

In Formação

Boletim da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia

01

Editorial

03

“Quanto tempo o tempo tem?”

05

Narciso à procura de Édipo. Um pouco mais sobre o sujeito na contemporaneidade.

06

“Aquele abraço”: breve discussão sobre o tratamento do autismo

08

A Medicalização da Infância: contribuições a partir da psicanálise

14

Agenda



La Durépoignardée - René Magritte. (1938)

Nos Tempos da Clínica



Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia
UFSM

O Boletim (In)Formação número VI, da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia, intitula-se “Nos Tempos da Clínica”. A proposta dessa edição se constituiu a partir de inúmeras discussões entre a equipe de trabalho, que delimitou toda a construção e elaboração desse Boletim. Nesse sentido, o primeiro texto traz questões iniciais dos estagiários ao se depararem com distintos tempos no fazer psicológico: o seu, o do paciente e o da clínica. O segundo artigo busca suscitar questionamentos a cerca da contemporaneidade e dos modos de constituição do sujeito na atualidade. O terceiro escrito apresenta indagações e diferentes perspectivas sobre o tratamento do autismo, tendo em vista as discussões atuais. O último artigo é um recorte do V Encontro Clínico da CEIP, ocorrido em junho, que situa a medicalização da infância e suas repercussões, a partir do referencial psicanalítico. Compreendemos que essas produções se enlaçam, na medida em que se propõem a pensar o tempo na contemporaneidade e suas questões emergentes.

Desejamos uma boa leitura!

Equipe da Clínica em 2013: um coordenador geral, duas coordenadoras técnicas e nove estagiários do curso de Psicologia – UFSM, além de um técnico administrativo e um bolsista.

COORDENAÇÃO GERAL

Luís Fernando Lofrano de Oliveira

COORDENAÇÃO TÉCNICA

Aline Bedin Jordão
Amanda Schreiner Pereira

ESTAGIÁRIOS

Amanda Almeida
Amanda S. Sehn
Bruna M. Martins Corazza
Carlos O. Pereira de Quadros
Cristiane C. Baratto
Fernanda S. de Macedo
Maira R. R. da Costa
Marina B. Pilecco
Natália de Andrade

TÉCNICO ADMINISTRATIVO

Marlos da Fontoura Rodrigues

BOLSISTA

Christian Almeida Di Giacomo

REALIZAÇÃO
Equipe de Estagiários
Coordenação da CEIP

EQUIPE DE REVISÃO
Luís Fernando Lofrano de Oliveira (coordenação geral da Clínica)
Aline Bedin Jordão e Amanda Schreiner Pereira
(coordenação técnica da Clínica)

Contato

Rua Floriano Peixoto, 1750 – térreo do Prédio de Apoio da UFSM (antigo Hospital Universitário)
Santa Maria-RS CEP 97015-372
Telefone: (55) 3220-9229
E-mail da secretaria: ufsmceip@gmail.com
Site: <http://www.ufsm.br/ceip>

Horário de Funcionamento

De segunda a sexta-feira
Manhã: 8h às 12h
Tarde: 13h30min às 17h30min

“QUANTO TEMPO O TEMPO TEM?”

Amanda Sehn, Bruna Martins, Cristiane Baratto e Maira da Costa¹

“O tempo perguntou ao tempo quanto tempo o tempo tem. O tempo respondeu ao tempo que o tempo tem tanto tempo quanto tempo o tempo tem.” (Trava línguas popular)

A proposta de pensar sobre o tempo e suas implicações na Clínica-escola de Psicologia nos convoca de diversas maneiras. De que tempo falamos na clínica? Qual é o tempo do paciente? Qual é o nosso tempo, enquanto estagiários? Qual é o tempo da instituição? Há possibilidade de mensurar esse tempo? O que nele é produzido? A partir destes questionamentos iniciais, podemos identificar três tempos, que se entrelaçam na prática clínica: o nosso, enquanto estagiários que oferecem uma escuta; o dos pacientes, que ocupam o lugar de quem fala; e o da instituição, da qual fazemos parte.

Em relação ao nosso tempo como estagiários, podemos falar, inicialmente, de um tempo cronológico limitado em um, ou no máximo, dois anos de estágio no mesmo local. Ao longo desse período, somos tomados por inquietações, tanto no que se refere aos atendimentos, quanto aos espaços de aprendizado e das supervisões. Nosso momento também é o de assimilar as normas da instituição e junto com isso, repensá-las a partir de nossas experiências, construindo um lugar na clínica. Esse tempo de assimilação é singular e varia conforme cada sujeito. Alguns estagiários estão em seu primeiro ano de prática, o que podemos considerar ser um tempo de descoberta do próprio fazer. Outros, com uma trajetória de estágio anterior, permanecem sustentando um tempo de formação constante na medida em que redescobrem seu fazer. Tempo de formação que não se encerra no espaço acadêmico e nem segue uma ordem temporal.

É no percurso dos atendimentos que sentimos a passagem do tempo através da relação estagiário-paciente, que ora percebemos em atendimentos aparentemente

rápidos, ora em atendimentos que custam a transcorrer. Podemos falar de um tempo que se produz nos atendimentos e transgride qualquer lógica temporal, ou seja, é um tempo que não se pode mensurar, que se perde no próprio tempo.

Com relação aos pacientes, podemos pensar em tempos diferentes. O tempo de quem está chegando à clínica para um primeiro atendimento inclui conhecer o local e a prática da psicologia clínica. O início de um atendimento e tratamento, entretanto, não é determinado por um tempo datado, mas sim pela forma que o sujeito se apresenta à clínica. Ainda, sinalizamos o tempo daqueles que já vêm sendo atendidos na instituição. Estes pacientes, em sua maioria, vêm acompanhados de restos que aqui nomeamos restos de transferência, isto é, resquícios de questões que foram elaboradas, de um vínculo que foi estabelecido e posteriormente encerrado. Parte desse resto de transferência está na instituição e é o que permite a troca de estagiários e o andamento do tratamento.

Da instituição, podemos pensar num lugar de tempo contínuo, sustentado por uma história, que permanece após o fim do tratamento. A clínica estabelece uma relação com o tempo cronológico que está construída antes da chegada do paciente e do estagiário, e se propõe a continuar existindo após a saída destes. Há o tempo de vinculação do estagiário e do paciente na clínica, onde ambos passam a fazer parte de um serviço ocupando lugares distintos. Estar na instituição, mesmo que temporariamente, implica conhecer os serviços, manejar a burocracia e as questões que surgem referentes a isso. Ainda é necessário lidar com o tempo de cada sujeito que faz parte da instituição. Assim, tem-se o tempo da clínica, enquanto instituição, e o tempo dos sujeitos que dela fazem parte, sejam técnicos, secretários, estagiários ou pacientes.

Pensar o tempo na clínica como algo que pressupõe sentidos diferentes para um mesmo conceito vem ao encontro de nossa angústia enquanto estagiários. Isso se produz a partir da reflexão de que além dos

tempos particulares - da instituição, do paciente e do estagiário - há um tempo em comum, no qual todos se inserem, que é a percepção contemporânea do tempo. Este por sua vez, exige respostas e ações imediatas que, na maioria das vezes, não são acompanhadas pela clínica. Ao mesmo tempo em que há situações que a clínica precisa readaptar o seu fazer para dar conta da demanda na contemporaneidade.

Apesar de apresentarmos os tempos como fragmentados, eles estão interligados e se articulam para produzir a escuta de um único tempo que se diz atemporal, o tempo do inconsciente. Esta instância psíquica não segue a lógica do contemporâneo e do cronológico, mas sim uma organização própria, que permite “ter tanto tempo quanto tempo o tempo tem”.

¹Estagiárias da CEIP em 2013

Narciso à procura de Édipo. Um pouco mais sobre o sujeito na contemporaneidade.

Walter Firmo de Oliveira Cruz¹

Para psicanálise, falar em sintoma social tem suas particularidades. Trata-se primeiramente de pensar no que se constitui como mal-estar a partir da relação dos sujeitos com ideais construídos no espaço das trocas simbólicas. É uma questão, portanto, de compreensão sobre o que se apresenta no campo do sujeito. Trata-se do sujeito e de suas formas de gozar. Neste sentido, um caminho diverso daquele dos levantamentos estatísticos, mais próprios aos estudos de caráter epidemiológico.

Há alguns anos questões postas pela subjetividade contemporânea vem interrogando os psicanalistas. Chegou-se inclusive ao ponto de interrogar se estaríamos diante do surgimento de um novo sujeito. Isto é, sobre a hipótese da existência de uma nova forma de economia psíquica (MELMAN, 2008) ou, ao menos, da existência de modificação nas formas de estabelecer relação com o objeto primordial. Modificações que estariam obliterando a existência do sujeito desejante, confrontado com a falta e produzido a partir dos efeitos do recalque.

Roudinesco (2000, p.19) escreveu: “Condenado ao esgotamento pela falta de uma perspectiva revolucionária, ele (o sujeito) busca na droga ou na religiosidade, no higienismo ou no culto a um corpo perfeito o ideal de uma felicidade impossível”. Evitando o confronto com os impasses decorrentes das questões cruciais da existência (castração), cria linhas de fuga: o sujeito deste início de milênio estaria fabricando suas respostas a partir de novos modos de ser no mundo, cujo alcance parece ainda não estar suficientemente entendido. Cria, cultiva (por vezes cultua), controla e consome amplamente os objetos que podem lhe proporcionar alívio frente ao peso da existência.

Seria possível então entender que a partir de manifestações como as da violência e do uso em larga escala de substâncias psicoativas, da depressão epidêmica e da crise nos processos de identificação, nas instituições

“Aquele abraço”: breve discussão sobre

familiares e educacionais, estaríamos diante de um “novo” sujeito? De outra forma de organização psíquica? Da realização perversa da neurose? Ou trata-se do estabelecimento de bordas; daquilo que vem sendo chamado de estados limite, indicando assim um apontamento na direção da psicose? Significa então falar que estaríamos operando uma *clínica do vazio*, isto é, marcada pelas flagrantes novas configurações do narcisismo na contemporaneidade? Ou antes, que estamos vivendo apenas a radicalidade dos mesmos valores postos pela modernidade, cuja ruptura com a herança e a necessidade de se fazer ver atingiram níveis elevados, mas não configurando nada que seja propriamente diferente?

André Green (1988) nos fala do aumento no número de patologias narcísicas provocadas pela frequente decepção com as figuras parentais. Nicole Aubert (2008) caracteriza a situação afirmando que seria na conjunção entre os extremos que o sujeito contemporâneo pode ser localizado: em nossa sociedade, seria *entre* o excesso (transbordamento) e a ausência (o vazio absoluto) que podemos localizá-lo. Concepções que tentam explicar as vias pelas quais se constroem estas novas expressões da subjetividade.

O que, porém, não cessa de fazer questão e pode ser entendido como uma nova forma de mal-estar é a frequente ameaça de fracasso e exclusão que assombra a todos. Como escreve Kehl, “Ora, as sociedades modernas têm na liberdade, na autonomia individual e na valorização narcísica do indivíduo seus grandes ideais, pilares de novos modos de alienação, orientados para o gozo e para o consumo” (2002, p. 13).

Na sociedade que radicaliza o fato de que para ser alguém é preciso se fazer reconhecer, o risco maior é sempre o do esquecimento; do apagamento. Isto explica, em parte, a grande necessidade que temos hoje de habitar as chamadas redes sociais. Sabemos, no entanto, que esta exposição, além de sustentar uma visão idealizada de si, é capaz de provocar, através da comparação, o sentimento de inadequação em relação ao

que os outros estariam vivendo. Ou seja, embora provoque uma sensação de satisfação, é também capaz de provocar uma profunda sensação de que não se está “aproveitando a vida” suficientemente.

Para muitos a adesão ao sistema de valores não se dá de forma imediata, automática, sem resistência ou conflito. A princípio, podemos pensar que é bom que seja assim, afinal, é sempre necessário manter nossa capacidade crítica ao invés sair *consumindo* ideais, com a sensação de que para ser incluído, aceito, é preciso certa padronização da existência.

Extremando os valores presentes na modernidade, performance, desempenho, rendimento, enriquecimento e diversão têm sido as palavras de ordem. Se você não está conseguindo se atualizar, acompanhar as demandas, algo não vai bem. É possível que esteja doente, deprimido, alardeia o discurso da ciência. Então o medo do fracasso e o sentimento de exclusão assombam a muitos de nós, fazendo com que em momentos estejamos vivendo ou na ansiedade do *ter que fazer* ou na depressão do esgotamento e da *desistência*. A isto que nos referíamos acima sobre os extremos onde encontramos o sujeito contemporâneo. A constante ameaça do apagamento.

Então, considerando as situações que foram rapidamente expostas, é preciso retomar a questão apresentada no início do texto: estaríamos testemunhando o surgimento de um novo sujeito, não mais organizado psiquicamente a partir do Complexo de Édipo, mas, antes, por Narciso? Isto é, a figura do terceiro estaria sendo obliterada, festejando o *encontro* do eu como sua própria imagem no espelho? Uma espécie de realização narcísica do ideal de si?

Talvez, no sentido de produzir alguma espécie de fechamento sobre estas questões, seja importante lembrar que na matemática psicanalítica não existe o dois: pula-se do um para o três. Não há possibilidade de dois, pois estes tendem sempre a constituir unidade. Para que o sujeito advenha, é preciso contar com um

terceiro. Ou, como disse Lacan em seu Seminário sobre os escritos técnicos de Freud, “Se se deve definir em que momento o homem se torna humano, digamos que é no momento em que, por menos que seja, entra na relação simbólica” (1986, p. 182). No momento em que, “por menos que seja”, esbarra na falta.

REFERÊNCIAS:

AUBERT, N. *Violence du temps et pathologies hypermodernes*. Paris: Érès, 2008.

GREEN, A. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago; São Paulo: SBPSP, 2008.

KEHL, M. R. *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das letras, 2002.

LACAN, J. *O Seminário. Livro I - os escritos técnicos de Freud*. 3a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

MELMAN, C. *O Homem sem gravidade: gozar a qualquer preço; entrevistas por Jean-Pierre Lebrun*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

¹Psicólogo e Psicanalista (membro da APPOA)

o tratamento do autismo

Natália de Andrade de Moraes¹ e Cláudia Maria Perrone²

Em maio deste ano, foi publicada uma notícia³ intitulada “Jaqueta para crianças com autismo infla e produz o mesmo efeito do abraço”. No texto, somos informados de que a peça “pode ser controlada à distância pelos pais” e que, ao simular abraços, pode “acalmar os pequeninossem o contato com humanos”.

O produto, fabricado nos Estados Unidos, é divulgado no Brasil em meio a um contexto especialmente complexo, no que se refere ao autismo. Em 2012, a Secretaria de Estado da Saúde de SP lançou um Edital de Convocação de profissionais qualificados para tratamento de pacientes com “Transtorno do Espectro Autista”. Ao solicitar Psicólogos, no entanto, o Edital restringe a especialidade profissional à Terapia Cognitivo Comportamental, excluindo automaticamente a Psicanálise das possibilidades de atendimento a esse público. Junto a isso, soma-se uma série de boicotes a instituições dedicadas ao tratamento de crianças em sofrimento psíquico intenso, apoiadas no referencial psicanalítico. Exemplo disso são os ataques ao Centro de Referência da Infância e Adolescência (CRIA), ao CAPS de Itapeva e aos CAPSi do Estado de São Paulo, que passariam a atender pessoas autistas segundo programas terapêuticos fixos, com foco no condicionamento adaptativo (JERUSALINSKY, A.; JERUSALINSKY, J., 2013).

Tais excessos, amplamente amparados pelo discurso reducionista e por um pretense discurso científico, encontraram resistência principalmente no Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública, que veio a público em abril deste ano com seu manifesto⁴. Este trata de evidenciar as tentativas de exclusão das práticas psicanalíticas de políticas públicas voltadas ao atendimento das pessoas com autismo, ressaltando o compromisso ético de conceder aos indivíduos a opção de escolha pelo seu tratamento. Assim que não se trata de uma

competição mercadológica, mas de uma rejeição a medidas que, longe de priorizarem a saúde, buscam submeter o paciente autista a um método de tratamento padrão.

Faz-se importante sublinhar que, ao nos referirmos à concepção psicanalítica, falamos de “um paradigma de sujeito psíquico que é tomado, em extensão, como uma referência por outras áreas de intervenção em sua práxis” (G7, 2013, p.30). Desse modo, não contemplamos apenas a intervenção do psicanalista, mas os atendimentos que consideram a dimensão do sujeito psíquico. Considerá-lo significa, neste contexto, reconhecer a dimensão singular de cada paciente, resgatando-lhe da completa generalização do conjunto dos “autistas” (ou do muito inespecífico “Transtorno do Espectro Autista”). De fato, o tratamento depende desse reconhecimento, de modo que o clínico, identificado com os automatismos da criança, possa perceber nela algo de um interesse, de uma preferência. O terapeuta, então, passa a olhar (ou criar?) um sujeito.

É claro que, para fazê-lo, é necessário acolher as manifestações do paciente como legítimas. Dessa forma, o analista aposta que “ao reconhecer em toda produção da criança [...] um valor significante e ao se constituir ele próprio como lugar de endereço daquilo que ele, portanto, considera como *mensagem*, a criança vai poder reconhecer-se *a posteriori* como fonte dessa mensagem” (LAZNIK, 2011, p.20-21). Nesse sentido, quais seriam as consequências da supressão de toda e qualquer manifestação autista considerada “desadaptativa”, “aleatória” ou vazia de sentido? No mínimo, que continuem assim. Jogada no sem sentido do Real, a criança permanece respondendo pela via da exclusão e pelo mecanicismo corporal, sem mediação alguma da palavra.

É nesse cenário que nos deparamos com a “jaqueta para autistas”. O uso de tecnologia permite que abracemos “sem contato humano” e controlemos a peça-criança à distância, inclusive quando estamos ao seu lado (como mostra o vídeo

demonstrativo do produto). É esse o tratamento (cotidiano e terapêutico) que vem sendo pensado para as crianças autistas; de um comportamento a ser modelado e um corpo a ser adaptado. É se opondo a isso que certos grupos profissionais se mobilizam, buscando recuperar a dimensão do sujeito. Juntamo-nos a eles.

Mais uma vez e finalmente, discordamos dos fabricantes da jaqueta; abraços sozinhos não acalmam. O que acalma é o outro que abraça.

REFERÊNCIAS:

G7. Autismos e seus tratamentos: contribuições da metodologia psicanalítica nesse campo. In: *Correio APPOA: Dar palavra aos autistas*, abr./maio 2013.

JERUSALINSKY, A; JERUSALINSKY, J. Acerca da tentativa de fechamento do Instituto Centro de Referência da Infância e Adolescência de São Paulo. In: *Correio APPOA: Dar palavra aos autistas*, abr./maio 2013.

LAZNIK, M. C. *Rumo à fala – três crianças autistas em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.

¹Estagiária da CEIP em 2013

²Psicóloga e Psicanalista, membro da Sigmund Freud Associação Psicanalítica. Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da UFSM.

³Disponível em:

<<http://pme.estadao.br/noticias/noticias,jaqueta-para-criancas-com-autismo-infla-e-produz-o-mesmo-efeito-do-abraco,2967,0.htm>> Acesso: maio 2013.

⁴Disponível em

<<http://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/02/no-dia-mundial-da-conscientizacao-sobre-o-autismo-o-movimento-psicanalise-autismo-e-saude-publica-lanca-o-seu-manifesto/>> Acesso: abril 2013.

A MEDICALIZAÇÃO DA INFÂNCIA: Contribuições a partir da psicanálise

Ieda Prates da Silva

Propus este título: A medicalização da infância, em lugar de “a medicalização na infância”, porque não se trata tão somente de pensarmos nos efeitos do alastramento e do uso indiscriminado de medicações psiquiátricas nas crianças. Num contexto onde se tomam as questões de estruturação do sujeito e os efeitos daí decorrentes como sintomas a serem banidos ou silenciados pelo tamponamento químico, penso ser importante trazer para discussão a ideia de que se trata, acima de tudo, de uma posição de nada querer saber da infância. Confrontarmos-nos com as crianças, sejam nossos filhos, nossos alunos ou nossos pacientes, representa de um lado, a ameaça de trazer à tona aquilo que mantemos recalcado de nossa própria infância, ou seja, nos depararmos com o *infantil* de nossa própria estrutura; de outro lado, nos demanda sustentar a responsabilidade que, como adultos, temos pela transmissão que se faz necessária à estruturação psíquica e ao processo civilizatório de uma criança.

Testemunhamos na clínica e nas instituições a dificuldade que os adultos têm, hoje em dia, para se haverem com ambos os aspectos de sua posição frente às crianças: *a de lidarem com seu próprio infantil e a de efetuarem a transmissão*. Não me refiro aqui à transmissão de conhecimentos, de noções de civilidade e sociabilidade, de valores morais, embora tudo isso, inegavelmente, faça parte da educação de uma criança. Mas falo em transmissão no sentido psicanalítico, que é o da *transmissão da Lei simbólica, ou seja, da castração*. A castração, resumidamente, é esta operação imaginário-simbólica que nos humaniza, nos torna seres

inscritos na linguagem, permitindo-nos entrar no registro da “descontinuidade, substituição, deslocamento e repetição da diferença” (JERUSALINSKY, 2000, p.77). O que nos retira da totalidade ilusória da relação ao Outro materno, para que nos lancemos na parcialidade das relações mundanas, para que possamos estabelecer laços com o outro, isto é, com os semelhantes. E isto vem a ser condição para que o processo educativo se dê.

A transmissão, em última análise, é a inscrição intergeracional da lei humana fundamental: a lei do incesto. Lei que interdita à criança o acesso irrestrito ao corpo materno e, no mesmo golpe, a salvaguarda do aprisionamento de seguir situando-se no lugar do objeto que satisfaz à mãe.

Se capengarmos, como adultos, a ponto de falharmos na transmissão desta Lei, a criança encontrar-se-á desamparada, não importa o quanto ela seja amada, acompanhada e satisfeita em suas necessidades e seus caprichos. Utilizo-me do conceito de desamparo, aqui, no sentido freudiano do termo, que se refere à prematuridade psíquica e orgânica com que o filhote humano vem ao mundo, à diferença dos animais que trazem já inscritos, em sua carga genética, os instintos que necessitarão para sua sobrevivência e crescimento. É este mesmo desamparo constitucional que nos torna permeáveis e dependentes da linguagem para nos estruturarmos como sujeitos no mundo humano, o qual não é governado pelos instintos, mas se organiza na delicada fronteira entre natureza e civilização; ou, psicanaliticamente falando, na fronteira pulsão-cultura, pois a única natureza a que temos acesso é a da pulsão. E para não sucumbir ao domínio da pulsão – que em última análise nos levaria à própria destruição (real ou psíquica) – precisamos

desta mediação, desta simbolização crucial que a linguagem opera. Neste sentido, Jerusalinsky (2000) define o desamparo não como falta de amor ou de cuidado, mas como *a falta de um significante que impeça o sujeito de ser subsumido no real*. Ou seja, desamparo como inexistência ou insuficiência de uma inscrição simbólica, de uma marca que outorgue a esta criança a possibilidade de situar-se em relação ao mundo e a si própria.

É por isto que uma pequena criança, quando adentra na linguagem, inicia a falar de si própria na terceira pessoa: “ele”, “ela”, “o nenê”, “a fulaninha”, etc. Fala desde um outro lugar, que não o lugar de sujeito. Encontra-se ainda alienada no Outro primordial, e é na posição do Outro que está situada a enunciação. A criança fala, mas não no lugar da enunciação ainda. Este lugar encontra-se alhures: no Outro. É preciso a saída do Narcisismo Primário, para que este pequeno ser, já falante, inscreva-se como sujeito de desejo, situando-se na linguagem, doravante como *Eu*. Há toda uma complexa operação em relação à Imagem do Corpo, que precisa se constituir, para que a criança aceda à linguagem simbólica. Não terei a possibilidade de desenvolver este ponto no presente trabalho, mas não poderia deixar de marcá-lo, por sua importância.

Ao falarmos de infância, em psicanálise, estamos nos referindo a este tempo inicial da vida de uma criança em que estão em curso *momentos lógicos* necessários à estruturação de um sujeito. Estes momentos são cruciais, e alguns são facilmente identificáveis: a angústia dos 8 meses (introdução da báscula alienação/separação); o estágio do espelho e a constituição da imagem especular; o *fort-da* (possibilidade de lidar com a alternância presença/ausência como condição de entrada na linguagem); o momento de aquisição da marcha e do controle

esfincteriano; o Édipo; a latência; a puberdade e a adolescência. Estou resumindo muito tudo isto, mas trago apenas a título de introdução ao tema que fui chamada a desenvolver aqui, e para que vejam que não é pouca coisa o que está em causa na infância e adolescência: tudo que um sujeito tem que atravessar, a complexidade das operações psíquicas que ele terá que dar conta para sua estruturação subjetiva. Na passagem destes momentos lógicos de um para outro, há tropeços de toda a ordem, e aí surgem sintomas. *Sintomas de Infância* ou *Sintomas Infantis*, numa importante diferenciação que Jerusalinsky nos ajuda a estabelecer. Sintoma de Infância é um conceito que remete às dificuldades transitórias com as quais toda a criança se encontrará, em um momento ou outro de sua estruturação. Diz respeito à impossibilidade de que o revestimento simbólico dê conta totalmente do real, e este resto que fica dar-se-á a ver sob a forma de sintomas. Alguns sintomas de infância são mais toleráveis socialmente do que outros: a dependência da chupeta, o paninho, o travesseirinho ou outro objeto transicional qualquer; o amigo imaginário, etc. Mas há outros que são facilmente tomados como sintomas clínicos (e não como sintomas estruturantes, que na verdade são), tornando-se passíveis de classificações psicopatológicas e justificando intervenções corretivas ou medicamentosas que, na maioria das vezes, são apressadas ou inadequadas. Por exemplo: a mentira ou o negativismo em uma pequena criança, os terrores noturnos, as fobias infantis, entre outros. Estes são, em linhas gerais, os sintomas de infância.

E os sintomas infantis, a que remetem? Remetem aos efeitos da insuficiência ou inexistência de recursos simbólicos que dêem sustentação para o atravessamento desses momentos lógicos da infância, fazendo surgirem aí sintomas que poderão vir a constituir quadros psicopatológicos leves ou

graves, e que demandarão algum tipo de ajuda profissional. A gravidade ou não do quadro dependerá da intensidade do sintoma, de sua persistência, do momento da estruturação psíquica em que ele surge, dos efeitos que produz no entorno – família, escola – e de que a criança em sofrimento se encontre ou não com um *bom entendedor*, privilegiando “a escuta do significativo e intervindo enquanto abertura de um campo de significações.” (BERNARDINO, 2004, p.88). Ou um *bom passador*: alguém em posição de ajudá-la nesta passagem que se vê obstaculizada, seja por razões marcadamente internas, seja pelo contexto de fragilidades ou inadequações familiares e sociais em que ela vive.

Esta é a posição que deverá ocupar o terapeuta na clínica de crianças: “(...) ser um bom passador, isto é, intervir com um corte ali onde o que faz sintoma para a criança é a sua aderência imaginária ao objeto colocado como capaz de responder ao ideal parental, quando este fica aderido a seu corpo. Ali precipita um sentido e ela faz sintoma. Dissolver o sentido ali coagulado é ser um bom passador de saber. Colocar ele adiante, a seguir na cadeia associativa, ou seja, permitir que a criança faça a sua cadeia significativa, e para tal, dissolver, interrogar, cortar, pontuar e abrir a dúvida, ali onde precipitou um sentido.” (TAVARES, 1998, p.65).

Por isto devemos ser muito cautelosos com a questão dos diagnósticos na infância: como se trata de um período de constituição psíquica, como a estrutura não está acabada – o que vai se definir só na saída da adolescência (saída, aliás, que se vê bastante dificultada na contemporaneidade), não devemos nos precipitar nos diagnósticos, muito menos, em fazer prognósticos. Prognósticos que, muitas vezes, são tomados como verdades

imutáveis e, pelos efeitos imaginários que produzem, se inserirão na ordem significativa da família de tal forma que se transformarão em destino para esta criança. Como nomeia Jerusalinsky, constituem-se em verdadeiros vaticínios.

E tal cautela fica difícil de sustentar na clínica e nas instituições, em meio ao afã classificatório que impera na atualidade, onde sintomas dão lugar rapidamente a prescrições medicamentosas, e as respostas da criança ao uso do medicamento alteram ou superpõem diagnósticos, que demandarão, por sua vez, novos medicamentos, num círculo vicioso interminável e perverso. Perverso por suas conseqüências no real do corpo, na constituição psíquica ou no lugar que o social configurará a esta criança: o “louquinho”, o “deficiente”, o “hiperativo”, o “autista” (sendo os dois últimos, diagnósticos da moda; os dois primeiros em desuso, por serem considerados politicamente incorretos).

Mas perverso igualmente pelo *lugar de coisa, lugar de objeto reservado a esta criança*, a qual fica refém de um saber cientificista que ignora sua subjetividade e seu contexto familiar, histórico e cultural. Muitas vezes ouvimos relatos de consultas em que o profissional (que poderá ter sido um médico, um psicólogo, um psicopedagogo, etc.) mal olhou para a criança, não a escutou, pois sua escuta estava completamente aderida ao discurso dos pais, na maioria dos casos, ao discurso da mãe. Assim, não é raro uma aliança inconsciente entre a mãe o profissional, deixando de fora justamente o lugar do pai – enquanto lugar terceiro, da palavra, esta que faz corte e produz a diferença. Sem isso não será possível a este pequeno sujeito descolar-se do desejo materno, estando com seu sintoma respondendo diretamente a ele, seja por adesão, seja por oposição.

Assim, observar e escutar a criança com olhos e ouvidos que não estejam guiados pela sinfonia do discurso materno, é *mister* na clínica com crianças. Fica para mim uma questão, que divido com vocês: a colagem de muitos dos profissionais, que atendem crianças e adolescentes ao discurso materno, será uma reedição da crença infantil na mãe fálica? A mãe que tudo vê, tudo sabe, tudo pode?

Faz toda a diferença, para este sujeito e para sua história de vida, não respondermos à demanda familiar, escolar ou social com uma certeza antecipada, onde não haja lugar para a interrogação, para a dúvida, para a escuta, para o brincar (este último, tão fundamental na constituição do sujeito, quanto na avaliação clínica). Isso não quer dizer deixarmos de considerar a demanda deste que traz a criança aos nossos cuidados. Mas escutar esta demanda não é o mesmo que ter que atendê-la, ou ficar preso a ela. Pode ser que justamente a escuta e a interrogação que pudermos introduzir ali esvazie a demanda e dê lugar ao desejo. Refiro-me, aqui, ao indispensável e delicado trabalho com os pais, que todo aquele que atende crianças terá que se ocupar em alguma medida.

Mas acho importante, a esta altura de minha exposição, destacar que não me incluo entre aqueles que se posicionam contra o uso de medicação na infância. Quando tal procedimento se faz necessário e está clinicamente indicado e eticamente sustentado, pode vir a auxiliar no tratamento. A medicação não é o tratamento para os problemas psíquicos, mas pode auxiliar, em alguns casos. Ou seja, quando há uma escuta cuidadosa e atenta da criança e dos pais; quando ela é considerada como sujeito e não objetalizada por um discurso familiar; quando o profissional não está cerceado por uma demanda escolar ou social que privilegia o desempenho e a performance, levando-o a

intervenções e prescrições mais adaptativas do que terapêuticas.

Há casos em que a medicação se faz necessária, justamente para que a criança possa entrar ou manter-se em tratamento, ou para que ela possa estar num contexto social, para não se auto-agredir ou agredir a outrem, até que o tratamento psíquico possa ter produzido um deslocamento em sua posição subjetiva. E há ainda casos, mais graves, em que será necessário tomar medicação por longo tempo ou pela vida afora. Então o problema não está no uso da medicação quando ele é indicado e está limitado por questões éticas e clínicas pertinentes. Mas sempre cabe ao profissional perguntar-se quando, como e para quê utilizar a medicação, principalmente na infância e adolescência. (E implicar a criança/adolescente neste processo).

Muitas vezes notamos que a medicação foi prescrita para a criança, mas é dirigida aos pais, ou à mãe, mais frequentemente: trata-se de baixar a ansiedade da mãe. Ou a prescrição é uma resposta direta à demanda da escola, que pode ser justamente a de calar o sujeito que ali se manifesta pelo sintoma.

É preciso tomar o sintoma como Freud (1917/1976) nos ensinou: como algo a ser escutado, decifrado, permitindo-nos manter aberta a pergunta pela significação que ele encobre, ao invés de atribuir-lhe apressadamente um sentido (que além de tudo, será arbitrário, pois terá a ver com nosso saber, ou pior ainda, com nossas crenças e valores morais). Esse trabalho de deciframento tende a liberar a criança para expressar de outras formas aquilo que a faz sofrer: através da fala, do brincar e do desenhar, permitindo uma elaboração psíquica do sintoma e possibilidades mais interessantes de estar no mundo, de aprender e de estabelecer laços com os

outros. Quando calamos o sintoma, deixando de escutá-lo e de trabalhar a forma discursiva familiar que sustenta ou produz este sintoma, muitas vezes impedimos a criatividade, a fantasia e a curiosidade infantil, tão características e necessárias à infância e ao desenvolvimento da criança.

Isto nos leva a pensar o quanto a clínica com crianças é, por princípio, interdisciplinar: não importa se somos médicos, psicólogos, psicanalistas, psicopedagogos, fonoaudiólogos, enfim, vamos estar às voltas com uma multiplicidade de fatores e de discursos que têm que ser considerados na avaliação do caso e na direção de tratamento. Precisamos escutar a criança, a família, a escola, outros profissionais que a atendem, etc. Não estamos numa posição de saber total. Se faz necessário um diálogo respeitoso com as outras áreas, se quisermos efetivamente ajudar a esta criança. Aqui me vem à mente uma expressão que a neurologista Fernanda Gonçalves utiliza e que acho interessante: ela fala em “vocalização interdisciplinar”, e eu me utilizo também da expressão *disposição interdisciplinar*, para marcar isto que considero indispensável, tanto na clínica quanto na educação das crianças.

Portanto, não estamos falando tão somente de interdisciplinaridade, mas de intersectorialidade, numa abertura para ouvir e dialogar com a escola, com o judiciário, com outros serviços sempre que necessário. Trata-se de importar para o consultório um pouco da lógica de trabalho com a infância no setor público: família - escola - serviços de saúde, de assistência social, compondo uma rede de cuidado para com a criança ou adolescente em sofrimento psíquico.

Felizmente, hoje em dia, encontramos mais profissionais do campo da medicina

com esta disposição para o diálogo, a despeito de uma formação acadêmica que ainda os empurra para um saber totalizante e onipotente, marcadamente organicista, à esteira da visada científicista que domina o discurso social contemporâneo.

Assim, há situações em que o apelo à medicalização não parte do médico, mas de um psicólogo que atende à criança e frente a uma crise, por exemplo, se assusta e manda imediatamente ao psiquiatra, sem acolher minimamente a crise, sem tentar escutar e pensar o que pode estar acontecendo ali. Há vezes em que pode ser indicado pedir uma avaliação com o psiquiatra, ou ir conversar com ele sobre o caso, ou buscar uma supervisão. Mas mesmo que encaminhe a outro profissional, por exemplo, ao psiquiatra ou neurologista, isto não poupa seu trabalho de acolher a crise, de tentar entendê-la e ajudar a criança e a família a significá-la, independente de o paciente vir a receber ou não medicação. Ou seja, a prescrição da medicação não desimplica o profissional da responsabilidade frente a seu paciente (ou frente ao aluno, no caso da escola), nem desvencilha a família de suas funções parentais, nem tampouco deve alienar o sujeito em relação a seu desejo.

Há muitos mitos referentes à medicação no campo da saúde mental, tanto mitos idealizadores, quanto endemonizadores. Trago aqui algumas palavras do psicanalista Mário Corso (2000), que se coloca justamente contra estes discursos dicotômicos quanto ao uso da medicação psiquiátrica. Ele não está falando de seu uso na clínica da infância, mas na clínica das psicoses com adultos, na qual ele lembra que a medicação pode ser de grande ajuda, possibilitando as condições para o tratamento. Mas, “quando mal usada, ou se usada para calar a boca do psicótico, impede tudo, não só o tratamento, como a tentativa espontânea de cura” (CORSO, 2000, p.65),

que vem a ser a constituição de um delírio.

O autor, neste mesmo texto, com mais de uma década, já previa o alastramento cada vez maior do uso de medicação na saúde mental, em detrimento de outros dispositivos de tratamento, pois as pesquisas com medicamentos “aperfeiçoam-se e prometem uma cura higiênica, sem escuta e tudo o mais que desespera o neurótico comum frente à transferência da psicose. Além do mais, (...) vivemos numa sociedade cada vez mais toxicômana, numa sociedade que tem uma esperança muito grande de que um objeto químico possa resolver os transtornos do nosso gozo” (2000, p.66).

Esta esperança se aplica perfeitamente ao olhar e à expectativa que o social tem em relação aos problemas da infância. No vazio deixado pela verdade única, ultrapassada na modernidade, parecemos estar à procura de referências e sempre nos espreita o risco de lançarmos mão de uma resposta de tipo totalizante, um saber total, para aplacar este vazio que a queda do poder da religião, do patriarcado e da moral vitoriana nos legou. A medicalização generalizada parece vir ocupar um lugar de tamponamento deste vazio. O termo medicalização não se aplica unicamente a prescrição generalizada de medicamentos como forma de lidar (ou não lidar) com o sofrimento psicossocial. Mas refere-se ao afã prescritivo: prescreve-se disciplina, formas de pensar, de agir, de estar no mundo, enfim, ignorando a singularidade que constitui cada ser humano.

Quando não sabemos o que fazer com uma criança que nos interpela, recorremos, via de regra, unicamente ao discurso médico, que pode aliviar nossa angústia ao classificar e medicar prontamente. Esta classificação vem, frequentemente, a ocupar um lugar identitário: “Eu sou deprimida, eu sou bipolar, eu sou TDAH”. (E note-se que não são diagnósticos dados necessariamente por

médicos, ou profissionais das áreas da saúde, mas por qualquer pessoa que se julgue bem informada!) “Eu sou Asperger”, é a primeira coisa que escuto de um menino de 9 anos, quando entra em meu consultório, recentemente. Frases que não raro aparecem na função de uma apresentação e mostração de si, vindo antes e até mesmo em substituição ao próprio nome, à filiação ou a outras informações pessoais com as quais o sujeito possa vir a se apresentar e falar de si. Assim, a generalização e o anonimato, portados pelo diagnóstico, vêm no lugar da singularidade e da nominação do sujeito. Ou será que o próprio uso do diagnóstico constitui uma tentativa de nominação, ali onde as funções de filiação e de identificação encontram-se problematizadas?

Um último comentário em relação ao universo escolar e seu apelo à medicalização da infância: penso que este apelo responde, por um lado, à dificuldade da escola em lidar com a infância e adolescência. O ideal da “criança engrenagem” (BALBO, 1992, p.17), ou do “aluno padrão”, levando a que, aquilo que sai fora do esperado, seja tomado como sintomático ou patológico. Mas é sintomático da criança ou da escola? Se for da criança, cabe ainda nos perguntarmos: é sintoma de infância ou sintoma infantil? E, sendo da escola, cabe se perguntar se é sintomático na medida em que a escola não consegue lidar com a infância, ou no sentido de que é a própria escola que está produzindo o sintoma na criança? Neste último caso, a dificuldade da criança poderia estar sendo uma reação do sujeito a um sintoma institucional.

Por outro lado, a adesão a esse discurso da medicalização da infância denota, às vezes, um desamparo da instituição educacional, que se vê às voltas com os problemas e demandas da inclusão

escolar, sem contar com o apoio pedagógico necessário, sem espaços para o aparecimento e a acolhida das angústias inerentes a este trabalho, sem uma formação continuada e sem condições profissionais adequadas (em termos de salário, plano de carreira, incentivos ao estudo, etc). Assim, medicar e disciplinar a infância sem interrogar a instituição escolar e o social, aparece como uma solução conveniente que, se espera, irá extirpar o problema, sem que precisemos nos ocupar de refletir sobre nosso trabalho, nossos pressupostos éticos, educacionais e epistemológicos. Mas isto, longe de eliminar o mal-estar, amplia-o, e torna-se evidente que, ao aumento da medicalização das crianças, corresponde igualmente uma maior procura, por parte dos próprios professores, por tratamentos exclusivamente medicamentosos para tentar aliviar seus problemas emocionais ou angústias em relação ao trabalho e ao viver, num círculo vicioso, tanto interminável, quanto estéril.

REFERÊNCIAS:

BALBO, G. Demanda e Transferência. In: *Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Educa-se uma Criança?* Ano III, Nº 7. Porto Alegre: APPOA, agosto de 1992.

BERNARDINO, L.M.F. *As Psicoses Não-Decididas da Infância: Um Estudo Psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

CORSO, M. Dificuldades Inerentes ao Tratamento da Psicose. In: *Correio da APPOA: A Clínica Psicanalítica*. Nº 77. Porto Alegre: APPOA, março de 2000.

FREUD, S. (1917) Conferências Introdutórias sobre Psicanálise. Parte III: Teoria Geral das Neuroses (especialmente a Conferência XVII – O Sentido dos Sintomas, e a Conferência XXIII – Os Caminhos da Formação dos Sintomas). *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JERUSALINSKY, A. Novos Apontamentos para uma Clínica Psicanalítica das Psicoses. In: *Correio da APPOA: A Clínica Psicanalítica*. Nº 77. Porto Alegre: APPOA, março de 2000.

TAVARES, E. O Brincar na Clínica com Crianças. In: *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre: Ato e Interpretação*. Ano VIII, Nº 14. Porto Alegre: APPOA, Março de 1998.

¹Texto elaborado para o V Encontro Clínico da CEIP.

²Psicóloga, Psicanalista, Membro da APPOA, Supervisora Clínico-Institucional do CAPSi de Santa Maria e de outros serviços de saúde mental. E-mail: iedaps@uol.com.br

Aconteceu na CEIP:

Em 28/06, o V Encontro Clínico da CEIP, que tratou da “Medicalização da Infância” com a psicanalista Ieda Prates.

Em 09/08, o I Interclínicas de Psicologia, evento que reuniu estagiários e coordenadores das clínicas-escola de Psicologia da cidade. O propósito do evento foi discutir o funcionamento desses locais e problematizar questões referentes à clínica no meio universitário.

Próximos eventos

No dia 9 de novembro, será realizada a IV Jornada Clínica da CEIP, que vai tratar do corpo na clínica psicanalítica.

IV Jornada da CEIP

O CORPO
na clínica

Dia 9 de novembro de 2013
no auditório do Centro de Ciências Sociais e Humanas - CCSH:
Florianópolis, 1184, 2º andar, Santa Maria, RS.

Inscrições:
CEIP - Clínica de Estudos e
Intervenções em Psicologia:
Florianópolis, 1750, térreo,
Santa Maria, RS.

Apoio:
UFSM
CCSH
DAPSI

Até 01/11:
R\$ 30 Acadêmicos
R\$ 40 Profissionais

Após 01/11:
R\$ 40 Acadêmicos
R\$ 50 Profissionais

Informações:
55-3220.9229 ou
ufsm.ceip@gmail.com

Patrocínio:

Organização:

Vagas limitadas.

Delícias da Serra
Alina Peixinho
Fones: (51) 9134-7934/9908-6182

Click
maria sarati

Clínica de Estudos e
Intervenções em Psicologia
UFSM

Design: aneliseceip@ufsm.br

Em 2010, a Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), realizou sua I Jornada, que desde então se tornou um evento anual.

Neste ano, a IV Jornada Anual da CEIP apresenta como tema “O corpo na clínica”. A interrogação “O que é um corpo?” foi tomada como ponto de partida, permitindo discussões iniciais que fomentaram a investida no tema. A ideia do evento é poder problematizar os modos como o corpo se apresenta no contexto clínico. Dessa forma, a equipe CEIP o convida a fazer parte das discussões, a serem realizadas no dia 09 de novembro de 2013.

Desta forma, a equipe CEIP convida-o a fazer parte das discussões que se produzirão.

Mais informações pelo e-mail: ufsmceip@gmail.com ou pelo telefone: (55) 32209229.