

Psicopedagogia, Desempenho e Psicanálise: Interlocação sobre a prática clínica

Psychopedagogy, Performance and Psychoanalysis: Dialogue on clinical practice

Marcia Souza Gerheim¹

DOI: 10.51207/2179-4057.20250039

Resumo

Psicanálise e Psicopedagogia Clínica articulam-se a fim de gerarem subsídios a nossa prática profissional. O campo, com material suficiente para ressignificar as contribuições dessas associações, é composto de anotações feitas pela Autora durante os atendimentos de quatro adolescentes e três adultos, realizados de modo remoto em sua clínica particular na cidade do Rio de Janeiro nos anos de 2021 a 2023. A atitude investigativa que acolhe essas demandas se orienta pelo método clínico característico dos estudos de caso, pois permite a exploração e a descrição de complexidades não generalizáveis. O conjunto de dados qualitativos agrupados registram queixas de sujeitos que sofrem por não se perceberem capazes de atingir o alto desempenho prescrito nas instituições de ensino ou na esfera do trabalho. Suas demandas pelo trabalho psicopedagógico são originadas por formulações feitas pela escola, pela família ou por si próprio e se baseiam na suposição de que aqueles capazes dessa *performance* são mais bem sucedidos nos estudos e na profissão. O olhar clínico que acompanha esses atendimentos observa que escuta, diálogo, desenhos, jogos e outras atividades desenvolvidas conjuntamente trabalham para aumentar a compreensão sobre o nível simbólico da queixa que equiparamos ao sintoma. A expressão do mundo imaginário, excluído e não reconhecido, conduz o que está na dimensão da realidade cultural e na instância do inconsciente para a segurança da relação transferencial. Possibilitada essa emergência da ordem simbólica e desejante, a manifestação dos significados atribuídos define os contornos singulares das sintomáticas e dos processos de aprendizagem e desenvolvimento de cada um.

Unitermos: Psicopedagogia. Psicanálise. Prática Clínica. Trabalho Psicopedagógico. Desempenho. Aprendizagem.

Summary

Psychoanalysis and Psychopedagogy work together to provide support for our professional clinical practice. This essay presents a fieldwork with sufficient material to reframe the contributions of these associations, which consists of notes taken by the author about the online sessions of four adolescents and three adults at her private clinic in Rio de Janeiro from 2021 to 2023. The investigative approach that addresses these demands is guided by the clinical method characteristic of case studies, as it allows for the exploration and description of complexities that cannot be generalized. This qualitative data groups the demands of individuals who suffer from not perceiving themselves capable of achieving the high-performance standards prescribed in educational institutions or in the workplace. Their demands for psychopedagogical work originate from formulations made by the school, family, or self-directed. They are based on the assumption that those capable of this performance are more successful in their studies and careers. The clinical perspective that accompanies these sessions observes that listening, dialogue, drawings, games, and other joint activities work to increase the understanding of the symbolic level of the demands which involve complaints equated with symptoms. The expression of the imaginary world, excluded and unrecognized, guides what exists in the cultural reality and unconscious dimensions to the security of the transference relationship. Once the order of the symbolic and of the desire has emerged, the manifestation of the unique attributed meanings outlines the contours of symptoms, learning and development processes for each one.

Keywords: Psychoanalysis. Psychopedagogy. Clinical Practice. Performance. Development. Learning.

Trabalho realizado em clínica particular, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Conflito de interesses: A autora declara não haver.

1. Marcia Souza Gerheim - Psicóloga; Psicopedagoga; Mestre em Psicologia - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Avaliação - Faculdade Cesgranrio; Pós-graduada em Psicopedagogia - Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Introdução

A prática clínica que se situa no campo da Psicopedagogia pode receber sujeitos que sofrem com questões relativas ao desempenho escolar (ou acadêmico) e que buscam no trabalho psicopedagógico alívio para o seu mal-estar. Essa demanda possivelmente traz uma dificuldade ou problema de aprendizagem. No caso da dificuldade encontramos referência a aspectos externos, tais como: a família, a escola (ou faculdade), os relacionamentos sociais. Quando nos deparamos com um problema de aprendizagem, o corpo e o organismo do aprendente também estão envolvidos.

Em ambos os casos, a avaliação diagnóstica irá orientar o trabalho psicopedagógico e as diferentes medidas terapêuticas que poderão ser propostas. Entre essas, está a intervenção psicopedagógica que busca “levar o sujeito-aprendiz a construir a sua aprendizagem de forma autônoma [e ciente do seu ‘poder de aprender’]” (Weiss, 2015, p. 11). Os instrumentos e procedimentos que tal ação vai utilizar são de extrema relevância e alvo de várias investigações. Outra possibilidade de ação combina a escuta, o diálogo, os jogos, os desenhos e outras alternativas em sessões terapêuticas focadas na dificuldade com a aprendizagem ou com o desenvolvimento profissional.

Assim sendo, o trabalho psicopedagógico é terapêutico nos moldes criado por Sigmund Freud, quando se abstém de propor soluções universais; debruça-se sobre experiências singulares; e, cria um campo dinâmico, amplo e capaz de abrigar a atitude clínica propícia para que o inconsciente de um se corresponda com o inconsciente de outro (Freud, 1933/1976c). A viabilidade dessa relação terapêutica com caráter humanista é indicada por Bettelheim (1982) como um modo eficaz de se observar e intervir nos sofrimentos da alma humana.

Esse viés humanista também é observado no campo da Educação quando o processo de aprendizagem é considerado uma tendência natural para a qual todo sujeito tenderia. Uma inclinação para o saber (Fernández, 2001) que visa a satisfação das necessidades; que sofre desvios ao longo da trajetória; e, que é atravessada pelo contexto no qual se

constitui. O conhecimento sobre esse conjunto de elementos - que compõem o desenvolvimento de cada um - possibilita a melhor compreensão das demandas que nos chegam no âmbito da clínica.

No contexto da sociedade civilizada (Millot, 1987), as instituições de ensino são portadoras das diretrizes culturais circundantes. Dessa maneira, temos que cada instituição de ensino propaga o alto desempenho como um ideal. Por mais humanistas que sejam os valores que declara; ali se exalta (direta ou indiretamente) a excelência e a constante superação de si mesmo. Ou seja, a partir da mais tenra idade, essas instituições propagam o alto desempenho como o padrão adequado para a construção subjetiva dos processos de aprender e se desenvolver. Em alguns casos, o resultado pode ser gratificante. Porém, em muitos outros, trata-se de uma maratona de desafios que se mostra destrutiva na perspectiva da construção da saúde psíquica do sujeito-aprendiz. Portanto, enquanto alguns alcançam o desempenho esperado, muitos não conseguem atingir as metas e se tornam parte do quantitativo de alunos que tiram notas ruins, fazem recuperação ou repetem de ano. Tornam-se motivo de preocupação ou adultos que levam para a vida profissional uma impossibilidade de desenvolvimento. Eventualmente, procuram o serviço de Psicopedagogia, pois temem a reprovação e a não inserção no mundo do trabalho; ou, desconfiam que sua baixa *performance* se deve a um possível problema com a aprendizagem que está oculto e pronto para ser revelado por uma avaliação psicopedagógica que poderá lhe conceder uma classificação diagnóstica.

Nesse contexto, os imperativos para que todos transcendam as suas condições (biológicas, sociais, culturais e históricas) a fim de alcançar o alto desempenho correspondem às expectativas de uma super *performance*, mas contrastam com a alta prevalência da dificuldade para aprender que tem sido repetidamente verificada e quantificada (Rotta et al., 2016).

Nesse sentido, afirma-se a relevância da temática que aqui apresentamos e que pode ser constatada pela incidência com que sujeitos que sofrem com

o seu desempenho têm buscado a nossa clínica psicopedagógica. Em associação a sua questão com a aprendizagem, eles revelam a autopercepção de que são incapacitados, falhos, vergonhosos, preguiçosos, menos valiosos, pouco inteligentes, inaptos para vida e, até mesmo, não merecedores de estarem vivos. Muitos relatam também que, em sua história pregressa, alcançaram pouca ou nenhuma compreensão sobre sua problemática.

Assim, o trabalho terapêutico de aumentar a compreensão sobre o nível simbólico (inconsciente) de tal sintomática delinea-se com o objetivo de gerar subsídios que contribuam para o melhor atendimento da demanda daqueles que sofrem com queixas de baixo desempenho e que solicitam atendimento psicopedagógico.

A disposição investigativa que se volta para tal quadro parte de indagações teóricas que se entrelaçam com experiências vividas na prática da clínica particular da própria autora. E, é norteadada pela questão: quais são as contribuições que a Psicanálise traz para a Psicopedagogia Clínica no que tange à lida com essas queixas de baixo desempenho?

Para responder a essa pergunta, definimos que o objetivo geral deste ensaio reside no estabelecimento de algumas contribuições que a Psicanálise traz para a Psicopedagogia Clínica. Especificando o objetivo desse enquadre, extratos de alguns casos clínicos são relacionados às práticas e conceitos oriundos do campo da Psicanálise, tais como: *escuta flutuante*, *inconsciente*, *transferência*, *contratransferência*, *desejo* e *sintoma*. Nessa orientação, um olhar clínico é direcionado para a compreensão do sofrimento que é engendrado subjetivamente e que permeia a elaboração intersubjetiva envolvida no trabalho psicopedagógico.

Psicopedagogia Clínica e Psicanálise

Na década de 1970, Jorge Visca trouxe para o campo da Psicopedagogia a intersecção entre os saberes da Psicanálise, da Psicologia Social Operativa de Pichon-Rivière e José Bleger e da Epistemologia Genética de Jean Piaget (Barbosa, 2012). Em publicações, cursos e palestras concedidas no Brasil, o professor argentino se referiu amplamente a Freud

e a outros estudiosos da psicanálise, tais como Bion. Na trilha que se seguiu, Alicia Fernández (1990) reafirma que a Psicopedagogia Clínica é um campo de saber que tem fundamentação teórica em conceitos estabelecidos pela Psicanálise. Para a psicopedagoga, conceitos como o de *inconsciente* e de *transferência* subsidiam o entendimento da situação clínica. Assim como, a prática psicanalítica da *escuta flutuante*, deve ser adotada no trabalho psicopedagógico, pois é fundamental para o estabelecimento de uma relação terapêutica.

Em termos de procedimento, Freud (1912/1976a) recomenda que a escuta flutuante receba todos os enunciados do(a) paciente com a mesma atenção, receptividade, abertura e disponibilidade. Ou seja, o(a) psicopedagogo(a), na função de terapeuta, deve conceder o mesmo grau de importância a tudo que é dito pelo paciente. Vasconcellos (2018) reforça o caráter diferenciado que essa escuta deve ter e recomenda que o terapeuta dê um intervalo entre a fala do cliente e a sua. Isso significa um tempo de abertura para o outro, um espaço para o silêncio operante. Desse modo, renuncia-se ao lugar do especialista detentor do saber que tem as respostas rápidas para que se possa receber a demanda clínica como uma construção particular de um sujeito em diálogo com seu terapeuta.

A magnitude que tais conceitos da Psicanálise têm para a situação clínica é reforçada por Zenicola (2007a, p. 184) que reafirma o trabalho psicopedagógico (com os referenciais teóricos da transferência, da contratransferência, entre outros) como aquele que “transforma a relação do aprendiz com o mundo” e atravessa “a leitura de mundo do psicopedagogo”. A autora ressalta ainda que, junto aos conceitos de *inconsciente* e *transferência*, a Psicopedagogia Clínica deve observar o conceito psicanalítico de *desejo* para compreender o processo de aprendizagem. Sobre isso, afirma que, ao longo desse processo e de toda a nossa existência, os desejos são inscritos em dois planos simbólicos: um objetivo e outro subjetivo. O primeiro é o plano da realidade objetiva da cultura na qual nascemos inseridos. O segundo, é subjetivo e abriga o desejo que se inscreve na instância do inconsciente; e, se inaugura

a partir do desejo do outro (que alimenta, protege e cuida do bebê humano). Assim, o desejo nasce no âmbito de cada sujeito, mas é forçosamente incluído em uma realidade que é construída pelo homem – portanto, plena em objetos, criações e costumes. E “[o] ingresso nessa realidade é feito pela mediação do outro, cujo olhar inaugura a possibilidade do ingresso no mundo simbólico da cultura, ou seja, no mundo do *pai*, que é o mundo da lei e da ordem.” (Zenícola, 2007b, p. 55).

De acordo com Barbosa (2012), a prática psicopedagógica assume um olhar clínico quando exige do aprendiz uma postura ativa para que uma relação terapêutica seja estabelecida por meio da fala, de jogos, de movimentos, etc. Em outras palavras, o olhar clínico postula o aprendizado como um processo subjetivo que se dá sob o engajamento do desejo do aprendiz-sujeito. Pressupõe a aprendizagem como um processo contínuo, pois que, “[a princípio, aprendemos] para sobreviver; a seguir, para nos relacionar e para atender à demanda do outro; e, finalmente, para atender aos nossos próprios desejos.” (Zenícola, 2007b, p. 55).

Portanto, o processo contínuo de aprendizagem (em crianças, em adolescentes e em adultos) sofre com as interferências que incidem sobre o desejo. O surgimento do desejo e o processo de aprendizagem no bebê está completamente imbricado no desejo daquele outro, que geralmente é a mãe, com o qual há uma relação de dependência absoluta. Com o crescimento há o aumento da autonomia e das possibilidades que canalizam o desejo de saber. No adolescente, o espaço para a aprendizagem ganha autonomia e amplitude com a viabilidade do pensamento formal, abstrato e hipotético-dedutivo. O desejo de aprender que pode ser engajado por novos desafios é atravessado por grandes modificações no corpo, nas emoções, nas relações sociais. No adulto, por sua vez, o desejo e o processo contínuo de aprendizagem são afetados pelas demandas da sociedade e do mundo do trabalho. O engajamento do desejo do aprendiz-adulto é uma força motriz necessária para promover a sua “inclusão no mundo globalizado, complexo e competitivo” (Zenícola, 2007b, p. 77).

Nessa via, o encontro da prática psicopedagógica com os conhecimentos da Psicanálise oportuniza um olhar clínico para as intercorrências que afetam o desejo, o desenvolvimento subjetivo e o processo contínuo de aprendizagem. Ou seja, sem pretender alcançar um saber *a priori* que possa ser aplicado de modo universal, o(a) psicopedagogo(a), na função de terapeuta, chama o sujeito a assumir um papel ativo no trabalho psicopedagógico que promove a construção de uma compreensão sobre a sua situação.

Desempenho e demanda clínica

Centradas nossas considerações na junção entre o instrumental teórico e metodológico da Psicanálise no campo da Psicopedagogia, buscaremos ampliar as observações para refletir sobre a queixa relacionada ao fenômeno do *desempenho*. Na sociedade atual, existe uma dupla acepção para o termo. Desempenho pode ser entendido como um termo global no sentido de poder ser utilizado em diferentes registros, já que pode fazer referência a um resultado físico, intelectual, psíquico ou financeiro. Desempenho também pode significar uma ideia globalizada de *performance* que se dá de modo semelhante em diferentes países no mundo todo. Em comum a esses registros, há a ideia do desempenho como um ideal de positividade associado a ideia de mais eficiência, mais eficácia, mais otimização. O portador dessa boa *performance* é lançado ao patamar do mais elevado, do excepcional, do que é capaz de uma mobilização subjetiva de potencial ilimitado. E isso, em última instância, o habilita para enfrentar o mercado de trabalho globalizado e extremamente competitivo (Gaulejac & Hanique, 2015).

Por outro lado, observa-se que o ideal do alto desempenho característico da nossa sociedade é essencialmente paradoxal, pois traz em si condições mutuamente excludentes e inconciliáveis. Por exemplo, uma mesma pessoa pode se lançar em dinâmicas de alto desempenho que o exortam ao excesso (pelo alcance de uma *performance* cada vez melhor a despeito de qualquer ônus sobre o seu bem-estar subjetivo); e, em outro momento, se encontrar lançada à posição da falta (pela ausência de obtenção de um desempenho satisfatório ou

pela falta de possibilidade de se engajar em alguma oportunidade que gere desempenho). Ou seja, desempenho pode ser percebido como correlato a um sentimento de vitalidade, energia e criatividade revigorante ou como um registro da insuficiência e da falta (Gaulejac & Hanique, 2015).

Percebe-se que esse ideal do alto desempenho tem sido igualmente aplicado em diferentes áreas: no esporte, em uma linha de montagem fabril ou em uma sala de aula. Sendo que, nos espaços das instituições de ensino, o espaço destinado à educação é atravessado pelo sistema simbólico relacionado à lógica da produtividade constatável por indicadores numéricos. Nesse campo, o *desejo* dos sujeitos que ali transitam é inaugurado na realidade de uma cultura que valoriza os resultados alcançados pela *performance* individual.

É no entrelaçamento entre essa realidade socio-cultural e a instância do inconsciente que o desejo inaugurado coloca o processo de aprendizagem em movimento. E, se estabelece nos liames do plano simbólico da competitividade, da excelência, dos resultados quantitativos obtidos nas avaliações individuais e amplamente divulgados em *rankings*. Com isso, o sistema educacional restringe o espaço para o reconhecimento do desejo de cada um e afirma um. Afirma-se um cotidiano de práticas e discursos que substituem a virtude envolvida na enunciação e no diálogo sobre os próprios desejos. Sedimentam-se normas, ideologias, dinâmicas de funcionamento e valores que convergem com os alicerces da sociedade do alto desempenho. Simões et al. (2023) relacionam a ideologia escolar a uma expectativa social de desempenho ao afirmar que

Podemos localizar a ideologia escolar atrelada à ideologia social de exigência de produção constante e de destaque no mercado de trabalho. Chauí (2016) sublinha que há algo para além do discurso da educação, que se encontra enlaçado a ela, porém, simultaneamente, exterior a ela, pois está no campo do social. Na sociedade, afirma a autora, há uma ‘regra da competência’ a ser cumprida [...]. (p. 286)

Portanto, as instituições de ensino que balizam a constituição subjetiva de crianças e jovens destacam

o desempenho como um novo mandato do sucesso profissional que reproduz a suposição de que os sujeitos capazes de alto desempenho são mais bem sucedidos na aprendizagem e no mundo do trabalho.

Definido o contexto, lançamos o olhar clínico para demandas relacionadas às queixas de baixo desempenho acadêmico e/ou profissional. Esse olhar, afirma Fernández (2001), pressupõe a vocação psicanalítica que possibilita a emergência do plano subjetivo da ordem simbólica e desejanste. Nesse sentido, a queixa - antes de ser recebida como um sinal de enfermidade ou inserida no espectro das patologias da aprendizagem - é compreendida como indício de sofrimento subjetivo articulado ao sistema simbólico de uma determinada realidade da cultura na qual predomina uma lógica que valoriza os resultados financeiros e quantitativos da produtividade. Em termos psíquicos, isso implica em psicodinâmicas que nos levam à *identificação* com o ideal de alto desempenho pelos mecanismos de *introjeção* (dos ideais de sucesso profissional); e, de *projeção* (das qualidades desejáveis para si mesmo lançadas à noção de desempenho). Nesse campo, o sistema simbólico associado ao alto desempenho abriga sujeitos cooptados pela oscilação entre o engrandecimento e/ou o esvaziamento subjetivo que é característica da natureza paradoxal do ideal de alto desempenho.

Eventualmente, tomados pelo mal-estar e sofrimento, articulam uma demanda pelo serviço de Psicopedagogia Clínica (seja ela originada por formulações feitas pela escola, pela família e/ou pelo próprio sujeito). O acolhimento dessas demandas por um modo de *escuta* de inspiração psicanalítica procura não hierarquizar o sintoma como um valor para compreender o todo e filtrar os pontos a serem investigados. Ou seja, busca-se entender o significado do que é comunicado e apreender o que precisa ser tratado naquela situação (Weiss, 2020).

Quando a demanda é recebida, prossegue-se com a(s) primeira(s) entrevista(s), momento propício para que se observe em que medida a motivação é manifesta como uma articulação consciente que encobre conflitos que são inconscientes e não são de simples acesso. A demanda voltada para a resolução

de uma situação crítica e momentânea (por exemplo, o risco iminente de uma reprovação escolar ou a decisão de se inscrever em um determinado processo seletivo) é pouco propensa ao estabelecimento de uma relação terapêutica que avance pela exploração de pensamentos, emoções, conflitos e o que mais se passar no espaço da subjetividade.

No caso de uma demanda inclinada para o processo terapêutico, encontra-se nela a expressão do desejo (de se compreender melhor); a disposição (de se fazer um investimento que envolve tempo e dinheiro); e, a possibilidade interna para esse tipo de engajamento. Assim, a avaliação da demanda deve ser feita no início da construção de uma relação terapêutica a fim de que o terapeuta entenda o quanto os processos que causam sofrimento poderão ser explicitados e revelados em sua lógica singular.

A demanda pelo trabalho da Psicopedagogia Clínica recebe com frequência queixas relacionadas à aprendizagem. Nessas situações, Fernández (1990) explica que os sintomas devem ser considerados expressões disfarçadas, tal como

um convidado engenhoso a uma festa à fantasia que escolherá um disfarce de si mesmo, como forma de tornar mais difícil a tarefa de descobri-lo. [...] Primeiro, [faz-se preciso revelá-lo, para se perceber o] que está disfarçado, para em seguida pensar quem está por trás da máscara. (p. 85)

De toda maneira, seja a demanda uma parte integrante de uma sintomatologia que encobre um quadro de adoecimento ou que expressa uma trama social que causa desconforto, podemos tomar a queixa como o próprio sintoma. Sendo assim, tomamos aqui a queixa do baixo desempenho como sintoma. Ou seja, um sinal que traz à luz um pouco do mundo imaginário; uma expressão do que está excluído e não pode ser reconhecido; uma pista que pode nos conduzir para o que está *recalcado* no interior de cada sujeito; ou, no esclarecimento de Lacan, para aquilo que expressa o “efeito do simbólico no real” (Chemama, 1995, p. 203).

Ao acolhermos o sintoma como uma pista que nos leva ao significado que o próprio paciente lhe atribui, propomos-lhe a possibilidade de atribuir

outros significados para o que lhe causa mal-estar. Desse modo, a rede simbólica atrelada à sintomática do baixo desempenho pode ser revista por meio de uma construção conjunta e compartilhada ao longo da relação terapêutica.

Explicitadas a amplitude das dimensões envolvidas, apresentamos extratos de casos clínicos e descrevemos uma postura que promove: o olhar para o que não está inicialmente visível; a recepção e o acolhimento da demanda; a escuta da(s) queixa(s); e, a compreensão da autopercepção de baixo desempenho como um sintoma que emerge na singularidade de cada um, mas que está relacionado a realidade de uma cultura e é manifestação de um contexto sócio-histórico.

Interlocução à luz de casos clínicos

Trechos colhidos na prática da Psicopedagogia Clínica fornecem dados sobre a lida com pacientes que formulam queixas de baixo desempenho. A reflexão sobre esses extratos de casos clínicos ressignifica contribuições oriundas da prática e da teoria da Psicanálise. E revelam como o olhar clínico para a compreensão do sofrimento engendrado no espaço subjetivo permeia a elaboração que acompanha a experiência da relação terapêutica.

Articulados de modo ilustrativo com a conceitualização teórica do campo da Psicanálise, esses dados são provenientes da atitude investigativa que orienta a prática clínica. Ou seja, resultam do trabalho clínico que se debruça sobre a queixa e o sintoma de cada paciente em sua singularidade. Guardadas as ressalvas sobre a distância entre o nosso caminho metodológico e o modelo médico indicado Freud (1912/1976a), essa abordagem não visa generalizações. Objetiva alcançar nuances que as abordagens quantitativas (como aquelas que se utilizam de testes estatísticos) não conseguem capturar. Explora e descreve complexidades que não são generalizáveis, para poder se aprofundar nas análises detalhadas de um estudo de caso.

Os registros sobre os atendimentos clínicos feitos pela terapeuta ao longo de um período compõem o campo de dados que, agrupados em torno da queixa do baixo desempenho, possibilitam o conhecimento

sobre situações de mal-estar e sofrimento subjetivo. Assim, os dados aqui apresentados são oriundos de anotações feitas ao longo de experiências vividas em sete intervenções diferentes, conduzidas pela Autora de modo remoto, em clínica particular na cidade do Rio de Janeiro ao longo dos anos de 2021 a 2024.

A seguir, apresentamos os resumos dos casos clínicos com a preocupação de resguardar a confidencialidade desses dados. Logo, algumas informações são omitidas ou alteradas. Pseudônimos são criados para se fazer referência ao conjunto formado por quatro adolescentes e três adultos que procuraram o nosso atendimento.

Resumo dos casos clínicos

Domênico (17 anos) - A mãe faz o primeiro contato. Na entrevista, o adolescente se revela mobilizado para iniciar uma terapia, pois acredita que isso vai ajudá-lo a se desenvolver. Sua mãe o considera desinteressado em continuar os estudos após terminar o ensino básico. Por sua vez, Domênico explica que ele completou o Ensino Médio em uma escola pública no Rio de Janeiro onde ele não aprendeu quase nada. Considera que “[seu] desempenho foi ficando tão baixo que nem valia a pena fazer o Enem [porque] não ia conseguir uma pontuação legal.” Conclui que seria bom “tirar um ano para [se] estruturar e decidir o que fazer”. O trabalho com o adolescente envolve o diálogo, a escuta sobre suas leituras, seus desenhos, seus interesses em jogos *online*, séries, experiências com o futebol, entre outras experiências.

Valentina (13 anos) - A mãe de Valentina procura atendimento, pois julga que a filha deve ter Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Segundo a mãe, o desempenho dela na escola sempre foi baixo e havia piorado muito naquele ano e ela estava perto de ser reprovada. Na primeira sessão, a adolescente falou que desejava fazer terapia para “ter um lugar para a [sua] mente”. Ao longo das sessões, sua fala girou em torno dos “problemas de família”. Inicialmente, relutou em falar sobre sua dificuldade com a aprendizagem, parecia minimizá-los. Eventualmente, contou que “[seus] problemas começaram quando ela era bem

pequena e mudou de escola. A nova professora não explicava tão bem, e não gostava [dela]. Quando ela começou a ensinar dividir, não [entendeu] nada e [começou] a ter problema com matemática”.

Mateus (11 anos) - A mãe de Matheus buscou atendimento após uma reunião que teve com a coordenadora e três professoras na qual ela foi orientada a buscar uma avaliação psicopedagógica porque o filho não estava conseguindo “focar sua atenção nas atividades de estudo em sala, fica disperso por qualquer coisa, não acompanha as aulas e não copia o que está no quadro”. Ao lado disso, depois que Matheus teve um episódio de ansiedade que fez com que os pais o levassem para o hospital, a pediatra indicou que a mãe buscasse uma psicoterapia para ele. Matheus se colocou contra a ideia da avaliação, mas expressou interesse em fazer terapia. Qual seria o seu diagnóstico? Essa pergunta orientou suas sessões. Junto ao diálogo sobre esse tema, ele pode revelar o seu repertório de competências, por meio dos jogos, desenhos ou a escrita compartilhada de textos.

Rafaela, 41 anos - Recepcionista e auxiliar administrativa de 41 anos, Rafaela procura atendimento explicando que estava perdendo oportunidades profissionais porque julgava que “o [seu] desempenho no trabalho deixa muito a desejar tanto no que envolve a leitura quanto a escrita”. Desnorteada com a luta por um espaço no mercado de trabalho, ela suspeitava que tinha dislexia. Após várias sessões que versaram sobre a sua história e experiências com a aprendizagem, concluímos que ela tinha uma dificuldade específica com leitura e escrita, sem impedimento à aprendizagem e ao desenvolvimento profissional. Rafaela elaborou um novo currículo para buscar vagas de trabalho mais gratificantes. Também escreveu textos dissertativos sobre temas de concurso os quais a gente lia e debatia juntas.

Bia (13 anos) - A mãe de Bia contou que, segunda a escola, sua filha poderia ter um déficit de atenção que estaria causando o seu baixo desempenho escolar. Para ela, o problema da adolescente de 13 anos seria outro: “[Bia] não estuda, só fica no celular assistindo séries, não gosta de ler, é muito infantil [porque] não entende o quanto é importante saber

estudar”. A adolescente reconhecia que enfrentava o risco de reprovação, mas achava que sua mãe exagerava. Ela explicou que “Não [gosta] de estudar. Só [estuda] para passar nas provas. [Fica] de recuperação, mas [consegue] passar”. Durante as sessões, ela se revelou muito madura, proativa e confiante com as novas tecnologias. Jogava jogos e escrevia as regras deles com muita concentração. Também fez colagens e outros projetos que envolveram diferentes aplicativos.

Gabriela (21 anos) – A jovem traz a queixa de já ter feito diversos processos de seleção de estágio. Sendo que seu “desempenho não foi bom o suficiente para [ela] ser selecionada. A conversa sobre essas experiências lhe permitiu a elaboração de que, por estar “aplicando para todas as vagas que apareciam, talvez [ela ficasse] esgotada e, por isso, não [conseguisse se] concentrar e ter uma boa *performance*”. Além de algumas apresentações que ela tinha enviado com suas inscrições, ela trouxe para as sessões a elaboração de seu currículo e da sua árvore genealógica (com profissões inclusas). Com o diálogo sobre as características de cada empresa para a qual ela havia aplicado, seu desejo foi ganhando espaço e expressão. Assim, Gabriela pôde diferenciar a sua trajetória daquela de seus familiares e definir com qual tipo de empresa que ela desejava colaborar.

Juliano (27 anos) - Primeiro de sua família a cursar o Ensino Superior, Juliano conta que sempre estudou, pois ainda criança percebeu que isso iria ajudá-lo a conseguir trabalho. Na faculdade ele viu que tinha muitas lacunas de aprendizagem que não sabia como resolver. Contou que sentia muita vergonha de pedir ajuda. Com isso, o seu desempenho “deixava muito a desejar” e ele “simplesmente desaparecia das aulas”. As reprovações o levaram a ter “medo de perder [sua] vaga” e “a duvidar se [seria] capaz de [se] formar”. Por isso, ele procura o nosso atendimento. Inicialmente, suas sessões giram muito em torno da sua trajetória de aprendizagem, da escolha da área de estudo e das experiências profissionais. Logo, o diálogo também incluía temas relacionados à história familiar, aos relacionamentos e aos modos de inserção social.

Junto ao que, ele passa a trazer seus textos. Seu talento para a escrita e para os estudos ganhou visibilidade.

Transferência e contratransferência

Após completar o Ensino Médio, Domênico começa a terapia. De início, traz comparações entre ele e outros adolescentes de 17 anos:

Mal dou conta de ir numa loja fazer uma compra simples. Esqueço o troco. O dinheiro cai da minha mão. Pô, tem menino da minha idade que já faz as compras do mês, tá ligado?! Preciso ficar mais maduro. Conseguir trabalhar, resolver contas, pagar um boleto.

Lá pela décima sessão, ele me pergunta “O que você acha? Eu estou evoluindo?” Naquele momento, percebo que o meu cliente endereça a mim aquela questão como se eu fosse a detentora da régua capaz de medir o quanto ele estaria evoluindo. Ele me coloca na posição da especialista que detém o saber e ali eu me mantive, respondendo: “Sim, para mim você está evoluindo muito!”

Ou seja, a relação transferencial estabelecida me investiu daquela convicção. Esse momento de troca transferencial se desdobrou em elaborações sucessivas. A terapeuta refletiu sobre sua conduta contratransferencial e seus componentes inconscientes. O jovem elaborou sobre o significado de estar evoluindo. Naquele campo de dimensão intersubjetiva, a observação do cliente englobou a auto-observação da terapeuta. Ao lado disso, a supervisão, os estudos e o trabalho de análise da própria terapeuta se provaram fundamentais para manter os mecanismos contratransferenciais sob controle. Weiss (2020) acrescenta que

Há indícios de mecanismos contratransferenciais quando, por exemplo, o terapeuta começa a ficar constantemente irritado com o paciente (ou seus pais), sente rejeição, compaixão, bloqueio, ansiedade excessiva etc. O não controle de seus mecanismos contratransferenciais deve levar o terapeuta a buscar auxílio na supervisão de outro profissional externo a essa relação. A percepção dessa situação contratransferencial pelo

próprio terapeuta exige dele uma boa preparação terapêutica, bem como sua passagem pela própria experiência psicoterápica ou analítica. (p. 38)

O paciente produz no terapeuta reações. É preciso observar essas reações, percebendo-as de modo discriminado. Olhar para o todo intersubjetivo e diferenciar cada parte da relação transferencial que é composta pelos mecanismos de transferência do paciente e de contratransferência do terapeuta. Cabe ao terapeuta conhecer o seu próprio processo e identificar suas interferências para que seja possível distinguir os “pedidos de ajuda, dependência, proteção, reações onipotentes e fantasiosas expressas por meio de mecanismos transferenciais [que são articulados; assim como, notar os papéis que lhe são atribuídos pelo paciente]” (Weiss 2020, p. 38).

A relação transferencial começa desde o primeiro contato (ou até antes) e envolve o caminho percorrido pelo paciente até o primeiro encontro com o(a) terapeuta. Na direção apontada por Freud (1917/1976b), Weiss (2020) indica que, desde a primeira sessão, o paciente traz “sentimentos, atitudes e condutas inconscientes [que representam seus] modelos de conduta estabelecidos em outros contextos, basicamente o familiar” (p. 38). A transferência inicial pode envolver também alguns dados reais tais como idade, sexo, aspecto físico, apresentação pessoal do(a) terapeuta e do seu consultório. Por exemplo, a semelhança entre o terapeuta e uma pessoa conhecida do cliente pode propiciar uma transferência positiva na forma de um sentimento de confiança.

Em síntese, o fenômeno da transferência é inerente às relações humanas e costuma passar despercebido. Os motivos pelos quais pode-se apenas simpatizar ou não simpatizar, gostar ou não gostar, confiar ou não confiar em um médico, um professor ou qualquer outra pessoa geralmente não levantam questionamentos. Em uma terapia, no entanto, a transferência funciona como uma ferramenta que possibilita o trabalho. Um componente da relação terapêutica que é veículo para a ocorrência de um deslocamento de investimento necessário para que

o cliente mantenha o terapeuta no lugar daquele que pode, portanto, estar na condução do trabalho terapêutico.

Sintoma e diagnóstico

Os termos *queixa* e *sintoma* são aqui tratados com equivalência, sendo importante se notar que a queixa é aquilo que chega na fala do(a) paciente (ou da sua família e/ou escola) e que será investigada de modo a se conseguir entender qual é o seu significado e que elementos estão ali contidos. Já o sintoma é um fenômeno subjetivo no sentido de ser um mal-estar (ou sofrimento) referido pelo paciente. Ou melhor, é um epifenômeno, no sentido de que está sempre mostrando algo “que é percebido pelo próprio indivíduo ou pelos outros” e que comunica, pois “diz alguma coisa aos outros”. Pode dizer algo que, por exemplo, faz referência a uma não equiparação a certas expectativas. Pode expressar um “desvio em relação a determinados parâmetros existentes no meio, [pois o sintoma] emerge de uma personalidade em interação com o sistema social em que está inserido o sujeito” (Weiss, 2020, p. 31). Decorre disso que os sintomas podem ser relacionados a modos de viver e a consideração desses serve ao diagnóstico.

Conforme descrevem os trechos que seguem, três pacientes, Valentina, Matheus e Rafaela, nos trazem suas queixas ou sintomas com a finalidade de adquirir uma ferramenta diagnóstica que possa aliviar seus sofrimentos e possibilitar a elaboração de projetos de futuro. A mãe de Valentina julga que o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) seria benéfico porque, com ele, sua filha iria receber a atenção e o suporte pedagógico que sua escola nunca lhe concedeu. Matheus, por sua vez, questiona a orientação que a coordenadora da sua escola tinha dado para a sua mãe pela. Ele discorda do que havia sido sugerido pela coordenação. Acha que ele não pode ter TDAH. Pesquisa no Google sobre os seus sintomas e arrisca que sua “ansiedade brutal” pode ser um sintoma de Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou de um Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Rafaela busca encontrar no diálogo

terapêutico a resposta para sua indagação sobre o motivo que a leva a apresentar um baixo desempenho no trabalho. Ela diz que precisa saber se ela tem dislexia. Elabora que ter dislexia significa ter uma incapacidade. Caso ela tivesse dislexia, ela desistiria de planejar o seu desenvolvimento profissional, pois não teria nenhuma chance de conseguir um emprego que lhe pagasse melhor.

Os fragmentos desses casos ilustram a necessidade de se ouvir os sintomas de modo investigativo para que se compreenda o que está sendo pedido via a demanda pelo trabalho clínico. Entende-se que há circunstâncias nas quais o diagnóstico reconhece o sofrimento do sujeito e pode lhe dar acesso a dispositivos de suporte e cuidado que até então não lhe tinham sido disponibilizados. Ter um sintoma articulado a tragédias familiares, alcoolismo, assédio sexual, pobreza ou miséria é muito diferente do que ter um sintoma que serve a um diagnóstico que, em algum nível, encontra um reconhecimento social para a sua queixa.

Em suma, a Psicanálise propõe a escuta que propicia ao paciente articular o próprio discurso sobre o diagnóstico dos seu(s) sintoma(s). Suas próprias palavras podem revelar mais do que a precipitação de termos diagnósticos que podem marcar o sujeito, rotulá-lo e estigmatizá-lo para o resto da vida. Assim, Valentina e sua mãe se convenceram de que a terapia (e não o diagnóstico de TDAH) poderia lhe dar suporte. Rafaela se sente acolhida pela nomeação diagnóstica daquilo que até então não tinha ganhado reconhecimento. Matheus consegue encontrar um contorno para a sua “ansiedade brutal” que transcende às categorias diagnósticas.

Desejo e desempenho

Desejo e alto desempenho (acadêmico e profissional) envolvem fatores inconscientes; assim como, articulam razão e vontade. O alcance do alto desempenho não é efeito de um programa de alguns passos pré-determinados que coloca o desejo à serviço da *performance*. É fruto de uma complexa combinação de fatores que não pertencem totalmente à dimensão consciente.

Na perspectiva da teórica de Freud (1932/1976c), *desejo* se refere ao anseio que é formulado na instância do inconsciente e é em grande parte desconhecido pelo sujeito. Assim, colocar o desejo à serviço do alto desempenho é um paradoxo, uma impossibilidade. Trata-se de duas instâncias que não se interconectam. O desempenho é resultado de uma ação ou comportamento e pode ser estimulado e constatado com alguma frequência. O desejo não pode ser diretamente provocado a fim de ser uma ferramenta de produtividade. Bem longe dessa relação instrumental e de dinâmica de causa-e-efeito, Fernández (1990) esclarece que o desejo articula a dimensão inconsciente com o organismo, o corpo e a inteligência de um sujeito; e, vem a constituir a trama do

modo de circulação do conhecimento e do saber dentro [do sujeito e de seu] grupo familiar. O saber é perigoso a partir da fantasmática inconsciente de todo ser humano. As respostas ante esta periculosidade diferem em algumas circunstâncias familiares que atualizam o perigo a partir de determinados acontecimentos e significações [...]. (p. 39)

Nas passagens que seguem, as demandas clínicas de Bia, Gabriela e Juliano ilustram a expectativa paradoxal de que o desejo possa ser colocado à serviço do alto desempenho. Com o trabalho de *perlaboração* (ou *elaboração*), o desejo inconsciente pode aparecer e as demandas iniciais podem ser relativizadas. Bia estabelece o seu próprio desejo de modo diferenciado daquele de sua mãe. Sabê-lo ameaça o lugar que ocupa na família. Mesmo assim, ela ressignifica o seu baixo desempenho e cria uma trilha de aprendizagem que garante a sua aprovação. Gabriela discrimina, entre a totalidade de vagas de estágio, aquelas vagas que iam de encontro ao seu desejo de colaborar com uma organização de trabalho que lhe parecia ter relevância social. Entra em confronto com as expectativas e valores de seus pais, mas percorre uma trajetória que lhe garante a aprovação em um processo seletivo.

Juliano enfrenta a ameaça simbólica envolvida em ser “o primeiro de sua família a cursar o Ensino Superior”. Termina a graduação e segue elaborando

sobre o modo como o seu sentimento de falha atende ao desejo inconsciente de pertencimento ao seu grupo familiar e social. Nos três casos, eventualmente, o sintoma do baixo desempenho sai do centro da cena terapêutica e abre espaço para o protagonismo de elementos simbólicos inconscientes que, até então, não eram admissíveis.

O contorno singular do baixo desempenho

Orientados pela indagação sobre a colaboração entre a Psicanálise e a Psicopedagogia Clínica, os trechos colhidos na prática clínica trazem luz aos conceitos de: desejo inconsciente, transferência e contratransferência, sintoma, aprendizagem e desempenho. As queixas descritas são situadas no contexto da sociedade marcada pelos imperativos do alto desempenho. Diferenciado o sintoma da queixa, o baixo desempenho se delinea como um sintoma que ganha um contorno singular em cada um dos pacientes.

Em Domênico, o sintoma de baixo desempenho envolve uma retirada de investimento no mundo exterior. O adolescente de 17 anos conta que dedica a maior parte do seu tempo aos jogos virtuais. Troca a noite pelo dia e frequentemente esquece de comer. Sente que não tem capacidade nem de estudar, nem de trabalhar.

Matheus fica crescentemente “agitado” e “desligado” diante da impossibilidade de corresponder às metas de alto desempenho impostas por sua escola e endossadas por sua família. Com dificuldade para adormecer e para despertar, tem muitos pesadelos e pensamentos suicidas. O pré-adolescente de 11 anos busca no diagnóstico um enquadre para conter os seus sintomas.

Rafaela carrega sua dificuldade com a aprendizagem dentro de si mesma ao longo de quase quatro décadas. Como se fosse um traço genético ao qual está fatidicamente vinculada, credita a insatisfação que sente com o seu desempenho profissional a uma dislexia que seria impedimento para ela ter o alto desempenho que entende ser necessário para se colocar melhor no mercado de trabalho.

As adolescentes de 13 anos afirmam que “[dá] nervoso só de colocar a mão no livro” (Bia) e “passo mal só de pensar em estudar” (Valentina). Também relatam pavor e desespero na hora de fazer testes e provas; assim como, descrevem sentir em qualquer momento: falta de ar, tremedeira, dores no peito ou na barriga. Na narrativa de suas histórias pregressas, o baixo desempenho está associado à evitação do estudo e estagnação no processo de diferenciação dos pais.

Gabriela, por sua vez, relata que “[fica] exausta, sem apetite, [perde] o sono ou [dorme] demais; [fica com] vontade de desistir de tudo [e] só ficar deitada”. A jovem de 21 anos paralisa diante do medo inconsciente de não corresponder às expectativas de sua família. Não distingue, entre todas as vagas de estágio, aquelas que ela mais deseja.

Juliano afirma que não se sente “capaz de ter o desempenho esperado, talvez porque tem coisa que [ele não tem] ideia de como resolver”. Conta que perde o apetite, fica enjoado e sente muita dor de cabeça. O jovem de 27 anos também explica que “paralisa” quando é preciso fazer uma pergunta a um professor ou quando esse lhe dirige alguma indagação.

Em suma, guardada a singularidade do sintoma de baixo desempenho em cada um, esse conjunto de sujeitos relata sentir: agitação, apatia ou paralisia; dificuldade para dormir e para acordar; dores no peito, na barriga e na cabeça; desatenção e falta de concentração; exaustão e vontade de desistir de tudo; falta de ar e tremedeira; nervoso e mal-estar; pavor e desespero; e, perda de apetite e enjoo. Descrevem pesadelos, pensamentos suicidas, sentimento de incapacidade e falta de ânimo. Afirmam que chegam até o ponto de evitar sair de casa ou socializar por se considerar impossibilitado(a) para obter um desempenho acadêmico ou colocação no mercado de trabalho que sejam satisfatórios.

O acolhimento das suas queixas e a investigação dos sintomas viabilizam o maior conhecimento dos seus desejos inconscientes. Na segurança da relação transferencial, a dimensão dos desejos inconscientes pode ser acessada com mais segurança. Ao longo das sessões terapêuticas - por meio da

escuta, do diálogo, de desenhos, jogos e outras atividades elaboradas com cada paciente -, a dinâmica, o movimento e as tendências dos seus processos de aprender, conhecer e saber ganham um espaço que estava sendo ocupado por pensamentos sombrios, sensações e sentimentos de mal-estar. O anseio pela identificação, pelo pertencimento social e reconhecimento encontra novos modos de existir na arquitetura simbólica do inconsciente. Trajetórias inéditas com experiências de estudo, aprendizagem e desenvolvimento profissional podem ser vividas; e, as expectativas de alta *performance*, conseguem ser relativizadas.

Referências

- Barbosa, L. M. S. (2012). *Introdução*. In L. M. S. Barbosa (Org.), *Intervenção psicopedagógica no espaço da clínica*. InterSaberes.
- Bettelheim, B. (1982). *Freud e a alma humana*. Cultrix.
- Chemama, R. (Org.), (1995). *Sintoma. Dicionário de psicanálise*. Artes Médicas.
- Fernández, A. (1990). *A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família* (2ª ed.). Artes Médicas.
- Fernández, A. (2001). *O saber em jogo: a Psicopedagogia propiciando autorias de pensamento*. Artmed.
- Freud, S. (1976a). *Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. 12., pp. 149-159). Imago. (Original publicado em 1912).
- Freud, S. (1976b). *Conferência XXVII: Transferência*. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud (vol. 16., pp. 503-521). Imago. (Original publicado em 1917).
- Freud, S. (1976c). *Conferência XXXIV: Explicações, Aplicações e Orientações*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (vol. 22., pp.167-191). Imago. (Original publicado em 1932).
- Gaulejac, V., & Hanique, F. (2015). *Le capitalisme paradoxant: um système que rend fou*. Seuil.
- Millot, C. (1987). *Freud antipedagogo*. Jorge Zahar.
- Rotta, N., Ohlweiler, L., & Riesgo, R. (2016). *Transtornos da aprendizagem: abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Artmed.
- Simões, M. S., Kyrillos Neto, F., & Calzavara, M. G. P. (2023). Psicanálise e educação: o que pode o analista na escola em tempos de 'desempenho'? *Tempo Psicanalítico*, 55, 275-300.
- Vasconcellos, A. C. (2018). O hiato psicopedagógico: intervalo de tempo entre a pergunta formulada e sua resposta. In A. C. Vasconcellos (Org.), *A intervenção psicopedagógica: desafios do dia a dia na clínica* (pp. 161-170). Wak.
- Weiss, M. L. L. (2015). *Intervenção psicopedagógica nas dificuldades de aprendizagem escolar*. Wak.
- Weiss, M. L. L. (2020). *Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar* (14ª ed.). Lamparina.
- Zenícola, A. M. (2007a). A especificidade da Psicopedagogia no espaço clínico. In A. M. Zenícola, L. M. S. Barbosa, & S. Carlberg (Orgs.), *Psicopedagogia: saberes/olhares/fazer* (pp. 183-202). Pulso.
- Zenícola, A. M. (2007b). O desejo de aprender. In A. M. Zenícola, L. M. S. Barbosa, & S. Carlberg (Orgs.), *Psicopedagogia: saberes/olhares/fazer* (pp. 53-82). Pulso.

Agradecimentos

À Marcia Moraes Davidovich e Ana Maria Zenícola pela interlocução essencial e leitura cuidadosas. Pelas trocas, aprendizagens e amizade, às colegas da ABPP-RJ.

Correspondência

Marcia Souza Gerheim
Rua Visconde de Pirajá, 142 - Ipanema -
Rio de Janeiro, RJ, Brasil - CEP 22410-900
E-mail: marciagerheim@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons.