquela espécie de coisa assustadora que remonta ao que é há muito conhecido, ao que é familiar” (Freud, 1919/2010b, p. 249).

A posição subjetiva na debilidade

Anteriormente, falamos a respeito do lugar que a criança ocupa no fantasma materno e de como os impasses psíquicos da mãe retornam na relação com a criança, por vezes dificultando a operação da castração. Neste tópico, apresentaremos a posição subjetiva da criança diante do Outro nos casos de debilidade mental.

A mãe, por intermédio do discurso médico, é alocada em um lugar socialmente determinado de cuidadora. Como aponta Mannoni (1964/1995), a criança seria “objeto exclusivo de cuidados maternos” (p. 23). A mãe assume esse lugar a partir da busca por saberes sobre o filho, orientada pelas determinações que regem esse cenário. Tais determinações não dizem respeito apenas ao lugar ao qual a criança está fadada, mas também às funções atribuídas àqueles que ocuparão o papel de seus cuidadores. Nesse sentido, se a criança é colocada como alguém que deve estar sempre sob cuidados, as figuras parentais também desempenharão seus papéis conforme essa demanda se impõe.

E qual é, segundo Mannoni, a posição da criança nessa relação e como ela responde a esses lugares pré-determinados? Para a autora, essas crianças:

Não têm a possibilidade de se interrogarem sobre a sua falta de ser, porque essa falta, tomada ao nível da realidade pelos que as rodeiam, vai de qualquer modo condicioná-las a não sofrerem e a preencherem um vazio (o seu vazio intelectual, escolar), sem

que nunca se coloque a questão de saber se este vazio real não se duplica, na mãe, pela sua própria falta de ser, cujo acesso se acha raramente barrado para a criança pelo significante paterno (Mannoni, 1964/1995, p. 23).

Isso mostra que a impossibilidade da criança interrogar sobre seu não-saber ocorre também pelo atravessamento de um discurso externo, que a define como desprovida de capacidade e desconsidera a dimensão subjetiva daquilo que lhe falta. Essa situação contribui para a passividade da criança no que diz respeito à sua busca por sua falta de ser.

Desse modo, a criança se colocará, inconscientemente, numa posição que reafirma a *impossibilidade* de despertar o próprio desejo, pois, em alguma medida, será impedida pela dinâmica psíquica da mãe. A criança terá dificuldades em movimentar-se rumo à sua diferenciação subjetiva também pelo fato de manter esse vínculo através do amor recebido.

Nas palavras de Mannoni (1964/1995), o desejo de despertar do filho desse lugar “vai ser sistematicamente combatido pela mãe - até que ele acabe por se persuadir de que ‘não pode’. Em todo o caso, é na medida em que ‘não pode’ que ele ocupa a mãe e é amado por ela” (p. 43).

Essa dificuldade de despertar do filho foi observada em situações que exigiam a fala da própria criança. Acontece que essas crianças, mantidas nessa posição dependente, buscavam abdicar de sua própria fala. Mannoni (1964/1995) considerava um talento delas de fazerem os pais falarem em seu lugar.

Vorcaro e Lucero (2011) consideram essa posição da criança como uma característica astuciosa. Para elas, essa astúcia consiste principalmente em abdicar da função do sujeito da anunciação. Nesse caso, a criança se colocando nesse lugar *por fora*, ela passa a ser uma espectadora do discurso do Outro: “O débil é ardiloso porque faz a economia da escolha, da procura, da ilusão de que somos nós que achamos o sentido, pois ele só o importa do discurso já dado completo na partida” (Vorcaro & Lucero, 2011, p. 825).

Para Mannoni, tal posição identificada em análise se justifica pelo lugar que sempre foi reservado à criança, lugar de objeto a ser reeducado. Nesse sentido, seria muito difícil para a criança falar ou até mesmo desejar. De acordo com a autora:

A dimensão que nós lhe damos lança-o na angústia: ao ser tratado como sujeito, perde de repente todas as referências de identificação. Já não sabe quem é nem onde vai. E, muitas vezes, será grande a tentação para ele de permanecer numa quietude débil, ao invés de aventurar-se sozinho no desconhecido (Mannoni, 1964/1995, p. 105).

Essa situação de um movimento ou não na questão do próprio processo de subjetivação remete aquilo que Freud (1905/2016) trabalhou na teoria do desenvolvimento da sexualidade infantil quando, por volta dos 5 anos, a criança demonstra interesse em saber. Esse saber é atraído pelo desejo de descobrir a verdade sobre os problemas sexuais, mas essa temática não será exclusiva. De acordo com o autor, essa pesquisa diz respeito tanto da curiosidade infantil sobre as origens dos bebês como do lugar no desejo dos pais.

Para Mannoni (1964/1995), a criança, ao situar-se diante do Outro, quase sempre não se opõe a ele. A autora observa que a posição dessas crianças é de moldar-se no desejo que é do Outro. Nesse sentido, a psicanalista afirma que a inteligência se estrutura na seguinte lógica:

em vez de se tornar a interrogação sobre a vida e a morte, passa a *ser* essa própria morte. Tal é a resposta de um sujeito que, no limite, quer ser assexuado para não ter que se interrogar sobre nada (Mannoni, 1964/1995, p.101).

Na teoria lacaniana, é a introdução do significante *Nome-do-Pai* na relação mãe-criança que opera uma separação e permite que o sujeito se interroge sobre o desejo do Outro. Lacan reformulou a teoria freudiana do complexo de Édipo para estabelecer a noção de metáfora paterna na constituição subjetiva, cuja função é separar a criança da posição de

objeto do desejo materno. Portanto, a metáfora paterna opera a interdição da fusão com o desejo materno, instaurando a lei simbólica e a castração (Lacan, 1958/1999).

A introdução do significante *Nome-do-Pai* permite a entrada da criança no registro simbólico. Esse processo implica a experiência da ausência materna, na qual a mãe sinaliza, através de sua própria falta, que possui interesses para além da criança (Lacan, 1958/1999).

A introdução de um terceiro termo na relação mãe-bebê e o declínio das primeiras identificações conduzem a criança ao acesso ao simbólico e à constituição de um sujeito desejante, que se abre às diferentes possibilidades de resposta ao desejo do Outro, seja pela recusa, confirmação ou transformação dos significantes recebidos, sem tomá-los como condenação.

Mannoni aponta para um impasse constitutivo na forma como se estabelece a relação das crianças com debilidade com o desejo do Outro. Já mencionamos a aproximação que a autora faz entre a debilidade e a psicose, bem como as críticas dirigidas a essa articulação, devido à diferença entre essas noções: enquanto a debilidade é pensada por Mannoni a partir da posição subjetiva, a psicose se inscreve no campo estrutural. No entanto, essa indicação da autora trouxe à luz aspectos importantes para a compreensão da posição subjetiva da criança e contribuiu para o desenvolvimento teórico de autoras psicanalistas contemporâneas. Apesar de manter essa concepção ao abordar os conflitos vivenciados pelas crianças diante da castração, a autora evidencia a necessidade de um raciocínio clínico que vá além de posicionar as crianças nas estruturas psíquicas.

Esse impasse tem como consequência as dificuldades de as crianças prosperarem em direção à sua própria subjetividade, gerando o aparecimento da angústia nos instantes que exijam a separação nessas relações. A operação da separação se torna importante nesses casos. No entanto, o que ocorre é uma sustentação desse lugar da mãe de se manter inteiramente ocupada pelos cuidados maternos e a criança em sua posição de dependente

deles. Os pais não conseguem deixar de ser presença o tempo todo, impossibilitando, nesse sentido, que a criança descubra a diferença (Mannoni, 1982/1986b, p. 24).

Mannoni explica que, desde muito cedo, a criança estabelece uma relação de apelo com o outro. Esse apelo se dirige ao Outro na experiência da ausência. A ausência do adulto propicia a emergência do desejo, que se sustenta na falta. É nesse intervalo que se inscreve a formulação da demanda. Nesse sentido, Mannoni (1982/1986b) afirma que

é a partir da falta de ser que o sujeito sustenta um apelo, para receber do Outro o complemento desse apelo. Quando o adulto está demasiadamente presente no nível da necessidade, a criança tem dificuldade em fazer-se ouvir no registro do desejo (p. 61).

Já apresentamos a importância que o significante *Nome-do-Pai* tem para que haja a separação na constituição subjetiva. Isto é, para haver a separação do par de significantes (S_1 - S_2), é necessário haver a substituição do significante do *Desejo Materno* pelo *Nome-do-Pai*, possibilitando, portanto, a abertura do intervalo entre eles e a implicação do sujeito na cadeia significantes.

No entanto, quando esse par primordial não se separa, em função da relação dual da mãe com a criança débil, temos a holófrase. A holófrase diz respeito à solidez do primeiro par de significantes que anula o intervalo que poderia existir entre os dois. Dessa forma, na inexistência de espaço entre esses elementos, entre o S_1 - S_2 , faz parecer que exista apenas o significante S_1 (Santiago & Mrech, 2017).

No *Seminário 1 – os escritos técnicos de Freud*, Lacan (1953-1954/1986) aborda inicialmente o conceito de holófrase e afirma: “há frases, expressões que não são decomponíveis, e que se reportam a uma situação tomada no seu conjunto – são as holófrases” (p. 257). Ou seja, a holófrase é uma condensação dos elementos de uma frase. Os artigos, substantivos e os verbos que compõem uma frase são unificados gerando uma única palavra que resume toda a essência da frase. Por exemplo, quando se diz *Socorro!* indica-se um pedido

de ajuda para uma situação de perigo. Nesse caso, basta dizê-la para que se alerte em relação ao pedido, não sendo necessário explicar o perigo em si.

Mais adiante, no *Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais de psicanálise* (1964/1988), Lacan retoma a noção de holófrase em relação à cadeia significante na psicose. Aqui, o autor aponta que, tanto na psicose como na debilidade, essa condição da holófrase, a solidez do par de significante, apresentar-se-á da mesma ordem.

No entanto, Santiago e Mrech (2017) defendem a existência da diferença do aparecimento da holófrase na psicose e na debilidade mental. Indicam que a distinção apresentar-se-ia nos efeitos que ela manifesta. Segundo as autoras, na psicose, a holófrase diz respeito a uma proibição quanto a abertura dialética ao Outro, a qual se manifesta pelo fenômeno da *crença* presente nas alucinações e construções delirantes. Na psicose, existe uma certeza subjetiva no recebimento da mensagem e na experiência da alucinação.

Em relação à debilidade, a holófrase não produziria um desaparecimento do sujeito, mesmo que haja a sujeição ao Outro, pois remete a uma ideia que de fato possa não existir. Segundo as autoras:

O efeito da holófrase implica a obstrução do efeito de sentido dado pela metáfora, que, por conseguinte, inviabiliza a possibilidade de o sujeito interpretar a significação do que ele representa no campo do desejo do Outro. Toda criança pergunta: “O que você quer de mim?” e ela própria responde de várias maneiras, com sentidos diversos, a partir de indícios que capta no discurso do Outro materno. O débil, contudo, não está bem posicionado para fazer tal pergunta e recebe uma única proposta de resposta, que o faz permanecer alienado. Para ele, não se estabelece uma série de identificações, mas apenas uma única identificação compacta (Santiago & Mrech, 2017, p. 191).

Santiago e Mrech (2017) identificam três dificuldades surgidas pelos impasses primordiais decorrentes da obstrução do efeito de sentido possibilitado pela metáfora. A

primeira delas está relacionada com a repetição do débil de forma caricatural da fala de outros ao falar de si, usando o silêncio como resposta às perguntas no encontro com o analista. A segunda é compreendida pela resistência da criança no que diz respeito à interpretação em análise, essa que possibilita a abertura de outras significações. Por último, o movimento de abertura em direção à estrutura de linguagem ocorre somente mediante atuação, o *acting out*, que consiste em ações compulsivas e previsíveis.

Mannoni (1964/1995) analisa o modo peculiar como as crianças com debilidade estruturam seus discursos. Para a autora, esse funcionamento consiste em fazer um relato detalhado dos acontecimentos diários. As crianças utilizam a repetição dessas informações apenas para reproduzir uma fala que não remete ao desejo e sem demonstrar sua implicação subjetiva nesses dizeres. Por outro lado, aquilo que realmente importa para essas crianças pode ser percebido em situações em que elas escapam desse discurso para falar sobre o que verdadeiramente lhes interessa. Mas como esses outros dizeres não são tomados como importantes no processo analítico, a criança retoma aquilo que é impessoal. Sem ser reconhecida em seu desejo, ela volta à posição de objeto do desejo do Outro.

Santiago e Mrech (2017), conforme essa descrição de Mannoni, apontam para o modo como essas crianças “se fixam por identificação a significantes de outros, de familiares mais próximos, sobretudo de sua mãe” (p. 190). As autoras analisam como a identificação com esses significantes se associa ao bloqueio na movimentação de sentidos. Dessa forma, essa identificação ocasiona o fechamento às distorções no discurso que contém o equívoco da mensagem, equívoco esse que é fundamental para o aparecimento de lapsos e para a constituição subjetiva. Além disso, é por meio desse equívoco que algo da verdade do sujeito pode emergir.

Nesse sentido, principalmente pela relação que a criança tem com o saber vindo do Outro, como dito acima, “o débil fica reduzido aos ditos da mãe, àquilo que ela nomeia e a

imagem de seu corpo não se sustenta por significantes verdadeiramente incorporados” (Vorcaro & Lucero, 2011, p. 822). A criança se coloca como aquela que não contesta, ela repete exatamente esses enunciados para falar de si, ela adota literalmente o saber do Outro (Santiago & Mrech, 2017).

Vorcaro e Lucero (2011), interessadas em trabalhar a debilidade mental como posição subjetiva, dialogam com os 4 discursos de Lacan (1969-1970/1992) apresentados pelo autor no seminário 17 a fim de analisarem a posição da criança com debilidade no discurso do Outro.

No *Seminário 17*, Lacan (1969-1970/1992) propõe que o discurso é o meio mais direto de estabelecer o laço social e a forma como esses laços são desenvolvidos. Os quatro discursos são: o do Mestre, correspondendo ao impossível de governar; o do Universitário, como impossível de educar; da Histérica, o impossível de se fazer desejar; e do Analista, como impossível de analisar. Na escrita dos matemas que representam os quatro discursos, são utilizadas quatro letras de base: pequeno *a* (corresponde ao *objeto a* causa de desejo), *\$* (sujeito barrado), *S₁* (Significante-Mestre) e o *S₂* (o saber).

Eles são apresentados de modo a manter entre si uma ordem na qual podem se operar de forma progressiva, no sentido horário, ou regressiva no sentido anti-horário. Além disso, são organizados a partir de uma estrutura fixa, conforme ilustrado a seguir:

o agente
verdade **o outro**
a produção

A partir desses quatro lugares, organizam-se as operações que produzem os discursos conforme um quarto de volta. O matema de cada discurso é:

Mestre	Histérica	Analista	Universitário
$\underline{S_1} \rightarrow \underline{S_2}$ \$ a	$\underline{\$} \rightarrow \underline{S_1}$ a $\underline{S_2}$	$\underline{a} \rightarrow \underline{\$}$ $\underline{S_2}$ $\underline{S_1}$	$\underline{S_2} \rightarrow \underline{a}$ $\underline{S_1}$ $\underline{\$}$

Para contextualizar o pensamento seguinte, interessa-nos compreender o discurso do Mestre e do Universitário, pois foram com base nesses dois que Vorcaro e Lucero trabalharam. No discurso do Mestre, Lacan (1969-1970/1992) trabalhou com a noção na qual esse discurso de senhor detém o saber, isto é, essencialmente, oposto ao discurso da psicanálise, no qual o sujeito é uma suposição de saber. Aqui, o Mestre causa uma submissão do sujeito ao seu próprio saber.

Girando um quarto de volta para a esquerda, a partir do discurso do Mestre, temos o discurso do Universitário. Este discurso, assim como no Mestre, tem como característica a dominação do outro pelo saber. No Universitário, o outro é tomado como objeto (Lacan, 1969-1970/1992).

Tendo esses marcos como orientadores nos discursos de Lacan, Vorcaro e Lucero propõem um matema específico para a debilidade, defendendo que essa posição seria uma espécie de flutuação entre os discursos do Mestre e do Universitário. Pois o débil toma o lugar da verdade ao mesmo tempo em que o sujeito é excluído do saber produzido por ele mesmo. O sujeito débil, para elas, estaria em um lugar de *entre*. Entre os discursos do Mestre e do Universitário (Vorcaro & Lucero, 2011)

Em primeiro plano, para se pensar na aderência ao discurso do Mestre, Vorcaro e Lucero (2011) explicam que a mãe toma como verdade o discurso que coloca em xeque um saber no filho. Há limitação de significantes, isto é, na impossibilidade de a mãe exercer a função de dar ao filho significantes que o representem, significantes para a produção de um saber sobre si e se posicionar nas relações, a mãe tomará de outro discurso essa verdade para nortear os cuidados com o filho (Vorcaro & Lucero, 2011). A mãe detém o saber sobre o filho tomado de outro lugar.

Com referência ao discurso Universitário, a mãe reduz seu filho a um organismo ao tomá-lo a partir de uma nomeação proveniente do saber científico. Tal saber, pleno e sem

brechas para interrogações, promove uma identificação através da qual a criança torna-se “transparente a ele, sem qualquer interceptação, diferença, equívoco, ou seja, sem localizar um ponto de corte a partir do qual possa separar-se dessa alienação” (Vorcaro & Lucero, 2011, p. 821-822).

Para exemplificar, vejamos abaixo o matema tal qual proposto por Vorcaro e Lucero (2011):

$$\underline{S^1} \rightarrow \underline{A}$$

$$S \text{ } // \text{ } S_2$$

Nesse matema, o sujeito débil é representado pelo S, não barrado, que está no lugar da verdade. O S_1 , o significante Mestre, é o agente, conforme o discurso do Mestre. O Outro é absoluto, pois faz apenas a reprodução de saber, provocando a exclusão do saber que o próprio sujeito produziu (Vorcaro & Lucero, 2011).

Uma Proposta Clínica

Se, ao longo deste trabalho, buscamos compreender, a partir do viés psicanalítico, a noção de debilidade e sua relação com a constituição subjetiva, agora apresentaremos as contribuições de Mannoni para a construção do raciocínio clínico do tratamento dessas crianças.

Vimos que a noção de desenvolvimento, tal como é concebida na lógica biológica e psicométrica, foi superada pela psicanálise lacaniana. Tal perspectiva não implica necessariamente uma progressão ou um funcionamento adaptativo correspondente às atividades esperadas para cada idade.

Diante do predomínio atual de uma psicopatologia descritiva, é importante, como advertiu Mannoni, raciocinar clinicamente para além das classificações e pensar sobre o sintoma da criança. É essencial que, a partir da descrição objetiva dos sintomas, interroge-se sobre o sentido daquilo que foi dito. De acordo com Mannoni (1964/1995), a primeira questão a ser levantada diz respeito ao sentido das deficiências relatadas pelo sujeito e por sua família em suas histórias.

Dessa maneira, como já mencionado, a questão central é a posição do sujeito no discurso. Como destaca Brauer (1998):

se a psicanálise não pensa o desenvolvimento do inconsciente, também não permite, em decorrência disso por exemplo falar de um inconsciente deficiente. De um inconsciente que teve um mau desenvolvimento. Em Lacan não existe inconsciente deficiente, existe inconsciente articulado. Existe posição do sujeito (p. 58).

Na clínica com crianças, é preciso estar suficientemente advertido quanto ao caráter inventivo exigido do analista. Primeiro, porque a criança está em seu processo de constituição, e tratá-la a partir da ideia de que seu sintoma tem um efeito definitivo implica o risco de estabelecer uma condenação para ela. Segundo, porque a posição do analista exige

um movimento constante.

Vorcaro (1999) adverte que a clínica com crianças exige do analista uma posição distinta daquela assumida na clínica com adultos, justamente porque a singularidade da criança não se mantém na rigidez das estruturas psíquicas, sendo necessário considerar uma estrutura ainda em constituição: “Afinal, em sua singularidade, as crianças apresentam a frequente reversibilidade de posição em relação à fixidez das estruturas, esclarecendo que passam, ultrapassam, e atravessam quadros distintos” (p. 17).

Para isso, apostando no sujeito, como é característico da psicanálise, e levando em conta a posição subjetiva dessas crianças no discurso do Outro, como manejá-la clinicamente o tratamento delas? Qual deve ser a posição do analista nessa clínica, considerando o manejo transferencial da criança e dos pais?

Mannoni (1964/1995) mostrou o quanto a clínica de crianças com debilidade é uma situação particular em relação às outras clínicas e, por isso, mostrou a importância de aprofundarmos no que diz respeito às especificidades dessa clínica. Para ela, a aproximação das relações entre os membros da família de crianças com debilidade com aquelas de uma família de crianças psicóticas refere-se ao modo como estas atravessam, constantemente, o tratamento. Mesmo observando esse ponto em comum entre as duas clínicas, a autora indicou a necessidade de trabalhar para além do fechamento diagnóstico em uma estrutura psíquica.

Nesse sentido, fica evidente que a psicanálise, principalmente dessas crianças, começaria através dos pais. Longe de reduzir o sintoma da criança ao sintoma dos pais e apostar que a análise dos pais deve acontecer antes de uma análise com suas crianças. Pelo contrário, a aposta de Mannoni em considerar o manejo transferencial também no acolhimento dos pais possibilitaria ao analista o acesso a um não-dito essencial nessas relações. Nesse sentido, a autora defende que o trabalho com a criança se inicia desde o acolhimento dos pais. A autora explica que:

Ao receber a mensagem dos pais, não se está fazendo a psicoterapia deles. É colocando-se ao nível do tratamento da criança que esta mensagem não deve escapar ao analista, especialmente nos casos em que filhos e pais formam ainda um só corpo. O pai ou a mãe, de resto, não sentem a necessidade de se queixar “em outro lugar” (ora, a indicação de uma psicanálise para eles só se colocaria sob essa condição). O pai ou a mãe querem o mesmo analista da criança, e isso muitas vezes porque a criança faz tudo para que seja assim. Vendo os pais, evita-se, por outro lado, que a criança introduza numa conduta fora da análise uma palavra que tem o seu lugar no diálogo analítico (Mannoni, 1964/1995, pp. 63-64).

Por isso, o manejo transferencial com os pais durante o processo analítico é determinante para que haja o desenvolvimento do tratamento. Assim como o analista deve manejá-la essa situação a fim de não transformar o trabalho com as crianças em análise dos pais.

Lacan (1969/2003), em *Nota sobre a criança*, afirma, em um texto curto, mas essencial para compreender a clínica com crianças, que a família exerce uma função fundamental na transmissão da constituição subjetiva. Ao não reduzir a família à função de manutenção da sobrevivência humana, Lacan amplia sua concepção para além do biológico. O processo de subjetivação da criança depende da inscrição de um desejo familiar que a antecede, um campo do desejo que afeta o modo como a criança se posicionará nas relações.

Segundo o autor, os modos de expressão do desejo se diferenciam entre a função materna e paterna. A função materna se caracteriza pelo interesse particularizado pela criança, especialmente no que diz respeito aos cuidados maternos. Já a função paterna refere-se à instauração da lei que interdita o desejo materno, marcando uma ruptura na dualidade mãe-bebê.

Dessa forma, o sintoma da criança pode representar a verdade familiar: “Ou seja, que

há uma possibilidade de que o sintoma da criança esteja articulado ao sintoma dos pais, mas há também uma possibilidade de que o sintoma da criança seja uma solução particular para responder ao seu lugar no desejo dos pais" (Couto, 2014, p. 104).

É por esse motivo que a ação do analista será de suma importância, visto que, por meio de sua função, ele proporcionará aos pais um espaço de acolhimento e, além disso, conduzirá a busca pelo sentido do sintoma da criança. Embora o trabalho clínico se dê pela escuta das crianças, para que esse objetivo seja alcançado, é necessário que os pais também sejam ouvidos.

A posição do analista

Dentre as especificidades da clínica da debilidade, Mannoni (1964/1995) adverte sobre a posição do analista e os riscos envolvidos durante o processo. Uma das questões enfatizadas pela autora é da contratransferência. A autora aponta que o analista, ao intervir, deve ser cauteloso para não assumir, em relação a essas crianças, o lugar de um familiar. Isso porque, ao assumir um lugar que reproduza as dinâmicas familiares, o analista pode contribuir para a fixação do caráter deficitário nessas crianças. Assim, ao operar a clínica através da sua concepção sobre a debilidade, ao invés de contribuir para abertura de novas possibilidades subjetivas, o analista poderá reforçar esse lugar que cristaliza a posição do sujeito na debilidade.

O termo contratransferência foi mencionado pela primeira vez por Freud, em 1909, numa carta enviada a Jung. Na ocasião, Freud respondia à solicitação de Sabina Spielrein, então paciente de Jung, para um encontro no qual discutiriam sua relação amorosa. Freud descreve essa situação como uma das experiências necessárias e difíceis em que o analista precisa compreender suas próprias reações diante do paciente. Esse termo foi trabalhado em outros momentos posteriores, de forma conceitual, nos textos: *As perspectivas futuras da terapia psicanalítica* (1910) e em *Observações sobre o amor transferencial* (1915).

Nessas obras, Freud (1910/2013) e (1915) indica que a contratransferência surgida no analista tem relação direta com a transferência do paciente. Dessa forma, os sentimentos inconscientes despertados no analista pela relação transferencial do paciente podem interferir no trabalho analítico. Para que o analista avance na análise de seu paciente, Freud adverte que ele deve passar por seu próprio processo analítico, pois é isso que o permitirá superar suas resistências e complexos, facilitando a evolução do tratamento.

Seguindo essa lógica, um dos motivos apresentados por Mannoni (1964/1995) para a interrupção do tratamento é, em grande parte, resultado da contratransferência do analista. Para a autora, ao ter uma visão limitada sobre as possibilidades do tratamento, o analista pode anunciar uma desesperança quanto ao progresso da criança. E se o analista se dispõe a manter o tratamento, isso não deve ocorrer ao preço de uma conclusão precipitada do caso. A cautela do analista deve ser mantida para evitar uma desistência apressada e o fechamento de possibilidades que podem emergir da apostila na subjetividade da criança.

Para que a ideia de uma análise propriamente dita possa ser construída na clínica da debilidade, Mannoni (1964/1995) adverte sobre as provações que os analistas devem atravessar. A autora destaca dois desafios clínicos principais.

O primeiro diz respeito à *não-satisfação-integral* e o segundo ao caráter *inacabado* do trabalho. A *não-satisfação-integral* parece estar ligada ao fato de que o analista, ao se deparar com crianças nas quais o processo de elaboração simbólica é mais complexo e menos acessível, precisa lidar com seu próprio sentimento inconsciente de aborrecimento na construção do caso. Diferentemente de outros processos clínicos, que aparentemente são mais dinâmicos, nessa clínica o desafio está em manter uma posição em que o tratamento não proporcionará ao analista uma satisfação imediata em termos de evolução do caso como pode se esperar (Mannoni, 1964/1995, pp. 34-35).

Em relação ao caráter *inacabado* do processo, a autora indica que a análise, nesses

casos, não se estrutura como um verdadeiro processo psicanalítico. O analista limita o trabalho a uma simples readaptação. O trabalho se constrói de modo superficial, limitando-se à modificação das relações familiares. Nesse sentido, o verdadeiro processo analítico não acontece. A autora critica a redução do trabalho analítico à simples readaptação (Mannoni, 1964/1995).

Mannoni (1964/1995) afirma que:

O verdadeiro trabalho, do ponto de vista da análise, fica por fazer. E é através das ideias de morte que este trabalho deve ser prosseguido, tanto é verdade que o sujeito só pode ter acesso aos símbolos se compreender a relação que existe entre o sentido do seu desejo e o homicídio (p. 35).

Esse trecho reforça a necessidade de o trabalho analítico se fundamentar na operação da castração simbólica, conceito fundamental da psicanálise, para permitir o acesso ao registro simbólico na constituição subjetiva. A autora discute um sentido simbólico representado pelo significante morte, que remete a uma reorganização da dimensão imaginária, que poderá ser superada pela introdução da dimensão simbólica. Essa introdução, por sua vez, implica a perda de um objeto fundamental.

Para que essa construção seja possível, a posição do analista deve ser como aquele que não coloca um objetivo pré-determinado para a criança. Segundo Mannoni, o analista deve ter suficiente paciência para que não projete nenhuma expectativa para o progresso analítico e nada deseje no lugar do paciente. A autora diz: “é necessário encontrar um analista bastante paciente para nada desejar, durante anos, e tornar-se enfim, para o sujeito, mais morto do que ele próprio, de tal modo que a angústia possa enfim brotar” (Mannoni, 1964/1995, pp. 35-36).

Mannoni enfatiza a importância de a clínica da debilidade colocar em questão a angústia no tratamento das crianças. A relação transferencial é a que faz surgir a angústia do

paciente, mas, para isso, tem suas ressalvas, como dito anteriormente. Na teoria lacaniana, a angústia não engana e surge pelo distanciamento que existe do registro simbólico, ou seja, “o que caracteriza a situação de angústia é a impossibilidade, para o sujeito, de utilizar a palavra como mediadora. Quando consegue traduzir em palavras o que sente, já não há verdadeiramente angústia: uma comunicação pôde ser estabelecida” (Mannoni, 1964/1995, p. 45).

Nesse sentido, segundo Mannoni (1964/1995), o analista, na sua função, marcará um lugar de alteridade a partir do qual poderá surgir a angústia. Essa função poderá remeter às pessoas da história da criança, sendo um suporte de projeções e identificações durante o tratamento. Nota-se que a autora propõe que o analista se coloque no lugar do Outro para a criança e, ao mesmo tempo, como dito anteriormente, não deseje nada. São dois desafios para o analista, pois, exigirá que ele sustente uma posição que não preencha a falta da criança e não caia na armadilha de se tornar um orientador, impossibilitando o despertar do desejo na cena analítica.

Ainda foi destacado outro aspecto fundamental a respeito da posição do analista. Em certos momentos do tratamento, ele poderá ocupar um lugar de substituto da criança para a família. Importante ressaltar que essa posição também comporta um risco, embora possa funcionar como aquela que possibilita que surjam as angústias familiares e outras questões dessa dinâmica. Assumir esse lugar no nível de realidade e não compreender que essa é uma projeção familiar relacionada com a questão transferencial familiar provocará uma validação de discursos deterministas sobre a criança (Mannoni, 1964/1995).

Ressaltando a importância do discurso parental nas manifestações das crianças, Vorcaro (1999, p. 73) vai além dessa noção do analista como substituto do lugar da criança na dinâmica familiar. Para a autora, o efeito é diferente. Ela afirma que a solicitação dos pais ao analista é para que ele assuma um lugar equivalente ao dos familiares, funcionando como

aquele que restabelece o lugar dos pais na dinâmica familiar.

Pelo lado do analista, de acordo com Mannoni (1964/1995), inevitavelmente a relação transferencial dos pais mobilizará, em algum momento, defesas inconscientes no analista devido à exigência dos pais por uma cura para o filho. Estará, assim, travando uma luta simbólica para não ocupar o lugar que lhe é designado pelos pais. Para a autora, é necessário que o analista não evite a angústia provocada por esse encontro, mas sim a sustente. Que possa, portanto, suportá-la sem preenchê-la, assumindo a angústia de modo a não ser capturado pela demanda parental e mantendo a direção da análise voltada para a criança.

Interpretando literalmente a demanda dos pais em relação à criança, o analista corre o risco de testemunhar a interrupção do tratamento. Dessa forma, o analista falhará com sua função nessa clínica, a qual, conforme Mannoni (1964/1995), “é mais a de inserir a criança no jogo do significante do que adaptá-la à simples ‘realidade’” (p. 51).

Assim, a função do analista não corresponde ao caráter educativo ou de correção. Como vimos, é importante que se compreenda os riscos clínicos que perpassam as relações envolvidas na cena analítica. O analista constantemente será colocado para assumir funções que fogem da sua missão. O tratamento terá grandes chances de prosseguir se ele tiver clareza sobre o lugar em que é colocado pela criança, pelos pais e os próprios sentimentos inconscientes que surgem por essas exigências familiares.

A direção de tratamento

Advertidos por essa construção inicial de que a clínica acontece pelo esclarecimento do analista sobre o lugar que a criança e a família o colocam, pode-se caminhar para compreender sobre a direção do tratamento das crianças com debilidade. Afinal de contas, qual seria a proposta de intervenção clínica?

Podemos definir um ponto de partida para a direção clínica do tratamento. Assim, o

objetivo é favorecer a autonomia psíquica de mãe e filho, promovendo uma separação psíquica de ambos. Segundo Mannoni (1964/1995), essa evolução corresponde a uma autonomia recíproca. Esse ponto se justifica pelas discussões anteriores, que mostram como a relação entre mãe e filho envolve uma posição inconsciente de domínio materno sustentada pela própria criança. Portanto, pode-se dizer que um primeiro raciocínio clínico a ser considerado diz respeito à separação psíquica entre mãe e filho.

Obviamente, tendo em vista as indicações anteriores, esse raciocínio deve ser desenvolvido ao longo do tratamento. A ideia não é introduzir essa noção de imediato, pois envolve questões fundamentais desse contexto familiar. Mannoni lembra que o trabalho analítico com crianças não ocorre de modo isolado, como já sabemos.

Dessa forma, considerando que a criança é atravessada por uma ordem simbólica que a antecede, ao modificar sua posição subjetiva, tocamos na construção de uma relação perturbada, influenciada pelos próprios impasses vividos pelos adultos desse contexto. Além disso, é necessário que os adultos também aceitem o processo de cura, visto que o sintoma da criança pode tamponar um lugar que remete às dificuldades que eles não conseguem elaborar (Mannoni, 1964/1995).

Seguindo essas indicações sobre a clínica da debilidade, Batista (2012, p. 52) defende que a mudança dessa posição de debilidade ocorre pela superação da relação dual, na qual prevalece a identificação imaginária. Segundo a autora, a prevalência imaginária mantém a criança presa a uma fixidez, impedindo tanto ela quanto seus familiares de questionarem suas posições. Para a autora, é essa manobra do atendimento que possibilita a ruptura da relação dual, abrindo espaço para questionamentos sobre as posições ocupadas.

Mannoni (1964/1995) reconhece a necessidade de romper a relação dual, pois é isso que possibilita um deslocamento subjetivo. No entanto, ela problematiza os riscos que o analista corre de ser capturado nessa dinâmica, especialmente quando a mãe não consegue

assumir sua própria castração e simbolizar sua falta. Para que isso ocorra, é necessário que esse processo não seja atravessado de modo brutal e impositivo. Além disso, ainda que gere angústia, o manejo do analista deverá criar condições para que a separação seja simbolizada sem ser vivida como uma catástrofe.

Portanto, em um contexto clínico, o trabalho caminhará no sentido de conduzir uma separação entre a história da mãe e a da criança. A ideia, de acordo com Mannoni (1964/1995), é que, ao distinguir essas histórias, seja possível proporcionar à criança a possibilidade de assumir a própria história, o que implica a percepção de sua posição no discurso materno. Para a autora “ao procurar, através do tratamento, distinguir as fantasias do filho daquelas da mãe, eu levo o sujeito a assumir a sua própria história, em vez de permanecer alienado na história da mãe” (Mannoni, 1964/1995, p. 41).

Vorcaro (1999) propõe que o objetivo da análise é permitir à criança separar-se do sintoma familiar. Separar-se daquilo que a mantém em uma determinação do discurso parental. Ela deve construir seu próprio *sinthoma*. Esse *sinthoma* não é um sintoma no sentido freudiano, mas no sentido lacaniano, que diz respeito a algo que sustenta a subjetivação do sujeito. Por isso, esse *sinthoma*, uma solução singular, não será eliminado, tampouco será constituído de início. De acordo com Vorcaro, ele será ressignificado pela criança por seu deslocamento subjetivo da sua posição infantil. Importante ressaltar que se trata de uma construção que se inicia, mas não se encerra na infância.

Para Mannoni (1964/1995), o sintoma o qual menciona diz respeito a uma primeira manifestação de um mal-estar com a possibilidade de ser decifrado. Ou seja, o sintoma apresentado pela criança, para a autora, tem valor de mensagem, por isso sua defesa de não tomar o sintoma no sentido literal no encontro com o paciente em análise. Embora o sintoma descrito pela autora seja diferente do sentido apresentado por Vorcaro, é possível articular que o trabalho analítico começará pela interpretação do sintoma e, assim, atravessará ao

ponto de alcançar uma sustentação do *sinthoma*.

Importante ressaltar que a noção apresentada de direção clínica rumo à separação da criança não é a de culpabilizar os pais pelas dificuldades do filho, como observado por Mannoni. Mas a construção acontece pela possibilidade de compreensão dos pais daquilo que é vivido pelo filho. Nesse sentido, é necessário valorizar os pais em suas funções de pais e a criança no seu processo de subjetivação, deixando simultaneamente que os mal-entendidos das mensagens apareçam (Mannoni, 1964/1995).

No capítulo anterior, apresentamos que a não separação da criança com relação à mãe, numa leitura lacaniana, dar-se-ia num nível significante, causando a holófrase. Esse fenômeno, como foi dito, provoca uma solidificação dos significantes. Nessa lógica, se há um impasse no deslizamento da cadeia significante, então poderíamos acrescentar à discussão que a intervenção analítica precisaria justamente operar para restaurar a equivocidade da estrutura de linguagem do sujeito.

Essa ideia encontramos no texto de Kaufmanner (2007) quando ele apresenta sua proposta de intervenção no trabalho clínico da debilidade. De acordo com seu posicionamento, nessa clínica:

A análise pode restaurar a dimensão do equívoco no significante, produzindo assim uma vacilação na cadeia repetitiva de sentido produzido ali onde o sujeito não sabe. . . Dessa forma abre-se a perspectiva de encontrar uma nova significação para o sintoma, algo que permita ao sujeito se identificar, tratando a disjunção entre o ser e o corpo (Kaufmanner, 2007, p. 8).

Ou seja, a vacilação na cadeia significante seria um modo de romper com essa fixação holofrásica, abrindo espaço para novas articulações simbólicas. Na clínica, isso poderia significar a criação de condições para que a criança possa deslocar-se da repetição automática de sentido e encontrar formas singulares de subjetivação.

No caso de Claude, uma criança de 6 anos, Mannoni (1964/1995) mostra que, apesar de ter uma linguagem espontânea boa, não há construção de frases. Ou seja, ele tem acesso ao significante, mas, para a autora, há um bloqueio na comunicação, “é como se uma vez que o Outro entra em jogo as palavras já não pudessem ser veiculadas” (Mannoni, 1964/1995, p. 86). Pode-se compreender esse fenômeno a partir do efeito da holófrase, no qual o significante não se diferencia o suficiente para permitir uma circulação no discurso.

Para Mannoni (1964/1995), a criança Claude apresentava dificuldade não apenas como um problema de linguagem no sentido comunicativo, mas uma fixação subjetiva no campo do significante que impede a construção de uma narrativa própria. A autora observou que essas dificuldades foram expressas através do retraimento da criança, na ausência de agressividade e na incapacidade de chorar.

Pode-se dizer que esses são sinais de uma posição subjetiva em que o conflito, a separação e o desejo são vividos como ameaçadores. Mas a autora ainda ressalta que, mesmo tendo essas indicações clínicas, trata-se de fazer uma investigação psicanalítica para esclarecer melhor sobre aquilo que já foi indicado ao longo do trabalho, a procura pelo sentido que têm as dificuldades da criança (Mannoni, 1964/1995, p. 86).

Para que essa paralisia se desfaça, somando essa questão à direção clínica, de acordo com Santiago (2005), o *acting out* da criança se mostra como uma tentativa para sair dessa posição e eliminar a holófrase, ainda que constitua uma dificuldade para a análise. Santiago analisa que esse pode ser um ato que expressa uma posição subjetiva da criança e institui o analista como o lugar do Outro. Essa noção da autora mostra que a transferência se estabelece também por meio de atos que colocam em jogo a relação do sujeito com o Outro.

Dessa forma, o *acting out* serve como uma forma de provocar uma separação significante, visto que a criança se apresenta impossibilitada de encontrar uma via discursiva para se separar do significante ao qual está colada. Ele pode funcionar como meio para se

questionar a holófrase.

Santiago (2005) faz uma diferenciação de como o *acting out* se apresenta na neurose e na debilidade. Para a autora, na neurose, ele surge para contestar a posição de Outro do analista, que interpreta tudo.

Na debilidade, ele serve para desmontar a consistência do analista como Outro, já que a criança experimenta o Outro como aquele que a preenche com um saber absoluto e sem brechas, impedindo uma margem para o deslocamento simbólico. O *acting out*, então, pode ser entendido como um ato que tenta romper essa posição do Outro. Ele aparece como uma forma de deslocamento, uma tentativa de escapar da alienação e introduzir algo novo na relação com o Outro. Quando a criança, através do *acting out*, consegue quebrar essa consistência do Outro, ela também poderá modificar sua própria posição (Santiago, 2005).

Anteriormente, foi advertido sobre a posição do analista de nada desejar, significando não impor um desejo, não interpretar excessivamente. Podemos articular essa posição com o *acting out* como resposta da criança a essa posição que o analista deverá ocupar. Quando o analista nada deseja, ele deixa de sustentar essa fixidez e permite que o sujeito se depare com um vazio.

Dessa forma, esse ato pode ser visto como uma tentativa de deslocamento, um esforço para produzir uma ruptura com aquela posição determinada que lhe foi atribuída. Portanto, a posição do analista cria uma condição nova para a criança, que é a de deparar com o Outro diferente daquele que a determina e a fixa em sua posição. Importante destacar que essa posição não quer dizer que o analista será indiferente ao que se apresenta na clínica, mas uma posição que permita que a própria criança encontre o seu próprio lugar e fure essa consistência do Outro absoluto no seu saber.

Para finalizar, segundo Alvarenga (1992) e conforme as indicações que já foram feitas ao longo desse trabalho através das noções promovidas por Mannoni, a possibilidade clínica

da debilidade consiste em avançarmos na concepção deficitária que reduz a subjetividade da criança, como sabemos. Alvarenga defende que é necessário acrescentar a essa clínica uma produção de saber sobre a verdade da criança, mas uma verdade construída por ela mesma, na qual permita sua inscrição como ser falante e que sofre.

Considerações Finais

Ao discutirmos a noção de debilidade mental à luz das contribuições de Maud Mannoni, compreendemos que abordagens meramente descritivas do sintoma infantil se mostram insuficientes quando se pretende raciocinar clinicamente esses casos. Por isso, propomos, inicialmente, uma contextualização histórica do percurso de Mannoni e das influências acadêmicas que fundamentam sua visão sobre a clínica da debilidade, bem como sua posição subversiva em relação ao tratamento de crianças e adolescentes.

A partir desse percurso histórico, buscamos evidenciar as transformações no conceito de debilidade, que passou de uma concepção baseada na caridade até alcançar, na época de Mannoni, uma perspectiva mais aprofundada. Por meio de Mannoni, construiu-se uma noção que retirou a debilidade das posições tradicionais que a viam como objeto de caridade e, em seguida, como mero objeto de estudo científico. Essa nova abordagem conferiu à debilidade um lugar de destaque, especialmente no campo psicanalítico, ao introduzir possibilidades de escuta que não dependem da estrutura psíquica da criança.

Se, na época de Mannoni, já se discutia criticamente o discurso médico e suas implicações na clínica e na constituição subjetiva da criança, percebe-se que essa crítica permanece atual. Observa-se, por meio dos manuais psiquiátricos, o crescimento de classificações cada vez mais variadas que reduzem o sintoma a uma abordagem objetiva e fechada.

Nesse sentido, acreditamos que a psicanálise, a partir do olhar de Mannoni, é fundamental para pensarmos as particularidades do sintoma infantil em casos de debilidade mental. A posição da autora é evidente: o sintoma apresentado pela criança não deve ser reduzido a determinações pré-estabelecidas, sendo necessário buscar seu sentido para além de uma leitura objetificante.

Observamos os impasses que podem surgir na constituição subjetiva de crianças com

debilidade. Segundo Mannoni, os sintomas próximos da estrutura psíquica da psicose não são determinantes para posicionar a criança numa estrutura estabelecida. O trabalho clínico com crianças exige do analista cautela para não ocupar o lugar daquele que já as classifica antes mesmo de escutá-las no espaço da clínica.

Dessa forma, é fundamental que a escuta leve o analista ao raciocínio clínico, pois, como advertiu Mannoni, a direção do tratamento se fundamenta na compreensão da posição da criança no discurso familiar e como a criança responde desse lugar estabelecido.

Destacamos a proposta particular de Mannoni na construção de casos clínicos. especialmente no que se refere à escuta do *discurso coletivo*, que leva em conta tanto o relato feito na presença do analista assim como a identificação do significado da existência da criança para os pais (Mannoni, 1967/1980). Por isso, a defesa de que o trabalho deverá levar em conta também o acolhimento da angústia dos pais. O manejo clínico desta escuta permite compreender as dinâmicas expressas no drama familiar da criança.

Essa construção nos orienta quanto ao tipo de intervenção clínica necessária: promover a separação psíquica da criança em relação ao par parental. Segundo Mannoni, é essencial distinguir as histórias subjetivas implicadas nessas dinâmicas familiares.

A cristalização da criança no discurso parental, segundo a leitura lacaniana, manifesta-se por meio da solidificação significante conhecida como holófrase. Diante das dificuldades de separação e da tendência da criança a se colar ao discurso do Outro, Santiago (2005) aponta o *acting out* como uma possível saída, encontrada pela criança, da posição psíquica de parálisia.

Temos, então, que a função do analista se torna fundamental para a abertura desse ato na clínica. Trata-se de uma função que não consiste em preencher o vazio da criança com interpretações excessivas. Se anteriormente falamos da cautela no estabelecimento do diagnóstico, é possível agora acrescentar a necessidade de uma postura analítica que favoreça

o surgimento do desejo da própria criança, sem que o analista se coloque no lugar de desejar em seu lugar.

Para estabelecer uma proposta clínica voltada a crianças com debilidade, ressaltamos três pontos fundamentais. O primeiro é o *acolhimento dos pais*, o que não implica submetê-los à análise, mas oferecer-lhes um espaço de escuta para lidar com a angústia frente à condição do filho. O segundo é a clareza sobre a *função do analista* diante dessas dinâmicas psíquicas e do lugar que ele poderá ocupar. Por fim, com base nessas orientações, a função analítica pode direcionar o tratamento no sentido de promover a *separação* e resgatar as singularidades envolvidas no drama familiar.

Por fim, defendemos uma escuta clínica psicanalítica da debilidade mental que vá além dos diagnósticos estabelecidos. Nossa cuidado é que, com as noções desenvolvidas ao longo deste trabalho, seja possível descontruir propostas descritivas e deterministas do sofrimento, abrindo um espaço de acolhimento onde o discurso da própria criança possa emergir, apesar das tentativas de assujeitamento e silenciamento de suas manifestações subjetivas.

Referências

- Alvarenga, E. (1992). Uma clínica possível da debilidade. *Fascículos FHEMIG*, 7.
- American Psychological Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.). Artmed.
- Batista, C. A. M. (2012) Deficiência, autismo e psicanálise. *A peste: Revista de Psicanálise e Sociedade e Filosofia*. (pp. 41-56). v.04, n.02.
<https://revistas.pucsp.br/index.php/apeste/article/view/22113/16222>
- Benites L. S. S., & D'Agord, M. R. L. (2024). Freud, Lacan e Musil: A fantasia e a janela do fantasma. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 27, e230860.
<https://www.scielo.br/j/rtpf/a/jv7JF6tpQJDQxxWRgKDc9Fc/>
- Bercherie, P. (1983/2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. Em O. Cirino, *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura* (pp. 127-155). Autêntica.
- Brauer, J. F. (1998) O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, III(5): 56-62.
<https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/60735/63784>.
- Brousse, M-H. (1987). A fórmula do fantasma. Em G. Miller (Org.), *Lacan* (Tradução de L. Forbes, Trad., p. 78-91). Zahar.
- Cirino, O. (2021). Genealogia da psiquiatria da infância. Em M. Kamers, R.M.M. Mariotto, & R. Voltolini, *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (p. 19-40). Escuta.
- Coutinho Jorge, M. A. (2010). *Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan: a clínica da fantasia* (Vol. 2). Zahar.
- Couto, D. P. *O sujeito - criança: a constituição subjetiva graças aos pais e apesar deles*. [Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei]

- Elia, L. d. (2004). *O conceito de sujeito*. Zahar.
- Ferreira, I. C., & Batista, C. A. (2017). O olhar da psicanálise sobre a deficiência intelectual: de copista a autor de sua própria história. *Inclusão Social*, 10(2), 47-54.
<https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/4031>
- FREUD, 1910. As perspectivas futuras da terapia psicanalítica. Em S. Freud. *Obras completas* (Vol. 10, p. 219-231) Trad. Paulo César de Souza. Ed. Cia das Letras, 2013.
- Freud, S. (1970c). Observações sobre o amor transferencial. Em S. Freud. *Obras completas* (P. C. L. de Souza, Trad. Vol. 10, pp. 159-172). Trad. Paulo César de Souza. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1915)
- Freud, S. (2010). Introdução ao narcisismo. Em S. Freud. *Obras completas* (P. C. L. de Souza, Trad. Vol. 12, pp. 9-37). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (2010a). Batem numa Criança: contribuição ao conhecimento da gênese das perversões sexuais. Em S. Freud, *Obras completas* (P. C. L. de Souza, Trad., Vol. 14, pp. 220-246). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (2010b). O inquietante. Em S. Freud, *Obras completas* (P. C. L. de Souza, Trad., Vol. 14, pp. 247-283). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1919)
- Freud, S. (2015). O escritor e a fantasia. Em S. Freud, *Obras completas* (P. C. L. de Souza, Trad., Vol. 8, pp. 325-338). Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1908)
- Freud, S. (2016). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Em S. Freud, *Obras completas* (Vol. 6, P. C. L. de Souza, trad., pp. 13-176). São Paulo: Companhia das letras. (Trabalho original publicado em 1905).
- Henning, M. (2000). Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos do IPUB*, 1(18), 123-132.

- Kaufmanner, H. (2007). *Debilidade ou loucura: elucubrações a partir do conceito de Parlêtre*. CliniCAPS, 1(3), 01-09.
- <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-60072007000300004&lng=pt&tlng=pt>.
- Lacan, J. (1986). *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud* (3. ed.). Zahar. (Trabalho original publicado em 1953-54).
- Lacan, J. (1988). *O Seminário 11- os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (3a ed.). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964)
- Lacan, J. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Jorge Zahar (Trabalho original publicado em 1969-70)
- Lacan, J. (1998). Do sujeito enfim em questão. Em J. Lacan, *Escritos* (pp. 229-237). Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1999). A metáfora paterna. Em J. Lacan, *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente* (pp. 166-184). Zahar. (Trabalho original publicado em 1958)
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan. *Outros escritos*. (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Obra original publicada em 1969).
- Lacan, J. (2008). *O Seminário, livro 14: a lógica do fantasma*. Centro de Estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1966-67)
- Lameira, V. M., Costa, M. C., & Rodrigues, S. d. (2017). Fundamentos metodológicos da pesquisa teórica em psicanálise. *Subjetividade*, 17(1), 68-78.
- <https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692017000100007>
- Leite, M. P. (1999). A psicanálise como diagnóstico da psiquiatria. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 4(2), 36-40.
- <<https://www.scielo.br/j/rpfa/SgDZydgfFwvX4Kv75ycXV8K/abstract/?lang=pt>>

- Laurent, E. (1991). O gozo do débil. Em J. Miller (Org.), *A criança no discurso analítico* (pp. 131-135). Jorge Zahar.
- Mannoni, M. (1971). *O psiquiatra, seu "louco" e a psicanálise*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1970)
- Mannoni, M. (1980). *A criança, sua "doença" e os outros*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1967)
- Mannoni, M. (1986a). *A teoria como ficção*. Campus. (Trabalho original publicado em 1979)
- Mannoni, M. (1986b). *De um impossível a outro*. Zahar. (Trabalho original publicado em 1982)
- Mannoni, M. (1990). *O que falta à verdade para ser dita*. Papirus. (Trabalho original publicado em 1988)
- Mannoni, M. (1995). *A criança retardada e a mãe*. Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1964)
- Mannoni, M. (2004). *A primeira entrevista em psicanálise*. Elsevier. (Trabalho original publicado em 1979)
- Organização Mundial da Saúde. (2014). *CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (10a ed., Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, Trad.). Editora da Universidade de São Paulo.
- Pessotti, I. (1984) *Deficiência mental- da superstição à ciência*. Editora da Universidade de São Paulo.
- Poli, MC. (2007). Construção da fantasia, constituição do fantasma. Em C. Backes (Org.), *A clínica psicanalítica na contemporaneidade* (pp. 43-49). UFRGS.
<https://books.scielo.org/id/ckhzg/pdf/costa-9788538603870-05.pdf>
- Roudinesco, E. (1988b). *História da psicanálise na França: A batalha dos Cem*

- Anos. Volume 2: 1925-1985.* Zahar.
- Sardenberg, N. (2013). *A clínica da debilidade ou na debilidade?* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo].
- Santiago, A. L. (2005). *A inibição intelectual.* Zahar.
- Santiago, A. L. (2007). *Debilidade e déficit: origens da questão no saber psiquiátrico.* CliniCAPS.
- Santiago, A. L., & Mrech, L. M. (2017). Semiologia da inteligência e da atenção: do retardo funcional à função lógica da debilidade mental. Em A. Teixeira, & H. Caldas (Org.), *Psicopatologia lacaniana* (pp. 187-199). Autêntica.
- Santos, J. V. (2020). *Significantes malcomportados: a lógica do fantasma paraconsistente.* [Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo].
- Tunes, E., Souza, J. A. de, & Rangel, R. B. (1996). Identificando concepções relacionadas à prática com o deficiente mental. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 2(4), p. 7-18.
- Vorcaro, Â. (1999). *Crianças na Psicanálise: Clínica, Instituição, Laço Social.* Cia. de Freud.
- Vorcaro, Â., & Lucero, A. (2011). A criança e a debilidade mental: uma abordagem lacaniana. *Psicologia USP*, 22(4), 813-832.
- <https://www.scielo.br/j/pusp/a/kB7msQsZVRxkBHKK99FMcDM/>