

As representações paradoxais dos pais sobre a paralisia cerebral da criança

Parents' paradoxical representations of their child's cerebral palsy

Lívia Mariane de Sousa Schechter*
Silvia Maria Abu-Jamra Zornig**

Resumo: O processo de transição à parentalidade exige dos pais intenso trabalho de reorganização de suas representações acerca do bebê esperado e deles mesmos. Quando este bebê é diagnosticado com paralisia cerebral, uma enfermidade decorrente de lesão neurológica ocorrida muito cedo, esse trabalho sofre uma ruptura que pode comprometer o investimento parental sobre a criança. Nosso objetivo neste trabalho é investigar como certas representações construídas pelos pais, que parecem ignorar os prejuízos ao desenvolvimento da criança e ao mesmo tempo reconhecê-los, podem favorecer a recomposição do investimento parental após o trauma causado pelo diagnóstico. Dois fragmentos clínicos servirão de ilustração a esse paradoxo.

Palavras-chave: Parentalidade. Paralisia cerebral. Paradoxo.

Abstract: *The process of transition to parenthood demands from parents an intense work of reorganizing their representations about the expected baby and about themselves. When this baby is diagnosed with cerebral palsy, a disease resulting from an early neurological injury, this work suffers a rupture that can compromise the parental investment in the child. Our objective in this work is to investigate how certain representations constructed by parents, who seem to ignore the damage to the child's development and at the same time recognize it, can favor the recomposition of parental investment after the trauma caused by the diagnosis. Two clinical fragments will illustrate this paradox.*

Keywords: *Parenthood. Cerebral palsy. Paradox.*

* Psicanalista, doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Psicologia Clínica Institucional pelo Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/UERJ).

** Psicanalista, professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Coordenadora do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Crianças da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (CCE/PUC-Rio).

O nascimento de um filho, quando desejado, representa para os pais uma oportunidade de realização de expectativas originadas em sua própria infância e inseridas em um contexto familiar e social. Entretanto, mesmo quando tudo corre bem, o bebê que nasce nunca é o bebê esperado: há sempre uma distância entre os dois, causadora de estranheza para os pais, o que tende a diminuir à medida que as interações iniciais vão produzindo sintonia entre eles e o bebê. Quando alguma anomalia no bebê é diagnosticada pelos médicos, porém, esse processo gradual de reconhecimento do filho por seus pais sofre uma interrupção. Se essa anomalia for uma paralisia cerebral – enfermidade decorrente de lesão neurológica ocorrida muito cedo, que interfere no desenvolvimento do bebê de uma maneira ampla – os pais serão convocados a um processo muito intenso de reorganização de suas expectativas em relação ao filho e em relação a eles mesmos como pais.

A partir desse processo, alguns pais encontram recursos psíquicos para retomar o investimento na relação com o bebê, enquanto outros enfrentam impasses para fazê-lo – nestes casos, situações de abandono da criança no hospital ou de negligência nos cuidados são observadas. Nas situações em que o investimento parental se sustenta, indagamos quais os recursos encontrados por esses pais para restaurar o vínculo com a criança portadora de paralisia cerebral e restabelecer as expectativas que animaram seu desejo de ter um filho. Nesse sentido, a presença de certos paradoxos no discurso desses pais, que ora parecem compreender as implicações da enfermidade que atinge o filho, ora parecem se referir à criança como se ela estivesse livre desses efeitos, se encontra no centro de nosso interesse.

Neste trabalho, investigaremos como as representações paradoxais dos pais de crianças com paralisia cerebral podem favorecer a recomposição do investimento parental após o trauma causado pelo diagnóstico. Iniciaremos nossa discussão pela definição da paralisia cerebral do ponto de vista médico, buscando situar seus possíveis efeitos sobre o desenvolvimento infantil. Passaremos então a examinar a noção de transição à parentalidade, ressaltando as transformações psíquicas desencadeadas nos pais ao longo desse processo. O trauma ocasionado pelo diagnóstico será discutido em seu efeito de ruptura sobre a vivência de reorganização psíquica parental. Sustentaremos que o luto da criança esperada e o investimento da criança real com paralisia cerebral podem ser favorecidos pela constituição de representações parentais de uma criança que se desenvolverá de acordo com o esperado, que coexistirá com a percepção da criança real por algum tempo. Exemplificaremos as noções abordadas a partir de dois fragmentos clínicos antes de passar à conclusão.

SOBRE A PARALISIA CEREBRAL

A condição que hoje conhecemos comumente como paralisia cerebral (PC) possui vestígios desde a Antiguidade, que podem ser encontrados em representações artísticas, fontes literárias e na paleopatologia (PANTELIADIS, C.; PANTELIADIS, P.; VASSILYADI, 2013). Na Grécia Antiga, viveu aquele que hoje é considerado o pai da medicina: Hipócrates. Em seu trabalho sobre o feto de oito meses, ele é o primeiro a discutir a associação entre prematuridade, infecções congênitas e estresse pré-natal com a ocorrência de lesões cerebrais no bebê.

Somente a partir do século XIX as publicações científicas sobre as lesões cerebrais e suas manifestações clínicas começam a aparecer. William John Little, na Inglaterra, foi o primeiro médico a se dedicar intensamente ao que hoje conhecemos como PC. Em estudos publicados a partir de 1843, ele relacionou diversos casos de espasticidade infantil (aumento anormal do tônus muscular) a condições adversas em torno do nascimento, como prematuridade, dificuldade no trabalho de parto, demora do bebê em chorar e respirar ao nascer e convulsões nas primeiras horas de vida. Em 1889, o professor canadense William Osler propôs o termo “paralisia cerebral” em seu livro intitulado *The cerebral palsies of children*. Depois de Little, Osler foi o segundo maior estudioso a contribuir para a compreensão desta condição.

A terceira maior contribuição ao estudo da paralisia cerebral no século XIX foi feita por aquele que também viria a se tornar o pai da psicanálise: Sigmund Freud. Ele escreveu vários volumes dedicados à paralisia cerebral entre os anos de 1891 e 1897 que ficaram conhecidos como o trabalho mais completo e exaustivo sobre o tema. A mais importante contribuição foi o desenvolvimento de um sistema de classificação da paralisia cerebral que é usado até hoje. Este sistema leva em consideração os fatores causais, dividindo-os em: pré-natais (materno e congênito), perinatais e pós-natais (PANTELIADIS, C.; PANTELIADIS, P.; VASSILYADI, 2013).

A partir do século XX, os estudos sobre a paralisia cerebral avançaram e novas contribuições foram feitas. Em 1959, um grupo de pesquisadores britânicos reunidos no simpósio de Oxford produziu a primeira definição amplamente aceita de paralisia cerebral. Em 2004, um novo encontro internacional de especialistas na área resultou em nova definição, que é a mais recente e abrangente que temos:

Paralisia cerebral (PC) descreve um grupo de distúrbios permanentes do desenvolvimento do movimento e da postura, causando limitação das atividades, que é atribuído a perturbações não progressivas que ocorreram no desenvolvimento do cérebro fetal ou infantil. Os distúrbios motores da paralisia cerebral são frequentemente acompanhados por perturbações da sensação, da percepção, da cognição, da comunicação, do comportamento, por epilepsia e por problemas musculoesqueléticos secundários. (ROSEMBAUM *et al.*, 2007, p. 9, tradução nossa)

A paralisia cerebral é uma encefalopatia crônica não progressiva da infância, isto é, uma doença que atinge o encéfalo (cérebro, cerebelo e tronco encefálico), gerando uma lesão que possui efeitos crônicos (não transitórios), mas cuja causa já cessou e não se agrava com o tempo. A causa mais comum de PC é a asfixia perinatal, levando à diminuição da oxigenação do cérebro no bebê durante o parto. Dentre as causas mais frequentes também estão as infecções virais (que podem causar microcefalia) e traumatismos pré e pós-natais, bem como a desnutrição grave. A PC é também a causa mais comum de deficiência física grave na infância. Para a caracterização do diagnóstico, o distúrbio deve ter ocorrido bem cedo no desenvolvimento da criança, antes da aquisição de funções como andar ou manipular objetos, o que torna os dois ou três primeiros anos de vida fundamentais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Do ponto de vista clínico, os sinais e sintomas variam entre as crianças, mas os sintomas mais comuns são rigidez muscular, fraqueza muscular e tremores. É frequente que os bebês com PC não rebolem, se sentem, engatinhem ou caminhem tão cedo quanto outras crianças da mesma idade. Seu desenvolvimento atípico, acompanhado de alterações motoras e sensoriais, afeta sua capacidade de produzir mensagens identificáveis pelos pais e de responder às mensagens enviadas através dos cuidados parentais.

AS REPRESENTAÇÕES PARENTAIS SOBRE O BEBÊ

A paralisia cerebral é uma condição complexa do ponto de vista médico, que coloca os pais diante de um bebê com competências diferentes das habituais, levando a uma vivência afetiva com potencial para muitos desencontros. O processo de tornar-se mãe e tornar-se pai de uma criança com paralisia cerebral, assim, desafia os pais a encontrar ou construir recursos para fazer face

não só ao desconhecido, mas também ao totalmente inesperado. Nesse contexto, a capacidade de representação é especialmente exigida: “Por que eu tive um filho assim? Fiz algo de errado? Como acolher essa criança que não reconheço? Como amá-lo? Qual será seu futuro?” Estas são questões que insistem para os pais.

O processo pelo qual uma pessoa se torna pai ou mãe do ponto de vista psíquico, a partir da relação com a criança que nasce, vem sendo chamado nas últimas décadas de “transição à parentalidade” (HOUZEL, 2000). Já é reconhecida entre os psicanalistas a ideia de que a transição à parentalidade representa uma crise vital comparável à da adolescência, promovendo profundos rearranjos psíquicos nos sujeitos que se tornam pai e mãe. As mudanças corporais na mulher, o novo lugar assumido na linhagem familiar e a chegada de um novo ser – sonhado, porém desconhecido – à vida do casal, exigem um trabalho psíquico significativo de ambos. Nesse contexto, o nascimento de um bebê com paralisia cerebral convoca os pais a uma reorganização psíquica ainda mais intensa, como veremos.

Como assinala Silvia Zornig (2010), o processo de tornar-se pai e tornar-se mãe segue um longo percurso que se inicia bem antes do nascimento de um filho. Para um homem e uma mulher, o filho é sonhado antes mesmo de ser concebido. O desejo de ter filhos está estreitamente relacionado à sexualidade infantil e seus desdobramentos, como é possível constatar ao longo da obra de Freud. Aquele desejo atualiza, para os futuros pais, fantasias infantis vividas nas relações amorosas e hostis com seus próprios pais, no contexto do complexo de Édipo, que foram submetidas ao recalque. Na obra freudiana, o desejo de ter filhos aparece ligado não apenas à sexualidade infantil, mas também a um desejo de imortalidade do Eu e a uma tentativa dos pais de revivem através dos filhos o seu próprio narcisismo um dia abandonado. “Sua Majestade, o Bebê” viria concretizar os sonhos e aspirações nunca realizados por eles, escapando às restrições às quais tiveram que se submeter.

Ao bebê que nasce, diz Freud (1914/2004), são atribuídas todas as perfeições e ignorados todos os defeitos: ele é o bebê ideal que, nas hipóteses mais favoráveis, os pais fantasiam terem sido um dia para seus próprios pais. No contexto dessas projeções parentais sobre a criança, os imperativos da vida, como a doença e a morte, estão excluídos. Desse modo, é a idealização da criança pelos pais, associada à possibilidade de se identificarem com ela a partir das crianças que eles teriam sido, que lhes permite tomá-la como objeto de investimento libidinal – investimento do qual os pais recolherão um retorno

sobre seu próprio narcisismo. Vemos aqui como o nascimento de uma criança com paralisia cerebral, por sua difícil idealização, pode representar um impasse ao processo de renarcação de seus pais.

Pensando o lugar de um filho no narcisismo dos pais, Albert Ciccone (2011) indica duas missões narcísicas das quais todo bebê que nasce é encarregado: a de continuidade narcísica e a de reparação narcísica. A missão de continuidade narcísica seria a referida por Freud no texto sobre o narcisismo que acabamos de citar. O bebê, quando tudo vai bem, representa para os pais a ilusão de continuidade de seu narcisismo através das gerações, dando a eles a sensação de superar a castração e a morte.

A outra missão do bebê é a de reparação narcísica, isto é, de reparar a história parental. Segundo Ciccone (2011), todo adulto tem algo a reparar de sua história infantil e toda criança tem algo a reparar da história de seus pais. As feridas e traumatismos dos pais serão em parte tratados pelo vínculo desenvolvido com a criança, que oferecerá aos pais a experiência de serem os bons pais que eles mesmos gostariam de ter tido em sua infância. Zornig (2010), em posição semelhante, propõe que a chegada de um bebê tem a capacidade de retificar a história infantil dos pais, não apenas pelo que o bebê imaginado produz nas representações parentais, como também pelos efeitos que a presença real do bebê produz na interação com os pais. No entanto, diz Ciccone (2011), dependendo do nível de demanda de reparação dos pais e de exigência narcísica, o bebê pode se tornar decepcionante e persecutório, atacando o sentimento de serem bons pais. Desse modo, a possibilidade de reparação narcísica dos pais encontra um especial desafio diante de uma criança que não responde como o esperado e não favorece a confirmação desse sentimento de serem bons pais, como uma criança com paralisia cerebral.

O autor lembra que é mais usual pensar no papel de espelho que a mãe tem para o bebê, que pode se ver refletido em seu rosto (como proposto por Winnicott), do que pensar que os pais também veem algo quando olham para o bebê: se o bebê, por exemplo, desvia o olhar, isso pode ir ao encontro de experiências de abandono vividas pelos pais, dificultando o estabelecimento de uma relação com o filho. A experiência se repete não só porque os pais sofreram um abandono, mas porque esperam muito do bebê, no sentido de reparar essa experiência. Nesse sentido, importam mais as representações parentais sobre a própria história infantil do que essa em si (ZORNIG, 2010).

Lebovici (1998), ao elaborar a distinção entre os tipos de representações parentais sobre o bebê, reúne importantes elementos a partir dos quais o dese-

jo de ter um filho pode se constituir. Ele fala em um bebê imaginário, ligado às projeções do casal sobre como o bebê virá a ser (a preferência por menino ou menina e a escolha do nome falam dessas projeções); um bebê fantasmático, ligado às representações inconscientes que mãe e pai têm a partir de suas próprias histórias infantis; um bebê narcísico, sucessor dos pais na realização de seus ideais, como postulou Freud em 1914; e um bebê mítico ou cultural, derivado das representações de determinada sociedade em determinado momento. Estas seriam quatro representações do bebê que se distinguem do bebê real que a mãe carrega nos braços.

Nos casos em que o bebê é diagnosticado com alguma deficiência, como a paralisia cerebral, muito se fala na distância entre o bebê imaginário e o bebê real que se apresenta. Se tal distância, por um lado, sempre há de existir, por outro lado, é possível afirmar que a distância entre a imagem ideal antecipada pelos pais e a imagem real do bebê fica de fato aumentada em um caso de paralisia cerebral. Se o bebê que nasce nunca é o bebê imaginado ou fantasiado desde a infância, o diagnóstico de uma condição como a paralisia cerebral marca que esse bebê não será como os outros – um bebê que também se distanciará da representação de bebê mítico? Trata-se, sem dúvida, de um significativo trabalho psíquico ao qual os pais são convocados.

EFEITOS TRAUMÁTICOS DO ANÚNCIO DO DIAGNÓSTICO

Os efeitos imediatos do anúncio de que o bebê é portador de uma anomalia, deficiência ou malformação têm sido amplamente descritos como os de um choque ou de um trauma para os pais (BOISSEL, 2008; GOMES; PICCININI, 2010; KORFF-SAUSSE, 1996; MANNONI, 1964). No contexto do anúncio de uma anomalia no filho, a possibilidade de os pais produzirem representações, de pensarem sobre o que lhes acontece, fica em questão. Trata-se do encontro com o impensado, com o impensável, com o indizível.

Na maioria das culturas, a deficiência da criança é um vasto tabu; provoca um mal-estar que faz com que desviemos o olhar. A criança deficiente não nos escuta, enxerga ou responde dentro dos moldes habituais de comunicação, o que nos desconcerta. Situamo-nos mal em relação à criança, tornando difícil para ela situar-se em relação ao outro (KORFF-SAUSSE, 1996). A criança deficiente também causa medo, pois nos confronta com os limites do humano, evocando imagens de anormalidade próximas à monstruosidade. Maud Man-

noni (1964) descreve que as mães de crianças com deficiência experimentam que, além de dar a vida, também podem ser “senhoras da morte”, na medida em que puseram no mundo um ser que torna toda projeção humana impossível. No mesmo sentido, Simone Korff-Sausse (1996) afirma que a enfermidade da criança atinge a mãe no plano narcísico, levando à perda brusca de todo referencial de identificação, como em um pânico diante de uma imagem de si que não é possível reconhecer nem amar. A deficiência atinge a imagem ideal de uma infância feliz, de uma criança perfeita que é quem nós fomos e que poderíamos engendrar. “Sua estranheza revela, como em um espelho quebrado, nossa própria estranheza, que nós queremos ignorar” (KORFF-SAUSSE, 1996, p. 8, tradução nossa).

Aline Gomes e Cesar Augusto Piccinini (2010) apontam que o choque pelo diagnóstico de malformação pode acarretar uma situação de traumatismo para a mãe, pela ferida narcísica que a deficiência representa, na medida em que a criança é sentida como uma extensão dela. Nesse sentido, a ferida narcísica causada pela deficiência atinge o bebê imaginário, prolongamento do narcisismo dos pais – o verdadeiro bebê esperado por eles, não o bebê real com deficiência, em sua radical estranheza. Os autores também falam em um efeito de fratura do ideal, o que nos remete ao espelho que se quebra, referido por Korff-Sausse (1996). Eles ressaltam que o insulto ao narcisismo pelo nascimento de um filho com malformação é tão grande que muitos casais, para que cada um se preserve, projetam um sobre o outro a culpa pelo “erro”, vindo então a separar-se. Nesse contexto, o abandono por parte do pai também pode ter consequências dramáticas para todos, favorecendo que a mãe estabeleça uma relação tida como de tipo fusional com o filho (MANNONI, 1964). Por outro lado, o diagnóstico de uma deficiência no bebê também pode provocar no pai uma ferida narcísica tal qual na mãe, desencadeando movimentos regressivos de identificação ao bebê.

Ainda segundo Gomes e Piccinini (2010), a perda narcísica se daria, em primeiro lugar, sobre a autoimagem, pois o desejo de ver refletida no filho uma imagem saudável e perfeita se rompe diante da realidade, desorganizando a própria imagem. A identificação maciça da mãe com uma criança malformada faz com que ela se sinta defeituosa ela mesma. Essa perda também atingiria a autoestima, no sentido da capacidade de gerar uma prole normal. Haveria um prejuízo na possibilidade de o casal sentir que pode fazer o mesmo que seus pais fizeram, colocando uma criança saudável no mundo, dando continuidade à cadeia geracional e à filiação. Podemos pensar, nesse

sentido, como essa perda atingiria a possibilidade de que a criança cumpra as missões narcísicas de continuidade e reparação das quais é encarregada, como mostrou Ciccone (2011).

Korff-Sausse (1996) ressalta que a dor do diagnóstico de deficiência para os pais, no início é impensável e indizível, como nos casos de traumatizados de guerra. As reações de denegação e manifestações somáticas testemunham o fracasso dos processos de pensamento. Fica um branco, um vazio, a impossibilidade de imaginar esse bebê como filho e de imaginar seu futuro. A autora sugere que a deficiência da criança vem dar corpo a algo de irrepresentável, da ordem do horror. Nenhuma representação consegue dar forma a esse evento catastrófico, ou melhor, se surge alguma representação, ela é cassada, pois intolerável.

Dentre as representações intoleráveis para os pais, Anne Boissel (2008) destaca o desejo inconsciente de morte da criança, mesmo que algumas vezes este possa se manifestar conscientemente. Na maior parte dos casos, esse desejo permanece inconsciente e convive com o voto consciente de que a criança viva. Para a autora, a irrupção desse desejo inconsciente de morte pode ser compreendida como uma reação à percepção da estranheza da criança, que a torna inacessível ao investimento libidinal dos pais. A criança deficiente não funciona como vetor de revivescência do narcisismo parental, como descreveu Freud em 1914, ao contrário: ela os confronta à impotência, ao desamparo e às leis imperiosas da natureza e do biológico. A emergência de um desejo de que a criança viva seria uma vitória afetiva e consciente sobre o desejo inconsciente primordial de morte.

O choque, o horror, a impossibilidade de se identificar com a criança, de projetar seu futuro ou mesmo de projetar sobre ela uma imagem humana são experiências que nos reenviam à noção de trauma, referida com insistência pelos autores que citamos. Para Freud (1920), a noção de trauma passa a estar ligada a um afluxo de excitações que ultrapassa as capacidades do organismo de evacuar ou fazer ligações, isto é, de representar. Nesse sentido, o trauma não estaria determinado pela intensidade das excitações em si, mas por seus eventuais efeitos disruptivos das capacidades representacionais de cada aparelho psíquico. Cabe lembrar que os sonhos traumáticos, relatados pelos sobreviventes da Primeira Guerra Mundial e que serviram de modelo para Freud, eram marcados pela repetição de memórias de experiências sensoriais vívidas e cruas, tais como os relatos dos pais diante do anúncio do diagnóstico de deficiência de seus filhos.

Com psicanalistas como Winnicott (1963/1994), o trauma passa a ser pensado em uma perspectiva mais intersubjetiva que intrapsíquica, sendo de-

corrente de uma falha ambiental. Na teoria winnicottiana, a noção de “medo do colapso” (*breakdown*), oriunda da clínica de adultos, é importante para a compreensão do trauma a partir das relações iniciais de cuidado. A experiência do colapso, segundo Winnicott (1963/1994), equivaleria ao fracasso da organização defensiva criada para proteger o indivíduo do retorno das “agonias primitivas” ou “agonias impensáveis”. Estas agonias, de “cair para sempre”, de “retorno a um estado não integrado”, de “perda de senso do real”, dentre outras, seriam vividas quando o ambiente falha em um estágio muito primitivo do desenvolvimento emocional, o de dependência absoluta. Por não poderem ser integradas a um ego ainda imaturo, permanecem à espera de integração, retornando sob a forma de medo do colapso. Nesta perspectiva, o colapso temido na vida adulta já teria ocorrido, mas em um momento em que não pôde ser experienciado.

Em outros termos, o trauma significa que houve uma ruptura na continuidade da existência, com o desmantelamento das defesas habituais e a necessidade de organização de defesas mais radicais para impedir a irrupção de agonias impensáveis. No momento do anúncio do diagnóstico de paralisia cerebral no bebê, também se produz uma ruptura na vida: todo o processo de construção da parentalidade, com os rearranjos no mundo representacional dos pais e o trabalho psíquico que supõem, é interrompido e os pais caem em um vazio representacional. Esta experiência de ruptura – justamente em um momento de retorno dos conflitos infantis – pode levar à revivescência de agonias primitivas, experimentadas nas relações iniciais de cuidado, demandando a articulação de novas defesas. Se o anúncio da deficiência possui, assim, um caráter traumático pela ruptura que produz, seus potenciais efeitos traumáticos posteriores dependerão das angústias que ele vem animar.

No contexto dessas rupturas, Ciccone (2012) afirma que o confronto com a deficiência do bebê produz nos pais uma experiência de separação psíquica brutal e precoce. Ele faz referência a essa experiência conforme descrita por Tustin nos casos de crianças autistas, expostas a uma separação psíquica antes que seu aparelho psíquico pudesse metabolizar tal experiência. Porém, nos casos em questão, o que se passaria, de acordo com o autor, seria uma experiência de prematuridade psicológica não da criança, mas dos pais: estes seriam expostos à alteridade da criança de maneira muito precoce, violenta e absoluta.

A construção da parentalidade, assim como a constituição psíquica da criança, depende de um trabalho progressivo de luto e desilusão, que só são possíveis a partir de uma experiência de ilusão primária, nos termos winnicot-

tianos: é preciso que a experiência de controle onipotente dos objetos seja vivida antes que a relação com objetos reais e externos possa se constituir. Assim como a criança se separa progressivamente, isso também se passa com os pais. Ciccone (2012) lembra que a ilusão primária dos pais é necessária para a formação dos vínculos de apego, para as experiências iniciais de compreensão e comunicação. Essa ilusão primária parental foi nomeada pelo autor de “matriz simbiótica pós-natal”, o que não indica a ocorrência de uma simbiose, mas a existência de uma ilusão de simbiose por parte dos pais.

Trata-se de uma experiência parental de ilusão de compreensão mútua, em que contam, por um lado, as competências do bebê para enviar mensagens identificáveis, e, por outro lado, as capacidades parentais de interpretar essas manifestações, emprestando sentidos a elas. É essa ilusão que permite aos pais falar com o bebê, crer que ele os compreende e, em última instância, transferir seu narcisismo para o bebê. Nesse contexto, quando o bebê se encontra em dificuldades para enviar mensagens identificáveis, pela existência de uma deficiência, a constituição da matriz simbiótica pós-natal pode ficar comprometida.

SOBRE AS POSSIBILIDADES DE LUTO DA CRIANÇA ESPERADA

O anúncio de um diagnóstico de paralisia cerebral na criança, ou de alguma anomalia no bebê que possa culminar nessa condição, possui efeitos imediatos catastróficos para os pais, como vimos. No entanto, passado o choque inicial, acompanhado de uma ausência de representações, esse fato se torna desencadeador de uma nova organização para eles. Nesse contexto, a primeira dificuldade se dá no confronto entre o bebê real e o bebê sonhado desde antes da gravidez: o bebê imaginário, fantasmático, narcísico e mítico (LEBOVICI, 1998), como vimos. O bebê imaginário, que carrega as características físicas e interacionais imaginadas pelos pais, o sexo e o nome escolhido, é frequentemente referido na literatura como uma perda difícil para os pais. Korff-Sausse (1996) afirma que muito se fala sobre a distância entre a criança imaginária e a criança real e em como, nos casos de crianças com deficiência, as duas estariam separadas por um abismo. A autora então pergunta: como os pais poderiam fazer a ligação entre as duas? É recorrente na literatura psicanalítica a concepção de que um verdadeiro trabalho de luto do bebê imaginário precisa ser feito pelos pais para que a criança deficiente possa ter lugar.

Freud (1917/2006) descreve o luto como a reação à perda de uma pessoa amada ou de abstrações colocadas em seu lugar, acompanhada por um estado de ânimo doloroso, pela perda do interesse no mundo externo e pela perda da capacidade de amar. A dor dessa experiência adviria da necessidade de retirar a libido das relações anteriormente mantidas com o objeto perdido, pois “de modo geral o ser humano – mesmo quando um substituto já se delineia no horizonte – nunca abandona de bom grado uma posição libidinal antes ocupada” (FREUD, 1917/2006, p. 104). Somente por esse desligamento libidinal em relação ao objeto perdido, a libido estaria novamente disponível para ser investida em novos objetos.

Se o anúncio da paralisia cerebral convoca os pais a um trabalho de luto do bebê imaginário em prol do investimento no bebê real, supõe-se, nesse processo, que eles deveriam renunciar às representações do bebê imaginário, desligando-se libidinalmente dele. Korff-Sausse (1996) questiona se essa ideia, que já se tornou lugar-comum, é pertinente para esses pais. Não seria pedir muito deles? É possível renunciar à criança imaginária? Talvez se trate de poder assumir o que é da ordem do inaceitável, ela supõe.

Nos casos de crianças sem anomalias, a partir da renúncia à imagem ideal da criança imaginária, a criança real se apresenta com outras alegrias. O trabalho de luto remete a um processo de simbolização, de colocar algo no lugar da criança perdida, e é esse processo que não se mostra possível para os pais no primeiro momento. Renunciar à criança imaginária seria como renunciar a uma parte deles mesmos e à sua imagem de pais que podem colocar no mundo uma bela criança, isto é, renunciar à sua própria capacidade de conceber. Assim, segundo Korff-Sausse (1996), a criança imaginária guarda seu lugar, como um ideal inatingível ou um duplo maléfico. Uma presença pesada, tanto para os pais quanto para a criança real com deficiência.

Em uma posição semelhante, Gomes e Piccinini (2010) afirmam que, em muitos casos, esse luto não é possível, fazendo a dor sentida no diagnóstico retornar a cada demonstração das limitações da criança. Os autores apontam que, nessas situações, o bebê perfeito fantasiado permanece como um fantasma na mente da mãe e produz sofrimento a cada vez que é comparado ao bebê real. Mesmo quando o luto pelo bebê ideal esperado é feito, nunca se dá de maneira completa, fazendo com que o impacto do diagnóstico sempre possa retornar.

A partir dessas considerações, percebemos que é consenso que o trabalho de luto do bebê imaginário seja de grande dificuldade para os pais de crianças com deficiências, como a paralisia cerebral. A questão em torno da possibili-

dade ou não de atravessar esse percurso, porém, não pode ser respondida de maneira ampla, que valha para todas as mães e pais. Podemos supor que, para muitos, a representação do bebê imaginário persista em maior ou menor grau por algum tempo, ou, em alguns casos, não seja abandonada. A possibilidade de aceder a uma fase “mais realista”, referida por Korff-Sausse (1996), nos interessa especialmente.

AS REPRESENTAÇÕES PARENTAIS DE UMA CRIANÇA PARALELA

Vimos que o anúncio do diagnóstico traz à cena uma criança real que é muito distante da criança imaginada pelos pais, provocando uma ruptura traumática nos processos de luto desta e de investimento sobre a primeira. Diante desse cenário, as representações parentais sobre o bebê deverão passar por um processo de reorganização significativamente mais profundo do que nas situações que ocorrem dentro do esperado. Nos casos em que a PC é diagnosticada, representações parentais sobre o bebê podem se constituir de maneira bem distinta daquelas ligadas ao discurso médico, que estariam mais próximas do bebê real, na medida em que abarcariam suas limitações adicionais. Nesses casos, observa-se que os pais constroem certas representações muito otimistas sobre o desenvolvimento do filho, que parecem ignorar a gravidade de suas limitações, comunicadas pelos médicos e paradoxalmente percebidas pelos próprios pais. Esse paradoxo é muitas vezes difícil de perceber para os profissionais de saúde, que se referem a essas representações como uma “negação da deficiência” por parte dos pais (DRIESSCHE, 2002).

Diversos autores que se voltaram a essa clínica descrevem esse fenômeno em suas teorizações, produzindo análises distintas. Mannoni (1964) se refere a essa questão ao afirmar que a busca incessante dessas mães por uma atenção médica para seus filhos não é uma busca por saber, pois elas sabem sobre o diagnóstico. “Ela quer sobretudo não saber e nada receber desse médico a quem ela vem perguntar. [...] Ela deseja obscuramente que sua questão não receba jamais uma resposta, para que ela possa continuar a fazê-la” (MANNONI, 1964, p. 27, tradução nossa).

Korff-Sausse (1996) descreve a coexistência entre um saber racional, em que se acomoda o diagnóstico médico, e o que ela chama de pensamento mágico e superstições. Para ela, o saber e as crenças dos pais sobre a deficiência dos filhos podem seguir linhas paralelas que coexistem sem jamais se cruzar.

Clinicamente, muitas atitudes irracionais dos pais de crianças deficientes – crenças, superstições, visitas a curandeiros, viagens a Lourdes – se explicam por esse último recurso, todas as categorias racionais do pensamento estando em colapso, ao pensamento mágico. Encontramos frequentemente nas famílias crenças que se opõem ao saber médico, todavia aceito e integrado (KORFF-SAUSSE, 1996, p. 115, tradução nossa).

Na obra de Ciccone (2012), encontramos referências a um funcionamento psíquico parental desconectado da criança real quando o autor fala de impasses no trabalho de luto da criança imaginária. O mecanismo de idealização do filho é uma das possíveis configurações desse distanciamento entre as representações construídas sobre a criança e a realidade de sua deficiência, que possui a função de compensar a impotência que seu corpo representa. Mas é na oscilação entre as posições melancólica e maníaca, duas “posições defensivas extremas”, que Ciccone (2012) melhor situa a problemática em questão: enquanto a posição melancólica estaria permeada pela destrutividade, pela desesperança e pelo desinvestimento, a posição maníaca seria “organizada em torno de ilusões, de negações; não é tanto a realidade da deficiência que é negada e sim os afetos, as emoções ligadas ao encontro com a deficiência” (CICCONE, 2012, p. 188, tradução nossa). De fato, o autor situa a idealização como uma das facetas da defesa maníaca dos pais diante da deficiência infantil. Para ele, a posição maníaca justificaria a atitude de pais que fazem de tudo para preencher os déficits de seus filhos e a falta que eles os fazem viver, que teria como base a “ilusão de uma reparação mágica possível”.

Enquanto as formulações de Korff-Sausse e Ciccone se referem a essas representações parentais como defesas extremas, mesmo que situadas no campo do investimento parental sobre a criança (ao contrário da posição melancólica, por exemplo), encontramos no trabalho de Luc Van den Driessche (2002) uma abordagem que nos parece mais precisa a esse respeito. O autor aponta o desencontro frequente entre as constatações dos profissionais de saúde sobre as capacidades reais da criança e o discurso dos pais, no qual esses profissionais identificam uma “negação da deficiência”. Entretanto, Driessche busca trazer outra compreensão a respeito do discurso parental, que não privilegia o aspecto de negação desse discurso.

Ao ouvir os pais, de fato, é menos a negar o estado real de seu filho que tende seu discurso – os pais sabem qual é a amplitude dos prejuízos e das dificuldades – do que a desenvolver certo

número de imagens que traçam finalmente o retrato de outra criança que não esta que temos diante de nós, como uma “criança paralela”, cuja evolução obedeceria mais às grandes etapas simbólicas do desenvolvimento (DRIESSCHE, 2002, p. 84-85, tradução nossa).

As representações parentais de uma criança que se desenvolverá dentro do esperado, assim, não produziriam uma negação da criança real com paralisia cerebral, mas ocupariam um lugar paralelo a esta. Driessche (2002) propõe que essas “representações de criança paralela” não se constituem a partir de uma criança específica, mas a partir de um conjunto de crianças, como irmãos ou primos – poderíamos dizer, a partir da criança mítica como definida por Lebovici (1998). A constituição dessas representações serviria a reparar a imagem narcísica dos pais, de maneira a permitir o reconhecimento da alteridade de seu filho, dificultada pela natureza irremediável da deficiência.

Driessche (2002) afirma que falar somente em negação ou clivagem revelaria uma incompreensão da vivência dos pais de crianças com deficiência, observação que nos parece fundamental a qualquer reflexão sobre as modalidades de investimento desenvolvidas por esses pais. Nesse sentido, também se recoloca a questão sobre o luto da criança imaginária exigido desses pais: ao supor que a deficiência estaria sendo negada por eles, é como se fosse esperado que os pais renunciassem totalmente à representação da criança imaginária, através de um processo de luto, para investir libidinalmente na criança real, uma vindo assumir o lugar da outra. Aqui, a formulação de Driessche sobre as representações de um filho paralelo ganha ainda mais sentido, pois ao invés de pensarmos em substituição das representações da criança imaginária pela criança real, seria possível supor uma coexistência entre as duas, ao menos por algum tempo. Nesse sentido, a representação da criança paralela pode ser vista como a reconstituição pós-trauma da representação da criança imaginária.

O autor também aborda a idealização da criança como um dos fenômenos encontrados em meio aos investimentos parentais, mas, ao contrário de Ciccone (2012), não a situa em um polo maníaco. Para Driessche (2002), a idealização teria um papel de reconstrução do narcisismo parental que faz parte de toda experiência de parentalidade. As formulações de Freud (1914/2004) sobre a revivescência do narcisismo dos pais através dos filhos, que já abordamos, mostram como os pais projetam no filho a imagem do bebê perfeito que teriam sido um dia, vivendo um “momento narcísico”, que conteria a idealização. Driessche (2002) ressalta como Freud estabelece que “Sua Majes-

tade, o Bebê” teria direito a todos os privilégios, mas também estaria livre de todas as restrições ligadas à doença, à morte ou às leis da natureza: o conjunto de idealizações que cerca o bebê também conteria, sob a forma denegativa, a finitude e a impotência.

Nos casos de deficiência da criança, o estabelecimento desse “momento narcísico” encontraria importantes impasses. Torna-se difícil projetar no filho real, com deficiência, as representações do bebê maravilhoso que os pais supõem terem sido um dia. As representações de uma criança paralela serviriam justamente para produzir uma reconstituição narcísica para os pais diante da realidade dura que enfrentam. Driessche (2002) fala em um efeito de união do estado parental de desamparo com a imagem antecipada e idealizada de uma parentalidade possível com esse filho: “criança diferente do que eu jamais pude imaginar, mas que mesmo assim sou eu” (DRIESSCHE, 2002, p. 87, tradução nossa).

Driessche (2002) menciona ainda a dimensão transicional das representações de criança paralela, ao permitirem aos pais um espaço de constituição da ilusão (no sentido winnicottiano), que os acompanha no processo de gradualmente se aproximar da realidade que se apresenta a eles. A criança paralela, criada pelos pais, é a criança subjetivamente construída, que, ao coexistir com a criança objetivamente percebida, permite uma aproximação gradual à realidade da deficiência, isto é, funciona como proteção frente ao caráter traumático desta. Trata-se da sustentação de representações paradoxais, lado a lado, no psiquismo parental. Assim como Winnicott (1975) diz que o objeto transicional “é e não é o seio”, a criança é o que os médicos dizem, mas também é o que os pais sonham.

Consideramos, assim, que as representações construídas pelos pais sobre o desenvolvimento da criança com PC, que por vezes parecem negar a realidade de sua condição, teriam a função de sustentar o investimento parental sobre ela. Tratar-se-ia menos de uma negação da realidade da paralisia cerebral e de sua gravidade, e mais da construção de uma “criança paralela”, nos termos de Driessche (2002). Nesse sentido, a coexistência da criança real com PC e da criança paralela no psiquismo dos pais produziria um investimento de tipo paradoxal, entre o objetivamente percebido e o subjetivamente construído, sendo a manutenção do paradoxo condição para a manutenção do investimento parental na criança.

DOIS FRAGMENTOS CLÍNICOS

O bebê Rafael e sua mãe Bianca, como os chamaremos, foram acompanhados em uma enfermaria pediátrica ao longo de alguns meses. Ele, então com menos de um ano de idade, era portador de microcefalia causada por uma infecção viral materna durante a gestação. Na primeira visita da psicóloga aos dois, Bianca relatou que Rafael nasceu com cabeça pequena e que no início acharam que fosse crescer, mas continuou pequena e trouxe atraso ao desenvolvimento dele. Na segunda visita, Bianca se encontrava alimentando Rafael e falando com ele com voz de bebê. Ela explicou que ele ia ficar como um bebê por muito tempo e que ela admirava isso nele.

Em outra visita, Bianca estava contando sobre a dificuldade de conseguirem pegar a veia de Rafael quando entrou uma enfermeira no quarto. Ao perceber a presença de uma psicóloga, a enfermeira pediu que Bianca contasse sobre as “crendices” dela. Bianca explicou que acreditava que a palavra de uma mãe tinha poder, porque já tinha visto casos de mães que falavam que os filhos iriam virar bandidos e eles viraram. Ela, então, ficava chamando Rafael de “cabeçudo” na esperança de que a cabeça dele crescesse. Quando perguntada sobre o que os médicos falavam a respeito do fato de Rafael ter a cabeça pequena, ela disse que eles não sabiam se Rafael teria uma síndrome, só no futuro saberiam. A psicóloga disse que percebia que o que a enfermeira tinha chamado de “crendices” era o jeito de Bianca de lidar com as coisas. Ela concordou e relacionou isso ao fato de que não desistia do filho, e que, mesmo vendo-o ser furado toda hora, seguia com o tratamento dele.

Em visitas posteriores, foi possível testemunhar as descrições que Bianca fazia de cada reação de Rafael, criando sentidos para cada uma delas. No dia da alta hospitalar, Bianca pediu para tirar uma foto com a psicóloga e contou que estava fazendo esse pedido a toda a equipe, para no futuro mostrar para Rafael que ele teve uma equipe por ele.

Nas falas de Bianca sobre Rafael, podemos perceber a coexistência entre as antecipações maternas, representações de um filho paralelo que irá se desenvolver e com quem ela interage, e a percepção do filho real com paralisia cerebral decorrente de microcefalia. As ditas “crendices” de Bianca, como nomeadas pela enfermeira, podem ser entendidas como representações que permitem fazer face à alteridade radical representada pela deficiência de Rafael. Assim, Bianca não fica diante somente do corpo de um bebê de cabeça anormalmente pequena e constantemente furado por agulhas: ela sonha um bebê

cuja cabeça irá crescer e cujo tratamento irá valer a pena. Bianca consegue pensar um futuro para Rafael. Por um lado, o de um bebê que será bebê por mais tempo que os outros, mas, por outro lado, o de uma criança que poderá vir a dar algum tipo de retorno a seus investimentos, reconhecendo os cuidados que recebeu através das fotos tiradas por Bianca no hospital. Um bebê do qual ela não desiste, na medida em que pode ser sonhado, a seu modo.

O bebê Miguel, de 6 meses, estava acompanhado por sua mãe, Bruna, em uma consulta no ambulatório de pediatria. Miguel estava chorando muito e a mãe tentando consolá-lo, então a psicóloga se dirigiu a ele falando que sua mãe estava tentando descobrir como fazer para ajudá-lo. Bruna falou que ele geralmente era calmo, que só ficava assim quando ia ao médico. A psicóloga falou para ele, no colo da mãe, que não era médica, que não ia mexer nele e ele aos poucos foi parando de chorar.

Miguel morava com a mãe, Bruna, e com o pai, e era o primeiro filho dos dois. Bruna relatou que Miguel foi um bebê planejado, que ela quis dar ao companheiro, que sonhava em ser pai. A gestação correu bem e nenhum exame feito durante o pré-natal trazia preocupações. Bruna enfatizou que fez as ultrassonografias “direitinho” e ninguém falou nada, então esperava um bebê “grande, forte e saudável”. Miguel nasceu de parto normal, sem complicações. Logo após o parto, porém, os pediatras da maternidade examinaram o tamanho da cabeça de Miguel e comunicaram a Bruna que ele havia nascido com microcefalia. Foram feitos exames adicionais no coração, nos ouvidos e nos olhos de Miguel e foi detectada também uma alteração no nervo ótico.

O bebê foi então encaminhado para acompanhamento com diversas especialidades. Na neurologia, verificaram que Miguel tinha uma malformação no cérebro chamada de colpocefalia, um tipo de microcefalia, que, de acordo com Bruna, significava que “faltava um pedaço do cérebro dele”. Bruna contou que leu na internet sobre a colpocefalia e viu que o filho poderia perder a visão e parar de andar. Achava que ele, apesar disso, andava bem, ou melhor, tinha reflexos, porque o colocava em pé e ele mexia os pés. Também achava que ele escutava bem e enxergava bem, pois colocava objetos na frente dele e ele olhava, então nem parecia ter uma alteração no nervo ótico. Ao ser perguntada sobre essa alteração, Bruna disse que ela mesma tinha a mesma coisa: uma pequena alteração na retina, por isso ela usava óculos. Provavelmente, segundo ela, Miguel também precisaria de óculos no futuro.

Bruna também falou sobre suas observações durante a fisioterapia de Miguel. Contou que o objetivo do momento era fazê-lo rolar, pois ainda não esta-

va rolando. Bruna observava que ele estava começando a sustentar a cabeça, mas às vezes a deixava cair por “achar a cabeça pesada”. Bruna acrescentou que ele também estava engordando e crescendo, inclusive a cabeça. A psicóloga se interessou por esse ponto e Bruna reforçou que, para ela, estava crescendo, que tinha gente que achava pequena, mas ela não achava pequena, para ela estava crescendo, estava grande, com tamanho normal.

Em outra consulta de Miguel na pediatria, meses depois, Bruna estava acompanhada pela mãe, que quis conversar com a psicóloga. Falou que soube do relato anterior de Bruna e queria que a psicóloga fizesse a filha entender a gravidade dos problemas de seu neto. O médico pediatra, que estava presente, se dispôs a tirar ele mesmo as possíveis dúvidas.

No caso de Bruna e Miguel, vemos que o momento do diagnóstico, ao nascimento, representa um claro confronto entre o bebê imaginário “grande, forte e saudável” e o bebê real com microcefalia. O aspecto traumático desse confronto aparece nas falas de Bruna sobre o pré-natal sem preocupações e o parto sem complicações, que não puderam prepará-la para o que estava por vir.

Por outro lado, após o diagnóstico de colpocefalia, vemos que Bruna vai se reorganizando e entrando em contato com a realidade da malformação cerebral do filho. Ela fala de sua compreensão da ausência de uma parte do cérebro dele e de como procurou ler sobre sua condição médica na internet: dificuldade para andar, para enxergar. Porém, paralelamente à sua percepção da realidade da deficiência de Miguel, ela toma as interações com ele como base para construir representações de um bebê que tem reflexos e pode vir a andar e a enxergar: um bebê paralelo. Mais ainda, ela associa a alteração no nervo ótico de Miguel a uma alteração em sua retina, que a fazia usar óculos (provavelmente uma miopia). Essa construção parece comportar uma representação paralela de um bebê que futuramente enxergaria, precisando apenas de óculos.

As representações de bebê paralelo de Bruna sobre Miguel aparecem ainda quando ela fala sobre suas dificuldades em sustentar a cabeça, interpretadas favoravelmente como uma percepção de que a cabeça estaria pesada. Miguel também é o bebê que está engordando, crescendo, inclusive sua cabeça está crescendo aos olhos da mãe, mesmo que ela saiba que esse não é o bebê que os outros veem. O pedido da mãe de Bruna para a psicóloga revela como a sustentação desse paradoxo entre o perceber e o criar, entre a realidade e a ilusão, não é tarefa fácil.

CONCLUSÃO

Os paradoxos presentes nos investimentos parentais sobre a criança com PC não são de fácil sustentação, nem para os próprios pais, nem para quem os acompanha, especialmente se forem interpretados por estes como defesas contra a realidade da deficiência da criança. Consideramos que se trata exatamente da situação oposta: as ilusões dos pais de crianças com PC, exemplificadas pelas representações de uma criança paralela, não são defesas contra a realidade, mas criações subjetivas que possuem uma função transicional de descoberta gradual e suportável da realidade. Assim, a sustentação do paradoxo por parte do analista ou de quem acompanhe esses casos supõe que possa ser atribuído valor transicional às ilusões dos pais de crianças com PC. É preciso, então, que o analista possa ver com os pais a criança que eles estão vendo. Se o analista se mostrar um representante da realidade que eles não podem suportar, um veículo para a desilusão abrupta trazida pelo diagnóstico médico, não irá colaborar para os trabalhos de luto e aceitação gradual dessa realidade. Assim, o analista jamais deveria opor as representações paralelas dos pais à realidade objetiva representada pelo discurso médico. A questão nunca deveria ser formulada: “Esse filho foi imaginado por você ou é o filho que você tem de verdade?”. O paradoxo precisa ser respeitado.

As representações de uma criança paralela (DRIESSCHE, 2002) possibilitam as antecipações parentais que favorecem a constituição psíquica da criança: as interpretações favoráveis dos pais sobre as capacidades do bebê, nas interações iniciais, farão esses pais se sentirem mais gratificados e, assim, ficarão mais disponíveis para oferecer uma presença qualitativa. O analista, nesse contexto, pode ser um suporte dessas trocas interativas, favorecendo-as, quando já existem, em um brincar compartilhado analista-pais-bebê mediado pela ilusão antecipadora. Olhar o bebê com paralisia cerebral, falar com ele e responder às suas manifestações, criando situações de prazer partilhado, são maneiras de realizar essa tarefa.

Lívia Mariane de Sousa Schechter
liviamsch@yahoo.com.br

Silvia Maria Abu-Jamra Zornig
silvia.zornig@gmail.com

Referências

BOISSEL, A. Parentalité et handicap. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n. 73(3), p. 63-70, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CICCONI, A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Paris: Dunod, 2011.

_____. *La transmission psychique inconsciente: identification projective et fantasme de transmission*. 2. ed. Paris: Dunod, 2012.

DRIESSCHE, L.V. Le narcissisme parental face au handicap de l'enfant: l'enfant parallèle. *Cahiers de psychologie clinique*, n. 18(1), p. 83-98, 2002.

FREUD, S. (1914). À guisa de introdução ao narcisismo. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, 2004. p. 97-119.

_____. (1917). Luto e melancolia. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 103-116.

_____. (1920). Além do princípio de prazer. In: *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 2006. p. 123-198.

GOMES, A. G.; PICCININI, C. A. Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, n. 22(1), p. 15-38, 2010.

HOUZEL, D. Devenir parent. In: GEISSMANN, C.; HOUZEL, D. *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris: Bayard Compact, 2000. p. 293-309.

KORFF-SAUSSE, S. *Le miroir brisé: l'enfant handicapé, sa famille et le psychanalyste*. Paris: Calmann-Lévy, 1996.

LEBOVICI, S. *L'arbre de vie: éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville Saint-Agne: Éditions Erès, 1998.

MANNONI, M. *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris: Édition du Seuil, 1964.

PANTELIADIS, C.; PANTELIADIS, P. & VASSILIYADI, F. Hallmarks in the history of cerebral palsy: From antiquity to mid-20th century. *Brain & Development*, n. 35, p. 285-292, 2013.

ROSEMBAUM, P. *et al.* A report: the definition and classification of cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, n. 49, p. 8-14, 2007.

WINNICOTT, D. W. (1963). O medo do colapso. In: WINNICOTT, C.; SHEPERD, R.; DAVIS, M. (Org.). *Explorações psicanalíticas: D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 1994. p. 70-76.

_____. O brincar: uma exposição teórica. In: _____. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975. p. 59-77.

ZORNIG, S. M. A. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. *Tempo Psicanalítico*, n. 42(2), p. 453-470, 2010.