

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA A-POLITÉCNICA

Instituto Superior de Humanidades Ciência e Tecnologias

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

**Estruturas Clínicas: Neurose, Psicose e Perversão/ Processo  
Psicanalítico com Crianças**

Wineth de Márcia Gigueira Artur

Quelimane

2023

Wineth de Márcia Gigueira Artur

## **Estruturas Clínicas: Neurose, Psicose e Perversão/ Processo Psicanalítico com Crianças**

Trabalho de Exame Oral  
apresentado ao Instituto Superior de  
Humanidades Ciências e  
Tecnologias como requisito parcial  
para a obtenção do Grau de  
Licenciatura em Psicologia Clínica e  
de Aconselhamento

Quelimane

2023

## Resumo

O presente trabalho aborda o tema “Estruturas Clínicas, Neurose, Psicose E Perversão e sobre o Processo Psicanalítico com Crianças”. O trabalho vem esclarecer a questão sobre as diferenças entre as Estruturas Clínicas. Ele tem como objectivo geral definir as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão, e os seus objectivos específicos, Classificar as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão; Descrever os primórdios do processo psicanalítico com crianças; Conhecer os principais autores do processo psicanalítico com crianças. A metodologia utilizada foi baseada em fontes bibliográficas, artigos científicos e fontes electrónicas. As neuroses são dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais que mantêm o sofrimento, a frustração, a angústia, o empobrecimento e a inadequação tanto do Eu como das relações interpessoais Os indivíduos neuróticos são aqueles que apesar do sofrimento ainda possuem contacto com a realidade. O paciente psicótico, nessa perspectiva, passaria a viver fora da realidade, sem ser regido pelo princípio de realidade, e viveria predominantemente sob a égide do princípio do prazer e do narcisismo. A perversão caracteriza-se pelo desejo de perturbar a ordem natural das coisas, as normas estabelecidas. Um dos grandes marcos que levou a análise com crianças foi o caso do pequeno Hans, realizado por Freud. E a partir daí ocorreu o nascimento e desenvolvimento da psicanálise com crianças, a partir das pesquisas das primeiras analistas: Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein. Por fim, o presente trabalho apresenta, as definições e características das principais estruturas clínicas, neuroses, psicoses e perversões, e detalha como ocorre o processo psicanalítico com crianças, segundo alguns autores.

**Palavras chave:** neurose, psicose, perversão

## **Abstract**

The present work addresses the theme 'Clinical Structures, Neurosis, Psychosis and Perversion and on The Psychoanalytic Process with Children'. The work clarifies the question about the differences between the Clinical Structures. It has as general objective to define the clinical structures: neurosis, psychosis and perversion, and its specific objectives, Classify the clinical structures: neurosis, psychosis and perversion; Describe the beginnings of the psychoanalytic process with children; to know the main authors of the psychoanalytic process with children. The methodology used was based on bibliographic sources, scientific articles and electronic sources. Neuroses are intrapsychic and interpersonal difficulties and conflicts that maintain suffering, frustration, anguish, impoverishment and the inadequacy of both the Self and interpersonal relationships. Neurotic individuals are those who, despite suffering, still have contact with reality. The psychotic patient, in this perspective, would start to live outside of reality, without being governed by the reality principle, and would predominantly live under the aegis of the pleasure principle and narcissism. Perversion is characterized by the desire to disturb the natural order of things, established norms. One of the great milestones that led to analysis with children was the case of little Hans, performed by Freud. And from there, the birth and development of psychoanalysis with children took place, based on the research of the first analysts: Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud and Melanie Klein. Finally, this work presents the definitions and characteristics of the main clinical structures, neuroses, psychoses and perversions, and details how the psychoanalytic process with children occurs, according to some authors.

**Keywords:** neurosis, psychosis, perversion

# Sumário

Capítulo I.....	6
1. Introdução .....	6
Capítulo II: Desenvolvimento .....	7
2. Estruturas Clínicas: neurose, psicose e perversão .....	7
2.1 Neurose.....	7
2.1.1 Quadros fóbicos.....	8
2.1.2 Os quadros obsessivo-compulsivos .....	9
2.1.3 Quadros histéricos: conversões e dissociação .....	9
2.3 Psicose .....	9
2.3.1 Esquizofrenia.....	10
2.3.2 Síndrome positiva ou produtiva (sintomas positivos) .....	10
2.4 Perversão .....	11
2.5 Processo psicanalítico com crianças .....	12
2.5.1 Os primórdios da psicanálise com crianças.....	13
2.5.2 Hermine von Hug-Hellmuth .....	15
2.5.3 Anna Freud.....	16
2.5.4 Melanie Klein .....	17
2.6 Conclusão.....	19
Capítulo III.....	20
Referências bibliográficas .....	20

# Capítulo I

## 1. Introdução

O presente trabalho tem como temas "Estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão" e "Processo psicanalítico com crianças".

O trabalho está estruturado em três capítulos, sendo que o primeiro capítulo consta a parte introdutória do trabalho; o segundo capítulo, o desenvolvimento, onde está presente a fundamentação teórica e o terceiro capítulo consta a parte pós-textual, que diz respeito as referências bibliográficas.

Ele tem como objectivo definir e classificar as estruturas clínicas: a neurose; a psicose e a perversão. A neurose, de longe a mais comum, actua no sujeito através do recalque: há um conflito com recalque. A psicose, tem o mecanismo de defesa, a forclusão, que faz com que o sujeito tenha uma realidade delirante ou alucinatória. Já a perversão, mantida através da denegação ou desmentido, faz com que o sujeito, ao mesmo tempo, aceite e negue a realidade, com uma fixação na sexualidade infantil.

E também explicar sobre o Processo psicanalítico com crianças, como foi seu surgimento e os autores que contribuíram para esse processo. Apesar de alguns autores seguirem caminhos e perspectivas diferentes, todos possuem um denominador comum, colocando a criança no lugar que merece: "Ser respeitada em sua própria capacidade de viver e a de ser escutada a partir de seu próprio desejo". É a partir desse pressuposto que existe toda e qualquer psicanálise com crianças.

## **Capítulo II: Desenvolvimento**

### **2. Estruturas Clínicas: neurose, psicose e perversão**

#### **Abordagem Teórica**

Este trabalho tem como definir as estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão, e para tal usou-se a teoria psicanalítica. Os principais autores dessa teoria foram Freud, Lacan, Anna Freud, Melanie Klein, etc.

Esta teoria foi desenvolvida por Freud, e se preocupa em explicar o funcionamento da mente humana, ajudando a tratar distúrbios mentais e neuroses. O objecto de estudo desta teoria concentra-se na relação entre os desejos inconscientes e os comportamentos e sentimentos vividos pelas pessoas.

Segundo Kernberg (1991:192) “Estruturas Clínicas são padrões de funcionamento psicológico subjetivo, estáveis e duradouros, que diante de situações específicas, organizam o comportamento, experiências e percepções do indivíduo. A formação, desenvolvimento e funcionamento dessas Estruturas Clínicas, estão muito atreladas às relações vivenciadas com as figuras primárias da vida do indivíduo”.

Lacan propõe três modos de o sujeito lidar com a castração quais sejam através do recalque, da forclusão e da renegação, que implicariam na neurose, psicose ou perversão, respectivamente.

Lacan desenvolve o conceito de estrutura clínica a partir do diálogo constante que manteve com a teoria freudiana, com a psiquiatria, com a linguística e com a antropologia estruturalista, onde procurou encontrar fundamentos do psiquismo que não estivessem baseados nos pressupostos orgânicos, mas na noção de sujeito do inconsciente.

#### **2.1 Neurose**

Para Lacan (1957-460), “a neurose é a estrutura clínica caracterizada pela presença do recalque e do efeito patogênico que o mesmo causa no inconsciente, surgindo assim os sintomas”.

“As neuroses são transtornos caracterizados por conflitos intrapsíquicos que inibem e perturbam as condutas sociais. As neuroses produzem antes uma perturbação do equilíbrio interior do sujeito neurótico que uma mudança em seu sistema de realidade. Nos neuróticos, de modo geral, sobressaem-se as manifestações de uma angústia permanente e de mecanismos de defesa que, em última análise, fracassam na resolução de conflitos”, segundo Henri Ey, citado em Dalgalarondo (2008:320).

São dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais que mantêm o sofrimento, a frustração, a angústia, o empobrecimento e a inadequação tanto do Eu como das relações interpessoais.

### **2.1.1 Quadros fóbicos**

“As síndromes fóbicas caracterizam-se por medos intensos e irracionais, por situações, objectos ou animais que objectivamente não oferecem ao indivíduo perigo real e proporcional à intensidade de tal medo. As síndromes fóbicas mais importantes são apresentadas a seguir” Hollander; Simeon, (2004:46).

“Na agorafobia, o medo e a angústia relacionam-se a espaços amplos ou com muitas pessoas, à possibilidade de estar em locais de onde possa ser difícil escapar ou onde o auxílio ou a presença de pessoas próximas não seja rapidamente acessível. Os indivíduos com agorafobia têm, frequentemente, crises de medo e angústia quando estão fora de casa, em um congestionamento, em uma ponte ou túnel, em meio à multidão, em um estádio de futebol, em um grande supermercado, no cinema ou no teatro”. Dalgalarondo (2008:320).

“A fobia simples ou específica caracteriza-se por medo intenso, persistente, desproporcional e irracional, como medo de animais (barata, sapo, cobra, passarinho, cachorro, cavalo, etc.), medo de ver objectos como seringas, sangue, faca, vidros quebrados, etc. A exposição ao objecto ou animal fóbigeno geralmente deflagra uma crise de angústia ou mesmo de pânico. Os indivíduos acometidos reconhecem o carácter irracional e desproporcional de seus medos”. Dalgalarondo (2008:321).

“A fobia social caracteriza-se por um medo intenso e persistente de situações sociais que envolvam expor-se ao contacto interpessoal, demonstrar certo desempenho ou situações competitivas e de cobrança”. Dalgarrondo (2008:321).

### **2.1.2 Os quadros obsessivo-compulsivos**

“Caracterizam-se por ideias, fantasias e imagens obsessivas e por actos, rituais ou comportamentos compulsivos. Esses quadros são vividos como uma pressão sobre o indivíduo, como algo que o obriga e submete. Na prática clínica, nem sempre é fácil demarcar com precisão o limite entre a obsessão e a fobia (p. ex., obsessão por limpeza, fobia de sujeira ou contaminação)”. Dalgarrondo (2008:321).

### **2.1.3 Quadros histéricos: conversões e dissociação**

As síndromes histéricas caracterizam-se por apresentar manifestações clínicas tanto referentes ao corpo como à mente e ao comportamento.

Subdividem-se em dois grupos: histeria de conversão e histeria dissociativa:

“Na histeria de conversão os conflitos sofrem uma “conversão” nos órgãos dos sentidos (cegueira, surdez, perda do tacto, alucinoses, etc.), e no sistema nervoso voluntário (contracturas musculares, paralisias motoras, etc.). A conversão segue a mesma deformação simbólica dos sonhos, sendo que muitas vezes os sintomas conversivos deixam transparecer com relativa facilidade o conflito subjacente”. Zimermam (1999:209).

“Na histeria dissociativa Os sintomas clínicos mais comuns que caracterizam esses quadros dissociativos consistem em desmaios, desligamentos, ataques do tipo epiléptico, sensações de despersonalização e estranheza, estados crepusculares e, mais tipicamente, os conhecidos casos de “personalidade múltipla”. Zimermam (1999:209).

## **2.3 Psicose**

“Implicam um processo deteriorativo das funções do ego, a tal ponto que haja, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contacto com a realidade. É o caso, por exemplo, das diferentes formas de esquizofrenias crónicas”. (Zimerman, 1999:227).

“Os sintomas paranóides são muito comuns, como ideias delirantes e alucinações auditivas de conteúdo persecutório. Em alguns casos, observa-se uma desorganização profunda da vida mental e do comportamento, de qualidade diversa à que ocorre nos quadros demenciais, no delírio ou nos quadros de retardo mental grave”. Schimid (1991:185). Os autores de orientação psicodinâmica tendem a dar ênfase à perda de contacto com a realidade como dimensão central da psicose.

“O paciente psicótico, nessa perspectiva, passaria a viver fora da realidade, sem ser regido pelo princípio de realidade, e viveria predominantemente sob a base do princípio do prazer e do narcisismo. Pacientes psicóticos tipicamente têm insight prejudicado (precária consciência da doença) em relação aos seus sintomas e à sua condição clínica geral”. Dantas; Banzato (2007:263).

### **2.3.1 Esquizofrenia**

A principal forma de psicose, por sua frequência e sua importância clínica, é certamente a esquizofrenia. Considera-se que alguns sintomas são muito significativos para o diagnóstico da esquizofrenia.

### **2.3.2 Síndrome positiva ou produtiva (sintomas positivos)**

Segundo o DSM-V (2014:128:129, “os sintomas ditos positivos são manifestações novas, floridas e produtivas do processo esquizofrénico. Os principais sintomas positivos das síndromes esquizofrénicas.) são”:

- Delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Seu conteúdo pode incluir uma variedade de temas (p. ex., persecutório, de referência, somático, religioso, de grandeza).
- Alucinações são experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo. São vividas e claras, com toda a força e o impacto das percepções normais, não estando sob controle voluntário.
- Desorganização do Pensamento (Discurso) (transtorno do pensamento formal) costuma ser inferida a partir do discurso do indivíduo. Este pode mudar de um tópico a outro (descarrilamento ou afrouxamento das associações).

- Comportamento Motor Grosseiramente Desorganizado ou Anormal (Incluindo Catatonia) pode se manifestar de várias formas, desde o comportamento "tolo e pueril" até a agitação imprevisível. Os problemas podem ser observados em qualquer forma de comportamento dirigido a um objectivo, levando a dificuldades na realização das actividades cotidianas.
- Sintomas Negativos respondem por uma porção substancial da morbidade associada à esquizofrenia, embora sejam menos proeminentes em outros transtornos psicóticos. Dois sintomas negativos são especialmente proeminentes na esquizofrenia: expressão emocional diminuída e avolia. Expressão emocional diminuída inclui reduções na expressão de emoções pelo rosto, no contacto visual, na entonação da fala (prosódia) e nos movimentos das mãos, da cabeça e da face, os quais normalmente conferem ênfase emocional ao discurso. A avolia é uma redução em actividades motivadas, autoiniciadas e com uma finalidade. A pessoa pode ficar sentada por períodos longos e mostrar pouco interesse em participar de actividades profissionais ou sociais.

“Outros sintomas negativos incluem alógia, anedónia e falta de sociabilidade. A alógia é manifestada por produção diminuída do discurso. A anedónia é a capacidade reduzida de ter prazer resultante de estímulos positivos, ou degradação na lembrança do prazer anteriormente vivido. A falta de sociabilidade refere-se à aparente ausência de interesse em interacções sociais, podendo estar associada à avolia, embora possa ser uma manifestação de oportunidades limitadas de interacções sociais”. DSM-V (2014:129).

## **2.4 Perversão**

Na psicanálise, conforme enfatizado anteriormente, segundo Laplanche e Pontalis (2001-432), “a perversão é vista somente no âmbito da sexualidade e de forma geral, pode ser determinada como comportamentos psicosexuais atípicos para a obtenção do prazer sexual. A perversão quanto estrutura clínica, se organiza como defesa contra angústias”.

Deste modo, de acordo com Dias (2004), citando Freud, “na perversão, o indivíduo reconhece as regras e normas, porém se nega a segui-las. Assim, para o perverso não importa leis, pois o que lhe importa é somente seu desejo e não o do outro, além de não querer perceber-se como

incompleto, com falta, e por consequência a não-castração. Algumas das formas de perversão são: pedofilia, exibicionismo, sadismo, voyeurismo, etc”.

“A pedofilia pode incluir apenas jogos sexuais com a criança (observar ou despir a criança ou despir-se em frente a ela), masturbação ou relação sexual completa com penetração vaginal ou anal”. Dalgarrondo (2008:360).

“No sadismo, o prazer e a excitação sexual encontram-se ligados ao acto de produzir, na realidade ou na fantasia, dor e humilhação no parceiro ou abusar dele e subjugar-lo”. Dalgarrondo (2008:360).

“O exibicionismo caracteriza-se pela compulsão e pelo prazer em mostrar o corpo nu, com ênfase nos genitais, a uma pessoa estranha, que geralmente está desprevenida e sente essa exposição como uma violência”. Dalgarrondo (2008:360).

“Já o voyeurismo é a compulsão em observar uma pessoa (normalmente mulher) se despindo ou tendo relações sexuais. O indivíduo (em geral homem) busca repetitivamente as situações propícias ao exibicionismo ou ao voyeurismo”. Dalgarrondo (2008:360).

## **2.5 Processo psicanalítico com crianças**

“Antes de começar a falar em psicanálise com crianças é necessário estudar o conceito de infância, historicizando como a criança foi pensada dentro da cultura ocidental desde a Antiguidade até hoje”. Costa (2010:7).

Houve um tempo em que não se tinha a concepção da infância tal como hoje a entendemos, ou seja, como um ser singular, com uma particularidade que a diferencia do adulto.

“Na Idade Média, a criança era vista como um pequeno adulto, sem características que a diferenciavam, e desconsiderada como alguém merecedor de cuidados especiais. Isso não significava que as crianças fossem até então desprezadas ou negligenciadas, mas sim que não se tinha consciência de uma série de particularidades intelectuais, comportamentais e emocionais que

passaram, então, a ser consideradas como inerentes ou até mesmo naturais às crianças”. Costa (2010:7).

Nas sociedades agrárias, a infância era um período rapidamente superado e, tão logo a criança adquiria alguma independência, passava a participar da vida dos adultos e de seus trabalhos, jogos e festas. Essa indiferença em relação às crianças era uma consequência do perfil demográfico da época.

A criança relacionava-se muito mais com a comunidade do que com os próprios pais. A aprendizagem e a socialização não eram realizadas pela família ou pela escola, mas por toda a comunidade.

A partir da Renascença, ocorre a privatização do espaço doméstico, uma diferenciação entre o espaço público e o privado, e a família se estabelece como um grupo coeso. A criança concebida em sua particularidade passa a ser vista como o centro do grupo familiar, e a infância considerada um período de preparação para o futuro. O apego à infância e à sua singularidade não se exprimia mais pela distração e pela brincadeira, mas pelo interesse psicológico e preocupação moral.

“Já no século XIX e mesmo no século XX, observamos uma preocupação mais ampla e sistemática com o estudo da criança e a necessidade de uma educação mais formal. O discurso psicológico destaca-se como aquele capaz de produzir um discurso científico sobre a infância no qual a pedagogia, cada vez mais, vai se ancorar para produzir práticas educativas e saneadoras”. Costa (2010:13).

### **2.5.1 Os primórdios da psicanálise com crianças**

“A partir da escuta de suas pacientes histéricas, Freud desenvolveu inicialmente a teoria da sedução, encontrando a etiologia das neuroses dos adultos em experiências sexuais traumáticas ocorridas durante a infância. No entanto, os fracassos clínicos levaram-no a abandonar essa teoria. Reconhecendo que as cenas de sedução não teriam necessariamente ocorrido, Freud chega à conclusão de que os sintomas histéricos decorriam das fantasias impregnadas de desejo”. Costa (2010:14).

“Portanto, a realidade psíquica era a determinante, e não a realidade factual. Esse foi um momento teórico muito importante no desenvolvimento da teoria psicanalítica, no qual o relevante não são mais os fatos da infância, mas a realidade psíquica, constituída pelos desejos inconscientes e pelas fantasias a ela vinculadas, tendo como pano de fundo a sexualidade infantil. Ocorre também uma modificação no conceito de infância, que deixa de ser vista a partir de um registro genético e cronológico para ser abordada pela lógica do inconsciente”. Costa (2010:14).

O efeito traumático está relacionado ao fato de a criança ser confrontada passivamente com a sexualidade do adulto. Através dos cuidados e do desejo maternos, a criança será introduzida no campo da sexualidade, pois é pelo contacto com a mãe, ou um substituto, que o corpo do bebé será erogenizado.

Pode-se considerar que a análise com crianças começa com o caso do pequeno Hans, publicado por Freud em 1909. A peculiaridade dessa análise é que ela foi realizada por Max Graf, pai do menino, sob a supervisão de Freud, que se encontrou com a criança apenas uma única“ vez.

Quando Freud propôs a análise dessa criança, o que ele pretendia era comprovar suas descobertas sobre a sexualidade infantil, conforme havia escrito em 1905, em seus Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. Freud não acreditava que fosse possível analisar uma criança, mas a experiência com Hans fez com que ele mudasse de ideia. Esse caso singular foi um marco no desenvolvimento da psicanálise”. Costa (2010:17).

“Articulando as teorias sexuais infantis ao complexo de Édipo, Freud demonstrou que a realidade psíquica da criança se assemelha à do adulto em suas angústias, fantasias e desejos”. Costa (2010:17).

O estudo da fobia de cavalo, no menino, comprovou os pontos de vista de Freud no tocante às fases regulares do desenvolvimento da criança. Esses pontos de vista tinham sido baseados, anteriormente, em reconstruções de eventos traumáticos na análise de adultos. O pequeno Hans proporcionou a primeira confirmação directa dessas reconstruções.

Ao mesmo tempo, as reacções favoráveis da criança às interpretações dadas pelo pai ilustraram as potencialidades do tratamento psicanalítico com crianças.

“Foi depois dessa constatação que, entre 1920 e 1940, ocorreu o verdadeiro nascimento e desenvolvimento da psicanálise com crianças, a partir das pesquisas das primeiras analistas: Hermine von Hug-Hellmuth, Anna Freud e Melanie Klein”. Costa (2010:20).

### **2.5.2 Hermine von Hug-Hellmuth**

Inicialmente professora primária, Hermine von Hug-Hellmuth nasceu em Viena. Mais tarde foi admitida na Universidade de Viena, porém não abandonou sua profissão de professora.

“Aos 36 anos iniciou uma análise com Isidor Sadger e, em 1913, tornou-se membro da Sociedade Psicológica das Quartas-Feiras. Teve um lugar de destaque nesse grupo e Freud confiou-lhe a seção dedicada à psicanálise com crianças na revista *Imago*. Até 1924, ano de sua morte, dirigiu um serviço psicanalítico de ajuda à educação em Viena, que a consagrou juntamente com suas publicações e o grande respeito que Freud tinha pelo seu trabalho como a pioneira da psicanálise com crianças”. Costa (2010:21).

Hermine von Hug-Hellmuth visitava as crianças em seus lares a fim de observá-las enquanto participavam de suas actividades lúdicas. Na análise com crianças utilizava jogos e desenho afirmando que com esse material as crianças elaboravam as situações difíceis e traumáticas. Em seu método, a interpretação do material inconsciente combinava-se com a influência pedagógica directa.

“As observações de Hug-Hellmuth foram publicadas em 1921, com o título *On the technique of child-analysis*”. Costa (2010:21).

Naquela época foram consideradas muito valiosas principalmente porque confirmavam os conceitos de Freud sobre a primeira infância. “No entanto, Hug-Hellmuth desaprovava a ideia de analisar crianças muito pequenas crianças que ainda não haviam passado pelo complexo de Édipo, pois acreditava que nesses casos a análise, em razão de seu poder de mobilizar o recalque e ao fortalecer as tendências impulsivas da criança, poderia prejudicá-la. Também afirmava que o analista deveria contentar-se em obter êxitos apenas parciais e de contar também com recaídas”. Costa (2010:21).

### 2.5.3 Anna Freud

Nascida em 1895, em Viena, Anna Freud foi a sexta e última filha de Sigmund e Martha Freud.

Foi no campo da psicanálise com crianças que Anna Freud tornou-se reconhecida pelos seus trabalhos. Em 1927 publicou sua obra principal, O tratamento psicanalítico das crianças.

“Anna Freud recebeu influências de Hermine von Hug-Hellmuth e, nesse livro, expõe os princípios da análise infantil. Tal como sua mestra, Anna Freud recomendava ao analista de crianças desempenhar um papel activamente pedagógico. Estudou o comportamento das crianças em jardins-de-infância. Observou que tipos de brinquedos eram mais utilizados nas diferentes etapas do desenvolvimento, e, aplicando conceitos psicanalíticos a essas observações, forneceu uma orientação prática às professoras”. Costa (2010:24).

Quanto ao tratamento psicanalítico, Anna Freud levantou algumas questões, diferenciando a análise de crianças da de adultos. Segundo ela, há uma impossibilidade de se estabelecer uma relação puramente analítica com uma criança em função de sua imaturidade e dependência do meio ambiente. A criança não tem consciência de sua doença, nem acha que tem um “problema” para resolver. Normalmente são seus pais que estão preocupados ou angustiados diante de suas dificuldades.

“Neste sentido, falta à criança o elemento fundamental para a entrada de um paciente em análise, que é o mal-estar em relação a seu sintoma e a necessidade de tratamento. Para suprir essa dificuldade, Anna Freud propõe um período de preparação, de entrevistas preliminares, para produzir artificialmente uma demanda de análise, ou seja, conscientizar a criança de seu sofrimento e da necessidade de ser ajudada a se livrar de seu sintoma”. Costa (2010:24).

Nessa etapa preliminar, ela tenta mostrar, por exemplo, que uma conduta rebelde por parte da criança é um problema, e que traz mais desvantagens do que vantagens, pois tal atitude poderia ter consequências como ser castigada. É necessário mostrar à criança que, na realidade, ela é muito infeliz, que sofre e há um desgaste excessivo em sua luta interna contra “seus demónios”.

Para cumprir com este objectivo, Anna Freud associava medidas pedagógicas aos meios analíticos, numa tentativa de conquistar a confiança da criança, facilitando seu engajamento no processo psicanalítico, ou seja, trabalhar sempre em transferência positiva. Explicava em que

consistia a análise e tentava convencê-la, a partir de um lugar de saber, de autoridade, de compreensão e de aliada da criança.

“Outros pontos abordados por Anna Freud foram: a criança não consegue associar livremente como o adulto; não estabelece uma neurose de transferência em função de sua ligação com os pais da realidade; e, se não houver uma colaboração dos pais com o analista, melhor será afastá-la dos pais temporariamente e colocá-la numa instituição onde possa ser analisada. Nas situações em que os pais maltratavam a criança Anna Freud colocava-se como sua aliada, contra os pais”. Costa (2010:25).

#### **2.5.4 Melanie Klein**

Nascida em Viena, em 1882, Melanie Klein foi a quarta filha de um casal de judeus. Teve três filhos, Melitta, Hans e Erich Klein, todos analisados por ela. Melitta viria tornar-se psicanalista e membro da Sociedade Britânica de Psicanálise.

Klein interessou-se pela psicanálise depois da leitura de um texto de Freud, “Sobre os sonhos” e, em 1914, ano do nascimento de seu terceiro filho, iniciou uma análise com Ferenczi.

“Este a incentivou a analisar crianças, pois ele próprio defendia a análise de crianças, tendo apresentado, em 1913, um caso sobre um menino de cinco anos que sofria de uma fobia de galos e que ficou conhecido como o caso do pequeno homem-galo. Ferenczi atribuía o desenvolvimento da fobia ao fato de o menino projectar nesses animais o medo que sentia do pai, tal como aconteceu com o pequeno Hans”. Costa (2010:28-29).

Melanie Klein logo começou a participar das actividades da Sociedade Psicanalítica de Budapeste e, em 1919, apresentou seu primeiro caso clínico, que versava sobre a análise de seu filho Erich, a quem atribuiu o pseudónimo de Fritz.

“Alguns analistas presentes criticaram-na afirmando que, nesse caso, ela não havia levado em conta a existência do inconsciente. Melanie Klein responde a essas críticas dizendo que ela não estava analisando Fritz e que se tratava de uma “educação de carácter analítico”, ou seja, baseando-se nas orientações de Ferenczi sobre os benefícios de uma educação guiada por uma concepção psicanalítica. E a sua intenção era a de proporcionar ao filho uma educação não coercitiva,

promovendo o esclarecimento sexual da criança com o objectivo de possibilitar o desenvolvimento intelectual do menino”. Costa (2010:29).

Melanie Klein partia do princípio, anteriormente estabelecido por Freud, de que a curiosidade sexual é que impulsiona o desejo de saber: é ela que faz da criança um verdadeiro pesquisador.

“Sabe-se que a educação psicanalítica realizada por Melanie Klein não livrou Erich da inibição intelectual. Assim, ao contrário do que vinha fazendo anteriormente, decidiu conduzir a análise do próprio filho segundo princípios estritamente psicanalíticos, ou seja, fundamentar sua prática no inconsciente da criança, valendo-se de interpretações do conteúdo inconsciente expresso no simbolismo dos sonhos e fantasias e no brincar”. Costa (2010:29).

À medida que as fantasias de Erich iam sendo liberadas, revelavam a verdadeira razão inconsciente de suas dificuldades. A partir dessa experiência, Melanie Klein não mais abandonará a sua tese de que é a vida fantasística que modela a realidade, e não o contrário, como propunha Ferenczi a respeito da educação analítica.

“Melanie Klein fundou a técnica da análise pela actividade lúdica com crianças. Brincar actividade natural das crianças, foi considerado por ela a expressão simbólica da fantasia inconsciente. Ela afirmou que pelas brincadeiras a criança traduz de modo simbólico suas fantasias, seus desejos e suas experiências vividas. O elemento organizador essencial do pensamento de Melanie Klein é a prevalência da fantasia e dos “objectos internos” sobre as experiências desenvolvidas no contacto com a realidade externa”. Costa (2010:30).

A partir dessa constatação, ela conclui que a diferença que existe entre a análise de crianças e a de adultos reside no método e não em seus princípios básicos. Em outras palavras, a prática psicanalítica com crianças repousa sobre o mesmo corpo conceitual teórico no qual se apoia toda a teoria psicanalítica: o inconsciente, a transferência e a pulsão.

“Quanto ao método, Melanie Klein irá postular que o brincar é capaz de substituir as associações livres. Portanto, a partir de tais constatações teóricas, ela afirma que é possível analisar crianças. A prática clínica com crianças vai revelar-lhe as profundezas ainda secretas do mundo das fantasias inconscientes da mais tenra infância”. Costa (2010:31).

## 2.6 Conclusão

O trabalho de fim de curso, com os temas Estruturas Clínicas: Neurose, Psicose e Perversão Processo Psicanalítico com Crianças visava esclarecer a questão sobre as diferenças entre as Estruturas Clínicas, a questão foi respondida durante o desenvolvimento do trabalho.

Em suma, ficou claro que as neuroses são uma estrutura psíquica que está intimamente ligada à angústia. A pessoa consegue manter um pensamento racional e distinguir o certo do errado. Ela tem a necessidade de seguir as normas e fazer aquilo que é correcto, sentindo-se culpada quando não consegue cumprir com essa expectativa. Diferentemente do neurótico, o psicótico não reconhece as regras ou mesmo que as reconheça se sente indiferente a elas, nem respeita as normas estabelecidas. O perverso é aquele que mesmo conhecendo as regras, ele vai quebra-las, porque ele sente prazer em transgredir as regras e normas.

Quanto ao processo psicanalítico com crianças, Anna Freud propõe uma análise pedagógica. E Melanie Klein, uma das precursoras da psicanálise com crianças, baseia-se na técnica de brincar, a partir das brincadeiras, a criança vai mostrar o que está no seu inconsciente.

## Capítulo III

### Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed,
- Costa, T. (2010). *Psicanálise com crianças*. 3.ed. Rio de Janeiro: Zahar
- Dalgalarondo, P (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª ed. Porto alegre : Artmed
- Dantas, c. R.; Banzato, C. E. M. (2007). *Predictors of insight in psychotic patients*. Schizophrenia Research
- Hollander, E.; Simeon, D. (2004). *Transtornos de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed
- Lacan, J. (1957-1958). O Seminário, livro 5: *As Formações do Inconsciente*. Tradução: Vera Ribeiro, Marcus André Vieira – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed
- Laplanche, J; Pontalis, J.P. (2001) *Vocabulário de psicanálise*. Tradução: Pedro Tamen. São Paulo: Martins Fontes, 3ª ed
- Kernberg, O. F. (1991). *Psicoterapia Psicodinâmica de pacientes Borderline*. Tradução: Rita de Cássia Sbreira Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas,
- Schimid, G. B. (1991). *Chaos theory and schizophrenia: elementary aspects*. Psychopathology
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos Psicanalíticos: teoria, técnica e clínica*. Porto Alegre: Artmed
- Dias, E. A. A (2004). *Estrutura Psíquica da mulher Intraempreendedora: um estudo de caso através de um recorte psicanalítico*. Tese de Doutorado apresentada ao programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis.