

# A PANDEMIA ¿FOI EMPOBRECIDA NOSSA CLÍNICA?

Lic. María Inés Pastore<sup>1</sup>

1Lic. em Psicologia, Psicanalista,  
Membro da Área da Infância de  
Asappia, Vice-Presidente de Asappia.  
licpastore@gmail.com

Na área da infância da ASAPPIA pensamos a clínica psicanalítica a partir da perspectiva de Silvia Bleichmar e Jean Laplanche que abordam a obra de Freud, tentando resgatar aqueles conceitos fundamentais que permanecem válidos, para dar conta das enfermidades subjetivas do presente.

A grande contribuição da psicanálise tinha sido a descoberta da sexualidade infantil e sua caracterização: anárquica em seus inícios, não subordinada ao amor de objeto, operando ao longo da vida como um valor irreduzível tanto para a autopreservação quanto para sua articulação com o fim biológico determinado: a procriação.

Na clínica com crianças, é a partir do diagnóstico metapsicológico, que definimos a possibilidade de instalação do dispositivo analítico, já que que nosso trabalho se desenvolve durante o que chamamos de tempos lógicos de constituição do psiquismo. Muitas de nossas intervenções constituem o que chamamos de intervenções subjetivas, apontando á produção dos reordenamentos necessários no psiquismo infantil.

Um dos eixos fundamentais da prática psicanalítica sempre foi relacionado ao enquadramento, aquilo que, seguindo Laplanche (1987) chamamos a balde, e que nesta perspectiva permite o desdobramento da transferência, entendida como a formação do inconsciente.

Transferência que transcende o que Freud (1893/1912) definiu como clichês amorosos postos em jogo em relação à pessoa do médico, englobando também o desdobramento da pulsão, a sexualidade em um sentido mais amplo, a sexualidade paragenital. Atualmente a humanidade é afetada por uma pandemia. Os analistas como sujeitos e a nossa clínica não estamos isentos do seu impacto disruptivo, o que nos tinham levado a implementar grandes mudanças em termos de configuração e desenvolvimento da nossa prática.

A partir desse cenário, nos perguntamos: Como dar continuidade aos tratamentos e práticas que temos realizado? É possível a análise de forma remota?

A virtualidade, modalidade que já existia de forma incipiente, apresentou-se como a ferramenta possível e necessária para dar continuidade a nossa tarefa.

O grande impacto da pandemia gerou, no primeiro momento, uma diversidade de respostas dos analistas, provavelmente decorrente da tentativa de metabolizar o que estava acontecendo: resistência a esse tipo de trabalho, a negação das diferenças e a idealização do virtual. Livros, artigos e atividades científicas proliferaram para pensar na atenção virtual.

Em alguns casos, com mais cautela, começaram a trabalhar atentos aos efeitos que essa mudança produzia na clínica.

Também nos pacientes houve reações mistas: alguns interromperam suas análises; outros tomaram-se um tempo antes de retomar, em alguns casos aceitaram mas apenas por chamada, e muitos deram a bem-vinda às aplicações para fazer videoconferências ou videochamadas.

A Internet passou a ser uma parte importante do enquadramento do dispositivo analítico, levando-nos a perguntar-nos sobre várias questões: problemas de conectividade, a olhada, a segurança e privacidade das sessões, os papéis de parede ou o espaço visível e suas características, começaram ser tópicos de interação com nossos colegas. Trabalhar cada um em suas casas gerou questões sobre o intrusivo, a presença de outras pessoas (incluindo animais de estimação).

Em alguns casos, permitiu-nos visualizar modos de funcionamento familiar, que tal vez não tinham sido visíveis no discurso de nossos pacientes no atendimento presencial. Perdeu-se também um certo véu de intimidade: pacientes que faziam suas sessões de pijama, fazendo trabalhos domésticos, comendo e/ou tomando café ou mate durante as mesmas.

A pesquisa de espaços privados levou alguns a tomar suas sessões em seus carros, ou dar um passeio para ter privacidade.

Uma questão importante tinha relação com a privacidade das sessões: como preservá-las fora da privacidade que as paredes do escritório nos proporcionavam.

Começamos então a pensar sobre o significado simbólico do espaço e das paredes do consultório. É possível pensá-lo como parte das paredes daquele balde que Laplanche (1987) propõe como lugar onde se estende a transferência? Muitos começaram a argumentar que a moldura deveria realmente ser pensada como a “moldura interna do analista” que permite que dar continuidade ao dispositivo analítico.

Outra questão que se tornou visível é a importância do corpo como presença e seu significado na sessão, o corpo como presença continente, o corpo como portador de significados inconscientes, o corpo como aquilo que, em nossa perspectiva, é o protagonista do processo de humanização, enquanto é através do cuidado corporal que o adulto implanta a pulsão.

Em particular como analistas de crianças, na área da infância fomos levados a pensar sobre as múltiplas dificuldades na clínica, que acompanharam essas mudanças.

No caso das crianças menores, tivemos a necessidade de que os pais participarem da sessão para a preparação dos materiais e uso dos dispositivos. Relembramos então o que foi afirmado por Melanie Klein em “A técnica psicanalítica do jogo: sua história e seu significado”:

“... Cheguei à conclusão de que a psicanálise não deveria ser feita na casa da criança. Pois descobri que, embora ela precisasse muito de ajuda e seus pais tivessem decidido que eu deveria tentar a psicanálise, a atitude da mãe em relação a mim era muito ambivalente e a atmosfera geral hostil ao tratamento. Mais importante, descobri que a situação de transferência - a pedra fundamental do procedimento psicanalítico - só pode ser estabelecida e mantida se o paciente for capaz de sentir que o consultório ou a sala de jogos, incluído toda a análise, é algo diferente de sua vida doméstica diária. Pois apenas em essas condições ele pode superar sua relutância em experimentar e expressar pensamentos, sentimentos e desejos que são incompatíveis com as convenções usuais e, no caso da criança, que sente que estão em contraste com muito do que foi ensinado.” (Klein, M., 1955, p. 10).

É difícil lograr que os pais aceitem a privacidade da análise da criança e que, quando estão presentes, não assumem uma atitude educativa em relação às manifestações deste, sendo inibido em sua capacidade de expressar livremente suas fantasias no jogo.

Ao mesmo tempo, temos nos questionado sobre a possibilidade ou não de realizar determinadas intervenções no modo virtual, devido à possível presença dos adultos. Por exemplo: uma garota que retoma sua terapia virtualmente após uma primeira interrupção. Na primeira sessão, ela é observada muito excitada e desorganizada em seu funcionamento. Na sessão seguinte, fica evidente a presença de um adulto atrás da câmera, o que gerou uma grande inibição no seu funcionamento.

Em algum ponto, as paredes do consultório se tornam nas bordas, os limites do balde. Lugar, espaço em que o inconsciente pode ser estendido, o sexual do sujeito é sustentado pela neutralidade benevolente e garantido pela confidencialidade do que ali acontece.

Sonho e situação analítica seriam uma forma de deixar jogar o desejo inconsciente, sem o controle do “eu” (o que propõe a regra fundamental) Os investimentos de “eu”, no estado de vigília, fazem que os desejos inconscientes estejam controlados em todos os momentos, impedidos de passar, censurados.

Na análise das crianças, o jogo equivalente da associação livre, é o espaço onde os desejos inconscientes se desenvolvem sem risco. ¿Isso é possível na sessão virtual? A presença ou proximidade dos pais inibe essa expressão?

Outro fator a considerar é o tempo da sessão, principalmente quando se trabalha com crianças pequenas e com deficiência. Começamos a observar que muitos não toleravam a sessão de 45 minutos frente à tela.

Nos perguntamos antes: ¿é possível a situação analítica no modo virtual? ¿Ou estaremos diante da situação de que somente podem ser realizadas intervenções analíticas, como propõe Silvia Bleichmar (1993), aguardando que seja possível a instalação de uma análise?

Antes disso, abrimos outra pergunta: ¿O que define uma situação analítica?

O específico não é uma situação inter-humana como tal. É a própria situação da análise, indissociável de seu método, e que a coloca em determinada posição, única, em relação a um determinado objeto concebido como real por Freud: o inconsciente, as pulsões, ou mesmo a sexualidade.

O enquadramento permite que reescrever, organizar e excluir.

As regras que a estruturam marcam um limite que estabelece um espaço para que algo ali venha a constituir-se.

A determinação dos modos de intervenção se assenta na perspectiva metapsicológica que requer a um processo de investigação centrado tanto no reconhecimento da estrutura do aparelho psíquico em questão, como nos determinantes históricos que conduziram a seus modos de organização e conteúdos específicos.

Hoje é necessário incluir as características da virtualidade na definição desses modos de intervenção.

A título de exemplo, relatarei as vicissitudes do tratamento de uma criança iniciada em forma presencial e que foi atravessado por várias situações disruptivas, incluindo a pandemia e o consequente isolamento social preventivo.

G. atualmente paciente de 6 anos, que iniciou tratamento em 2019 por problemas de comportamento e atraso de linguagem.

Durante 2019 G. teve uma boa evolução. Se havia trabalhado com ele individualmente e com seus pais em entrevistas de orientação.

O vínculo entre os pais era muito conflituoso, já que eles costumavam ter discussões fortes, sem prestar atenção à presença dos filhos.

A mãe indiferente e invasiva tratava G. como um adulto, usando uma linguagem difícil de entender para a criança, e dava explicações muito extensas.

O pai resistente à terapia, oferecia uma versão de G. oposta à da mãe. Sua atitude em relação a ela era distante e geralmente em desacordo.

No início de 2020, pouco antes de começar a primeiro nível, sua mãe diz que o pai de G. está fazendo estudos médicos por dores muito fortes nas costas e que os resultados não estão dando certo. Ela sugere que entre a adaptação à escola e as consultas médicas está muito complicada e não poderá trazer a criança por algumas semanas.

Logo a Pandemia e a quarentena são declaradas. Continuo o contato por telefone e por mensagem com a mãe, quem me diz que o pai de G. tem diagnóstico de câncer grau 4, com prognóstico muito ruim.

Tento iniciar sessões virtuais com G. quem parece muito animado, não tolera ficar frente da câmera, a borra e a gira permanentemente. A mãe entra e sai de tudo o tempo e o repreende. A irmã mais pequena de G. entra permanentemente, conversa com a mãe e G. e quer ver o que eles estão fazendo.

Resolvo começar a trabalhar com a mãe, quem relata situações caóticas do dia a dia. Numa das entrevistas observo que ela vai ao banheiro para conversar em busca de privacidade, mas as crianças também entram lá todo o tempo sem que ela se pronuncie a respeito.

Seu discurso é de vitimização, só que ela parece estar sofrendo, com raiva do marido e seus pais por que não colaboram com o cuidado dos filhos. Ela tenta forçar todo o tempo a participação do pai de G. na terapia sem ter em conta seu estado desvitalizado como consequência das sessões de quimioterapia.

Começo a trabalhar com ela para organizar espaços e tempos individuais, e tentar que ela visualize também o sofrimento dos outros, principalmente do seu marido que vive com a ideia da morte o tempo todo.

É preciso trabalhar também o desconforto das crianças, que certamente estão atentas a tudo o que acontece ao seu redor.

Era necessário explicar-lhe por quantas perdas e situações ameaçadoras está passando G. Ele comenta que as crianças brigam muito e que G. bate a sua irmã mais pequena e ela lhe diz que “a uma menina não se leva a pancada”.

A virtualidade nos permite ver a dinâmica dentro da casa e da família de nossos pacientes. Isso me permitiu ver que embora G. às vezes se tornasse agressivo com sua irmã, ela invadia permanentemente seus espaços, destruía suas coisas e tinha uma relação preferencial com seu pai.

Então, foi necessário marcar a necessidade de uma regra para ambas crianças, e deixar explícito que “não se bate”, o “não se incomoda” etc. devia para ser dirigido a ambas crianças.

Também sugeri tentar criar espaços diferenciados para as duas crianças, por exemplo, no quarto de cada uma, onde pudessem ficar a sós com suas coisas. Propus construir uma espécie de casinha ou barraca onde G. pudesse entrar com seus brinquedos e que lhe permitisse implantar ali o jogo que queria, como uma membrana protetora dos estímulos.

Um dado significativo é o uso do espaço na casa. Dada a possibilidade de cada criança tem seu próprio quarto, num primeiro momento, a mãe as colocou juntas em um, e no outro montou uma sala de jogos. Então, por insistência do pai e minha sugestão, ela colocou cada um em um quarto. Em pouco tempo ela os juntou novamente dizendo que precisava de uma mesa para ter suas sessões e que G. tivesse suas aulas, até que finalmente ela foi capaz de aceitar a necessidade de G. De ter seu próprio espaço.

A mãe só conseguiu construir a casa no quarto da menina; no quarto de G. só colocou uma tenda, mas fechada, afirmando que não havia espaço para abri-la. Tampouco aceitou em montar algo improvisado a modo de tenda com um cobertor.

Quando a mãe mudou a disposição dos móveis do quarto de G., ele conseguiu criar um espaço entre sua cama e a janela, usando sua cama como linha divisória do resto do quarto e da porta de entrada.

Em seguida, ele começa a desenvolver um jogo mais organizado, com super-heróis lutando todo o tempo, com forças extraordinárias. Às vezes são transformer, sempre brigando e em geral são os bandidos os ganhadores. Ele parece se identificar com eles e os visualiza como mais fortes.

Ultimamente, ele brinca que há uma arma, que quando um deles a toca, se converte em mau. Ele dramatiza seu jogo com os bonecos e às vezes com o próprio corpo. A mãe sempre presente, tenta mudar a argumentação de seu jogo, para que os bons ganhem.

Durante todo esse tempo, se foram fazendo intervenções analíticas com o objetivo de ordenar e preparar o campo, aguardando o restabelecimento da atenção presencial no qual seja possível constituir o dispositivo analítico para trabalhar com G em sua vida pulsional y fantasmática, com a garantia da confidencialidade que exige este tipo de intervenção.

Acredito que atualmente nossa clínica é levada a fazer um trabalho em andamento, pois é preciso dar continuidade às nossas práticas enquanto nos questionamos e tentamos responder às mudanças que fomos obrigados a fazer.

“A situação analítica é feita de situações de ausência e simbolização, de contenção e de Versagung (rejeição e estado de rejeição). Desta forma, ela é uma réplica, uma reedição da situação original ... Também conhecemos cada vez mais o jogo e a dosagem, muitas vezes perigosa, trabalho de dissociação que, pelo algum tempo ao menos, funciona segundo o princípio da pulsão de morte, e a necessária remontagem, a necessária preservação dos limites, incluída a prótese temporária de um eu fraco. O corpo da análise, o quadro ou o setting como se diz, não desempenha sua função de manutenção se não é habitado pelo corpo do analista. A atenção, antes de estar igualmente em suspenso, é presença atenta, atenção, até mesmo atenções de um corpo. E somente falo aqui das análises relativamente clássicas dos neuróticos. Por isso, também chamarei minha atenção antes de tudo sobre o outro aspecto, o que chamo as frustrações, rejeições ou mesmo a neutralidade analítica.” (Laplanche, J., 1987, p. 269).