**Idealização e re-idealização no desenvolvimento dos pais e mães das crianças com deficiência**

Vitor Franco

Universidade de Évora - Portugal

**Introdução**

As diferentes práticas de cuidados às crianças com deficiência ou perturbações graves do desenvolvimento e de intervenção precoce definem-se, cada vez mais, como centradas na família. Esta é entendida como factor e contexto central no processo de desenvolvimento infantil e, por isso, elemento fundamental da intervenção.

Não é possível, no entanto, ignorar que o nascimento de um filho com um transtorno grave de desenvolvimento marca o percurso evolutivo dos pais, como uma verdadeira crise a cujo sentido e significado há que atender. A perda do bebé idealizado, aquele que os pais construíram e que passou a fazer parte de si mesmos, preparando-os para serem pai e mãe, exige um trabalho de elaboração do luto. No entanto, a sua ligação à idealização inicial é um obstáculo a esse processo e ao desenvolvimento emocional dos pais. Constitui-se também como barreira à criação de um novo vinculo ao bebé nascido e real, com as suas qualidades e limitações, que corre o risco de não ocupar um espaço na vida emocional dos pais a contas com o seu sofrimento emocional. A negação, assim como os sentimentos de revolta e raiva, podem ser assim lidas como tentativas de manutenção o bebé inicial.

Por outro lado, interessam-nos as alternativas de elaboração do sofrimento emocional com vista ao investimento parental e à vinculação com a criança com deficiência. Sendo a idealização do bebé considerada como condição necessária para a criação de apego, o que se propõe é a consideração de um processo de re-idealização, ou de reconstrução de um novo bebé ideal, a partir do conhecimento da realidade mas garantido os elementos necessários ao vinculo. Nesse processo se situando as dimensões de apreciação estética, valorização das qualidades individuais e futuro esperançoso.

**1. O lugar do bebé idealizado nonascimento da criança com deficiência**

O nascimento (ou o diagnóstico) de um filho com deficiência grave é um acontecimento emocional de grande envergadura e um enorme desafio ao desenvolvimento dos pais, ao nível do seu Eu e da sua saúde mental. Por isso, não pode ser encarado apenas como um equilíbrio difícil entre fatores de risco e fatores de proteção, cujo desfecho seria essencialmente pragmático, adaptativo e funcional. Do mesmo modo também não pode ser visto apenas sob a perspectiva da patologia que nos conduziria à patologização da condição de pai/mãe, muitas vezes descrita como de quadro depressivo crónico. Freud (1917) ao escrever sobre luto e melancolia, abordando o Eu na perspectiva da não diferenciação entre o normal e o patológico, vai neste mesmo sentido, acentuando que tristeza e depressão não são sinal de presença ou ausência de normalidade mas apenas de que há um trabalho em curso operando a perda do objeto e uma remodelagem do Eu (Riviera, 2012).

A compreensão da história de desenvolvimento destas crianças nas suas famílias, obriga a recuar até aos primeiros momentos da sua existência: todos elas começaram por existir antes do nascimento, ou até mesmo antes da concepção, pois todo o bebê “nasce no pensamento dos pais, muito antes do momento do parto, sempre e quando estes são capazes de o imaginar” (Sá, 1996). Brazelton e Cramer (1989) chamam a este período a pré-história do apego, responsável pela criação dos laços mais precoces e fundamentais que permitem ao pais tornarem-se numa família cuidadora e amorosa para a sua criança. É a idealização do filho imaginário que vai preparando a família para um bebé real que irá nascer.

É preciso ser “louco” para desejar ser pai ou mãe de um bebé e desejar estabelecer uma relação que é inconcebível em qualquer outra circunstância. Podemos perguntar-nos quem estaria disponível para assumir uma relação com alguém que chora de hora a hora pedindo comida, que quando queremos descansar quer brincar, quando queremos brincar quer dormir, é instável, cheira mal, grita e chora inesperadamente, é preciso limpar e cuidar permanentemente. No entanto, nós, humanos, embora em nenhuma outra situação estejamos disponíveis para tal tipo de relação de forma continuada, desejamos e congratulamo-nos com essa relação quando se trata dos bebês.

Este é o *pathos* que nos permite ser pais: a paixão por um filho que vai nascer. Em que o narcisismo brota e a criança é o lago em que nos queremos mirar, já que, como disse Helen Deutsch (1945) “a maternidade [e paternidade] não é apenas um processo biológico mas também uma experiência psicológica única, através da qual é dada às mulher [ e ao homem] a oportunidade de experimentar um sentido real de imortalidade” .

Assim sendo, não podemos deixar de reconhecer como central o facto de todos as crianças com deficiência terem nascido perfeitas na imaginação dos seus pais. Por isso, para compreendermos tanto a elas como às suas famílias, não podemos ignorar esse período fundamental nas suas vidas, anterior ao parto ou ao diagnóstico. É o que nos permite pensar que o processo adaptativo à deficiência não começa aí, como se tudo o mais fosse um livro em branco ou pudesse ser ignorado ou desvalorizado. Só compreendendo o que acontece nesta fase, nesse primeiro momento de paixão, será possível compreender o que vai acontecer posteriormente.

Durante a gravidez, no psiquismo da mãe e do pai vai-se formando uma ideia de ser mãe /pai e a construção da imagem mental do bebê (Stern, 1997) podendo assumir-se que há três gestações simultâneas (Stern, Brunschwiler-Stern & Freeland, 1999) sendo que uma delas é precisamente a formação do bebê imaginado ou, como também diz Aulagnier (1990), uma gestação que se faz tanto ao nível biológico como ao nível da relação de objeto. O inicio da gravidez é assim marcado pelo narcisismo, pois esse bebê imaginado, construído pelos pais, existe como parte deles mesmos e como objeto. Embora o desenvolvimento do feto e do bebê imaginado sigam caminhos distintos, Stern (1997) defende que há intensificação da idealização do bebé a partir do 4º mês a qual atinge o seu máximo por volta do 7º mês de gestação.

Esta ligação com o bebé tem sido designada de várias formas: pré-vinculação, vinculação pré-natal (Condon, 1985; Teixeira, 2013), vinculação ao bebé imaginário (Lebovici, 1987) ou pré-história da vinculação (Brazelton & Cramer, 1989). Não se trata ainda de apego no sentido definido por Bowlby (1969), nem de uma verdadeira relação interpessoal, pois o bebê real ainda não se impõe na sua realidade, nem é mesmo conhecido. No entanto, a mãe (e o pai) personifica o seu bebé, e é nesse processo que se situam as raízes do “apego primordial”.

Assim sendo, os desejos narcisistas dos pais são fundamentais para a construção do filho imaginado e por isso ele se torna em bebê idealizado. Colocados sobre o bebê, preparam a mãe para se vincular à futura criança (real) suportando as suas exigências. É a dimensão da idealização, por este seu caráter narcísico, que permite a tal relação que podemos chamar “louca”. Hornstein (1994) sublinha que o bebê imaginado permite à mãe inseri-lo numa ordem de coisas de qual ela também faz parte, sendo este corpo imaginado que permitirá que a mãe invista libidinalmente o seu bebé, reconhecendo-o como corpo separado. Um investimento da libido no bebê imaginado que se vai intensificando como num enamoramento (Bydlowski, 2000) uma paixão. A idealização é precisamente esse estado de considerar o outro como perfeito, ideal e lhe atribuir qualidades de acordo com isso, exaltando-o e apaixonando-se por ele.

No seu inicio esse objeto não difere do Eu, pelo contrário, começa nele e parte dele. A mãe parte de um objeto idealizado para que surja um bebe real privilegiado (separado do eu) em que o objeto nascido na fantasia pode deixar-se amar e desejar.

Encontramos três componentes fundamentais na construção deste bebé imaginário, construído pelos pais, que se interligam com as suas própria representações, objetos internos e experiências de vida. Em primeiro lugar, uma componente estética: o bebé ideal é bonito; tem características de perfeição física e estética, incorporando semelhanças com os pais, mas sempre atingido padrões mais elevados. Corresponde ao bebé perfeito, sorridente, gordinho, rosadinho, limpo e ativo que vemos na publicidade. Este corpo imaginado do bebé representa a sua primeira inserção no mundo imaginário é o que dá a possibilidade de libidinizar o corpo enquanto separado do corpo da mãe (Ferrari, 2003: p.44) e inserido na mesma ordem.

Em segundo lugar, o bebé idealizado integra uma dimensão de competência em que é visto, ou esperado, como intelectualmente competente, agregando as capacidades que correspondam ao estilo de vida e valores dos pais. Um bebê que, nessas qualidades, personifica os desejos e fantasias maternas e paternas, mesmo as mais arcaicas e infantis. Que será tão bom quanto os melhores aspectos dos seus pais, mas sempre ainda um pouco melhor que eles. Numa dupla construção narcísica: da sua genética (tão bom quanto eles) e da sua ação parental (... mas ainda um pouco melhor, porque eles o farão melhor).

Em terceiro lugar, o bebé ideal integra uma dimensão de futuro em que os pais imaginam para ele um futuro ideal: que um dia fará os seus estudos, será um profissional de sucesso e realizado, terá um certo tipo e nível de vida e os deixará felizes e realizados como pais. O bebê é pensado como aquele que fará o que não pôde ser feito pelo seus pais, e reparará o que não pode ser reparado nas suas vidas.

Com estas qualidades e componentes, bebê idealizado dará o substrato psíquico necessário para a mãe entrar em relação com o bebê real, ou, no dizer de Aulagnier (1990) o imaginado dá vida ao real. Tem uma função fundamental, já que é ele que permite que os pais se vão preparando para entrar em relação com a criança que está para nascer (Stern, 1997, Stern, Brunschwiler-Stern & Freeland, 1999, Aulagnier, 1990). Ao mesmo tempo ele cuida do Eu dos seus pais, tornando-os melhores aos seus próprios olhos, vencendo as angústias e medos da gravidez, da maternidade e da paternidade.

Estas dimensões imaginárias e idealizadas são fundamentais para que os pais possam suportar as exigências colocadas pelo cuidar de um bebé. Paradoxalmente, é o bebé perfeito, nascido dentro de cada pai e cada mãe, que lhes permite cuidar de um bebé que nunca é perfeito porque requer atenção, é instável, suja-se, grita, exige e frustra. Por isso a idealização é imprescindível para o apego precoce, sendo a capacidade de ver o bebê como completamente bom que nos aproxima dele, nos permite apaixonar e colocar nele os nossos desejos, necessidades e esperanças.

Quando este pré-vínculo não se constrói, ou seja, os pais não conseguem imaginar desta forma os seus filhos, aumenta o risco de abandono físico ou emocional, negligência ou falta de cuidados adequados. Todas as crianças que não nasceram na imaginação dos seus pais são crianças sem um lugar para nascer, crescer e se desenvolverem e, por isso, emocionalmente abandonadas. Mesmo que nem todas as crianças comecem por ser desejadas, todas precisam ter um lugar emocional para nascer, criado pelos seus pais, dentro de si, na relação e no cuidar. Só crianças sonhadas como bonitas, perfeitas, competentes e com um promissor futuro diante de si podem ser cuidadas pelos seus pais. Mesmo sabendo que o destino da idealização é o desapontamento, ou seja, o reconhecimento do outro como completo, diferente de nós e imperfeito. É a desilusão que permite lidar com a subjetividade do outro.

**2. Crise e elaboração do sofrimento emocional**

Este é também o princípio da história de vida das crianças com deficiência: todas nasceram, um dia, na imaginação dos seus pais, na sua fantasia e no seu desejo, como belas, competentes e com um futuro pela frente. Toda a criança com deficiência começou por ser perfeita e ideal, de um pai e mãe perfeitos que, no seu filho, podiam ser ainda mais perfeitos.

Ao nascerem com uma deficiência, ou quando uma alteração grave do seu desenvolvimento é diagnosticada, há uma ruptura do percurso de desenvolvimento dessa criança, da sua família e da ligação entre ambos. Fundamentalmente, deste ponto de vista, o diagnóstico traduz-se basicamente em: o filho que imaginou e idealizou não existe.. mas está aqui este bebê que tem um problema.

Dizem alguns que, perante isto, é inevitável a depressividade e o luto crónicos, decorrentes de uma ferida narcísica insuperável, reaberta pela presença constante da criança. No entanto, a questão fundamental é que o objeto de amor destes pais (o bebé idealizado) desapareceu, mas não basta que ele desapareça para que se faça o trabalho psíquico da perda, a elaboração do luto.

Temos de considerar então um segundo momento, em que se dá a crise, com uma ruptura no processo de desenvolvimento do vínculo. Isso implica que nada mais será como dantes, nem como tinha sido imaginado e esperado. O que significa bem mais do que ter mais trabalho, novas dificuldades, ou novas necessidades e exigências. Tratando-se de uma crise, significa que nada voltará a ser igual, e tem de ser mudada toda uma perspectiva de vida, de presente e futuro, pois já não se adequa à realidade.

Não se trata de uma simples perturbação, disfuncionamento, emergência ou problema a ser resolvido, de um ajustamento a ser feito com os recursos disponíveis, ou algo que tem de se aceitar. Para estes pais, ao nascer uma criança com uma deficiência grave, algo de fundamental é posto em causa, englobando uma grande diversidade dos fatores. O retomar do desenvolvimento deles mesmos, que é também a saída da crise, não passa por “aceitar” a nova situação, se aceitação tem um sentido passivo, de inevitabilidade e resignação e não de organização da vida mental e relacional. O que vai estar em causa, nestes pais, são os meios que vão utilizar e os movimentos que vão fazer para tentar retomar o curso do seu desenvolvimento.

Um vasto conjunto de comportamentos tem a ver com a expressão emocional do sofrimento envolvido na nova situação. Muitos destes movimentos estão interligados ou mascarados, como, por exemplo, revolta, raiva, negação, culpabilização ou os sentimentos depressivos.

***2.1. Melancolia e manutenção do objeto idealizado***

A negação é um desses movimentos, inevitável e fundamental face ao impacto do diagnóstico da existência de uma perturbação grave do desenvolvimento. Do ponto de vista pragmático leva a que os pais não fiquem passivos e resignados perante um diagnóstico tão doloroso e busquem segundas opiniões, especialistas mais qualificados e técnicos mais competentes.

A negação pode ter formas mais destrutivas quando os pais negam a realidade e deixam as crianças sem ter assistência nem cuidados porque, supostamente, deles não necessita, ou esperar para ver o que acontece, perdendo muitas vezes o tempo óptimo para uma intervenção mais precoce e promissora. A negação pode também ter formas mais dissimuladas e aparentemente benévolas, como os pais que se envolvem durante anos na busca de soluções milagrosas, num aparente interesse pela sua criança, mas que também podem estar, dessa forma, fugindo e negando a realidade.

A negação é sempre a manutenção da ligação ao objeto idealizado. É dizer que o bebé idealizado e o bebé real são o mesmo objeto ou que há continuidade entre eles, que não é necessário transformar, perdendo e refazendo um novo objeto. A negação fundamental não se refere à recusa da realidade da criança em si, mas sim à tentativa de negar a descontinuidade entre o bebé idealizado e a criança real. Acontece quando é alimentada a ilusão de que, com um pouco mais de terapia, de esforço de educadores, de apoios de algum tipo, a criança real pode corresponder à criança idealizada. A negação é a recusa do desaparecimento do bebé imaginário e da sua idealização.

Sentir revolta e raiva, contra tudo e todos, é quase sempre a resposta inicial. Um discurso deste tipo pode ser dirigido contra os médicos, profissionais de saúde, familiares ou amigos que alguma coisa fizeram (ou não fizeram), contra os que parecem não compreender ou não ser suficientemente solidários e empáticos. Corresponde ao pôr em causa tudo, incluindo uma revolta existencial contra Deus, o destino ou a sorte, que parece ser responsável pela destruição de algo bom e idealizado. É inevitável e está presente em todas as famílias o discurso, sobre a criança e o seu desenvolvimento, com uma componente de revolta e raiva. No entanto, a manutenção dessa revolta ao longo dos anos como elemento emocional preponderante é um mau indicador do bom desenvolvimento dos pais e da qualidade do apego (Pianta, Marvin & Morog, 1999). O discurso de revolta e raiva mantém-se na esfera da elaboração da perda da idealização e, portanto, ligado ao bebé idealizado e ao sofrimento que lhe corresponde. Por isso, mesmo quando esta revolta parece ter uma dimensão legítima de interesse pelos filhos e defesa dos seus interesses e se manifesta por um litigio permanente com os profissionais ou serviços que lhe dão apoio, podemos estar perante pais/mães com dificuldades de elaboração da perda e, consequentemente, com maior dificuldade em estar disponíveis e disponibilizar os seus recursos emocionais, para o filho real, a criança concreta com a sua deficiência.

A atribuição de culpa é outro dos factores mais presentes neste processo, quase sempre aliado à revolta e à negação. A culpa tem consequências destrutivas sendo sempre um obstáculo ao retomar do processo de desenvolvimento. Pode tratar-se da culpa atribuída aos médicos ou outros técnicos que estiveram presentes na gravidez, no parto ou no momento do diagnóstico, e a manutenção dessa culpabilização representa também algum tipo de fixação no bebé idealizado. A culpabilização do cônjuge tem frequentemente efeitos muito destrutivos, implicando uma atribuição causal relativamente à deficiência que é, quase sempre, resistente à racionalidade. A sua destrutibilidade é muito grande ao nível do funcionamento ou coesão familiares, e do bem estar emocional. São também muito frequentes formas de auto-culpabilização que não permitem um retomar saudável do desenvolvimento pois o abdicar do bebê imaginário não parece possível pela presença dessa ferida da culpa.

O mal-estar depressivo é também compreensível nesta situação de crise e profunda perturbação emocional. Mais do que isso, o sofrimento depressivo é inevitável, pois o que está em causa é, antes de mais, uma perda: do bebé idealizado, com tudo o que ele representa. Já diferente é a questão da existência de depressão crónica nestas famílias. Como já referimos, embora alguns autores afirmem a sua inevitabilidade, fazem-no mais com suporte num modelo teórico (a existência de uma ferida narcísica irreparável) ou em estatísticas que mostram a maior incidência de situações depressivas nestes pais. Nenhum dos argumentos nos permite, por si só, validar essa perspectiva. O que encontramos são oscilações significativas das situações depressivas ao longo do tempo, dependendo da capacidade de pais e mães elaborarem os seus sentimentos depressivos e de retomarem a sua conflitualidade emocional prévia.

Coloca-se aqui a questão fundamental da melancolia. O que temos, nestes processos, quando a evolução se faz no sentido da depressão, é o que caracteriza a melancolia: identificação com o objeto perdido (ao ponto de se perder com ele). Em vez de encetar o luto pelo objeto perdido (o bebé ideal), o Eu revolta-se, contra a perda e contra os outros. Daí que a revolta esteja no cerne da melancolia que se instala, criando uma dor, ferida permanentemente aberta que suga a libido e a própria vontade de viver. Na melancolia “o Eu se torna como objeto de critica e de mortificação graças a uma identificação com o objeto perdido”(Rivera, 2012). Por isso, há um caminho de inevitável empobrecimento do Eu, que leva a que estas pessoas corram risco de múltiplo empobrecimento: económico, cultural, social/relacional e egóico. Nesta melancolia, a ausência do bebé idealizado não produz significante mas sim vazio, já que perante “a ausência, ou a inadequação da resposta recebida, produz-se uma discordância no vínculo, um movimento sem efeito subjectivo, um significante que cai no vazio” (Humphreys, 2013). Trata-se da perda de um objeto que leva em si a projeção do ideal do Eu do sujeito e, portanto, do seu próprio investimento narcísico (Asséo, 2003).

Podemos estar então perante a vergonha e culpabilidade (dos pais, neste caso) que, para Freud (1917) são o que permite diferenciar, de um ponto de vista psicopatológico, a crise aguda de melancolia de outras formas de manifestação depressiva. Também Fédida (1978, p. 65) nos diz que “ a escuta da queixa melancólica deixa frequentemente de lado a dimensão da angústia de um Eu que se sente incapaz de sobreviver perante a ideia do desaparecimento do objeto de amor. Por isso parece aceitável pensar que a libido que não pôde ser investida sobre um outro objeto de substituição seja retraída sobre o Eu, levando á identificação do Eu ao objeto abandonado, e a agressividade ligada à angustia da perda do objeto de amor se manifesta numa espécie de canibalismo melancólico capaz de destruir o objeto para não se separar dele”. Também Humphreys (2013) chama a atenção para que “se a depressão constitui uma organização narcísica a proteger do luto, na qual o sujeito se vê mobilizado pela presença da ausência, a melancolia seria o pôr em ação a violência da fascinação pelo objeto de amor que não pode ser reconhecido como morto, mas sim devorado por uma espécie de assassinato canibálico da beleza – mais que da bondade- associada à morte”. Uma outra saída para a melancolia poderá ser mania, que Freud (1917) refere como suspensão da perda pela entrega maníaca ao objeto, e que está presente nas palavras dos pais quando referem “foi a melhor coisa que me aconteceu!”, “foi uma dádiva de Deus”, com comportamentos de exaltação e agitação.

***2.2. Elaboração de perda e o sofrimento emocional***

Face a esta situação de crise e de perda, a questão passa a ser o que faz essa mãe, ou pai, face a dois grandes caminhos: ficar de alguma maneira ligado à fase anterior e ao bebé imaginário ou organizar o seu luto por ele.

Para prosseguir o seu processo de desenvolvimento tem de ser feito, necessariamente, o luto pela perda sofrida, do bebé idealizado. O luto refere-se ao processo, ao longo de um determinado período, em que a perda é elaborada, num trabalho lento e doloroso, em que o Eu renuncia ao objecto e se afasta pulsionalmente dele. Os pais estão então perante uma desilusão: bebé imaginário nunca chegou a nascer ou desapareceu num determinado momento. Já não se trata apenas daquele desapontamento que é o destino normal de evolução da idealização face à realidade. Pelo contrario, o bebé que nasceu com deficiência corresponde às piores angústias e ansiedades que, muito provavelmente, acompanharam a gravidez. A desilusão funda o luto e a perda dos objetos relacionais é inevitavelmente acompanhada de dor mental e de sofrimento emocional.

O que aqui se perdeu não foi a pessoa, o bebé, mas o objecto construído, interno, idealizado com o qual o processo vinculativo começou a ter lugar. Não basta que o objeto desapareça para haver separação dele, é necessário o trabalho psíquico sobre a perda, e o desenvolvimento do Eu pode ser visto como um trabalho sobre a perda do objeto (Rivera, 2012) num processo em que o Eu se transforma e refaz no jogo com o objeto.

**3. Re-idealização e reconstrução dos vínculos**

No entanto, percurso de retoma do desenvolvimento pessoal e parental e de adaptação à deficiência não está terminado com o luto. Este processo de luto é diferente de outros no que se refere ao desaparecimento da representação do objecto ou do próprio objecto. Aqui há uma criança que permanece e, assim sendo, o processo não termina no luto e na sua elaboração, mas a questão fundamental passa a ser o que fazer com a criança, como estabelecer um vínculo, uma ligação, com ela quando não foi desejada, imaginada ou esperada. Não se trata de restabelecer ou recuperar um vínculo mas de criar um vínculo com “outra” criança.

Há um grupo de pais que podemos chamar funcionais que, em virtude do seu sofrimento emocional, não podem exercer uma verdadeira e completa parentalidade, limitando-se a tratar do seu filho, a ser cuidadores pragmáticos de uma criança que exige mais do que as outras. Estão dominados pela ação e não pela relação parental, e todas as suas forças e recursos passam a estar ao serviço das necessidades da criança que deles carece, não vivendo os verdadeiros vínculos que pressupõem bidireccionalidade e envolvimento emocional mútuo e recíproco.

Para ir além disto, temos de nos socorrer de novo da teoria. Se é valida a premissa que todas as crianças nascem primeiro na idealização dos pais, e é essa idealização que lhes dá possibilidade de existirem e serem cuidadas, a questão nuclear no desenvolvimento destes pais e da criança não é o luto mas aquilo que se lhe segue. Se o que foi idealizado não nasceu, pois era o “outro”, há agora uma criança a ser cuidada e investida emocionalmente como filha/o.

A criança real também tem de ser re-idealizada (Franco, 2009), ou seja, magnificada e fantasiada na imaginação dos pais e no seu desejo em relação a ela. A re-idealização pressupõe sempre o não retornar à idealização inicial, abdicando de qualquer movimento visando a sua manutenção ou sobrevivência. Representa, por isso, a possibilidade de investir emocionalmente o bebé real e deixá-lo percorrer o caminho que se considera essencial para toda e qualquer criança.

É fundamental compreender a natureza desta nova idealização. Se a inicial assentava sobre a construção do bebé ideal, esta confronta-se com o bebé real e as suas características. Representa a fertilidade emocional dos pais que se tornam capazes de pensar sobre essa criança tal como ela é e como poderá ser, e não como poderia ter sido. É esta fertilidade emocional, e não o esforço, dedicação ou sacrifício dos seus pais, que pode dar às crianças um lugar para nascer.

Sem re-idealização temos apenas pais funcionais, cuidando das suas crianças com base no seu esforço, na sua “aceitação”, desenvolvendo estratégias de *coping* e procurando apoio. É disto que fala a generalidade dos estudos sobre os processos adaptativos destes pais. Mas a criança precisa de pais amorosos e emocionalmente envolvidos que é o que define a parentalidade e a criação de laços e vínculos imprescindíveis ao desenvolvimento. A re-idealização implica um segundo nascimento da criança. Ao invés do que acontece habitualmente, um nascimento que se deu primeiro na realidade e depois na imaginação dos pais.

Para que este investimento emocional possa acontecer terá de haver algumas dimensões fundamentais. O que foi dito anteriormente em relação à idealização em geral também é aplicável para a re-idealização destas crianças podendo identificar-se três dimensões: uma estética, uma ligada às competências e outra ligada à temporalidade (perspectiva temporal de futuro).

A possibilidade dos pais da criança olharem para ela e a acharem bonita é uma dimensão fundamental da constituição do vínculo. O ditado português “quem o feio ama bonito lhe parece” remete-nos para a verdade estética do vínculo. Tal dimensão estética está ligada à vertente narcísica da maternidade, expressa na possibilidade dos pais mostrarem o seu filho aos outros, para que o reconhecem como bonito. É esta dimensão da re-idealização que pode impedir que muitas crianças sejam mantidas em casa a salvo do olhar dos outros, e permitir que o seu cuidado estético vá para além do funcional. Que não sejam apenas bem alimentados ou tenham as terapias certas, mas alvo de tudo aquilo que, embora aparentemente supérfluo, todos os pais querem dar aos seus filhos para que fiquem bonitos, sejam vistos como bonitos e todos gostem deles.

A segunda dimensão, relativa às competências e capacidades, é a que se encontra afectada nestas crianças e marca a sua situação enquanto portadores de deficiência. Quando se defende que o trabalho educativo com estas crianças se deve centrar no que elas são capazes de fazer e não naquilo que não dominam, estamos estar a referir-nos a muito mais do que um modelo, ou técnica de trabalho, e a possibilidade dos pais (assim como também os técnicos) reconhecerem as competências das crianças com deficiência é fundamental nesta re-idealização. O pai ou a mãe da criança deficiente motora não a poderá mais idealizar como a grande desportista que porventura idealizou no passado; mas se a conhecer e compreender as suas necessidades e competências pode, agora, idealizá-la talvez como a medalhada nos Jogos Paralimpicos e, assim mesmo, uma grande desportista. Esta idealização não é, para tais pais, menos mobilizadora do que para outros que sonharam e desejaram que um dia os seus filhos seriam grandes músicos, desportistas, médicos ou homens de negócios. O que está em causa é a capacidade de idealizar a partir da não negação, a partir da realidade que se conhece neste momento, na sua condição actual e nos seus limites futuros. A inclusão educativa, social, desportiva ou cultural destas crianças só faz sentido e apenas pode acontecer se alguém for capaz de idealizar, desejar algo de bom, belo e exigente para elas, tendo em conta a sua realidade, mas desejando ir muito para além. O limite é sempre o mesmo: o de não cair na negação que seria, de novo, retornar à idealização original, ao outro, à criança que não nasceu.

A dimensão futuro adquire-se na possibilidade de pensar um futuro. Muitas vezes os pais destas crianças vivem focalizados num presente que tudo domina, e têm grande angústia relativamente ao futuro, tanto seu como dos seus filhos. No entanto, o futuro é, por definição, a dimensão do que se espera: da esperança e do desejo. Poder pensar sobre o futuro é alimentar possibilidades e esperança, e estes pais, como todos os outros, não podem saber o que vai acontecer no seu futuro e no dos seus filhos. A incapacidade de pensar sobre isso acompanhada de sentimentos de inutilidade, impossibilidade, incapacidade e melancolia resultaria numa verdadeira paralisia operacional. Muitas vezes os pais / mães dizem que a sua realidade é tão difícil que apenas podem pensar e enfrentar o dia a dia (um dia de cada vez), mas, mesmo assim, muito frequentemente, são esses que têm na sua vivência mais dimensões de esperança, que podem advir do acreditar em si mesmo, ou das suas convicções religiosas ou ideológicas, quanto mais não seja para não se sentirem emocionalmente esmagados pelo presente.

Juntando estar três dimensões, é a re-idelização que permite retomar o processo de desenvolvimento dos pais, na relação com o seu filho com deficiência, e este se pode tornar objeto de investimento. Idealização que está de novo ligada à paixão e à projeção nela de valores ideais. O processo de adaptação à deficiência é assim um desafio que requer tempo, mas em que o tempo é cada dia menor.

Mais tarde, também esta idealização está destinada a ser desidealizada e, por isso, é transitória, mas permite que os pais da criança com alterações graves no desenvolvimento retomem o seu próprio desenvolvimento normal, não ficando bloqueados no pântano da sua melancolia.

**Referências**

Asséo, R. (2003). Quelques remarques préliminaires à l’extension du terme de “mélancolie”. *Revue Française de Psychanalyse , 67, 5,* 1549-1552.

Aulagnier, P. (1990). *Um interprete em busca de sentido*. São Paulo: Escuta

Bowlby J. (1969) *Attachment*. London: Hogarth

Brazelton T. & Cramer, B. (1989). *A relação mais precoce.* Lisboa: Terramar.

Bydlowski, 2000. *La dette de vie- Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris: PUF.

Cintra, E. (2011). Sobre luto e melancolia: uma reflexão sobre o purificar e o destruir. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos, v. 29 (1)* 23-40.

Clements, M. & Barnett, D. (2002). Parenting and attachment among toddlers with congenital anomalies: Examining the Strange situation an attachment Q-Sort. *Infant Mental Health Journal*, *23, 6,* 625-642.

Condon , J.T. (1985). The parenthal-foetal relationship- a comparison of male and female espectant parents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology, 4,* 271-284

Deutsch, Helene (1945) *The Psychology of Women,* Volume 2: Motherhood, New York: Green and Stratton.

Fédida, P. (1978). *L’absence.* Paris: Gallimard.

Feeney, S. (2000). Implications of attachment style for paterns of health and illness. *Child: Care, Health and development.* 26(4), 277-288.

Ferrari, A. (2003). *Tornar-se mãe: a constituição da maternidade da gestação ao primeiro ano de vida do bebê.* Tese de Doutorado Não-Publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Ferrari, A., Piccinini, C. & Lopes R. (2007) O Bebê Imaginado na Gestação: Aspectos Teóricos e Empíricos. *Psicologia em Estudo, 12, 2,* 305-313.

Franco, V .& Apolonio, A. (2002). Desenvolvimento, Resiliência e Necessidades das Famílias com Crianças Deficientes. *Revista Ciência Psicológica*, 8. 40-54.

Franco, V. (2009). Adaptação das famílias de crianças com perturbações graves do desenvolvimento – contribuição para um modelo conceptual. *INFAD- International Journal of Developmental and Educational Psychology, XXI, 2,*179-184.

Freud, S. (1017/1992). Luto e melancolia. In S. Freud, Novos Estudos, 32, São Paulo: CEBRAP. 128- 142.

Hornstein, L. (org.) (1994) *Cuerpo, história, interpretacion – Piera Alaugnier: de lo originario al proyecto identificatorio.* Buenos Aires: Paidós.

Humphreys, D. (2013). Figuras de la depresión y figurabilidad melancólica. Precisiones fenomenológicas y psicopatológicas respecto de la melancolía y la depression. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,* 16 (3), 398-410

Kibrit, B. (2013). Possibilidades e desafios na inclusão escolar. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.,* São Paulo, 16(4), 683-695.

Lebovici, S. (1987). *A mãe, o bebé e o psicanalista.* Porto Alegre: Artes Médicas.

McCubbin, M. & McCubbin, H. (1993) Families coping with illness: the resilience model of family stress, ajustment and adaptation. In Denielson, C.B. *Families, Health and Illness: Perspectives on Coping and Intervention.* Madison: Univ. of Wisconsin, 21-63.

Pianta, R., Marvin, R. & Morog, M. (1999). Resolving the Past and Present: Relations with Attachment Organization, In Solomon, J. & George, C. - *Attachment Disorganization*, Ney York: Guilford Press.

Rivera, T. (2012). Entre dor e deleite. *Novos estudos. CEBRAP. 94*, São Paulo

Seligman, M. (1999) Child disability and the family. In Schwean, V. Salofske, D. *Handbook of Psychosocial Characteristics of Exceptional Children*. New York: Springer.

Stern, D. (1997). *A constelação da maternidade- o panorama da psicoterapia pais/bebê.*Porto Alegre: Artes Médicas

Stern, D., Brunschwiler-Stern, N. & Freeland, A. (1999). *El nascimiento de una madre.* Madrid: Paidós.