

O QUE INCOMODA DE UMA CRIANÇA?

Claudia Baeza Rosales¹

1 Psicóloga clínica pela Universidade Andrés Bello. Mestre em psicologia clínica de abordagem psicanalítica pela Universidade Adolfo Ibáñez e ICHPA. Formação em psicanálise de vínculo, grupos, famílias e instituição em Apsylien, França. Formação em Psicoterapia Institucional na Clinique de La Borde, França e nos dispositivos Casa Verdes de Françoise Dolto, França. Analista em treinamento no ICHPA. Mail: claudia.baeza.rosales@gmail.com

Resumo

O discurso da época e as lógicas contemporâneas funcionam classificando e rotulando tudo aquilo que não está do lado da norma e do que já está estabelecido. Hoje, a infância é atravessada por um mundo de rótulos e patologias, onde não há espaço para o subjetivo, onde tudo mostra o lado do sofrimento e a angústia passa a ser classificada como uma síndrome, desordem e / ou espectro.

Palavras-chave: crianças - infância - diagnósticos - constituição subjetiva

*“Onde a linguagem pára o que continua a falar é o comportamento”
Françoise Dolto.*

Do ponto de vista psicanalítico, falar de crianças é falar de processos e estruturação subjetiva. Noutras palavras, a criança é um psiquismo em construção, em estruturação, o que ocorre num contexto histórico-social específico e em relação a outros fundamentais. Os laços e relacionamentos que as crianças constroem com o seu ambiente dão origem a uma rede de experiências, onde a construção subjetiva está ligada e se origina destas, ou seja, de uma história. Nesse sentido, falar da infância é também referir-se ao universo simbólico, do singular e do plural, em relação à linguagem e aos discursos em que as crianças estão a formar sujeitos.

Pensamos a criança como um aparato psíquico em construção, Freud (1890), aponta que o eu é antes de tudo um “eu corporal”, que se constitui nos encontros com o outro, outro fundamental cuja função é cuidar o bebê e ajudá-lo a se proteger de estímulos externos e internos, por meio de “ações específicas” que possibilitarão a criação de uma barreira antiestímulo que lhe permitirá se defender de grandes quantidades de desprazer.

Aulagnier, (1975) propõe que, no início da vida, é a mãe, no seu papel de porta-voz, quem dá à criança certos enunciados identificadores que antecipam um eu que está por emergir. A mãe como dimensão da fala, que por meio dessas falas dá ao bebê a possibilidade de habitar um corpo e um psiquismo. Mãe que dá e oferece sentido ao filho, antecipando o advento do eu. Na sua função de porta-voz, então, dá origem a um ser falado, que então falará para si próprio.

Isso é o que o autor entende como uma sombra falada por outro. Outro que interpreta de acordo com o seu próprio desejo as necessidades do bebê, as necessidades biológicas e as necessidades psíquicas as quais posteriormente garantem a possibilidade da demanda.

Vista desta forma, a criança no princípio dependerá dos outros tanto para a constituição de um corpo quanto para a sua constituição psíquica e subjetiva. Entendemos aqui que o corpo biológico, o psiquismo e a subjetividade, estão e permanecerão ligados desde os primeiros momentos da vida. Seguindo Aulagnier, (1975) através dessa sombra falada, um pensamento, ação ou escolha produzida pelo desejo daquele que o impõe é imposto ao psiquismo dos outros, no princípio a mãe, que responde a uma necessidade em quem lhe é imposto, a criança, o que foi definido pelo autor como violência primária. É assim que se realiza a união entre o desejo de um e a necessidade do outro, dando origem à demanda. O que essa mãe vai interpretar do filho também está vinculado aos discursos que são ditos sobre esse filho. A partir daqui, entendemos que os discursos da época exercem importante influência na construção da subjetividade e dos vínculos.

Na atualidade, os diagnósticos, tratamentos farmacológicos e / ou classificações são justamente um discurso que encontramos em quase todos os aparelhos e instituições que trabalham com crianças. Tanto em creches como em escolas, as crianças são encaminhadas para profissionais especializados em “transtornos” do comportamento e da atenção, entre outros. Parece que vivemos num mundo de déficits ou excessos, onde há pouco espaço para diferenças e onde as crianças devem se adaptar às normas estabelecidas.

Iriat e Iglesias Rios (2012) propõem pensar essa questão a partir de uma categoria construída por Clake (2010): a “Biomedicalização” do sofrimento infantil, que destaca as profundas mudanças sociopolíticas, políticas e ideológico-culturais que vão transformando nossa sociedade. “A medicalização implica a expansão para o campo médico de problemas inerentes à vida. A biomedicalização supõe a internalização da necessidade de autocontrole e vigilância por parte dos próprios indivíduos, não necessitando necessariamente de intervenção médica”¹.

Muitas vezes, pais e familiares chegam à consulta profissional com seus filhos e saem, após uma ou mais sessões, com uma “criança autista, TDAH², depressiva, TOD³” e também com uma lista de medicamentos e de perguntas que provavelmente irão pesquisar na internet para entender o que se espera ou não para as crianças com as características atribuídas / diagnosticadas. A medicação costuma ser a única intervenção.

1 Untoiglich, G. (2013). “Na infância, os diagnósticos são escritos a lápis”, p. 61 ,, Buenos Aires, Noveduc

2 Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade

3 Transtorno desafiador de oposição

Então, na melhor das hipóteses, abre-se uma questão que você tenta pesquisar, ao mesmo tempo em que diz algo além desse diagnóstico. É nos casos em que se abre uma questão clínica e com ela a possibilidade de oferecer algo mais do que um rótulo, um caminho pré-construído e uma receita ou ordem médica.

Voltando à ideia da criança como sujeito em construção. O primeiro aparelho psíquico delineado por Freud, o da carta 52, é um aparelho mnêmico, um acúmulo de memória. Posteriormente, na medida em que o seu trabalho avança, Freud (1901) propõe que as percepções que nos atingem deixam no nosso aparelho psíquico um traço ao qual podemos dar o nome de traço de memória, cuja função é o que denominamos memória. Traço, que não poderia existir sem modificações permanentes do sistema. Portanto, memória sempre inacabada, pois como ela permanece é modificada com os traços do presente. O que viabiliza o trabalho analítico, pois, a partir disso, pensa-se na possibilidade de se construir um passado e, nessa construção, modificá-lo.

A partir daí, é possível perguntar o que acontece com esses diagnósticos que falam da criança sem parecer considerar os seus traços e memória? O que acontece com esses rótulos que muitas vezes se apresentam como fixos quando falamos de um aparelho psíquico modificável? E, por fim, o que acontece com os rastros que esses mesmos diagnósticos deixam no psiquismo da criança?

Uma das dificuldades que encontramos é aquela de que muitas vezes esses diagnósticos vêm para tentar responder a algo do ser daquela criança, operando como enunciados identificadores que preenchem de interpretações e significados a vida da criança e a relação com o seu ambiente. Se esses enunciados são os fundamentos da cena em que o eu aparece, eles têm consequências na construção subjetiva.

Nestes casos, a subjetividade, bem como o vínculo entre esses pais e esses filhos, podem ser prejudicados por se tratarem de rótulos que deixam a criança localizada no lugar da patologia, sem deixar espaço para pensar que esses comportamentos responderiam a uma espécie de sofrimento. Descobrimos que, atualmente, o que está do lado do sofrimento e da angústia não pode ser nomeado sem ser classificado num transtorno, um espectro, uma síndrome. Junto com isso, a lógica do mercado está a classificar, a patologizar os processos considerados fora da norma, os processos de luto, de angústia e a própria vida.

Seguindo Janin, (2004), sobre TDA / TDAH:

“Normalmente, os rótulos são colocados, reduzindo a complexidade da vida psíquica das crianças a um paradigma simplificador e biologizante. Em vez de uma psique em estrutura, em crescimento contínuo, em que o conflito é fundamental e em que todos os efeitos são complexos, pressupõe-se um “déficit neurológico” (p.13).

É preciso enfatizar que não é o mesmo fazer um diagnóstico para trabalhar o sofrimento de um menino ou menina, e de uma família, do que rotular e classificar com um nome que anule as queixas subjetivas. Quando um diagnóstico é feito com base apenas em comportamentos observáveis e não há procura pelas várias causas que podem estar por trás de certos comportamentos da criança, existe o risco de que o sofrimento da criança seja anulado e não resolvido, ou seja, os problemas que poderiam estar causando o desconforto na criança, se manifestam em comportamentos indesejáveis para os adultos.

Quando não há questionamentos que apontem para a criança na sua particularidade e acima disso é feito um diagnóstico, uma classificação que passa a dar conta da criança e do que lhe acontece, é muito frequente que o enfoque ou o problema só se coloque nos comportamentos das crianças, que para os adultos são difíceis de tolerar, sem permitir o desconforto da criança, sem levantar questões sobre o seu sofrimento; A que responderiam seus “acessos de raiva”? Poderíamos até perguntar: O que são as birras? Parece que no discurso coloquial elas têm um certo componente dessubjetivante.

Aulagnier, (1975), propõe que grandes quantidades de desprazer podem provocar um desejo de desinvestimento, que viria então a desinvestir um órgão ou parte do corpo, ou algum elemento que esteja associado a esse sofrimento. A partir daqui, poderíamos nos perguntar se em alguns casos o que se entende por falta ou déficit, não pode estar vinculado a um tipo de sofrimento sustentado ao longo do tempo.

Por sua vez, Dolto, (1974), apontou que uma criança com dificuldade de aprender está envolvida na sua capacidade de curiosidade, além de fazer perguntas, e muitas vezes porque há algo “não dito” dentro da família, algo que se escondeu da criança e que está na base de muitos sofrimentos infantis, mais tarde podem manifestar-se como certas dificuldades na capacidade de aprender.

Janin, B. (2003), “Crianças desatentas e hiperativas”, TDA-TDAH: reflexões críticas sobre o transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade. Noveduc, Buenos Aires, 2014.

Winnicott, (1965), propõe que quando o ambiente deixa de oferecer suporte emocional e físico, quando ocorre essa falha no cuidado, a criança pode ser invadida por intensas quantidades de angústias que se manifestarão na forma como a criança se conecta com o mundo que o rodeia. É possível apontar que hoje encontramos uma infância superdiagnosticada com tratamentos que visam eliminar os sintomas infantis. Fazemos parte de uma sociedade com a primeira infância medicalizada e também somos testemunhas na consulta, que muitas vezes as crianças são apanhadas num diagnóstico que exclui a questão pela subjetividade, pela história particular daquela criança e, justamente, se algo nos ensinou a clínica e a psicanálise, é que se apenas silenciarmos o sintoma na infância, ele pode eclodir na adolescência, porque os conflitos continuarão ainda na base.

Se estamos diante de uma criança que se mexe muito ou que fala sem parar ou, ao contrário, diante de uma criança que parece ausente, teríamos que nos perguntar: O que pode estar afetando essa criança que não pode assistir, conectar ou se interessar pela realidade externa?

Há necessidade daquela criança que se move muito para atrair a atenção dos pais? Existe dificuldade em investir na realidade externa? Ou estamos diante de uma criança onde há excesso de processos psíquicos primários, o que implicaria em dificuldade de relacionamento com o mundo externo?

Diante da criança que não aprende na escola, por exemplo, haveria algo de “não dito” que lhe impedisse de se questionar sobre a sua própria história e, assim, gerar questões que envolvem a curiosidade, elemento necessário para a aprendizagem?

A respeito disso Freud, em “Além do princípio do prazer”, argumenta que a criança tenta dominar o desagradável por meio da repetição, mas quando a experiência desagradável não pode ser vinculada a outras representações pode produzir um transbordamento instintivo. Se a criança não tem outra pessoa que possa limitar esses movimentos de energia e ajudá-la a construir essa barreira anti-estímulo, para fazer uma diferença, nos encontraremos com crianças sobrecarregadas.

Diante disso, Gisela Untoiglich (2012) menciona que o que exatamente não ocorre é encontrar o sentido para aliviar o paciente, quando o sintoma ou fenômeno é concebido apenas como uma categoria, dificulta a possibilidade de vincular o que foi desvinculado.

Em relação a isso, podemos pensar que aí quando a palavra não estava, quando a linguagem cessa, como diz Dolto (1987), as crianças falam por meio do seu comportamento e isso mostra um tipo de sofrimento psíquico, algo que em certas circunstâncias impede parar, que deixa o corpo desamarrado ou que pode, em alguns casos, deixar a criança na ausência do olhar e da fala.

É preciso, então, questionar-nos sobre os diagnósticos precoces, questão que vem ganhando força como se fosse uma contribuição necessária e legítima para classificar tudo o que escapa do que é considerado “normal” desde a primeira infância. Questionando-nos que um diagnóstico precoce pode correr o risco de que ao invés de aceitar o sofrimento infantil, venha a obstruir o processo de constituição psíquica daquela criança, atuando como um enunciado identificador que o reduz a um rótulo, deixando-o com um caminho pré pensado por ele, pré-fixado àquilo que se diz ser, predispondo os pais a desejar apenas um caminho possível para aquele filho e esperando que ele também responda a este. Interpretações que a mãe ou os seus adultos também poderiam fornecer, a partir desse diagnóstico, deixando as crianças amarradas e ajustadas a uma classificação que não está a serviço da escuta do verdadeiro desconforto subjetivo daquela criança e daqueles pais ou cuidadores.

Mara tem 8 anos e chega à consulta com diagnóstico de TEA. Ao perguntar à mãe sobre sua filha, ela responde: “Como ela é ASD, ela não respeita as regras”, “ela não olha para você, porque é ASD”, “o médico me disse que talvez esse acesso de raiva não fosse melhorar, porque como ela tem um ASD”.

Como esse diagnóstico contribui para essa menina e essa família, além de impossibilitar a mãe de pensar nela além desse rótulo, que neste caso tem funcionado como o que vem responder a todas as dúvidas sobre essa menina, sem deixar espaço nem para ela desejar algo diferente para Mara? Onde interroga-se sobre as causas subjacentes do seu sofrimento? Poderíamos pensar que a ajuda dirigida à criança, além de estabelecer um diagnóstico, tem a ver essencialmente com o interesse pela história subjetiva daquela criança, entendendo em que contexto ela se estabeleceu e em que modos de relação ela transita. A partir disso, pode se pensar nos seus interesses, na história do seu nascimento, no lugar que você ocupa dentro do sistema de parentesco, o que ser menino ou menina pode ou não significar para sua mãe, pai, avós, para o seu grupo familiar. É importante pensar então a infância, como um tempo de construção psíquica e subjetiva. Ao mesmo tempo que é uma instância onde se instalam os rastros que vão constituir a memória, onde os outros são fundamentais. E, a partir daí, questionarmos os efeitos do sobrediagnóstico e da supermedicalização da infância.

Referências bibliográficas

- Aulagnier, P. (1975). A violência da interpretação.

- Dolto, F. (1974). Psicanálise e pediatria. México: Editores Siglo XXI.

- Freud, S. (1901). Psicopatologia da vida cotidiana. O.C. Vol VII. Amorrortu, Buenos Aires, 2006.

- (1920). “Além do princípio do prazer”. O.C. Vol. 18. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

- Janin, B. (2003). “Crianças desatentas e hiperativas”, ADD-ADHD: reflexões críticas sobre transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade. Noveduc, Buenos Aires, 2014.

- Untoiglich, G. (2013) e outros. “Na infância, os diagnósticos são escritos a lápis: a patologização das diferenças na clínica e na educação”. Buenos Aires, Noveduc, 2019.