



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

**DA LIBRAS AO SILÊNCIO: IMPLICAÇÕES DO OLHAR WINNICOTTIANO AOS
SUJEITOS SURDOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE**

EDEILCE APARECIDA SANTOS BUZAR

BRASÍLIA, 2015



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

TESE DE DOUTORADO

**DA LIBRAS AO SILÊNCIO: IMPLICAÇÕES DO OLHAR WINNICOTTIANO AOS
SUJEITOS SURDOS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE**

EDEILCE APARECIDA SANTOS BUZAR

Trabalho submetido ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a defesa de tese de doutorado em Psicologia Clínica e Cultura, sob a orientação do professor Dr. Ileno Izídio da Costa.

Brasília, 11 de dezembro de 2015

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BB9921 BUZAR, EDEILCE APARECIDA SANTOS
Da Libras ao Silêncio: Implicações do olhar
winnicottiano aos sujeitos surdos em sofrimento
psíquico grave / EDEILCE APARECIDA SANTOS BUZAR;
orientador ILENO IZÍDIO DA COSTA. -- Brasília, 2015.
228 p.

Tese (Doutorado - Doutorado em Psicologia Clínica
e Cultura) -- Universidade de Brasília, 2015.

1. Psicoterapia com sujeitos surdos. 2. Sujeitos
surdos em sofrimento psíquico grave. 3. Teoria
winnicottiana e sujeitos surdos em sofrimento
psíquico grave. 4. Processo psicoterápico e elementos
culturais da comunidade surda. 5. Mundo psíquico e
cultural do sujeito surdo em sofrimento psíquico
grave. I.COSTA, ILENO IZÍDIO DA, orient. II. Título.

A Banca Examinadora desta tese de doutorado teve a seguinte composição:

Professor Doutor Ileno Izídio da Costa

Universidade de Brasília - UnB

Presidente da Banca

Professora Doutora Celeste Azulay Kelman

Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Membro Externo

Professora Doutora Fátima Lucília Vidal Rodrigues

Universidade de Brasília - UnB

Membro Externo

Professor Doutor Domingos Sávio Coelho

Universidade de Brasília - UnB

Membro Interno

Professora Doutora Maria Izabel Tafuri

Universidade de Brasília - UnB

Membro Interno

Professora Doutora Julia Sursis Nobre Ferro-Bucher

Universidade de Brasília - UnB

Membro Suplente

Brasília, 11 de dezembro de 2015

Pertencer - Clarice Lispector

(<http://pensandomaisideias.blogspot.com/2009/11/pertencer-clarice-lispector.html>)

Um amigo meu, médico, assegurou-me que desde o berço a criança sente o ambiente, a criança quer: nela o ser humano, no berço mesmo, já começou. Tenho certeza de que no berço a minha primeira vontade foi a de pertencer. Por motivos que aqui não importam, eu de algum modo devia estar sentindo que não pertencia a nada e a ninguém. Nasci de graça. Se no berço experimentei esta fome humana, ela continua a me acompanhar pela vida afora, como se fosse um destino. A ponto de meu coração se contrair de inveja e desejo quando vejo uma freira: ela pertence a Deus. Exatamente porque é tão forte em mim a fome de me dar a algo ou a alguém, é que me tornei bastante arisca: tenho medo de revelar de quanto preciso e de como sou pobre. Sou, sim. Muito pobre. Só tenho um corpo e uma alma. E preciso de mais do que isso. Com o tempo, sobretudo os últimos anos, perdi o jeito de ser gente. Não sei mais como se é. E uma espécie toda nova de "solidão de não pertencer" começou a me invadir como heras num muro. Se meu desejo mais antigo é o de pertencer, por que então nunca fiz parte de clubes ou de associações? Porque não é isso que eu chamo de pertencer. O que eu queria, e não posso, é por exemplo que tudo o que me viesse de bom de dentro de mim eu pudesse dar àquilo que eu pertença. Mesmo minhas alegrias, como são solitárias às vezes. E uma alegria solitária pode se tornar patética. É como ficar com um presente todo embrulhado em papel enfeitado de presente nas mãos - e não ter a quem dizer: tome, é seu, abra-o! Não querendo me ver em situações patéticas e, por uma espécie de contenção, evitando o tom de tragédia, raramente embrulho com papel de presente os meus sentimentos. Pertencer não vem apenas de ser fraca e precisar unir-se a algo ou a alguém mais forte. Muitas vezes a vontade intensa de pertencer vem em mim de minha própria força - eu quero pertencer para que minha força não seja inútil e fortifique uma pessoa ou uma coisa. Quase consigo me visualizar no berço, quase consigo reproduzir em mim a vaga e no entanto premente sensação de precisar pertencer. Por motivos que nem minha mãe nem meu pai podiam controlar, eu nasci e fiquei apenas: nascida. No entanto fui preparada para ser dada à luz de um modo tão bonito. Minha mãe já estava doente, e, por uma superstição bastante espalhada, acreditava-se que ter um filho curava uma mulher de uma doença. Então fui deliberadamente criada: com amor e esperança. Só que não curei minha mãe. E sinto até hoje essa carga de culpa: fizeram-me para uma missão determinada e eu falhei. Como se contassem comigo nas trincheiras de uma guerra e eu tivesse desertado. Sei que meus pais me perdoaram por eu ter nascido em vão e tê-los traído na grande esperança. Mas eu, eu não me perdôo. Queria que simplesmente se tivesse feito um milagre: eu nascer e curar minha mãe. Então, sim: eu teria pertencido a meu pai e a minha mãe. Eu nem podia confiar a alguém essa espécie de solidão de não pertencer porque, como desertor, eu tinha o segredo da fuga que por vergonha não podia ser conhecido. A vida me fez de vez em quando pertencer, como se fosse para me dar a medida do que eu perco não pertencendo. E então eu soube: pertencer é viver. Experimentei-o com a sede de quem está no deserto e bebe sôfrego os últimos goles de água de um cantil. E depois a sede volta e é no deserto mesmo que caminho!

Aos que não escutam, aos que não são escutados, aos que não falam e aos que são impedidos de se expressar.

DEDICATÓRIA

À Mãe-Maria, minha flor, meu anjo da guarda, meu farol do saber, minha luz. Obrigada mãe pelas noites que me acalentou, pelos colos que me destes, pela proteção, pelo incentivo aos estudos e ao trabalho, pela educação e amor incondicional que reservou a mim.

À Mãe-Apolonia que me colocou neste mundo e me entregou aos cuidados da melhor pessoa que já encontrei nesta vida. Muito obrigada mãe, pelo seu amor.

Aos demais familiares pelo acolhimento, apoio e convivência fraternal.

Ao meu grande incentivador, companheiro, amigo e especialmente amado esposo: Francisco Buzar. A você todo o meu reconhecimento, carinho e amor. Você é meu suporte afetivo para todos os momentos. Se não fosse você, eu já teria desistido.

Ao meu filho, José, por me mostrar todos os dias que precisamos amar, respeitar e acolher o outro, mesmo com tantas diferenças. Perdoa-me pelas horas roubadas de nossa relação em virtude da tese, quando crescer você vai me entender. Amo-te filho e agradeço pela tua existência!

À família Roma-Buzar, minha segunda família, pela confiança, incentivo e apoio. Em especial à cunhada Zifi, por sempre nos apoiar nas caminhadas acadêmicas.

Às surdas e surdos que me possibilitam a cada dia conhecer uma nova faceta deste mundo surpreendente. Às pacientes e aos pacientes, obrigada por me ensinarem a “escutar”, sem ser pelo ouvido. Às amigas e aos amigos surdos agradeço pela confiança, carinho e amizade incondicionais.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Ileno Izídio da Costa, que soube pacientemente, com seriedade e afetividade, acolher o meu tempo e nunca desistiu de mim. Você foi a surpresa mais inesperada do meu percurso acadêmico, a minha crise e a minha saída dela. Obrigada por me acolher, me incentivar e me deixar voar. Serei eternamente grata.

Ao Grupo Surdez e Sofrimento Psíquico por me permitir adentrar nessa grande seara que é o mundo psíquico dos sujeitos surdos, pelas acaloradas discussões e pela possibilidade de crescimento em outra direção.

Ao GIPSI, por ter me recebido sem restrições e por ter me proporcionado grandes aprendizados e oportunidades únicas de conhecer o ser humano sob outras perspectivas por meio de discussões enriquecedoras e acalentadoras. Seu olhar transdisciplinar multiplicou em mim a complexa compreensão da surdez.

Às professoras e professores do doutorado, em especial aos professores Francisco Martins e Mauricio Neubern, pela sensibilidade, competência técnica e por permitirem que a temática da surdez enveredasse o caminho de suas disciplinas.

À Celeste Azulay Kelman, por sua incansável ética, que se expande em todas as direções, como educadora, orientadora e pessoa. Você é peça-chave em meu desenvolvimento acadêmico e pessoal.

A banca examinadora, Izabel Tafuri e Celeste Azulay, pela pronta aceitação, leitura cuidadosa e sugestões de aprimoramento deste trabalho na qualificação. E pelos novos membros, Fátima Vidal, Domingos Sávio, que aceitaram participar dessa leitura e discussão coletiva de minha tese. Pelo carinho, muito obrigada.

As amigas e companheiras de construção, leitura, discussão do caso e estudos winnicottianos: Cristina, Hayanna e Aline. E em especial a minha grande amiga, Iva, *in memorian*, pelos ensinamentos e companheirismo.

A mais nova companheira de leitura, Nadja Rodrigues, pela discussão da tese e sustentação afetiva.

Aos meus amigos especiais, Amarildo Espíndola, Messias Ramos Costa e Francisca Vanete, pelo apoio e incentivo nessa caminhada. Ao meu amigo Fabio Sellani e sua família, pela dedicação e expressão estética, ética e cultural em minha tese.

À Faculdade de Educação da UnB, pela compreensão, apoio e liberação de tempo por meio de licença, para concluir esta tese.

Ao grupo especial da Área Educação Inclusiva da Faculdade de Educação/UnB, meu/minhas companheiras de exercício profissional, de crescimento intelectual e de reconhecimento das pessoas com desenvolvimento atípico: Albertina, Amaralina, Cristina, Eduardo Ravagni, Fátima Vidal, Liège e Sinara. Em especial a professora Cintia, surda, que me substituiu brilhantemente no período da licença.

A minha aluna Luana Gomes Teixeira, pela colaboração, apoio e incentivo. Por meio dela, simbolizo e agradeço todos(as) meus(minhas) alunos(as), muito obrigada pelas trocas acadêmicas.

Aos(às) organizadores(as) e professores(as) do curso *Winnicott em Brasília*, pela experiência de leitura, discussões e trocas intelectuais enriquecedoras.

Às amigas, pelo incentivo e apoio, por estarem sempre perto mesmo a distância. Em especial à Ana Rute, Daniela Ribas, Milena Lins, Milena Cunha e Sandra Patrícia.

Ao meu analista, pela sustentação, manejo e confiabilidade, que me permitiram adentrar em caminhos antes não trilhados na minha experiência analítica, conseqüentemente na tese.

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	ix
RESUMO	x
ABSTRACT	xi
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – CARTOGRAFANDO A SURDEZ: Perspectiva biopsicossocial	20
CAPÍTULO II – SURDEZ E ESCUTA: oposições e correlações	30
2.1 Psicologia e Surdez	30
2.2 Psicanálise e Surdez	37
CAPÍTULO III- FAMÍLIA E SURDEZ: Pontos e Contrapontos	48
CAPÍTULO IV-CONTRIBUIÇÕES WINNICOTTIANAS: Desenvolvimento Emocional	56
4.1 Prática Clínica à luz da Teoria Winnicottiana	69
CAPÍTULO V - ESTRATÉGIA METODOLÓGICA	76
5.1 Contextualização	76
5.2 Pesquisa em Psicanálise	79
CAPÍTULO VI – A CLÍNICA DOS(AS) SURDOS(AS): O CASO EMMANUELLE	84
6.1 Tratamento psicoterápico de base psicanalítica	85
6.1.1 Primeiro tempo: Olhando para si	85
6.1.2 Segundo tempo: Percepção de si	92
6.1.3 Terceiro tempo: Vendo vozes	95
6.1.3.1 <i>Ilustrações Clínicas</i>	102
CAPÍTULO VII – POR MEIO DA LIBRAS, O SILÊNCIO: Contribuições teórico-clínicas a respeito de sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave	148
CONSIDERAÇÕES FINAIS	157
REFERÊNCIAS	161
APÊNDICE A –TCLE	173
APÊNDICE B - GLOSSÁRIO	175
ANEXO – <i>Las Meninas</i>	227

LISTA DE FIGURAS

Figura	Descrição	Pág.
Figura 6.I	Quadro sinóptico de alucinações e imagens	84
Figura 6.II	Quadro sinóptico de alucinações transmutadas e imagens	147
Figura 6.1	A visualidade na constituição do <i>setting</i>	102
Figura 6.2	Recomposição da terapeuta: um olhar de cuidado	105
Figura 6.3	Oralidade prazerosa, corpo disforme	110
Figura 6.4	Oralidade intrusiva – Disruptividade do objeto mau	112
Figura 6.5	Mãe boa: Poder, magia e proteção	115
Figura 6.6	Maternagem clivada entre o bem e o mal	118
Figura 6.7	Angústia de morte / Prazeres orais	122
Figura 6.8	Inalação invasiva / Desejos de oralidade	125
Figura 6.9	Não filiação à linhagem materna – descontinuidade do ser	128
Figura 6.10	Para ser, é preciso que o “opressor” não seja	131
Figura 6.11	Integração e impulso de ser sujeito	135
Figura 6.12	Experiência de si mesma	139
Figura 6.13	Da Libras ao Silêncio: Integração pelo olhar	143

Resumo

O presente estudo foi elaborado a partir da articulação entre o aporte biopsicossocial da surdez e os princípios fundamentais da teoria winnicottiana, tendo como intuito abrir um canal de reflexões e compreensões a respeito da clínica com sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave. Buscou-se compreender os fatores de risco para o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, problematizando-se os potenciais encontros e rupturas entre o sujeito e o ambiente, desde a família até o social. Para este estudo, utilizamos a metodologia de *estudo de caso clínico* com o objetivo de compreender o sofrimento psíquico grave de uma paciente surda, dando escuta e favorecendo a fala por meio da Língua Brasileira de Sinais (Libras), assim como descrevendo o desenvolvimento emocional da paciente por meio da clínica. A partir dessas questões e com base na teoria winnicottiana, apontamos para a importância de um aporte psicoterápico que se fundamente na promoção de *holding*, favorecendo um cuidado terapêutico que se subsidie na experiência para além da língua, abarcando uma linguagem mais ampla, a dimensão da comunicação afetiva. Dessa forma, a terapia foi se constituindo e a *regressão à dependência* surgindo a partir da confiança que foi se estabelecendo e os medos, as defesas, os desejos, os afetos explicitaram-se cada vez mais. Percebeu-se que a insistência na cura da surdez e a normatização da expressão oral como única via de ser e de se comunicar no mundo, pode dificultar a atenção ao sujeito, ocasionando dificuldades em olhar e reconhecer o bebê em sua singularidade, vindo a configurar experiências intrusivas tanto nas relações precoces, quanto ao longo da vida do sujeito. De maneira geral, podemos dividir esta terapia em dois momentos: Um inicial, em que os traumas, as dores e desejos foram reexperimentados, simbolizados, escutados. E um posterior, em que a paciente encontra-se consigo mesma e busca reconstruir-se a partir desse sofrimento. De corpo doente, anormal, passou a ter vontade, desejo. Alcançou um mundo mais independente, simbolizado, mais integrado afetivamente. O processo psicoterápico considerou como favorecedor o uso de elementos culturais da comunidade surda como via de promoção de disponibilidade ao sujeito e de comunicação e compreensão acerca do mundo psíquico e cultural do sujeito surdo em sofrimento psíquico grave.

Palavras-chave: Sujeitos surdos; Sofrimento Psíquico Grave; Prática Clínica Winnicottiana; Cultura surda e clínica.

Abstract

This study was modeled from the articulation between the biopsychosocial contribution of deafness, the contributions on the emotional development and the clinical practice of Donald Winnicott. Besides, it was taken into account the clinical experience of deaf people, with the intention to open a way for reflections and apprehensions about the clinical situation of deaf people in severe psychological distress. It was endeavored to understand the risk factors for serious psychological distress in deaf individuals, elaborating potential junctions and ruptures between the person and the environment, from family to social aspects. We have used the clinical case study methodology to understand the critical psychological distress of a deaf patient, supplying listening and favoring speech in Brazilian Sign Language (Libras), describing the emotional development of patients through the clinic. Based on these issues and in the Winnicott's Theory, we point to the importance of a psychotherapist contribution structured on the promotion of the holding approach, supporting a therapeutic care that contributes to an experience beyond the language, and embracing a broader language, the dimension of affective communication. In this sense, the therapy has been building through time, and the regression to dependence appeared from the trust. The fear, the defense mechanisms, the desire, and the affections became stronger than before. We noticed that the insistence on the cure of deafness, at the same time on the normalization of the oral expression as the only way to be and to communicate with the world can bring up difficulties with the attentiveness to the individual. That could cause complications to recognize the baby's particularities, producing initial intrusive experiences, as well in its lifetime. In general, we can split up this therapy in two separate forms: the initial, where the traumas, pains and desires were revived, symbolized and received; the second one, where the patient finds itself, trying to rebuild its life from that time. From sick, the patient became normal, with life and desire active. The patient has achieved an independent status, symbolized, more affectively integrated. The therapeutic process had considered as favoring cultural elements from the deaf population as a way of promotion of the availability of the individual, as well the communication and comprehension of the cultural and psychic world of deaf persons with serious psychological pain.

Keywords: Deaf persons; Severe Psychological Distress; Clinical Practice Winnicott's; Deaf Culture and Clinic.

INTRODUÇÃO

O presente estudo é resultado de minha incursão na clínica psicológica com sujeitos surdos e na Teoria do Amadurecimento Emocional de Donald Winnicott. Tem por objetivo a reflexão a respeito da articulação entre a perspectiva sociocultural da surdez e as contribuições da psicanálise winnicottiana, a fim de compreender o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos.

Durante a minha trajetória profissional, enquanto educadora, desenvolvi a habilidade de educar pessoas surdas. Os estudantes surdos que eu recebia, em sua maioria, eram surdos profundos, com descoberta de surdez tardia e com o aprendizado da Língua Brasileira de Sinais-Libras por meio da convivência na comunidade surda para os que já se encontravam na adolescência, e as crianças propriamente ditas, utilizando apenas gestos caseiros. Essa experiência caracterizava a educação desenvolvida em escolas públicas em São Luís-MA no início dos anos 90.

De maneira geral, o ensino de estudantes surdos vem historicamente sendo alvo de uma discussão pedagógica, linguística e social, mas acima de tudo, política, a respeito das línguas utilizadas em sua educação e da repercussão deste uso. Assim, é possível encontrar experiências educacionais para surdos voltadas para o oralismo, comunicação total e bilinguismo.

Sinteticamente, podemos dizer que no oralismo, a educação enfatiza o desenvolvimento dos restos auditivos deixados pela surdez, a fim de tornar o estudante surdo o mais semelhante ao estudante ouvinte, portanto a língua oral é trabalhada em todas as suas facetas buscando alcançar esse objetivo e a língua de sinais é proibida. Na comunicação total, o enfoque principal é sobre a comunicação, assim qualquer língua, ou meio de comunicação e expressão pode ser utilizado para alcançar a meta, que assim como no oralismo, continua a ser um desenvolvimento a partir de um modelo ouvinte,

no entanto, nesta abordagem a língua de sinais não é proibida, porém, é utilizada apenas como um recurso para alcançar a língua oral. E finalmente, há abordagens educacionais para surdos com bilinguismo, em que o objetivo principal é contribuir para o desenvolvimento de uma identidade surda, de uma cultura surda, dessa forma, a língua de sinais passa a ser a primeira língua e a língua oral, segunda língua, podendo ser desenvolvida na modalidade escrita e/ou oral.

Nesse percurso, deparei-me com alguns estudantes surdos que apresentavam dificuldades em continuar a aprendizagem, pois estavam às voltas com questões de ordem emocional das mais diversas, tais como: sintomas depressivos, alucinações, delírios, abuso sexual, uso e abuso de drogas, isolamento social, tentativas de suicídio, entre outras. Mas, que a educação não conseguia alcançá-los. Os casos chamavam atenção “a olho nu”, mas não receberam o mínimo de orientação, muito menos de atendimento, sucumbindo às suas mazelas. A escola ainda estava tentando construir um modelo pedagógico que melhor atendesse a esses(as) alunos(as) e as questões psicológicas eram inacessíveis àquele contexto e àqueles profissionais.

Interessada nos dois campos, da educação e da psicologia, concomitante a minha formação em Pedagogia, iniciei o meu trajeto na psicanálise frequentando a Escola Lacaniana de Psicanálise e em seguida o curso de Psicologia, no qual fiz Estágio Curricular em Prática Psicanalítica, realizando o estágio em instituição psiquiátrica e em atendimento clínico individual. No curso de Psicologia, busquei aprofundar o conhecimento a respeito dos aspectos fundamentais de constituição da identidade surda, modos de ser e de ver o outro e o mundo, assim como, sobre a importância da reinvenção das instituições sociais relacionadas a esse contexto.

Na Escola Lacaniana de Psicanálise do Maranhão participei como membro durante três anos, sob a direção dos psicanalistas Agostinho Ramalho Marques Neto e

Elizabeth Bittencourt. Neste grupo, tive a oportunidade de participar de diversos estudos e eventos organizados pela referida Escola. Nesse período comecei a minha análise pessoal, que entre continuidade e rupturas, durou aproximadamente cinco anos.

Desde essa época, venho refletindo, estudando e buscando articular os campos da psicanálise e da surdez, mas sem nenhuma concretização de fato. Continuei o meu trajeto na educação, com Especialização em Educação Especial e Mestrado em Educação, ao mesmo tempo em que trabalhava com pessoas surdas, tanto como estudantes, quanto colegas de profissão, pois nessa época já tínhamos pessoas surdas em cargos como monitores, instrutores de Libras e diretores de instituição.

Após o Mestrado em Educação no qual estudei *A singularidade visuoespacial do sujeito surdo – implicações educacionais*, sob a orientação da Prof^a Dr^a Celeste Azulay Kelman, fui selecionada para a vaga de professor substituto na área de Educação Especial na Faculdade de Educação/UnB e passei dois anos ministrando disciplinas da área, inclusive Língua Brasileira de Sinais – Libras, que foi ofertada pela primeira vez na história da faculdade. Atualmente, sou professora efetiva da Faculdade de Educação da UnB, na qual ministro a disciplina *Escolarização de Surdos e Libras*, ao mesmo tempo em que, pesquiso as especificidades do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos no Instituto de Psicologia.

Em meados de 2010, quando estava como professora substituta na UnB, fiquei sabendo de um grupo de pesquisa que se iniciava no Instituto de Psicologia/UnB, denominado *Surdez e Sofrimento Psíquico*, que tinha por objetivo um cuidado dirigido aos sujeitos surdos em uma abordagem psicoeducacional por meio de um grupo interdisciplinar, composto por psicólogos, pedagogos e intérpretes de Libras e que possuía como coordenadores a Prof^a Dr^a Daniele Nunes Henrique (PED/IP/UnB) e o Prof Dr Ileno Izídio da Costa (PCL/IP/UnB).

Nesse grupo, fui encontrando outro tipo de sujeitos surdos, que se apresentavam de forma diferente dos surdos com os quais trabalhara e convivera até então, portadores de uma identidade surda diferenciada, demandaram-me outro olhar. O olhar de psicóloga clínica. Em geral, eram sujeitos surdos com domínio de Libras razoável, que conseguiram cursar a educação básica, alguns até chegaram à educação superior, porém, tudo isto muito atravessado por sofrimentos psíquicos de diversas ordens como, tentativas de suicídios, delírios, alucinações, delinquência e, em alguns casos, como é o que se escolheu para aprofundar à luz da teoria winnicottiana, sofrimento psíquico grave.

Os sujeitos surdos do grupo supracitado que trouxeram demanda clínica, sem exceção eram filhos de pais ouvintes e, em geral, enfrentaram na infância uma dificuldade por parte da família de aceitação da surdez e a busca persistente pela cura se deu de vários modos: desde a protetização, atendimento fonoaudiológico, até implantes cocleares¹.

Por meio das tentativas frustradas de reabilitação e cura, esses sujeitos acabaram por desenvolver, na escola, a língua de sinais e a cultura surda. Fizeram amigos surdos, porém essa amizade não se sustentou. Na época viviam isolados, sem amigos, nem surdos, nem ouvintes e apresentavam uma comunicação muito precária com a família, tanto em termos linguísticos quanto emocionais. Também não conseguiram sustentar os estudos, não trabalhavam e não namoravam. Em sua maioria, apresentavam relações infantilizadas ou regredidas no contexto familiar.

No entanto, apesar do desenvolvimento cognitivo e linguístico preservados, foi-se percebendo em alguns surdos(as) do grupo de pesquisa, uma ruptura na linha de

¹ Implante coclear é uma cirurgia realizada no osso temporal, que se localiza atrás da orelha, de pacientes com surdez profunda, que por meio da inserção de um dispositivo eletrônico envia as informações sonoras ao nervo auditivo na forma de sinais elétricos, a fim de estimular o nervo auditivo e recriar as sensações sonoras. (Carmozine & Noronha, 2012, p.79).

desenvolvimento, apresentando sofrimentos psíquicos de diversas ordens, levando-nos a questionar: *Quais fatores de risco ao sofrimento psíquico grave podem se apresentar junto a sujeitos surdos? Quais os impactos da surdez, em uma compreensão ampliada, sobre a dinâmica familiar? Como é possível acessar a este sofrimento por meio de um tratamento psicoterápico? Quais as implicações da utilização da Libras e da cultura surda no tratamento? Que resultados este tratamento pode trazer a este sujeito?*

Nesse sentido, deu-se início à escuta individualizada de alguns desses sujeitos no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP), clínica escola do Instituto de Psicologia da UnB, por meio de um processo terapêutico de orientação analítica a fim de escutar as dores desses sujeitos, o seu sofrimento, a partir do próprio surdo e do que consideramos sua primeira língua, a Língua Brasileira de Sinais - Libras, sob a supervisão do Prof. Dr Ileno Izídio da Costa inicialmente e posteriormente, pelo interesse na temática desta tese, contamos também com a supervisão do Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce em Primeira Crise do Tipo Psicótica (GIPSI), coordenado pelo Profº Ileno I. da Costa: “que desenvolve pesquisas e serviços de avaliação, acompanhamento e intervenção junto a indivíduos em primeira crise do tipo psicótica, por nós denominada de ‘sofrimento psíquico grave’.” (Manual de orientação do GIPSI/2010, p.07).

No GIPSI, além da possibilidade da vivência da interdisciplinaridade com estudantes e profissionais de outras áreas, ampliei o meu conhecimento sobre o sofrimento psíquico grave por meio de discussões plurais dos casos atendidos por seus integrantes e comecei a aprofundar as leituras winnicottianas, participando de grupo de estudos nessa perspectiva.

Sofrimento psíquico grave aqui entendido como sendo “um momento de ruptura ou uma mudança de curso de um equilíbrio previamente estabelecido, levando a

desarticulações que podemos chamar de psicossociais da pessoa” (Costa, 2013, p. 41). Para este autor “... o sofrimento psíquico grave deve ser entendido de forma a pensarmos como *sofrimento* algo essencial do ser humano, o *psíquico* que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, também da ordem do afeto) e o *grave* para enfatizar a sua intensidade e, em geral, de difícil manejo comum”. (p.41).

No que diz respeito ao tratamento, adotamos com o GIPSI a noção de cuidado, explicitando que tanto dependência quanto a confiabilidade fazem parte desse protótipo da relação mãe/bebê, que deve ser adotado pelo tratamento psicoterapêutico.

A partir de então, ingressei no Curso *Winnicott em Brasília*, onde pude relacionar diversas compreensões da Teoria do Amadurecimento Emocional a partir de minha experiência no atendimento clínico individualizado com sujeitos surdos em Libras.

Os estudos de abordagem psicanalítica a respeito dos sujeitos surdos iniciaram-se na década de 80 na França e, posteriormente, espalharam-se por vários países, inclusive no Brasil. Eles agregam diversas contribuições à compreensão da surdez sob um olhar psicanalítico, mas alguns atribuem a ausência da voz da mãe como desencadeadora de traços depressivos em sujeitos surdos.

Para além da ausência da voz materna entendemos com Winnicott, que o sofrimento psíquico grave advém como consequência de falhas ambientais precoces, uma espécie de privação emocional, ocorrida no período de dependência absoluta, que ocasionou angústias do tipo impensáveis, trazendo como consequências defesas tais como: desintegração, perda da realidade e perda de contato. A nossa grande questão era como essa ausência de provisão ambiental corroborou para o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos e como o encontro analítico paciente surdo/terapeuta poderia se constituir de modo a favorecer o processo de reintegração do sujeito.

Assim, um dos casos atendidos no CAEP por mim foi o de uma jovem surda, Emmanuelle², que nos chamou atenção pela complexidade e singularidade do caso, que diferia dos quadros rotineiros em geral e despertou-nos importantes reflexões a respeito do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, o qual se constituiu como fator central na discussão e construção desta tese de doutorado.

Em suma, a partir de então, venho atendendo, estudando e refletindo a respeito do modo de funcionamento do sujeito surdo em sofrimento psíquico grave e de suas especificidades de atendimento, o que levantou diversas reflexões a este respeito, as quais pretendo desenvolver neste trabalho e que têm trazido repercussões para a construção de uma clínica para sujeitos surdos nessas condições, que não está pronta, mas que ora se inicia.

Considerando as questões explicitadas anteriormente, estruturou-se a tese em seis capítulos, além da introdução, estratégia metodológica e considerações finais:

a) no CAPÍTULO I, faço um apanhado geral a respeito da significação da surdez em sua abrangência social, biológica e psíquica, buscando contextualizar uma das temáticas principais deste trabalho, que se trata do sujeito surdo.

c) no CAPÍTULO II, desenvolvo uma revisão teórica a respeito do processo de escuta de sujeitos surdos tanto no âmbito da psicologia, quanto da psicanálise.

d) no CAPÍTULO III, traço reflexões a respeito da dinâmica familiar e os impactos da representação social da surdez na relação pais ouvintes/filhos surdos.

e) no CAPÍTULO IV, reflito sobre a Teoria do Desenvolvimento Emocional de Donald Winnicott e suas principais contribuições a respeito da importância da relação mãe/bebê. Assim como, escrevo sobre a prática clínica com pacientes psicóticos a partir

² Nome fictício, inspirado na escritora surda Emmanuelle Laborit, autora do livro *O vôo da gaivota*.

da perspectiva winnicottiana, a fim de elencar possíveis colaborações ao processo terapêutico com sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave.

f) no CAPÍTULO V, que corresponde à ESTRATÉGIA METODOLÓGICA, contextualizo este estudo explicitando o caso e suas implicações para pensar o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, assim como apresento as características da pesquisa psicanalítica, elencando o estudo de caso como fundamental nesse processo.

g) no CAPÍTULO VI, descrevo a partir de fragmentos das sessões clínicas, a construção do processo terapêutico do caso de uma paciente surda com sofrimento psíquico grave, no qual a paciente estruturou suas dores, seus anseios, seus traumas e desejos a partir de sua língua natural, permitindo o desenvolvimento de uma autonomia em relação ao seu sofrimento psíquico, rompendo com a prática histórica de ser dita e interpretada por outros.

h) no CAPÍTULO VII, analiso o caso e seu processo terapêutico a fim de construir elementos para a etapa posterior em que busco refletir hipoteticamente a respeito da clínica para surdos em sofrimento psíquico grave.

g) a última parte versa sobre as CONSIDERAÇÕES FINAIS, onde retomo aspectos a respeito dos fatores de risco ao sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos e a possibilidade de reintegração por meio do processo terapêutico de base analítica.

CAPÍTULO I- CARTOGRAFANDO A SURDEZ: Perspectiva biopsicossocial

Fomos, somos e seremos seres de palavras, em palavras, por palavras, entre palavras, sem palavras. (Skliar, 2012, p.37)

“No princípio era o verbo”. Ao longo da história encontramos valorizações ao uso da fala, em contraposição à surdez. A fala, em seu sentido oral, sempre foi apresentada como parte integrante da condição humana, entrelaçada ao pensamento. A ela era dado toda a reverência, toda a importância no desenvolvimento humano. E nesse contexto, a fala estava atrelada unicamente à aquisição da língua oral.

Por outro lado, não escutar sempre foi apresentado como o oposto desta condição, como defeito, desvio, doença. Desta feita, falar era condição preliminar para ser humano. É possível encontrar na Grécia, pensamentos que buscam explicar a origem da linguagem a partir da compreensão de que a palavra articulada não resulta de aprendizagem, mas de instinto. Assim, concluíam que não falar a língua oral era ser mudo, logo, incapaz, não humano. É nesse contexto, que vai se constituindo social e psicologicamente a surdez, os sujeitos surdos.

Buscando a origem da palavra *surdo*, temos que deriva do grego *kofó*, que se referia a coisas no sentido da falta, deficiência, vazio, ineficaz, enquanto que *mudo* origina-se da palavra grega *eneós*, que expressava a qualidade de fealdade, vazio, privado de cor. É neste sentido que foi utilizado na Antiguidade e por muito tempo na Idade Média. Além desses significados, este termo foi usado no sentido de obtusidade, estupidez e deficiência psíquica. (Skliar, 1997, pp.16-17)

Essas concepções estereotipadas sobre a surdez atravessaram os tempos e influenciaram decisivamente a sociedade e todas as instituições que tinham contato direto com sujeitos surdos, inicialmente a sociedade em geral, a igreja e a família e muito mais tarde, a escola, a medicina e a psicologia.

Nesse sentido, os cuidados e admiração pela beleza e pelo corpo na Roma Antiga fizeram com que durante muitos anos, assim como em Esparta, os recém-nascidos que apresentavam algum tipo de deficiência física fossem sacrificados. Em seus textos legais, como por exemplo, em **De jure Pátrio** encontra-se a seguinte orientação: Quando uma criança nascia deformada, o pai devia sacrificá-la em seguida. (Skliar, 1997, p.19)

Não se tem informações seguras a respeito do que ocorria com os bebês que nasciam surdos nessa época, pois não é possível perceber nenhuma diferença visível entre estes e os bebês ouvintes, a menos que fosse feito um teste da orelhinha assim que nascessem. No entanto, esse teste só passou a existir e ser obrigatório recentemente (Lei Federal 12.303/2010), portanto, não existia naquela época. Sem exames comprobatórios, apenas quando é possível se observar o desenvolvimento da linguagem oral em bebês, geralmente a partir dos dois anos, é que dá para se começar a notar diferenças entre uma criança surda e uma criança ouvinte. Os exemplos retirados da história, geralmente dizem respeito às crianças surdas que se situam a partir da idade escolar.

La única oportunidad en la que se menciona la existencia de una persona sorda es, por el material del que disponemos, en el primer siglo después de Cristo cuando Plinio, hablando del arte de la pintura en Roma en su tratado **La Historia Natural** refiere el caso de Quinto Pedio, el nieto sordo del cónsul romano homónimo. Por ser descendiente de la familia de Messala, el emperador César Augusto le concedió la posibilidad de cultivar su talento artístico pero no de cursar una carrera normal. (Skliar, 1997, p.17)

Também foi encontrado durante as escavações nas ruínas de Cartago romano, de acordo com os registros nas atas de um Congresso, celebrado em Roma, em 1962, um epitáfio que revela o voto de um casal de pais ao deus Amon: “Prometían sacrificar a su

hijo sordo, siempre que recibieran la alegría de que les naciera un hijo sano. Su deseo fue satisfecho y el hijo sordo sacrificado. En el epitafio el sordo es llamado progenie maledetta, es decir, “descendencia maldita’.” (Skliar, 1997, p.19).

Como já apontado anteriormente, na Grécia os filósofos defendiam a ideia de que o pensamento só podia se expressar através da palavra articulada e que a capacidade de falar resultava de um instinto. Esse argumento influenciou diversas compreensões sobre a surdez ao longo do tempo e as consequências trouxeram muitos resultados negativos ao surdo.

É possível encontrar no primeiro livro das histórias de Heródoto (490-430 a.C.), um episódio que demarca bem a posição de então a respeito da surdez. Trata-se da história do filho de Cresos, quem apesar de todas as tentativas de curas a que foi submetido, continuou sem desenvolver a língua oral.

Um dia, Cresos discutindo com Solone a respeito de sua felicidade, questionou se já havia encontrado algum homem mais feliz do que ele. Ao que Solone respondeu: Muitos homens riquíssimos, de fato, não são felizes; muitos ao contrário, providos de meios modestos, se veem favorecidos pela sorte. De acordo com o episódio, assim que Solone partiu, Cresos teve um sonho que lhe revelou a desgraça que estava para abater-se sobre ele: O sonho lhe anunciava a morte do seu filho ouvinte. Imediatamente tomou todas as precauções para que nada ocorresse ao mesmo, afirmando: “Tú eres mi único hijo, ya que el otro arruinado en el oído, es como si no lo tuviese” (Skliar, 1997, p.18).

Em outras palavras, havia uma relação direta entre ser surdo e ser incapaz ou até mesmo não ser reconhecido como humano, portanto, sua vida poderia ser eliminada a qualquer tempo e esta relação lhe serviria de justificativa.

No que diz respeito ao **De hereditatibus et tutelis**, os surdos eram classificados no mesmo grupo que os débeis mentais³, o que lhes trazia como consequência inúmeras privações de aspecto jurídico. Até algum tempo atrás, acreditava-se que a surdez acarretava distúrbios cognitivos ou retardos mentais, como era definido então.

Com o **Corpus Juris Civilis** de Justiniano, no ano de 529 d.C., a questão dos surdos é apontada em **Del postulare**: “Cuando las partes contendientes comparecían ante el juez debían estar necesariamente en condiciones de exponer el caso, o en forma personal o bien a través de un abogado”. (Skliar, 1997, p.20).

Além disso, de acordo com este autor, o pretor distinguia três categorias de pessoas: as que não podem postular de nenhum modo, as que podem fazê-lo só por si mesmas e, por último, as que podem postular para si mesmas e para outras. Dentro da primeira categoria estavam incluídos, entre outros, os surdos. “Es interesante notar que bien diversa era la suerte de los ciegos, incluidos en la categoría de los que pueden postular por sí mismos” (Skliar, 1997, p.20).

Mais uma vez, fica evidente que o valor atribuído à fala oral é o componente principal desse desenrolar de fatos que tendem a excluir os surdos como sujeitos. É interessante ressaltar, no entanto, que em uma citação do Talmud⁴(século III a.C. a VIII d.C. como citado em Skliar, 1997, p.20), encontra-se que: “No equipareis al sordo y al mudo en la categoría de los idiotas o de aquellos individuos de irresponsabilidad moral, porque pueden ser instruidos y hechos inteligentes”.

Porém, as restrições civis e religiosas impostas aos surdos, acompanharam toda a Idade Média e até recentemente. Naquela época foram impedidos de receber herança, celebrar missa e casar, com exceção dos casos em que recebiam um **favor papal**. Com

³ Denominação da época.

⁴ Talmud é um livro sagrado dos judeus, um registro das discussões rabínicas que pertencem à lei, ética, costumes e história do judaísmo. (www.pt.wikipedia.org)

relação a esse aspecto, o Código de Direito Canônico de 1994 era bem enfático: “São excluídos da recepção das **ordens** àqueles que têm algum impedimento, seja perpétuo, a que se dá o nome de irregularidade, seja simples” (Paulo II, 1994, p. 456). Dentre essas irregularidades, especificam a de quem sofre de alguma forma de amênia ou de outra doença psíquica. Basta lembrar como estavam classificados os surdos no **De hereditibus et tutelis** para entender como esta decisão os afeta. Anteriormente, a esta edição do Direito Canônico, havia uma distinção entre as irregularidades por defeito e as irregularidades por delito, posteriormente as primeiras foram retiradas.

A configuração do ser ouvinte pode começar sendo uma simples referência a uma hipotética normalidade, mas se associa rapidamente a uma normalidade referida à audição e, a partir desta, a toda uma seqüência de traços de outra ordem discriminatória. Ser ouvinte é ser falante e é, também, ser branco, homem, profissional, letrado, civilizado, etc. Ser surdo, portanto, significa não falar, surdo-mudo, e não ser humano. (Skliar, 1998, p.21).

Falar oralmente torna-se o centro referencial da normalidade. Ouvir é a regra. Criam-se estes pressupostos para que logo em seguida se descaracterize os surdos como pertencentes ao padrão de normalidade. A partir da Idade Moderna a maioria dos trabalhos tanto do campo médico quanto do educacional e até mesmo do psicológico partem do que falta aos surdos, a seu déficit auditivo, para logo em seguida normatizá-los, inseri-los dentro de um padrão.

O sujeito surdo se constitui assim, no âmbito da falta, do déficit, da deficiência, desencadeando diversas nomenclaturas marcadas pelo aspecto da inferioridade: anormal, débil mental, surdo-mudo, mudinho, deficiente auditivo, entre outras. Dessa forma, a norma passa a ser ouvir. Criamos a categoria da normalidade para podermos distinguir o que não se enquadra nela. Está estabelecida, assim, a oposição

ouvinte/surdo. Segundo Foucault (1999, p.179): “Essas relações vão se estabelecer através de múltiplas formas de dominação na sociedade”.

Foucault (1999) alerta que o poder é algo que jamais poderá ser dividido, mas, aquilo que circula, ou seja, que só funciona de forma encadeada, em rede, passa entre os indivíduos, define-os, classifica-os, regulariza-os. Na área de surdez, esse poder se presentifica por atitudes e teorias que desvalorizam a singularidade das pessoas surdas e exaltam o ouvir como única forma de desenvolvimento humano.

Segundo Werner (como citado em Soares, 1999, p.13), Aristóteles “[...] era de opinião que todos os conteúdos da consciência deviam ser recolhidos primeiro por um órgão sensorial e considerava o ouvido como o órgão mais importante para a educação”. Este argumento teria influenciado fortemente os que acreditavam que os surdos não podiam receber educação, desencadeando diversos argumentos sobre a ineducabilidade dos mesmos.

Essas posturas funcionam no dizer de Bourdieu (1970), como mecanismos de controle, que contam com uma lógica própria, com agentes definidos, que só são o que são a partir de uma conjuntura que os apoia e os constitui. Então, o que importa é esse conjunto de mecanismos de poder, que excluem, vigiam, classificam e medicalizam o outro.

Com toda ideologia dominante, o ouvintismo⁵ gerou os efeitos que desejava, pois contou com o consentimento e a cumplicidade da medicina, dos profissionais da área da saúde, dos pais e familiares dos surdos, dos professores e, inclusive, daqueles próprios surdos que representavam e representam, hoje, os ideais do progresso, da ciência e da tecnologia, **o surdo que fala, o surdo que escuta** (SKLIAR, 1998, p.17) (grifo nosso).

⁵ Neologismo criado por Carlos Skliar para se referir a imposição oralista e as práticas clínicas terapêuticas dos ouvintes sobre os surdos.

A exclusividade no uso da língua oral e a consequente proibição da língua de sinais retratam as bases das relações de poder/saber que havia entre surdos e ouvintes. Harlan Lane (como citado em SKLIAR, 1998, p.21) correlacionou os olhares paternalistas do colonialismo europeu sobre os nativos africanos e os olhares ouvintistas, colonialistas, sobre os surdos. Que resultou na deslegitimação das línguas estrangeiras e dos dialetos, e considerou-se apenas uma língua, a do colonizador.

Daí essa lógica em torno dos surdos, representando a surdez enquanto uma perda, uma tristeza, um silêncio. Essas ideias servem de suporte para o conjunto de técnicas que se traduzem pela insistência em fazê-los falar oralmente e a consequente proibição de usar outra forma de comunicação que não seja a oral. Daí as incansáveis atividades, intervenções clínicas, exercícios e castigos em busca de uma suposta oralidade superior à gestualidade.

O advento da perspectiva médica acrescenta a esse conjunto de concepções, a denominada ótica científica, assim, paulatinamente, a surdez passa a ser compreendida como uma ausência total ou parcial de condições para ouvir sons dos mais diversos tipos. Podendo se apresentar enquanto perda bilateral, parcial ou total, de quarenta e um decibéis (dB) ou mais, aferida por audiograma.

As causas da surdez são variadas, mas, dentre elas podemos destacar: as embriopatias, viroses, intoxicações medicamentosas, traumatismos obstétricos, eritrosblatose fetal, otites, sífilis, traumatismo craniano, febres eruptivas, meningoencefalites, cerúmen ou corpos estranhos no conduto auditivo, drogas ototóxicas, entre outras. A surdez pode ser classificada de acordo com o local da lesão, o grau de perda auditiva e o período de ocorrência.

Atualmente o diagnóstico de surdez é feito a partir do exame que ficou conhecido como Teste da Orelhinha, obrigatório e gratuito desde 2010, podendo ser

confirmado e detalhado pela Audiometria, que é um estudo da capacidade auditiva do sujeito, por meio da intensidade do som, que permite classificar a surdez quanto ao grau e tipo, além de propiciar orientação quanto à indicação de aparelhos auditivos ou de implante coclear. (Carmozine & Noronha, 2012, p.23).

As pesquisas em torno do implante coclear vêm ocorrendo há mais de duzentos anos, com experiências realizadas diretamente em pessoas e posteriormente em animais e tem por objetivo encontrar a melhor estimulação auditiva a fim de proporcionar impulsos elétricos que favoreçam o aprimoramento da percepção auditiva, conseqüentemente da língua oral. Esses experimentos desenvolveram-se em diversos países, entre eles Itália, França, Rússia e a partir da década de 1990 no Brasil.

Essa tecnologia encontra-se amparada em uma concepção de surdez enquanto uma deficiência a ser corrigida, tratada, reabilitada. Por isso, caminham lado a lado intervenção cirúrgica com o objetivo explicitado acima e habilitação ou reabilitação auditiva realizada por meio de acompanhamento fonoaudiológico.

Pesquisas recentes (Pinto, 2013) acrescenta a já tão polêmica cirurgia de implante coclear, problematizações a respeito de suas conseqüências para quadros psicopatológicos graves, no qual faz duras críticas ao processo de critérios de seleção de “candidatos” ao implante, denunciando a ausência de uma avaliação subjetiva mais contundente, assim como, a passagem de uma semiótica visual estável em surdos implantados para uma semiótica auditiva completamente ou praticamente desconhecida pelo sujeito surdo. Esta prática em alguns casos, diz a autora, pode funcionar como potencial desencadeador de psicoses.

Além do ponto de vista médico, a surdez passou há algumas décadas a ser vista sob um prisma socioantropológico, que compreende que a partir de seu diferencial

biológico, os surdos constroem uma visão de mundo pautada em aspectos culturais, visuais e espaciais.

Nesse sentido, consideram as línguas de sinais, línguas naturais da comunidade surda e seu principal elemento de integração e de caracterização da cultura surda. Além disso, pautam-se em pesquisas a respeito das habilidades desenvolvidas por crianças surdas filhas de pais surdos, para afirmar que a surdez em si não ocasiona déficits cognitivos, afetivos ou sociais. Pois, estas crianças conseguem desenvolver todas estas habilidades, ainda que sejam surdas.

Dessa forma, o modo de ver o surdo e as consequências da surdez passa a ser entendido a partir de outro patamar. A questão do déficit auditivo deixa de ser o enfoque principal, para tomar a frente, um discurso social e político sobre a surdez. Ou seja, o discurso clínico e reabilitador que se baseava na concepção de déficit e a introdução de um discurso social traz a compreensão de diferença. Esta mudança de paradigma influenciou, de alguma forma, alguns estudos e ações relacionadas às pessoas surdas.

Nesse sentido, do ponto de vista socioantropológico, pessoa surda é aquela que possui uma perda auditiva, e que a partir daí compreende e interage com o mundo por meio de experiências visuais, manifestando sua cultura principalmente pelo uso da Língua Brasileira de Sinais (BRASIL, Decreto 5626/05).

Estudos linguísticos comprovam a partir da década de 60 que a forma de comunicação utilizada pelas pessoas surdas é uma língua, uma língua de sinais, que se processa por meio do canal espaço-visual. Em nosso país, a língua de sinais foi reconhecida pela Lei nº 10.436 de 24 de abril de 2002, que a demarcou como meio legal de expressão e comunicação das pessoas surdas brasileiras.

No âmbito legal, denomina-se Língua Brasileira de Sinais (Libras). Esta lei foi regulamentada por meio do Decreto 5626/05 e seu enfoque se restringe principalmente

às áreas da educação e saúde. A Libras, assim, passa a ter reconhecido o seu papel no desenvolvimento das potencialidades cognitivas e sociais do sujeito surdo.

No entanto, pode-se dizer que essas concepções (clínica e socioantropológica) ainda encontram no Brasil muitas dificuldades de diálogo. O ponto de vista clínico ficou mais atrelado ao campo da medicina, fonoaudiologia e algumas experiências escolares, que devido a uma relação muito próxima influenciam a família em sua maneira de pensar a surdez. Por outro lado, a percepção socioantropológica se deteve mais no âmbito comunitário, especialmente nas federações e associações de surdos, escolas e pesquisas acadêmicas, em que a família não recebe tanta influência, mas diretamente os sujeitos surdos vinculados a estas instituições.

Por outro lado, fica cada vez mais evidente a complexidade que envolve os sujeitos a partir de um diagnóstico de surdez, a trama que circunda o sujeito em si, mas, no fundo todos(as) que direta ou indiretamente passam a ter a surdez como referência de seu desenvolvimento, do dos seus filhos(as), estudantes, pacientes etc. “A surdez profunda na infância é mais do que um diagnóstico médico; é um fenômeno cultural com padrões e problemas sociais, emocionais, linguísticos e intelectuais que estão inextricavelmente ligados”. (Sacks, 1998, p.76).

CAPÍTULO II – SURDEZ E ESCUTA: Oposições e correlações

2.1 – Psicologia e Surdez

A psicologia ingressou na área de surdez no Brasil por meio do viés educacional, isto é, por meio da psicologia escolar. E também se inseriu na previamente anunciada discussão na área de surdez: defensores do oralismo e defensores da língua de sinais.

Em outras palavras, seus trabalhos primam ora pelo diagnóstico e reabilitação do sujeito surdo, buscando sua adaptação na sociedade, por meio de uma identidade surda reabilitada, baseada no padrão de normalidade ouvinte. Ora, por meio da compreensão de que os sujeitos surdos se desenvolvem de maneira peculiar pelo canal espaço-visual, em que constroem outra versão de ser no mundo, onde a língua de sinais e, conseqüentemente, a identidade surda, a cultura surda são valorizadas. Estes últimos são psicólogos que trabalham a partir da língua de sinais e do bilinguismo.

No entanto, apesar desta posição ser considerada a da maioria dos psicólogos, os trabalhos científicos têm se apresentado muito mais relacionados ao enfoque reabilitador do que terapêutico. Diversas pesquisas (Siminerio, 2000; Rezende, Krom & Yamada, 2003) demonstram a relação entre ações psicológicas e o modelo clínico terapêutico de surdez, ou seja, o que está no centro desses trabalhos é a surdez em uma perspectiva biológica, sua representação de déficit, e a possibilidade de cura por meio de uma terapêutica psicológica. Assim, passa-se a compreender os surdos como um grupo homogêneo, com desvantagens maturativas, déficit no raciocínio abstrato ou até mesmo uma correlação direta entre a surdez e falhas no desenvolvimento psicológico, especificamente na construção da identidade. (Bisol, Simioni & Sperb, 2007, p.396).

Dessa forma, as pesquisas científicas têm adotado ora um, ora outro ponto de vista de maneira intensa nos estudos psicológicos sobre a surdez. No entanto,

inicialmente houve um predomínio da visão clínica e reabilitadora da surdez, conforme menciona Solé, (2005):

Nos anos 1950, com o desenvolvimento da psicometria, conclui-se que o sujeito surdo se encontrava intelectualmente abaixo do ouvinte. Embora os testes psicométricos utilizados fossem desenvolvidos para estabelecer capacidade cognitiva de crianças ouvintes, sem que isso fosse questionado, esta visão permaneceu por muitos anos, assim como toda a influência da psicologia positivista. (pp. 30-31).

Mesmo o que ficou conhecido posteriormente como “psicologia da surdez” permaneceu dando enfoque a uma perspectiva clínico-terapêutica, isto é, partindo de premissas negativas, e enfatizando uma intervenção curativa. Segundo esta visão: “... a surdez invariavelmente produz, independente do grau de perda, transformações negativas no desenvolvimento da criança surda”. (Solé, 2005, p. 31).

Nesse sentido, alguns trabalhos são encontrados onde o fato de crianças possuírem surdez, passam a serem compreendidas a partir de um padrão considerado inferior ao dito normal, o ouvinte, desencadeando assim uma série de estereótipos aos mesmos. É o caso das pesquisas de Collin (1985) e Marchesi (1987) (como citado em Solé, 2005, p. 31), que informam:

Collin cita várias pesquisas feitas com crianças surdas em que foram detectados problemas de memória imediata, problemas motores e socioafetivos. Marchesi encontra em suas pesquisas diferenças na inteligência de surdos e ouvintes, alegando que os primeiros possuem uma inteligência ligada ao concreto tendo dificuldade de abstração e reflexão.

Estas pesquisas demonstram um olhar etnocêntrico sobre a diferença subjetiva dos sujeitos surdos, onde o defeito, a falta, encontra-se no outro. A nossa dificuldade em lidar com o outro, que se desenvolve, age e aprende de maneira peculiar, é ofuscada

pela negatividade que se outorga a esse outro. Assim, fica mais fácil suprimir as nossas falhas e apontar as dos outros. Ainda de acordo com Solé, (2005, p.31):

A psicologia identifica nos sujeitos surdos outros tipos de problemas como: Dificuldades motoras – desde um problema banal até atraso das aquisições motoras, uma hipotonia ou uma doença; Dificuldades intelectuais – crianças com debilidade mental leve ou profunda que acarreta lentidão na aprendizagem; Dificuldades de comportamento – como agressividade e dificuldade de aceitar limites, fobias, entre outros problemas.

A tese básica que se encontra por trás dessas ações é a concepção de normal e anormal. Normal enquanto arte de estabelecer regras a partir de um grupo escolhido para ser a referência, o padrão e anormal como tudo o que não se enquadra nessa perspectiva. Os que não se encaixam são tratados como desviantes, defeituosos, excluídos. Porém, tudo o que a norma quer é incluir. Incluir todos sob sua égide do que ela considera normal.

Dessa forma, os sujeitos surdos são absorvidos nesse mecanismo de exclusão/inclusão e considerados anormais. Assim, justifica-se o conjunto de intervenções de todas as ordens em busca da normalidade oral dos mesmos.

Além disso, é preciso que se diga que todo esse arcabouço teórico influenciou e continua influenciando diversos trabalhos com os surdos sejam, de cunho psicológico, educacional ou social. No enfoque psicológico, alguns autores consideram totalmente desnecessária uma psicologia do surdo. Trombka (como citado em Bergamaschi, 1999, p.32) afirma que:

Podemos sustentar a partir disso, que não encontramos nem dados clínicos e nem teóricos que venham confirmar qualquer tentativa de sustentar um quadro psíquico particular do surdo. Se assim fosse, estaríamos mantendo a idéia de que é possível enquadrar sujeitos em uma categoria fechada de pressupostos comportamentais.

Segundo a autora, criar uma psicologia específica para surdos poderia acarretar em uma série de estereótipos, que só contribuiriam para deficientizá-los e não para ressaltar e respeitar as suas diferenças. Por outro lado, ela não nega as peculiaridades na subjetividade do sujeito surdo e enfatiza que o trabalho da psicologia com os mesmos exige um redimensionamento, no que, concordamos plenamente. “Os surdos são diferentes entre si como somos todos diferentes entre cada um de nós”. Trombka (como citado em Bergamaschi, 1999, 45).

Na mesma direção e na tentativa de “despsicologizar” a surdez, há a importante obra de Harlan Lane (1992), psicólogo americano, estudioso da área da surdez. Em seu livro *A máscara da benevolência*, critica a visão de como os surdos são tratados pela psicologia, ora de uma perspectiva colonialista, ora de uma perspectiva paternalista.

Lane afirma que os ouvintes adotam uma postura similar à de colonizadores europeus, ao se reportarem às pessoas surdas. Partem de uma concepção preconceituosa e etnocêntrica para defini-los e avaliá-los. Por isso, criaram a conhecida “psicologia dos surdos”, onde não faltaram listas de problemas com o objetivo de caracterizá-los, enquadrá-los. Essa psicologia é identificada por Lane como sendo uma psicologia positivista, comportamentalista e psicométrica. Para Bisol, Simioni & Sperb, (2007, p.396):

O período de maior força do modelo clínico-terapêutico na psicologia foi nos anos 50 e 60, quando surgiu a denominação *Psicologia da Surdez*. O deficiente auditivo era caracterizado como tendo dificuldades motoras, inteligência concreta, lentidão na aprendizagem, agressividade, dificuldade de aceitar limites e impulsividade. Afirmava-se uma relação direta entre as deficiências auditivas e certos problemas emocionais, sociais, lingüísticos e intelectuais, que seriam inerentes à surdez e comuns a crianças, jovens e adultos surdos.

Para Lane, esta psicologia está em busca de uma normalidade, uma cura, por isso, adota uma perspectiva terapêutica/reabilitadora. Além disso, esta visão traça uma correlação direta entre o desenvolvimento linguístico, cognitivo e emocional dos sujeitos surdos e a aprendizagem ou não da língua oral. Em muitas vezes, atrela à surdez déficits mentais trazendo consequências inestimáveis sobre o seu desenvolvimento emocional, relacional e social, somente para citar alguns. Sacks (1998, p.50) enfatiza que:

O diagnóstico adicional de “retardo mental” também é muito comum, e pode permanecer pelo resto da vida. Muitos hospitais e asilos para doentes mentais tendem a abrigar vários pacientes surdos congênitos considerados “retardados”, “alienados”, ou “autistas” que podem não ser nada disso mas tem sido tratados como tais e privados de um desenvolvimento normal desde o início da vida.

Contrapondo-se a esse modelo, Lane propõe um olhar cultural sobre a questão da surdez e das pessoas surdas. A intenção é caracterizar a cultura surda como composta por valores, costumes, expressões artísticas, tradições e linguagens próprias do grupo dos surdos. Para ele, há uma visão estereotipada dos ouvintes sobre os surdos, onde a surdez e, conseqüentemente, as pessoas surdas são avaliadas por meio de um paradigma estigmatizante, preconceituoso, estabelecido através da “psicologia dos surdos”. Dessa forma, adota a visão conhecida como perspectiva socioantropológica da surdez, que é a linha mais forte no campo da surdez na atualidade. Para Bisol, Siminoni e Sperb (2007, p. 396):

Esta mudança de paradigma e mais o ressurgimento das contribuições de Vygotsky, a partir da década de 80, introduzem também na psicologia um novo olhar em relação à surdez. Segundo Góes (1999, p. 37), “nessa perspectiva teórica, o desenvolvimento da criança surda deve ser compreendido como processo social, e suas experiências de linguagem concebidas como instâncias de significação e de mediação nas suas relações

com a cultura, nas interações com o outro”. A autora afirma que não há limitações cognitivas ou afetivas inerentes à surdez, enfatizando as condições sociais da criança surda e as possibilidades para a consolidação da linguagem.

De acordo com os estudos desenvolvidos por Bisol, Siminioni & Sperb (2007, p.399) outra área importantíssima e ainda não contemplada pelos psicólogos brasileiros diz respeito às especificidades dos processos psicopatológicos, diagnóstico e tratamento de surdos adultos em situação de sofrimento psíquico grave (psicose, depressão, drogadição, etc.). E que a área da psicologia clínica ainda precisa ser mais bem investida no que diz respeito à surdez. Nesse sentido, Sacks (1998, p.20), interroga:

Mas e se *outras* vozes forem imaginadas, sonhadas ou “ouvidas” em alucinação? Os loucos freqüentemente têm o sintoma de “ouvir” vozes – outras vozes, muitas vezes acusadoras, que ralam com eles ou adulam; será que os surdos, se enlouquecerem, também terão o sintoma de “ver vozes”? E, em caso positivo, como é que elas são vistas? Como mãos no ar fazendo sinais ou como aparições de corpo inteiro fazendo sinais? (...) Até o presente existem poucos estudos sobre alucinações, sonhos e imagens mentais dos surdos.

Além disso, o autor ressalta: Seria ótimo se houvesse estudos psicanalíticos comparáveis sobre crianças natissurdas – mas isso exigiria um psicanalista que, se não fosse ele próprio surdo, pelo menos fosse fluente na língua de sinais, de preferência que a tivesse como língua nativa. (Sacks, 1998, p.23).

Para Trombka (como citado em Bergamaschi & Martins, 1999, p.50), os profissionais da psicanálise assumem um importante papel no atendimento aos sujeitos surdos:

Estamos colocados no lugar de quem pode ajudar a repensar, reorganizar aquilo que da relação com o filho se desmanchou com a notícia da surdez. Que estragos narcísicos esta ferida fez nas possibilidades de investimento familiar e por onde é possível

reatarmos o nó que se desfez para que o tricô da vida continue sendo tecido? Como podemos costurar os buracos que se abrem nessa rede de sustentação necessária à criança? É papel do psicanalista, seja qual for a escolha realizada pela família quanto a língua ou métodos educacionais, o de escutar as questões relativas àquela estrutura familiar e à subjetividade do surdo.

Pensamos da perspectiva psicoterápica, que a escuta dos sujeitos surdos deve ser garantida. É sobre a possibilidade de um psicoterapeuta ou um psicanalista atender um sujeito que ‘fala’ e se constitui em língua de sinais. Um sujeito que comparece como diferente. Outra língua, outra vivência, outra cultura.

A história dos surdos é a história das relações entre as comunidades surdas e as comunidades ouvintes, é, portanto, uma história que expõe uma luta por poderes e saberes. Precisamos agora escutar outras histórias, mas a partir dos(as) próprios(as) surdos(as), de sua língua, de seu contexto, de sua cultura, de sua subjetividade, de seus sintomas, em suma, de seus sofrimentos psíquicos.

Além dessas perspectivas, a psicanálise também vem se interessando há mais de dez anos por esta questão. Na prática psicanalítica, o que está em foco não é a cura, mas o tratamento.

A perspectiva psicanalítica não aparece na literatura convencional como um modelo de concepção de surdez. Nesta análise, porém, considerou-se que ela não corresponde integralmente nem ao modelo clínico-terapêutico nem ao socioantropológico, sendo por isso analisada como uma categoria à parte. Ao situar-se na perspectiva de não tratar a doença, mas o sujeito que, a partir de uma determinada situação, faz um sintoma, a psicanálise estabelece como foco de suas preocupações a constituição subjetiva do surdo e não a cura da surdez (Solé, 2004). Está distante, desta maneira, da preocupação excessiva com a reparação ou cura de algo que seria um déficit a partir de um fato puramente orgânico. Interroga o sujeito a partir de sua singularidade, apontando para a

imperfeição de qualquer proposta que pretenda ser global, portanto prescritiva, acerca da psicologia da criança surda (Virole, 2001). (Bisol, Simioni & Sperb, 2007, p.396).

Em seguida, faremos uma incursão ao processo de escuta psicanalítica a sujeitos surdos, em linhas gerais, na França e no Brasil.

2.2 – Psicanálise e Surdez.

Freud não falou diretamente sobre análise com sujeitos surdos, mas, em vários relatos sobre os sintomas histéricos, inclusive os do Caso de Anna O. relatou a presença da surdez como sintoma. Em um dos casos, descreveu esse tipo de surdez, como uma surdez histérica, raramente bilateral; com muita frequência, mais ou menos completa, combinada com anestesia do pavilhão da orelha, do canal auditivo e até mesmo da membrana do tímpano.

Em alguns casos, a paciente trazia como sintoma o não ouvir e também Freud nem sempre conseguia escutar. Sua abordagem nem sempre foi a mesma e em alguns momentos, teve que se comunicar na modalidade escrita durante o tratamento, devido à impossibilidade de comunicação por outra via. É claro que esta surdez não é a mesma que os pacientes surdos trazem à nossa clínica, a destes é biológica. Mas, tanto uma como outra provocam repercussões na via da comunicação, conseqüentemente na modalidade de atendimento.

Por outro lado, Freud ressaltou a importância da fala, ou se preferirmos da língua, na eliminação do sintoma. “Lacan, entretanto, foi mais generoso com os sujeitos surdos, referindo-se a eles em mais de duas vezes em seus seminários, mas apenas para expor mais detalhadamente seu pensamento ou fazer uma ressalva como Freud fez.” (Solé, 2005, p. 35).

Ainda de acordo com Solé (2005), no Seminário sobre a angústia (1997), Lacan deixou claro que existem outras vias para receber a linguagem, além da vocalização. Ele foi mais adiante, citando os surdos como representantes dessas vias alternativas, especialmente o caso de Hellen Keller, surdo-cega que ficou conhecida mundialmente por conseguir se desenvolver em todos os âmbitos, inclusive ler por meio da língua de sinais tátil e vibrações tátil-cinestésicas.

Nessa concepção, os sintomas assumem sua importância no desnudamento do inconsciente, isto é, no reconhecimento do desejo. Assim, a linguagem detém um papel central na constituição do sujeito. É ela quem media e intermedia as relações do sujeito com os demais, não podendo ser limitada apenas ao viés linguístico. Em outras palavras, nesta ótica o sujeito só se desloca do biológico, por meio da linguagem. De acordo com Trombka (como citado em Bergamaschi, 1999, p. 470): “A linguagem é simbólica, representa, dá acesso ao sujeito para comunicar-se consigo mesmo e atuar com seus iguais, enfim – humanizar-se – sendo mais abrangente do que a língua e a fala”

Para os pesquisadores da psicanálise e surdez, este viés é fundamental para se compreender a condição do sujeito surdo, muitas vezes assujeitado ao aparato biológico do ouvido e por outras se constituindo como sujeito singular em Língua de Sinais. Nesta perspectiva não há uma correlação entre surdez e patologia, apesar de considerar que a ausência de audição pode desencadear particularidades de desenvolvimento do sujeito. Conforme Bisol, Simioni e Sperb (2007, p.397):

Dentro desta abordagem, o surdo não é situado no mesmo rol das demais deficiências. A situação de estrangeiro que o sujeito surdo vivencia em relação à família e à sociedade é enfatizada (Geovanini, 1997). Em um trabalho mais recente, como o de Carvalho e Rafaeli (2003), o aprendizado da língua de sinais é considerado estruturante para o sujeito.

Com relação especificamente à escuta de sujeitos surdos, a partir do final da década de 80, é possível encontrar alguns autores desenvolvendo pesquisas e estudos a respeito da constituição psíquica do sujeito surdo, sob uma visão psicanalítica, principalmente na França e sob a ótica lacaniana. No entanto, os trabalhos nos ajudam a refletir sobre esta outra dimensão do atendimento psicanalítico e, especificamente, a respeito das singularidades de constituição dos sujeitos surdos.

Neste âmbito, a perspectiva psicanalítica tem tentado se manter à distância do velho debate na área de surdez: oralismo ou manualismo, principalmente aqui no Brasil. Buscando um caminho outro no estudo e atendimento de sujeitos surdos “[...] a psicanálise, em contraponto com a psicologia (...), não se atém à normalização e não busca a cura, é um método de investigação dos fenômenos psíquicos, não podendo ser enquadrada em uma visão reabilitadora da surdez” (Solé, 2005, p. 35). No entanto, é praticamente impossível fugir dessa polêmica. Nesse sentido, questiona-se: que relações se estabelecem quando se pretende escutar sujeitos surdos? Que concepções de surdez e de língua atravessam esse trabalho?

Um desses psicanalistas é Benoit Virole (1993), que escreveu obras sobre os sujeitos surdos, como *Psychanalyse et Surdit * (1993) e *Psychologie de la surdit *, (1996). Este autor se envolve na tradicional discussão a respeito da oraliza o *versus* língua de sinais e afirma: “(...) a partir do conhecimento da língua de sinais,   possível aos psicanalistas atuais oferecerem uma escuta a pacientes surdos. ” (Como citado em Solé 2005, pp. 37-38).

Este autor acredita que a surdez marca o destino identificatório dos sujeitos e contribui decisivamente para a incidência de psicoses e autismos. Um dos aspectos importantes nessa análise se refere ao diagnóstico de surdez e suas implica es na família, assim como, da abnega o materna na constitui o do sujeito.

Para ele, a surdez atua como uma dificuldade à resolução edípica por estar intrincada com a questão das origens e com a diferenciação dos sexos. O sujeito surdo é levado a questionar a origem da surdez, a responsabilidade e a culpa, acusando seus pais por esta diferença. Diz que a marca simbólica da surdez tem na realidade uma certa concretização dos fantasmas imaginários das crianças e dos pais: para a mãe, uma função de porta-voz absoluta; para o pai, um rival estrangeiro de quem o surdo desconhece o nome para usar um nome gestual e, para a criança, uma prova inatingível alimentando os fantasmas das origens e da filiação imaginária (Solé, 2005, p. 38).

Virole (1993) aponta alguns diferenciais no que diz respeito à população surda vir a ser atendida em um ambiente psicanalítico, trazendo implicações para o modelo clássico, como o uso do divã, e para a instalação da transferência a partir da língua de sinais.

Virole, assim como outros psicanalistas, não encontra em seu trabalho características específicas que levem a se entender que seria necessária uma psicologia específica da surdez. As dificuldades ou sintomas apresentados por sujeitos surdos, para Solé (2005), com frequência, dizem mais respeito à: “impossibilidade de colocar os afetos em palavras é, como sabemos, ansiogênico, independente daquilo que impossibilita, seja a falta da possibilidade de articular a palavra ou de utilizar a palavra/imagem da língua de sinais, seja por outra impossibilidade”. (p. 39).

Além disso, Virole critica a forma como os surdos são compreendidos por psiquiatras, como se houvesse uma relação direta entre surdez e psicopatologia. E, conforme Solé (2005), o autor afirma que não há uma diferença entre os quadros de psicopatologia clássica entre surdos e ouvintes. Não tendo qualquer influência nas formas clínicas, mecanismos de defesa ou organizações psicopatológicas, a diferença de níveis audiométricos apresentados pelos surdos.

No Brasil, os estudos psicanalíticos a respeito de sujeitos surdos têm englobado ora a família, as instituições educacionais, ora diretamente o sujeito surdo. Destacaremos alguns trabalhos feitos nesse âmbito, enfatizando sua relação com a concepção de surdez e de língua.

Alguns trabalhos psicanalíticos referem-se especificamente aos sujeitos surdos. É o caso de Solé (2005) que reconfigura o espaço psicanalítico a fim de escutar sujeitos surdos em língua brasileira de sinais, problematizando a técnica psicanalítica e reivindicando que: [...] “o campo da fala”, em psicanálise, não seja reduzido à dimensão acústica da linguagem. (p. 13). Conforme a autora: “A surdez interroga o humano em cada um e interroga os psicanalistas quanto ao dispositivo clássico da cura em suas leis fundamentais, traduzidas, nos momentos das sessões pelo interdito do olhar e do tocar, do convite à associação livre e à atenção flutuante”.

Com o mesmo propósito de questionar a técnica psicanalítica e ressaltar a ética psicanalítica, destaca: “Penso que não é o divã que define uma prática como psicanalítica, nem necessariamente a cura passa pela necessidade de o paciente não enxergar o analista; desprender-se do olhar não implica deixar de vê-lo”. (Solé, 2005, p.13).

Solé (2005, p.18) inicia sua discussão fazendo uma provocação no que diz respeito ao encontro com a surdez. De acordo com ela, esta relação:

(...) faz brotar a relação que sustentamos com este Outro que nos habita, dimensão de alteridade que queremos, sem cessar, reduzir, ignorar e fazer calar. Muito além de uma simples experiência sensorial, nossa própria estrangeiridade e as maneiras pelas quais nós tentamos domesticar, são concernentes às relações alimentadas com este outro dito surdo. É uma experiência singular porque podemos sempre ser tentados – por nossa própria história edípica – a promover a mudez, o *l’infans*, com aquele que não ouve.

Considerando também que o sujeito surdo se constitui a partir de um lugar de estrangeiridade tanto na família, quanto na sociedade, Geovanini (2005, p.256) interroga:

[...] se o surdo pode se constituir, como o ouvinte, numa neurose, ou psicose ou perversão, o que na constituição do sujeito neurótico acarreta esta falha no simbólico?
[...] dificuldade na constituição da lei, há no surdo uma especificidade quanto a essa questão. O que dessa especificidade pode ser atribuída à surdez? De que surdez se trata?
Quem é o surdo nesta questão?

No que diz respeito à necessidade de uma psicologia específica para surdos, Solé (2005) concorda com outros autores (Lane,1992; Meynar, 1995; Virole, 1993) que não há nenhuma necessidade, o que ressalta é a inevitável capacidade do profissional saber a língua do seu paciente.

Geovanini (2005) também defende a escuta desses sujeitos em língua de sinais, porém pondera sobre o que instaura uma transferência não é necessariamente uma língua comum entre o analista e o paciente, mas o lugar de sujeito suposto saber outorgado ao profissional. Por outro lado, destaca que os surdos e os pais geralmente só outorgam esse lugar de Outro, quando o mesmo sabe língua de sinais.

Assim, a autora aponta as singularidades do sujeito surdo, que quando são colocadas junto com as outras pessoas com deficiência ficam subsumidas, não contribuindo para que de fato se dê o encontro entre o profissional e o paciente, com suas verdades, simbologias, idiosincrasias, entre outras.

Solé (2005, pp.20-21) no intuito de compreender analiticamente o sujeito surdo, toma como ponto de partida os primeiros meses de vida:

A surdez congênita ou adquirida nos primeiros meses impede o bebê de escutar a voz materna, impede-o de inserir-se na linguagem no mesmo momento e do mesmo modo

que se insere um sujeito ouvinte. Que consequências isso pode trazer à sua constituição subjetiva? E como essas consequências se manifestam na clínica psicanalítica?

É sabido, afirma a autora, que o sujeito surdo se desenvolve por outros meios, além das já costumeiras vias auditivas, e que esta diferença marca decisivamente a constituição psíquica do sujeito surdo. A autora cita Freud (1999, 1973) quando ele se refere à surdez em dois momentos em toda sua obra: quando afirma que os surdos não constituem um caso de afasia e quando ressalta que, no caso dos surdos, os componentes visuais da representação verbal não são meros auxiliares.

Solé (1998) declara que o seu estudo se volta aos sujeitos surdos profundos, usuários da língua de sinais ou oralizados que perderam a audição no período gestacional ou nos primeiros meses de vida com surdez profunda, ou que não são capazes de ouvir a voz humana sem a devida protetização.

Para Solé (2005) a surdez é, no mínimo, problematizadora da constituição do Eu, portanto parte do princípio que a ausência da língua materna na primeira infância, torna muito difícil a inserção desse sujeito no simbólico e na construção de uma identificação simbólica. Nesse sentido, aponta:

O diagnóstico de surdez e a representação que seus pais têm da surdez favoreceu o risco do excesso e violência secundária, colocando esses sujeitos, na melhor das hipóteses, em uma adolescência prolongada ou, na pior hipótese, em uma infância prolongada. Por essas razões, suponho que a surdez, nesses sujeitos, foi um facilitador para o surgimento de patologias e uma potencializadora de patologias enquistadas nesses pais ouvintes (p.22).

Solé (2005) aponta ainda a falta de limites em alguns sujeitos e a frequente agressividade dirigida à mãe, como queixas trazidas até o consultório. Em alguns casos, diz, apresentam grande dificuldade de romper o vínculo com os pais, em outros a vergonha na emissão de sons e outros ainda dificuldades nos relacionamentos sociais

com surdos, mas principalmente com ouvintes e uma dependência exacerbada da família, principalmente da mãe.

Embora não necessariamente possuíssem uma estrutura psicótica, suas construções sobre o outro e a realidade eram, muitas vezes, inadequadas e não compartilhadas pelo discurso dos ouvintes, a ponto de poderem ser assemelhadas a um delírio. [...] apresentavam nenhuma curiosidade intelectual ou possuíam uma ansiedade diante da possibilidade de estarem perdendo conhecimentos imprescindíveis, como se os ouvintes fossem capazes de saber tudo, apontando para uma idealização do lugar do ouvinte. Quando esses adolescentes eram questionados, normalmente respondiam de maneira a remeter o saber e a solução para a mãe. (p.24-25).

Outras queixas apresentadas pelos surdos na clínica de Solé (2005) ou apontados por familiares ou professores, segundo a autora, são descritos como explosões de agressividade e descontrole diante de adversidades. Além disso, ela relata casos de baixa tolerância à frustração e a entrada com bastante facilidade em crises depressivas, inclusive afirma ter encontrado traços depressivos na maioria dos sujeitos atendidos e uma forte alienação do pensamento no pensamento da mãe ou de seus substitutos.

A falta de audição, provocando, além disso, a falta de uma língua oral ou de sinais, até uma idade que posso dizer avançada (em média de três a cinco anos, podendo, em alguns casos, atualmente mais raros, ir até nove anos ou mais), causou uma “barreira” na constituição subjetiva destes indivíduos, o que, muitas vezes, a visão não foi capaz de substituir, tornando-se uma prótese “mal colada”. Foi necessário um esforço extra para transpor essa “barreira” que, muitas vezes, a relação com os pais só veio a dificultar. (Solé, 2005, p.26).

A autora destaca a importância da visualidade no desenvolvimento do sujeito surdo, porém, ressalta que para a psicanálise a constituição subjetiva é principalmente dependente da audição da voz e da palavra na passagem para o simbólico. Nesse

sentido, confirma que a falta de inserção em uma língua precocemente e a representação que os pais têm da surdez, principalmente a mãe ou substituta, são determinantes na dificuldade de acesso ao simbólico, trazendo como consequência os traços depressivos citados anteriormente. Conclui que o olhar do analista sustenta, nesses casos, uma nova imagem que o sujeito necessita para reconstruir um percurso com outras possibilidades.

Por outro lado, Geovanini, (2005) questiona se podemos atribuir essa falha no simbólico à ausência de audição e, conseqüentemente, à falta de uma língua nos primeiros anos de vida. Dessa forma, complementa: “A surdez nos aponta que isso se dará por qualquer meio possível de comunicação. A palavra, enquanto significante, se expõe de várias formas. Aqui não se trata da voz enquanto sonorização, mas sim da palavra” (p.258). Nesse sentido, destaca importante contribuição de Lacan (Seminário X) no que diz respeito à linguagem: “Tudo o que o sujeito recebe do Outro por meio da linguagem, a experiência ordinária, recebe sob a forma vocal. Mas há outras vias além das vocais para receber a linguagem: a linguagem não é a vocalização”.

Segundo Dolto (como citado em Solé 1998, p.37): “a língua de sinais é, para todas as crianças, mais antiga do que possamos acreditar, que a língua oral”. Enquanto para Solé (1998) há nessa posição um equívoco de Dolto, pois nem todos os surdos se desenvolvem em língua de sinais desde cedo, muitos somente aprendem a língua de sinais tardiamente na escola.

Para Geovanini (2005), a partir da afirmação de Lacan, depreende-se que o surdo vai poder ser atravessado pelo simbólico, ainda que tenha uma língua estrangeira à do discurso da mãe. Porém, quando se trata do desejo, questiona o lugar ocupado pelo sujeito surdo no desejo do Outro, destacando que, em muitas vezes, o sujeito mantém-se no lugar do objeto da mãe, alienado ao seu desejo.

Dois fatores chamam atenção no relato de Solé (2005), um é o que a autora denomina de sobredeterminação da fala na constituição subjetiva do sujeito, pois ao mesmo tempo em que reivindica que a escuta em psicanálise vá além da dimensão acústica da fala, permitindo que a língua de sinais seja inserida nessa seara, relaciona os traços depressivos nos sujeitos surdos atendidos com a ausência de uma fala oral na infância.

Sabemos que a Psicanálise não se encontra reduzida à dimensão acústica da linguagem, Freud (1976, Vol. XIII) esclareceu isso, quando falou da interdisciplinaridade entre a Linguística e a Psicanálise: “... no que se segue a expressão ‘fala’ deve ser entendida não apenas como significando a expressão do pensamento por palavras, mas incluindo a **linguagem dos gestos** e todos os outros métodos, por exemplo, a escrita através dos quais a atividade mental pode ser expressa.”

Nesse sentido, Geovanini (2005, p. 258) afirma: “É comum que a mãe e seu filho surdo estabeleçam uma linguagem própria que permite a possibilidade de alguma comunicação”. Por mais que esses pais tenham recebido orientação dos profissionais para que não a utilizem com os filhos surdos, na maioria das vezes, esse surgimento é inevitável. A mãe precisa se comunicar com esse filho e ele com ela. E a primeira comunicação entre mãe e filho, muitas vezes, vem apoiada nessa forma peculiar de comunicação. Nesse diálogo inicial, ocorre o desenvolvimento dos afetos, da emoção, do brincar, que também está em jogo. Para Dalcin (como citado em Quadros, 2006, p.195):

As causas levantadas para o uso dessa língua restrita são as seguintes: 1) as condições naturais que toda criança tem para construir uma língua; 2) as necessidades comunicativas entre a mãe e a criança, atribuídas ao psicólogo; 3) a ausência de um modelo de língua a ser imitado, já que a mãe não sabe a língua dos “surdos” e a criança não tem acesso natural à língua falada.

Por outro lado, sabe-se que há casos em que esse diálogo não ocorre e que o olhar da mãe ou da substituta, pode estar voltado para outra coisa, na maioria das vezes essa coisa é a busca interminável pela cura da surdez. Nesse sentido, concordamos que sofrimentos psíquicos podem ser sentidos nestes sujeitos. Mas, se o diálogo entre mãe e filho surdo é sustentado, ainda que por uma linguagem caseira, gestual, principalmente pela afetividade, a possibilidade de desenvolvimento do sujeito está garantida. Conforme Dalcin (como citado em Quadros, 2006, p. 196):

Os familiares de Pedro e Maria não demonstraram, segundo seus relatos, interesse em aprender a língua de sinais e de interagir com a comunidade surda. Ao contrário, demandaram que eles aprendessem a língua oral. [...] revela-se a tentativa de se evitar o confronto com a diferença que a condição de surdo estampa e visa aplacar a angústia provocada por aquilo que é estranho.

É evidente, no entanto, que a aquisição de uma língua o mais cedo possível, principalmente a língua de sinais, promoverá a imersão no simbólico e o fortalecimento de uma identidade surda, elemento básico para a inter-relação cultural posterior, permitindo um reposicionamento no mundo.

E o outro aspecto é que, apesar de utilizar a língua brasileira de sinais (Libras) em sua prática psicanalítica, a autora não acredita que as diferenças apresentadas pelos surdos possam caracterizar uma cultura surda, ainda mais quando esta concepção tenta se contrapor a uma cultura ouvinte. Utiliza para designar este grupo, por outro lado, o termo comunidade ainda que, conforme a autora, de uma forma mais languageira do que conceitual.

Em outra direção, acreditamos que a terapia com esses sujeitos deve considerar a questão das línguas e das culturas, o sentimento de estrangeiridade apresentados pelos surdos diante de sua família biológica e sua proximidade com a comunidade surda.

CAPÍTULO III - FAMÍLIA E SURDEZ: Pontos e Contrapontos

Meus pais se preocupavam. Por minha revolta, e também porque sou surda. Sobretudo minha mãe. Tinha medo de que eu lhe escapasse, medo de que não dependesse mais dos ouvintes, mas sim de outros, os surdos, e que ela não tivesse mais o controle da situação. Logo, que eu não estivesse mais em segurança. (Laborit, 1994, p.92)

No que tange especificamente às famílias de pessoas surdas, é preciso considerar que a chegada de um filho surdo, pode atingir diretamente a ferida narcísica destes pais. Além disso, é importante destacar que a maioria desses pais desconhece completamente a surdez e a capacidade de desenvolvimento das pessoas surdas e se depara com uma sociedade preconceituosa com relação à surdez, inclusive científica, como explicitado anteriormente, apoiada em concepções de normalidade, que só contribuem ainda mais para a negação desses pais.

Nesse sentido, geralmente o diagnóstico vem apoiado em noções preconcebidas de surdez enquanto doença e as alternativas se colocam no campo da reabilitação e da cura. Os pais ficam reféns dessas informações e dessas compreensões e passam a acreditar nelas veementemente, então mudam a ênfase para a cura da surdez, posto que apenas esta possibilidade lhes é apresentada e não encontram amparo para suas dúvidas com relação ao desenvolvimento global de seu filho, mas especificamente sobre a aprendizagem da língua oral. Nesse sentido os pais, em sua maioria, passam a compor o grupo de pessoas que buscam a cura da surdez em troca de um padrão de normalidade, e acabam por complementar o trabalho dos profissionais da fala em casa.

Danesi (2001, p. 70) afirma em seus estudos, que:

Os pais ouvintes de crianças surdas foram convencidos, na sua grande maioria que o surdo, necessita ser curado, tornam a vida dos filhos uma eterna busca pela oralização,

as crianças passam os dias em tratamentos reabilitatórios, não têm tempo de brincar. Em geral, estes pais, não aceitam a Língua de Sinais e nem a comunidade surda, aliás a grande maioria das vezes, não tomam conhecimento de sua existência. Escondem um desejo secreto, que é o de tornar seus filhos ouvintes.

Dessa forma, não há uma acolhida para os sentimentos desses pais, sendo-lhes proposto uma corrida em busca da sujeição de seu filho surdo ao modelo ouvinte. Assim como não encontram respaldo entre os profissionais, também se deparam com uma sociedade na maioria das vezes, que não compreende a surdez como outra via de desenvolvimento, mas como uma deficiência a ser evitada. Nesse sentido, Danesi (2001) afirma que tudo isto contribui para que os pais rejeitem, consciente ou inconscientemente, seu filho surdo. Dessa forma, este filho passa a ser visto, muitas vezes, após confirmação do diagnóstico, como um fardo, um problema a ser resolvido, uma angústia, e os pais oscilam entre a rejeição pura e a superproteção.

A superproteção também pode ser encarada como uma rejeição, proteger em demasia significa não acreditar nas possibilidades. A superproteção, em última análise, resulta da representação negativa que os pais têm dos filhos surdos. É claro que estas representações estão influenciadas pela estrutura opressiva da sociedade ouvinte sobre os surdos. (Danesi, 2001, p. 78)

Em consequência, os sentimentos desses pais beiram à ambivalência, convivem lado a lado a insegurança e o excesso de cuidados. Olham para seu filho como um ouvinte doente e não o todo, um sujeito, que pode se desenvolver apesar dessa diferença. Para Danesi (2001), observa-se aí, com muita frequência uma mescla de culpa, medo e tristeza.

Assim, em busca de soluções para a situação a família busca ajuda profissional tanto na área de saúde quanto na educação. Estas orientações podem tanto advir de uma

perspectiva médica, clínica, reabilitadora, quanto de uma perspectiva social, educacional, psicológica. Em algumas situações a família amplia a possibilidade de comunicação com seus filhos a partir de uma linguagem caseira, criada internamente ao círculo familiar e exclusiva deste.

Logo, insistimos que a linguagem utilizada entre mãe (ou substituta) e filho surdo, está para além da vocalização, da língua oral, mas da gestualidade criada entre eles, que se constitui, a nosso ver como momento antecipatório da língua de sinais e faz parte da linguagem em geral.

Daí se depreende que não se trata de um vazio, de uma ausência total de comunicação na infância com a mãe, como nos faz crer o trabalho de Solé (2005), por conta da falta da língua oral, pois ainda que não haja língua nos primórdios da existência, há uma linguagem, gestual, concreta, caseira, mas que possibilita o desenvolvimento da subjetividade do sujeito, posteriormente, elaborado quando da aprendizagem de uma língua, de preferência língua de sinais. Não é a ausência de língua que cria as condições para um sofrimento psíquico posterior, mas a ausência de amor, de investimento, de afeto entre os dois. Segundo Dalcin (como citado em Quadros, 2006, p. 195):

Ao estudar esse sistema de código familiar, Behares e Peluso (1997) perceberam que as crianças surdas filhos de pais ouvintes têm, aos três anos de idade, um modo particular de se comunicar que é diferente da língua oral majoritária, da língua de sinais da comunidade surda do lugar em que vivem e dos instrumentos artificiais de manualização da língua oral majoritária (alfabeto manual, línguas sinalizadas). As crianças “conversam” com suas mães e, às vezes, também com outras pessoas da família em um sistema próprio de “gestos” que pode durar anos, muitas vezes até o fim de suas vidas.

Dependendo da forma como a família recebeu e conduziu as orientações recebidas, ela pode contribuir com o desenvolvimento do filho surdo em uma ótica ou em outra. Em alguns casos ocorre que a família não consegue fazer o luto pela surdez do filho e começa a travar uma luta quase patológica com a questão da surdez, em busca de uma cura ou de uma reabilitação que possa pôr fim àquela realidade e possibilitar que o filho idealizado (ouvinte) possa se fazer presente, que esquece de investir na relação afetiva com os filhos. Em outras, questões de ordem afetiva mesmo impedem que o ambiente seja acolhedor e torne o sujeito surdo, um sujeito surdo criativo.

Em muitos casos, resta-lhes adotar uma perspectiva curativa da surdez e buscar nos trabalhos de oralização o filho ouvinte perdido ou idealizado. Atualmente, além de toda a instrumentação tecnológica criada para o surdo ouvir, convivemos também com a invenção de uma cirurgia no ouvido, a fim de ser realizado um implante na cóclea, que possibilite de forma mais límpida a escuta dos fonemas, por consequência o desejado desenvolvimento da língua oral. Nesse sentido, Dalcin (como citado em Quadros, 2006, pp. 196-197) afirma:

Essa angústia se expressa na ambivalência em relação ao estranho, a qual, por um lado, demanda a exclusão dele e, por outro, o seu acolhimento. Essa ambivalência aparece na família dos surdos através dos sentimentos expressos e da forma como os familiares agem com o membro surdo, algumas vezes, aceitando-o buscando aprender a sua língua, em outras, rejeitando-o, negando a surdez e exigindo que ele se expresse oralmente e, em outras ainda, superprotegendo-o. Em geral, em decorrência da angústia diante dessa estranheza, a família acaba realizando um movimento de afastamento, excluindo-o linguística e culturalmente.

Em geral, por orientação de alguns profissionais, os pais evitam o contato de seu filho com outros surdos que tenham se desenvolvido por meio da língua de sinais e não se relacionam com a comunidade surda e seus membros, a fim de que o projeto de

constituição de reabilitação do filho surdo em ouvinte obtenha sucesso. Ainda de acordo com Dalcin (como citado em Quadros, 2006, pp. 187-188):

O posicionamento médico/científico mostrou-se “surdo” às questões da constituição psíquica do sujeito surdo, negando-lhe o processo de humanização, que só é possível no momento em que ocorre o convívio humano e a participação, que levam ao mundo dos símbolos por meio da aquisição da linguagem. Dessa forma, os surdos acabaram por se afastar de sua comunidade, de sua língua e de sua cultura em virtude das tentativas de adaptação propostas pelos discursos médicos, psicológicos, econômicos, políticos e religiosos, que tinham como objetivo fazê-los falar, minimizando as diferenças e aplacando o mal-estar que a condição dos surdos provoca.

Em vários casos, há relatos de famílias que apontam para a omissão da figura do pai nessa relação e a mãe passa a assumir a condução do desenvolvimento desse filho. Para Danesi (2001, p. 78): “[...] são as mães, com raras exceções, que tomam para si a tarefa de educar o filho surdo. Não é que os pais não tenham suas próprias convicções, mas parecem abdicar do direito de opinar ou simplesmente se omitem do dever de orientar”.

Conforme os estudos desta autora, a reação dos pais diante de um filho surdo encontra-se condicionada ao tempo de convivência com este filho, sendo considerado o momento mais difícil a parte do diagnóstico e a infância, pois o desconhecimento dos pais a respeito da surdez, as informações clínicas recebidas dos profissionais e a relação com a sociedade majoritária, tornam esta fase bastante difícil e angustiante. À medida que esse filho surdo vai se desenvolvendo, segundo a autora, a família passa a lidar melhor com a questão.

Esclarece-nos ainda que, já há nessa época uma melhor aceitação da surdez e o nível de informação dos pais a respeito cresceu bastante, inclusive com relação à língua de sinais. Porém, apesar dos constantes fracassos, o antigo desejo de que seus filhos

surdos tornem-se ouvintes, persiste e continuam a insistir na reabilitação, no uso das próteses auditivas, no tratamento fonoaudiológico, entre outros. Porém, destaca que na verdade o que esses pais temem é a perda dos filhos para a comunidade surda, pois os laços afetivos em muitos casos são maiores nestas comunidades do que na própria família.

Assim, este estudo aponta que quando os filhos surdos atingem a idade adulta, os pais já abandonaram o projeto almejado de normalização, proposto pelos profissionais e a aceitação do filho surdo e de sua língua encontra-se mais fortalecida. Pela convivência, perceberam que seus filhos foram capazes de estudar, trabalhar e realizar tantas outras coisas que não dependem, necessariamente, de uma língua oral, assim passam a operar muito mais no plano da realidade do que da idealização.

Em nossa perspectiva, em parte isso é verdade, mas nem sempre se dá dessa forma. Em muitos casos, a aceitação não se concretiza. Há muitos pais que, mesmo quando os filhos atingem a idade adulta, permanecem na busca incansável do filho idealizado ouvinte, proibindo o uso da língua de sinais ou negando-se a falar com seus filhos nessa língua, insistindo para que os mesmos utilizem a língua oral em sua comunicação, sem jamais participar da comunidade surda.

Os adultos surdos, em geral, já adquiriram mais independência desse olhar dos pais, conseguem sair de casa, libertando-se dessa promessa e encontram na comunidade surda, nas escolas, nas associações e federações, pontos de fortalecimento da identidade e da cultura surda. O que vemos cotidianamente são pais que se sentem enfraquecidos diante do desenvolvimento de seu filho surdo, e desistem de sua empreitada, em geral não pela aceitação da surdez e de seu filho, mas por falta de forças para o enfrentamento.

Para Dalcin (como citado em Quadros, 2006, p. 188), havia nos surdos adultos que nasceram surdos e que tiveram contato tardio com a língua de sinais, uma forma particular de lidar com o simbólico, com a cultura familiar, com as regras estabelecidas e com os valores instituídos desde cedo. Para o autor:

[...] a compreensão dos assuntos abordados circulava em uma dimensão mais concreta, mais centrada no corpo, menos metaforizada, em que diversos temas eram concebidos “ao pé da letra”. A lei que apresentava uma vigência significativa era aquela organizada pela comunidade surda, colocando a família de origem num lugar secundário, já que eles se definiam como estrangeiros em relação ao núcleo familiar. As identificações centravam-se em torno da comunidade surda, na qual o reconhecimento de si passava pelo sinal próprio (recebido da comunidade surda) e não pelo nome próprio (recebido da família).

Por outro lado, o mesmo não se vê quando os surdos são filhos de pais surdos, praticamente 5% da população surda. A partir da experiência dos pais enquanto surdos, que assumiram uma posição desejante diante do mundo, isto possibilita com que o desenvolvimento de seu filho surdo se dê de forma natural, por meio de uma comunicação firme e profunda da língua de sinais, e a partir de um modelo identificatório positivo com a surdez. “A fala, em particular, pode ser considerada como a marca, por excelência da sujeição desejante”. (Lajonquière, 2010, p.150).

Nesse sentido, pesquisas (QUADROS, 1997; SKLIAR, 1998) comprovam que, de maneira geral, os filhos surdos de pais surdos não apresentam atrasos linguísticos, cognitivos, sociais e emocionais ocasionados pela ausência de língua. Seus pais desde cedo estabelecem uma comunicação com seus filhos, marcada pelo olhar e pela língua de sinais. Os conceitos são transmitidos naturalmente de uma geração para outra. Desde cedo convivem com outros pares surdos, além de seus pais, a comunidade surda da qual seus pais participam, apresentando uma identidade surda fortalecida e autoestima

elevada e uma percepção da surdez completamente diferente da que os pais e alguns profissionais da área da saúde e da educação têm.

Com relação à família, Winnicott 1989 [1965], considera-a uma instituição importantíssima e diz que quando a sua existência é saudável, torna-se capaz de evitar sofrimentos e possíveis traumas, tendo grande influência no desenvolvimento emocional dos filhos. E jamais deve ser substituída por qualquer psicoterapia, a menos que ela própria esteja precisando de cuidados.

Quando a família está funcionando, o objetivo do terapeuta deve ser capacitar a criança que está sendo trazida para tratamento a fazer uso daquilo que a família pode, na realidade, fazer melhor e de modo mais econômico do que qualquer outra pessoa, a saber, o cuidado mental global durante todo o período, até que a recuperação tenha se dado (Winnicott, 1989 [1965], p.111).

Winnicott diz ainda que com relação à função da família de proteção quanto ao trauma, geralmente é reconhecida como bem-sucedida no que diz respeito aos traumas grosseiros, porém, o mesmo não se dá quando se trata de traumas sutis.

Dentre esses traumas sutis, Winnicott 1989 [1965] ressalta as ansiedades do tipo impensáveis ou arcaicas, que se caracterizam por se apresentarem em bebês ou crianças em que o cuidado esperado para essa fase fracassou, desencadeando traumas precoces. Ele exemplifica como: sensação de queda eterna (certa integração é mantida), desintegração, despersonalização e desorientação (nenhuma integração é mantida).

No próximo capítulo, aprofundaremos a teoria winnicottiana e como ela pode nos ajudar a compreender o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos.

CAPÍTULO IV – CONTRIBUIÇÕES WINNICOTTIANAS: Desenvolvimento Emocional

Para compreendermos a questão do sofrimento psíquico em sujeitos surdos, parte-se dos estudos e princípios winnicottianos da Teoria do Amadurecimento Emocional, que considera fundamental que uma criança receba cuidados satisfatórios no período infantil e que isto torna-se imprescindível ao seu desenvolvimento. Nessa ótica, ele assegura que,

[...] a saúde da psique deve ser avaliada em termos de crescimento emocional, consistindo numa questão de maturidade. O ser humano saudável é emocionalmente maduro tendo em vista sua idade no momento. A maturidade envolve gradualmente o ser humano numa relação de responsabilidade para com o ambiente (Winnicott, 1990, p. 30).

Dessa forma Winnicott aponta que quando a mãe engravida geralmente ocorre um processo simultâneo de identificação com o bebê, apresentando seu auge no período perinatal e recuando gradativamente após o nascimento. Além dos mecanismos internos que impulsionam essa identificação, o ambiente corrobora diretamente. Winnicott destaca que esta situação faz parte da função materna, que foi construída paulatinamente nos nove meses de gravidez.

É por causa desta identificação com o bebê que ela sabe como protegê-lo, de modo que ele comece por existir e não por reagir. Aí se situa a origem do self verdadeiro que não pode se tornar uma realidade sem o relacionamento especializado da mãe, o qual poderia ser descrito com uma palavra comum: devoção. (Winnicott, 1983 [1963], p. 135)

Para falar desse início de relação, Winnicott postula o que denominou de mamada teórica, que é representada pelo momento inicial em que a mãe oferece o seio ao bebê, mas não se reduz a esse aspecto isolado, mas ao processo que se dá a partir daí e que vai pouco a pouco se constituindo na memória do lactente. Não é necessariamente o ato em si de dar a mamada, mas a relação emocional que se configura desde esse momento, criando-se, assim, um padrão. É claro que se está se referindo a uma relação saudável que se desenvolveu entre ambos, principalmente por parte da mãe.

Em razão disso, Winnicott, 1983 [1963] alerta para a importância das primeiras horas e dos primeiros dias após o nascimento, que coincidem com a mamada teórica, como fundamentais no desenvolvimento do sujeito. Defende, portanto, que o lactente ao nascer seja colocado no berço ao lado da cama da mãe. “[...] ela é a única pessoa realmente indicada para adaptar-se às necessidades do bebê, necessidades sinalizadas de formas tais que exigem a sutileza de entendimento da mãe verdadeira.” (Winnicott, 1983 [1963], p.133).

Dessa forma, o que Winnicott propõe com o conceito de mamada teórica, não diz respeito diretamente ao reflexo biológico de mamar, mas está intimamente ligado a ele. A mamada ou as mamadas, nesse contexto, promove o desenrolar de um tempo de maturidade emocional que ocorrerá no bebê e se os envolvidos no momento do nascimento desse bebê desconhecem tal importância, torna-se preocupante, tanto para a mãe quanto para o lactente, pois ambos sofrerão as consequências dessas possíveis falhas.

Por outro lado, é sabido que se este processo encontra falhas severas em sua realização, teremos um desenvolvimento emocional deficitário, porém, se ocorrer tranquilamente, o lactente se sentirá seguro para criar. “Nesta primeira mamada (teórica), o bebê está pronto para criar, e a mãe torna possível para o bebê ter a ilusão de

que o seio, e aquilo que o seio significa, foram criados pelo impulso originado na necessidade”. (Winnicott, 1983 [1963], p. 121).

Neste momento, Winnicott atribui à mãe um papel essencial no deslanchar do desenvolvimento do lactente, é a permissão da ilusão. É possibilitar que o bebê imagine que possua o poder de criação, considerando o envolvimento emocional que se dá ali. Essa relação ocorre inconsciente e paulatinamente. Se ela se dá de maneira saudável, o bebê enfrentará as mudanças posteriores que, com certeza, virão no processo de desenvolvimento, a partir de um patamar de confiança em si. “A ilusão deve surgir em primeiro lugar, após o quê o bebê passa a ter inúmeras possibilidades de aceitar e até mesmo utilizar a desilusão”. (Winnicott, 1983 [1963], p. 121).

Para designar esse período onde a maternagem se torna imprescindível, Winnicott criou um termo, que ao mesmo tempo, engloba uma função: Mãe suficientemente boa, que se caracteriza por uma ação materna que incentiva a onipotência do bebê, e que o faz de maneira contínua, para o desenvolvimento do *self* verdadeiro.

Esta fase inicial de desenvolvimento é nomeada por Winnicott, 1983 [1963] como dependência absoluta, o lactente está completamente dependente dos cuidados ofertados a ele, incluindo o ambiente criado para este propósito. Assim, na medida em que o bebê depende do outro para se desenvolver, é preciso que na mesma direção ocorra uma adaptação da mãe em relação a esta dependência, consistente, longa e simbólica, para que as possíveis falhas não desencadeiem desordens no desenvolvimento emocional do bebê. Assim, diz ele, a mãe supre uma função de ego auxiliar.

Winnicott não descarta a possibilidade de outras pessoas assumirem o papel das mães e conseguirem contribuir com esse processo de desenvolvimento, por meio de

uma adaptação extrema às necessidades do bebê, ou seja, uma identificação direta com o lactente, mas enfatiza que a pessoa certa é a mãe. Winnicott, 1983 [1963]. Para ele, o amor que a mãe sente pelo bebê é provavelmente o mais verdadeiro de que de qualquer outro e isso lhe dá condições insubstituíveis de construir um ambiente emocional adequado para que o mundo seja apresentado da melhor forma ao bebê, por meio de um relacionamento completo.

Não há nesse argumento nenhuma rigidez com relação ao desenvolvimento do lactente e a adaptação da mãe. Mas, um indicativo do que deve ser feito para que o bebê obtenha um desenvolvimento emocional saudável. Falhas podem e irão ocorrer, inclusive considerando os diferentes tipos de bebês e de processos de adaptação das mães, mas não poderão ser persistentes e nem significativas, sob o risco de provocarmos uma reviravolta ou uma ruptura nesse processo.

Nesse sentido, é que o papel da mãe se destaca, pois dependerá dela o desenlace. Ela proporciona a criação de um ambiente que acolhe e promove a criatividade do lactente, que se encontra relacionada à ação de construir uma ilusão, ilusão de ter criado o seio ou a própria mãe.

Vale ressaltar que nem sempre a mãe conseguirá realizar isto sozinha, em alguns casos ela precisará do apoio de seu companheiro, para que esta tarefa seja cumprida e para que o leite seja produzido, a fim de dar início a essa relação entre mãe e bebê. Então, haverá singularidades nessa demanda de adaptação da mãe, que não interferirá de forma negativa no transcurso do desenvolvimento. O que o lactente necessita é potencializar sua criação e a mãe, descobrir o percurso natural dessa negociação.

Uma inauguração tão delicada do relacionamento exige certas condições, e é preciso admitir que as condições apropriadas em geral estão ausentes, em razão da tendência generalizada nas maternidades de ignorar este início tão fundamental e tão vital do

relacionamento entre o bebê e aquilo que nós já conhecemos como sendo o mundo em que o bebê irá viver. (Winnicott, 1983 [1963], p. 122 e 123).

Em outras palavras, se a mãe consegue se adaptar bem a essa fase do bebê, este passa a acreditar que tem poderes criativos que desencadeiam o mamilo e o leite, conseqüentemente, sentem-se criadores do mundo, ainda que isto seja uma inverdade, uma ilusão (alucinação). Mas esta experiência de potência é imprescindível ao desenvolvimento emocional.

A partir desse contexto assinala que o desenvolvimento saudável do bebê trata-se muito mais de questões emocionais do que físicas. Um dos aspectos considerados fundamentais ao desenvolvimento emocional do bebê para Winnicott, 1983 [1963] é a forma como a mãe segura o bebê, envolve-o, como se dá o encontro entre o corpo da mãe e o corpo do bebê. Esse conjunto de cuidados infantis é descrito por ele como *holding* (sustentação), que começa simples e pouco a pouco se torna complexo, evoluindo para o *handling* (manejo).

Nesse âmbito, sustentar envolve todo o complexo ato de segurar a criança, sustentar seu desejo, suas necessidades.

É possível dizer que aos poucos o bebê se torna capaz de alucinar o mamilo no momento em que a mãe está pronta para oferecê-lo. As memórias são construídas a partir de inúmeras impressões sensoriais, associados à atividade de amamentação e ao encontro do objeto. No decorrer do tempo surge um estado no qual o bebê sente confiança em que o objeto de desejo pode ser encontrado, e isto significa que o bebê gradualmente passa a tolerar a ausência do objeto. Dessa forma inicia-se no bebê a concepção da realidade externa, um lugar de onde os objetos aparecem e no qual eles desaparecem. (Winnicott, 1983 [1963], p. 126).

Nesse sentido, Winnicott descreve a forma como os bebês lidam com a realidade externa, especificamente com os objetos ao seu redor ou estritamente com um determinado objeto, que ele chama de objetos transicionais. De acordo com ele, o bebê se apropria de determinado objeto e passa a fazer um uso singular do mesmo, sua criação, que não faz parte nem da realidade externa, nem da realidade interna, está no entremeio. Nessa ação sobre o objeto, denominada por ele de fenômeno transicional, é como se o bebê se sentisse onipotente para criar e controlar o mundo, por meio desses objetos.

Esse caráter transicional dos fenômenos e dos objetos, considerado fundamental para o amadurecimento psíquico do bebê por Winnicott, é explicado por caracterizar uma fase de desenvolvimento que se estende a partir da adaptação da mãe à dependência do bebê até a primeira infância. “O “objeto transicional”, ou primeira possessão, é um objeto que o bebê criou ainda que, ao mesmo tempo em que nós assim dizemos, na realidade sabemos que se trata da ponta de um cobertor ou da franja de um xale ou de um brinquedo”. (Winnicott, 1983 [1963], p. 126).

Além disso, Winnicott (1990) aponta que, enquanto o bebê permanece dentro da barriga da mãe, não é considerado, do ponto de vista emocional, uma unidade. Winnicott postula que nesse momento, o bebê encontra-se em um estado de não integração, não consciência, o que não significa caos.

No começo teórico existe o estado de não-integração, uma ausência de globalidade tanto no espaço quanto no tempo. Neste estágio não há consciência. Assim que começamos a falar de um *conjunto* de impulsos e sensações, já estamos muito afastados do início, quando o centro de gravidade (por assim dizer) do self migra de um impulso ou sensação para outro. (Winnicott, 1983 [1963], p.136).

Assim, a partir do estado de não integração, a integração vai ocorrendo de maneira paulatina até atingir a integração de fato. A integração pode tanto ser estimulada por fatores internos quanto externos. Nos internos, elenca a exigência instintiva ou expressão agressiva. E do lado dos fatores externos, ressalta o cuidado ambiental. Dessa forma, ela depende de um meio ambiente facilitador para ocorrer.

Por tudo isso, a integração surgirá como resultado de um processo de desenvolvimento e de cuidados, oferecidos pela mãe e pelo ambiente criado por ela com esse objetivo. Esse cuidado passa a ser incorporado à medida que o *self* se constrói e o indivíduo passa a ser capaz de cuidar de si mesmo. Dessa forma, observa-se que a dependência e a imaturidade, característica marcante da primeira fase de desenvolvimento do bebê, cede lugar aos poucos à dependência relativa e posteriormente à independência.

Quando a integração, em determinado caso, é *proporcionada principalmente por um bom cuidado infantil*, a personalidade pode revelar-se bem estruturada. Se o acento recai sobre a integração através de *impulsos e experiências instintivas* e de uma raiva que mantém sua relação com o desejo, então a personalidade será provavelmente interessante e até fascinante por suas características. Na saúde há quantidades suficientes dessas duas coisas, e a sua contribuição significa estabilidade. Quando não há o bastante de nenhuma das duas, a integração jamais se estabelece por inteiro, ou se estabelece de uma forma estereotipada, hiperenfaticada e fortemente defendida, impedindo que ocorra o relaxamento, ou a não-integração repousante. (Winnicott, 1983 [1963], p. 140).

Com relação à integração, Winnicott descreve ainda outra possibilidade de desenvolvimento, no qual a integração aparece cedo: quando ela resulta de uma excessiva *reação à intrusão* de fatores externos, ou seja, em caso de falhas ambientais precoces.

O membro infantil do “par materno-infantil” se desenvolve no sentido de sua individualidade desde que o ambiente não falhe em suas várias funções essenciais, funções que mudam em sua ênfase e se desenvolvem em suas qualidades à medida que o crescimento do indivíduo prossegue. (WINNICOTT, 1983 [1963], p. 126)

O contrário da integração é a desintegração e não como poderíamos supor a não integração, pois é a desintegração que se caracteriza por um rompimento da estrutura organizativa do indivíduo, a partir de ansiedades impensáveis.

Dessa forma, o processo de amadurecimento herdado pelo indivíduo depende completamente de um meio ambiente facilitador para se desenvolver. E se tudo correr bem, haverá uma progressão do estado de dependência absoluta para a independência relativa, até chegar ao estado de independência. De acordo com Winnicott (1994 [1957], p.72): O meio ambiente facilitador pode ser descrito como *sustentação (holding)*, evoluindo para o *manejo (handling)*, ao qual se acrescenta a *apresentação de objeto (object-presenting)*.

Nesse sentido, duas principais formas de desenvolvimento geralmente podem ocorrer: uma, onde a adaptação da mãe se dá naturalmente e o bebê passa a ser inscrito como ser criativo, potente e real, se constituindo como função da chamada maternagem suficientemente boa. Nesse contexto, o *self* verdadeiro se desenvolve paulatinamente a partir dos estágios iniciais e o gesto espontâneo passa a ser sua concretização.

A outra via de desenvolvimento se caracteriza por não haver uma total adaptação da mãe aos anseios do bebê, ou seja, uma postura não suficientemente boa, trazendo diversas consequências de ruptura ou fragmentação. Neste segundo tipo, mesmo com problemas na adaptação da mãe, o lactente consegue sobreviver, porém, a partir de um patamar, considerado por Winnicott, 1983 [1963], como falso. “O quadro clínico é o de irritabilidade generalizada, e de distúrbios da alimentação e outras funções que podem,

contudo, desaparecer clinicamente, mas apenas para aparecer de forma severa em estágio posterior”. (Winnicott, 1983 [1963], p. 134)

Para o autor, nessa segunda via de desenvolvimento, ocorre uma submissão do lactente ao desejo da mãe, desencadeando um falso *self*, que se comporta como uma espécie da defesa ao aniquilamento do *self* verdadeiro.

Através deste falso *self* o lactente constrói um conjunto de relacionamentos falsos, e por meio de introjeções pode chegar até uma aparência de ser real, de modo que a criança pode crescer se tornando exatamente como a mãe, ama-seca, tia, irmão ou quem quer que no momento domine o cenário. O falso *self* tem uma função positiva muito importante: ocultar o *self* verdadeiro, o que faz pela submissão às exigências do ambiente. (Winnicott, 1983 [1963], p. 134)

O que acontece é que o *self* verdadeiro não consegue se submeter à realidade como o falso *self*. Porém, aquele não se encontra completamente excluído da vida deste. Um indivíduo age por meio do falso *self* adotando uma atitude social protetora do *self* verdadeiro, que vez por outra se deixa mostrar. Não há um padrão de falso *self* ou de *self* verdadeiro, eles se apresentam de maneira gradativa.

Por todas estas ideias apresentadas, na medida em que haja um ambiente suficientemente bom e uma mãe adaptada às necessidades do bebê, o sujeito se desenvolve do estágio de dependência absoluta para a independência relativa e posteriormente para a fase de independência, e o ambiente passa a ser configurado como integrador, possibilitando ao indivíduo o desenvolvimento da integração, da personalização e das relações objetais (Winnicott, 1983 [1963]).

A personalização, nesta concepção, se define como uma conquista da relação entre psique e corpo. Quando isto não ocorre, Winnicott 1989[1965] nos fala de fracassos na confiabilidade ambiental nos estágios iniciais, ou seja, no período de

dependência absoluta, o que provoca rompimentos na linha de existência, traumas no desenvolvimento, a partir de ansiedades impensáveis, sofrimentos psíquicos.

Além disso, quando essa adaptação ao ambiente se dá parcialmente, os bebês sofrem com os obstáculos no estreitamento com a realidade, conseqüentemente com as dificuldades nos relacionamentos. É o caso em que o bebê deteve inicialmente uma provisão ambiental suficientemente boa, mas por algum motivo isto não continuou acontecendo, é a chamada privação. Em outros casos em que os fatores ambientais adversos foram ainda menos severos do que os citados anteriormente encontram-se impedimentos ou fragilidades de desenvolvimento criativo frente ao mundo, é o que Winnicott denominou de doença esquizoide 1983 [1963].

Dessa forma, é com muita frequência que este fracasso resulte em uma cisão que em seu grau máximo é denominado de esquizofrenia e onde a criança não encontra forças para viver. Em graus menos elevados, Winnicott, 1983 [1963] nos aponta a cisão como uma dialética entre o falso *self* e o verdadeiro *self*. A cisão encontra-se presente em todas as crianças, porém o grau dessa cisão é que a levará a ser considerada, um doente ou não. “Nos graus mais brandos de cisão existem objetos mantidos na relacionabilidade secreta interior do verdadeiro *self*, objetos esses derivados de algum grau de sucesso no estágio da primeira mamada teórica”. (Winnicott, 1983 [1963], p.128 e 129).

Nesse sentido, a cisão é preenchida por estados defensivos, que faz parte de todo ser humano, mas não de forma significativa. Só é assim, se houve falhas no cuidado inicial. “[...] à medida que o desenvolvimento se processa, o indivíduo pode absorver a cisão que existe na personalidade, e nesse caso o estar dividido é chamado de dissociação”. (Winnicott, 1990 [1988], p. 159).

Sendo assim, para o autor, quando ocorre uma falha na adaptação ou quando a adaptação não se deu plenamente, o bebê pode desenvolver dois tipos de relacionamentos: um voltado apenas para o seu próprio mundo, espontâneo, que passa a ser entendido como a realidade toda, porém, que em sua maioria apresenta-se incomunicável. Outro, que se desenvolve como um falso *self*, um protótipo de submissão ao mundo exterior, cindido, que briga internamente entre o falso e o verdadeiro *self*, mas que dá mais vazão ao primeiro por meio de uma função defensiva ao *self* verdadeiro.

A partir da relação do falso *self* com a normalidade, Winnicott, 1983 [1963] fez uma classificação, que resumidamente apresenta-se da seguinte forma:

- 1 - quando o falso *self* se apresenta como se fosse o real, mas o mesmo começa a apresentar falhas em diversos contextos;
- 2 - quando o falso *self* se apresenta na posição de defesa do *self* verdadeiro, possibilitando a este uma vida secreta;
- 3 - quando o falso *self* busca emergir o *self* verdadeiro e se não consegue, pode desencadear em um suicídio;
- 4 - quando a base de construção do falso *self* são as identificações;
- 5 - quando o falso *self* é compreendido como uma postura social bem acolhida se constituindo em um ganho secundário.

Para Winnicott, 1983 [1963], por força das falhas no desenvolvimento, pode ocorrer um estado chamado de desintegração, que se dá ao longo das linhas de cisão, e se constitui enquanto uma defesa ao ataque de aniquilamento do *self* verdadeiro, por meio dos sofrimentos ocasionados pelas ansiedades impensáveis. Uma sensação de enlouquecimento, conclui.

Em linhas gerais, de acordo com o viés psicanalítico, as doenças da psique podem ser agrupadas em dois grandes conjuntos: as neuroses e as psicoses. Em se

tratando de neurose, estágio considerado normal nesta perspectiva, engloba-se as dificuldades que surgem diante das relações triangulares familiares, quando a criança encontra-se entre os dois e cinco anos de idade (idade pré-escolar). É o resultado do clássico complexo de Édipo, no estágio de experimentar relacionamentos entre três pessoas totais. (Winnicott, 1983 [1963]). Os conflitos originários dessa trama resultam em esquemas defensivos contra a ansiedade, que podem ser classificados como: fobias, histerias de conversão, neurose obsessiva, depressão, mania de perseguição, entre outras.

Neurose envolve repressão e o inconsciente reprimido, que é um aspecto especial do inconsciente. Conquanto o inconsciente seja em geral o depositário das áreas mais ricas do self da pessoa, o inconsciente reprimido é o cofre em que se guarda (a um grande custo, em termos de economia mental) o que é intolerável e está além da capacidade do indivíduo de absorver como parte de seu eu e de sua experiência pessoal. (Winnicott, 1983 [1963], p.197).

Sendo assim, a psiconeurose significa que a criança conseguiu atingir certo grau de desenvolvimento, até chegar à fase do Complexo de Édipo, englobando os diversos tipos de defesas ocasionadas pelas ansiedades, inclusive de castração e conflitos resultantes das situações triangulares amorosas desse período. Conforme se dá a rigidez dessas defesas, implica diretamente um agravamento da neurose, mas não necessariamente a um grau tal que atinja a personalidade do indivíduo.

Por outro lado, as psicoses englobam as consequências de falhas ambientais precoces, privação emocional, quando o bebê ainda estava na fase da dependência absoluta, ocasionando uma desordem emocional, que se apresenta da seguinte maneira: defesa de cisão por desintegração, perda do sentimento de realidade ou perda de contato. (Winnicott, 1990 [1988]).

Para Winnicott, (1983 [1963]), a questão ambiental tem fator preponderante na etiologia da loucura, a saúde mental está intrinsecamente ligada ao modo como o lactente recebeu os cuidados na primeira infância. Portanto, para se estudar psicose, é preciso se considerar o ambiente. A psicose implica na desordem ambiental. Logo, psicose significa uma ruptura ocorrida no estágio inicial com ausência de provisão ambiental. No entanto, é preciso considerar, ressalta Winnicott, que a partir dessa ruptura o que ocorre é uma organização, geralmente bem-sucedida, de defesa.

Para Winnicott, (1983 [1963]), entre a neurose e a psicose, encontra-se a depressão em seus mais variados graus, constituindo os distúrbios mentais. Há depressões desde o estado normal até o quase psicótico. Em outras palavras, há crises depressivas em indivíduos que atingiram um alto grau de maturidade e integração do *self*.

Assim como, há indivíduos com quadro depressivo que se assemelha à psicose, com sintomas de despersonalização e sentimentos de irrealidade, dificultando sua delimitação, o que é bastante peculiar quando se trata de doença mental.

Dessa forma, Winnicott, (1983 [1963]) classifica a depressão em dois tipos: a depressão reativa e a depressão esquizoide. “[...] doenças mentais [...] São padrões de conciliação entre êxito e fracasso no estado do desenvolvimento emocional do indivíduo. [...] saúde é maturidade emocional, maturidade de acordo com a idade; e doença mental tem, subjacente, uma detenção da mesma”. (Winnicott, 1983 [1963], p.200).

Para o autor, há sempre uma tendência ao amadurecimento, à busca pela cura. A menos que o indivíduo tenha perdido toda a esperança, ocasionada por constantes falhas ambientais. Mas, faz um alerta:

[...] os distúrbios mentais não são doenças; são conciliações entre a imaturidade do indivíduo e reações sociais reais, tanto apoiadoras como retaliadoras. Neste sentido o quadro clínico da pessoa mentalmente doente varia de acordo com a atitude ambiental, mesmo quando a doença no paciente permanece fundamentalmente inalterada. (Winnicott, 1983 [1963], p. 200 e 201)

Em suma, para se falar de psicose, de acordo com Winnicott 1989 [1965], é preciso falar de desenvolvimento. Pois, caracteriza-a como uma interrupção no percurso de desenvolvimento, especialmente na fase da dependência absoluta, como uma carência de provisão ambiental. Então, sintetiza a questão afirmando: “(...) o movimento para a frente no desenvolvimento corresponde estreitamente à ameaça de um movimento retrógrado (e defesas contra esta ameaça) na doença esquizofrênica”. (1994 [1957], p.72)

Partindo destes fundamentos a respeito da importância do paradigma da relação mãe/bebê no período de dependência absoluta e das consequências das falhas ambientais neste contexto, Winnicott constrói suas elucubrações clínicas, na qual o paciente psicótico não irá atualizar o seu passado por meio de uma transferência como o neurótico, mas voltará de certa forma ao passado para viver algo que deveria ter vivido na época da dependência absoluta e que não ocorreu. O detalhamento desta clínica é que será explicitado adiante.

4.1 – Prática Clínica à luz da Teoria Winnicottiana

Para tratar da prática clínica, Winnicott (1986 [1970]) parte do que seria para ele a origem da palavra “cura” e a relaciona com o objetivo da psicanálise. Segundo o autor, possivelmente cura derive de cuidado e neste sentido deve servir à prática clínica, longe do significado adotado pela religião ou pela medicina, no que diz respeito à

eliminação da doença, como um mal a ser destruído. É sabido, afirma, que o ato de cuidar também diz respeito à prática médica.

Então, curar é igual a cuidado nesta acepção e se aproxima de uma abordagem complexa, baseada na confiança, que busca: “[...] fornecer uma psicoterapia que alcance a motivação inconsciente, e que essencialmente faça uso daquilo que se denomina “transferência”. (Winnicott, 1986 [1970], p. 108).

Dando, assim com Winnicott 1986 [1970], grande valor à relação interpessoal nesse cuidado, sem hierarquias, na qual paciente e terapeuta se interconectam para que o processo ocorra. Mas é preciso ressaltar que nesse encontro, há alguém que cuida, sem julgamentos, apenas cuida. Assim, assumimos o papel de cuidadores-curadores, no dizer de Winnicott 1986 [1970].

Uma das questões fundamentais nessa relação para Winnicott 1986 [1970], é a confiança, a proteção contra o imprezível. É isso que precisamos sustentar para que o paciente dê conta de se confrontar com seu sofrimento.

Aceitamos o amor e ódio do paciente, somos por eles afetados, apesar de não provocarmos nenhum deles, nem esperamos obter satisfações emocionais numa relação profissional. Esta deveria ser elaborada em nossa vida privada e nos domínios da vida pessoal, ou então na realidade psíquica interior, estuda-se isso como um fator essencial e dá-se o nome “transferência” para as dependências específicas que surgem entre o paciente e o analista (Winnicott, 1986 [1970], p.110).

Nesse sentido, a transferência perpassa todo o processo, pois é a pedra fundamental do tratamento. No caso de pacientes psicóticos, Winnicott 1986 [1970] aponta que só poderemos construir a transferência, se o paciente conseguir regredir a uma dependência, que possibilite expressar seus pensamentos, sentimentos e sintomas.

Para ele, a função de cuidar-curar do terapeuta está diretamente implicada com a capacidade de brincar, de entrar no jogo, saber se colocar no lugar do outro.

Ocorre que o “cuidar-curar” é uma extensão do conceito de “segurar”. Começa com o bebê no útero, depois com o bebê no colo, havendo um enriquecimento a partir do processo de crescimento da criança, pois a mãe que conhece aquele bebê específico que ela deu à luz torna esse conhecimento possível. (Winnicott, 1986 [1970], p.112 e 113).

Assim, Winnicott torna a ação de cuidar assumida pelo analista como uma ação semelhante ao processo que a mãe adota diante do lactente, é segurar, é sustentar uma dependência, para que o sujeito venha a falar, venha a ser, para depois fazer, isto é, uma extensão do *holding*, um tipo especializado de *holding*. Assim, a clínica deve propiciar a vivência de um ambiente facilitador que deveria ter ocorrido nos primórdios de vida do bebê, semelhante à maternagem, com o objetivo de contribuir para que o paciente entre em contato consigo mesmo e dessa forma, conquiste emocionalmente a autonomia necessária para confrontar seus sofrimentos.

Especificamente com relação ao curar-cuidar que se deve ter com os pacientes psicóticos, Winnicott destaca: “[...] Na área da loucura, o que ocorre é que seu paciente usa sua provisão especial para se tornar desintegrado e descontrolado ou dependente de um modo que faz parte do período da infância (regressão à dependência)”. (Winnicott, 1983 [1963], p.205).

Conseguir fazer esse retorno, de acordo com Winnicott, 1983[1963], já é condição de saúde. Designa como o processo de regressão à dependência que só se desenvolve devido a alguém que se coloca na posição de cuidar, a partir de uma nova provisão ambiental. No caso de pacientes psicóticos, como já foi dito anteriormente, o sofrimento se instala diante de uma falha na provisão ambiental na primeira infância, de modo que poder vivenciar esse período com uma nova sustentação possibilitará o

retorno à dependência, fulcral para o processo de experiência de si mesmo e em um ambiente totalmente preparado para esse fim.

Esse retorno é de vital importância para a construção do tratamento, possibilitará ao paciente experienciar sentimentos, que apesar de sua importância, não foram experimentados ainda, não foram integrados. “O vazio que ocorre num tratamento é um estado que o paciente está tentando experienciar, um estado passado que não pode ser lembrado, exceto por ser experienciado pela primeira vez agora”. (Winnicott, 1989 [1965], p.75).

Mas este processo não será fácil, pois o paciente teme esse retorno, não quer vivenciar um momento que foi muito difícil, em muitos casos, um medo de algo que ocorreu no passado, um medo do colapso, ainda que dele não tenha consciência direta. No entanto, esta regressão é fundamental para o processo terapêutico, ainda que seja temido, deve ser buscado.

Se alcançarmos êxito, capacitamos o paciente a *abandonar a invulnerabilidade e a tornar-se sofredor*. Se tivermos sucesso, a vida se torna precária para alguém que estava começando a conhecer um certo tipo de estabilidade e uma liberdade quanto ao sofrimento, mesmo que isto significasse a não-participação na vida e, talvez, a deficiência mental (Winnicott, 1989 [1965], p.155).

Em alguns casos, o que ocorre é o que Winnicott 1989 [1965] denominou de transferência delirante, onde o analista se coloca no lugar proposto pelo paciente e aceita essa posição, dando-lhe a ilusão de controle onipotente, de criação, a experiência de ilusão propriamente dita. A partir daí o delírio se apresenta e os traumas serão experienciados paulatinamente.

Quando o analista se move na cena, quando se evidencia como não-eu, desilude o paciente, promove o ódio no paciente, provoca a ambivalência necessária para ele

entender que se tratou de um delírio, um trauma. E o paciente passa a sentir-se perseguido. Nas palavras do autor: “[...] na transferência delirante, a perseguição que constitui um passo necessário no sentido da experiência do ódio de um objeto bom, sendo este o estofa da desilusão”. (Winnicott, 1989 [1965], p.106).

Dessa forma, Winnicott, (1983 [1963]) elenca alguns pontos relevantes na condução de um tratamento que objetive o cuidado. Para ele, o analista deve: se dedicar ao caso; se colocar no lugar do paciente; criar um ambiente rico em confiança; se comportar profissionalmente; se preocupar com o problema do paciente; aceitar ficar na posição de um objeto subjetivo na vida do paciente, ao mesmo tempo em que conserva seus pés na terra.

Além do mais, o analista aceita amor e aceita ódio e o recebe com firmeza, ao invés de entendê-lo como vingança: “Tolera, em seu paciente, a falta de lógica, inconsistência, suspeita, confusão, debilidade, mesquinhez etc. e reconhece todas essas coisas desagradáveis como sintomas de sofrimento. (Na vida particular as mesmas coisas o fariam manter distância)”. (Winnicott, 1983 [1963], p.206).

Por último, não há um sentimento de culpa quando o seu paciente se desintegra, enlouquece, tenta suicídio, mas um reconhecimento da dificuldade do paciente de lidar com aquela situação, é como um pedido de socorro.

Winnicott, 1983 [1963] alerta ainda para o cuidado que o analista deve ter ao fazer análise, pois muitas vezes é com o falso *self* que ele está lidando e é impossível se fazer análise de um falso *self*. É somente a partir do comparecimento do *self* verdadeiro, que a análise se inicia. E nesse momento, é que o processo de dependência se instaura.

Sendo assim, Winnicott, 1983 [1963] diz que somente deve ser considerado o *self* verdadeiro, pois ao se trabalhar a partir do falso *self* estaremos inclinados a fracassar. Para tanto, o analista deverá criar condições para que o paciente se sinta

confiante e possa vivenciar suas feridas narcísicas, atingindo gradualmente a fase de dependência, para que o *self* verdadeiro seja analisado.

É importante ainda destacar que, essa é a clínica dos sentimentos, dos afetos, mas também dos limites do analista. O analista não tem superpoderes, nem sempre ele consegue alterar a crise, mas deve tentar. Para Winnicott, 1983 [1963], isto se dá especialmente se o profissional consegue controlar a situação, não só do paciente, mas sua também, de possibilitar que esse processo de vivência ocorra. Essa *regressão à dependência*, no dizer de Winnicott, é fundamental para que a restauração se dê. E nesse sentido, o analista deve buscar muito mais permitir do que interpretar.

Com relação à tendência regressiva no atendimento de pacientes psicóticos, Winnicott afirma:

(...) a tendência regressiva no caso psicótico é parte da *comunicação* por parte do indivíduo doente, que o analista pode entender do mesmo modo que entende os sintomas histéricos como comunicação. A regressão representa a esperança do indivíduo psicótico de que certos aspectos do ambiente que falharam originalmente possam ser revividos, com o ambiente dessa vez tendo êxito ao invés de falhar na sua função de favorecer a tendência herdada do indivíduo de se desenvolver e amadurecer (WINNICOTT, 1983 [1963], p.117).

Esta última fase do tratamento caracteriza-se assim, como o início do que Winnicott denominou como *regressão à dependência*, ou seja, a partir de uma provisão ambiental em que permita com que o(a) paciente sintasse-se seguro e confiante, comece a reviver o seu estado de dependência absoluta, seu *infans*, período sem fala, sem palavras, sem simbolização, no qual apenas o cuidado materno comparece e fortalece a relação. O *setting* busca assim, reproduzir este momento, mas só que desta vez a partir de uma nova provisão ambiental que favoreça a dependência.

A ideia é que a partir deste ambiente de confiabilidade estabelecida a ansiedade impensável que foi experimentada em seu desenvolvimento inicial em um período de fracasso do meio ambiente e que trouxe como consequência tantas defesas possam ser abandonadas e construir uma nova posição na vida.

De acordo com Winnicott 2005 [1984], o fim da terapia é a independência do paciente com relação ao tratamento. Dá-se quando o paciente consegue por suas próprias forças em ação a seu favor, a favor de seu crescimento, independente de outros. Em razão disso, o analista para Winnicott, se apresenta muito mais como alguém que tem habilidade em coletar histórias, em recompor o material trazido pelo paciente.

CAPÍTULO V- ESTRATÉGIA METODOLÓGICA

Se a psique constitui um tipo particular de ser, a forma de investigá-la não pode ser a mesma que para outros – em particular, o método experimental pode ser singularmente inadequado a este objeto específico.
(Renato Mezan, 2014, p.539)

5.1 - Contextualização

Esta pesquisa apresenta um caso clínico organizado em três tempos que articulam o desenvolvimento terapêutico da paciente com dinâmicas movimentações transferenciais e culturais, destacando-se a que foi mais preponderante no período.

Emmanuelle possuía 18 anos quando iniciou o tratamento no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos – CAEP/UnB. Possuía surdez bilateral, profunda e congênita. Usou prótese auditiva quando criança e não se adaptou. Aos dez anos foi submetida à cirurgia de implante coclear. A forma como a surdez foi significada pela família atingiu duramente Emmanuelle, a surdez era vista como doença, uma tristeza, uma deficiência intelectual. Essas representações da surdez favoreceram nos pais diversas formas de intrusão, pois ficaram fixados em busca do filho idealizado.

No início do atendimento, Emmanuelle compareceu a partir de um falso *self* bastante clivado com relação ao *self* verdadeiro, com muita resistência e pouco à vontade para se confrontar com seus sentimentos. Esta defesa se apresentava de maneira bastante rígida, artificial, que se presentificava por meio de frases e risos desconexos, aparentemente relacionada com conteúdos lógicos, com frequência associados a questões linguísticas da comunidade surda, expectativas acadêmicas e profissionais, entre outras.

Com o decorrer do tratamento e a partir da construção de um ambiente confiável, que trazia como principal componente a disponibilidade afetiva da terapeuta em se adaptar à paciente, alguém que a autorizava a ser como ela era, que trazia uma significação diferenciada de surdez, utilizava a língua brasileira de sinais- Libras, conseqüentemente considerava fundamental as expressões faciais e corporais, assim como, a cultura surda, isto é, um ambiente que se diferenciava do ambiente traumático, possibilitou a esta paciente começar a entrar em contato com seus afetos, com seu *self* verdadeiro.

Este *self* verdadeiro foi comparecendo, primeiramente, de forma fragmentada e a partir do colapso das defesas, propiciando uma primeira comunicação entre falso *self* e *self* verdadeiro. Mas, como um processo não-linear, o *self* verdadeiro aparecia e sumia, mostrava-se e escondia-se, como uma espécie inconsciente de teste de confiabilidade do ambiente.

Dessa forma, paulatinamente, o processo de regressão foi comparecendo, na medida em que as angústias foram aparecendo e as defesas começaram a sofrer colapso, até que a paciente começou a falar livremente de suas angústias, de seus medos, de seus sentimentos e fantasias, pôde entrar em contato com registros primordiais, ansiedades, experiências que ainda não tinham sido simbolizadas. Pôde ser mais ela, se expressar, se reintegrar.

Todo esse contexto terapêutico, suscitou em mim questões a respeito do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos e das repercussões do tratamento psicoterápico destes sujeitos. Comecei a pensar na importância da cultura surda, com todos os seus elementos, como língua, expressões não-manuais, valores, no favorecimento da transferência no processo, mas, acima de tudo, no componente afetivo

da terapeuta em propiciar escuta a quem foi impossibilitado de se expressar espontaneamente e de seu processo de adaptação ao paciente.

Além disso, chamou-me a atenção a forma como as falhas ambientais precoces no caso de sujeitos surdos podiam promover sofrimento psíquico e como a representação da surdez no contexto social e familiar podiam favorecer ainda mais essa clivagem do eu. Assim, interessei-me cada vez mais pela temática e busquei debruçar-me sobre a teoria winnicottiana de sofrimento psíquico grave, referenciais sobre a constituição psicossocial da surdez, tudo isso muito entrelaçado com as vivências clínicas.

Assim é que, com base nesse caso clínico, resolvemos fazer um estudo de caso que tivesse como **objetivo geral** a seguinte proposta: A partir do paradoxo surdez-escuta, articular o campo dos estudos socioculturais sobre a surdez com o da psicanálise winnicottiana, a fim de discutir questões concernentes ao sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos.

Em outras palavras, a partir do atendimento psicoterápico de base analítica com uma paciente surda em sofrimento psíquico grave, buscou-se refletir a respeito dos seguintes **objetivos específicos**:

- conhecer como se dá o processo de constituição do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos e as especificidades desse sofrimento a partir da psicoterapia;
- problematizar as questões socioculturais e suas contribuições ao sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos;
- identificar as implicações do uso da Língua Brasileira de Sinais (Libras), das expressões faciais e corporais na terapia com sujeitos surdos;

- compreender o significado que os sujeitos surdos atribuem ao seu sofrimento psíquico e o lugar das perspectivas externas e internas ao mundo surdo;
- contribuir com as reflexões a respeito da prática clínica a sujeitos surdos com sofrimento psíquico grave.
- desenvolver um glossário em Língua Brasileira de Sinais (Libras) com termos específicos do caso estudado.

Dessa forma, utilizamos o referencial do método psicanalítico de pesquisa, isto é, para compreendermos os efeitos da relação transferencial em uma paciente surda em sofrimento psíquico grave, elegemos a estratégia de pesquisa denominada estudo de caso.

5.2 Pesquisa em Psicanálise

A pesquisa em psicanálise até hoje tem sido envolvida nas mais diversas polêmicas, em especial no que diz respeito à validade e fidedignidade, pois não há uma separação visível entre a pesquisa em psicanálise e o processo terapêutico: “Freud considerava o trabalho com seus pacientes simultaneamente como tarefa terapêutica e como investigação científica: ‘houve em psicanálise, desde o começo uma conjunção entre *curar e investigar*’. (Mezan, 2014, p.528).

Dessa forma, em psicanálise, a teoria é uma teoria da prática. Uma pesquisa psicanalítica é motivada a partir de uma prática clínica que, *a posteriori* é burilada nos fundamentos psicanalíticos, a fim de reconstruir a prática, mas agora a partir de um olhar teórico-prático, que ao mesmo tempo reconstrói a teoria.

Freud ia além do descritivo, construindo sua teoria a partir da análise e da interpretação de sua clínica. Ou seja, a partir dos fragmentos de lembranças e associações aparentemente sem sentido trazidos pelos pacientes em análise, Freud ia formulando

inferências sobre os não-ditos nesta clínica. Assim, Freud construía o caso e a teoria psicanalítica. (Guimarães & Bento, 2008, p. 92).

Não se trata de uma simples sistematização de um caso clínico, mas a possibilidade de reconstruí-lo, a partir do inconsciente refletido na relação transferencial, dos não-ditos, do que faltou. Além disso, o que é encontrado na clínica com determinados sujeitos não se restringe aos mesmos, podendo servir como parâmetro para se pensar em uma abrangência maior a respeito daquele funcionamento psíquico, entre a singularidade do caso e as experiências ou hipóteses teóricas advindas daí.

Freud sempre tentou explicar as especificidades do seu método clínico, sem muito sucesso na maioria das vezes. Ainda assim, este método foi e continua sendo a forma mais adequada de investigação psicanalítica dos processos psíquicos em psicanálise e é o que tem trazido contribuições à teoria geral da psique nesse enfoque.

E é nesse sentido que este método vem servir a este trabalho. Pois, o campo de pesquisa nesta perspectiva é o do inconsciente. (Caon, 2000). Além do mais, o método considera a relação transferencial como peça chave no processo de compreensão da escuta e da escrita do caso. Ou seja, assim como a transferência é fundamental na condução do tratamento, passa a ser imprescindível no processo acadêmico de construção metapsicológica. Destacando-se que a transferência:

Designa em psicanálise o processo pelo qual os desejos inconscientes se atualizam sobre determinados objetos no quadro de um certo tipo de relação estabelecida com eles e, eminentemente (no mais alto grau), no quadro da relação analítica. Trata-se aqui de uma repetição de protótipos infantis vivida com um sentimento de atualidade acentuada. (...). A transferência é classicamente reconhecida como o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas

modalidades, a sua interpretação e a sua resolução que caracterizam este. (Laplanche & Pontalis, 1998, p. 514).

Nestes termos, a transferência é fundamental em todo o processo, tanto da prática clínica propriamente dita, quanto da escrita do texto. Nesse sentido, escolheu-se como estratégia metodológica o *estudo de caso em psicanálise*, que de acordo com Guimarães & Bento (2008, p.92):

(...) o “Estudo de Caso” em psicanálise está intimamente ligado à experiência clínica. Primeiramente acontece o atendimento clínico e, em seguida, a construção do sentido daquilo que ocorrera na clínica do caso. Assim, a teoria psicanalítica vai se construindo seguindo o caminho do *pathos* dos pacientes.

Logo, partiu-se de fragmentos de sessões clínicas e do modelo freudiano de estudo de caso a fim de construir uma discussão a respeito do estudo, à luz da teoria psicanalítica, neste caso especificamente da Teoria do Amadurecimento Emocional de Donald Winnicott e de suas contribuições à prática clínica com sujeitos psicóticos, a fim de converter os estudos em um texto metapsicológico.

Assim, há um diálogo construído a partir do referencial teórico de Donald Winnicott articulado ao discurso da paciente, suas emoções, significados e sentidos a partir das sessões terapêuticas e a postura ativa do pesquisador sobre a escrita do caso. “O estudo de caso tende a ser uma comunicação de uma experiência de forma dialogada com uma teoria escolhida, com a finalidade de corroborar, ilustrar, contrastar ou levantar questionamentos sobre ela”. (Oliveira & Tafuri, 2012).

Dessa forma, escrever um *estudo de caso em psicanálise* requer em primeiro lugar a escrita da história do *patho*-doença do paciente, seguido da história do *pathos*-paixão-transferência, no qual se descreve a clínica e o processo de construção da transferência, em suma, o tratamento propriamente dito e por último, a análise e

interpretação das histórias da doença e da transferência articuladas à construção teórica, o que resulta em uma metapsicologia, no dizer de Freud, no texto teórico do caso. (Guimarães & Bento, 2008).

Assim, este texto foi organizado a partir de elementos característicos presentes no sofrimento psíquico grave de uma pessoa surda que foram “costurados”, construídas por meio da interpretação do pesquisador em alteridade com as questões levantadas pelo supervisor. O que interessa, portanto, é enunciar as construções que surgiram a partir da clínica, desenvolvidos a partir da transferência, e que ajudam a repensar a questão do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos.

O estudo de caso nos ajudou a construir referenciais a respeito dos objetivos definidos, considerando-se o contexto acadêmico da psicologia clínica e favoreceu a problematização de hipóteses metapsicológicas relacionadas ao sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, não tendo a pretensão de efetuar generalizações.

Dessa forma, o que ocorreu foi um redimensionamento do discurso do sujeito, a partir do que foi trazido durante o atendimento clínico, mas não somente de forma cronológica, e sim também lógica, buscando elementos centrais do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos. Logo, partiu-se de fragmentos do processo terapêutico, a partir do discurso da paciente e, em seguida, debruçou-se sobre estas elaborações por meio de um estudo de caso, método clínico por excelência desta pesquisa, a partir das supervisões realizadas no GIPSI, com o orientador e com pares científicos.

Como este estudo de caso encontra-se embasado tanto na teoria psicanalítica quanto nos registros culturais da pessoa surda, para ilustrar os fragmentos clínicos, além das descrições, fez-se a opção de representar por meio de desenhos, pela sua relação visual com a cultura surda, algumas alucinações vivenciadas pela paciente durante o processo terapêutico, assim como transmitir por meio de imagens a minha experiência

clínica com a transferência neste caso. Assim, nos utilizamos de linguagem imagética para ilustrar dez alucinações visuais da paciente em estudo e três representações da terapeuta a respeito do sofrimento na paciente, de modo a demonstrar como a clínica foi vivida visualmente pela dupla terapêutica. Todo esse processo encontra-se sintetizado em dois quadros que abrem e fecham o caso.

Além disso, conforme Oliveira & Tafuri (2012, p.842) deve haver uma definição com relação à pessoa pronominal utilizada nesse tipo de pesquisa, pois o terapeuta não tem como estar completamente neutro na situação. Considerando esta questão e a indissociabilidade do pesquisador com o caso em pesquisa clínica com base analítica, utilizamos a primeira pessoa do singular no caso propriamente dito e nas demais partes da tese a primeira pessoa do plural.

Além das discussões metapsicológicas, a pesquisa trouxe como resultado a construção de um glossário em Libras com termos específicos do processo terapêutico de pacientes surdos atendidos pela terapeuta no CAEP durante seu doutorado. O presente glossário, corroborando com Faria-do-Nascimento (2009), não tem nenhuma pretensão linguística, mas busca registrar termos trazidos pelos pacientes durante as sessões, se filiando muito mais à natureza prática de um glossário, mas que se encontra disponível para validação por pesquisadores da linguística, que assim o quiserem.

Por fim, em conformidade com o artigo 16 do Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, foi apresentado à paciente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice 1), o qual foi assinado pela mesma, no qual encontra-se esclarecido o papel da clínica-escola CAEP, assim como a utilização dos dados para fins de pesquisa, sendo garantidos o sigilo e a privacidade dos participantes.

CAPÍTULO VI – A CLÍNICA DOS(AS) SURDOS(AS): O CASO EMMANUELLE



FIGURA 6.I – Quadro sinóptico das alucinações e imagens

Este quadro e as demais ilustrações presentes nesta tese foram inspirados no quadro *Las Meninas* (1656) do pintor espanhol Diego Velázquez (em anexo), especificamente no que diz respeito à disposição visual e espacial, aspectos constituintes da cultura surda. As ilustrações acima foram produzidas pelo artista plástico, surdo, Fábio Sellani, a partir de descrições da terapeuta e representam o núcleo psicótico do caso exemplificado no corpus da tese.

6.1 – Tratamento psicoterápico de base analítica

A fim de ilustrar esta clínica, organizamos o caso em três momentos, que compreendem o **primeiro tempo**, o **segundo tempo** e o **terceiro tempo**, que equivalem, respectivamente, às diversas fases em que a paciente se apresentou durante a psicoterapia de base analítica com componente da cultura surda:

a) o **primeiro tempo** caracteriza-se, principalmente, por uma estrutura de **falso self**, isto é, fica muito evidente à posição da paciente totalmente submetida ao desejo materno, colada em uma postura social esperada pelo meio externo, mas com algumas rupturas onde aparece, ainda que timidamente, aspectos de *self* verdadeiro;

b) no **segundo tempo**, ainda que o falso *self* continue a aparecer, na medida em que o colapso das defesas vai ocorrendo, observa-se gradativamente o aparecimento do **self verdadeiro**, a partir do estabelecimento de uma relação acolhedora, pautada na confiança, ou seja, da transferência propriamente dita;

c) e no **terceiro tempo**, destacam-se aspectos da **regressão à dependência**, isto é, pouco a pouco a paciente se põe a reviver aspectos da fase da dependência absoluta, inclusive chegando mesmo ao período em que nem precisava mais de língua, pois sua comunicação estava prioritariamente demarcada pelo olhar, pelas expressões faciais e corporais, em suma, pelos aspectos não-verbais, como é de se esperar de um bebê nessa fase.

6.1.1 - Primeiro Tempo / Olhando para si.

Ao iniciar o tratamento, a paciente apresentou uma tentativa incansável de controle de si, de seu discurso, de seus sintomas, de suas dores. Em algumas vezes, isto estava relacionado a uma espécie de controle obsessivo, uma tentativa de não colapsar ou ainda de atitudes de desconfiança em relação ao ambiente, à ação terapêutica, ao

próprio terapeuta. Permaneceu vigilante ao contexto e às pessoas presentes no mesmo. Porém, ao se deparar com um *setting* acolhedor, que neste caso está interligado ao cuidado com a surdez, a língua de sinais, conseqüentemente à cultura surda e, principalmente, com a disponibilidade afetiva da terapeuta para a abertura de um espaço em que o sujeito surdo possa se dizer por si mesmo, um ambiente suficientemente bom propriamente dito, observou-se uma contínua diminuição do controle.

Inicialmente teve dificuldade de lidar com seus afetos e a resistência encontrava-se bastante ampliada, adiando um pouco o começo da terapia em si e dificultando a sua continuidade. Também percebeu-se um desconhecimento dos rituais terapêuticos. Virole (1993) aponta que os surdos desconhecem completamente um tratamento psicanalítico e suas regras, o que promove também conseqüências ao desenvolvimento do atendimento. Eu diria ainda que os(as) surdos(as), em sua maioria, desconhecem o próprio fazer terapêutico psicológico, principalmente devido à dificuldade de acesso a este trabalho e, também, à língua, à comunicação desse profissional, acrescentando entraves ao desenvolvimento do processo.

Um dos primeiros aspectos trazidos na relação terapêutica com Emmanuelle foi com relação à família, a relação com o pai e com a mãe internalizados, o que nos possibilitou compreender um pouco a respeito do campo da provisão ambiental na primeira infância. Uma das questões trazidas foi com relação à reação da família diante da surdez. Ressalta-se que o diagnóstico de surdez costumeiramente inaugura uma relação superprotetora entre mãe e filho(a) surdo(a) ou de rejeição, que acrescenta peculiaridades a essa fase e que dificulta a entrada do pai nessa díade. Emmanuelle relatou o seguinte em uma sessão:

“Até os cinco anos ficava só em casa com a minha mãe. Ela não trabalhava, só cuidava de mim. Mamei até os três anos de idade (Exp. Feliz). Era só eu. Cuidava mais

de mim. Meu pai também cuidava de mim, mas trabalhava muito. Não tive babá (Exp. de felicidade). Só meus irmãos. Preferia quando eu era sozinha e tinha minha mãe somente para mim. Não gostei quando os meus irmãos nasceram. Atualmente, aprendi a gostar deles, mas quase não há interação, fico mais no meu computador”.

Esse aparente cuidado da mãe com o(a) filho(a) surdo(a) pode, paulatinamente, transformar-se em um controle onipresente de tudo e de todos que estão à volta do(a) filho(a). Geralmente a mãe pode passar a ser a intérprete do(a) filho(a) em todas as situações e, pouco a pouco, torna-se a detentora da verdade do sujeito surdo, definindo seus gostos, preferências e decisões. Assim, com bastante frequência assume o lugar de salvadora do(a) filho(a), quer curá-lo, transformá-lo, fazê-lo feliz, ao seu modo, pois não dá conta de conviver com a diferença. A igualdade (padronização) é sua meta. O pai some nessa relação simbiótica entre mãe e filho(a), acaba por aceitar tudo, não interfere, não comparece.

Nesse contexto, é válido observar o nível de comunicação na família, com os pais, com os irmãos. Como isso afeta o(a) paciente? Que língua é valorizada e utilizada na família? Como veem a Libras? Possuem algum interesse em aprendê-la?

Esse dado por si só acrescenta peculiaridades e mais dependência à relação com a mãe ou com quem ocupa essa função com o(a) filho(a) surdo(a). Na primeira infância, também temos um aspecto fundamental a ser considerado: a vida escolar do sujeito surdo. Como a família se coloca diante da escola, tipo de escola (oralista ou sinalizante), o lugar da língua nessa comunicação (língua oral ou língua de sinais), o papel da escola no desenvolvimento do sujeito surdo (linguístico, emocional, cognitivo, social), sentimentos em relação à escola, à professora e aos colegas (surdos ou ouvintes). Emmanuele fez o seguinte relato a esse respeito: E quanto ao implante, você usava nessa escola? *Sim, todos os dias.* O que sentia? *Bem* (Expressão emocionada). *Às vezes*

guardava a parte externa na bolsa, não entendia nada do que as pessoas falavam, só barulhos. (Expressão cansada/esgotada).

A partir daí, foi trazendo conteúdos relacionados às amizades na escola, seus/suas amigos(as) surdos(as), a escola em que estudara, características da escola, sua forma passiva diante das escolhas dos pais no que diz respeito à escolarização e, como o isolamento, os medos também se encontravam ali. Em uma das sessões declarou: *Me senti sozinha. Achei ruim. Os médicos orientaram minha mãe a me mudarem para uma escola particular para que eu conversasse com ouvintes.* (Exp. chateada/aborrecida).

À medida que a psicoterapia foi se desenvolvendo, foi possível constatar que apesar de todo o sofrimento psíquico da paciente, o raciocínio lógico, o cognitivo encontrava-se preservado, sem grandes alterações acadêmicas. Nessa direção, apresentava bom domínio de línguas, fluência em língua de sinais, razoabilidade em português escrito e um pouco de domínio da língua oral. Cabe aqui, também, uma observação a respeito da história dessas línguas na vida do sujeito e o peso de cada uma, isto é, quais afetos encontram-se atrelados a cada uma das línguas.

Apesar desse processo inicial primar especialmente pela racionalidade e a paciente operar primordialmente em falso *self*, na medida em que a confiança vai se estabelecendo, o sujeito surdo passa a demonstrar experiências com o *self* verdadeiro, que comparece como outra lógica, com frequência difícil de controlar. Assim é que em uma das sessões com Emmanuelle ao dialogarmos sobre sua escola, amigos(as) surdos(as), primos(as) disse: *“Meu cabelo era crespo e o da minha irmã era liso.* (Expressão de medo). *O do meu irmão é igual ao meu. Quando o meu pai era criança tinha o cabelo liso, loiro claro (trêmula), igual ao da ... (eu entendi irmã) ”.* Mudou rapidamente de assunto.

Em outras palavras, um conteúdo aparentemente desconexo, descontextualizado da sessão, irrompeu e se disse, colocando a paciente em uma situação que ela considerava constrangedora e ela tentou arrumar, reorganizar o discurso, buscando esconder o possível descontrole. A terapeuta defrontou-se com o que ela estava desde o início buscando, o *self* verdadeiro. No entanto, foi preciso controlar sua expectativa, pois isto não significava que a paciente estivesse disposta, pronta, a partilhar e a lidar com tal situação e o que ocorreu é que ela a adiou mais uma vez, racionalizando-a.

Uma das formas do inconsciente atravessar o discurso lógico foi por meio de risos, impossíveis de serem compreendidos pelo contexto. E este pode ter sido o primeiro passo para dar início a esse processo rumo ao *self* verdadeiro. Foi o que ocorreu no caso Emmanuelle: Aos poucos os risos aparentemente descontextualizados foram surgindo nas sessões. Não conseguia entendê-los. No início eram tímidos e aos poucos foram se tornando gargalhadas, até sumirem por completo nos últimos meses de terapia. Não tinham uma intenção social, não estavam voltados para algo ou alguém, ela simplesmente precisava rir. E sempre que eu a questionava, respondia que estava tudo bem ou respondia com o famoso NADA. Às vezes, eu brincava de “peguei no flagra” e ela, imediatamente, completava: “*Estava pensando em outra coisa*”. Ao perguntar sobre o que era, dizia que não era nada e adotava uma expressão séria.

Inicialmente os risos me incomodavam bastante, acreditava que estivesse rindo de mim, por isso a questionava a respeito do motivo. Ao perceber que ela não queria ou não podia me dizer o real motivo de seus risos, tive que me adaptar à situação e controlar tanto a minha curiosidade quanto a minha indignação por esse material que comparecia nas sessões. Com o tempo, fui permitindo com que os risos apenas ocorressem, sem que eu precisasse questionar o motivo. E aos poucos, a minha

implicância com os mesmos foram diminuindo. Após algum período, os risos puderam se manifestar atrelados a conteúdos, jamais enunciados anteriormente nas sessões.

Esta foi a forma como o *self* verdadeiro foi descortinando o *setting*, por meio de pensamentos e sentimentos que não podiam ser compartilhados ainda, mas sim experienciados, vivenciados. Neste caso, só restava à terapeuta permitir, permitir, permitir. Além disso, observou-se que como a paciente estava primordialmente em um processo de defesa do *self* verdadeiro, este podia até emergir de vez em quando, mas ainda não encontrava segurança para se manifestar completamente, só por meio de rupturas nas defesas do falso *self*.

Logo é válido destacar, que nessa primeira etapa do tratamento havia um predomínio da resistência sobre a transferência no processo terapêutico. Nesse sentido, concordamos com Winnicott, 1983 [1963] ao destacar que em diversas ocasiões é com o falso *self* que o terapeuta está lidando e que, enquanto o *self* verdadeiro não se manifesta, o processo terapêutico não se inicia, e que isto torna-se indispensável ao processo da regressão.

Nesse ponto o sujeito surdo ainda estava muito defendido e representando o contexto social em que tem vivido, portanto o terapeuta depara-se com muitas situações de resistência, conseqüentemente, de negação. No entanto, ao tentar compreender as manifestações simbólicas do *self* verdadeiro, pode encontrar conteúdos de sensação de não pertencimento, estranhamento, estrangeiridade.

Assim, foi preciso que a terapeuta investisse ainda mais na confiabilidade do *setting*, na sustentação, no *holding*, para que a paciente pudesse passar de uma etapa do processo terapêutico a outro, passar da queixa à posição de sofredora. Somente assim, se permitiu ter contato consigo mesmo, com seu mundo interno, com os pensamentos mais

profundos, assim como, com os sentimentos e sintomas que permeavam o seu *self* verdadeiro.

Logo, pouco a pouco, a terapeuta foi acolhendo o que era ilógico em sua paciente e o que é repudiado em outros contextos e passou a lhe conferir importância. A primeira coisa que ocorreu no caso estudado foi o questionamento trazido pela paciente com relação à posição da mãe, a paciente passou a permitir que sentimentos desferidos em relação à mesma, pudessem ser ditos. Inicialmente, questionou sua posição em relação à surdez e a forma como a conquistou para alcançar esse objetivo. Falou de sua ilusão e de sua desilusão com relação à cura da surdez.

Por outro lado, acredita-se que quando a paciente aderiu ao projeto de cura proposto (oralização) pela família, foi na esperança de encontrar a solução para o sentimento de não pertencimento e para as dificuldades de relacionamento. Porém, à medida que não obteve progressos ou não alcançou avanços significativos em sua oralização, começou um processo de desilusão com o projeto e as questões emocionais puderam dar início e se manifestar em diversas ocasiões.

Podemos pensar: E o sujeito surdo em todo esse contexto? Por que não reage? É preciso considerar que esse sujeito está em busca de ser aceito, de pertencer, de ser amado, não tem costume de expressar suas próprias opiniões e não diz diretamente à sua família que está insatisfeito por alguma coisa ou por outra ou que pensava de outro modo, permitindo que seus pais ou um deles possa invadir com mais propriedade a sua vida. Além disso, o paciente costuma justificar que a diferença de línguas o impedia de estabelecer uma comunicação com seus pais.

Percebe-se uma infantilização ou o que Solé(2005) denominou de “adolescência tardia” nos sujeitos surdos atendidos. É com frequência que se vestem como adolescentes ou crianças, usam acessórios infantis ou joviais, mesmo quando não se

encontram mais nessa fase da vida. Dessa forma, percebe-se grande dificuldade em assumir a idade que possuem, de fazer escolhas e até mesmo de entender o processo de maturidade.

6.1.2 – Segundo Tempo / Percepção de si.

Como já apontado no primeiro tempo, o discurso racional pautado no falso *self*, em uma fala sem afeto, começa a ser “furado” por questões cada vez mais ilógicas ou desordenadas que podem comparecer, desde risos aparentemente desconexos até discursos propriamente ditos, como foi o caso. Ou seja, a natureza do sofrimento psíquico dela começou a comparecer, a ser desvelado.

Os risos, que porventura eram poucos no início, passaram a ser cada vez mais frequentes. O ambiente acolhedor do *setting* permitiu a fluência dos risos e dos discursos aparentemente bizarros, sem interferência. A tentativa de controle ainda se fazia presente, mas já não tinha o mesmo efeito do primeiro tempo. Estando segura a paciente tornava-se cada vez mais espontânea. A perlaboração, se necessária, só ocorreu posteriormente, a partir do tempo da própria paciente.

Inicialmente, a paciente tentava justificar os risos com um argumento que considerava racional ou que estivesse atrelado a uma das temáticas racionais do primeiro tempo, que envolvessem algum aspecto da comunidade surda. O trecho a seguir descreve exatamente uma cena que ilustra o que acabamos de dizer: “Nesta segunda etapa do tratamento, começaram a aparecer os risos cada vez mais fortes na terapia. Um dos momentos desse riso foi quando relatou o retorno à escola pública. Perguntei: *O que era tão engraçado?* Respondeu rindo muito: *O ensino lá era muito fraco.* E disse: *Eu escolhi ir para lá.* Enfatizei: *Você escolheu?* Confirmou com certa

dificuldade: *Minha mãe não queria, mas eu fiz a 7ª série em uma escola pública do Guará II. Falei que ela fez uma escolha, a escola que queria estudar. Concordou*".

Em uma sessão a paciente sentiu a necessidade de uma técnica mais diretiva e fez a seguinte proposta: Que a terapeuta lesse a sessão anterior e fosse parando em alguns pontos considerados importantes para que ela mesma comentasse. Essa mudança de estratégia de atendimento, permitiu com que ela ficasse mais espontânea e, paulatinamente, seus pensamentos e discursos foram atravessados por outra lógica.

Um testemunho desse atravessamento em um atendimento foi quando estávamos falando em uma sessão a respeito da faculdade que a paciente iria cursar e ela disse: *"Minha mãe... meu pai... quer dizer ... minha mãe ... meu pai... quer que eu pinte a circulação sanguínea.* Eu disse: *Você pode repetir isso? Respondeu tentando arrumar o que disse: O meu pai quer que eu fique magra* (Expressão feliz). Logo em seguida, falou: *A-R-T-E-R-I-O-S-C-L-E-R-O-S-E*⁶. Perguntei: Como assim? Respondeu: *Placas de gordura no corpo.* Perguntei: Que preocupação é essa? Disse: *Minha mãe come todos os dias pão com manteiga, eu não.* (Expressão feliz). Na sessão posterior, tentei retomar a temática e ela não deu continuidade".

Percebe-se, assim, cada vez mais um processo de colapso das defesas, no entanto, em algumas vezes a paciente retomava o controle e buscava evitar essas intromissões ou tentava justificá-las à luz do que considerava racional.

Paulatinamente, a paciente começou a trazer para as sessões conteúdos de estranhamento de seus familiares, isto é, passou a vê-los de uma perspectiva completamente diferente do que havia visto ou dito até então. O pai passou a ser um estrangeiro e foi o primeiro que a paciente buscou abandonar nesse passo rumo à dependência absoluta. Então, disse que havia descoberto que seu pai era um alienígena e

⁶ Sempre que as letras estiverem digitadas com letra maiúscula e separadas por hífen, significa que estão em datilologia, alfabeto manual. (Sistema de transcrição das línguas de sinais)

repetiu esse discurso em diversas outras sessões. Esse processo evidencia mais uma vez um colapso das defesas, abrindo espaço para o desvelamento das ansiedades psicóticas de base.

Posteriormente, a mãe passou a ser abandonada em seu papel costumeiro e passou a ser também uma estranha, assim como o pai, alguém bastante diferenciada da paciente. Assim, cada vez mais, a partir do processo terapêutico, a paciente foi se libertando das defesas neuróticas e o *self* verdadeiro foi se manifestando. O ambiente foi suficientemente acolhedor, para que ela sentisse tamanha confiança no *setting* a ponto de transparecer seus pensamentos, desejos e planos mais secretos.

À medida que o processo avançou, a diferenciação com os familiares se tornou cada vez mais forte. Pai, mãe, irmãos todos passaram a ser diferentes, estranhos, com desejos diversos dos seus, desde os mais simples até os mais complexos. Porém, apesar desses atravessamentos tornarem-se cada vez mais frequentes, ainda nos deparávamos com tentativas de racionalizações e controle. Assim, ela disse em uma sessão: *Minha mãe tem um rosto novo*. Falei: *É? Isso é bom?* Falou: *Continua o mesmo rosto*, (expressão estranha), *não mudou nada. Não mudou nada! Não... NADA. Não é isso*.

Aconteceu também nesta segunda etapa do tratamento, um ataque direcionado ao *setting* ou à figura do terapeuta. Este possível ataque estava referido a um aspecto marcante da terapeuta, uma marca bastante visual, que chamava atenção da paciente e que ao mesmo tempo lhe incomodava e que não dava conta de segurar, apesar das frustrantes tentativas de negá-lo. Era relacionado à cor ou à raça da terapeuta, que surgiam na terapia como comentários racistas ou preconceituosos.

Além disso, o sentimento de não pertencimento foi comparecendo na clínica cada vez mais, até a paciente sentir-se diferente até mesmo da comunidade surda. Assim que, apesar de estar desde o início do processo terapêutico distanciada geograficamente

da comunidade surda, sempre a defendia e se dizia muito identificada com a língua de sinais e a cultura surda. No entanto, nesta segunda fase de atendimento, passou a trazer um discurso de estranhamento também com relação à comunidade surda. Uma diferenciação outra. É sentir-se diferente, sem saber exatamente em quê. Apesar de admitir ser surda e falar língua de sinais, não se sentia bem com alguns surdos. Sentia-se estranha. Não soube dizer o porquê. Não se sentia pertencente a nenhum lugar. Nem familiar, nem comunitário, nem social. Nesse sentido, só restava o isolamento.

6.1.3 – Terceiro Tempo / Vendo Vozes⁷

A última etapa do atendimento é compreendida como **Regressão à dependência**, em que o(a) paciente vivencia emocionalmente aspectos de um estado inicial de desenvolvimento, no qual se encontrava no período de dependência absoluta. Nesse momento é possível perceber os medos, as ameaças, as defesas, em suma a forma como o sujeito se organizou a partir das invasões.

A manifestação do *self* verdadeiro, torna-se cada vez mais frequente. O espaço terapêutico por ser acolhedor e confiável, permite a regressão, imprescindível ao processo de experiência de si mesmo. No caso de Emmanuelle, esse processo foi ocorrendo gradativamente até o dia em que a paciente não precisava mais operar somente em defesas e passou a falar, a entrar em contato consigo mesmo. Assim é que passou a expressar, de maneira espontânea seus pensamentos e sentimentos. O primeiro aspecto que trouxe a partir de então foi relacionado a que provocava os risos: AS ALUCINAÇÕES VISUAIS (ALMAS)⁸.

⁷ Vendo Vozes é o título de um livro de Oliver Sacks, que trata de uma extensa referência da surdez, que não diz respeito a alucinações visuais, mas que me inspirou para denominá-las neste contexto.

⁸ Que podem receber diversas nomenclaturas, dependendo da experiência subjetiva, linguística e cognitiva do(a) paciente surdo. Neste caso, foi denominada ALMAS.

Assim, a partir dessa etapa, ela passou mais sistematicamente a ter contato com o seu mundo subjetivo, que vinha sendo protegido por uma defesa do tipo falso *self*, e com o seu rebaixamento permitiu com que ele pudesse ascender e ser dito nas sessões. Essas sessões foram recheadas de emoção, pois pertenciam a um estado arcaico, que nem a paciente conhecia ou reconhecia. As alucinações, quase sempre, estavam relacionadas à sintomatologia apresentada pela paciente nas crises e no *setting*.

É importante ressaltar que de início a paciente não aceitou bem o fato de estar tendo as alucinações e classificou esse momento como ruim e buscou racionalizar o que estava acontecendo e justificou que se sentia perseguida e controlada por elas. O fragmento a seguir exemplifica a questão: “O que você acha de ver essas almas? *Ruim*. Por quê? *Porque elas sabem que eu sou bonita, inteligente e elas não querem que eu faça nada. Nada? Elas querem que eu faça um curso bem devagar. Elas querem que eu coma sempre com saúde.*

Daí por diante, a paciente não voltou a erigir as defesas do tipo falso *self*, pois conseguiu alcançar um nível de seu processamento subjetivo, anteriormente bastante defendido e que agora encontrava espaço para se manifestar, sem causar qualquer dano ao *setting* e a si mesma. Assim, por mais que tentasse resistir, o seu tema de preferência nas sessões passou a ser as alucinações, nada mais lhe interessava.

Por outro lado, é preciso considerar que esse período não foi muito bem aceito pela família. Se a família tem dificuldade de reconhecer a surdez como uma marca singular e cultural de seu(sua) filho(a), possui dificuldade de lidar com a sexualidade e com a própria independência de seu(sua) filho(a), terá da mesma forma grande dificuldade de lidar com a sintomatologia de sofrimento psíquico grave de seu(sua) filho(a). Ou seja, a dificuldade da família em lidar com a diferença em seu(sua) filho(a) de maneira geral, reapresenta-se fortalecida diante da diferença subjetiva do mesmo. É

com frequência que pretendem retomar o controle, ou por via dos remédios ou pela via religiosa, o que ocasiona entraves ao deslanchar do processo terapêutico.

Dessa forma, a paciente tem que lidar com diferentes realidades: Um *setting* que lhe proporciona acolhimento e confiança e por isso, consegue aceder a um processo de regressão à dependência, o qual promove a experiência de contato com suas feridas narcísicas e um ambiente familiar real que busca negar e reprimir a expressão da sintomatologia, a natureza do sofrimento. Daí a importância da terapia familiar nesse processo, a fim de contribuir com a valorização e confiança no processo terapêutico individual, e também, no seu próprio funcionamento. O(a) paciente já consegue confiar no *setting*, no entanto a família pode não confiar e isto ser um obstáculo a mais no desenvolvimento da terapia.

Além disso, considerando que como neste caso, familiares de pessoas surdas em sofrimento psíquico grave têm muita resistência a contribuir com o desenvolvimento da autonomia de sua filha, este fator pode ser mais um motivo de resistência ao processo terapêutico, interrupções e, até mesmo, desligamentos.

Quanto à Emmanuelle, inicialmente tentou racionalizar a respeito das alucinações e informações sobre o período em que elas surgiram pela primeira vez puderam ser acessadas, quantidade de alucinações, seu aumento ou diminuição, assim como, detalhamento sobre cada uma das alucinações, que serão relacionadas posteriormente com a sintomatologia da paciente. Emmanuelle a respeito disso, relatou: *“Elas me provocam muito. Como? Chamam-me de apelidos, querem que eu fume, roube, use drogas, seja violenta, mate. Elas querem que eu envelheça, que o meu cabelo nasça branco. (Gemeu). Como você responde a essas provocações? Digo que quero que elas vão embora, que quero sair de casa junto com minha mãe, voltar a estudar,*

trabalhar, fazer faculdade. Quero que elas vão embora. Quero melhoria na minha vida. (Silêncio ”.

Nesse período, a paciente ainda estava buscando compreender tudo isso e não é nada fácil admitir seus medos, delírios e alucinações. As alucinações ainda são vistas como algo externo ao paciente, algo que lhe controla, que lhe provoca, que lhe impulsiona a descumprir as regras. A paciente responde a tudo isso com racionalizações, com negação, em suma, com defesas e seu objetivo é fugir do acometimento da invasão do pensamento, livrar-se das alucinações.

Por outro lado, o *setting* terapêutico deve ser um espaço que promova a regressão à dependência, no qual o sofrimento possa se expressar, “possibilidade de enlouquecer” em um ambiente seguro e confiável a fim de produzir efeitos novos, integradores, em suma, para que o sujeito possa vir a ser. Mais importante que isso, um *locus* que permita ao paciente vivenciar seus sentimentos, afetos e singularidades. Daí a comunicação ser esse link imprescindível ao processo. Comunicação confiável, segura, para que a transferência possa encontrar o seu lugar.

Dessa forma, paulatinamente, a paciente foi se dando conta que as alucinações compunham sua subjetividade: “Na última sessão você me falou que haviam nove almas, mas sempre apontava apenas um lugar. Era uma ou nove? Demorou a responder. Repeti de outras formas. Depois explicou: *Você é um e eu sou nove. Eu tenho nove personalidades (Fazendo um círculo na frente do rosto)*. Fiquei em dúvida com relação ao sinal e questionei: Nove personalidades ou nove máscaras? Digitou: *P-E-R-S-O-N-A-L-I-D-A-D-E-S*.

Considerando o Sistema Pronominal da Libras, o apontamento está diretamente relacionado com a quantidade de pessoas. Neste caso, a paciente apontava como se fosse singular, mas nove pessoas constituem plural, em uma visão linguística. Por outro

lado, da perspectiva psíquica, a paciente poderia estar anunciando um início de um processo de integração, elas todas fazem parte de mim, não as vejo mais como algo externo, fragmentado, mas compondo a minha subjetividade, como um começo de um processo de reintegração, ainda que precário.

Em outra parte da sessão, falou: *Máscaras só na alimentação. Máscaras na alimentação? Sim. Como assim? São as saladas, a maçã. São máscaras? Sim. Pão, café, leite, almoço, frutas. Máscaras de ser sadia, corresponder ao esperado, ser saudável, pensei. Ficamos em silêncio durante um tempo.*

Em outro momento, questioneei: Por que só uma fala e outros não fazem nada? Respondeu: *Porque só uma sabe que eu sou surda.* Perguntei: Ela sabe Libras? *Sim.* Completou: *Meu corpo era normal até aos 11 anos, 12 anos. O que aconteceu com ele? Não soube responder. Não é mais normal? Sim! ...Não!* Perguntei: Não é mais saudável? *Sim... não. Doença. Doença? Qual?* Respondeu: *Doença do coração, C-A-R-D-I-O-L-Ó-G-I-C-A.*

Retomando o fragmento acima, buscou-se ajudá-la a experienciar simbolicamente, o momento em que acreditava tê-la perturbado: o do implante coclear. A paciente já possuía fragilidades, com a intrusão do corpo por meio da cirurgia de implante coclear sem seu conhecimento, a mente também foi invadida. Além disso, percebe-se aqui que a paciente começa a nomear o seu sofrimento de uma perspectiva emocional, psíquica, cardiológica, como diz. O seu adoecimento não decorre da surdez e nem do implante coclear em si, mas transmite que o mesmo ocorreu devido a algo que se abriu dentro dela, uma intrusão ou várias intrusões.

Assim, se o ambiente terapêutico possibilitar o(a) paciente vai se permitindo vivenciar suas idiossincrasias, angústias, ideias, pensamentos, impulsos, sentimentos e

sensações, que ainda não estão integradas: *As almas ficam dentro do meu cérebro. Elas estão aqui hoje? Sim, mas Deus quer que eu fique boa da cabeça e está me ajudando.*

Neste trecho, percebe-se que a paciente demonstra uma esperança de uma posição nova, por meio da sensação de se sentir cuidada, acolhida. Em outras palavras, chegou a um momento de confiança, em que só quis permitir que sua expressão de si mesma se manifestasse, falar de suas dores, seus delírios, suas alucinações, seu período de dependência.

Em um atendimento, ocorreu o seguinte episódio que ilustra a passagem do ódio das alucinações para a certeza de que faziam parte da própria paciente, e que lhe ajudavam. “Perguntei-lhe: Por que as almas sempre vêm à terapia? Respondeu: *Porque eu preciso cuidar da cabeça. E onde elas aparecem para você? Em qualquer lugar. Por que elas andam junto com você? Porque elas não querem que eu fique sozinha, elas me acompanham. Disse-me: Elas são pesadas. Você quer permanecer com elas futuramente ou se afastar delas? Junto. Você gosta delas? Sim. Principalmente da Cintia⁹, porque ela gosta muito de mim.*

Em suma, as almas lhe ajudavam a lidar com seu sofrimento, como um recurso que lhe permitia se apropriar de seus pedaços. Essas alucinações falavam de sua subjetividade em um ambiente seguro, se comunicavam, permitiam-lhes vivenciar e simbolizar suas angústias.

Em seguida descreverei uma parte dessa experiência clínica que considero fulcral para o aprofundamento no sofrimento psíquico grave em pacientes surdos, algumas são alucinações visuais trazidas por Emmanuelle à terapia, que podem colaborar com o detalhamento desta etapa e outras são resultado da minha representação

⁹ Mãe boa

pictórica do quadro psíquico da paciente, que estou denominando de ilustrações clínicas.

São dez alucinações visuais, que representam o conjunto de experiências que caracterizam o sofrimento psíquico grave da paciente¹⁰ e três imagens construídas pela terapeuta que caracterizam o final da terapia e o começo do processo de reintegração da paciente.

¹⁰ Foi utilizado as mesmas descrições realizadas pela paciente.

6.3.3.1 – Ilustrações Clínicas.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.1 – A visualidade na constituição do *setting*

DESCRIÇÃO¹¹:

Em uma sessão, a paciente afirmou: *A única alma que me acompanha em todo lugar é Vera. Ela é amiga de minha mãe, Cintia*. Sua mãe se chama Cintia¹²? *Sim, ela tem 27 anos*. Falou com expressão feliz: *Minha mãe não parece ter essa idade. O corpo é parecido com o meu. Ela e Vera são muito amigas. A Vera tem 46 anos*¹³.

Em um trecho de outra sessão disse: *Da árvore surge o cabelo*. O cabelo? *Sim, longo e bonito*. Tomou um susto e disse: *Não! Não é nada disso!* Pedi calma e disse que ela poderia falar o que quisesse. (Ficou em silêncio). Olhou para o meu cabelo e disse: *Princesa*. Eu disse: *Princesa me lembra boneca. E você? Também*. (Está me olhando apaixonadamente). (...). *Você está sentindo algo? Quer falar sobre isso? Quero comer doces. Comer doces? Sim. Sim, eu quero comer rocambole*. Isso lembra seus desejos, interpretei.

Outro momento marcante das sessões estava relacionado aos risos e estava diretamente relacionado com o fato da terapeuta ser negra. Às vezes começava a rir, ria muito. E sempre que eu questionava o motivo, respondia: NADA. Se eu insistia, às vezes criava uma resposta que julgava lógica: *Minha mãe fica preocupada de eu falar com homem ouvinte, só com surdos*. Questionei: Por que ela fica preocupada? Disse: *Homem mau*. Falei: Todo homem é mau? Disse: *Não, só os pretos*. Retruquei: Por que o homem preto é mau? Disse: *Não sei*.

Em outra sessão riu muito, não conseguia se controlar, ria sem parar. Ria, me olhava e olhava para a porta. O que tem na porta? Riu muito e disse: *Você come muito chocolate!!!* Falei que pelo contrário, não gosto de chocolates. Continuou rindo. Deixei-

¹¹ Descrições adaptadas e sintetizadas das falas da paciente em sessões diversas.

¹² Este não era o nome da mãe biológica do(a) paciente e nem sua idade real, portanto esta mãe foi criada pela própria paciente como uma de suas alucinações.

¹³ Mesma idade da terapeuta.

a rir. Depois perguntei: *Do que você está rindo?* Riu mais. Depois disse: *Você parece a Mônica. Mônica? Sim, aquela que provoca o Cebolinha e ele a chama de gorducha, dentuça.* Sei quem é. Dali a algum tempo mudou o que havia falado: *Você parece uma secretária. Secretária? Secretária de banco.* Você me disse hoje que eu pareço com a Mônica e agora com uma secretária. Ficou em silêncio.

Em sessão posterior disse: *Você é negra.* Confirmo. Sorri. Pergunto e você? *Sou branca.* Você gosta de negros? *Sim, com a cabeça e não com a mão.* Depois arruma: *Sim.* Você disse sim e não. *Eu gosto de negros, não sou racista, não sou mau.* Não é mau? *Não.* Ficamos em silêncio. Depois de algum tempo, perguntei: *Você quer falar sobre negros ou outra coisa?* *Outra coisa.* Que outra coisa? *Eu sou morena, aqui no mundo são pardas.* Não entendi. Perguntei: *Você é morena?* (Ficou estática). Acrescentou: *Eu sou quase índio. Índio, como assim?* Riu. *Minha família é branca.* E como você é quase índia? *Por causa da comida.* O que você come? *Barra de chocolate.* Então, quem come muitas barras de chocolate, muda a cor? *Sim.* Risos. Então, eu sou dessa cor porque comi muitas barras de chocolate? *Sim.* Depois disse: *Não, você é negra.* Ah, então a barra de chocolates só provoca a cor dos índios? *Sim. Negro come outra coisa.* Que coisa? *McDonald's, sanduíches, massas.* Falei: *Eu sou negra.* Confirmou lamentando. *Ser negro é ruim? Sim.* E ser branco é melhor? *Sim.* Eu sou negra. Confirmou. (Expressão de pena).

Com o decorrer do tratamento e com a paciente cada vez mais regredida, já se encaminhando para o final da terapia, um dia disse: *Vi um gavião.* Gavião? *Sim, era Vera.* E aí? *Ele quer me proteger, ele quer proteger minha vida.* Proteger de quê? *Do leão, o homem gordo, leão.*



FIGURA 6.2 – Recomposição da terapeuta: um olhar de cuidado

ANÁLISE:

A ilustração das figuras, nas páginas anteriores, juntamente com os fragmentos de sessões serve para demonstrar de que forma a transferência foi sendo construída durante o processo terapêutico e como a paciente começou a entrar em contato consigo mesma. Além disso, esta alucinação remete a semelhanças com a terapeuta, o que nos fez escolhê-la para pensarmos na *regressão à dependência*.

Na terapia com sujeitos surdos, assim como em sua marca cultural, o que demarca todas as etapas é o papel da visualidade tanto na identificação com a terapeuta quanto em sua rejeição. Neste caso, a paciente quando se sente enamorada (transferência positiva) pela terapeuta o que chama atenção é o seu cabelo, se a desqualifica (transferência negativa), é a cor da pele que domina a trama e, à medida que o processo avança, simboliza a terapeuta como um gavião. Dessa forma, a paciente nutre pela terapeuta uma ambivalência de sentimentos: ama-a e odeia-a, e isso é importante para o processo de reintegração.

Inicialmente, neste caso, trouxe a terapeuta como amiga da mãe boa, portanto, deseja incorporá-la, comê-la. Há um desejo de incorporação de objeto bom, que está para além da visualidade, mas que parte dela, como princípio cultural da comunidade surda. O fato da terapeuta utilizar a língua de sinais e considerar aspectos da comunidade e da cultura surda, mas, acima de tudo, estar disponível para a demanda de escuta de sujeitos surdos, influencia positivamente a transferência e facilita o processo de enamoramento. E esta característica de se apaixonar principalmente pelas pessoas que falam sua língua e reconhecem sua cultura é prioritária nos relacionamentos da comunidade surda, o que a nosso ver pode contribuir como um fator fortalecedor do laço transferencial.

É importante que se diga que o terapeuta, que inicialmente é um estranho, quer adentrar na intimidade do(a) paciente, mas que, demonstra ter disponibilidade afetiva para se adaptar às suas singularidades, fala sua língua, considera suas expressões faciais e corporais fundamentais no processo e julga imprescindíveis os elementos da cultura surda, autoriza a paciente a viver suas angústias. Ou seja, a partir do uso e reconhecimento do registro cultural da comunidade surda, possibilita com que a paciente sintasse acolhida pela terapeuta. Neste caso, representou a disponibilidade da terapeuta para se adaptar à paciente, à sua singularidade.

É importante que se diga que a paciente esteve buscando a vida inteira esconder as angústias por trás de defesas do tipo falso *self*, então atacar a terapeuta ou o *setting* é esperado. O importante é sobreviver aos ataques, diria Winnicott. Não julgar e permitir que o paciente seja. A ideia é apostar no deslocamento da posição de vítima para a de sofredor/participativo e não é nada fácil assumir esse risco, porque o paciente já se encontra adaptado ao mundo imaginário que criou para sobreviver às intrusões, mesmo que essa adaptação signifique o isolamento linguístico, social e cultural.

A cor negra destacada pela paciente na terapeuta, pode ter uma significação que vai além do já esperado racismo ou preconceito racial. Para Winnicott 1994 [1957], algumas crianças e adultos podem associar a cor preta a algo mau, terrificante, traumático. Neste caso percebemos que a paciente traz esta percepção da cor preta, como algo mau, terrível, de maneira repetitiva, no entanto, ao se deparar com uma terapeuta de cor negra, com a qual estava transferenciada positivamente, teve que se confrontar com o que considerava mau e o que considerava bom, juntos na mesma pessoa. E isso no início a perturba muito, a ponto de suas alucinações trazerem este referencial da cor preta na perspectiva do mau e, pouco a pouco, isto foi transmutando.

Assim, nesta ótica, pode ser que a paciente não esteja falando necessariamente da cor preta em si e nem as alucinações serem tão assustadoras como ela trazia, mas da representação dessa cor em seu trauma inicial¹⁴ (Winnicott, 1983 [1963]), e de como foi possível representar simbolicamente o mau, as falhas ambientais precoces a partir da transferência para o *setting*. As rupturas traumáticas simbolizadas em forma da cor preta, estavam sendo manifestadas por meio de um espaço protegido. Era preciso, então, entrar em contato com sua verdade, deparar-se com esse momento traumático e trazer novas possibilidades ao seu sofrimento. Isto é, regredir à dependência, experimentar para reintegrar.

Dessa forma, entendemos que houve, nesse caso, uma percepção de uma situação que foi traumática, mas que não foi simbolizada. E o ambiente construído no *setting* proporcionou esse contato, ainda que não direto. No entanto, vale ressaltar que essa realidade ao mesmo tempo se apresentava como algo desejante e temeroso e por isso erguia tantas defesas. Por outro lado, é importante destacar que somente foi possível acessar este caminho por meio da transferência, ou melhor, neste caso, por meio da *regressão à dependência*.

A terapeuta que no início era amiga da mãe suficientemente boa, tinha um cabelo que lhe fazia parecer uma princesa e agia como uma secretária de banco, na medida em que o processo terapêutico se aprofundou passou a ser parecida com a Mônica, ou seja, tinha uma paciente em um papel participativo na terapia, que buscava entender afinal quem era a terapeuta e implicava com a mesma, era o próprio Cebolinha.

Assim, com esse contexto, a paciente sentiu-se pouco a pouco, confiante para começar a falar de si. O que trouxe foi uma nova visão de si própria diante do mundo,

¹⁴ Para Winnicott, o conceito de trauma se relaciona às falhas ambientais de cuidados em se adaptar às necessidades do indivíduo em tempos precoces e às suas reações a essas falhas ambientais, de forma ao bebê se defrontar com uma experiência excessiva às suas capacidades psíquicas, implicando em rupturas no seu continuar a ser. (Oliveira, Nadja R. de, 2014, p.80).

diante de sua família. Passou a se perceber uma estranha para a família. Não se reconhecia pertencente a ela. Não se sentia igual a eles. Assim, esse não pertencimento também vinha simbolizado por meio da cor da pele ou da raça: *Sou morena, quase índio, eles são brancos.*

Próximo ao final da terapia, a paciente faz uma nova recomposição da terapeuta: um gavião. Um animal leve e forte que busca lhe proteger de seus fantasmas, principalmente o que ela considera o pior, isto é, relaciona à terapeuta um elemento de cuidado. E significar a terapeuta como proteção favorece à regressão à dependência.

A terapeuta-gavião, traz como principal característica, o olhar. O olhar do gavião consegue ver mais longe do que qualquer outro e aí, desse ponto de vista, a paciente demarca na terapeuta o principal aspecto da cultura surda, a visualidade. Em outras palavras, a capacidade de ver longe, em detalhes, que culturalmente é peculiar à comunidade surda, ao associar a terapeuta ao gavião, pode estar relacionando-a com esta característica da visualidade.

Além disso, o gavião tem garras fortes, ou seja, as garras/mãos da terapeuta que fazem uso da Libras fortalece a transferência, para alcançar o objetivo do gavião: ser um caçador implacável. Adotar uma postura de força, coragem para seguir em frente em busca do que caça, a possibilidade de contatos com as ansiedades impensáveis da paciente, a fim de reintegrá-las.

Ainda é importante ressaltar que, um olhar de gavião também remete ao olhar que enxerga bem. O da mãe-gavião. A que cuida, acolhe, protege, se adapta, a que vê e olha a paciente por meio da transferência na clínica com a terapeuta, por meio de um ambiente de sustentação e que assegura a vivência de suas rupturas.



FIGURA 6.3 – Oralidade prazerosa, corpo disforme.

DESCRIÇÃO:

O pior tem 57 anos, é gordo e negro. O que ele faz? Ele quer beber. Beber o que? Cerveja. Como ele fala? Ele não fala, usa Libras. Ele é surdo? Não. Como aprendeu Libras? Ora, olhando as pessoas falarem Libras. Qual o nome dele e o sinal¹⁵? É Fábio, sinal F no rosto. Ele quer beber, e você? Também. Beber o que? Skol. O Fábio é o pior porque lhe provoca para beber? Sim. Mas, esse desejo é seu também? Sim. O Fábio é o pior? Sim. E você também é a pior? Sim. Por quê? Não respondeu. Por que beber é ser pior? Porque mexe com a cabeça, bagunça os pensamentos. Bagunça os pensamentos? Pensa o quê? Pensa coisas ruins, muda o corpo. Como muda o corpo? Fica gordo. Risos. Depois, falei: Percebo que você tem uma preocupação grande com o corpo. Sim. Qual maior, a vontade de beber ou a preocupação com o corpo? Corpo. (Silêncio). Ele quer cortar meus braços.

Em um trecho de outra sessão, questionei-a: Como ele lhe provoca? *Drogas. Eu nunca bebi cerveja Skol, eu nunca bebi. Não? Não. Só fumei. Já fumou? (Expressão de susto). Quando? 12 ou 13 anos. Sozinha ou com amigos? Sozinha. E como conseguiu o cigarro? (Ficou em dúvida). Depois disse: O diabo me deu. O diabo já estava com você nessa época? Sim. O que você sente por ele? Gosto! (Respondeu com firmeza).*

Na sessão em que falou que o gavião iria lhe proteger do homem leão, a terapeuta questionou: Homem gordo ou leão? *Um só, leão homem gordo. Quando eu era criança eu era parecido com o leão homem gordo. Em que eram semelhantes? No corpo. E como era ser criança homem-gordo-leão? Não gostava, porque era gordo. Ficou assim até que idade? 8 anos. E depois virou o quê? Bruxa, até mais ou menos 19 anos. Em outro atendimento, disse-me: O homem negro sumiu. Ele tinha cérebro de leão.*

¹⁵ Sinal-de-nome – é uma espécie de apelido gestual dado pelos surdos àqueles que fazem parte da comunidade surda.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.4: Oralidade intrusiva – disruptividade do objeto mau

ANÁLISE:

A presente ilustração e os fragmentos de sessões trazem para o *setting* duas características da experiência traumática da paciente: negra e gorda. Que podem estar referidas às características de não filiação, de não pertencimento. Negra, que está associada, como dito antes, àquilo que lhe remete às rupturas da continuidade do ser, ao que considera terrível em sua vida, o que lhe transmite tanto medo. Gorda, porque uma das experiências traumáticas que a paciente teve, estava associada ao seu corpo, a cirurgia de implante coclear, às alterações em seu corpo e isto a preocupava muito.

Essa cirurgia, que neste caso se apresentou de maneira intrusiva, evocou as ansiedades precoces das falhas ambientais, de um excesso que havia ocorrido ainda na fase da dependência absoluta. Algo relacionado à oralidade, possivelmente à amamentação, primeira zona erógena do desenvolvimento do indivíduo¹⁶: Uma coisa prazerosa na oralidade que pode ter sido intrusiva, que se repetiu pela experiência do implante, isto é, pode estar falando dos encontros e desencontros ocorridos entre mãe/bebê e que trouxe consequências atuais à oralidade da paciente.

A alucinação lhe provocava, queria resgatar sua oralidade prazerosa (beber, comer, fumar, usar drogas), ou seja, o que foi perdido em termos de prazer oral que podia ter sido experimentado, mas a paciente ainda representava isso bastante transfigurado com as defesas do tipo falso *self*, os medos. Durante a terapia, ela passa a querer de volta o prazer oral, chega a autorizar a ingestão, mas não realiza porque teme, teme outra intrusão, outro prazer oral que lhe faça mal, que altere o seu corpo, que não é bom para a saúde, não quer ficar disforme ou diferente, não aceita mais mudança em seu corpo, não dá mais conta de ser a estrangeira, de não pertencer, por isso constrói defesas.

¹⁶ A paciente afirmou que mamou até os três anos de idade.

Também, aos poucos, a paciente passou a falar de seus desejos, mas teme por isso não seguir em frente, correspondendo a uma clivagem entre o falso *self* e o verdadeiro *self*, uma cisão. Teme “bagunçar” os pensamentos, isto é, sair do controle, do falso *self* como barreira, imposto pelo seu entorno e por si mesma, mudar o corpo, “ficar gorda”. Ou seja, teme uma mudança na cabeça e uma mudança no corpo, uma mudança por completo.

À medida que a paciente foi regredindo, essa alucinação tornou-se um homem com cérebro de leão. Aqui já começa a rever o seu passado enquanto criança, gorda como o leão. A paciente consegue regredir à sua infância ou a um período bastante conturbado de sua infância, identifica-se com esse homem-leão e acha até engraçado ser tão gorda quanto ele, além dele representar os desejos orais, ao mesmo tempo em que representava o temor. Ou seja, apresenta um misto de desejos e medos. Pois, os leões geralmente são de grande porte, juba longa, líder de grupo, reis da selva, só tem um problema atacam, de vez em quando e alguns chegam a devorar seres humanos.

Dessa forma, a qualidade principal dessa alucinação é ser invasiva, ela lhe impõe, ou seja, é excessiva. Os afetos estão mascarados, lhe provocam, mas são difíceis de serem integrados, pois estão bloqueados pelas defesas. Essa fantasia que é muito temida pela paciente, é a própria representação do mau, a incorporação de objeto mau. Percebe-se um desejo de se autorizar um prazer oral, mas ele não se sustenta. O que aparece muito mais é a disruptividade, isto é, encontra-se impossibilitada pelo o que a alucinação lhe remete: ao seu passado.

No entanto, com o aprofundamento da terapia passou a trazer em seu discurso a noção de que o homem gordo negro sumiu, ele tinha cérebro de leão. Em suma, no processo de regressão à dependência, abandona o prazer e passa a vivenciar, dessa vez, com um ambiente seguro e protegido, as defesas, os medos, os desejos, por exemplo.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.5 – Mãe boa: poder, magia e proteção

DESCRIÇÃO:

Tem uma bruxa que quer estar sempre comigo. Bruxa? Ela faz mágicas e sonhos. Por que ela quer estar sempre com você? Porque é perigoso. Perigoso? Não... Porque ela quer me levar na vassoura com ela (Tranquila). Levar para onde? Outro lugar especial. Você quer ir junto? Sim. Para que? Passear no jardim. Você confia na bruxa? Sim. O que vocês vão fazer lá? Comer coisas gostosas. Quais coisas gostosas? Frango, feijão e arroz. Quantos anos a bruxa tem? 48 anos. Ela é casada? Sim. Tem filhos? Sim. Além de comer coisas gostosas, o que mais vocês irão fazer lá? Comer doce de leite. O que você quer comer? Doces. Doces? Sim, B-A-U-D-U-C-C-O. Rocambole. Rocambole? Lacta.

Em outra sessão, reportando-se à bruxa relatou: *Ela anda comigo desde os sete anos. O que ela quer? Aprender... não... mudar...não...desculpa sou mental. Porque mental? (Expressão de desconhecimento). Depois disse: A bruxa organizou minha vida. Perguntei: Como ela a organizou? Aranha, caramujo, barata, lagartixa, sapo. Começou a rir. Perguntei: O que foi? Disse: Nada. Falei: Pode falar o que quiser. Disse: A igreja do P-Sul... livro pentecostal. Eu não sei nada, outra pessoa. Você foi à igreja? Sim, lá tinha uma alma. Ri um pouco. Homem, cabelo amarelo e olho verde. Ele foi junto com você ou já estava na igreja quando você chegou? (Expressão de obviedade). Casa e igreja. Ele parece comigo. Parece? Ele anda igual a mim. Ele é índio! Ah, e parece com você? Sim. O que você faz parecido com os índios? Como doces. DOCE ÍNDIO¹⁷.*

A bruxa quer ficar junto comigo. Silêncio. Ela quer sentar na varanda. Para que? Não respondeu. Segurou a resposta. (É como se após ter percebido o que disse,

¹⁷ Chamou a atenção os sinais de DOCE e ÍNDIO, primeiro do ponto de vista linguístico, pois os dois sinais são muito semelhantes em Libras quanto ao ponto de articulação e a configuração de mão. E do ponto de vista do caso, doce está sempre articulado com desejo e índio com alma.

refletisse que está confuso e então não fala). Depois disse: *Ela quer sentar no banco de madeira.*

A bruxa parece com a minha tia paterna. O que você parece com a sua tia? *A cabeça, a mente se parece.* O que ela tem que você gosta? *Ela quer...* (Não conseguiu dizer o que era, mudou de assunto, ficou constrangida). Insisti: *O que a sua tia quer?* Respondeu: *Nada.* Insisti: *Pode falar, sem problemas.* Começou a formular uma frase racional. *Ela quer estudar* (Ela percebeu que não fazia sentido). *Ela quer comer muito* (Está com dificuldades de dizer). *Ela quer causar problemas em minha vida.* Perguntei: Qual problema? *Não... Não é isso* (Não falou mais). Começou a falar o seguinte: *Minha tia não é diabética* (Fez um som de surpresa). *Ela não fica velha, continua a mesma.* (Sorriu). Você gosta dela? *Sim.* São amigas? *Sim.*

Em outra sessão disse: *A bruxa está aqui. Ela só quer comer caldeirão.* (Expressão de susto). Falou: *Mundo não.* (Ficou pensando em como arrumar a frase). Disse: *Só arroz e feijão.* (Silêncio). Quem mais está aqui? *Idosa de 76 anos, bruxa, mulher de 18 anos.* Você acha que todas essas almas, são você mesma, fazem parte de você? *Sim. Dentro do meu corpo está a anatomia.* (Silêncio)

Um dia, disse-me: *Eu viajei minha vida.* Completou: *Bruxa. Mamãe mudou, parece rato.* Rato? *Sim, rato.* (Começou a se arrumar toda). Está sentindo alguma coisa? *Nervoso.* Explica então como é esse nervoso: *Eu sinto que a minha alma vai mudar.* Mudar como? (Expressão de riso). *Sinto cheiros, perfumes... flor.* Cheiros, perfumes? *Flor?* *Sim.* E esse cheiro tem a ver com a mudança de alma? *Sim. É cravo. O cheiro que sinto é de cravo.* E você gosta desse cheiro? *Gosto.* Então, você gosta da mudança em sua alma? *Sim.* Você está preocupada com alguma coisa? *Sim, morrer.* Morrer?



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.6– Maternagem clivada entre o bem e o mal

ANÁLISE:

Uma das almas mais presentes na terapia era a bruxa. Ela representava um mundo ambivalente: De um lado um lugar de fantasia, poder e magia, que buscava fugir da realidade e criava um outro mundo especial, no qual ela participaria e de outro, um mundo de controle, intrusivo, de uma oralidade ruim, da angústia de morte. Ou seja, mais uma representação clivada entre o bem e o mal, que ela percebia como parte do que denominava de doença mental, seu sofrimento psíquico, sua fragmentação a partir de uma experiência traumática no corpo.

A bruxa boa representava a mãe boa, continha poderes mágicos. Além disso, realizava sonhos. Era protetora, confiável, cuidadosa e a protegia dos perigos. Andava de vassoura e ainda queria levar a paciente junto, para voar, alçar outros sonhos e magias, aparecia como uma mulher muito sábia e detentora de conhecimento, como a literatura nos faz crer a respeito das bruxas. Ela não envelhece nunca, dizia. Permanece congelada nesse lugar de devotamento, de mãe suficientemente boa.

Por outro lado, a bruxa com o tempo transformou-se em coisa ruim, um rato. A bruxa que antes era boa, passou a representar também o mal, o controle, rupturas e fragmentação. Emmanuelle passa a temer esta transformação, esta mudança, que para ela evoca as ansiedades inomináveis. Assim, a bruxa que antes comparecia nesse lugar de fantasia, de controle, de poder fazer mágicas, passa a comparecer nesse lugar de controle, de mudança que assusta, de disfarce, de um novo desejo.

A grande questão é como satisfazer esse desejo, colocar-se no lugar de satisfação ou submissão ao desejo materno ou aos desejos parentais referentes à oralidade (falar) e à religião (reprimir), que se configuram como formas de controle da paciente como sujeito. Então, só restava a paciente se submeter. E por mais que se esforçasse, a marca da sua diferença estava ali, na surdez, na língua de sinais, na visualidade.

Assim é que, nas últimas vezes que a bruxa compareceu em seu discurso foi para afirmar que sua mãe virou rato. Considerando-se que os ratos habitam esgotos e córregos, possuem comportamento furtivo, podem invadir casas e dispensas, podemos dizer que a principal característica dessa bruxa-mãe má é a intrusão, age furtivamente, danifica e destrói o que poderia florescer. Causa danos e sua ação pode até comprometer a estrutura, o desenvolvimento, a personalidade, ocasionando sofrimentos psíquicos.

Além disso, a bruxa-rato tem um alto poder de localizar predadores com suas várias habilidades físicas. Mais ainda, a bruxa má tem o poder de agir como o controle externo da aranha, da barata, do caramujo, da lagartixa, do sapo, dos ingredientes de seu caldeirão, ou seja, de organizar a sexualidade, a singularidade, os hábitos, os poderes, a cultura surda, a cóclea, a oralidade, a audição.

É importante ressaltar ainda a limitação visual dos ratos, compensada pela capacidade aumentada dos outros órgãos. Isto nos reporta à pouca habilidade da família com a visualidade, com a cultura surda. Sua preocupação maior está em superar essa limitação, por isso investe na audição, na oralidade, no implante, na reabilitação. O que lhe foi roubado? O direito de se constituir como gente, ser ela mesma, crescer.

Nesse sentido é que costumeiramente os pais de filhos surdos buscam um outro mundo para eles, um mundo longe da surdez, da suposta deficiência. Buscam o conserto, outro lugar, fazem magia. Essa magia com frequência encontra espaço no discurso reabilitador da surdez e no desenvolvimento da língua oral. Assim, percebe-se que a oralidade ocupa um espaço muito grande nos desejos desta paciente. Mas, se apresenta sempre em forma dúbia: oralidade como prazer ou oralidade como perigo, que possa fazer mal. Por isso, luta consigo mesma: “*Não sou isso*”

Dessa forma, observa-se no discurso de Emmanuelle uma maternagem que foi clivada, que foi boa e depois se transformou em má. Que em um período parecia lhe

autorizar seu desejo e no outro quis *causar problemas na sua vida*. Assim, que o lugar materno é configurado como isso ou aquilo, não confiável, não sabe como defini-lo, amá-lo ou odiá-lo? Assim, não sabe se acede ao seu desejo ou se submete ao desejo da mãe. Então, a paciente representa nesse contexto o lado bom, doce, prazeroso, que precisa ser negado e substituído pelo controle, organização, oralidade.

Logo, pode-se inferir que as figuras femininas da bruxa boa e da bruxa má disputam na fantasia de Emmanuelle o lugar da figura materna e compõem o caldo da confusão afetiva que ela vivencia desse processo. Elas compõem a ambivalência de sentimentos e Emmanuelle sente-se dividida entre as duas, sente-se identificada com a bruxa boa, mas teme que a bruxa má lhe cause problemas, por isso se submete. Envolve nesse dilema, só quer esconder sua vida, busca um lugar seguro, teme o caos, adocece.

Em suma, o conjunto de falhas ambientais, ocasionadas por um meio ambiente intrusivo, promoveu rupturas, fragmentações, sofrimentos psíquicos, que Emmanuelle denominou de MENTAL. Além disso, localiza esse sofrimento no corpo: *Dentro do meu corpo está a anatomia*. Que ora se apresenta fragmentado, em pedaços, clivado, cada pedaço representado por uma alma. Que representam essa ruptura entre corpo e mente. Sou MENTAL. Só mente. Não há uma integração entre corpo e mente. O que há é um desenvolvimento deficitário.

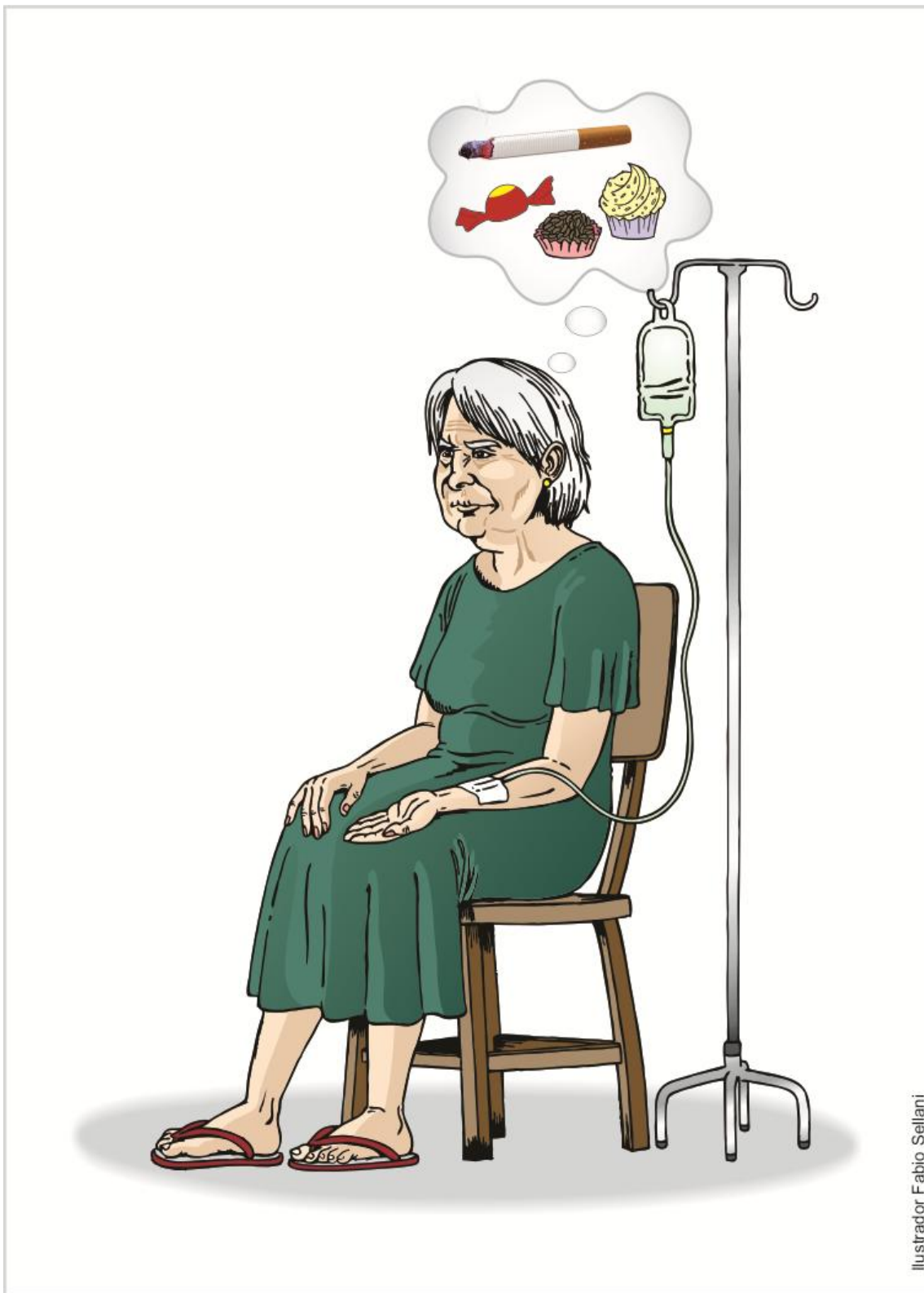


FIGURA 6.7 – Angústia de morte / prazeres orais

DESCRIÇÃO:

Há uma velha que me acompanha ... fico muito preocupada. Preocupada com quê? Velha. Velha? Não...dragão. Dragão? Não... Parece uma pessoa diante do abismo. (Sinal de nervoso). Abismo? Sim. Velha e abismo? Tenho medo de ficar velha. Por quê? Evitar comer doces.

Em outro dia, afirmou: *Tenho problemas psíquicos porque tenho medo de câncer no meu corpo. Câncer? Sim, doença que quando se fuma ou se bebe muito ou se come mal ocasiona câncer em várias partes do corpo. Você fuma? Não. Bebe? Não. Come mal? Não. Então, porque o medo? (Silêncio). Já percebi que você tem preocupação com doenças. É isso? Sim. Minha avó fumava quando era jovem, depois parou. Porque parou? Não sei, não vi. (Estava nervosa).*

Em um trecho de outra sessão, disse: *Outra coisa. Outra coisa? Eu quero fumar. Você deseja fumar? Sim. Porque você quer fumar? O cheiro. O cheiro te atrai? Sim. (Silêncio). Além de fumar, o que mais você quer? Eu quero beber cerveja. Pontuei: Às vezes você fala de conteúdos infantis, como doces, bruxas, caldeirões, bonecas e outras vezes de desejos de adultos, como fumar e beber. Confirmou. Você parece estar nessa transição entre o mundo da criança e o mundo do adulto, não é? Sim.*

Em outra sessão: *Você tem vontade de fumar? Sim. Quem é a pessoa que você viu fumando? Prejuízo. Não... não é isso. (Expressão irritada)¹⁸ O seu pulmão estava sujo naquela época? Sim. De quê? De poluição. Poluição? Dos carros. Ué, o pulmão não estava sujo da fumaça do cigarro e sim dos carros? Sim. Riu. E agora o seu pulmão, está sujo ou limpo? Sujo. De que? Não sei. Repeti a pergunta. Respondeu: De vontade*

¹⁸ Lembrei que na primeira crise correu sem parar durante três ou quatro horas com o objetivo de limpar os pulmões, pois a tia fumava e acreditava que havia inalado alguma coisa invasiva.

de fumar. O que mais você deseja? Beber. Beber o que? Chope ou cerveja. (Expressão feliz). Eu quero esconder minha vida. Esconder? Eu conheço muito bem minha vida.

Na próxima sessão começou a rir. Do que está rindo? *Das almas. Elas estão aqui? Sim. Quantas? Nove. Uma é mulher, tem 76 anos. O que ela quer? Doces. Por que ela quer doces? Não respondeu. Ela quer doces de quê? Chocolate. Por quê? Parece palhaço. Doces, chocolate, palhaço, são todos conteúdos infantis. É isso mesmo. Mas ela tem 76 anos (Ficou um pouco decepcionada com a minha constatação). Continuei: Parece que as idades estão misturadas, não acha? Sim. Você acha que as coisas de criança e de adulto não precisam estar separadas? Sim. Perguntei: E você, gosta de coisas de adultos e de crianças? Sim. (Um pouco receosa). O que você gosta de criança? Chocolate. (Séria). E o que você gosta do mundo dos adultos? Gosto de roupas bonitas, maquiagem, brincos, entre outras. Você falou de mais coisas do mundo adulto do que do mundo infantil? Sim. (Um pouco feliz).*

Em outra sessão, perguntei: Hoje você quer falar sobre o quê? *Sobre os doces. Quais doces? (Mexeu como se fosse a colher na panela). Depois corrigiu: Rocambole. Você gosta de rocambole? Sim. Sorriso. O que você quer falar dos doces? Brinquedos. Brinquedos? Não, é mousse. Mousse? Sim. Você gosta de mousse? Sim. Já comeu? Não. Nunca comeu, mas gosta? Sim. Cite outras coisas que você nunca comeu, mas gosta. Rocambole. Nunca comeu, mas gosta... Riu, feliz. Há coisas que nunca comemos, mas temos vontade. Sim. Começou a rir. Por exemplo, você tem vontade de fumar, de beber... Concordou. Comer rocambole... e mousse. Concordou com cautela. Essas coisas combinam entre si ou não? Sim. São coisas que você tem vontade e ainda não experimentou. Sim. (Riu).*

Em um trecho de uma sessão comentou: *Dragão. Dragão? Ele me protege e ajuda a melhorar minha cabeça. Faz exercícios para o meu cérebro. (Riu muito).*



FIGURA 6.8 – Inalação invasiva / desejos de oralidade

ANÁLISE:

A surdez, em uma perspectiva biológica, muitas vezes é vista como um defeito, uma doença que precisa ser curada. Pessoas surdas, frequentemente, são levadas para diversas instituições, tais como: hospitais, igrejas, determinadas escolas, a fim de buscar a cura para a surdez. Esse percurso pode ter traçado na memória afetiva da pessoa surda que ela é doente, frágil e que poderá morrer a qualquer momento. Esse medo de morrer também pode nos remeter às angústias impensáveis, a sensação de ruptura, fim, transformação.

Podemos problematizar assim que, a pessoa surda com sofrimento psíquico grave pode acrescentar ao seu sofrimento esta fragilidade e passar a vivenciar no *setting* essas mortes figurativas, essas representações da angústia de morte, que temem tanto. E pode ser que essas fantasias de morte estejam atreladas ao desejo, isto é, será que essa noção de morte é não poder desejar, vir a ser. No caso de Emmanuelle, deseja muitas coisas, mas não as realiza por medo da morte. A avó, a velhice, os cabelos brancos representam a morte, o abismo, o câncer, a poluição, por isso os teme. Sua preocupação maior é com a morte, com o caos.

Esse medo pode estar relacionado com as experiências de morte, de ruptura, de descontinuidade do ser que ela sentiu tanto no período da dependência de um ambiente suficientemente bom, quanto em momento posterior em que essas angústias foram ressuscitadas. À medida que o tempo foi passando na terapia, começou a trazer predominantemente esse medo representado pela velhice ou pelo que simbolizava em sua perspectiva a velhice, os cabelos brancos, doenças, abismo, morte, entre outras. Os doces continuaram assumindo parte importante em seus desejos, os prazeres orais. Sente vontade de incorporar os objetos bons, mas percebe que o ambiente não lhe autoriza

isso, pelo contrário, a proíbe. Não podendo ser real só lhe resta a submissão, construir defesas do tipo falso *self* para que a verdade não se desvele.

A transformação do idoso no dragão, do humano no animal, representa a própria regressão às angústias primitivas. A paciente demonstra afetividade ao dragão na medida em que ele lhe protege e trabalha o seu cérebro, no entanto ao lembrar que ele é velho e já morreu, não permite o sentimento de afeto e passa a temer, temer a sua morte, o medo do caos se instala, fala em abismo, prejuízo e doces, como o que pode ocasionar ou acelerar o seu fim.

Compreende-se, então, que há nessa alucinação mais uma vez um conflito, entre o bem e o mal. A partir do mito do dragão, a paciente vê exteriorizada a avó conjuntamente com poderes mágicos ou encarnação do mal. Os desejos de oralidade, entre eles comer doces e fumar, estão condenados pelo simbolismo da boca do dragão, o hálito de fogo, a fumaça que emana de seu nariz, das chamas, a inalação invasiva.

Assim, essa morte pode estar dizendo de uma morte afetiva, de uma mãe que morreu, ou se transformou em algo ruim e, conseqüentemente, o bebê morreu junto. Mãe e bebê para Winnicott, só existem enquanto par. Há uma relação de dependência entre eles. E se algo não vai bem com a mãe, não vai bem com o bebê. Neste caso, com a paciente. Que deixa transparecer em suas expressões essa angústia de morte, que lhe aterroriza tanto.

Podemos, assim, dizer que o ambiente suficientemente bom do processo terapêutico possibilitou à Emmanuelle transparecer essas angústias, esse medo da ruptura, o temor sobre sua impermanência, a reexperimentação das agonias primitivas, em suma, a própria desintegração, a fim de estabelecer um contato, uma ponte entre falso *self* e *self* verdadeiro.

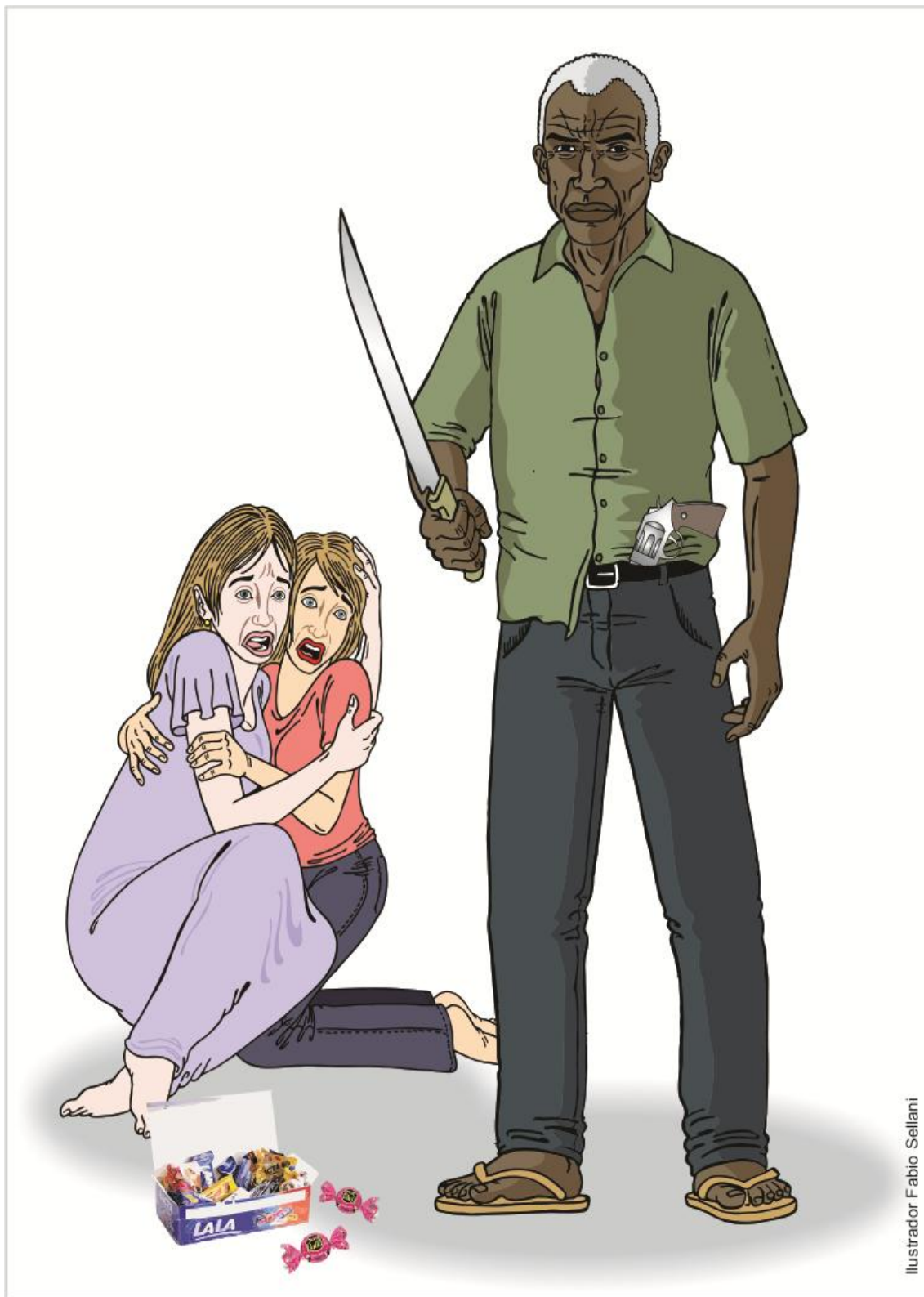


FIGURA 6.9: Não filiação à linhagem materna – descontinuidade do ser

DESCRIÇÃO:

O homem negro quer matar minha mãe e minha irmã, porque elas comem doces.
 E por que ele quer matá-las? *Para que eu possa viver. E eu quero doce. Diferente. Doce diferente? Rocambole. Então, ele vai matá-las.* O que você acha disso? *Eu concordo.*
 Você quer que ele mate sua mãe e sua irmã? *Sim. Minha mãe tem crânio, osso duro e o corpo também.* Isso é bom ou ruim? *Bom.* Por que? *Ela se movimenta sozinha. Minha irmã é igual a ela.* E você? *Não, nada.* Mesmo a sua mãe tendo essas características, o homem velho vai conseguir matá-la? *Sim. Eu preciso comer doces.* Doces? *Chocolate e rocambole.* Para que você precisa comer doces? *Para voltar a ser criança!* (Sorrisos juntas).

Após as férias, chegou se arrumando toda, observando todos os detalhes antes de sentar. Perguntei como estava? *Nervosa.* Como é esse nervoso? *Alma.* Você está vendo almas? *Sim.* O que elas querem? *Ficar comigo todos os dias. Elas querem MATAR eu!* Elas querem te matar? *Sim, porque meu corpo falta sangue, entendeu?* (Expressão nervosa). Você não tem sangue no corpo? *Não.* (Está em dúvida). Silêncio. (Expressão de súplica para que eu preencha o vazio com Libras). Tem ou não tem? *Tenho* (Dúvida). Mas, você falou que não tinha. (Expressão de espanto). *Mas, tenho. Tenho sangue nos olhos, na língua etc.* Então, qual é o sangue que você não tem? Respondeu: *Ósseo.* Silêncio.

Depois disse: *As almas querem me matar.* Por que elas fariam isso? *Não sei.* Depois disse: *Deve ser porque não tenho sangue no corpo.* Porque o seu corpo não tem sangue? *Não sei. Meu corpo está gigante.* Como assim? *Porque meu cérebro tem outra família, mãe.* Mãe? *Sim, Violeta.* Violeta? *Sim, a flor.* Depois de algum tempo, falou: *Eu tenho uma doença. Não sei o nome.* O que você sente? *Cabeça.* Sente o que na cabeça?

Falta... uma visão boa. Depois completou: Eu não consigo pegar. Pegar o quê? Comida. A minha mãe consegue pegar. A minha irmã também.

Em outro trecho de uma sessão resmungou, como se fosse chorar e disse: *O homem quer matar minha mãe e minha irmã. Outra coisa. Outra coisa? Chinês. Chinês? Sim. O homem é chinês. Esse homem é você? Sim. Porque quer matar sua mãe? Homem chinês é perigoso.* (Expressão feliz). Depois disse: *Nada.*

Em sessão posterior, disse: *Eu sou chinês.* Tentou consertar dizendo que não era. Falei: *Aquele chinês que quer matar sua mãe, que você falou em alguns atendimentos atrás? Sim. Você continua com vontade de matá-la? Sim. Riu. Disse: Minha pálpebra é pequena, a de minha mãe e da família dela é grande. Você sente o quê pela sua mãe? Raiva. Por quê? Silêncio me olhando fixamente como se eu soubesse o motivo, arrumou o cabelo atrás da orelha e ficou parada.* (Percebi nesse momento que os comportamentos obsessivos compulsivos haviam parado). Riu. E disse: *A minha mão é pequena e meu corpo é grande. O meu pé também é pequeno.*

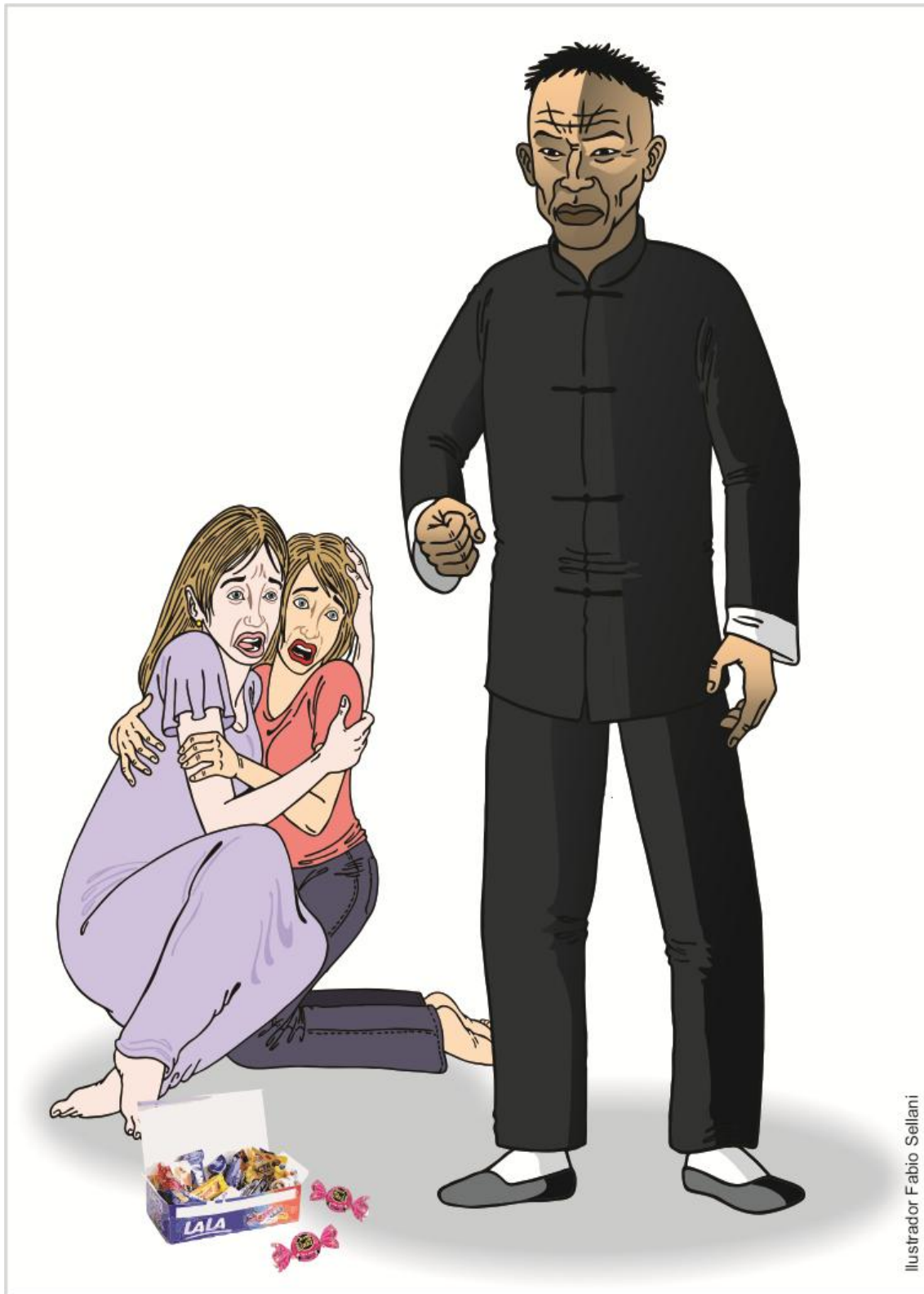


FIGURA 6.10: Para ser, é preciso que o “opressor” não seja

ANÁLISE:

Estas imagens e os fragmentos de sessões representam o sentimento que a paciente nutria pela mãe e pela irmã nesse contexto do processo terapêutico. Sentia raiva, ódio. Ao se perceber uma estranha, não pertencente à família, estrangeira com relação a mãe e a irmã, desejou suas mortes. Elas possuíam diversas coisas que a paciente dizia não possuir, mas que desejava.

Assim, de forma ambivalente questiona sua diferença em relação à mãe e à irmã, elas possuem capacidades de comer doces, de se movimentar sozinhas e de possuir ossos firmes, conseqüentemente corpo duro, dizia. Por outro lado, Emmanuelle sentia que não era NADA, sentia seu corpo fragmentado, sem sangue, não conseguia comer doces, por isso sofria, mas também pensava em eliminá-las.

Em outras palavras, Emmanuelle desejava viver, precisava viver, retomar sua continuidade de ser, que foi rompida abruptamente. Mas, acreditava que para viver, precisava eliminar a mãe e a irmã, pois elas eram muito diferentes, elas possuíam capacidades e habilidades físicas que ela não possuía, elas tinham força, dureza, que lhes permitia se movimentar, pálpebras e um corpo grande, por outro lado a paciente sentia-se NADA perto delas, chegou a ficar em dúvida a respeito se tinha sangue ou não e suas características eram sempre inferiores em relação à mãe.

Este é outro momento muito sofrido na terapia: a paciente simboliza a angústia de sentir-se diferente de quem está mais perto, sua família, e a dor é maior porque percebe-se uma estrangeira diante da mãe, da irmã, das mulheres, da linhagem materna. Isto causa-lhe imenso sofrimento e também muita raiva. Não se sente filiada. Não pertence. Seu *corpo falta sangue ósseo*.

Mas, como elas têm capacidades que ela não possui, precisam ser eliminadas. Não tem coragem de matá-las, mas busca no que considera mau (homem, velho e negro)

para cumprir a missão. Quase próximo ao final da terapia, troca o negro por um chinês, muito perigoso. Como se estivesse investindo ainda mais na agressividade.

Nesta sessão, a exclusão apontada está marcada no corpo da mãe e da irmã como algo positivo, algo que a paciente não possui, afirma. Assim, só resta “matá-las”, para que ela possa sobreviver em sua diferença e quem sabe, positivá-la. *Preciso comer doces, para voltar a ser criança!* Para retomar meu continuar a ser! Para restaurar a oralidade perdida.

Este aspecto do sofrimento de Emmanuelle pode ser analisado a partir do que Winnicott 1994 [1959] denominou como falha na comunicação inicial, isto é, mutualismo, que se encontra ou deveria encontrar-se presente no manejo que a mãe faz de seu bebê, das influências mútuas muito iniciais, ainda que bem sutis, na fase de dependência absoluta. Na fase em que o bebê é completamente dependente do ambiente.

Dessa forma, pode-se problematizar uma dificuldade na adaptação da mãe a essa filha no período de dependência, provenientes de falhas na mutualidade, na comunicação mãe-bebê. Essa angústia é revivida por meio da cirurgia do implante coclear, por isso sente raiva da mãe, que autorizou o seu “conserto” e lhe fez sentir ainda mais estranha. Chama atenção ainda o fato de que, mesmo a terapia sendo em Libras, o silêncio compareceu em um momento crucial e contextualizou o sofrimento. Ela não precisou me dizer do que se tratava ou não conseguiu dizer, mas sua expressão corporal e facial, deixaram muito evidente um dos motivos pelo qual sentia raiva da mãe.

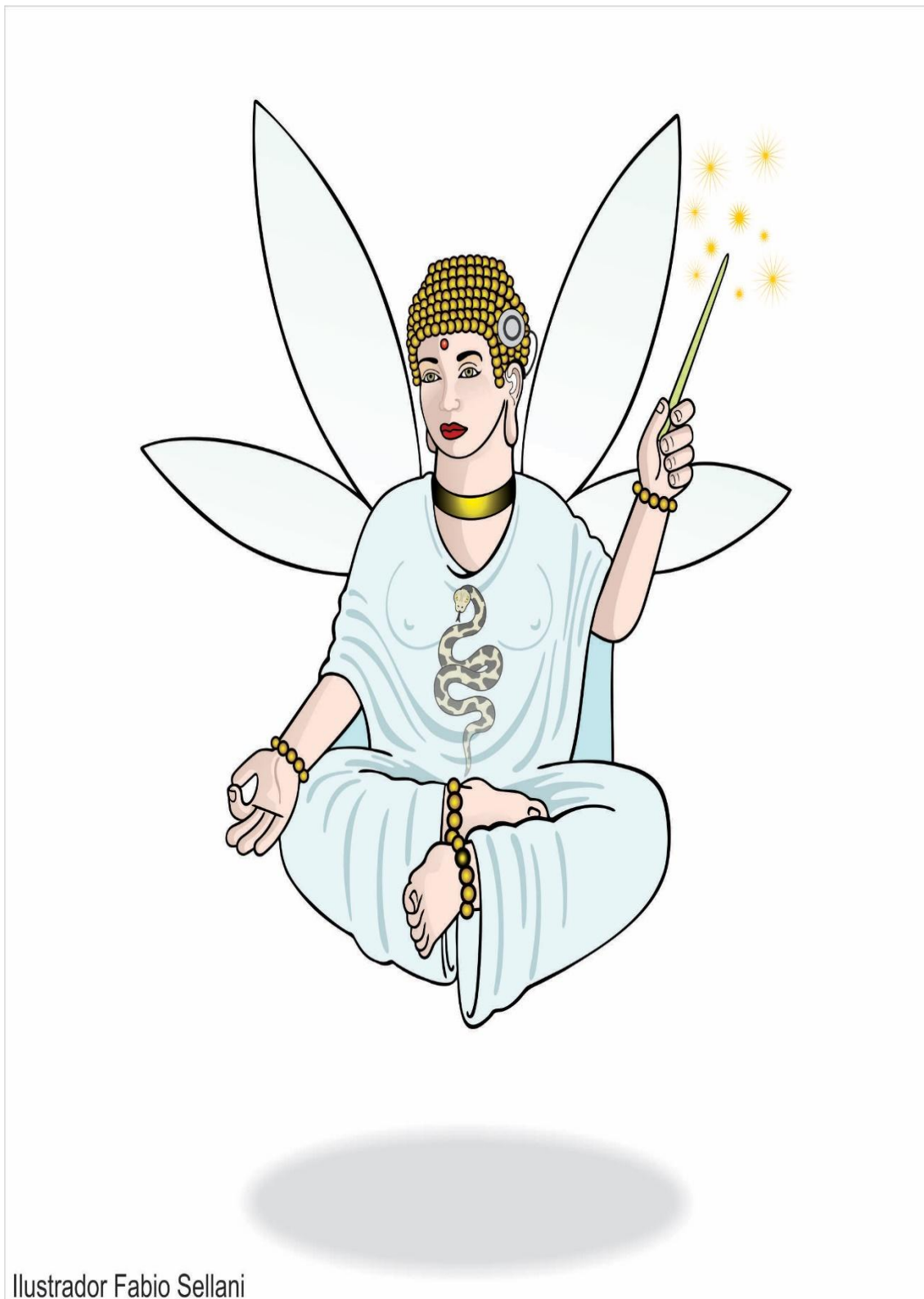
Em suma, ao perceber-se completamente diferente da mãe e da irmã, ou seja, a partir da idealização de que elas são sujeitos, ouvintes e integradas, a paciente sente-se como se não fosse nada perto delas, como se seu corpo faltasse sangue, não fosse completo, e não é qualquer sangue, é sangue ósseo, como o da mãe. Além disso,

percebe o corpo fragmentado e disforme, algumas partes grandes, outras pequenas. Diferente do da mãe e da família dela que são grandes, superiores, afirma. Por isso, precisa de um assassino que tire o sangue ósseo da mãe e da irmã e lhe dê, para que possa viver.

Aqui a paciente simboliza o não pertencimento e a raiva que advém daí. O desejo de eliminar a mãe e a irmã. Para que possa vir a ser, o “opressor” deve não-ser. A mãe e a irmã conseguem ter prazer com a oralidade, ela não. Conseguem ser independentes, nada invade os seus corpos, estão blindadas contra intrusões, tem osso duro e corpo também. Queria ser igual a elas, mas não é. Assim, sente-se incompleta, faltosa, defeituosa, doente. Sofre e sente muita raiva. Quer matá-las, para viver. Não consegue viver com a realidade de que sua mãe e sua irmã são perfeitas (em sua idealização) e ela não é. Queria poder sentir prazer oral, mas sua oralidade está marcada por uma experiência traumática, que compareceu como uma intrusão, que lhe confirmou o não pertencimento. Por isso, deseja e cria outra família, outra mãe.

Nesse contexto, a paciente consegue perceber mais uma vez o seu sofrimento, sua doença, como afirma. *É na cabeça. A cabeça não funciona bem, falta uma visão boa, não consegue pegar comida* (oralidade). Em alguns momentos desses discursos, sua expressão nos remete ao choro, em outros demonstra felicidade, depois sente raiva, em outros ri, numa completa ambivalência de sentimentos, estados clivados, fragmentação do eu.

Enfim, ela consegue ter uma percepção sobre a própria ruptura do eu, aponta a não-integração de seus membros, a ausência de sintonia entre os mesmos: *Alguns cresceram mais rápido do que outros*, diz. Dessa forma, deixa explícita a relação entre o desenvolvimento emocional e a intrusão justificada por meio da surdez. Não a surdez biológica, mas a surdez afetiva.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.11 – Integração e impulso de ser sujeito

DESCRIÇÃO:

Nas últimas sessões da terapia falou sobre o Budismo. Budismo? *Budismo é sério.* Você conhece o Budismo? *Sim.* Como conheceu? *Eu aprendi sozinha. Meu cérebro.* Para que? *Para relaxar.* Por que você quer relaxar? *Preocupada.* Preocupada com quê? *Velha.*

Em outro atendimento, voltou a falar do desejo de fumar. *Fumar é bom porque aparece o corpo... e a mente.... Sorriu.* Falou espontaneamente: *Já fui budista...* (interrompeu imediatamente) *quer dizer... implantada.* Riu muito. Pedi que falasse livremente, sem preocupação. Disse: *Meu cérebro me manda fumar.* O que você pensa fazer para fumar? *Eu tenho certeza que no futuro eu vou ser muito bonita.* Ficou em silêncio. Depois disse: *Continuo com o corpo de menina.* Ficou em silêncio.

Em sessão posterior: O que você está sentindo? *Muito nervoso.* Por quê? *Por causa do implante.* O que você pensa a respeito? *É uma cirurgia perigosa.* Mas, você já fez a cirurgia e sobreviveu. *Sim.* (Expressão de espanto). Mas, continua preocupada? *Sim.* Você fez o implante com que idade? *Oito anos.* E quanto tempo ficou com ele? *Dez anos.* Depois, você retirou. *Sim.* O que você acha que houve nesse período? *O implante me fez começar a ver almas.* Entendo. Com quantos anos você começou a ver almas? *Aos 13 anos.* Silêncio.

Em um trecho de outra sessão disse: *Vi na minha casa morcego.* Onde? *Na sala de baixo. Pequeno, foi embora.* O que ele quer? *Ele quer me morder, porque tenho dentro de mim uma cobra.* Cobra? *Sim, o nome é...* (Perguntou para mim). Falei: *Naja?* *Não.* Jiboia? *Sim.* O que a cobra quer? *Comer a maçã. Caju. Suco.* Você vê ou sente essas alterações em seu corpo? *Sinto.*

ANÁLISE:

Em suas últimas sessões, o discurso da paciente no *setting* me inspirou a imagem anterior, como se ela tivesse em busca de sintetizar ou integrar uma identidade em construção. Se vê enquanto budista, alguém que precisa muito relaxar, quer ter paz. Tenta se conectar com algo transcendental, para além do material, que possa lhe ajudar a meditar, a espiritualizar-se, quer renunciar aos desejos, às aparências, aos falsos *self*, e ainda tem uma cobra dentro de si.

Em outras palavras, a paz que busca para si, não deixa de fora o desejo, que está representado pela cobra. Que pode estar simbolizando a sexualidade ou o impulso de vida, de ser sujeito. Outro aspecto interessante é que a cobra está dentro dela. O que pode sinalizar um início de uma possível integração. Não estava mais exterior a ela, mas dentro. Sentia dentro do corpo, como se estivesse tendo rudimentos metafóricos, em um processo de progressão, não mais de regressão. Um desejo de amadurecimento, de incorporação.

Além disso, essa correlação com o budismo pode estar evocando a noção de silêncio em contraste com as práticas de oralização, com a obrigação de falar oralmente. É preciso ficar em silêncio, para se permitir ser outra coisa, alguém projetado em outro lugar, no qual outra coisa fala, não a palavra em si, mas o sinal, a língua de sinais, que não precisa de barulho. Podemos inferir a construção de uma identidade pautada em outra perspectiva, não a auditiva.

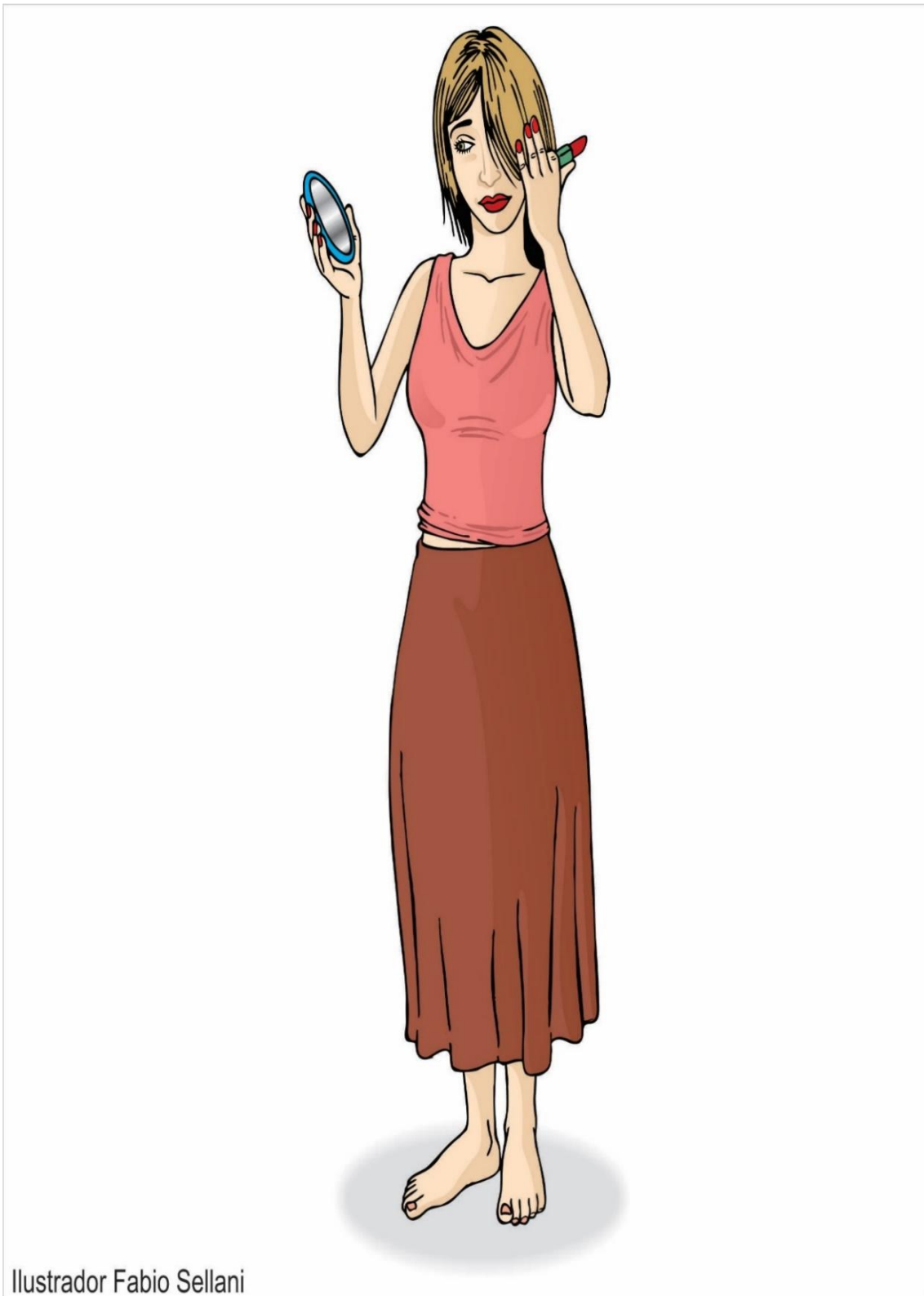
Indo adiante percebe-se um desejo, um desejo de fumar, por exemplo, de romper com as regras, de ser criativa, de transpor a imagem de menina boa que não cresce. Nos pareceu um desejo de crescer, de desenvolvimento, que estivesse envolto de paz, que pudesse pôr fim ao sofrimento, que cultivasse ações positivas, que não abdicasse de desejar, de transgredir, de criar.

Não está completamente fora da realidade. As marcas de ter sido um dia implantada, estão com ela. E essa é a parte que lhe incomoda, que lhe traz insegurança, mas não o deixa para trás. Está presente. Faz as pazes com a surdez, com seu desejo e com suas angústias, com seu sofrimento, com seu implante. Que mesmo que não esteja mais ali, materialmente falando, encontra-se simbolicamente representado como uma marca que não a deixará.

O implante coclear, de um ponto de vista cirúrgico, não lhe causou mal, mas a sensação de desamparo, de estranheiridade, de angústia, de invasão, de ser controlado e invadido pelo outro, de interrupção no percurso de seu desenvolvimento. Esta é a questão que está por trás de uma aparente ação inofensiva de uma cirurgia de implante coclear ou qualquer outro dispositivo que tenha por objetivo corrigir, implantar, colocar algo no outro sem sua autorização ou consertar o outro que julgamos defeituoso e sem que o mesmo possa dizer o que pensa a respeito, em suma, invasão.

A identidade aqui reconstruída pode ter dois caminhos: ser o que esperam de mim ou ser o que eu espero de mim. Para ser o que esperam de mim, preciso de muito controle, de muitas defesas do tipo falso *self*, pois o que me liga a essa identidade é o medo, medo do caos, medo de morrer. Dessa forma, me submeto.

No entanto, a realidade lhe diz que o implante não lhe trouxe paz, foi intrusivo, por isso fica desestabilizada, as angústias inomináveis retornam e se apresentam em forma de almas, teme o fim e quase não acredita que sobreviveu. Passa a acreditar que o implante lhe fez mal e lhe possibilitou entrar em um mundo de alucinações, do qual sente muito medo. Por outro lado, o seu desejo simbolizado pela vontade de fumar e ter uma cobra dentro de si, pode estar falando de um investimento libidinal, de outra possibilidade de desenvolvimento, onde a libido e os desejos possam se instalar. Que se sentem ameaçados pelo morcego, que a quer morder. Mas, mesmo assim, permanece.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.12 – Experiência de si mesma

DESCRIÇÃO:

Em um trecho de uma sessão, falávamos sobre terapia. E perguntei à paciente porque ela fazia psicoterapia. *Eu tenho problemas mentais porque sou surda.* (Falei sobre a relação que costumeiramente é feita entre surdez e a patologia). Após um tempo em silêncio, começou a rir. Quando parou, perguntei: *Do que está rindo?* Respondeu: *Nada. É que eu pareço um pato. Pato? Não ... um dragão. Desculpa, sou mental.*

Em um atendimento posterior, afirmou: *Tenho problemas mentais.* O que você chama de problemas mentais? *Problemas espirituais.* Ah, você tem? *Sim. Igual a você.* Eu tenho? *Sim.* Qual problema espiritual? *Zebra, vermelha, roxa. Passo. Pano. Plano. Plano? Não... boneca. Eu sou boneca.* Boneca de pano? *Sim.* Por quê? Começou a rir. Em seguida, falou: *Parece...* (mudou) *fogo*¹⁹... Fogo no corpo? *Sim.* Vontade? *Sim.* Desejo? *Sim.* Vontade, desejo de que? *De fumar.* Por que você quer fumar? Demorou a responder: *Porque é engraçado.* Engraçado? *Budismo.*

Retomando a discussão de uma outra sessão, perguntei: Você tem bonecas? *Sim, minha tia me deu.* Quando? *Em 2011.* E o que você faz com ela? *Brinco.* Você só tem essa boneca? *Não, tenho um sapo de pelúcia* (disse sorrindo). Quem lhe deu o sapo? *Minha outra tia.* Quando ela lhe deu o sapo? *Em 2012.* Porque ela lhe dá brinquedos? Começou a rir. Depois completou: *Família, mãe, pai, preocupam comigo.* Porque eles se preocupam com você? Interrompeu. *Eu tenho uma boneca-palhaço azul.* Quem lhe deu? *Meu pai.* Quando? *Em 2002.* *Eles vivem me dando brinquedos.* (Silêncio). Olhou para a roupa (na blusa tem um tigre desenhado) e rindo muito disse: *Parece um cachorro.* Riu muito.

¹⁹ O sinal de fogo em Libras se for feito próximo ao tronco significa: “fogo no corpo”, desejo.

ANÁLISE:

À medida que a terapia foi se desenvolvendo, pouco a pouco, a paciente começou a trazer reflexões a respeito de seu sofrimento psíquico. Para tanto, necessitou encontrar-se com seus fantasmas, desejos e dores. Teve como ponto de partida os questionamentos sobre a oralidade: prazerosa e a intrusiva, os desejos e os temores. Assim como, a maternagem boa e má, seus medos e sonhos, sentimentos de não pertença, entre outros.

O falso *self* e o verdadeiro *self* estavam completamente clivados, rompidos, cindidos. Ou era isso ou aquilo. Assim é que, por meio do processo terapêutico, foi permitindo-se um encontro, ainda que rudimentar entre estes, uma experiência de si mesma e paulatinamente foi configurando seu sofrimento psíquico, associado veemente à surdez e à forma como ela havia sido representada pelo ambiente externo, assim como, as intrusões que ocorreram advindas dessa compreensão.

Nesse processo, foi significando o que representava sofrimento psíquico para ela. Aos poucos foi tentando localizá-lo, até que conseguiu comparecer no discurso. É *cardiológico*, ou seja, emocional, afetivo, psíquico. *É mental, é espiritual*. Mas, acima de tudo, não sou a única a ter este sofrimento, a terapeuta também tem, afirma. Isto é, além de conseguir perceber em si, percebe nos outros, na terapeuta. E nessa identificação pôde continuar a ser.

Nessa partida rumo à sua descoberta, identifica-se com a terapeuta e ao percebê-la também na posição de sofredora, encontra-se segura para sofrer, além disso, vê na mesma uma nova referência de cuidados, uma nova postura com relação à surdez, objeto de amor, o que pode lhe possibilitar um novo curso em seu desenvolvimento, ressignificar suas relações, sente-se viva junto à terapeuta. E assim vai se reconstruindo.

Fica muito evidenciada em seu discurso a relação que há entre seu sofrimento psíquico e a forma como a surdez foi compreendida pelo ambiente, o que lhe acarretou

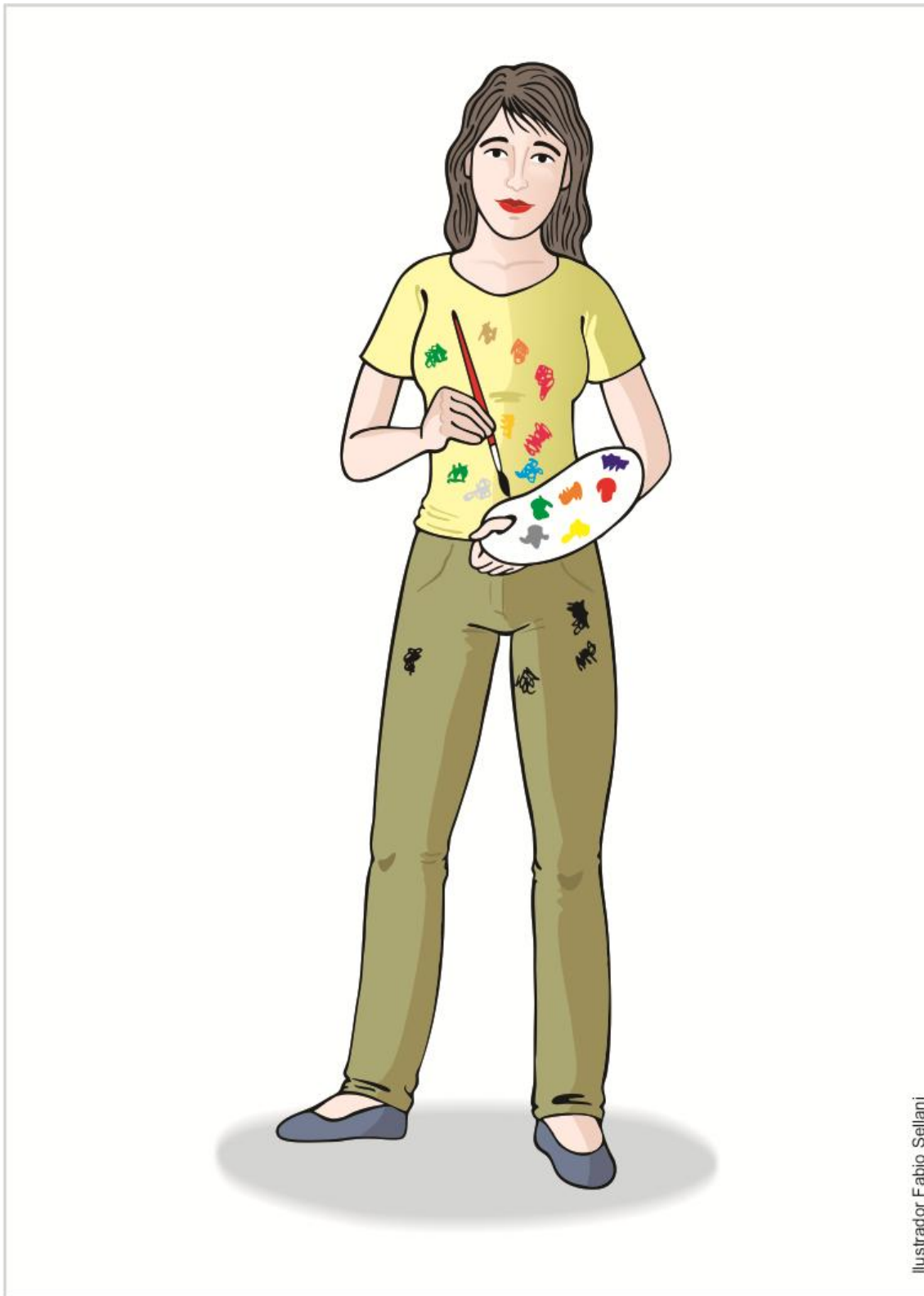
intrusões diversas. As interrupções na continuidade do seu ser já haviam ocorrido, mas as angústias desse período foram evocadas com mais uma intrusão, que dessa vez veio na forma de representação da surdez como algo que precisa ser eliminado, tratado, curado e substituído por um implante coclear, o que desencadeou uma relação com a oralidade bastante negativada, adoecida.

A surdez aqui evidenciada não é a surdez do ponto de vista biológico, mas a sua representação a partir de um patamar de inferioridade, de doença, de mal. A cirurgia de implante coclear também pode ser significativa para determinados sujeitos, mas o que se quer ressaltar é a forma invasiva como este foi proporcionado à paciente.

Os processos excessivos em torno da surdez e da oralidade trouxeram diversas consequências para esta paciente: Sentiu-se estranha, doente, como se a sua mente tivesse sido invadida, o corpo dissociado da mente, fragmentado, a oralidade comprometida e a semelhança com animais. Sentiu-se controlada, invadida, atacada. Algo externo controlando-a.

Para completar todo esse processo de adoecimento psíquico, a paciente traz em seu discurso a infantilização e a deficientização em seu contexto familiar: ganha brinquedos, apesar de já ter atingido a maioridade, e esperam que se comporte a partir dessa referência, a infância.

Além disso, o sentimento de não pertencimento à família compromete ainda mais seu adoecimento, sente-se diferente da família, como se algo tivesse dado errado. Deu zebra! O que traz é a dúvida entre manter-se nesse lugar outorgado pela família e sentir-se protegida (controlada) ou crescer, seguir em frente, amadurecer. Acontece que tenta ser controlada, boneca de pano, mas, tem fogo no corpo. Nesse sentido, luta pelos anseios, desejos, sentimentos que advém de uma possível entrada na adolescência, período conturbado por um turbilhão de emoções, complicado pela restrição imposta pela família.



Ilustrador Fabio Sellani

FIGURA 6.13 – Da libras ao silêncio: integração pelo olhar

DESCRIÇÃO:

Apesar de não sabermos, esta foi nossa última sessão²⁰. Nesta sessão não precisamos falar, usar língua nenhuma e a terapia utilizou os recursos das expressões não-manuais, não verbais: Olhei-a fixamente. Desviei o olhar, evitando ser invasiva. Ela fez o mesmo. Comecei a olhá-la sem falar nada. Ela também me fitou. Depois senti que se incomodou com o meu olhar. Desviei. Voltou-se para si mesma. Estava serena, calma. Comecei a olhá-la da cabeça aos pés, parando o olhar em algumas partes do corpo, como se estivesse energizando o corpo dela. Percebi a reação de seus músculos, em seus braços, barriga, baixo ventre etc. Desviei o olhar. Falei: Estou esperando você falar quando quiser, estou aqui, mas se quiser permanecer em silêncio, você é quem sabe. Concordou e continuamos em silêncio.

Voltei a olhá-la. (Ela fez expressão de satisfação). Meu olhar ia passando por todo o seu corpo e ela respondia a isso como se eu estivesse energizando-a. E ela sorriu. Chegou a fechar os olhos. (Não precisava olhar, sabia que eu estava ali, sustentando-a). Os comportamentos de controle sumiram. Ficamos uns trinta minutos dessa forma. Olhou-me e fez o sinal de que já podíamos falar. Disse: *Você quer saber o que aconteceu comigo?* Disse: Sim. *Eu estou com vontade de fumar.* Como é essa vontade? *Parece flor-cravo. Não, não é isso...* Flor-cravo? Demorou a falar. *Rosa.* Flor? *Flor-cravo.* Suas mãos pararam na direção do baixo ventre, os dedos se mexendo. Olhei. Mudou o movimento. (Está completamente sem comportamentos de controle). Sorriu. Tornou a movimentar a mão. Dedos se mexem. Estava serena, feliz, relaxada. Olhei. Sorriu. Mantive o olhar. Abriu as mãos. Terminou o tempo. Estava tranquila e séria. (Lamentou o tempo ter terminado).

²⁰ Emmanuelle foi retirada da psicoterapia pela família com o argumento de que os conteúdos que estava apresentando não correspondiam à formação religiosa da família.

ANÁLISE:

Esse percurso foi traçado a partir da Libras e chegou, sem que nos déssemos conta, ao silêncio. Um silêncio contextualizado. E passamos a escutar esse silêncio, que se apresentava enquanto uma visão ampla de linguagem, que estava para além da língua, uma comunicação via olhar, puramente simbólica, marcada no corpo. Não verbal. A possibilidade da comunicação na ausência do signo. Expressão de mutualidade, sintonia afetiva. Do corpo do bebê ao corpo da mulher.

Semelhante a um período que é anterior à língua e que faz parte da constituição do sujeito, que representa os primórdios de constituição psíquica, em que o encontro se dá por meio do olhar, da expressão corporal, uma relação real com o outro.

Em diversos momentos durante a terapia, Emmanuelle trouxe o corpo em suas falas. Um corpo doente, diferente dos demais. E, com ele, compareceram as diversos angústias atreladas à fantasia de corpo defeituoso. Sentiu falta de ar, gemeu, temeu a morte, medo da agonia primitiva.

Mas, nesta etapa do tratamento percebeu-se que, o corpo saltou de um corpo problema para um corpo desejante, a partir de um silêncio, outro silêncio, um silêncio ativo, que por conta do *holding*, sobrevivia e ressignificava. Primeira coisa que observei foi a ausência de busca por controle, de defesas do tipo falso *self* intensas, nesta etapa não havia lugar para elas, pois alcançaram um nível de confiança, de sustentação, que não precisavam mais de algo externo que as controlasse. Neste momento, o espaço foi preenchido pelo desejo, pela ressignificação do corpo.

Após esse momento na terapia, a paciente “fala”. Quer ser escutada, quer ser compreendida, quer se identificar. O silêncio também lhe preenche. Há mais sequências, menos fragmentações. Sente-se integrada pelo olhar, um olhar materno que a sustenta,

que vai juntando os pedaços por meio do olhar, como se as partes fossem produzindo algo prazeroso, como se estivesse sendo embalada (*holding*).

A bebê (Emmanuelle) foi segurada, tocada, percebeu que tinha alguém olhando por ela, integrando-a, cuidando, sustentando. Sentiu confiança, mais integração. Era vários, agora é uma, Emmanuelle. Era corpo estragado, agora é corpo vivo. Seu corpo foi descoberto, lhe deu prazer. Encontrou um continente terapêutico para se integrar. Estava mais constitutiva, podia ser para frente e não para trás.

Ilustrador Fabio Sellani



Figura 6.II – Quadro sinóptico das alucinações transmutadas e imagens

Este quadro é a versão construída do processo terapêutico, o reflexo do outro na descoberta de si, as alucinações visuais da paciente e as imagens criadas pela terapeuta durante o período de *regressão à dependência*, constituindo a comunicação terapêutica.

CAPÍTULO VII - POR MEIO DA LIBRAS, O SILÊNCIO: Contribuições teórico-clínicas a respeito de sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave

A surdez, em seu contexto histórico, tem sido inúmeras vezes apresentada socialmente a partir de uma compreensão que a significa como *déficit*, defeito, doença. Esta postura, como aponta o caso Emmanuelle, tem contribuído para a construção de fatores sociais, afetivos, linguísticos que postulam uma exclusão social da surdez enquanto diferença. Para além dessa problemática, estas questões sociais podem ser mais uma ênfase no conjunto de fatores de risco para o adoecimento psíquico de sujeitos surdos, isto é, a significação social da surdez pode se constituir como elemento externo relevante na influência do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos.

Desta forma, considerando que a família faz parte do substrato social e, em muitas vezes, também corrobora com o posicionamento citado anteriormente, as implicações sobre as falhas ambientais ocorridas em tenra idade em bebês surdos, devem ser retomadas. De acordo com a teoria winnicottiana, as falhas persistentes e graves ocorridas no período de dependência absoluta do bebê com relação ao ambiente materno promovem rupturas traumáticas no desenvolvimento emocional do mesmo.

Em outras palavras, quando ocorrem falhas precoces, severas e significativas no cuidado dirigido ao bebê, isto é, quando a função materna falha, o desenvolvimento emocional torna-se deficitário, ocorre um rompimento no continuar a ser do bebê. Assim, a dificuldade na sustentação desse bebê pela mãe favorece a experiência de angústias impensáveis, inomináveis, que foram vividas nesse período, em decorrência do fracasso na confiabilidade do ambiente, o que promove uma reação ao excesso configurado pela intrusão.

Logo, como forma de proteger o *self* verdadeiro, o sujeito passa a operar com defesas enrijecidas do tipo falso *self*, isto é, defesas de submissão ao ambiente, devido às rupturas no continuar a ser, à experiência de trauma. Para Winnicott, nesse caso, o bebê teve que fazer antes de ser, o que comprometeu o seu desenvolvimento saudável. Esta tese é válida tanto para bebês ouvintes quanto para bebês surdos.

No caso de bebês surdos, essa falha ambiental precoce pode estar associada à significação social da surdez, como apontado anteriormente e como o caso clínico representa, dificultando o encontro mãe-bebê. A dificuldade de aceitar a surdez, conseqüentemente a recusa em aceitar o bebê real e, com isso, a impossibilidade do luto do bebê imaginário pode colocar a relação mãe-bebê em risco no período de dependência absoluta, uma ruptura na continuidade do ser. Há uma reação à surdez a partir de diversas intrusões, muitas vezes devido a um projeto de normalização²¹, como foi o caso de Emmanuelle. Dessa maneira, o implante coclear compareceu na sua vida por meio de uma invasão, que se representou no corpo, uma intrusão, considerando-se que ocorreu sem aviso e sem o consentimento da paciente. O implante inicialmente visto como salvação, acabou por induzir uma entrada no sofrimento psíquico grave da paciente.

É evidente que a família também sofre. Por trás da dificuldade de aceitação desse filho, habita um sofrimento psíquico, tendo em vista as particularidades da dinâmica familiar acrescidas dos desafios referentes à aceitação e manejo da surdez, um adoecimento emocional que proporciona essas intrusões ou esses excessos. Daí a importância também da terapia familiar paralelamente à terapia individual do sujeito surdo em sofrimento psíquico grave.

²¹ Normalização aqui entendida como processo invasivo em busca de se atingir uma referência considerada normal, ao mesmo tempo em que, se menospreza a alteridade do sujeito, neste caso do sujeito surdo.

Além do mais, a dificuldade de pertencimento e o isolamento social são outros fatores presentes no sofrimento psíquico de Emmanuelle, o que nos leva a problematizar se esta questão também não foi vivida e compele um fator presente em grande parte dos sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave. Ela sentia-se estrangeira em relação à mãe, à irmã, à linhagem materna. Percebia-se como se seus órgãos fossem desproporcionais e como se a mãe e a irmã possuíssem algo que ela não tivesse, que ela representou na terapia como “sangue ósseo”, mas que podemos interpretar, pelo contexto, como oralidade sadia.

Ademais, Emmanuelle repetia esse sentimento de estrangeiridade em relação à comunidade surda: não se sentia incluída, participante, mesmo sabendo-se surda, biológica e culturalmente. Parafrazeando Clarice Lispector, não pertencia a nada e a ninguém, não sabia mais como era pertencer. Havia uma falha de pertencimento presente. Na mesma perspectiva, não percebemos por parte da comunidade surda um movimento em direção à Emmanuelle, um convite, uma aceitação. Essa comunidade ainda está se fortalecendo no pertencimento de uma identidade, de uma língua, de uma cultura e nos pareceu com algumas dificuldades de estabelecer mais essa conexão.

Desse modo, o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos é atravessado por questões culturais, tanto da comunidade surda, quanto da comunidade ouvinte em sua representação da surdez. Com os impactos da surdez em uma compreensão deficitária podem ocorrer dificuldades ao desenvolvimento de uma maternagem suficientemente boa, um excesso de falhas pode repetir as angústias impensáveis da fase de dependência absoluta. No caso apontado neste estudo, a cirurgia de implante coclear, como foi realizada de forma invasiva, pode ter contribuído para uma revivência das experiências traumáticas, que foram sentidas como uma ameaça de aniquilamento.

Uma mudança no corpo trouxe implicações também à “cabeça”. No contexto de fragilidades emocionais prévias, o implante favoreceu a disruptividade do sofrimento. Ou seja, o implante, repetiu uma invasão traumática já vivenciada anteriormente, contribuindo com o resgate de experiências que favoreceram a desorganização da paciente.

Além do mais, esta invasão pode ter sido sentida como uma suplantação da oralidade pela oralização, uma vez que ela foi invadida por um discurso reabilitador da surdez, fez a cirurgia de implante coclear, foi afastada dos(as) colegas surdos(as), teve que estudar em uma escola onde desconhecia as pessoas, começou o tratamento fonoaudiológico, entre outras ações. Tudo isso provocou um estranhamento em relação aos outros, um não-pertencimento, a apresentação de uma oralidade negativa.

Outra angústia trazida por Emmanuelle ao *setting* foi relacionada à morte, medo de morrer, experiência de morte, representando as angústias inomináveis, as rupturas que já haviam sido sentidas em outros contextos. Morte representativa de uma angústia de separação, de uma descontinuidade do ser, posto serem vividas como ameaças de repetição da experiência de ruptura no continuar a ser. Uma morte afetiva. Angústia de morte, foi o que ela sentiu. Logo, trouxe o medo de reexperimentar essas agonias, de repetir as agonias primitivas, de desintegrar-se.

A partir do caso Emmanuelle, pode-se indagar as consequências de ações intrusivas, excessivas sobre crianças surdas, potencialmente disruptivas para um desenvolvimento emocional sadio, uma vez que advêm de uma ótica invasiva filiada a um projeto de normalidade, de padronização linguística. Estas experiências intrusivas, de busca pela submissão do indivíduo àquilo que o ambiente significa como “normal”, pode suscitar angústias inomináveis, impensáveis, que vão ganhando aos poucos, representação no espaço terapêutico. Esse projeto de normalidade nem sempre é ligado

ao implante coclear, pode se apresentar de outras formas. A questão é a forma como esse projeto é apresentado, a partir de qual olhar afetivo sobre o sujeito, da compreensão de que pode ser mais favorável para seu desenvolvimento, pois pode vir a repetir a maneira transgressiva da experiência traumática no período de dependência absoluta.

Ao longo do tratamento, percebeu-se Emmanuelle tentando simbolizar o seu sofrimento psíquico: *É emocional, psíquico, cardiológico, mental, espiritual*, dizia em diferentes sessões. Sentia como se a mente tivesse sido invadida, apresentava o corpo fragmentado com a mente. Sentia-se desintegrada psicossomaticamente a partir da ruptura no continuar a ser, da fragmentação do *self*. Falava de doenças ou de um corpo faltoso, que não *tem uma visão boa, não tem sangue, a pálpebra é pequena e não consegue pegar comida*.

Com o tempo e com o movimento de crescente integração, que foi comparecendo em seu discurso, e mediante a construção de uma experiência de continuidade e confiabilidade por meio da relação terapêutica, surgiu um discurso a respeito das alucinações visuais, das almas: *As almas ficam dentro do cérebro*, dizia. *Me acompanham onde vou*. Como se estivesse significando o seu sofrimento como algo seu, não estava mais tão fora, fazia parte dela.

Além disso, chegou à conclusão, depois de um período de tratamento, de que a terapeuta também se sentia igual a ela. Essa identificação com a terapeuta encontrava-se pautada pela significação da mesma enquanto objeto de amor, inaugurando uma nova qualidade nas relações. A terapeuta se diferenciava das demais relações, não negativizava a surdez. Além do mais, a terapeuta também sentia, sofria, o que fez a paciente sentir-se igual, sentir-se humana. A terapeuta aqui é representada como presença viva junto da paciente. É espontânea e atenta, de modo a exercer a função de espelho do lugar de mãe suficientemente boa, no dizer de Winnicott.

Assim, a terapeuta configurou um olhar integrador junto à paciente, favorecendo uma experiência que diferia daquelas que Emmanuelle transmitia ter vivenciado junto a seu ambiente primordial de cuidados.

Para se compreender o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, buscamos configurar uma clínica de base analítica, de perspectiva winnicottiana, que abrangesse também as questões socioculturais da surdez.

Para tanto, partimos da possibilidade de uso do registro cultural da comunidade surda, como a língua de sinais, as expressões faciais/corporais e valores relacionados à cultura surda. Esta utilização favoreceu a construção de um espaço terapêutico, no qual, a paciente sentiu-se acolhida, a partir de uma disponibilidade da terapeuta para se adaptar às suas necessidades comunicacionais e emocionais, uma disponibilidade afetiva para falar sua língua e os demais elementos culturais da comunidade surda, o que se configura como cuidado neste tipo de atendimento. A marca cultural, assim, se presentifica e fortalece a transferência.

Dessa maneira, o que se evidencia é a adaptação da terapeuta por meio de um encontro analítico no qual a construção de um ambiente suficientemente bom, baseado na promoção de *holding* junto à paciente, a partir dos elementos culturais da comunidade surda, promove a transferência. Na qual é necessário que o(a) terapeuta apresente grande componente afetivo para se adaptar à paciente, alguém que use sua língua, reconheça seu modo de ser, que não signifique a surdez como doença, se diferencie do ambiente traumático.

Para Winnicott, como explicitado neste estudo, a transferência com pacientes em sofrimento psíquico grave recebe uma particularidade denominada de *regressão à dependência*. Isto é, a partir de uma nova provisão ambiental, na qual o paciente sente-se seguro, confiante, ele pode regredir psiquicamente ao estágio de dependência

absoluta e relativa do ambiente, período no qual ocorreram as falhas precoces, a fim de restaurá-lo, recompô-lo.

Assim, Emmanuelle vai descobrindo e vivenciando esse processo conjuntamente com a terapeuta. Ela experimenta aspectos de si que ela mesma desconhece, por isso, às vezes, se assusta, teme. E ao significar a terapeuta como cuidadora, protetora, confiável, o processo de *regressão* pode acontecer. Desta forma, consegue expressar e vivenciar seus pensamentos, sentimentos e defesas, isto é, experimentar o que não foi simbolizado, integrado ao eu.

Para que esse processo se desenvolva é preciso que o(a) terapeuta tenha capacidade de sustentação para o(a) paciente, possa ser encontrado(a), se colocar no lugar do(a) outro(a), a fim de segurar, sustentar uma dependência para que o sujeito possa se dizer, possa ser expressão de si mesmo, entre em contato consigo. Tudo isto implica um ambiente facilitador, que possibilite a conquista da autonomia pelo(a) paciente.

No entanto, entrar em processo de *regressão* não é simples; pelo contrário, ele é temido pelo paciente, que sente medo, uma vez que envolve o colapso das defesas erigidas a partir das rupturas no continuar a ser vividas precocemente, medo da morte, do vazio, pois vai experienciar suas feridas narcísicas, sua descontinuidade do ser. Pode transparecer, assim, as angústias de rupturas, o temor sobre sua própria permanência. É sabido que as defesas são uma forma de proteção contra as ansiedades impensáveis que se mobilizam a partir da sensação de possibilidade de repetição da experiência de ruptura. Mas, nesse processo, é preciso por meio da construção da segurança no vínculo terapêutico, vir a poder entrar em colapso e construir uma nova posição no mundo.

No caso Emmanuelle, observou-se que a paciente estava começando um processo que podia integrar isso, a partir da experiência de si no mundo a fim de

construir uma nova visão de si, novas escolhas. Experimentou e engendrou o início da possibilidade de representação das agonias por meio da psicoterapia. Buscou, simbolicamente, fazer “as pazes” com a oralidade, com seus desejos orais, desvencilhando-se da angústia de invasão. Desejou incorporar objetos bons, mas algo a impedia. Percebeu que havia prazeres orais a serem escolhidos, mas sentia que o ambiente não lhe autorizava.

No final da terapia seu discurso estava um pouco mais integrado, mais sequencial, menos fragmentado. E até metáforas rudimentares internas puderam surgir. Desejo de amadurecimento. A última sessão foi realizada praticamente toda em silêncio. É como se dissesse, “o silêncio também pode me preencher”.

A terapeuta utilizou das expressões faciais e corporais, do olhar significativo para contribuir com a integração da paciente. Integração pelo olhar, olhar de mãe suficientemente boa, um olhar que a sustente. Assim, por meio do olhar, foi reconstruindo o corpo, que estava despedaçado, mas de outro patamar, não da perspectiva da imposição, da intrusão, mas do acolhimento, do afeto, dos sentimentos, do prazer.

Deste modo, Emmanuelle sentiu-se sustentada, confiante, segura, mais integrada. O que antes comparecia na clínica como fragmentos externos de seu mundo, passou pouco a pouco a ser integrado. Emmanuelle, que anteriormente estava dividida em vários pedaços, em diversas almas, ficou cada vez mais integrada. O que era um corpo faltoso, débil, inapropriado, estava sendo descoberto como um corpo inteiro, prazeroso, que crescia, se desenvolvia.

Tudo isto estava contingenciado por uma provisão ambiental confiável, um espaço terapêutico que ia para além da palavra, do significante, da verbalização. Um enquadre que acolhia e elegia a experiência multimodal sensorial. Utilizou-se uma

linguagem mais ampla, não-verbal, das expressões, do silêncio, no espaço terapêutico. Ou seja, a partir de outros elementos sensoriais que favoreceram a construção do *setting* pela terapeuta e pela paciente, podemos propor para os sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave uma clínica da visualidade, uma clínica pautada na cultura surda, a partir dos princípios fundamentais da teoria e prática clínica de Donald Winnicott.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta tese, nos propusemos a articular princípios fundamentais da teoria winnicottiana com os aspectos socioculturais da comunidade surda a fim de abrir interlocução entre os dois campos de estudos como forma de compreender o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos. Dessa forma, buscamos nas contribuições teóricas da significação social de surdez, nas discussões sobre a dinâmica familiar de sujeitos surdos e na clínica psicanalítica com surdos, elementos que pudessem iniciar a nossa elaboração a respeito do contexto clínico desses sujeitos.

Desse modo, revisitamos a clínica com uma paciente surda em sofrimento psíquico grave por meio de um estudo de caso, de forma a promover reflexões a respeito dos elementos culturais do sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos, assim como da clínica para estes sujeitos.

Percebeu-se que a insistência na cura da surdez, pelo contexto social e familiar, pode dificultar a atenção ao sujeito, isto é, a significação social da surdez como déficit pode ser fator de risco, ocasionando dificuldades em olhar e reconhecer o bebê em sua singularidade. Nesse sentido, podemos problematizar que uma postura impositiva junto ao sujeito surdo em torno da necessidade de ser curado e de uma normatização da expressão oral como única via de ser e de se comunicar no mundo pode vir a configurar experiências intrusivas tanto nos primórdios, nas relações precoces, quanto ao longo da vida do sujeito. No caso clínico aqui trabalhado, a intrusão em torno do implante coclear, realizado de maneira impositiva, reevocou experiências de excesso a partir de intrusões vividas precocemente, de modo a observar-se uma vivência traumática em torno da oralidade.

Winnicott, a respeito da concepção de trauma explícita que, o que ocorre é que no período da dependência absoluta, quando a função materna e bebê encontram-se

ainda indiferenciados, há uma falha ambiental que o bebê não dá conta de ressignificar, de simbolizar, percebe, mas não experiencia, por sua própria imaturidade emocional. Este fracasso ambiental proporciona no bebê a construção das mais diversas defesas contra o aniquilamento.

Com os bebês surdos isto não se dá de forma diferente. No caso de falhas ambientais precoces sérias, há o favorecimento do surgimento das agonias, conseqüentemente das defesas. Estas defesas podem ser reafirmadas por meio de intrusões dos mais diversos tipos, que no caso de bebês surdos, são intensificadas pelo diagnóstico de surdez e pela forma como ele é significado. Determinada posição em relação à surdez pode trazer conseqüências na forma como a família reage ao diagnóstico, nas atitudes que toma a partir dali ou as que não toma, na relação com o sujeito surdo que pode passar a ser construída por meio de indiferença, autoritarismo ou desvalorização, ressuscitando experiências similares às que sentiu quando do período de dependência absoluta. No caso estudado, uma perspectiva a respeito da surdez ocasionou ações intrusivas, que trouxe como sintomas posteriores medo excessivo, isolamento social, temor de ser invadido, delírios, alucinações, entre outros.

Dessa forma, o que se buscou com o atendimento do caso apresentado neste estudo foi possibilitar que a paciente fosse escutada, permitir que ela pudesse vivenciar experiências angustiantes ou, até mesmo, suas defesas, para que o *self* verdadeiro pudesse se manifestar, sem recriminações. Suas crises passaram a ser vivenciadas no atendimento, sem alardes e de forma paulatina.

Então, compreende-se conjuntamente com Winnicott, o espaço terapêutico como essa possibilidade de cuidado, de confiança, a partir de um holding, onde o sujeito surdo pode ser escutado, falar na língua que lhe proporcionar mais contato com sua afetividade e a partir dali traçar novos relacionamentos, novos rumos, novas teias de significado,

acima de tudo por meio de uma qualidade na relação transferencial caracterizada por uma disponibilidade afetiva da terapeuta em se adaptar à singularidade do sujeito surdo.

Para chegarmos a esse ponto foi necessário o rebaixamento das defesas, a *regressão à dependência*, como diz Winnicott, por meio da qual a terapia foi se constituindo e a dependência foi surgindo, a partir da confiança que foi se estabelecendo. Logo, a regressão pôde ocorrer, o espaço terapêutico se fortaleceu, os medos, as defesas, os desejos, os afetos explicitaram-se cada vez mais.

Assim, a paciente foi mudando sua postura nas sessões a cada tempo e o *holding* se constituiu a partir da preocupação em não interferir no processo da paciente. Em diversos momentos do primeiro período da terapia, a paciente queria que a terapeuta falasse por ela. Aos poucos, foi adquirindo confiança e autonomia para que falasse por si mesmo. Assim, por meio da experiência de confiabilidade com a profissional, do manejo clínico, do cuidado, do *holding*, que a paciente pôde se integrar ao processo.

Por fim, o espaço terapêutico favoreceu o encontro com as defesas erigidas diante das angústias inomináveis, a fim de se reposicionar no mundo, desde o seu sofrimento, mas de uma posição ativa diante do mesmo. Nesse sentido, as demandas da paciente foram se colocando a partir do que ela foi trazendo, de seus traumas, de seus medos, de sua dinâmica familiar e de seus desejos.

Podemos dividir, *a grosso modo*, a terapia em dois momentos: Um inicial, em que os traumas, as dores, os medos, as defesas e desejos foram reexperimentados, simbolizados, aceitos, escutados. E um posterior, em que a paciente encontra-se consigo mesma e busca reconstruir-se a partir desse sofrimento e simbolizá-lo, em forma de uma menina-desejo, uma menina surda implantada-budista-desejante, por fim, por meio de um silêncio ativo. De corpo doente, anormal, passou a ter vontade, desejo. Alcançou um mundo mais independente, simbolizado, mais integrado afetivamente.

O caso, por fim, nos possibilitou compreender o sofrimento psíquico grave em sujeitos surdos a partir do enfoque winnicottiano. Os sujeitos surdos com sofrimento psíquico grave, foram submetidos a um processo de falha ambiental precoce no momento da dependência absoluta com o meio, que acarretou uma série de sofrimentos e construções de defesas que os isolaram do mundo surdo e ouvinte.

As agonias primitivas desse período, podem ser ressuscitadas por meio de intrusões ligadas à forma como a surdez é compreendida pela família ou através da qual a dinâmica familiar passou a ser alterada a partir da surdez, ocasionando crises psíquicas das mais diversas ordens. A psicoterapia de base analítica deverá construir um espaço de sustentação, um holding, que no caso dos surdos sinalizadores configura-se como um locus da Libras, das expressões não-manuais e do silêncio propriamente dito, que favoreça o contato consigo mesmo, a expressão de si mesmo e novas escolhas, em que o sujeito possa ressignificar as defesas que lhe aprisionaram em um mundo imaginário e a partir do acolhimento, possa regredir, desintegrar-se, descontrolar-se, restaurar-se.

Em suma, a clínica para sujeitos surdos em sofrimento psíquico grave requer uma disponibilidade para além da língua, recursos de expressividade não-verbais amplos, que envolvam as expressões faciais, expressões corporais, silêncio, ou seja, a gramaticalidade visual da cultura surda, o que implica uma clínica da visualidade para sujeitos surdos, a partir dos princípios winnicottianos, isto é, uma clínica multimodal mais ampliada, na qual a expressividade afetiva e visual, preponderante na cultura surda, possam se interconectar. Na qual, a experiência de se narrar por meio de uma estética visual sustentada pelo outro, favoreça a sua descoberta e o reconhecimento do laço social.

Referências

- Abram, J. (1996). *A linguagem de Winnicott: dicionário de palavras e expressões utilizadas por Donald Winnicott*. Rio de Janeiro, RJ: Revinter, 2000.
- Bisol, C. A; Simioni J; Sperb, T. (2008). *Contribuições da psicologia Brasileira para o estudo da surdez*. Porto Alegre, RS: Psicol. Reflex. Crit.
- Bourdieu, Pierre, Passeron, Jean-Claude (1970). *A reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino* (Tradução de Reynaldo Bairão, 3. ed.) Rio de Janeiro: Ed. Francisco Alves.
- BRASIL. Lei 12.303, de 2 de Agosto de 2010.
- BRASIL. Lei 10.436, de 24 de abril de 2002.
- BRASIL. Decreto 5626, de 22 de dezembro de 2005.
- Buzar, Francisco José R (2005). *Entre sinais e palavras: a invenção da surdez em São Luís-MA*. [Monografia]. São Luís,MA: UFMA.
- Caon, J. L. (2000). Serendipidade, comparatismo e transdisciplinaridade da pesquisa psicanalítica: contribuição para o entendimento da formação de insocorridade humana numa experiência de situação-limite. In: *Ciência, pesquisa, representação e realidade em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo & EDUC, pp 91-98.

- Carmozine, Michelle M. & Noronha, Samanta C. C. (2012). *Surdez e Libras: conhecimento em suas mãos*. São Paulo, SP: Hub Editorial.
- Carvalho, C.D., & Rafaeli, Y. M. (2003). A língua de sinais e a escrita – Possibilidades de se dizer, para o surdo. In: *Estilos da Clínica* 8(14), pp 60-67.
- Castro, Alberto Rainha de & Carvalho, Ilza Silva de. (2005). *Comunicação por língua brasileira de sinais*: Brasília,DF: Editora Senac.
- Costa, Ileno Izídio da (org). (2013). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. Curitiba,PR: Juruá.
- Costa, Ileno Izídio da (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem completa*. Brasília,DF: Kaco Editora.
- Costa, Messias Ramos. (2012). Proposta de modelo de enciclopédia visual bilíngue juvenil: Enciclobras. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB / Instituto de Letras, Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas – LIP.
- Danesi, Marlene Canarim (2001). *O admirável mundo dos surdos: novos olhares do fonoaudiólogo sobre a surdez*. Porto Alegre,RS: EDIPUCRS.
- Faria-Nascimento, Sandra Patrícia. (2009). Representações lexicais da língua de Sinais Brasileira: uma proposta lexicográfica. Tese de Doutorado. Brasília: UnB / Instituto de Letras, Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas – LIP.

Fonseca, Vera Regina J. R. M. (org.) (2001). *Surdez e deficiência auditiva: A trajetória da infância à idade adulta*. São Paulo,SP: Casa do Psicólogo.

Foucault, Michel (1999). *Em defesa da sociedade: curso no College da France (1975/1976 Tradução de Maria Ermanita Galvão)*. São Paulo,SP: Ed. Martins Fontes.

Freud, S. (1969). *O Mal-Estar na Civilização*. (1997 Tradução de José Octávio de Aguiar Abreu). Rio de Janeiro,RJ: Imago Ed.

Freud, S. (1891). *Contribution à la Conception des Aphasies*. Paris: Presses Universitaire de France, 1999.

Geovanini, Fátima. (n.d.). Por uma psicanálise possível à surdez. Disponível em: <http://www.escolaletrafreudiana.com.br>.

GIPSI (2010). *Manual de orientação do GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica*. Brasília,DF: Kaco Editora.

Góes, M.C. (1999). *Linguagem, surdez e educação*. (2.ed). Campinas, SP: Autores Associados.

Green, André (2008). *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. (Tradução Ana Maria Rocca Rivarola. Rio de Janeiro,RJ: Imago; São Paulo,SP: SBPSP.

Guimarães, Roberto Mendes & Bento, Victor Eduardo Silva (2008). O método do “estudo de caso” em psicanálise. Porto Alegre,RS: PUCRS.

Hisada, S. (2002). *Clínica do setting em Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter.

Iribarry, Isac Nikos (2003). O que é Pesquisa Psicanalítica? Porto Alegre,RS: Ágora.

Januário, Lívia Milhomen. (2012). Transferência e Espaço potencial: A relação analítica com crianças em estados autísticos e psicóticos. Tese de Doutorado. Brasília: UnB / Instituto de Psicologia – IP.

Laborit, Emmanuelle (1994). *Le Cri de la Mouette*. Paris: Éditions Robert Laffont.

Lacan, Jacques. (1962-1963). *O seminário: a angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

Lacerda, Cristina B. F, Góes, Maria Cecília Rafael de (2000). *Surdez: Processos educativos e subjetividade*. São Paulo, SP: Editora Lovis.

Lacerda, Cristina B. F. de, Nakamura, Helenice, Lima, Maria Cecília (Orgs.) (2000). *Fonoaudiologia, surdez e abordagem bilíngüe*. São Paulo, SP: Plexus.

Laplanche e Pontalis (1998). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes. 3ª ed. [tradução Pedro Tamen]

Lane, Harlan (1992). *A máscara da benevolência*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Lajounquièrre, Leandro de (2010). *Figuras do infantil: A psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Laznik, Marie-Christine (2011). *Rumo à fala: três crianças autistas em psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.
- Luz, R. Dente. (2013). *Cenas Surdas: os surdos terão lugar no coração do mundo?* São Paulo, SP: Parábola.
- Manual de Publicação da APA / American Psychological Association (2012). (Tradução de Daniel Bueno; Revisão Técnica: Maria Lucia Tiellet Nunes). 6.ed. Porto Alegre, RS: Penso.
- Martins, Francisco. (2005). *Psicopatologia I: Prolegômenos*. Belo Horizonte, MG: PUC Minas.
- Martins, Francisco. (2003). *Psicopatologia II: Semiologia Clínica – Investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Brasília: UnB/Instituto de Psicologia.
- Meynard, André. (1995). *Quand les mains prennent la parole*. Paris: Éres.
- Mezan, Renato. (2014). *O tronco e os ramos*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Oliveira, Nadja Rodrigues. (2011). *Costurando rupturas: o trauma na clínica psicanalítica com uma criança*. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB / Instituto

de Psicologia – IP.

Oliveira, Nadja Rodrigues (2014). O conceito de trauma e sua relação com os “casos difíceis”: algumas contribuições de Winnicott. In: *Winnicott: seminários brasilienses*. Curitiba/PR: Maresfield Gardens.

Oliveira, Nadja Rodrigues; Tafuri, Maria Izabel (2012). O método psicanalítico de pesquisa e a clínica: reflexões no contexto da Universidade. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*. São Paulo, SP: v.15, n.4, pp.838-850.

Paulo II, João [promulgado por]. (1994). *Código de Direito Canônico* (Tradução de Conferência Nacional dos Bispos do Brasil). 7. ed. São Paulo, SP: Ed. Loyola.

Pinto, Tereza (2013). Relações possíveis entre desencadeamento psicótico e implante coclear: Reflexões a partir do contexto clínico francês. In: *Psicologia Clínica*. Rio de Janeiro: vol.25, nº 11, pp 33-51.

Quadros, Ronice Muller de (1997). *Educação de surdos: a aquisição da linguagem*. Porto Alegre/RS: Artes Médicas.

Quadros, Ronice Muller de (org.) (2006). *Estudos surdos I*. Petrópolis/RJ: Arara Azul.

Rezende, I. G., Krom, M., & Yamada, M. O. (2003). A repetição intergeracional e o significado atual da deficiência auditiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(2), 177-184.

Sacks, Oliver (1998). *Vendo vozes: uma jornada pelo mundo dos surdos*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia das Letras.

Siminerio, F. L. (2000). Metacognição: Um caminho para ultrapassar os limites da audição. *Informativo Técnico-Científico Espaço INES*, 14, 23-36.

Soares, Maria Aparecida Leite (1999). *A educação do surdo no Brasil*. Campinas,SP: EDUSF.

Solé, Maria Cristina Petrucci (1998). A surdez enquanto marca constitutiva. In: *Informativo Técnico-Científico Espaço INES*, 09, pp 17-23.

Solé, Maria Cristina Petrucci (2004). A surdez e a Psicanálise: O que é dito. In: *A invenção da surdez: Cultura, alteridade, identidade e diferença no campo da educação*. Santa Cruz do Sul, RS: Editora da Universidade de Santa Cruz do Sul.

Solé, Maria Cristina Petrucci (2005). *O sujeito surdo e a psicanálise: uma outra via de escuta*. Porto Alegre,RS: Editora da UFRGS.

Skliar, Carlos (1997). *La educación de los sordos- una reconstrucción histórica, cognitiva y pedagógica*. Mendoza.

Skliar, Carlos (1998). *A surdez: um olhar sobre as diferenças*. Porto Alegre,RS: Mediação.

Skliar, Carlos (2012). *Experiências com a palavra: nota sobre a linguagem e diferença*.

Rio de Janeiro,RJ: Wak Editora.

Trombka, Clarisse. (1999). Psicologia do Surdo. In: *Discursos atuais sobre surdez: II*

Encontro a propósito do fazer, do saber e do ser na infância. Canoas, RS: La Salle,

pp 43- 54.

Virole, B. (1993). Psychanalyse et surdit . In: *La Parole de Sourds, Revue du Coll ge*

de Psychanalystes. Paris: Centre National des Lattres, n. 46-47, pp 15-29.

Virole, B. (2001). *Développement psychologique de l'efant sourd: moments critiques*.

Retrieved January, 16, 2004, from <http://www.benoitvirole.com>

Vorcaro, Angela (1999). Da língua e de adolescentes numa escola de surdos. In:

Crianças na psicanálise: clínica, institui o, laço social. Rio de Janeiro, RJ:

Companhia de Freud, Cap. V, pp. 129-151

Winnicott, D. W. (1958). A capacidade para estar só. In: *O ambiente e os processos de*

matura o: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto

Alegre,RS: Artmed, 1983, cap.02, pp.31-37.

Winnicott, D. W. (1959). Desilusão precoce. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, &

Davis, Madeleine (org). *Explora es psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed ,

1994, cap. 01, pp.17-19.

Winnicott, D. W. (1959). Alucinação e Desalucinação. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 07, pp.33-35.

Winnicott, D. W. (1959). Psiconeurose na Infância. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 13, pp.53-58.

Winnicott, D. W. (1959). Observações Adicionais sobre a Teoria do Relacionamento Parento-Filial. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 14, pp.59-61.

Winnicott, D. W. (1959). Duas Notas sobre o Uso do Silêncio. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 17, pp.66-69.

Winnicott, D. W. (1959). O Medo do Colapso (Breakdown). In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 18, pp.70-76.

Winnicott, D. W. (1959). A importância do *Setting* no Encontro com a Regressão na Psicanálise. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 19, pp.77-81.

- Winnicott, D. W. (1959). A Psicologia da Loucura: Uma Contribuição da Psicanálise. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed , 1994, cap. 21, pp.94-101.
- Winnicott, D. W. (1959). O Conceito de Trauma em Relação ao Desenvolvimento do Indivíduo dentro da Família. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed, 1994, cap. 22, pp.102-115.
- Winnicott, D. W. (1959). O Conceito de Regressão Clínica Comparado com o de Organização Defensiva. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed, 1994, cap. 29, pp.151-156.
- Winnicott, D. W. (1959). A Interpretação na Psicanálise. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre,RS: Artmed, 1994, cap. 32, pp.163-166.
- Winnicott, D. W. (1959). A Experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In: Winnicott, Clare, Shepherd, Ray, & Davis, Madeleine (org). *Explorações psicanalíticas*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1994, cap. 36, pp.195-202.
- Winnicott, D. W. (1961). A cura. In: *Tudo começa em casa*. São Paulo, SP: Martins Fontes, 2011, pp.105-114.

- Winnicott, D. W. (1963). Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 7, pp. 79-87.
- Winnicott, D. W. (1963). Classificação: existe uma contribuição psicanalítica à classificação psiquiátrica? In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 11, pp. 114-127.
- Winnicott, D. W. (1963). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 12, pp. 128-139.
- Winnicott, D. W. (1963). Teoria do relacionamento paterno-infantil. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 3, pp. 39-54.
- Winnicott, D. W. (1963). Contratransferência. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 14, pp. 145-151.
- Winnicott, D. W. (1963). Os doentes mentais na prática clínica. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 20, pp. 196-206.
- Winnicott, D. W. (1963). Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: *O ambiente e os Processos de Maturação*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1983, cap. 23, pp. 225-233.

- Winnicott, D. W. (1977). *The Piggie*: relato do tratamento psicanalítico de uma menina. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1987, 2ª ed.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Winnicott, D. W. (1988). Parte I - Estudando a criança humana: soma, psique, mente. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990, Int. e cap. 01, pp. 25-32.
- Winnicott, D. W. (1988). Parte IV – Da teoria do Instinto à teoria do ego. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro, RJ: Imago, 1990, cap. 01, 02 e 06, pp. 120-142/ 157-160.
- Winnicott, D.W. (1989) [1965]. O conceito de trauma em relação ao desenvolvimento do indivíduo dentro da família. In: *Explorações Psicanalíticas*. Porto Alegre, RS: Artmed, 1994, cap. 22, pp.102-115.
- Winnicott, D. W. (1984). *Privação e delinquência*. São Paulo, SP: Martins Fontes (4ª ed), 2005.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE ESCLARECIMENTO E LIVRE CONSENTIMENTO

Considerando que este Serviço tem por objetivo formar psicólogos, desenvolver pesquisas e prestar atendimento psicológico à comunidade, comunicamos que:

1. Os atendimentos são realizados principalmente por estagiários, sob a supervisão de professores;
2. Conforme a pré-triagem, a avaliação de demanda e os critérios clínicos dos grupos de atendimento no CAEP, você poderá ser atendido individualmente ou em grupo;
3. É necessário comunicar com antecedência ao Terapeuta/CAEP a falta aos compromissos agendados;
4. Poderá ocorrer a observação dos atendimentos, bem como a utilização de técnicas de registro (filmagens, gravações e instrumentos diagnósticos) para fins de pesquisa e/ou estudo de seu atendimento;
5. O sigilo e a privacidade de suas informações serão **sempre** garantidos, seja como dado de pesquisa, seja de atendimento;
6. Converse sempre com seu terapeuta sobre o que ocorre na(s) pesquisas de que você participa;
7. Favor, comunicar imediatamente ao(s) pesquisador(es), ao(s) terapeuta(s) e/ou à Coordenação do CAEP caso haja desconfortos e riscos sentidos por você;
8. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase de uma pesquisa ou atendimento, sem qualquer prejuízo ao seu cuidado;

Declaro estar livremente esclarecido, ciente e concordar com as condições acima. Nestes termos, solicito atendimento neste serviço.

Brasília, ----/ ----/ ----

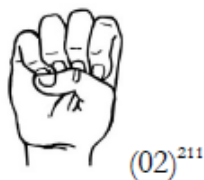
Assinatura

APÊNDICE B
GLOSSÁRIO²²

²² Este glossário tem como objetivo registrar termos em Libras utilizados durante os atendimentos psicoterápicos com pacientes surdos. Assim, a partir do discurso dos(as) pacientes surdos(as), elegemos algumas terminologias. Em seguida, submetemos o vocabulário a membros da comunidade surda brasileira, com formação no curso Letras/Libras, ProLibras, Pós em Libras e Mestrado em Linguística para o processo de reconhecimento e avaliação. Por último, registramos em fotografias o resultado.

Glossário

Configurações de Mãos²³

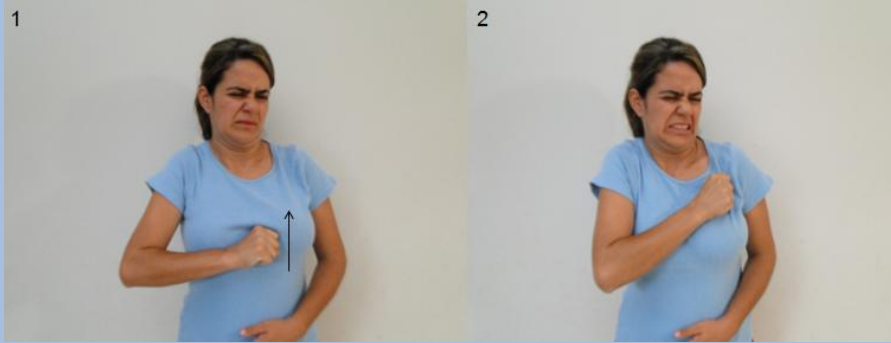


ÉTICA

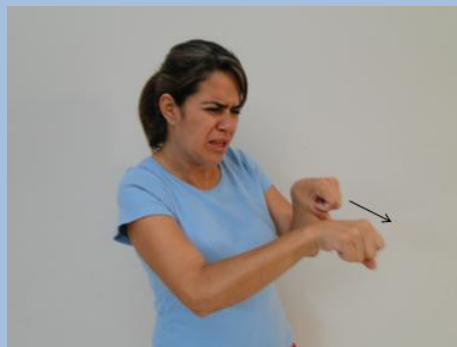


ANSIEDADE

²³ Os itens lexicais da Língua Brasileira de Sinais (Libras) são formados pelos seguintes parâmetros: Configuração de mão, ponto de articulação, movimento, orientação/direcionalidade e expressão facial/corporal. Optou-se em organizar este glossário a partir das configurações de mãos, isto é, do formato que as mãos assumem no momento da realização do sinal.



ÓDIO



MATAR



CHORAR



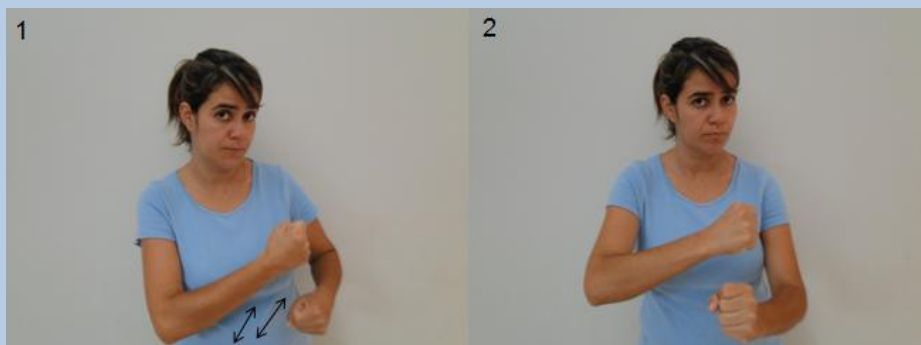
EXPLICAR



REMÉDIO



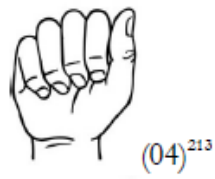
EMOÇÃO



VASSOURA



VELHO

**ASSASSINO****ARREPENDER****ESPERTO**



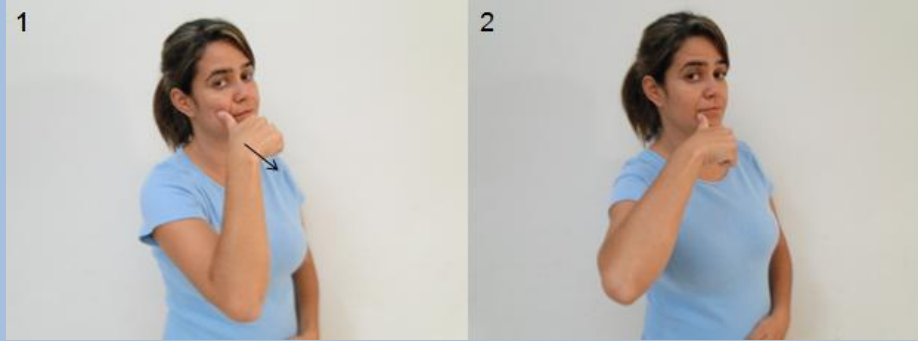
NEGRO



CERVEJA



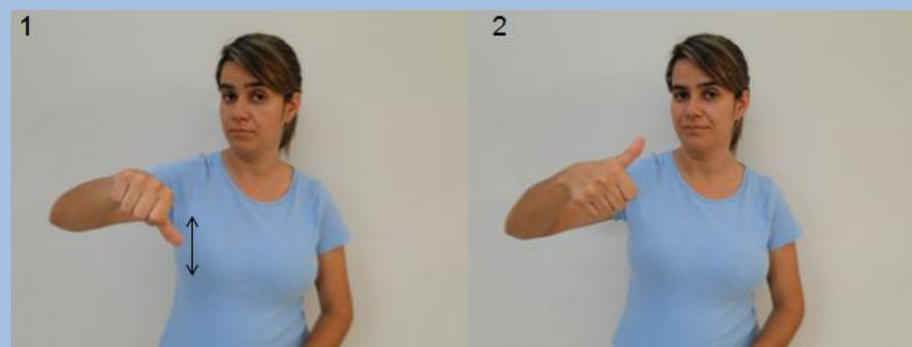
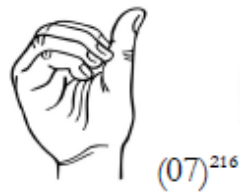
AUTO ESTIMA



MULHER



MÃE



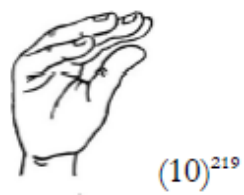
LÉSBICA



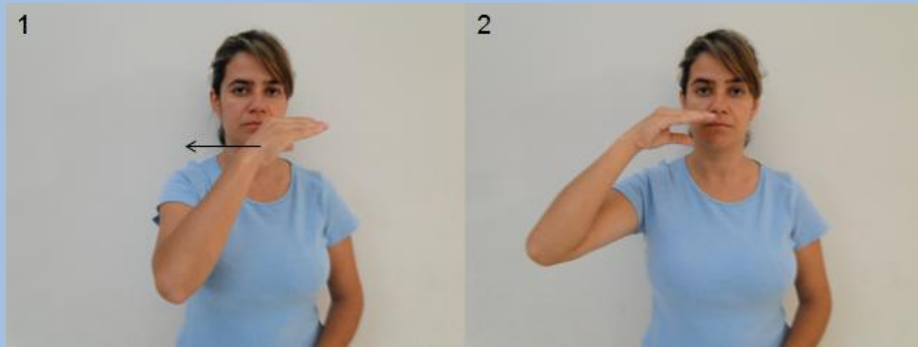
BEIJO



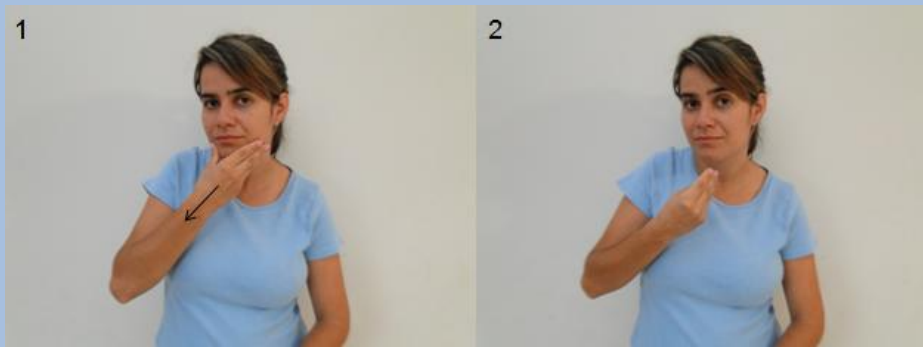
FRACO



DEPRESSÃO



ADULTO



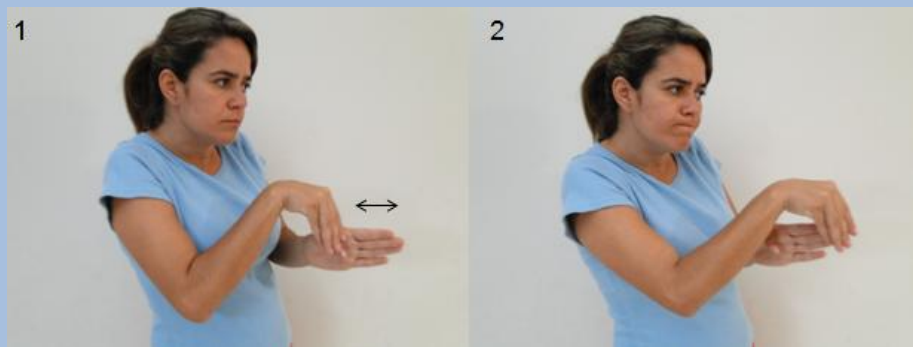
HOMEM



PAI



LÍNGUA PORTUGUESA



ACONSELHAR



COMUNICAR



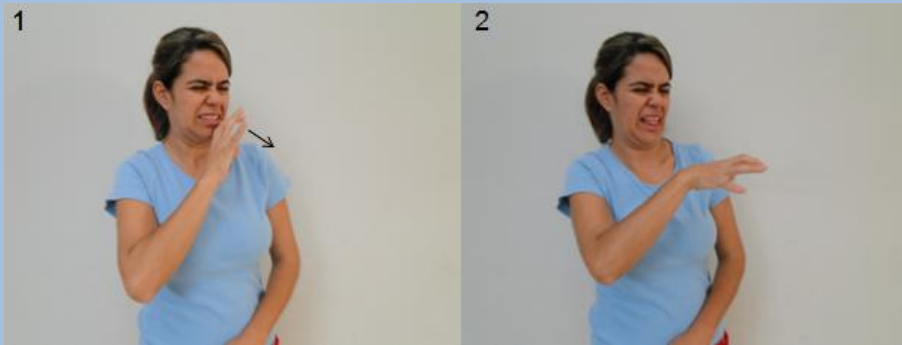
APRENDER



OUVINTE



AMOR



NOJO



BRIGAR



CÉREBRO



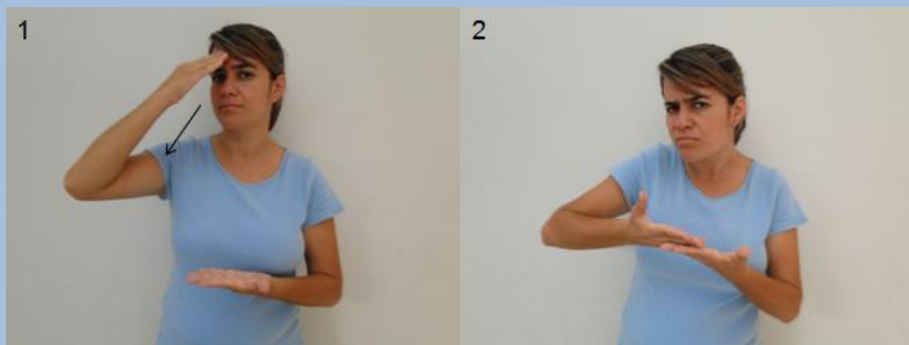
IDOSO



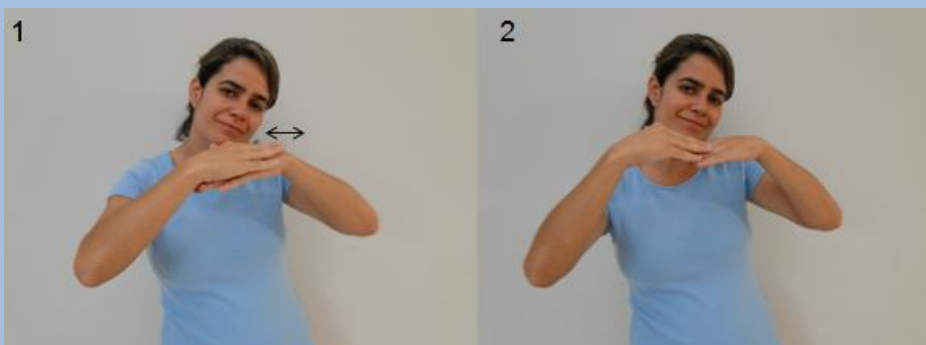
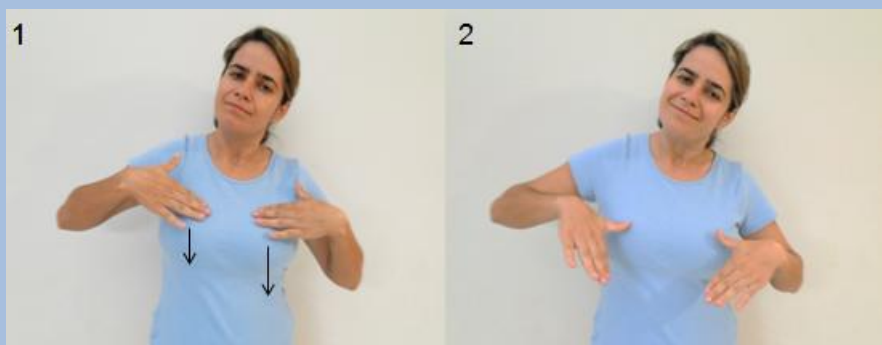
AMIZADE



ADOLESCÊNCIA



ACREDITAR

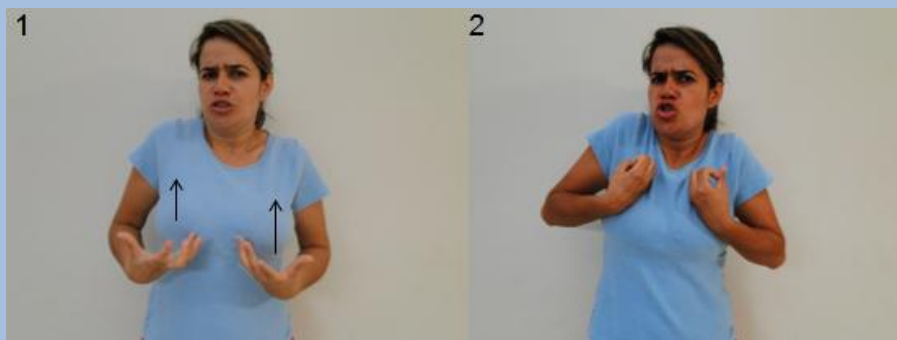
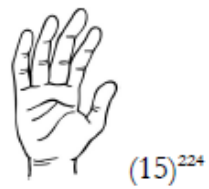
**CIÚME****CARINHO****CONFIANÇA****CALMA**



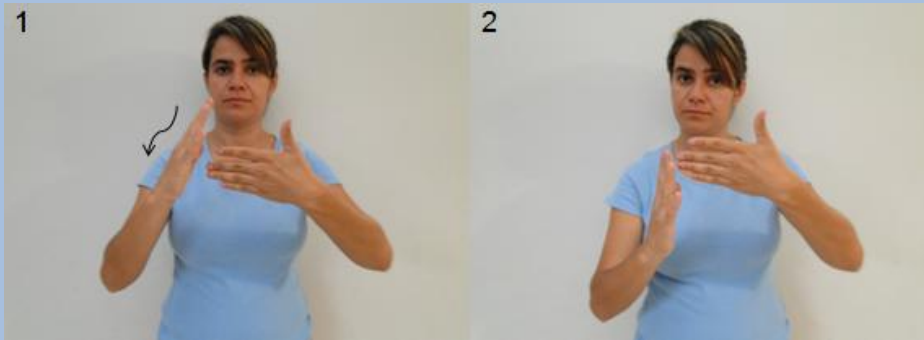
CORAÇÃO



MENTE ABERTA



SUSTO



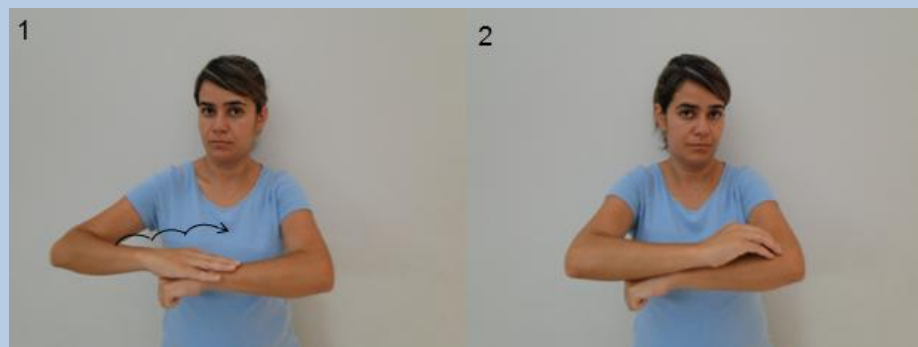
LIBRAS



MÁGOA



CANSAÇO



SAPO



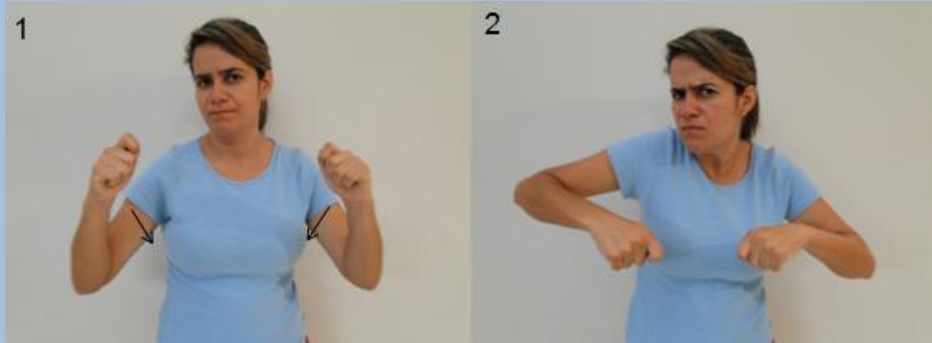
DOENÇA

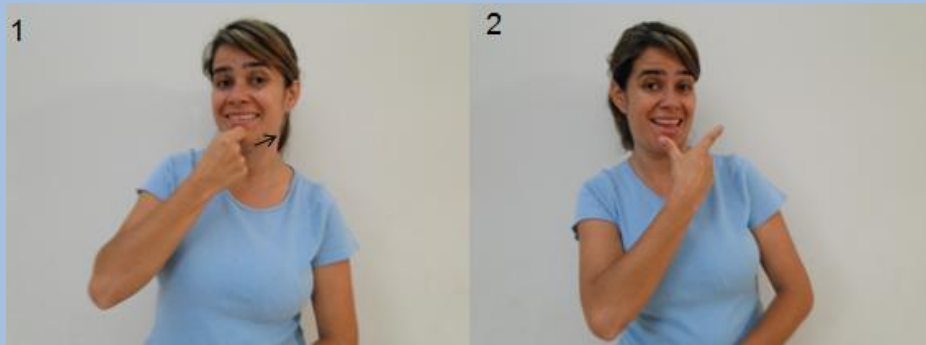


DROGAS



MACONHA

**CAPAZ****BOMBOM****FADA**



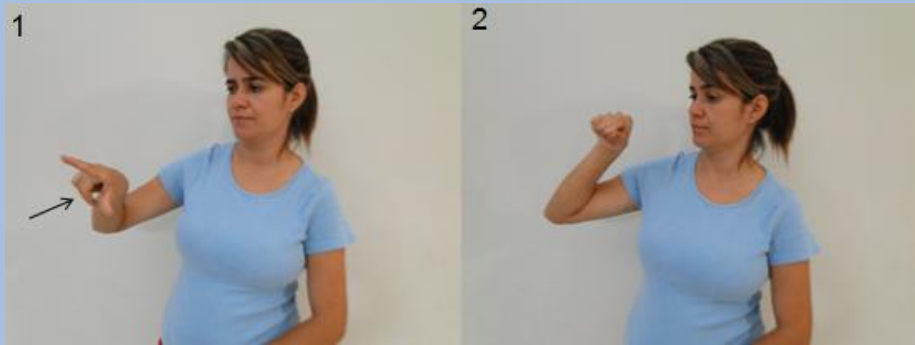
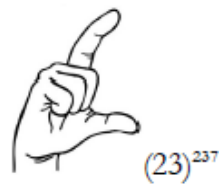
ENGRAÇADO



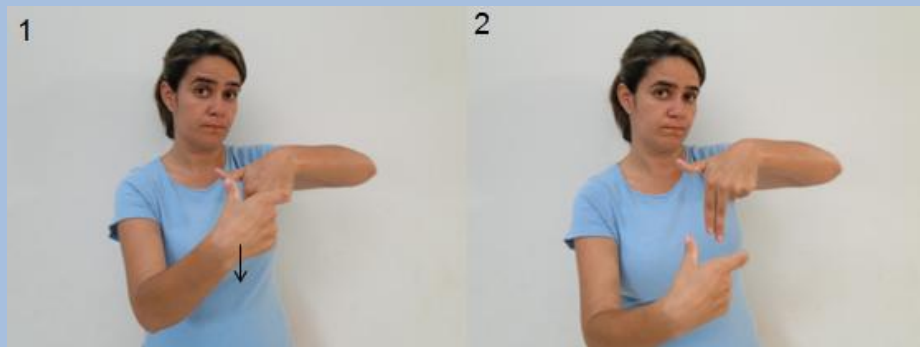
RATO



MENTE



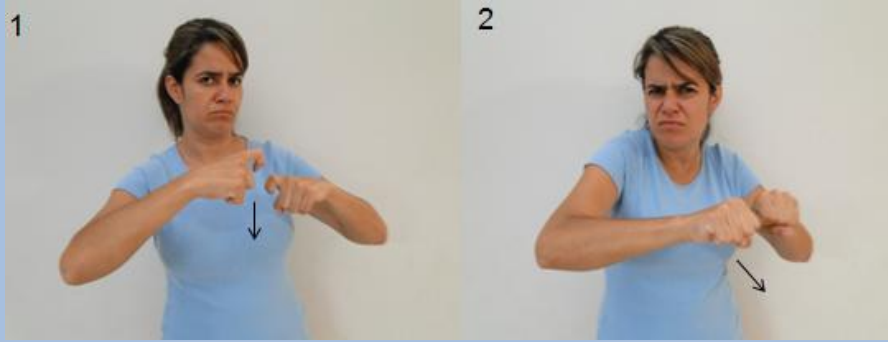
ESCOLHER



CORPO



BRUXA



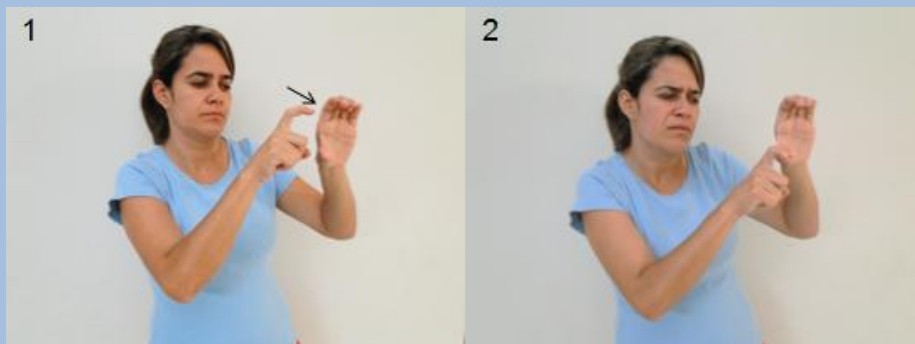
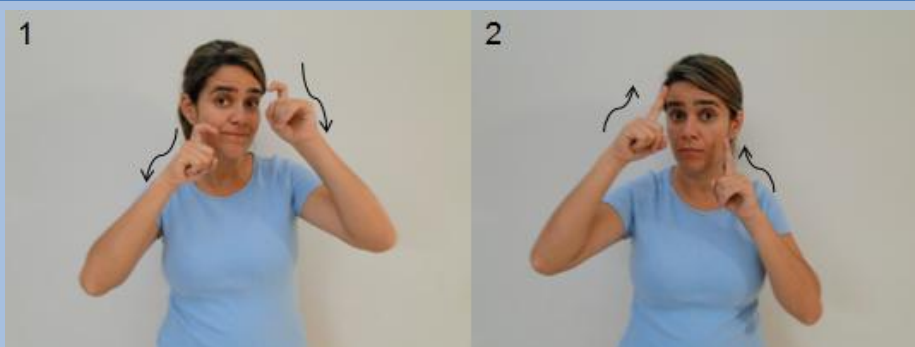
ESTUPRO



SEXO

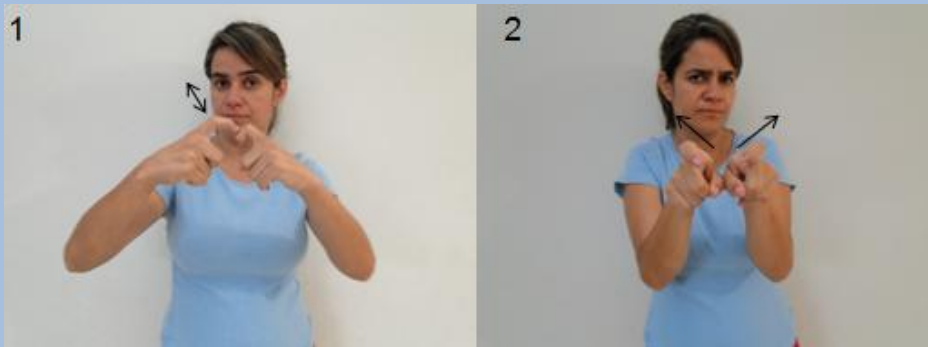


PREOCUPAR

**MENTIRA****INDEPENDÊNCIA****DEPENDÊNCIA****EXPRESSÃO FACIAL**



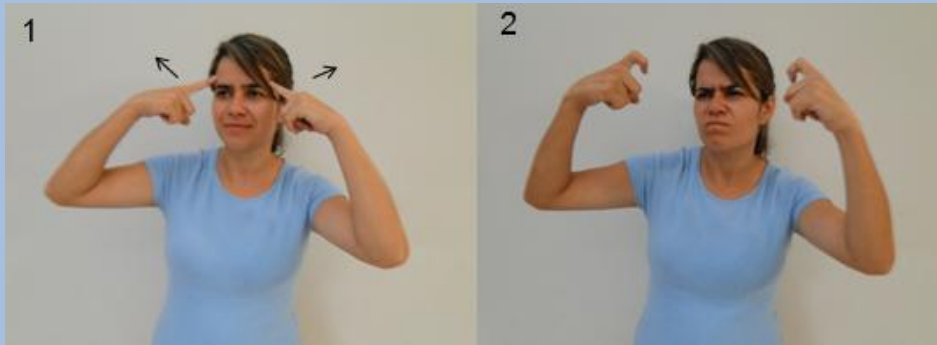
INVEJA



GINECOLOGISTA



MÉDICO



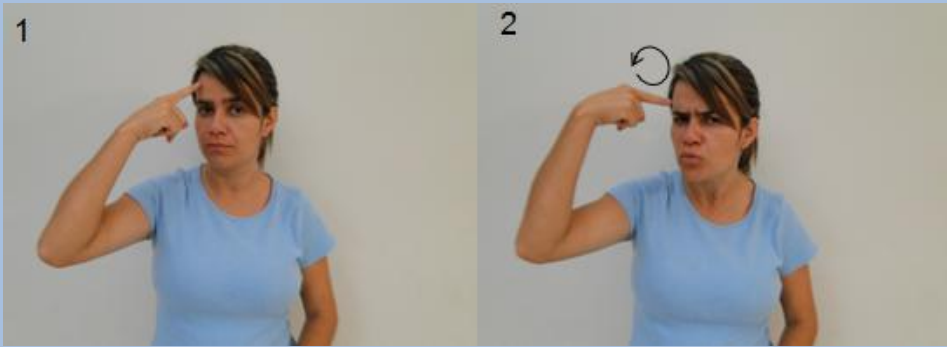
VIOLÊNCIA



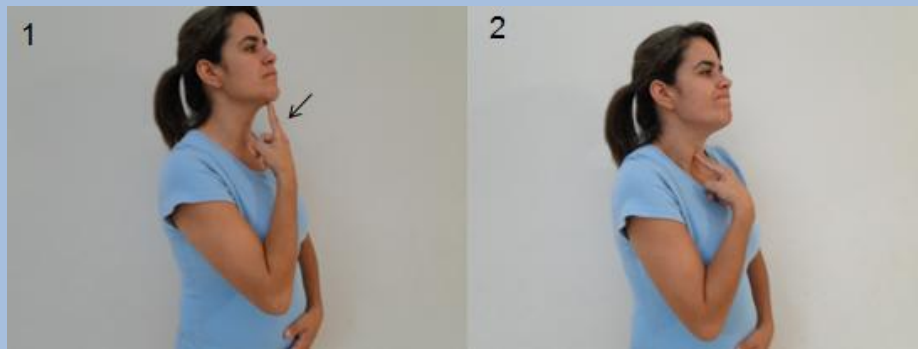
COMPETIR



DIFÍCIL



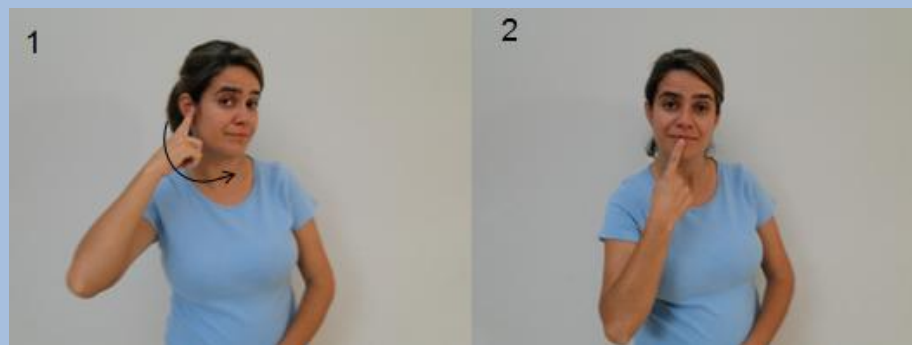
LOUCURA



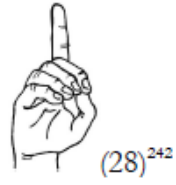
DESEJO



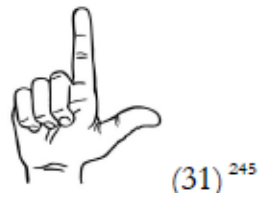
SUJO



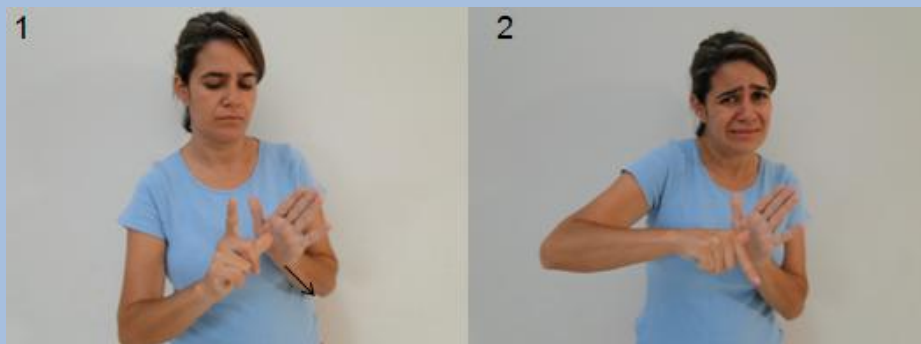
SURDO



DEUS



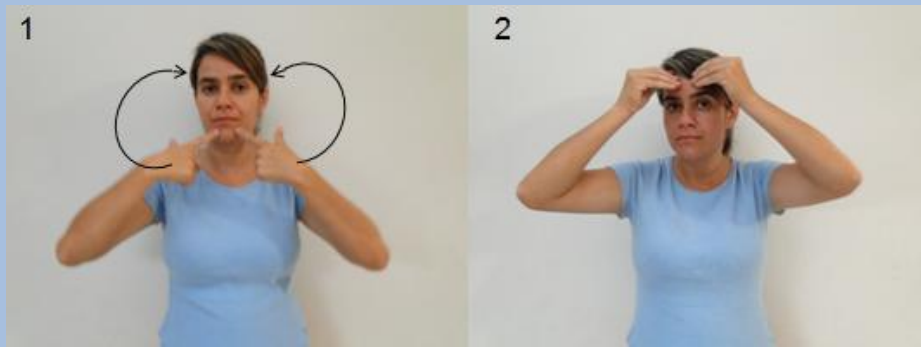
ALÍVIO



ATRASAR



EDUCADO



LINGUAGEM



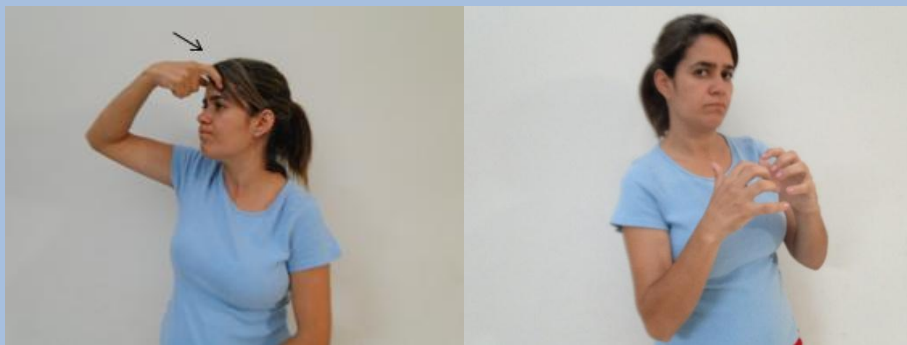
LÍNGUA



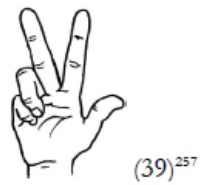
TRABALHAR



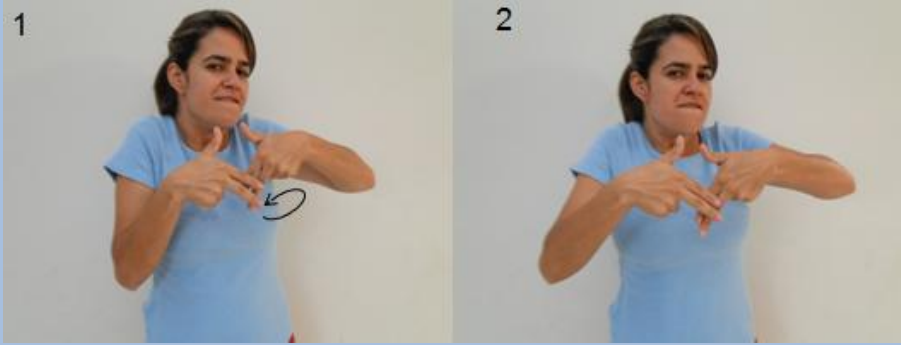
JAPÃO



COGNITIVO



CIRURGIA



ABUSO SEXUAL



LAGARTIXA



INTELIGENTE



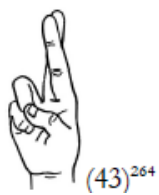
GENIAL



COBRA



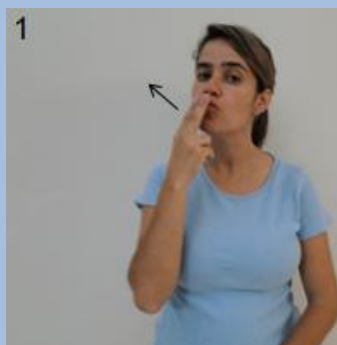
IMPLANTE COCLEAR



RESPONSÁVEL



DIFERENTE



CIGARRO



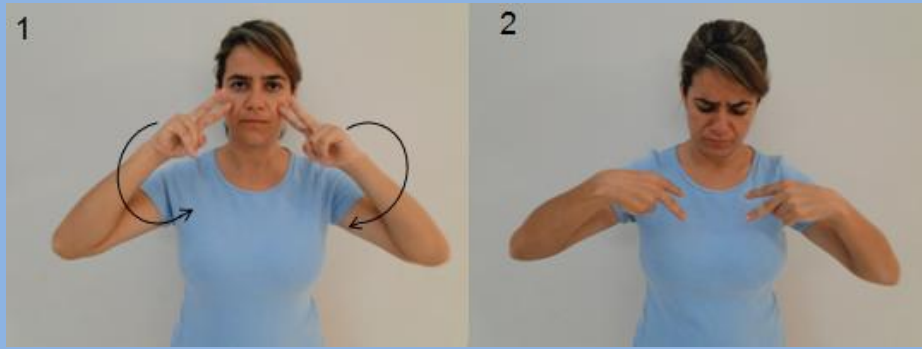
TRAUMA



IRMÃO



HISTÓRIA DE VIDA



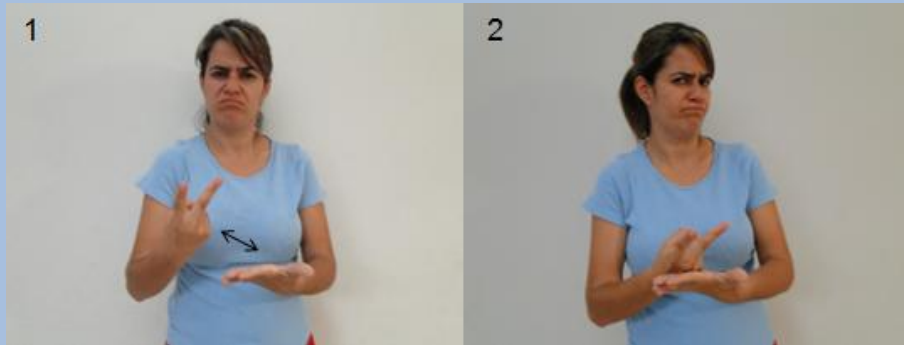
OLHANDO PARA SI



CUIDAR



BARATA



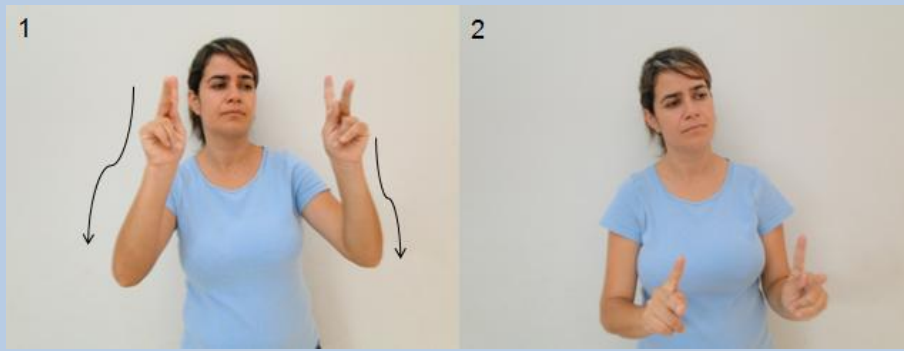
ERRADO



HOMOSSEXUAL



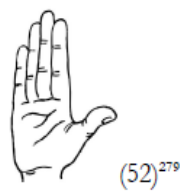
EGOÍSTA



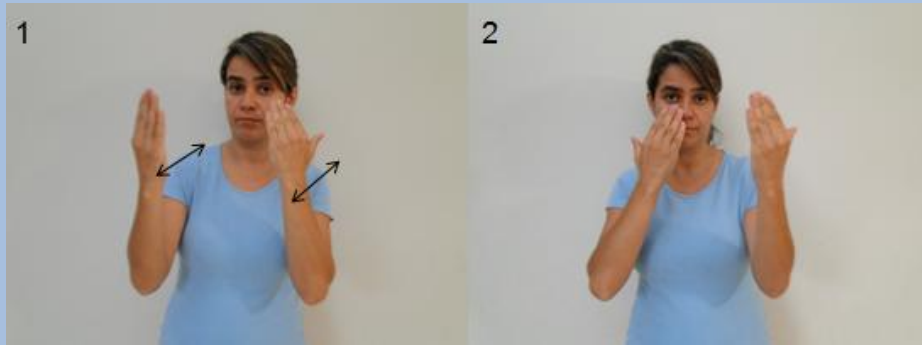
PAZ



PESSOA FALSA



BRANCO



PSICÓLOGA



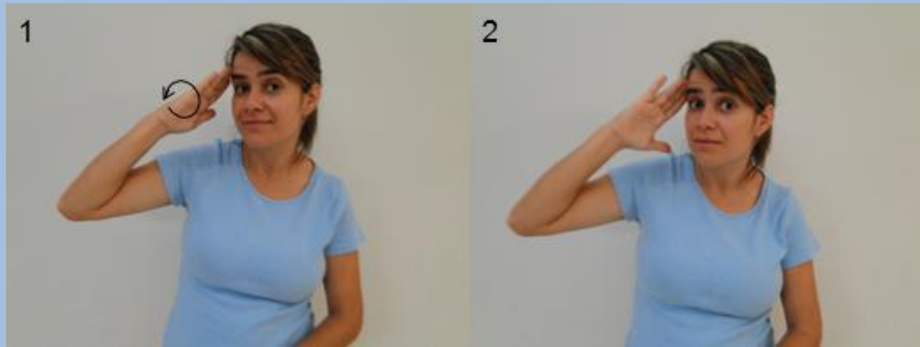
CONVERSAR



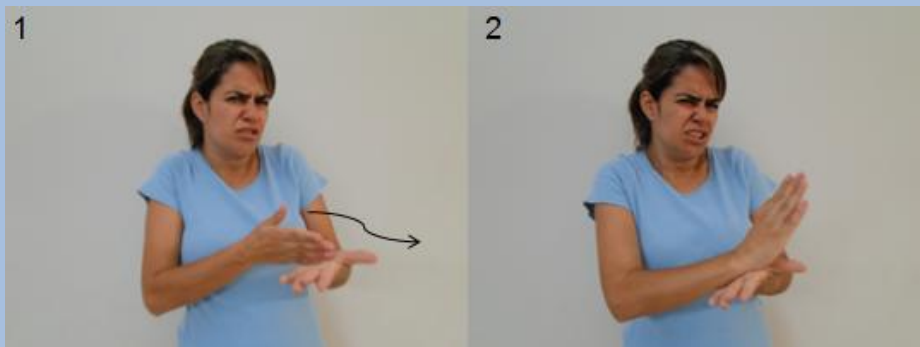
CRIANÇA



BEBÊ



ENTENDER



CHATO



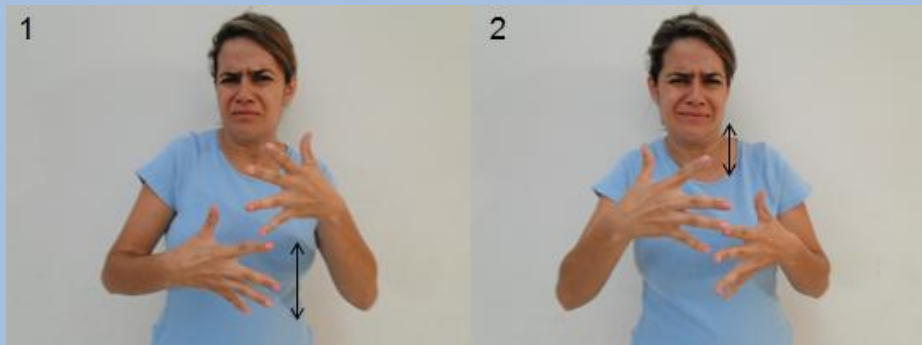
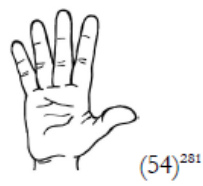
ESTUDAR



ESQUECER



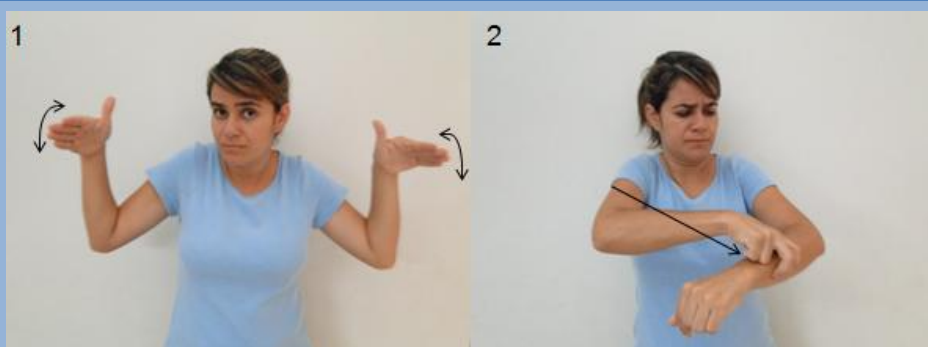
DOCE



ATRAPALHAR

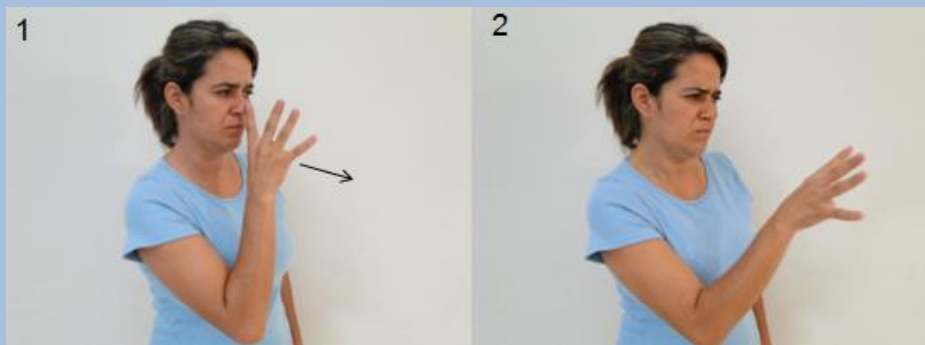


CONFUSÃO

**HORRÍVEL****DISCRIMINAR****LÍNGUA DE SINAIS****GAVIÃO**



POMBA

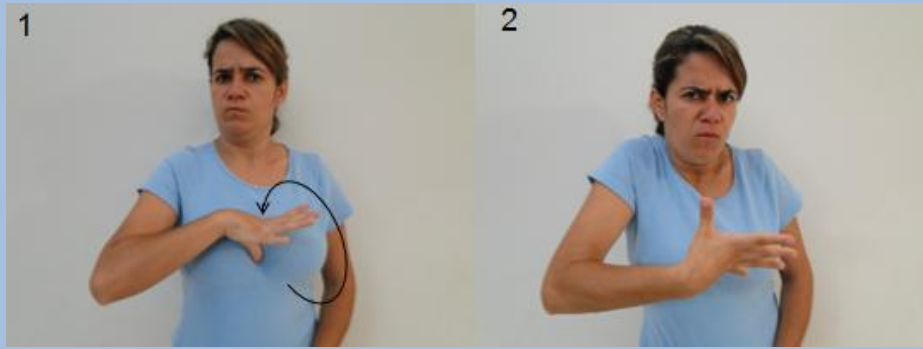
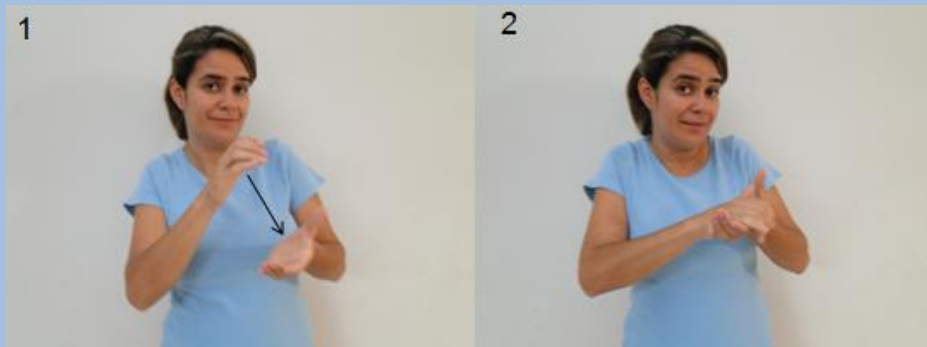


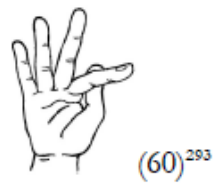
ACUSAR



ADMIRAR

**NOIVO****CURIOSO****FILHO**

**CORAGEM****CASAR****RAIVA**



FOFOCA



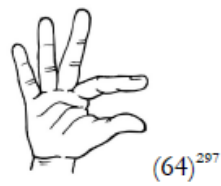
FAMÍLIA



CERTO



INOCENTE



COMPREENDER



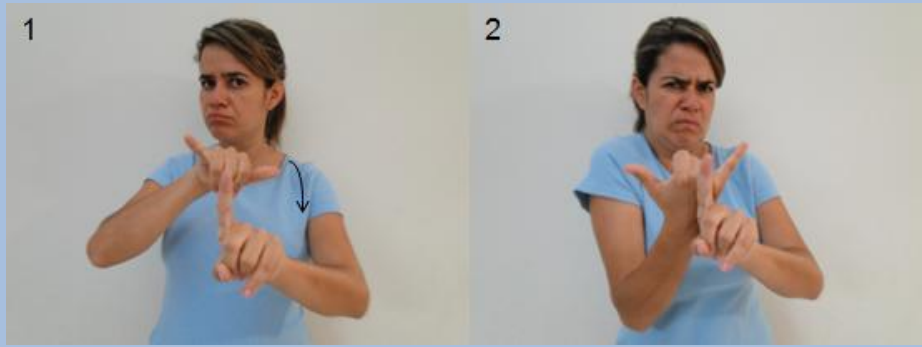
IDENTIDADE



COCAÍNA



CRACK



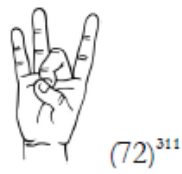
BULLYING



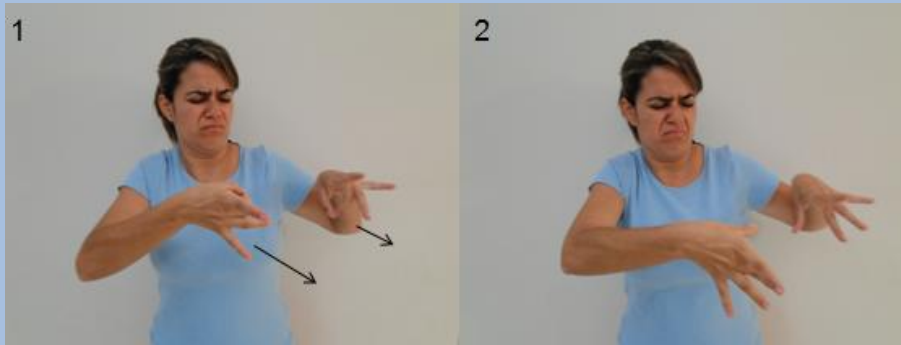
TRISTE



GORDO



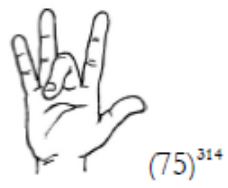
MEDO



ABANDONAR



BUDISMO

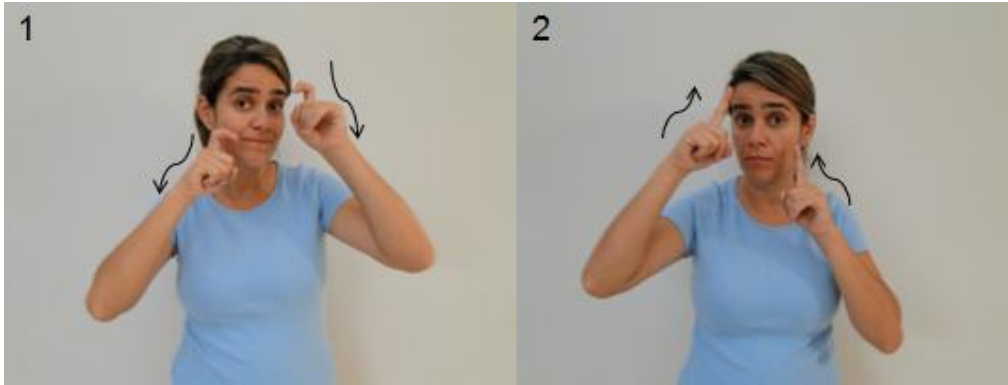


ABSURDO



NAMORO

EXPRESSÕES FACIAIS



NEUTRA



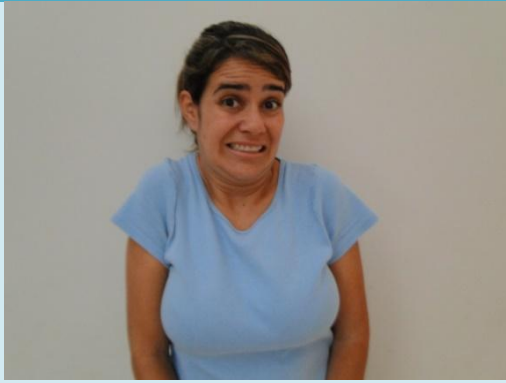
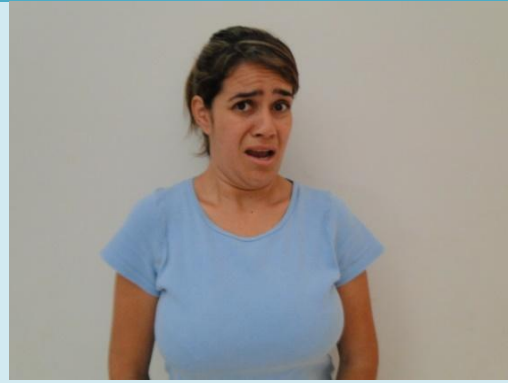
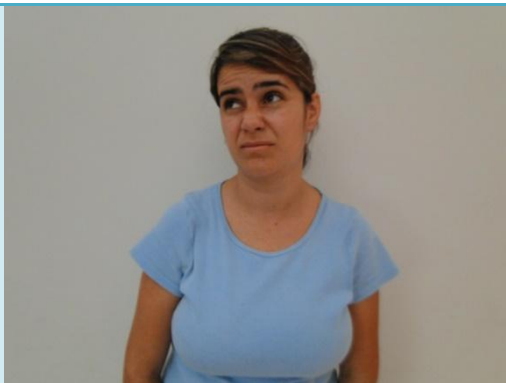
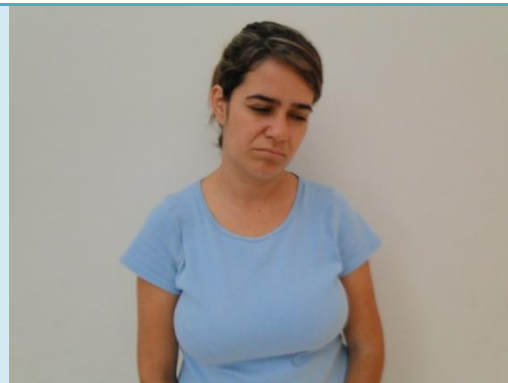
NEGAÇÃO









INTERROGAÇÃO



ALEGRIA

**ANSIEDADE****SUSTO****CALMO****CANSADO****DÚVIDA****DOENTE**

	
DEPRIMIDO	MEDO
	
ÓDIO	METIDO
	
NOJO	PREOCUPADO



ANEXO

Las Meninas, de Diego Velázquez (1656)



Disponível em: www.sabercultural.com. Acesso em: 20/11/2015