

O pé esquerdo do academicismo¹

sobre bebês, psicanálise e Estimulação Precoce

Julieta Jerusalinsky

-“O quê? O senhor submeteu criancinhas à análise? Crianças com menos de seis anos? Isso pode ser feito? E não é muito arriscado para as crianças?”² – É a questão pela qual Freud se encontra interpelado. Realizamos, a partir deste suposto diálogo, um salto no tempo:

De 1926 passamos ano 2000. Estamos, em lugar de um suposto vagão de trem, na cabine de um avião 747. Depois de 4 horas em vôo lotado é praticamente inevitável a conversa com o passageiro ao lado. Invariavelmente surge a pergunta pelo *metier* de cada um. A conversa, que se mantém sem muito lugar a surpresas e flui por palavras como “clínica” ou “psicanálise”, freqüentemente se detém diante da aparição do nome “Estimulação Precoce”. Em diferentes circunstâncias, é suficiente dizer que *se trata de trabalhar com bebês e pequenas crianças que apresentam problemas quanto ao seu desenvolvimento*.

No entanto, esta resposta costuma remeter o interlocutor mais interessado a outras perguntas: “Mas os bebês... têm problemas? Quero dizer... desculpe, não me entenda mal, mas é possível ter problemas tão cedo na vida? E afinal, há algo que um terapeuta possa fazer com um bebê?”

Se quase 80 anos depois a interrogação situada por Freud geralmente não apresente tanta virulência ao se tratar de crianças em idade escolar, ainda insiste quando diz respeito a bebês e pequenas crianças. Por isso, talvez valha a pena deter-se a pensar na insistência dessas perguntas que o leigo nos dirige.

Certamente, elas indicam que Estimulação Precoce, apesar de já contar com pelo menos 30 anos de intervenção em hospitais, clínicas, creches e berçários, ainda é uma disciplina que está fazendo sua inscrição no Social.

Mas, para além dessa evidência, elas reproduzem na fala do leigo algumas das questões que, mesmo quando silenciadas, estão presentes nos ambientes científicos e fazem resistência à detecção e à intervenção precoce. Quantas vezes recebemos em tratamento crianças pequenas com sintomas francamente instalados cuja orientação recebida pelos pais foi a de esperar para “ver se o tempo resolvia”? Tal orientação é efeito de uma concepção na qual o desenvolvimento de uma criança é tomado na ordem do espontâneo, sem perceber o enlace fundamental que este faz com o circuito de demanda e desejo do Outro Primordial.

Antônio sofreu uma anoxia perinatal que os médicos avaliaram como de boa evolução. A partir dos dois meses, a mãe começou a perceber certas condutas atípicas em seus movimentos corporais e a temer que estivesse um pouco atrasado em relação à produção de outros bebês da mesma idade. Comunicou sua desconfiança ao pediatra, que a qualificou como infundada, pura “preocupação de mãe”. Com três meses e meio a preocupação da mãe é finalmente validada por uma pediatra amiga da família que aconselha procurar um neurologista para esclarecimento diagnóstico. Nos exames realizados (incluindo tomografia) não constam alterações que, no entanto, são evidentes no exame clínico. A neurologista indica então tratamento fisioterapêutico.

O tratamento aparentemente estaria encaminhado. A mãe, no entanto, começa a apresentar sintomas que apontam a uma possível depressão. Quatro meses e meio se passaram desde o parto. É então que recebo Antônio e sua mãe

Antônio apresenta certa hipotonia de tronco e hipertonia de membros que dificultam seus movimentos. Tem, no entanto, constituída a linha média no armado postural, dirige seus braços a objetos de interesse, tem integração de esquemas cognitivos como olhar, pegar e chupar os objetos que interessam, apresenta balbúcio dirigido a outras pessoas e sorriso social³. Demonstra, porém, desgosto diante de qualquer mudança postural, como ficar de bruços.

A mãe se sente extremamente culpada pelo problema de Antônio. “Senti muita dor no trabalho de parto, me ofereceram a anestesia (peridural) e aceitei. A dor passou mas não conseguia

mais fazer força, foi aí que o problema aconteceu (...) os exercícios indicados pela fisioterapeuta tem que ser feitos com Antônio, mas eu não aguento... fico mal de ver ele chorando e vou logo dando de mamar. Exercícios, natação... é muita coisa para um bebê.” Queixa-se da falta de reconhecimento paterno em relação ao filho, situando a fala do pai - *“É tanto desgosto por este problema que não consigo desfrutar de bons momentos com Antônio”*- e da conseqüente dificuldade que encontra em sustentar “sozinha” certos aspectos que considera importantes na educação do bebê: *“Ele (o pai) me diz que eu faça como achar melhor. Eu acho que na idade dele já seria bom que dormisse sozinho no berço, só que não consigo deixá-lo lá, fico com pena.”*

Assim, o que era da ordem de um limite real no corpo (padrões tônicos alterados) se instalou como sintoma psíquico (desprazer na mudança postural). Enquanto a mãe, ao realizar qualquer nova oferta de sustentação postural ao seu filho o faz desde a concepção de que se trata de um “exercício” do qual o prazer fica de fora, Antônio encarna em seu corpo tal representação materna ao chorar diante da mudança postural.

O corpo de Antônio está num lugar de dor - a que a mãe não pôde suportar no parto e que retorna encarnada no corpo do seu bebê. Diante disso a intervenção fisioterapêutica continua a ler o corpo de Antônio pela via da técnica e, ainda que o fisioterapeuta em questão perceba que por alguma “obscura razão” Antônio *“não está evoluindo como seria de se esperar”*, a orientação recebida pela mãe é a de que *“os exercícios devem ser repetidos diariamente e que aulas de natação podem ajudar”*. O efeito que encontramos é que o saber materno sobre o corpo do filho fica cada vez mais acuado, ao ponto de só deixar o “dar de mamar” como possibilidade de articular prazer.

Trata-se de um recorte clínico que lamentavelmente tem elementos que se repetem nas histórias de diversos bebês e suas mães: em primeiro lugar, a falta de critérios claros que permitam aos profissionais que normalmente intervêm com bebês e crianças pequenas realizar detecção precoce e, em segundo lugar, os riscos de efeitos iatrogênicos que uma intervenção precoce pode surtir quando submete um bebê ao seu saber academicista.

Recentemente uma colega fisioterapeuta que trabalha com problemas do desenvolvimento desde um atravessamento da psicanálise colocava em uma reunião clínica⁴: *“Quando conto aos colegas de profissão como trabalho, eles me respondem: mas isto não é fisioterapia!”*. O curioso é que, ao relatar nosso trabalho com bebês e crianças pequenas na clínica dos problemas de desenvolvimento, mais de uma vez escutamos: *“mas isso não é psicanálise!”*.

De fato, quando diferentes disciplinas instrumentais, ao intervirem com bebês e crianças pequenas, restringem o foco de intervenção sobre o déficit funcional, o risco para a criança é o de que se percam de vista as incrições simbólicas necessárias (que não podem jamais vir do anonimato da técnica, e sim do desejo parental) para que uma função orgânica possa chegar a ser posta a funcionar para a realização do desejo⁵ (inicialmente sustentado pelo Outro primordial e, em um segundo momento, pela pequena criança). Enquanto se repetem incessantemente num sem sentido os movimentos reabilitadores dos diferentes membros afetados, o que se apaga da cena é a atribuição desse corpo a um suposto sujeito (o bebê). Daí a importância de que, em lugar de passivizar⁶ o sujeito, sustentemos a sua enunciação e sua apropriação do corpo a partir do que deseja fazer com ele, nem que apenas possa se manifestar, a princípio, desde um pé esquerdo.

Mas se esse é o risco que se apresenta ao intervir com bebês desde uma concepção puramente instrumental/reeducativa, no que tange a intervir apenas desde a psicanálise com bebês que apresentam problemas em seu desenvolvimento, não estamos menos pernetas. Também aí nos vemos obrigados a um “atravessamento”. Nessa clínica não basta apostar na eficácia simbólica do “levanta-te e anda”. Lançar mão de conhecimentos de diversas outras disciplinas que falem da legalidade do desenvolvimento e das características de suas patologias se faz importante para que, ao intervir, possamos armar a borda entre o alcance que uma lesão tem de orgânica e a limitação que se impõe desde a representação psíquica em que é tomada⁷.

É verdade que encontramos na história da Estimulação Precoce a presença de diferentes cortes epistemológicos, produzidos por mudanças nas concepções relativas à clínica –em relação à função do terapeuta, ao modo de intervenção, à finalidade clínica, ao lugar do bebê e ao lugar dos pais no

tratamento. Muitas destas concepções existem hoje em dia sob o mesmo nome de “Estimulação Precoce”. No entanto, se as simples questões “por que estímulo?” ou “por que precoce?” fossem dirigidas a cada uma dessas diferentes modalidades de intervenção com bebês, suas respostas seriam muito diversas entre si, como, de fato, o são suas intervenções clínicas.⁸

Mas já que estamos no campo não só da Estimulação Precoce, mas da borda que esta faz com a psicanálise, somos levados a nos interrogar: se não intervimos unicamente com a limitação orgânica que uma patologia impõe, mas com a representação simbólica e apresentação imaginária que assume, ao trabalhar com bebês, estamos intervindo com a representação psíquica de quem?

Aí vem o ponto, esta clínica não é só uma clínica sem divã -a clínica com crianças já é, por excelência, uma clínica sem divã-, mas, enquanto no brincar uma criança já tece ativamente suas próprias versões das marcas que sofreu passivamente, na clínica com bebês aquele que tomamos como paciente –o bebê– não está ainda de fato instaurado como sujeito.

Um bebê, diferentemente de uma criança, não está em posição de poder articular o futuro anterior do brincar⁹ pelo qual dá conta da desproporção em que se encontra por ser deparada enquanto criança aos ideais parentais. Brincar é claramente um sintoma que implica a resposta de um sujeito na infância.

Em bebês bastante pequenos (antes do estadio do espelho) encontramos que, inicialmente, o que podemos ler em suas produções são sintomas que recaem sobre o seu corpo (no armado psicomotor ou ritmos de sono-vigília, fome-saciedade, por exemplo) mas cuja representação se sustenta desde o Outro Primordial, não tendo inicialmente o caráter de formações do seu próprio aparelho psíquico. Poderíamos dizer que, quanto menor é a criança, menor é o “colchão significativo” mediador entre seu armado pulsional e o desejo parental. Poderíamos imaginar aí como metáfora uma dobradiça: inicialmente o armado pulsional de um bebê fica radicalmente pregado sobre a mestria do gozo materno e, à medida em que ele vai se constituindo, a dobradiça se estende, abre suas duas folhas, ainda que permaneça em articulação. Por isso, os sintomas apresentados por bebês se diferenciam dos das criancinhas (já um pouco maiores) cujos sintomas já se configuram numa inversão da mensagem parental (presente em fenômenos como o negativismo, por exemplo).

Quem escutamos então na clínica com bebês?

Muitas vezes se diz desta clínica que intervém na “relação mãe-bebê” ou na “escuta da dupla mãe-bebê”. Ao ler isso uma e outra vez me pergunto: será que essa suposta “duplicação da escuta” não seria uma tentativa de recobrir conceitualmente o buraco com o qual esta clínica nos depara ao trabalhar com um sujeito que de fato ainda não está instaurado?

Porque intervimos no interstício entre o que do sujeito já está antecipado na estrutura e do que nele ainda está se inscrevendo (podendo ser lido em suas produções) ou por se inscrever (comparecendo na posta em ato do discurso parental com o bebê). E no tempo dessa escritura não trabalhamos apenas com a função materna, pois, para que se constitua um sujeito, ainda que seja preciso um tempo de alienação, também é preciso um tempo de separação. A função paterna está extremamente implicada nesta clínica, certamente, em primeira instância, na sustentação que a lei (como instância terceira) tem para uma mãe. Mas também a clínica nos ensina que não é indiferente que haja um pai real que, para além das dificuldades presentes no bebê, o reconheça como digno de portar seu nome (por isso tampouco se trata de intervir com uma dupla).

Bom, a esta altura podemos pensar que, quando um interlocutor nos interpela a respeito da clínica em Estimulação Precoce dizendo “mas isso não é psicanálise”, não está de todo errado. É verdade, poderíamos dizer que não é só psicanálise, mas certamente é psicanálise também, já que, ao intervir no tempo das primeiras inscrições, apontamos a que se um bebê que ainda não é um sujeito “de fato” possa - para advir como tal- ser inicialmente suposto como sujeito “de direito”.

Em recente visita do psicanalista Isidoro Vegh para uma discussão sobre a intervenção em ato em psicanálise, tive a oportunidade de recordar um fragmento clínico:

Trata-se de uma menina¹⁰ de aproximadamente três anos que vinha se constituindo na psicose, apresentando fala e interação com os objetos extremamente empobrecidas e estereotipadas. A mãe de Mariana, perto da data de seu nascimento, perdeu sua própria mãe e entrou em depressão.

Na saída de uma sessão, quando estamos à porta do consultório, a mãe diz à sua filha, demandando-lhe que se despeça de mim:

-Diz tchau para ela, mãezinha! (“Mãezinha” era o apelido íntimo pelo qual essa mãe chamava Mariana, o que evidentemente aponta que esta menina padece justamente da não elaboração do luto materno em relação à perda de sua própria mãe).

Mariana olha para a mãe, me olha e finalmente abana para a mãe.

-Tchau para mim não, para ela! - a mãe retruca.

-Mas quem é a mãe aqui?- pontuo, tomando como ato interpretativo, e não como engano, a resposta da menina.

Ao que a mãe se surpreende e diz: -É, sou eu.

Como vemos, não se trata de intervir nem com a pequena criança, nem com os pais, nem com a dupla mãe-criança, nem com a tríade criança-mãe-pai. Ao que apontamos é a inscrever o sujeito que está se constituindo em seu justo lugar.

¹ O presente artigo foi também publicado no Correio da APPOA -Associação Psicanalítica de Porto Alegre- “Psicanálise, outros lugares para uma escuta”, número 83, setembro de 2000.

² Freud, Sigmund (1926), “A questão da análise leiga”, Obras Completas , pág. 244 , vol. XX, Edição Standard , Editora Imago.

³ Indicador descrito por Spitz.

⁴ Trata-se de uma discussão realizada em equipe interdisciplinar no CEPAGIA, Brasília.

⁵ Ver a este respeito Bergès, Jean (1988) “Função estruturante do prazer”, *Escritos da Criança*, número 2, Porto Alegre; Clínica Interdisciplinar Dra. Lydiá Coriat.

⁶ Opomos aqui a passividade própria da infância que logo se articula em um movimento pulsional que consiste em, por exemplo, “fazer-se olhar”, “fazer-se escutar”, “fazer-se pegar”, para uma situação na qual é simplesmente tocado, olhado, movido por outro que não abre a brecha para que o bebê possa devir como sujeito de desejo.

⁷ Ver a este respeito Bergès, Jean (1988) “Lesão real e lesão fantasmática”, *Escritos da Criança*, número 2, Porto Alegre; Clínica Interdisciplinar Dra. Lydiá Coriat.

⁸ Quando se provém da psicanálise, “estímulo” e “precoce” geralmente não resultam palavras muito confortáveis para nomear a intervenção com bebês. Mas é justamente por não resultarem confortáveis que elas nos põe a trabalhar para dar conta do modo em que se inscrevem em nossa clínica. Esta temática é abordada no texto A temporalidade na clínica de bebês (1999) Tese defendida no FEPI, Buenos Aires, Argentina.

⁹ A este respeito, ver:

Bergés, Jean (1997). *A criança e a Psicanálise*, Porto Alegre; Artes Médicas.

Jerusalinsky, Alfredo (1988). *Psicoanálisis en problemas del desarrollo infantil*, Buenos Aires: Nueva Visión.

¹⁰ Por mim atendida junto à equipe de Estimulação Precoce do Hospital Durand de Buenos Aires, Argentina.

*O presente artigo foi também publicado no Correio da APPOA -Associação Psicanalítica de Porto Alegre, Julieta Jerusalinsky, p.28 - 34, Correio da APPOA, Porto Alegre, n. 83, set. 2000