

O recurso lúdico no processo de adoecimento infantil

Joyce Salgueiro Migliavasca Cavalcante

RESUMO

O presente texto se propõe a tecer considerações a respeito do brincar como recurso indispensável no tratamento infantil, especialmente em situações de hospitalização, lugar em que a criança apresenta alto nível de sofrimento psíquico em função do seu confinamento e das relações que se desenvolvem entre ela e seus cuidadores. Para tanto, o referencial teórico psicanalítico será tomado como norteador das conjecturas a respeito do tratamento psicoterápico por meio do brincar e da compreensão do investimento afetivo que os pais fazem na criança enferma. Neste sentido, os efeitos produzidos na criança hospitalizada e na família, assumem particular importância serão também abordados, momento em que o psicólogo como integrante da equipe será fundamental para assistir essa dupla.

Palavras-chave: Ludoterapia, investimento afetivo, hospitalização.

A infância levada em conta hoje como uma etapa privilegiada da vida, produz uma criança fruto da idealização dos pais. Assim, conforme suponho, a criança se torna depositária de ilusões e de expectativas relativas ao futuro, por parte dos pais, que de acordo com Freud (1914), “*revivem por meio delas seu próprio narcisismo*”.

Sobre essa ideia, em 1914 quando publica “*Sobre o Narcisismo: Uma Introdução*”, Freud postula que:

“Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosa para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que de há muito abandonaram. (...) Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele.”¹

No meu modo de compreensão, isto significa que ao ser colocado no lugar de “Majestade o bebê”, lugar simbólico e depositário da ilusão narcísica, que a criança

¹ FREUD, Sigmund. (1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. *Obras completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.98.

representa para os pais, de acordo com a teoria psicanalítica freudiana e que é fundamental para a constituição do Eu bem como fonte de investimento dos pais nessa criança, esse parece um lugar que *marca o destino da criança*. Dizendo de outra maneira, para que se torne mais clara a compreensão, os pais investem libido no seu bebê porque ele representa para os pais uma parte de si que renasce.

Abrem-se aqui duas questões, que a meu ver, que se fazem necessárias antes de prosseguir com o raciocínio: primeiro, se para os pais o bebê representa um ideal, pois é o substituto do seu narcisismo perdido, isto significa que o investimento parental é de qualidade narcísica, mas se o bebê nasce ou é acometido por uma falha real (doença ou patologia congênita) como ficará então o investimento desses pais na criança enferma? E segundo, o psicólogo no campo hospitalar infantil terá como objetivo intervir atenuando os efeitos da ausência de investimento afetivo dos pais, que é indispensável para a sobrevivência humana, mas que se apresenta por ora inibido diante do “novo” bebê, do bebê doente, imperfeito, inédito?

Acerca da primeira pergunta recorro a Freud, em “*Projeto para uma psicologia científica*” artigo de 1985, que a respeito do investimento libidinal afetivo dos pais como sendo indispensável para o funcionamento psíquico do bebê humano considera:

“O organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica [cuidar sozinho de si mesmo]. Ela se efetua por *ajuda alheia*, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna.”²

Assim, é tese da psicanálise freudiana que bebê humano não sobrevive sem os cuidados do outro, que em geral é a mãe, se fazendo necessário que o outro satisfaça a

² FREUD, Sigmund (1895). Projeto para uma Psicologia Científica. *ESB*, vol. I, 1996, p. 370.

necessidade nutricional ao mesmo tempo em que também alimente o bebê com amor, libido, ou seja, investindo afetivamente nele. No entanto, quando o bebê tão desejado falha no seu destino de majestade, se tornando doente ou chegando antes da hora (premature) esse fato provoca conflito nos pais e parece comprometer gravemente a qualidade do investimento afetivo nesse bebê.

Neste sentido, essa função de investimento na criança ou bebê que aos olhos dos pais falhou com o seu destino de um ser perfeito, de um ser destituído de falhas, e que dada suas condições de saúde não ocupa mais esse lugar simbólico, necessita logo depois da notícia do diagnóstico, ser realizado pelo psicólogo e até que a família passa reestabelecer sua capacidade de cuidar da criança oferecendo para ela o que existe de melhor.

Entenda-se aqui que esta ideia de forma alguma representa uma proposta concludente de atendimento psicológico infantil hospitalar, mas uma leitura do funcionamento familiar frente à criança enferma, frente à criança/bebê que falhou em cumprir o seu destino de majestade e que tomo como condição indispensável para o tratamento durante a internação hospitalar, portanto, caberá a equipe, que tem como principal representante para trabalhar as questões emocionais, o psicólogo, o papel de assumir o compromisso em cuidar da criança hospitalizada com a finalidade de manter o investimento afetivo indispensável para o tratamento e recuperação do pequeno paciente.

Na psicanálise com crianças, temos como principal representante Melanie Klein, psicanalista inglesa, que abriu as vias para a compreensão da subjetividade da criança reiterando e ampliando o legado freudiano que foi por sua vez postulado no historial clínico da fobia do pequeno Hans (1909) bem como nas observações que Freud fez

sobre seu neto de 18 meses em 1919 que remete a experiência do fort-da³. Acerca da experiência com neto Freud (1920) nos brinda com uma valiosa compreensão sobre os movimentos psíquicos infantis. Para ele *o brincar como atividade psíquica simboliza as representações mentais de criança*.

Desde então as intervenções com crianças por meio do brincar tem servido para a investigação da constituição psíquica infantil no que se refere à projeção por meio do brincar de suas fantasias inconscientes. Isto significa que o brincar passou a ser levado a sério, visto que, denuncia o que se passa na cabeça da criança. Fazendo uma analogia como tratamento psicanalítico do adulto o brincar equivale a livre associação do adulto em análise, ou seja, o brincar é o léxico da criança.

Klein (1987), em *“A importância das situações de ansiedade arcaicas no desenvolvimento do ego”* acerca do brincar considera que: “(...) através do brincar a criança não apenas supera a realidade penosa, como, ao mesmo tempo, também a usa para controlar seus medos pulsionais e perigos internos, projetando-os no mundo externo.”⁴

Desse modo, a principal função do brincar seja por meio de personagens, jogos, fantoches e tudo que o rico mundo do imaginário infantil oferecer como material para o trabalho psíquico que se realizará com o psicólogo no encontro entre ambos, servirá como via de descarga da fantasia da criança. Dessa maneira, ao fazer uso da defesa psíquica intitulada de projeção, de acordo como a posição kleiniana, a respeito da compreensão da mente humana, a criança irá projetar no exterior, através dos

³ FREUD, Sigmund. (1920). Mais além do princípio do prazer. *Obras completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

⁴ KLEIN, M. A Psicanálise de Crianças, Rio de Janeiro: Imago, 1987, p. 196-197.

personagens, suas fantasias inconscientes o que atenuará o conflito existente entre o ego e superego auxiliando no enfrentamento da sua angústia.

Esse processo lúdico onde a criança tem a possibilidade de representar suas angústias, seus medos, suas culpas, suas ansiedades por meio do brincar se torna então indispensável também para a criança em situação de hospitalização, pois é por meio das brincadeiras que ela expressa seus sentimentos e comunica ao profissional da emoção como funciona sua compreensão sobre a situação por ora vivenciada.

Assim, a brincadeira que se expressa por meio da ludoterapia adquire um caráter de comunicação com a realidade interna e externa da criança e se apresenta como via de acesso a mente infantil para que se possa realizar um trabalho psicológico, ou seja, de elaboração mental com a criança. Vale a pena destacar que o psicólogo é livre para usar sua criatividade no que diz respeito ao tipo de brincadeira que melhor se adequa a realidade de seu paciente.

No entanto no que se refere ao tipo de brincadeira sugiro que psicólogo infantil hospitalar deverá ficar atendo a singularidade de cada paciente, ou seja, traduzir o que melhor se adequa como recurso ludoterápico, para o João, para a Maria, para o Pedro, pois cada pequeno paciente tem formas singulares de comunicação que precisam ser levadas em consideração caso o profissional deseje ingressar no mundo subjetivo do seu paciente e compreender o que seu estado emocional tenta comunicar.

Com relação aos pais e aqui respondo a segunda pergunta, o trabalho psicológico assumirá como já mencionado particular importância, pois terá como objetivo trabalhar o luto do bebê perfeito elaborando assim a situação real nunca experimentada e que gerou uma nova situação psíquica, onde os pais se sentem impotentes diante da cura física do filho, o que a meu ver, parece prejudicar o investimento desses pais na criança,

investimento esse fundamental para “boa” morte ou recuperação total da criança, que se encontra por ora represado tendo em vista o diagnóstico condenatório do filho.

Discorro agora, a título de ilustração, fragmentos de atendimentos realizados em meu consultório particular, de pais com crianças hospitalizadas e que parecem denunciar esse processo de luto do bebê perfeito que desemboca no represamento da libido, ou seja, no não investimento libidinal.

“A Júlia nasceu com 3 kg e 52 centímetros, era uma meninona, a maior do berçário você sabia? Eu não consigo suportar, eu nem sei se vou conseguir sobreviver a isso... A Júlia não é mais a Júlia entende? Ela é outra Júlia.” Júlia, diagnóstico de câncer.

“Eu tenho outro menino ele faz o curso de medicina, mas a Renata ela já nasceu com isso. Eu fui até a universidade e fiz um mapa genético para descobrir de onde vem esse retardo, para descobrir se foi minha ou do meu marido essa herança genética. Você viu? O mapa diz que não é possível saber! Como é que pode? Ninguém sabe de onde veio isso? O Bruno faz medicina! E a Renata vai ficar assim o resto da vida dependendo de mim!” Bruno, diagnóstico de retardo mental.

“A minha primeira gestação foi muito tranquila. Meu bebê nasceu no dia planejado eu não sei o que é sentir dor. Foi tudo perfeito, o quarto, o enxoval... De repente eu me vi grávida de novo e foi o pior sofrimento do mundo, eu não desejo isso para ninguém fiquei praticamente os oito meses de cama, eu sei que fiquei deprimida e todo o meu problema com a Marta começou nesta época. Mesmo depois de tanto esforço e tanta medicação para segurar ela nasceu com oito meses e ficou três meses na UTI neonatal. Marta é problemática ela tem refluxo, é agitada não gosta de ficar no meu braço eu não entendo!” Marta, nasceu prematura.

Freud em “*Luto e Melancolia*”, de 1915 acerca do processo de luto considera que:

“O luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e assim por diante. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por conseguinte, suspeitamos de que essas pessoas possuem uma disposição patológica.”⁵

Assim, ao trabalhar com os pais o psicólogo terá por objetivo restituir o vínculo pais-filho que se rompeu, tendo em vista que, a majestade o bebê na fantasia dos pais não cumpriu sua tarefa que era vir ao mundo desprovido de deficiências.

Desse modo, a possibilidade de reestabelecer o vínculo pais-filho coloca essa família frente à elaboração do luto da criança que não mais existirá em função de sua enfermidade e lançará os pais para o investimento no corpo real dessa nova criança enferma. O trabalho de elaboração mental com os pais será fazer com que eles possam reinvestir nesse filho revertendo o processo que denota, em função do não investimento, saída patológica por vias melancólicas por parte dos pais.

Por fim, é possível considerar, o que está em jogo não é o diagnóstico que a criança recebeu e sim como a família se posiciona frente a esse diagnóstico, ou seja, é a atitude dos cuidadores frente a esse outro enfermo. A família continuará a investir afeto ou entrará em vias melancólicas? É a pergunta que necessita a cada novo atendimento ser refletida pelo psicólogo.

⁵ FREUD, Sigmund. (1915). Luto e Melancolia. *Obras completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p.249.

Referências

FREUD, Sigmund (1895). Projeto para uma Psicologia Científica. *ESB*, vol. I, 1996.

FREUD, S. (1914). Sobre o Narcisismo: Uma Introdução. *Obras completas, ESB*, v. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, S. (1920). Mais além do princípio do prazer. *Obras completas, ESB*, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

Rio de Janeiro: Imago, 1996.

KLEIN, M., A Psicanálise de crianças pequenas. Rio de Janeiro, Zahar, 1987.