

1. Introdução

“é preciso aproximar-se da verdade e olhar uma criança como ela é. A invenção pode vir antes ou depois, mas não se deve reinventar uma criança o tempo todo: é preciso deixar ser.”

Celso Gutfreind.

A capacidade de se surpreender. Foi assim que compreendi Freud em alguma de suas definições sobre sua atividade na clínica e, de algum modo, isso parece ter sido decisivo em minha escolha não só pela clínica psicanalítica, mas pela clínica com crianças. A ideia de me aventurar pelo universo infantil partindo da própria infância e da criança como personificação desse infantil que não desabita o adulto já havia aparecido antes mesmo da escolha pelo curso de graduação em psicologia. Aparecera no desejo adolescente de talvez cursar medicina na expectativa pela pediatria. Firmara-se no prazer das brincadeiras e lembranças de infância, no cuidado dos pequenos da família e num certo “você leva jeito com crianças” afirmado por essas experiências e pelas palavras dos que me cercaram.

Em setembro de 2009, após concluir a graduação, saio de minha cidade, São Luís, em direção ao Rio de Janeiro em busca de novas experiências que me propiciassem iniciar a prática clínica sem, no entanto, me sentir tão desamparada nesse trabalho. Início dois cursos: o mestrado em psicologia clínica pela PUC-Rio e a especialização em Psiquiatria e Psicanálise com crianças e adolescentes no IPUB/UFRJ. Estava lançado o desafio!

Quando começo a receber os primeiros casos para atendimento durante o curso de especialização, percebo de imediato o quão complexo se configurava aquela clínica: a clínica com crianças e adolescentes. Se o período da infância é encarado como um momento de constituição e constantes remanejamentos subjetivos, que lugar teria uma psicanálise de crianças? Por que motivos, pais,

responsáveis – ou, muitas vezes, a escola ou o pediatra – solicitam um tratamento psicológico para uma criança?

A experiência nesta clínica tem nos mostrado que essa pergunta básica consiste em um aspecto fundamental ao exercício da psicanálise de crianças. Uma condição primordial para que alguém procure ajuda psicológica reside na existência de algo da ordem de um sofrimento psíquico capaz de interferir em diversas áreas da vida das pessoas. No caso das crianças, é muito comum casos de perdas familiares, mudança de cidade ou escola, separação e/ou brigas dos pais, violência doméstica, exigência de alto desempenho escolar, social ou no esporte, nascimento de irmãos, doenças, etc., provocarem sintomas que mobilizem os pais ou responsáveis a procurarem ajuda para suas crianças.

O fato de a criança precisar ser levada ao psicanalista, ou seja, da demanda inicial pelo tratamento vir dos pais ou responsáveis, pode caracterizar um primeiro obstáculo, caso a criança não reconheça como questão as queixas levantadas pelos pais. Por outro lado, não raro as crianças conseguem nos comunicar logo na primeira sessão os motivos que a levaram ao tratamento. Lembro-me de um garotinho de 6 anos de idade que atendi no SPIA/IPUB, cuja queixa de agitação e agressividade o impedia de frequentar a escola e outros espaços sociais. No primeiro atendimento, brincando desesperadamente com uma bola de silicone que não parava de brilhar disse praticamente chorando: *“eu preciso ter o controle, eu preciso...como faz pra parar? Eu não consigo parar?”*. Seu sofrimento era óbvio.

Outro fator inerente à clínica com crianças refere-se ao atravessamento da transferência dos pais em relação ao analista. Embora o paciente seja a criança, se o analista exclui os pais/responsáveis do tratamento, dificilmente o trabalho com a criança poderá avançar. Sem uma escuta dos pais, pode-se dizer, o tratamento da criança pode ficar seriamente comprometido, já que a criança encontra-se em relevante conexão com as relações familiares e muitos dos seus sintomas estão articulados a essa dinâmica primeira com os pais e familiares próximos.

Desse modo, o analista de crianças trabalha com diversas frentes de demandas e sintomas. Quando em entrevista, os pais começam a relatar a história da criança, contam também a sua própria história, o modo como vivenciam suas funções materna e paterna, as fantasias que permeiam o lugar que aquela criança ocupa em suas vidas. Não se trata de meramente colher informações que nos

possibilitem criar um saber sobre aquele pequeno sujeito que aceitamos em análise, mas de oferecer um espaço de escuta aberta para que as angústias parentais possam ser moduladas e uma aposta de minimização do sofrimento da criança possa ser feita. Além disso, não podemos esquecer que o papel do adulto no tratamento da criança, como diz Rosenberg, “não se dá apenas ao nível do mundo fantasmático, mas entra, sim, ao nível da realidade, com todo seu peso: deles depende o pagamento, o respeito aos horários, a interrupção do tratamento, a mudança de analista, etc”. (Rosenberg, 2002, p.52).

Como sabemos, a partir do ensino de Lacan, o nascimento do sujeito enquanto ser de linguagem se torna possível na medida em que a criança, mesmo que ainda não tenha alcançado o “ouro” da articulação verbal, é falada pelos outros que a circundam e, portanto, não escapa do campo simbólico que a determina enquanto sujeito. O sujeito, para a psicanálise, é aquele que através do trabalho discursivo tenta ordenar questões tão importantes quanto organizadoras do campo humano: a origem, a sexualidade, a morte (castração) - temas que mobilizam o funcionamento psíquico.

Ainda que Freud tenha destacado as limitações da criança quanto às condições para uma prática psicanalítica com esta clientela, ele foi sensível em reconhecer que a realidade psíquica da criança não difere da dos adultos. O caso do pequeno Hans (Freud,1909), parece confirmar as suas teses sobre o conflito edípico como estruturador do psiquismo. Dessa forma, o psiquismo se organizaria em torno destas questões, e o surgimento de certos sintomas tão característicos da infância “antes de constituírem entidades psicopatológicas, expressam um momento da organização psíquica”, e são na visão de Freud, tentativas de responder às experiências da sexualidade infantil. (Santa Roza, 1999, p 104).

Em suas recomendações, Freud já dizia que “uma das reivindicações que a psicanálise faz em seu favor é, indubitavelmente, o fato de que, em sua execução, pesquisa e tratamento coincidem” (1912, p.152). De fato, pode-se dizer que a clínica suscita investigação, pesquisa e construção de um texto sobre a experiência. Amparada na ideia de que a escrita destes questionamentos suscitados na clínica, muito mais que um exercício de teorização, serve para pôr em funcionamento o próprio fazer clínico, resolvemos iniciar esta pesquisa nos perguntando: 1) Se o período da infância é considerado um momento de

constituição, de que modo surgiu um espaço para a criação de uma clínica psicanalítica com crianças? Como as especificidades do psiquismo da criança e a própria questão da formação do sintoma foram tratadas pelos teóricos?; 2) Se reconhecemos no trabalho clínico a importância fundamental do adulto que se responsabiliza por autorizar e acompanhar o tratamento da criança, além de toda a rede de relações familiares a qual a criança está implicada, que lugar dar a esses pais/responsáveis no tratamento da criança? Que tipo de espaço eles podem/devem assumir, e como esta questão aparece no campo teórico?

Entendendo que o processo de análise de uma criança sempre repercute na dinâmica dos pais e familiares, de modo que, atualmente, um psicanalista de criança não pode estar indiferente a esses movimentos, resolvemos aprofundar nesta pesquisa de mestrado, questões sobre a presença e implicações dos pais ou responsáveis no tratamento com crianças.

A fim de chegar a tal questão, estruturamos o trabalho da seguinte maneira: Na primeira parte procuramos delimitar das noções de infância e infantil para a psicanálise partindo da obra freudiana. Extremamente sensível às transformações suscitadas pela modernidade, Freud foi surpreendido pelo relato recorrente de experiências infantis em sua clínica com pacientes adultos neuróticos. De que criança falavam?, ele se pergunta. Descobre então, a partir da clínica, uma série de significações que iam de encontro ao ideal social que se havia construído sobre as noções de infância, criança, infantil. Como afirmou posteriormente, “toda neurose em um adulto é construída sobre uma neurose infantil” (1918[1914], p.106), pois que toda criança arranjará meios de lidar com as experiências de desamparo, com os enigmas da sexualidade, da origem e da morte.

Desse modo, antes de chegarmos ao ponto em que o reconhecimento desses sintomas na infância abre espaço para o surgimento de uma clínica específica, retornamos aos textos freudianos que tratam sobre a articulação entre o funcionamento psíquico e as vicissitudes da economia libidinal nos sujeitos. A partir da ideia de corpo pulsional, veremos que Freud chega à formulação de que aparelho psíquico possui uma tendência ao *prazer*, pois trabalha para que o mínimo de excitação seja mantido, já que o aumento desta é experimentado como desprazeroso, desorganizador do psiquismo. Veremos como as concepções de

desamparo e angústia foram articuladas na teoria freudiana sobre psiquismo, de modo que a instalação primordial de mecanismos para lidar com a angústia, para além de serem própria da constituição do sujeito, justificavam a existência de uma clínica com crianças.

No terceiro capítulo traçaremos os caminhos da teoria freudiana que possibilitaram o nascimento da clínica com crianças. Partindo do relato clínico de Freud (1909) sobre a análise da fobia em um menino de cinco anos – o caso do pequeno Hans – notaremos que os diferentes modos de leitura do caso e da própria teoria freudiana irão originar modos distintos de operação clínica.

O debate entre as autoras mais importantes na instalação de uma clínica psicanalítica com crianças, Ana Freud e Melanie Klein, como veremos no quarto capítulo, demonstra o quanto foi difícil e polêmica a construção deste campo. De outro modo, embora Freud tenha apontado a influência dos pais na formação dos sintomas da criança, veremos que as teorias clássicas das pioneiras nesta clínica não incluem de maneira mais efetiva tal discussão.

Com as contribuições de Winnicott acerca do surgimento do espaço subjetivo na criança a partir da relação com o outro ambiental, inaugurado pela figura materna, veremos certa modificação nas concepções de atendimento à criança. A escuta desse outro cuidador passa a ser fundamental no trabalho clínico. É o que perceberemos, também, nas clínicas de Françoise Dolto e Maud Mannoni. Inspiradas no ensino de Lacan, estas duas psicanalistas francesas irão abordar a entrada dos pais no tratamento da criança como aspecto fundamental para o desenvolvimento do trabalho clínico.

No último capítulo, discutiremos de modo mais efetivo a questão da inserção dos pais no tratamento psicanalítico de crianças. A partir dos teóricos trabalhados no capítulo anterior, veremos como tal tema era vista no campo clínico e de que modo cada um tratava o problema da presença dos pais na análise dos pequenos. Recortamos, ainda neste capítulo, três casos clínicos de crianças atendidas por mim durante o período em que estive no curso de especialização no IPUB/UFRJ, para ilustrar como a inclusão dos pais é importante no atendimento de crianças ao mesmo tempo em que pode dificultar ou ainda impedir a continuidade do trabalho, caso o analista encontre dificuldades em manejar a transferência com os mesmos.