

Infância e psicanálise

Ana Silvia Espig Lang*

Alguém já disse esta coisa paradoxal, que *A psicanálise é a arte de ver com o ouvido*. Pois bem, desde os primórdios da psicanálise, Freud tinha como foco de atenção o infantil que se mantinha no adulto, e que podia ser encontrado nas raízes da neurose. Levou pouco tempo para Freud perceber a possibilidade e a importância do trabalho com crianças.

A teoria freudiana re-configurou toda idéia existente sobre a infância: havia uma infância antes de Freud e há outra após Freud. Nosso olhar sobre a infância sofreu uma abertura de sentidos sobre quem somos, como nos tornamos adultos, a importância dos primeiros anos da vida para a estruturação subjetiva.

A herança teórica de Freud é o que abre caminho para a prática psicanalítica com crianças, que hoje encontra-se completamente estabelecida e aceita. Maud Mannoni (MANNONI, 1985) chega a afirmar que a *“psicanálise de crianças é a psicanálise”*, sua afirmação aponta para a importância do trabalho realizado com crianças para até mesmo compreendermos a estruturação subjetiva e as psicopatologias, sua origem e seus desdobramentos.

Independente da faixa etária nosso instrumento de trabalho é o *inconsciente*: nossa tarefa é escutarmos em nossos pacientes o que eles procuram nos dizer para além das palavras e devolver-lhes um saber sobre si mesmos, um saber que eles detêm sem saber. Não cabe a nós julgá-los, aconselhá-los, opinarmos sobre as coisas, cabe a eles buscar a sua *verdade* pondo para trabalhar o *seu inconsciente*. É na análise que construímos um saber o que fazer com o inconsciente.

Frente a estas questões, me surpreendo ainda com a dúvida de algum colega questionando se além do trabalho com crianças, também atendo adultos. Quem trabalha com crianças, necessariamente atende adultos, já o contrário não é verdadeiro. Há diferenças nítidas na técnica e seus suportes teórico-práticos quanto ao trabalho clínico de adultos e de crianças.

Não guardo dúvidas de que a clínica com crianças exige mais do profissional. Em termos práticos diria mais flexibilidade, habilidade, paciência, maior conhecimento do desenvolvimento e do mundo simbólico das crianças; mas penso que exige principalmente uma boa preparação interna, subjetiva.

Françoise Dolto (DOLTO, 1985) afirmava que para um psicanalista de crianças se faz necessário *“uma grande familiaridade com o inconsciente”*, com isso compreendo uma análise pessoal profícua e profunda.

Dolto em seus seminários costumava fazer esse alerta: *“aqueles que postulam tornarem-se psicanalistas de crianças muitas vezes acreditam que é mais fácil do que atender adultos. Na realidade, é muito mais difícil”*. O trabalho com crianças guarda especificidades que complexificam a questão da análise, vou me deter em algumas destas características.

A especificidade da psicanálise com crianças consiste essencialmente na *presença física dos pais* na vida do analisando. É com o olhar do adulto que a criança se depara ao sair de nossos consultórios, muitas vezes suas interrogações, suas desconfianças, seus medos, descortinam a ambigüidade de qualquer tratamento. Não podemos excluir os pais. Leandro, com 3 anos, não gosta quando digo que está na hora de ir embora, se esconde embaixo da poltrona, faz biquinho e fica dizendo *“não quero a mamãe, não quero”*, quando consigo levá-lo, com muita conversa até a porta a mãe pega o menino e percebendo a dificuldade dele sair, diz *“ - Ana, você está me roubando meu*

* Psicóloga, Mestre em Educação pela UFRGS. Psicanalista, Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Ex professora no curso de Psicologia da UFAL. E-mail: celang2006@gmail.com

filho” e ri, vira para o menino e diz “Você não gosta mais da mamãe? Desse jeito eu vou ficar com ciúmes e não te trago mais!?” o menino sai correndo pelo corredor, fugindo “disso” tudo.

Numa análise de um adulto – sem grandes comprometimentos – sabemos que existe uma distância destes com seus pais, que podem até mesmo ocupar um lugar de destaque em suas fantasias, mas o recalçamento já agiu e o sujeito reconstrói suas lembranças da infância com sua parcela de idealização, tristezas, alegrias ou ódio. E nessa reconstrução o sujeito vai revisitar sua história e acertar suas contas. Na clínica com crianças, os pais estão presentes, suas transferências também.

Essa *múltipla transferência* é outro aspecto importante com que nos deparamos. Quando os pais chegam ao consultório para falar de seu filho já existe uma *transferência*, é a indicação de outra pessoa, a expectativa do que poderemos saber fazer, estamos no lugar do *sujeito suposto saber*, existe uma demanda a ser desvendada. A demanda tal como o sintoma sempre tem um sentido e uma finalidade. É papel do analista desvendar o que está encoberto neste pedido e neste sintoma.

Tomo emprestado a definição de sintoma de Volnovich:

“o sintoma é suporte e mensagem na criança da conflitiva individual, familiar e sócio-política-institucional, e constitui a essência de uma possível psicopatologia infantil.” continua ele *“a cura psicanalítica consiste em articular o sintoma com o desejo reprimido, o que é denominado desvendar o sentido, articulação através da qual é possível assumir a própria história.”* (VOLNOVICH, 1991, p.76)

Como bem nos situa o autor, um sintoma é um conflito referido a um outro, e assim sendo, no tratamento psicanalítico seremos testemunhas do deslocamento do sintoma (na transferência) de um significante a um outro. Isto ajuda a compreender melhor um fato bastante visível na clínica com crianças, quanto ao rápido desaparecimento dos sintomas iniciais, o que Volnovich chama de “curas defensivas” – o que não seria outra coisa senão a constatação da virada dentro do campo transferencial. Os efeitos cessam, mas não suas causas. A mãe de André me liga para marcar hora, diz que o filho de 7 anos, está se negando a fazer as atividades na escola, mandando muito nos adultos, não obedecendo, enfim ela quer que eu o atenda, respondo que estou sem horários no momento para iniciar um novo atendimento e posso encaminhá-la, ela diz que foi a avó de outro paciente que indicou, que tem que ser comigo, que ela espera, etc., e fica de me ligar dias depois, eu digo que não posso prometer disponibilidade até lá. Na semana seguinte a mãe do meu paciente me liga para pedir que eu atenda essa mãe e o filho, que ela precisa muito, que ela até se propõe a ceder um dos horários do filho para a ela, digo que não é possível abrir mão do horário do filho dela, que as coisas não funcionam assim, e que ela aguarde. A pressão continua, enfim, cerca de um mês depois, consigo horário para os pais de André, temos uma entrevista inicial longa, muito rica, onde consigo pontuar e trazer questões dessa família. O discurso dos pais aponta para um comprometimento da criança em relação a essa dinâmica familiar, marco um horário para trazerem o menino, no dia marcado chegam atrasados cerca de 20 minutos, a mãe entra junto, “porque ele é pequeno e não quer entrar sozinho”, depois deste encontro marco outro, que eles faltam, ligo para o celular da mãe e está desligado. Dois dias depois eles vem para a consulta no mesmo horário, só no dia errado. Remarco, não vem e nem ligam. Dias depois, telefono para a mãe, que me diz que o menino está bem melhor, que acha que o problema é dos adultos e que tem medo que “trazendo o menino transformar *ele* no problema” – e tece vários elogios ao progresso e melhora do menino. Pergunto a ela sua opinião no sentido de manter essa situação, ela diz que já mudou algumas coisas mas que haviam outras que estavam difíceis, proponho que conversemos mais sobre isso, ela acha ótimo, e no dia marcado, com 30 minutos de atraso, ela chega: com a criança... demanda de quem? Para quem? “O menino quis vir” diz a mãe. Quantas coisas já estão implícitas neste pequeno relato?

Retomo: uma criança não chega sozinha no consultório. O encaminhamento, a queixa, sempre parte de um terceiro, sejam os pais, ou apenas um deles, a escola, o pediatra, etc., e neste caso, a necessidade de avaliarmos nas entrevistas iniciais estes dois pontos: *de quem é a demanda e qual é a demanda.*

Nem sempre a demanda inicial é a demanda real, o cuidado de não permanecermos no material manifesto, analisando o que está latente neste pedido é uma das grandes diferenças entre a psicanálise e as psicoterapias.

Quando os pais chegam para pedir ajuda, percebemos um sentimento de impotência, de culpa ou fracasso, geralmente essas frustrações aparecem em seus comentários ou ações. Um pai que se encontra culpado seja pela doença do filho, seja pela sua própria doença.

Depois de delimitado o paciente, sendo mesmo a criança, converso com os pais sempre que existir uma demanda explícita ou implícita – ou seja, aquela que aparece através de certos “atos” – tais como: a falta de pagamento, o esquecimento do horário, deixar a criança esperando na saída, ligar para o analista para contar fatos da rotina, etc. Esta entrevista feita no decurso do tratamento deve ter a presença, ou pelo menos o consentimento da criança. Conforme a idade e a situação, há crianças que preferem não estarem presentes, nestes casos considero necessário um relato desta entrevista para o paciente. Mas, as entrevistas familiares no decurso do tratamento são feitas em geral pela demanda e com a criança. A mãe de Maria, 12 anos, me liga sempre que acontece alguma coisa que ela não gosta com a filha, sempre que liga pergunto se já falou sobre isso com a filha, e quando Maria vem, relato nossa conversa, tentamos juntas entender a postura da mãe e dela mesmo. Numa determinada situação a mãe da Maria pediu para falar comigo, eu disse que ia falar com Maria para ver o que ela pensava, e que caso concordasse era importante a presença de Maria na conversa, quando falei com Maria ela disse que “sabia o que mãe queria dizer e que achava que se a mãe quisesse falar sobre isso que procurasse uma psicóloga para ela” – Maria conseguiu nesta situação – após um ano de acompanhamento, falar o que realmente pensava, o que é complicado para a criança e o adolescente, por uma série de motivos. Neste caso, o que ela pontuou foi a importância de mantermos o espaço dela para ela, sua fala certamente foi motivo para muitas associações pessoais.

Ressalvo uma diferença: no que diz respeito ao tratamento de crianças psicóticas. Nestes casos as entrevistas familiares são fixadas com hora marcada, porque nestes a questão do enquadre é sempre essencial em função de uma norma, uma Lei, de tempo e de espaço, à qual tanto os familiares como o analista deve se ajustar.

Numa análise o psicanalista está ali para servir à transferência das pulsões do passado, ou seja, para fazer ressurgir aquilo que permaneceu enterrado e que ainda causa problemas atualmente, e para advir aquilo que nunca teve lugar no curso do desenvolvimento, por não ter sido falado, colocado em palavras. Portanto, seu trabalho concerne ao imaginário, aos fantasmas, e não à realidade. Não tem um papel reparador ou tutelar.

No caso da clínica com crianças seu caráter pulsional associado à sua fragilidade, sua estruturação subjetiva ainda em jogo, pode despertar no adulto (analista) afetos recalcados ligados a sua própria infância. E as reações podem ser muitas vezes de natureza moralizadora ou tutelar.

Todos os profissionais que lidam com crianças e suas famílias em algum momento se sentem convocados a mostrar uma posição frente a alguma situação – até mesmo de risco – para o paciente. Os pais nos colocam em muitos momentos como testemunhas, buscando nossa autorização frente a suas atitudes, e considero, em algumas situações, necessário lembrar-lhes alguns princípios educativos que eles parecem ignorar; por exemplo, conselhos de firmeza para aqueles que deixam a criança fazer tudo; mostrar o quanto um limite pode ser reconhecidamente necessário e significativo para uma criança, até mesmo como um sinal de amor. Ou quão negativo pode ser o efeito de um “não-dito”.

Muitas vezes no início de um tratamento sinto a necessidade de explicar alguns mecanismos psicológicos como, por exemplo, a natureza involuntária dos sintomas, ou os padrões de desenvolvimento característicos de algumas faixas etárias.

Nunca deixo de considerar os limites que alguns conselhos educativos possam ter, mas também considero o quanto esses podem ter uma significação importante, seja para manter a criança em tratamento ou na busca de abertura no discurso paterno, sempre com o cuidado de não valorizar ou corroborar opiniões preconceituosas.

Os motivos mais freqüentes que trazem os pais ao tratamento são os transtornos de

aprendizagem e de conduta. Atualmente cresce a queixa de uma verdadeira tirania que as crianças exercem sobre os adultos em geral, a dificuldade grande do adulto em lidar com os limites e com autoridade, crianças exigentes, voltadas para o consumo como objetos de gozo permanente. O lugar e a função da escola, as interações sociais, o mundo virtual, as famílias recompostas, são muitas as mudanças que constituem nossa sociedade atual, e que tem produzido mudanças na subjetividade em construção. A própria configuração sintomatológica nas crianças, revelada no discurso dos pais, aponta para a emergência das patologias do narcisismo, onde o elemento central é sustentar e suportar o gozo.

A relação adulto-criança sempre implica numa relação assimétrica - de autoridade; um psicanalista é um adulto e um adulto que se encontra num lugar de *saber* para os pais. O lugar do *saber* para uma criança é diferente do que para um adulto, Volnovich (1991) desenvolve a idéia da capacidade de *poder realizar* – que a criança atribui como uma característica onipotente do adulto, resultado de sua posição ainda dependente. Seguindo está linha de raciocínio, a proposta de que para as crianças o analista fica constituído na transferência como *Sujeito Suposto ao Poder*. Portanto, o que o analista deve manter como “suposto” é sua capacidade não só de interpretar, mas de oferecer os objetos que possam certificar essa condição de poder.

Na clínica percebo esse lugar de suposto poder que exercemos imaginariamente para as crianças em relação aos pais ou a escola. É comum o pedido de um paciente para intercedermos por algo que quer ou para evitar algum tipo de limite quaisquer. Esse pedido nos coloca no lugar de *suposto poder*, e não cabe a nós respondê-lo. Ao responder uma demanda estamos inviabilizando o trabalho de análise.

Quanto às peculiaridades da transferência na psicanálise de crianças, lembro que esta constitui um campo múltiplo onde estão envolvidas não só as crianças, mas também os pais ou responsáveis da criança. A transferência pode ser escutada nas queixas, nos lamentos e reivindicações destes, assim como quando estes somem e fica a impressão de que só a criança está no tratamento.

A transferência é múltipla, mas nunca tem um caráter de unidade; é comum divisões, enquanto um pai pode se encontrar em transferência positiva o outro pode estar em transferência negativa. Lidar com essa falta de unidade é um trabalho que exige muito do analista, mas acredito na impossibilidade de realizar um tratamento de criança desconhecendo a palavra dos pais ou de um de seus representantes, incluídos no nível transferencial em jogo.

Neste sentido se faz necessário na psicanálise de crianças a interpretação *na transferência* – e muitas vezes *da transferência* – na medida em que, estando constituída por um elemento imaginário, constitui um empecilho ao avanço do discurso, e é através da interpretação precisamente que se torna possível aproveitar o elemento simbólico presente em toda transferência.

Isto constitui o trabalho do analista.

Reconheço a enorme pressão por parte dos pais no sentido de uma terapia curta, eficaz, na qual eles – de preferência – mantenham-se apenas observadores e não atores; e se possível, com uso de medicamentos para acelerar o processo.

Pressa, resultados rápidos, diagnósticos e prognósticos definidos... isto tudo me faz pensar nas diferenças entre uma psicanálise e outras psicoterapias.

A maioria das psicoterapias se apóia numa concepção da pessoa baseada em conceitos da psicologia. A ênfase é colocada nas funções do ego e o trabalho é realizado essencialmente sobre os comportamentos. Nestes tratamentos o sintoma é colocado em primeiro lugar e seu desaparecimento é o principal objetivo; a *transferência* neste caso acaba funcionando como uma possante alavanca para o desaparecimento do sintoma.

Existem diferentes tipos de psicoterapeuta. Muitos o são sem sabê-lo. São esses adultos “amigos” a quem as crianças fazem suas confidências, avós, professores, tio, tia, motorista, etc.; adultos que não tem a mesma implicação que os pais no mal-estar da criança e por isso são mais imparciais. Não se consideram terapeutas, não tem essa pretensão, nem essa preparação, mas acabam cumprindo esse papel de guias para as crianças, ajudando-as a enfrentar seus problemas ou dúvidas. São pessoas movidas por “boa vontade”.

Não posso deixar de considerar o quanto uma pessoa nesta situação pode ajudar ou – ao contrário – prejudicar.

Mas, como dizia antes, existem diversos tipos de psicoterapeuta – entre os considerados profissionais – mas também se multiplicam práticas extravagantes. Inquietam-me principalmente as que dizem respeito ao campo de atendimento com crianças, devido ao favorecimento de danos psicológicos possíveis.

Recebi famílias no consultório completamente desestruturadas, angustiadas frente um agravamento do quadro, ao mesmo tempo receosas e ambíguas a um novo tratamento, descrentes quanto à possibilidade de uma melhora, após receberem diagnósticos mal-elaborados, interpretações selvagens, ou um longo período de tratamento, algumas vezes medicamentoso.

Existem tratamentos realizados por psicoterapeutas sem a formação necessária para enfrentar um conflito mais difícil, e que acabam por comprometer a estruturação subjetiva da criança, ainda em formação.

Para se dizer psicanalista é preciso em primeiro lugar ter passado pelo divã, e isso pode durar anos. Mas uma análise pessoal não é o suficiente, uma formação teórica também é necessária. O futuro analista costuma fazer um curso universitário, além disto, deverá fazer parte de um grupo que possibilite a formação psicanalítica, participando de grupos de estudo, seminários, cartéis, jornadas, apresentações clínicas, etc. Depois de vários anos de análise e de estudo em grupo, o futuro analista se autorizará, de acordo com as instâncias do grupo a que pertence, a tomar pacientes em análise. Deverá então prestar contas de sua prática clínica a um analista mais experiente; chamamos esses encontros de supervisão. A *super-visão* é de extrema importância para todos profissionais, porque possibilita um distanciamento e uma visão mais ampla do caso contando com o auxílio de um analista mais experiente; considero a supervisão clínica imprescindível principalmente para os psicanalistas de início de carreira, iniciantes na prática clínica.

É comum encontrarmos entre os pretensos futuros analistas, psicólogos – estudantes e profissionais – que já possuam alguma prática clínica e façam uso da teoria psicanalítica, autorizados pelo Outro (no caso a instituição universitária) a desempenhar sua prática, neste caso, o cuidado deverá ser redobrado, o interesse pela psicanálise não basta, entramos aqui num terreno mais delicado que diz respeito à ética profissional.

Penso a prática como uma conseqüência da teoria, teoria esta que funciona como um instrumento-avalista da prática, que, longe de ditar regras, lhe abre caminhos para perfilar melhor os acidentes de percurso.

Com o tempo e a experiência, sua prática produz efeitos no grupo, através de intervenções, publicações, supervisões, ou seja, os fenômenos de transferência ligados a relação analisando analista deslocam-se progressivamente para o grupo de trabalho: da *transferência para o analista* passa-se para a *transferência para a análise*, o efeito de seus avanços teóricos práticos surgem no coletivo, participando, assim, da *transmissão em psicanálise*.

Em síntese, a qualidade do psicoterapeuta ou psicanalista depende de vários fatores: do ponto em que se o sujeito se encontra no seu trabalho pessoal (psicanálise ou psicoterapia), de seu percurso teórico, e enfim, da qualidade de sua inserção no grupo que frequenta. São esses três pontos que diferenciam um profissional qualificado de um adulto de “boa-vontade”.

Referências.

DOLTO, F. **Seminário de psicanálise de crianças.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1985.

_____. **Seminário de psicanálise de crianças 2.** Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1990.

MANNONI, M. **A criança, sua “doença” e os outros.** 3ª.ed, Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1985.

VOLNOVICH, J. **Lições introdutórias à psicanálise de crianças.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1991.
