



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA**

**TESE DE DOUTORADO**

**TDAH: NOVO SINTOMA DA CRIANÇA OU A  
CRIANÇA COMO UM NOVO SINTOMA DA  
CONTEMPORANEIDADE?**

**ANA CAROLINA DUARTE LOPES**

Rio de Janeiro  
Julho/2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA**

**TDAH: NOVO SINTOMA DA CRIANÇA OU A  
CRIANÇA COMO UM NOVO SINTOMA DA  
CONTEMPORANEIDADE?**

**ANA CAROLINA DUARTE LOPES**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Orientador: **PROF<sup>A</sup>. DRA. TANIA COELHO DOS SANTOS**

Rio de Janeiro  
Julho/2013

## **TDAH: UM APELO AO PAI?**

ANA CAROLINA DUARTE LOPES

Orientador: PROF<sup>A</sup>. DRA. TANIA COELHO DOS SANTOS

Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.

Aprovada por:

---

Presidente, Prof<sup>a</sup>. Dra. Tania Coelho dos Santos (UFRJ)  
(Orientadora)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Andrea Martello (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Rosinda Oliveira (UFRJ)

---

Prof<sup>a</sup>. Dra Ana Lydia Santiago (UFMG)

---

Dra. Marcela Decourt

Rio de Janeiro  
Julho/2013

## FICHA CATALOGRÁFICA

L864 Lopes, Ana Carolina Duarte.

TDAH: Novo sintoma da criança ou a criança como um novo sintoma da contemporaneidade? / Ana Carolina Duarte Lopes. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. 197f.

Orientador: Tania Coelho dos Santos.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia/ Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica, 2013.

1. Psicanálise 2. Ciência e psicologia. I. Santos, Tania Coelho dos. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. III. Título.

CDD - 150.195

## AGRADECIMENTOS

À PROF<sup>A</sup>. DRA. TANIA COELHO DOS SANTOS PELO RIGOR TEÓRICO E PELAS PALAVRAS PRECISAS QUE FAZEM TODA A DIFERENÇA NA ORIENTAÇÃO. OBRIGADA POR TER ME ACOLHIDO NO ISEPOL E TER ACREDITADO NESSA PESQUISA DESDE O INÍCIO.

À PROF<sup>A</sup>. DRA. ROSINDA MARTINS OLIVEIRA PELAS PRECIOSAS CONTRIBUIÇÕES NO CAMPO DA NEUROPSICOLOGIA, POR TER PARTICIPADO DA QUALIFICAÇÃO DESSA PESQUISA E TER ACEITADO O CONVITE DE COMPOR ESSA BANCA.

À PROF<sup>A</sup>. DRA ANA LYDIA SANTIAGO PELA DISPONIBILIDADE DA LEITURA E POR TER ACEITADO O CONVITE DE VIR AO RIO DE JANEIRO PARA PARTICIPAR DESSA BANCA.

À DRA. ANDREA MARTELO E DRA MARCELA C. DE CASTRO DECOURT PELA DISPONIBILIDADE DA LEITURA E POR FAZEREM PARTE DESSA BANCA.

AOS INTEGRANTES DO ISEPOL PELAS CONSTANTES TROCAS.

À MINHA MÃE E AO MEU PAI PELO AMOR E DEDICAÇÃO EM TODOS OS MOMENTOS DA VIDA. O AMOR DE VOCÊS É A BASE DE TUDO!

À ANA GABRIELA, MINHA IRMÃ E MELHOR AMIGA, POR ESTAR SEMPRE POR PERTO E POR NESSE PERÍODO DE FEITURA DA TESE TER ME APRESENTADO A GRANDIOSIDADE DO MAR.

À MARIA LUISA, MINHA PRINCESA E AFILHADA, POR ENCHER, HÁ DEZ ANOS A MINHA VIDA DE ALEGRIA E POR TER TORCIDO, TODOS OS DIAS, PARA QUE O MEU DOUTORADO ACABASSE BEM RÁPIDO.

À CYNTHIA DE PAOLI, SEM VOCÊ ESTA TESE NÃO SERIA POSSÍVEL! OBRIGADA SEMPRE!

AO CAPS POR FINANCIAR O ÚLTIMO ANO DESTA PESQUISA.

*É na soma do seu olhar  
Que eu vou me conhecer inteiro  
Se nasci para enfrentar o mar  
Ou faroleiro<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Tanto Amar de Chico Buarque. Disponível em <http://letras.mus.br/chico-buarque/86062>

## RESUMO

### TDAH: NOVO SINTOMA DA CRIANÇA OU A CRIANÇA COMO UM NOVO SINTOMA DA CONTEMPORANEIDADE

Ana Carolina Duarte Lopes

Orientadora: Profa. Dra. Tania Coelho dos Santos

**Resumo da Tese de Doutorado submetida ao Programa de Pós-graduação em Teoria Psicanalítica, do Instituto de Psicologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutor em Teoria Psicanalítica.**

Este trabalho busca refletir sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em crianças à luz da psicanálise, tendo como referencial o arcabouço teórico de Freud e Lacan.

O TDAH é reconhecido como doença nos compêndios médicos e é o transtorno infantil mais frequente na atualidade. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) caracteriza as manifestações do transtorno em torno de três sintomas básicos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. De acordo com o manual, esses sintomas devem ser mais intensos e frequentes do que o tipicamente observado em crianças no mesmo nível de desenvolvimento.

A neuropsicologia define o TDAH como uma disfunção no sistema perceptivo central localizado no córtex pré-frontal. A disciplina tem como objetivo estudar as relações entre a atividade cerebral, a cognição e o comportamento utilizando diversos instrumentos de avaliação. Para tratar os déficits cognitivos observados em crianças com TDAH, a neuropsicologia faz uso do processo de reabilitação cognitiva.

Sabemos que a abordagem psicanalítica e neuropsicológica são incomparáveis sob o ponto de vista teórico e epistemológico – fato que não impede o trabalho paralelo e colaborativo entre as duas disciplinas. Dessa maneira, propomos uma articulação da teoria do advento do eu com o funcionamento comprometido do sistema neurológico.

Na clínica psicanalítica com crianças, situamos o TDAH com relação ao desejo da mãe e o nome do pai. Marcamos que no TDAH há uma enorme carência do significante nome do pai. A partir dessa constatação, relacionamos o TDAH e a fobia, já

que ambos são sintomas típicos da infância, podendo ainda ser pensados como a busca por um agente organizador, uma hipótese que aproximaria tais sintomas do campo subjetivo.

Palavras-chave: TDAH, psicanálise, criança, nome do pai, desejo da mãe.

Rio de Janeiro  
Julho/2013

## **ABSTRACT**

### **ADHD: NEW SYMPTOM OF THE CHILD OR THE CHILD AS A NEW SYMPTOM OF CONTEMPORARY?**

Ana Carolina Duarte Lopes

Supervisor: Professor Dr. Tania Coelho dos Santos

**Abstract of the Doctoral Thesis submitted to the Psychoanalytic Theory Postgraduate Program at the Institute of Psychology at the Federal University of Rio de Janeiro (UFRJ), as part of the mandatory requirements for the obtainment of the title of Doctor in Psychoanalytic Theory.**

This paper seeks to reflect on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in children in the light of psychoanalysis and taking as reference the theoretical framework of Freud and Lacan.

ADHD is recognized as an illness in medical text-books and is the most frequent children's disorder nowadays. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) characterizes the disorder's manifestations in three basic symptoms: inattention, hyperactivity and impulsiveness. According to the manual, these symptoms must be more intense and frequent than typically observed in children in the same stage of development.

Neuropsychology defines ADHD as a dysfunction of the central perceptual system located at the prefrontal cortex. The discipline aims to study the relations between brain activity, cognition and behavior employing various evaluation instruments. In order to treat the cognitive deficits observed in children with ADHD, neuropsychology applies cognitive rehabilitation processes.

We know that the psychoanalytical and neuropsychological approaches are incomparable under theoretical and epistemological points of view – a fact that does not restrain parallel and collaborative work between both disciplines. In this sense, we propose an articulation between the theory of the advent of “I” and the impaired functioning of the perceptual system.

In the psychoanalytic treatment of children we connected ADHD to the desire of the mother and the name-of-the-father and we noticed that in ADHD there is a significant deficiency of the name-of-the-father. From this evidence we related ADHD

to phobia, since both are typical childhood symptoms that can also be understood as a search for an organizing agent, a hypothesis which would place such symptoms even closer to the subjective field.

Keywords: ADHD, psychoanalysis, children, name-of-the-father, desire of the mother.

Rio de Janeiro  
July 2013

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
 <b>Capítulo 1</b>	
<b>O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA</b> .....	<b>20</b>
<b>1.1 – CONHECENDO A INFÂNCIA</b> .....	<b>20</b>
<b>1.2 – A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA</b> .....	<b>23</b>
<b>1.3 – SILENCIANDO A INFÂNCIA</b> .....	<b>35</b>
<b>1.4 - AS VERSÕES DO DSM: MUDANÇAS E CONSTRUÇÕES DO TRANSTORNO</b> .....	<b>38</b>
<b>1.5 - ALGUNS COMENTÁRIOS SOBRE O DSM V: O QUE VEM POR AÍ?</b> .....	<b>45</b>
<b>1.6 – TDAH – A CONSTRUÇÃO PELA VIA DO DSM</b> .....	<b>46</b>
<b>1.7 – LESÃO CEREBRAL MÍNIMA E O TDAH: DA LESÃO AO TRANSTORNO</b> .....	<b>50</b>
<b>1.8 - ANÁLISE GERAL DO CAPÍTULO</b> .....	<b>63</b>
 <b>Capítulo 2</b>	
<b>TDAH E A NEUROPSICOLOGIA</b>	
<b>2.1 – ATENÇÃO E AS FUNÇÕES EXECUTIVAS</b>	

.....	67
<b>2.2 – FUNÇÕES EXECUTIVAS E TDAH</b>	
.....	72
<b>2.3 – TRATAMENTO DO TDAH SEGUNDO A NEUROPSICOLOGIA</b>	
.....	76
 <b>Capítulo 3</b>	
 <b>ENTÃO A PSICANÁLISE! O EU É UMA CONSTRUÇÃO</b>	
 <b>3.1 – FREUD: O EU DEVE ADVIR</b>	
.....	78
<b>3.2 – LACAN: O ESTÁDIO DO ESPELHO E A CONSTITUIÇÃO DO EU</b>	
.....	85
<b>3.3 – ALIENAÇÃO E SEPARAÇÃO</b>	
.....	88
 <b>Capítulo 4</b>	
 <b>DA LEI DO PAI AO DESEJO DA MÃE</b>	
.....	98
<b>4.1 – O COMPLEXO DE ÉDIPO</b>	
.....	98
<b>4.2 – A FUNÇÃO PATERNA</b>	
.....	101
<b>4.3 – SIGNIFICAÇÃO DO FALO</b>	
.....	107
<b>4.4 - DESEJO DA MÃE</b>	
.....	110
<b>4.5 - DO NOME DO PAI AOS NOMES DO PAI</b>	

.....	133
<b>Capítulo 5</b>	
<b>TDAH: UMA LEITURA PSICANALÍTICA</b>	
.....	
<b>135</b>	
<b>5.1 – PSICANÁLISE DE CRIANÇA?</b>	
.....	
	<b>135</b>
<b>5.2 – UM POUCO DE PIAGET</b>	
.....	
	<b>148</b>
<b>5.3 – TDAH: O QUE A PSICANÁLISE TEM A DIZER?</b>	
.....	
	<b>153</b>
<b>5.4 – O RETARDO: UM SINTOMA DA ANGÚSTIA MATERNA</b>	
.....	
	<b>159</b>
<b>Capítulo 6</b>	
<b>TDAH COMO ANTESSALA DA FOBIA</b>	
.....	
	<b>162</b>
<b>CONCLUSÃO</b>	
.....	
	<b>174</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	
.....	
	<b>184</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>A. CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO DO TDAH VIA DSM</b>	
.....	
	<b>193</b>

## **B. ESQUEMA ALIENAÇÃO E SEPARAÇÃO**

..... 196

## **C. GRAFO DO DESEJO**

..... 197

## INTRODUÇÃO

A proposta desta pesquisa surgiu motivada pelas crianças que chegam aos nossos consultórios com o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH - nas mãos, a angustia no peito e o psicoestimulante na boca. Pais que pedem ajuda para educar um filho bagunceiro, agitado, distraído, que vive no mundo da lua e fracassado na vida acadêmica.

Todos nós que trabalhamos com a clínica de crianças estamos habituados com a solicitação de tratamentos especializados para as crianças a partir de um pedido da escola com relação ao fracasso escolar do aluno, a desatenção e a inadequação as regras básicas para a aprendizagem e a socialização.

Cabe aos pais a tarefa e a responsabilidade de introduzir seus filhos no mundo para possibilita-los um desenvolvimento orgânico e psíquico e assim se tornarem sujeitos de seus desejos. É papel dos pais protegerem suas crias do perigo do mundo para os quais eles ainda não estão preparados. Devem dar acesso a educação e a cultura, preservar a integridade física e mental do filho. As crianças e os adolescentes esperam que os pais possam responder ao enigma da sua existência, e os pais esperam que esses se conduzam na vida de modo a responder aos seus ideais.

Diante de tal angustia dos pais, de não conseguirem responder aos enigmas dos filhos, surgem os especialistas em comportamento infantil que tentam, para aplacar a angustia parental, tornar científicas as respostas a essas questões. Dessa maneira pai e mãe são levados a interferir cada vez menos na educação do filho e entram em cena, através da terceirização da educação, aqueles profissionais que sabem sobre a criança e acabam por exercer um fascínio nos pais pela promessa de um saber totalizante.

Iniciaremos essa tese tratando o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH -, sob o ponto de vista médico. E assim ele é conceituado como um problema mais comumente visto em crianças e se baseia nos sintomas de desatenção (criança muito distraída) e hiperatividade (criança muito ativa, por vezes agitada, bem além do comum). Para haver o diagnóstico desse transtorno a falta de atenção e a hiperatividade devem interferir significativamente na vida e no desenvolvimento normal da criança.

Estima-se que cerca de 3 a 6% das crianças na idade escolar (mais ou menos de 6 a 12 anos de idade) apresentem hiperatividade e/ou déficit de atenção. O diagnóstico antes dos quatro ou cinco anos raramente é feito, pois o comportamento das crianças

nessa idade é muito variável, e a atenção não é tão exigida quanto de crianças maiores. Mesmo assim, algumas desenvolvem o transtorno numa idade bem precoce. Segundo pesquisas médicas aproximadamente 60% dos pacientes que apresentaram TDAH na infância permanecem com sintomas na idade adulta, embora em menor grau de intensidade. Na infância, o transtorno é mais comum em meninos e predominam os sintomas de hiperatividade. Com o passar dos anos, os sintomas de hiperatividade tendem a diminuir, permanecendo mais frequentemente a desatenção, e diminuindo a proporção homem x mulher, que passa a ser de um para um.

Normalmente o problema é mais notado quando a criança inicia atividades de aprendizado na escola, pelos professores das séries iniciais, período no qual o ajustamento à escola mostra-se comprometido. Durante o início da adolescência o quadro geralmente mantém-se o mesmo, com problemas predominantemente escolares, mas no final da adolescência e início da vida adulta o transtorno pode acompanhar-se de problemas de conduta (mau comportamento), dificuldades no trabalho e nos relacionamentos com outras pessoas. Porém, também nesse período costuma ocorrer melhora global dos sintomas, principalmente da hiperatividade, o que permite que muitos pacientes adultos não necessitem mais realizar tratamento medicamentoso para os sintomas.

Embora, à primeira vista, o TDAH possa parecer um transtorno da modernidade, o tema da hiperatividade/déficit de atenção tem sido discutido e documentado desde o século XVIII. Veremos que a respeito das hipóteses etiológicas sobre o TDAH encontram-se diversas contradições e fragilidade científica. As explicações respaldam-se na suposição de vários fatores envolvidos na causa do transtorno mas o que acabamos por ver é que nenhuma pesquisa é conclusiva, não há um só estudo que consiga provar uma causa orgânica para o TDAH. Após várias mudanças de nomenclatura, passando pela possibilidade da existência de uma lesão cerebral mínima, hipótese esse que foi descartada por nunca ter sido encontrado de fato uma lesão, o TDAH teve em suas descrições uma série de mudanças terminológicas que no fundo mascaram uma mesma hipótese orgânica.

Não podemos deixar de considerar que nos dias atuais o medicamento é a indicação primeira das intervenções medico psiquiátricas, associadas a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, levando também em

consideração a socialização do discurso médico estabelecido pela mídia e as campanhas financiadas pela indústria farmacêutica. As medicações prescritas para crianças com o diagnóstico de TDAH tem por objetivo diminuir os danos e incômodos causados aos pais, colegas, professores e a própria criança medicada e também o de aprimorar o desempenho escolar, prejudicado pelo seu déficit de atenção.

A psiquiatria clássica se manteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e, conseqüentemente, uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, que se faz regulável pelo uso do medicamento.

No momento seguinte da pesquisa pretendemos abordar o TDAH pelo viés da neuropsicologia. Esta entende o transtorno como um prejuízo no sistema executivo central, um atraso no processo de maturação desse sistema. Os neuropsicólogos acreditam que ao estimular estas vias, pode-se torná-las mais eficientes através da formação de novas conexões neuronais. Como função executiva entende-se as capacidades que permitem que a pessoa realize ações complexas de forma independentes, com propósitos e eficiência. Estas funções incluem as seguintes habilidades cognitivas: iniciativa, memória de trabalho, planejamento, organização, persistência, controle de impulsos, flexibilidade mental e monitoramento. Se essas capacidades estiverem prejudicadas, o indivíduo terá uma série de dificuldades em iniciar uma ação, terá diminuição da motivação, defeitos de planejamento e de manutenção da sequencia de atividades necessárias a realização da meta. Todas essas funções estão relacionadas com o circuito do córtex pré-frontal. O tratamento proposto é o da reabilitação das funções cognitivas prejudicadas

O TDAH desperta uma polemica em torno da sua constituição conceitual e científica. O que é TDAH? É uma doença? Tem cura? Como trata-lo? É um problema emocional?

Em momento algum dessa tese temos a intenção de negar ou desacreditar no diagnóstico de TDAH. O que colocamos em dúvida é se todas essas crianças que veem sendo diagnosticadas tem mesmo o transtorno? A medicina pode se apropriar da hipofunção no córtex pré-frontal de uma maneira isolada? Será que o corpo, o sujeito e os laços-sociais não estariam articulados? Como pensar a hiperatividade e a desatenção considerando essa articulação? Outra questão que nos assola é como, pelo viés da psicanálise, se realiza o diagnóstico de um sujeito em estruturação?

Será o diagnóstico de TDAH mais uma forma de apropriação do campo subjetivo pela biologia e pela farmacologia trabalhando à serviço de uma tendência crescente de a - simbolização do sujeito, onde o mundo simbólico fica por completo empobrecido?

Assim, pretendemos também discutir se o diagnóstico de TDAH é uma apropriação da medicina e da farmacologia de angústias provocadas por uma posição subjetiva em construção ou se efetivamente a classificação proposta pela *CID-10* e pela *DSM IV* faz sentido, pois se trata de mais uma doença apenas.

Ao invés de assumirmos a conduta dessas crianças como patológicas, entendemos que a tentativa de compreender o comportamento infantil, considerado inadequado, por meio da lógica científica seria uma forma de produzir um saber sobre o pequeno corpo infantil na qual a verdade última produzida pela medicina corresponderia a uma maneira de controle social, uma normatização do sujeito.

Nossa hipótese é trazer o TDAH como expressão subjetiva e não como um quadro clínico. Essa ideia marca uma distancia da visão psicanalítica da visão da biologia. Já que a última, dentro da perspectiva cultural, aposta na ciência se apoderando da subjetividade.

Para balizar tal investigação, a metodologia de trabalho consistirá em uma pesquisa bibliográfica que contemple a questão que nos move. A obra freudiana e lacaniana bem como a produção psicanalítica atual e a pesquisa médica sobre o tema constituir-se-ão o referencial fundamental a ser empregado.

Depois de fazermos um estudo detalhado a respeito das questões médicas do TDAH, abordaremos as contribuições fundamentais da neuropsicologia na explicação do transtorno, principalmente no que diz respeito ao insucesso escolar dessas crianças. Para então chegamos ao capítulo três aonde trataremos da constituição do eu em Freud e Lacan, veremos que o eu não é uma instância que está lá desde o começo, ele tem que advir!

Ainda nesse caminho da constituição do aparelho psíquico abordaremos o complexo de Édipo em Freud e em Lacan e a Metáfora Paterna. Veremos o que do Nome do Pai e do Desejo da Mãe influenciam nos sintomas manifestados na infância

Em seguida trataremos o sintoma da criança como fruto do sintoma parental. E demarcaremos a impossibilidade de se falar em estrutura na infância. Com isso

poderá ser analisada uma distinção mais detalhada entre a neurose na infância e a neurose propriamente dita.

Depois situaremos o TDAH como uma excessiva inserção no Desejo da Mãe e com a enorme fragilidade do Nome do Pai, para assim chegarmos ao que propomos no projeto dessa pesquisa que é pensar a relação do TDAH com a fobia infantil. Articular o apelo ao pai da fobia com o TDAH, situando os dois sintomas com relação à angústia. Ressaltaremos então a fobia e o TDAH como sintomas típicos da infância.

A angústia invade a criança e a deixa agitada, não há contenção: podemos pensar tratar-se de uma fragilidade da função paterna? Essas questões nos permitem construir a hipótese de existir uma analogia entre hiperatividade e fobia, ambas podendo ser pensadas como a busca por um agente organizador, trazendo dessa forma tais sintomas para o campo subjetivo. Interrogamos se o TDAH possa ser uma forma mais primitiva que a fobia, na medida em que a fobia elege um significante fóbico e a criança com déficit de atenção parece procurar um parâmetro no mundo externo, sem sucesso, numa busca em que aparece como excesso de movimento e desatenção.

No mundo contemporâneo, o significante Nome do Pai declina na cultura e os pais parecem não exercer como antigamente a função organizadora na família enquanto representantes da lei e dos valores morais. Deixam, assim, o sujeito alijado do campo do desejo, sem limite para o seu gozo, e invadido pela angústia, buscando no mundo externo parâmetros que o permitam se organizar, num apelo ao Pai.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH, reconhecido como doença classificada no compendio médico DSM IV e CID 10, e tratado com psicofármacos, pode ter sua origem numa busca de organização subjetiva frente à ausência ou fragilidade do significante Nome-do-Pai? A agitação dessas crianças, um corpo que não sossega, estaria relacionado a uma falta não simbolizada, a limites não estabelecidos? O corpo que se movimenta diz respeito ao sofrimento da criança que se opõe a entrar nas demandas que lhe são feitas?

## **Capítulo 1 - O TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E A PSIQUIATRIZAÇÃO DA INFÂNCIA**

Neste capítulo, para apresentar nossa pesquisa, analisaremos a produção de saberes e os discursos constituídos em torno do Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade - TDAH - diagnosticado em crianças. Para tanto, abordaremos a discussão de Ariès (1995/2006) a fim de apontar que a noção de infância é constituída em diferentes momentos históricos. Em seguida, refletiremos sobre a psiquiatrização da infância de forma a analisar os discursos que tornaram a saúde mental da criança um acontecimento e que produzem o efeito de poder psiquiátrico (FOUCAULT, 1937/1973-1974/2006). Isto será ilustrado com a discussão de um estudo realizado por Bradley (1937) que verificou a ação de uma substância química, a benzedrina, no comportamento de crianças consideradas desajustadas ou anormais, que se mostra como o precursor dos discursos posteriores acerca do TDAH e apresenta-se como forte aliado da noção de melhoria contínua do desempenho escolar da criança.

As discussões do TDAH serão feitas, primeiramente, a partir de sua classificação pelo DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Assim, uma análise deste manual nos ajuda a pensar dispositivos de saber-poder psiquiátricos constituintes do TDAH. Feito isso, trabalharemos as conceituações sobre o TDAH comparativamente à Disfunção Cerebral Mínima (DCM), para que se perceba o processo de continuidade de um em relação ao outro. O que nos aparecerá como fundamental é, por um lado, a comparação entre o TDAH e a Disfunção Cerebral Mínima (DCM), que irá nos fornecer a percepção do processo de continuidade da psiquiatrização da infância e, por consequência, a maneira como a infância entra tanto no debate psiquiátrico quanto na experiência de Bradley (1937), que encontra uma positiva correlação entre o uso da benzedrina (estrutura molecular similar ao metilfenidato, conforme veremos) e o aumento do desempenho escolar das crianças pesquisadas.

### **1.1 - Conhecendo a infância**

Para Ariès (1995/2006), o processo de diferenciação das idades e a formação das classes escolares modificaram-se ao longo do tempo e contribuíram para a diferenciação etária a partir do que ele chama de sentimento de infância. Aqui, metodologicamente, a

perspectiva histórica de Ariès (1995/2006) aproxima-se da noção de “acontecimento” ou “fato” de Foucault, como nos mostra Veyne (2011), ao apontar que a histórica de Foucault se refere ao contexto em que algo se torna objeto de saber-poder, logo de preocupação política e, também, econômica. Assim, Ariès (1995/2006) mostra que o século XV foi palco da instituição do sistema disciplinar, correspondendo à vigilância e à aplicação de castigos corporais, tendo em vista uma estrutura hierarquizada e autoritária dos colégios.

É neste período que os mestres deixam de ter a função única de formar os espíritos de seus alunos e passam a ter uma dupla tarefa: educar e instruir. Ou seja, as suas preocupações extrapolam os limites da sala de aula e inundam a vida cotidiana de seus discípulos, em conformidade com os princípios clericais da época. Dessa maneira, uma de suas obrigações era responsabilizar-se pela alma dos alunos, o que fez surgir duas ideias relativas à infância: a noção de fraqueza dos infantes e o sentimento da responsabilidade moral dos mestres. Este sentimento de fraqueza rebaixava as crianças ao nível das camadas mais inferiores

Nessa estrutura, as crianças eram submetidas a punições severas como meio para garantir a disciplina, mesmo que de modo humilhante, com o intuito de melhorá-las. Isso ocorreu até o século XVIII, momento em que essa prática passou a ser vista com repugnância pela sociedade e, mais especificamente, após sofrer condenação pelos religiosos jesuítas. Ariès (1995/2006) atenta-nos para o fato disso ter sido um pretexto para uma reorganização do sistema escolar e, de certo modo, do tratamento das doenças mentais das crianças, tal como veremos em Foucault (1973-1974/2006).

A consciência coletiva passa, portanto, a entender o castigo corporal infantil como inadequado. Além do que, a noção de fraqueza da infância ia contra essas humilhações. No mesmo período, a delação também caiu *sob judici*, substituindo a competição entre os alunos por um sentimento de cooperação.

À supressão dos castigos, alinha-se uma nova orientação do sentimento de infância, que se dirige ao despertar na criança a responsabilidade do adulto. Isso implica a preparação da criança para a vida adulta, exigindo cuidados e etapas, em suma, uma formação. Essa nova concepção da educação triunfa no século XIX.

Os sentimentos da infância surgem a partir de dois caminhos distintos. Por um lado, por meio da paparicação, do mesmo modo que a conhecemos hoje, ou seja, como forma de distração dos adultos, restringindo-se às primeiras idades e que corresponde à ideia de infância curta. Por outro lado, surge a consciência da inocência e da fraqueza

infantis, devendo a primeira ser preservada e a segunda fortalecida pelos adultos. Já a noção de infância longa desenvolve-se graças às instituições escolares e às práticas de educadores orientados e disciplinados pelos moralistas do século XVII. É importante chamar a atenção para o fato de estes estarem na base, na origem do sentimento de infância moderna e de escolaridade.

Dessa maneira, surge a distinção demográfica das crianças, expressa nas classes de idade, que passam a ser organizadas em torno de instituições. Essa separação não aparece prontamente nas sociedades ocidentais; a escola permanece indiferente à distinção de idades e sua organização diferenciada durante muito tempo, posto que o seu objetivo não fosse a educação da infância. Na Idade Média, a escola não possuía o papel de formação moral e social das escolas. Contrariamente, *“as escolas eram uma espécie de escola técnica, destinadas à instrução dos clérigos, independente de suas idades”* (ARIÈS, 1995/2006, pp. 123-124). É interessante notar que Ariès reforça essa indistinção de idade escolar ao afirmar que os indivíduos iam à escola quando era possível, podendo ser muito cedo ou muito tarde. Esse modo de entender a escola estende-se do século XVII até o XIX, sendo que aqui há ainda reminiscências.

A estrutura escolar indiferenciada deve-se, fundamentalmente, aos reformadores escolásticos do século XV, o Cardeal d'Estouville, Gerson, os organizadores dos colégios e pedagogias e, finalmente, aos jesuítas, aos oratorianos e aos jansenistas do século XVII. Com eles, surge o sentido da particularidade infantil, o conhecimento da psicologia infantil e a preocupação com um método adaptado a essa psicologia, o que Foucault (1973-1974/2006) chamaria de “psicologização da criança”, que, diferentemente de Ariès (1995/2006), mostra que esse processo surge no interior da própria família, pela vigilância de seu comportamento, de seu caráter e de sua sexualidade.

Outro ponto importante a ser marcado aqui é mostrar que o colégio fora responsável pelo prolongamento da infância. Além disso, embora não houvesse distinção de classe na escolarização do século XVII, havia a exclusão de gênero. As mulheres seguiram no que Ariès (1995/2006) chamou de “infância curta” até o século XVII, embora casassem muito cedo, para os padrões atuais, por volta dos 13 anos, e passassem por uma aprendizagem doméstica para se comportarem como adultas antes desta idade. Assim, as mulheres tornavam-se semi-analfabetas, sendo que o convento, para onde muitas eram enviadas, servia para instruções religiosas e não educacionais.

A partir do século XV e, marcadamente, XVI e XVII, o colégio volta-se para a formação e educação da juventude, tendo em vista elementos da psicologia desenvolvidos em Cordier, na Ratio dos jesuítas e na literatura-pedagogia de Port-Royal. O foco era na disciplina, originada da tradição eclesiástica ou religiosa, adotada por sua eficácia, uma vez que era a condição necessária do trabalho em comum, mas também por seu valor de edificação e ascese. Os educadores a adaptariam a um sistema de vigilância permanente das crianças. A diferença da escola da Idade Média e o colégio moderno residem na introdução da disciplina. Os mestres passam a submeter o aluno a um controle cada vez mais estrito, algo que é visto pelas famílias como as melhores condições de uma educação séria. A escolaridade torna-se uma questão de crianças e adolescentes, tendo a disciplina a função tanto de vigilância quanto de respeito ao ciclo escolar integral, o qual determinaria o período da infância. A ideia que nos assalta aqui é aquela já trabalhada acerca do Panóptico, que tudo vê, o tempo todo, a todo o momento, constituindo-se como uma visibilidade “*absoluta e constante que rodeia o corpo dos indivíduos*” (FOUCAULT, 1973-1974/2006, p. 65).

Em termos sociais, o núcleo principal da população escolar constituía-se de famílias burguesas, juristas e eclesiásticos, havendo amiúde artesãos e camponeses nesta composição. O trabalho das crianças conservou uma característica da sociedade medieval: a precocidade da passagem para a idade adulta.

Toda a complexidade da vida foi modificada pelas diferenças do tratamento escolar da criança burguesa e da criança do povo. Existe, portanto, um notável sincronismo entre a classe de idade moderna e a classe social: ambas nasceram ao mesmo tempo, no fim do século XVIII, e no mesmo meio: a burguesia. (ARIÈS, 1995/2006, p. 128)

A escola modifica-se, portanto, com as transformações da sociedade e, *pari passu*, a psiquiatria – ou os saberes referentes ao corpo anormal infantil – apresenta-se como um mecanismo bastante adequado a essas vicissitudes.

## **1.2 - A psiquiatria da infância**

Conforme vimos, a questão disciplinar envolve um poder que, para Foucault (1973-1974/2006, p. 50) seria uma “*forma capilar de poder, última intermediação [...] pela qual o poder político (os poderes em geral) vem tocar os corpos, agir sobre eles, levar em conta seus gestos, comportamentos, hábitos, palavras*”. Ora, isto somente

ocorre, como também nos mostra Ariès (1995/2006), no momento em que a classe burguesa se constitui como classe dominante e passa a necessitar de corpos dóceis para “*uma inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio de um ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos*” (FOUCAULT, 1976/1988, p. 132). Pensando no corpo da criança pelo dispositivo acionado para o controle de suas ações, instituído nas escolas pela vigilância e hierarquia escolar, em suma, pela disciplina, visando à vida produtiva adulta, os discursos constituem a criança por meio dos poderes disciplinares e do biopoder. Ademais, o sentimento de infância também desperta outra preocupação no campo dos saberes-poderes que, embora Ariès (1995/2006) alerte para a psicologia infantil, trata-se de algo com maior poder de controle, porquanto vinculado à medicina, que é o poder psiquiátrico.

Não podemos desvincular, assim, o poder psiquiátrico do poder disciplinar, uma vez que tanto um quanto outro surgem como modalidades que podem ser chamadas de contato sináptico corpo-poder, numa noção psicossociológica de autoridade (FOUCAULT, 1973-1974/2006). Além disso, ao analisar a psiquiatria a partir do poder disciplinar, Foucault pretende investigar o fato de a psiquiatria produzir um discurso verdadeiro que cria instituições e poderes.

Em comum à escola, a psiquiatria lança mão da escrita como novo dispositivo para que a disciplina seja sempre um controle. Pela escrita, os corpos, os comportamentos, os discursos são registrados, codificados, transmitidos por níveis hierárquicos, por meio de relatórios sobre trabalhos, comportamentos, assiduidade etc., o que torna a informação sobre o indivíduo acessível, classificável, visível. Estes dispositivos disciplinares, que colocam cada elemento em seu lugar, subordinado e superordenado, são efeitos do movimento regulado, de exames, concursos, obtidos por meio de resultados escolares, classes de idade etc. (FOUCAULT, 1973-1974/2006), que apontam, podemos dizer, para a regularidade do desempenho das crianças.

A visibilidade do corpo, dos gestos, dos discursos e comportamentos, alinhados à escrita, permite a individualização esquemática e, como efeito de poder, centralizada. Isto faz com que o comportamento não mais precise ser, necessariamente, punido, pois, com as informações disponíveis, o poder disciplinar intervém antes do corpo se manifestar, antes do gesto, antes do discurso, no nível da virtualidade, da disposição, da vontade, da alma por meio da vigilância, de recompensas, de punições, de pressões punitivas minúsculas e contínuas, o que Deleuze e Guattari (1996) chamariam de constituição de uma insegurança molecular que se daria ao nível do corpo individual. É

assim que o sistema disciplinar é feito para funcionar sozinho (FOUCAULT, 1973-1974/2006).

No contexto escolar aparece a figura do débil mental como um resíduo inclassificável, irreduzível à disciplina escolar, que mostra o limite do poder disciplinar e, por não conseguir aprender – a ler e a escrever –, emerge como um problema. Isto ocorre na fase em que a escola aparece como um esquema disciplinar (ARIÈS, 1995/2006). Uma vez que o poder disciplinar é normalizador, aqueles que não podem ser assimiláveis, de uma maneira ou de outra, classificam-se como doentes mentais e são anomizados, ou seja, colocados de lado ao mesmo tempo em que são constituídos sistemas disciplinares suplementares para, talvez, recuperá-los. Estes estabelecem a norma na anomia (FOUCAULT, 1973-1974/2006).

Conforme dissemos acima, a família inicia, e não necessariamente a escola, o que Foucault (1973-1974/2006) chama de disciplina psiquiátrica, tornando-se o olhar psiquiátrico de vigilância da criança para decidir sobre o normal e o anormal, por meio do controle da postura, dos gestos, a maneira de se comportar etc. Em princípio, esta forma disciplinar tem como objeto de saber a sexualidade, podendo dizer que hoje este objeto assume a forma do excesso de atividade ou da falta de atenção em torno do comportamento da criança.

A psiquiatria pensa nessa criança em dois momentos: diretamente, quando pede à família para fornecer-lhe o material – inclusive dinheiro – para manter a instituição, a fim de estabelecer vigilância, detecção, enquadramento e terapêuticas infantis, evitando, assim, que a criança anormal de hoje se torne o adulto louco de amanhã; e, indiretamente, quando se examina o louco e pede-se lhe que conte as lembranças de infância.

É interessante perceber que o dito louco é a figura constituída por uma doença mental que faz surgir tanto a psicologia quanto a psiquiatria, assim como o poder psiquiátrico (FOUCAULT, 1954/2000; 1973-1974/2006). Pinel, segundo nos conta Foucault, já no século XVIII e XIX torna o internamento dos loucos uma medida de caráter médico e não de exclusão pura e simples dos anormais, como ocorrera até então. Baseando-se na ciência, aposta no internamento como forma de controle social e moral ininterrupto e propunha, como forma de cura, a revinculação de sentimentos de dependência social, de humildade, de culpa e de reconhecimento, possivelmente perdidos ao longo das experiências vividas desde a infância. Para isso, utilizam-se ameaças, castigos, privações alimentares para infantilizar e culpabilizar o louco. O asilo

torna-se uma instância perpétua de julgamento, o que faz com que o louco seja vigiado em seus gestos, rebaixado em suas pretensões, contradito no delírio e ridicularizado em seus erros, de tal forma que estas sanções pudessem corrigir os desvios do que se consideraria uma conduta normal (FOUCAULT, 1954/2000). Não se trata aqui, ainda, de uma medicalização, de um espaço de exclusão social, mas de utilizar o internamento e a direção médica como forma de controle moral mais do que de uma intervenção terapêutica, daí a utilização de castigos, para correção da culpa e da possibilidade de liberdade da alma humana.

A psicologização da loucura esconde um sistema de valores e de repressões sociais em que o louco aparenta-se com a criança e a loucura, culpabilizada, encontra-se, em sua origem, ligada ao erro (FOUCAULT, 1954/2000). Já o asilo é um espaço disciplinar, tendo como técnica de disciplina o saber psiquiátrico. Ali, o erro da loucura deve transformar-se em verdade, o delírio em realidade, para que a prática médica possa intervir. E quem manipula a realidade para o erro tornar-se verdade é o próprio médico (FOUCAULT, 1973-1974/2006). Assim, o problema da psiquiatria não se refere ao problema da loucura em si, mas ao problema da verdade, não apenas da loucura, como também das doenças mentais. O poder psiquiátrico é, assim, um suplemento de poder por meio do qual *“o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria”* (FOUCAULT, 1973-1974/2006, pp. 164-165). A verdade encontra-se então no discurso médico e não no objeto que este discurso analisa.

Enquanto traços históricos da psiquiatria pode-se mostrar a ausência de relação entre as práticas médicas e os discursos de verdade, científicos, pautando-se em discursos clínicos, classificatórios, nosológicos, o que se trata de descrever a loucura e, por que não, o TDAH, como doença ou como uma série de doenças mentais. Desenvolve-se, em seguida, um saber anatomopatológico que busca a etiologia da doença, um correlato orgânico da loucura, por exemplo, uma lesão neurológica (FOUCAULT, 1973-1974/2006). Ora, o mesmo ocorre com o TDAH, ao se propor, como veremos, a existência de uma lesão cerebral não muito grave ou mesmo mínima que justificaria o comportamento hiperativo da criança. Contudo, em nenhum dos dois casos, conseguiu-se estabelecer até então quaisquer conexões anatomopatológicas para determinar a causa destas doenças.

A prática psiquiátrica do século XIX abarca esses dois discursos: nosológico e anatomopatológico ou de correlatos orgânicos. O interessante é que as práticas

psiquiátricas utilizam estes discursos como referências, mas o tratamento não os leva em consideração. Assim, os discursos aparecem como garantias de verdade de uma prática psiquiátrica que pretendia a verdade como lhe sendo dada, sem questioná-la. A questão da verdade não se coloca entre o psiquiatra e a doença mental posto que a psiquiatria já seja uma ciência. Ou seja, a psiquiatria já se vê como uma ciência na prática, o que lhe permite corrigir o erro que cometeu, se é que cometeu. O psiquiatra aparece como detentor dos critérios de verdade. Impõe aos corpos dementes e agitados um sobrepoder que dá à realidade, pois detém a verdade em relação à loucura (FOUCAULT, 1973-1974/2006).

Precisamos marcar que, de início, a psiquiatrização da infância não passa pela criança louca, mas pela criança imbecil, idiota ou retardada. Isto porque é ao lado dos pares hospital-escola, instituição sanitária-sistema de aprendizagem que se deve buscar o princípio de difusão do poder psiquiátrico infantil e não da loucura, tema da psiquiatria adulta.

Os relatos apresentados por Foucault (1973-1974/2006) mostram bem isso e fazem-nos resgatar a noção quantitativa do patológico em termos de excesso e ausência. Por um lado, as crianças podiam apresentar comportamentos em forma de furor, violência, agitação e, por outro, de abatimento, inércia, não-agitação, demência, imbecilidade. E o mais interessante para esta pesquisa é que Foucault (1973-1974/2006) mostra que já em 1817 a idiotia infantil não aparece como doença, mas como um estado de *déficit* de desenvolvimento das faculdades intelectuais. Por um lado, distingue-se a loucura da idiotia pelo critério da ausência de desenvolvimento. Por outro lado, a preocupação com a noção de desenvolvimento da infância é a base para a discussão que faremos em torno do TDAH, uma vez que essa noção é relativa, dependente de um ponto de referência dado, ou seja, de uma norma. Assim, Seguin (1950, citado por FOUCAULT, 1973-1974/2006), em seu livro sobre o tratamento moral dos idiotas, distingue as crianças idiotas das retardadas no plano mesmo do desenvolvimento. Enquanto as primeiras apresentam uma interrupção do desenvolvimento intelectual por causas fisiológicas e psicológicas, as segundas se desenvolvem, porém mais lentamente do que as outras crianças, criando-se uma distância intransponível. Aqui, o desenvolvimento é uma espécie de norma na qual nos situamos.

Existe ainda uma questão de natureza das variáveis entre o idiota e o retardado. No primeiro, houve uma interrupção do desenvolvimento e, no segundo, a velocidade de desenvolvimento apresenta uma lentidão irreconciliável. Além disso, há uma dupla

normatividade das crianças, uma em relação ao adulto, que é ao mesmo tempo real e ideal no percurso para o desenvolvimento, e outra em relação às próprias crianças, uma vez que a lentidão será medida em relação à maioria das crianças. Outra consequência é tratar a idiotia e o retardo mental não como doença, mas como possuindo uma norma própria, constituinte de um tipo de criança (SEGUIN, 1950 citado por FOUCAULT, 1974-1975/2006).

Nesta perspectiva, as crianças idiotas e retardadas são vistas como anormais e não como doentes. Embora o TDAH seja descrito como uma doença mental, podemos pensar o mesmo com relação a esse transtorno hoje. As crianças não conseguem controlar seus instintos e, portanto, são consideradas como portadoras de uma anomalia e como apresentando sintomas de alguma doença. No caso do TDAH, contudo, a própria falta de controle já representa um sintoma. Complementarmente, Foucault (1974-1975/2006) mostra que a doença caracteriza-se por sintomas e manifesta-se por disfunções e *déficits*, enquanto que as anomalias têm no instinto não controlado a sua natureza mais do que os sintomas. De qualquer forma, a psiquiatrização da anomalia pela medicina é “*o princípio de difusão do poder psiquiátrico*” (FOUCAULT, 1974-1975/2006, p. 267).

Por meio de medidas administrativas, até meados do século XIX, os idiotas são encaminhados para asilos reorganizados para comportar todas as crianças categorizadas como alienadas, tais como as idiotas, histéricas e epiléticas. No final desse século, a distinção teórica aqui é efeito do ensino primário. Os idiotas tornam-se um problema nos estabelecimentos escolares, o que implica em seu encaminhamento para os asilos. Assim, as escolas tornam-se locais privilegiados de pesquisa para fornecer os elementos de identificação das crianças com debilidade mental, por meio de entrevistas realizadas com os professores. Questiona-se a possibilidade de escolarização que essas crianças podem atingir, perguntando aos professores quais crianças não acompanham as aulas, são notadas por sua turbulência e aquelas que não podem frequentar a escola, a partir deste momento, “*o ensino primário serve, portanto, na realidade, de filtro e de referência aos fenômenos de retardo mental*” (FOUCAULT, 1974-1975/2006, pp. 270-271). Aqui, o problema se coloca na escolarização da criança e constituir-se-á mais fortemente depois. A educação dos idiotas e dos anormais é o poder psiquiátrico em estado puro ao se pretender enquadrar nas normas uma criança considerada turbulenta, indomável pela sujeição e domínio do corpo. A assistência dessas crianças era mais bem aceita pelos órgãos administrativos se o relatório mostrasse que elas representariam

perigo à sociedade. Assim, *“a noção de perigo se torna noção necessária para converter um fato de assistência num fenômeno de proteção e para permitir que, nesse momento, os que são encarregados da assistência o aceitem”* (FOUCAULT, 1974-1975/2006, p. 278). Essas crianças seriam capazes de cometer incêndios, homicídios etc.. No caso do TDAH, o perigo, conforme veremos, seria para elas mesmas: fracasso escolar, dificuldade de socialização, acidentes pessoais, uso de drogas na adolescência, instabilidade em empregos na fase adulta etc. Foucault considera que é por meio de problemas práticos levantados pela criança *“idiota que a psiquiatria está se tornando algo que já não é o poder que controla, que corrige a loucura, ela está se tornando infinitamente mais geral e mais perigosa, que é o poder sobre o anormal, poder de definir o que é anormal, de controlá-lo, de corrigi-lo”* (FOUCAULT, 1974-1975/2006, p. 280).

Podemos dizer, finalmente, que o saber psiquiátrico é um dos elementos por que o dispositivo disciplinar organiza o sobrepoder da realidade em torno da loucura. É próprio do saber científico moderno supor que haja verdade em toda parte, lugar e o tempo todo. Essa verdade é aquela que se constata, que é dada na forma de demonstração. O psiquiatra é requisitado para decidir se há ou não doença e não para especificar, caracterizar e explicar a doença. O hospital psiquiátrico existe, enquanto dispositivo disciplinar, para tornar a loucura real.

Não podemos deixar de considerar que nos dias atuais o medicamento é a indicação primeira das intervenções medico-psiquiátricas, associadas a procedimentos diagnósticos descritivos, objetivados pelo discurso científico, levando também em consideração a socialização do discurso médico estabelecido pela mídia e as campanhas financiadas pela indústria farmacêutica. Assim, pode se reconhecer em relevo o paradigma do discurso médico na produção da “verdade” acerca do sofrimento psíquico e de sua natureza.

Pode-se pensar que se a psiquiatria clássica se manteve às voltas com fenômenos psíquicos não codificáveis em termos do funcionamento orgânico, guardando espaço à dimensão enigmática da subjetividade, a psiquiatria contemporânea promove uma naturalização do fenômeno humano e, conseqüentemente, uma subordinação do sujeito à bioquímica cerebral, que se faz regulável pelo uso do medicamento.

Na sociedade atual é necessário banir a realidade do infortúnio, da morte e da violência, ao mesmo tempo em que se procura integrar as diferenças e as resistências

em nome de um sistema único globalizante e reprodutor dos sucessos econômicos e também, porque não, do sucesso escolar.

As recentes pesquisas vêm mostrando essa crescente da medicalização não só para tratar dos sofrimentos dos adultos, mas também de crianças. Com essas é utilizada a mesma lógica diagnóstica do DSM aplicadas aos seus sofrimentos psíquicos.

Em *A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico*, Bercherie (2001) divide o campo da psiquiatria infantil em três períodos, marcada por formas distintas da apreensão dos fenômenos da infância. Primeiramente ele fala da influência da pedagogia ao longo dos séculos XVIII e XIX, onde a criança é descrita como um adulto “em potência”, no sentido aristotélico: o adulto não é somente o fim de seu desenvolvimento, mas também seu único conteúdo e seu sentido último. A psicologia da criança começa a aparecer como campo autônomo no final do século XIX. O autor, depois descreve os progressos da psicologia do desenvolvimento e marca o terceiro período como sendo o das contribuições psicanalíticas nas definições da clínica psiquiátrica da criança.

Da era clássica à pós-modernidade vemos, com Foucault, que a alma tornou-se pouco a pouco objeto de controle e disciplina, apoderada pelos diversos discursos, tais como o religioso, pedagógico, psicológico, psiquiátrico entre outros. No campo do discurso médico, os elementos mínimos do orgânico - os neurotransmissores e as funções da bioquímica cerebral - são os objetos a partir dos quais a medicina estabelece seu poder sobre os sujeitos na contemporaneidade. Antes disso Foucault (1975/2004), em *Vigiar e Punir*, já demonstrava como o poder da Norma operava, a partir dos exames diagnósticos, a produção de um saber sobre os indivíduos e sua sujeição aos domínios da ciência.

Todas as ciências, análises ou práticas com radical psico, têm seu lugar nessa troca histórica dos processos de individualização. O momento em que passamos de mecanismos histórico-rituais de formação da individualidade do homem memorável pela do homem calculável, esse momento em que as ciências do homem se tornaram possíveis, é aquele em que foram postas em funcionamento uma nova tecnologia do poder e uma nova anatomia política do corpo. (FOUCAULT, 1975/2004, p. 161)

O que temos então é uma “via de mão dupla”, onde por um lado temos uma produção científica que se consolida a partir do final do século XIX e se estende ao longo do século XX, e que tem por pressuposto a possibilidade da mensuração empírica e da construção de categorias universais a respeito do homem. Em especial a respeito do seu comportamento, sua natureza, e as vicissitudes de seu desenvolvimento e de sua adaptação, representados pelas produções teóricas da medicina e, seguindo este caminho, as da psicologia. De outro lado, vemos um conjunto de práticas terapêuticas e educativas que, ao tomarem por referência essa racionalidade científica, operam como extensão desta prática, o que reconhecemos no conjunto de técnicas que vemos surgir ao longo deste período para dar conta daquilo que teoricamente se produziu.

Temos como exemplo disso as investigações em torno da saúde e sua condição de desenvolvimento ou manutenção, aparecidas no campo da medicina higiênica (início do século XX), que levaram a um conjunto de orientações para procedimentos no interior das escolas e das famílias. Outro importante exemplo é o desenvolvimento da psicométrica; a definição de um termo teórico tal como o coeficiente de inteligência, que permitiu uma classificação das crianças e jovens em torno de uma curva de normalidade.

A psiquiatria da criança ou psiquiatria infantil é uma derivação da conjunção da medicina com a pedagogia a fim de dar lugar a uma nomeação do saber médico sobre a criança considerada idiota. O saber sobre a criança passa cada vez mais do universo pedagógico ao universo médico-psicológico.

No século XIX a criança não era considerada como passível de ser afetada por doenças mentais, pois suas funções mentais não eram consideradas formadas, o que era essencial para se falar em patologia.

Chegado ao final do século XIX e início do século XX começaram a surgir preocupações e estudos sobre a criança, estando esse período marcado pela crença no progresso da ciência, o que resulta em muitas investigações e pesquisas (ARIÈS, 1995/2006). Foi nesse período que começaram a surgir, de maneira escassa e incipiente, alguns estudos na área da psiquiatria infantil. É de nos chamar a atenção o fato de, nessa época, tanto a Europa quanto o Brasil serem palco de uma campanha anti-sexual, embora, como observou Foucault (1979/1993), os discursos sexuais tenham proliferado no século XIX, num crescimento paralelo ao aumento da repressão sexual. A pedagogia médico-higienista do século XIX deu muita importância à masturbação infantil, que anteriormente não tinha grande significado social, sendo atitude isolada, privada. A

partir do século XIX, até mesmo cirurgias eram feitas a fim de se evitar a masturbação por parte tanto dos meninos quanto das meninas, pois se acreditava que a masturbação poderia ser a causa de excitação cerebral que, como a epilepsia, provocaria disfunções mentais.

De acordo com Assunção Junior (1995), no início do século XX se delineiam duas vertentes quanto à forma de lidar com a saúde mental das crianças: a primeira dita organicista, derivada de Kraepelin e Bleuler, de tendência classificatória e eminentemente médica, preocupada com delinquência e deficiência; a segunda era diretamente ligada à pediatria, preocupada com a prevenção e profilaxia, derivada da psiquiatria francesa.

As escalas de inteligência são o marco decisivo para a instalação definitiva da psiquiatria infantil separada da psiquiatria geral. Os conceitos educáveis ou ineducáveis aplicáveis às crianças, derivados dos testes de inteligência e das determinações dos graus de deficiência mental considerados naquele momento, reafirmam a forte ligação das propostas de tratamento das crianças aos procedimentos pedagógicos.

Entendemos então que, via manuais de psiquiatria e procedimentos pedagógicos, o diagnóstico e tratamento da criança são estabelecidos a partir das condições desta para o aprendizado. Sendo este fruto da separação do sofrimento psíquico da criança de seu desenvolvimento psicológico e da expressão deste na apreensão pela criança dos códigos de moralidade vigentes, bem como de suas aquisições cognitivas.

Não somente as variações das nomeações científicas participam das codificações que recebem os indivíduos no contexto escolar, leigos em relação ao discurso médico científico. O perigo é que tais nomeações têm servido como forma normativa em relação a esses mesmos indivíduos, determinando, assim, a forma como são tratados; passam a ser crianças “rotuladas”.

Ao longo do desenvolvimento, a psiquiatria infantil (assim como a adulta) foi marcada pela institucionalização e segregação. O movimento antipsiquiátrico cumpriu importante papel ao questionar a institucionalização da loucura, o poder do discurso médico sobre a doença e o sujeito, denunciando o fracasso dos tratamentos. No entanto, os efeitos da exclusão e as propostas terapêuticas disciplinadoras mantêm-se ainda vigentes, principalmente no caso das crianças. A medicalização e os diagnósticos descritivos são agora amplamente utilizados com as crianças.

Maud Mannoni (1988) fez críticas fundamentais a respeito do tratamento e da escolarização das crianças. Suas críticas à pedagogia e seus efeitos excludentes, assim

como ao poder técnico referente ao tratamento das crianças institucionalizadas nos centros médicos-pedagógicos franceses, têm ainda hoje efeito sobre a lógica contemporânea das intervenções destinadas às crianças, sejam elas educativas ou terapêuticas.

Em termos terapêuticos, as terapias cognitivas, de tradição behaviorista, são nos dias de hoje as mais aceitas pelo saber médico. Dessa forma, o que temos cada vez mais são crianças e suas famílias submetidas ao poder exercido pela constituição de um domínio de saber médico-psicológico sem que o contexto do seu sofrimento, e a suas possibilidades de tratamento, sejam orientados para outras formas de consideração da subjetividade que não a normalizante e de “treinamento”.

A cientificação dos discursos sobre a criança desde o início do século XX contribui não somente para a construção de um discurso pedagógico normalizador, mas também para a validação de um saber sobre a criança no campo das especialidades; psicologia, psicomotricidade, fonoaudiologia, psicopedagogia, psiquiatria infantil... Os encaminhamentos para especialistas feitos pelas equipes escolares e a psicologização do ensino é uma questão de grande relevância que vêm sendo muito discutida por diversos autores do campo da saúde mental.

A dominância do discurso psiquiátrico sobre os sofrimentos e as disfunções comportamentais e cognitivas das crianças, nos mostra que a educação encontra-se intensamente atravessada pelo discurso de especialistas. O discurso médico difundido na mídia leiga, através de artigos simplistas, de livros ditos de autoajuda, e outras formas de comunicação que naturalizam o sofrimento da criança e seus “problemas de aprendizado” ou “problemas de socialização”, apresentam-se atualmente nas escolas e dentro das famílias de forma muito intensa. Não é de se estranhar professores escolares, ou até mesmo professores de atividades extracurriculares, darem diagnósticos diante da observação de certos comportamentos das crianças, e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - objeto da nossa pesquisa - é, no momento, o maior exemplo disso. E, assim, tais profissionais, depois de diagnosticarem, encaminham a criança para uma avaliação psiquiátrica, neuropsiquiátrica ou neuropsicológica. Também não é de se estranhar que a equipe escolar pergunte aos pais, diante de determinado comportamento não esperado da criança que está em tratamento, se está foi corretamente medicada naquele dia. Isso aponta para o fato que tais pessoas estão certas de que a variação no uso do remédio é responsável direto pela variação do comportamento da criança e que

este não sofre alterações de acordo com mudanças ou experiências no interior do cotidiano escolar ou familiar.

Foucault (1979/1993), em *A História da Sexualidade* analisa a passagem do poder soberano sobre a morte ao poder político de “gerir a vida”, da era clássica à modernidade. Ele enfatiza a presença de dois mecanismos: o desenvolvimento das disciplinas do corpo no século XVII e as regulações da população no século XVIII. A articulação desses dois mecanismos de poder ao longo do século XIX, nas regulações da vida, configurará uma nova forma de poder definida pelo autor como “biopoder”.

As formas de viver, o exercício das possibilidades da vida, o cultivo da saúde, os domínios sobre a sexualidade, assim como os sofrimentos existenciais, serão o objeto de saber e de poder. A normalização da vida expressa no campo médico pela possibilidade de classificação dos indivíduos em termos diagnósticos, baseados também em estudos populacionais epidemiológicos, que definem atualmente algumas das políticas em saúde mental, pode ser inserida no que Foucault nomeou como “microfísica do poder sobre os corpos”.

A produção de saber sobre o sofrimento psíquico encontra-se associada à produção da indústria farmacêutica de remédios que prometem aliviar os sofrimentos existenciais. Não se trata de rejeitar todo o uso de psicofármacos, pois são inegáveis vários de seus efeitos positivos, tanto na vida de muitas pessoas quanto na possibilidade de transformação do sistema de cuidados e tratamento da loucura no século XX, mas de evidenciar os efeitos de um discurso que banaliza a existência e naturaliza o sofrimento. Trata-se de encontrar na psicanálise uma possibilidade de não sujeição ao discurso médico, libertando as crianças dos destinos previstos nos prognósticos médicos.

O recurso à técnica, seja ela dos manuais de psicologia ou do discurso médico hegemônico, tem tido efeitos não pouco nefastos sobre o discurso pedagógico nos tempos contemporâneos. A medicalização em larga escala das crianças nos tempos atuais pode ser lida também como apelo ao silêncio dos conflitos, negando-os como inerentes à subjetivação e ao encontro humano.

Não podemos deixar de ressaltar que o estabelecimento de psicofármacos no tratamento do sofrimento psíquico trouxe uma série de benefícios para a terapêutica do sofrimento psíquico, proporcionando inclusive a possibilidade de intervenções pós-asilares, a luta antimanicomial. Medicação pode ser necessário desde que caso a caso. No caso da psiquiatria infantil a medicalização tem que ser ainda mais meticulosa já que

essa pode trazer outros efeitos além do esperado e também pelo fato da criança não poder se responsabilizar pela administração de seu uso.

Nosso objetivo aqui é discutir o que diz respeito à sintomatologia do sofrimento psíquico, e não doença, com a intenção de levantar questões sobre a noção de saúde psíquica estatística ou normativa, assim como as noções de distúrbio, perturbação e doença mental. Dessa forma, acabamos por ter dificuldades em aceitar a imposição de um tratamento único e terapias tipificadas para perturbações formatadas que acabam por desprezar diferentes quadros teóricos e estratégias terapêuticas.

### **1.3 – Silenciando a infância**

Um dos primeiros estudos a utilizar um dispositivo para o controle do comportamento infantil que não se encerrou na família, nas escolas e nos asilos foi realizado por Bradley (1937), com o uso de um estimulante do sistema nervoso central conhecido como benzedrina. Da mesma maneira que Foucault pensou no poder disciplinar das crianças por meio da distinção entre loucura, idiotia e retardo mental, conforme vimos anteriormente, acreditamos ver nos estudos de Bradley a raiz, não primeira, mas mais significativa, do tratamento psiquiátrico dado à criança considerada anormal.

Após Bradley, outros estudos foram feitos para entender os efeitos psicológicos da benzedrina (REIFENSTEIN JR. & DAVIDOFF, 1939). O método científico utilizado por Bradley (1937) procurou seguir as normas do bem fazer ciência, escolhendo os sujeitos de pesquisa, avaliando as alterações do comportamento no desempenho escolar, nas respostas emocionais e nas mudanças psicológicas observadas após a administração do medicamento. À época, não existia, pelo que parece, o método de pesquisa clínico duplo-cego, randômico, com grupo experimental e de controle, exigido para validar a pesquisa atual. De qualquer forma, a intenção de Bradley (1937) foi testar uma substância até então utilizada em adultos para determinar seus efeitos sobre crianças. Isto porque *“um número de relatos agora estão disponíveis descrevendo seus efeitos sobre o humor e outras reações psicológicas de adultos, mas até o presente momento ninguém parece ter estudado seus efeitos no comportamento de crianças”* (BRADLEY, 1937, p. 577).

Embora, como vimos em Foucault, uma série de drogas fora utilizada nos tratamentos psiquiátricos, não parece ter sido utilizado, até então, algo quimicamente sintetizado parecido com a benzedrina. Bradley (1937) reforça esta impressão ao dizer

que se negligenciou qualquer tipo de tratamento psicológico com a administração de drogas em crianças e justifica sua pesquisa ao mostrar os efeitos comportamentais da benzedrina em adultos; logo, por que não usa-la em crianças com problemas de comportamento? As crianças recrutadas eram atendidas no Emma Pendleton Bradley Home, instituição inaugurada em 1931, de propriedade do próprio Bradley, destinada a atender, preferencialmente, crianças pobres com inteligência normal, mas portadoras de desordem neurológica ou comportamental da cidade de Rhode Island, Estados Unidos. Para dimensioná-la atualmente, o hospital trata e conduz pesquisas em diversos campos da saúde mental ou do desenvolvimento de deficiências de crianças e adolescentes, tais como (BRADLEY HOSPITAL, 2012): Ansiedade, Síndrome de Asperger, Transtorno de déficit de atenção hiperatividade (TDAH), Autismo, Transtorno Bipolar, Depressão, Distúrbios Alimentares, Transtorno obsessivo compulsivo, Comportamentos de Risco, Abuso Sexual, Distúrbios do Sono e Pensamentos Suicidas.

Para realizar a pesquisa em 1937, selecionaram-se 30 crianças (21 meninos e 9 meninas), residentes do hospital, com distúrbios de comportamento (de incapacidade educacional a esquizofrenia, até crianças agressivas e epiléticas), que foram previamente observadas durante cerca de um mês. Iniciada a pesquisa, que durou três semanas, as doses diárias de benzedrina começaram a ser administradas na segunda semana. Isto possibilitou a comparação do comportamento das crianças, registrada por enfermeiras e professores, na semana sem a benzedrina com a semana imediatamente posterior à introdução do medicamento.

### **Desempenho escolar**

Quatorze das trinta crianças responderam de uma maneira “espetacular” e imediata. Isso foi relatado por professores que observaram um notável incremento no interesse dos alunos pelos diversos assuntos escolares. A produtividade das crianças cresceu, pois puderam terminar suas tarefas em menor tempo e completar outras pendentes. Na maioria dos casos, ainda, houve maior rapidez na compreensão e maior acuidade no desempenho. O progresso apareceu prontamente no primeiro dia de administração da benzedrina e desapareceu no primeiro dia de sua descontinuidade. Outras quinze crianças não apresentaram uma mudança tão significativa e uma não era de idade escolar. Destas quinze, oito mostraram alguma melhora acompanhada de mudanças temporárias em suas características pessoais, cinco não apresentaram

mudança no desempenho escolar, mas apresentaram mudança comportamental e, finalmente, duas não apresentaram nenhuma resposta ao medicamento.

### **Resposta emocional**

Quinze crianças responderam à benzedrina tornando-se reprimidas em suas respostas emocionais, mais plácidas e fáceis de lidar, o que para Bradley (1937) representa uma melhoria clínica do ponto de vista social, mas parecendo apáticas, diminuídas por outro lado. Ao mesmo tempo, parecem ter se tornado mais interessadas com o que se passava no ambiente. Além disso, algumas crianças apresentaram irritabilidade com barulhos, agressividade e comportamento dominante. Não se encontrou paralelo entre o aumento do desempenho escolar com a mudança de resposta emocional, coincidindo apenas sete crianças nos dois grupos (melhoria do desempenho com melhoria da resposta emocional). Nas quinze crianças restantes, houve uma variedade de respostas emocionais. Sete delas declararam uma sensação de bem-estar. Outras três passaram a chorar mais facilmente, enquanto que outras duas expressaram medo sem que isso tivesse ocorrido anteriormente. Apenas uma tornou-se mais hiperativa, agressiva e irritável.

Um das constatações do estudo é que, sendo a benzedrina um estimulante, espera-se que haja interferências nas atividades motoras. Contudo, em crianças, fica difícil determinar essas mudanças se não comparadas com o humor e as atividades intelectuais. Contudo, em termos de mudança das respostas emocionais, houve uma diversidade muito grande de comportamentos surgidos a partir da administração da benzedrina.

O que deixou Bradley (1937) extremamente impressionado foi a espetacular melhoria no desempenho escolar de quinze crianças que receberam o medicamento. A benzedrina era superior em efeito comparada aos métodos educacionais tentados com essas crianças.

Em termos de atividade motora este estimulante mostrou que as crianças conseguiram controlar mais as suas atividades, uma vez que uma das funções do sistema nervoso central é a inibição. Ao estimulá-lo com a benzedrina, a criança consegue controlar mais os seus movimentos. Atualmente, pensa-se que o psicoestimulante aja sobre os neurotransmissores, conforme veremos a seguir. O estudo ainda utilizou o eletroencefalográfico que mostrou anormalidade nos ritmos cerebrais de onze crianças e, pela região cortical analisada, o autor indica que as funções dessa

região relacionam-se com as condições de consciência. Isto quer dizer que drogas como a benzedrina “*devem aumentar as atividades corticais emparelhadas e aliviar qualquer distúrbio de comportamento resultante disso*” (BRADLEY, 1937, p. 583). Alerta, no entanto, que mais estudos são necessários para confirmar essa hipótese. Vale dizer que, até hoje, esta teoria não foi comprovada. Além disso, como não se conheciam os efeitos prolongados do uso da benzedrina em termos de toxicidade, Bradley (1937) não recomenda o uso clínico dessa droga em crianças com problemas de comportamento. Afirma, ainda, que os “*fatores envolvidos nos distúrbios de preocupação da psiquiatria com o desempenho dos alunos, fato que abre portas para que comportamento infantil são tantos e tão variados que eles não podem ser completamente avaliados apenas por um médico adequadamente treinado em psiquiatria infantil*” (BRADLEY, 1937, p. 583).

O estudo de Bradley (1937), no que diz respeito à sua euforia quanto à melhoria “espetacular” do desempenho escolar das crianças, mostra-nos uma considerável este seja o mote de futuras pesquisas com psicofármacos utilizados em crianças, inclusive o metilfenidato. Por outro lado, embora não tão aclamadas pelo psiquiatra, as respostas emocionais foram positivas em termos de controlar as ações da maior parte dos sujeitos de pesquisa.

A pesquisa de Bradley (1937) nos mostrou como uma substância neuroquímica que age sobre a melhoria do desempenho escolar infantil pode se tornar uma força de sedução social numa sociedade que valorize este tipo de desempenho. Contudo, para prescrevê-la, é necessário haver uma doença. Na psiquiatria do século XX, diferentemente dos séculos anteriores, as doenças mentais passam a existir não apenas pela observação dos comportamentos desviantes dos sujeitos loucos ou idiotas – algo importante, mas inócuo no campo científico –, mas pela sua publicação no DSM, manual que se torna o guia identificador e classificador dessas doenças ou, em outras palavras, transforma-se na verdade das doenças mentais.

#### **1.4 - As versões do DSM: mudanças e construções dos transtornos**

O DSM é uma produção discursiva para reforçar o discurso competente dos agentes do campo que o utilizam. Este manual serve também como objeto de estudos sociológicos, uma vez que sua análise permite entender como os comportamentos são definidos por meio de critérios médicos (CONRAD & POTTER, 2000).

O pressuposto que condiciona sua construção é que a constituição de um transtorno passa por um acordo entre especialistas que, consensualmente, definem os sintomas e estipulam as classificações adequadas. No caso dos transtornos mentais, além do DSM, publicado pela *Associação de Psiquiatria Norte-Americana* (APA, 2002), isso também é feito pela *International Classification of Diseases* (CID), ligada à *Organização Mundial da Saúde*. Muitos diagnósticos são classificados e, portanto, legitimados pelo DSM, que se tornou o guia oficial para os diagnósticos psiquiátricos (CONRAD & POTTER, 2000) nos Estados Unidos e em diversos países do mundo, inclusive no Brasil.

Ao longo da história médica, ocorreu o contrário, desacordos entre quais seriam as doenças que deveriam ser incluídas como transtorno mental e qual deveria ser o método para a sua organização (APA, DSM-IV). Nos Estados Unidos, o esforço foi no sentido de proporcionar uma classificação que possibilitasse a análise estatística de dados, por exemplo, para a utilização governamental na preparação do censo. Já em 1917, a APA uniu-se à *Comissão Nacional de Higiene Mental* para desenhar, uniformemente, um plano para reunir dados estatísticos de diversos hospitais mentais. Essa coalizão entre médicos e o Estado ocorreu de diversas formas em diferentes partes do mundo, como nos mostra Foucault (1963/1980) e, de modo bastante mais enfático, Illich (1975), posto que a medicina adquire um estatuto de promotora e proponente de novas formas de sociabilidade. Isso fica claro quando, em 1952, publica-se o DSM-I consistindo em um glossário de descrições de diferentes categorias diagnósticas para diversas doenças mentais.

Naquele momento, sob a influência de Adolf Meyer, os transtornos mentais foram entendidos como reações da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos, numa visão psicobiológica. O termo “reação” ao longo do manual indica que a psiquiatria norte-americana de então era dominada pela perspectiva psicodinâmica (RUSSO, 1997). Vale ressaltar que no DSM-I não há uma seção específica para distúrbios em crianças e não encontramos uma entidade nosológica que corresponderia à hiperatividade infantil.

Foi em 1952 o primeiro registro da utilização de um psicofármaco em tratamento psiquiátrico. A partir daí a indústria farmacêutica passou a investir intensamente em recursos para o estabelecimento de pesquisas na área de psicofarmacologia e também em marketing ligado a tal assunto. Como vimos, é deste ano também a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos*

*Mentais*, o DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) produzida nos EUA pela *American Psychiatric Association* como grelha única de critérios para a clínica da sintomatologia psíquica.

O DSM-II mostrou-se similar ao DSM-I, com a extração da palavra “reação”. Este termo mostra uma relação imbricada entre indivíduo-sociedade, o que impedia a psiquiatria de capitanear as explicações das doenças mentais, tornando-a apenas reativa a outros campos do saber científico. O DSM-II foi revisto atendendo à necessidade de alinhar a classificação e a nomenclatura das doenças mentais, por um lado, ao CID-8 em 1966 e, por outro lado, à medicina norte-americana, devido à rápida integração da psiquiatria ao restante da área médica (APA, 2002).

Até o ano de 1980, quando então é publicada a DSM-III, os fundamentos do diagnóstico propostos por esses manuais expressavam influências da psicanálise e da psiquiatria social comunitária. Aos poucos a ênfase passou a ser na objetivação dos critérios diagnósticos baseados em experimentações científicas que afastavam cada vez mais a dimensão de sentido que inicialmente era presente nas considerações do entendimento dos quadros psicopatológicos.

Em *A psiquiatria no divã: entre as ciências e a medicalização da existência*, Aguiar (2004) aponta que um importante fator para a mudança teórica no DSM-III foram as questões econômicas envolvidas no incentivo de pesquisas norte-americanas na área de psiquiatria. A falta de dados epistemológicos, assim como a pouca objetividade nos procedimentos psiquiátricos, antes da mudança estabelecida pelo DSM-III acarretavam custos considerados inadmissíveis tanto pelos órgãos governamentais de incentivo à pesquisa em saúde mental, quanto pelas companhias seguradoras de saúde.

Foi o estabelecimento do DSM-III que rompeu definitivamente com a psiquiatria clássica. Deste momento em diante, os quadros psicopatológicos passam a ser apresentados como transtornos mentais que podem ser diagnosticados a partir da presença de um determinado número de sintomas, identificados com base em uma lista presente no manual para cada transtorno, que devem se fazer presentes na vida do indivíduo por um período definido de tempo. Esse manual faz com que a psiquiatria norte-americana se consolide como um discurso hegemônico e, atualmente, o DSM-IV é referência mundial no diagnóstico de transtornos mentais.

Os editores do manual apontam que ele presta um serviço aos psiquiatras dos Estados Unidos por disponibilizar nomenclaturas utilizáveis em hospitais e clínicas psiquiátricas, atentando para o crescimento dos trabalhos psiquiátricos em hospitais gerais e outras organizações da saúde. Assinala ainda para outra utilidade exógena à medicina, mas muito significativa, que é a sua serventia aos tribunais e saúde industrial (APA, 2002).

Mostram, ainda, que a primeira edição deste Manual, em 1952, trouxe uma importante contribuição às psiquiatrias norte-americana e mundial. Houve vinte reimpressões e foi distribuído para diversos países. Nenhum outro país havia fornecido um manual oficial equivalente aprovado com os termos de diagnóstico. O DSM-I também foi muito usado, embora não universalmente, para codificações estatísticas dos registros de casos psiquiátricos nos Estados Unidos. Na preparação desta nova edição, a Comissão foi particularmente consciente da sua utilidade em ajudar a homogeneizar a nomenclatura em livros didáticos e na literatura profissional (APA, 2002). A segunda versão foi preparada com o auxílio de 120 psiquiatras que revisaram o rascunho do DSM-II e propuseram diversas sugestões.

O DSM-III, publicado em 1980, foi confeccionado levando em consideração os trabalhos empíricos realizados até então, havendo maior validação dos critérios diagnósticos e o desenvolvimento de entrevistas semiestruturadas. Para Kirk e Kutichins (1994), pesquisadores que analisaram o DSM, nessa edição, os critérios de diagnóstico e a classificação dos sintomas não apresentavam confiabilidade. Isto porque um mesmo quadro de sintomas estava sendo diagnosticado de formas diferentes. Ao observar essas e outras discrepâncias, diversos psiquiatras propuseram a revisão do DSM-III para reforçar a legitimidade do diagnóstico psiquiátrico com a renovação do manual. Após a revisão, foi republicado em 1987 com o nome de DSM-III-R.

Essa passagem nos permite visualizar o que Bull (1990) e Foucault (1976/1988) dizem sobre os discursos que estruturam um campo de correlações de força. Eles podem apresentar lacunas ou mesmo ser contraditórios, mas isso não implica uma ruptura do campo. Nesse caso, parece que o reforçou.

Diferentemente do DSM-II, na terceira edição, a psiquiatria começa a impor ainda mais sua visão de mundo (GEERTZ, 1989), a partir do desenvolvimento do campo e das pesquisas em andamento. Assim, começa a autonomizar-se enquanto esfera de ação própria e a produzir conhecimento sobre a vida de uma forma mais intensiva.

De fato, o DSM-II parece ter sido uma resposta à crise de legitimidade que o saber psiquiátrico norte-americano vivenciou na década de 70. Diversos estudos desse período sugeriam que os psiquiatras norte-americanos super-diagnosticavam a doença mental, que não havia clínicas sistemáticas e que seus diagnósticos e avaliações não eram confiáveis (ANDREASEN, 2005). O resultado foi *uma “redefinição radical na atividade de diagnosticar: a interpretação de símbolos de sofrimento é substituída por uma leitura de sinais de doença”* (HENNING, 2000, p. 15). O rompimento com o vocabulário psicologizante das versões anteriores deste manual, cuja classificação para seus críticos se baseava em uma pretensa etiologia dos transtornos mentais, ou seja, em processos subjacentes inferidos pelo clínico, e não passíveis de uma observação empírica rigorosa, resultou ao abandono do termo neurose, de orientação claramente psicanalítica (RUSSO & VENÂNCIO, 2006).

Entendemos, então, que os organizadores do DSM-III pretendiam criar um manual com uma linguagem universal, descritiva e a-teórica. Os conceitos utilizados para a formulação diagnóstica deveriam traduzir fielmente e, apenas, os dados brutos da observação clínica, de forma a garantir uma descrição segura e neutra. Neste período, a psiquiatria partia de uma lógica classificatória baseada em pressupostos empiristas e objetivistas de descrição dos fenômenos mentais. Tratava-se de *“prescrever uma forma descritiva que, por pretender-se mais científica, acredita-se mais próxima da verdade”* (SERPA JR., 1998, p. 239).

Autores como Russo e Henning (1999) argumentam que o próprio a-teórico é, na realidade, sustentado por uma teoria organicista dos distúrbios mentais. As autoras apontam para a relação direta entre o objetivismo a que se pretende a classificação diagnóstica e a subjetividade do substrato orgânico, que é potencialmente observável, quantificável e até reprodutível. O abandono das relações causais e a adoção de um quadro exclusivamente sintomatológico reverberam em novas teorias sobre a etiologia biológica dos fenômenos psiquiátricos.

O rompimento na DSM-III com a linguagem e com as teorias psicodinâmicas que embasavam as nomenclaturas e a organização da DSM I e II acabou por significar a adoção de uma visão fiscalista dos fenômenos mentais. A opção pelo termo “transtorno” em detrimento da “neurose” implicou uma nova forma de compreender e lidar com a doença mental. A psicanálise está mais preocupada com a natureza e a fonte dos conflitos psíquicos do que com os comportamentos externalizados. A partir da revolução terminológica do DSM-III, o que será considerado patológico é um conjunto

de comportamentos observáveis, mensuráveis, discerníveis, e é sobre este conjunto de sintomas funcionais que se deve incidir a intervenção terapêutica.

A adoção do termo transtorno teve como consequência a multiplicação do número de categorias pela fragmentação das antigas entidades nosológicas. Assim, qualquer comportamento que possa se inscrever no registro de perturbação, do distúrbio, da desordem, é passível de ser designado de transtorno. Consequentemente ao aumento do espectro de comportamentos que podem ser incluídos nos termos de transtornos, crescem, em paralelo, as demandas por tratamentos.

A quarta edição do DSM, segundo a força tarefa que a compôs, beneficia-se pelo aumento substancial da investigação empírica em torno do diagnóstico. Isso porque a maioria dos diagnósticos conta com uma literatura empírica de dados disponíveis. Essa edição foi publicada em 1994, contando com a colaboração de mais de 1.000 pessoas e outras tantas organizações. O objetivo do documento continuou o mesmo das edições anteriores, ou seja, servir como um manual prático para a utilização pelos médicos. Adicionalmente, passa-se a entender o manual como um instrumento de facilitação da investigação clínica e de melhora da comunicação entre os clínicos e os pesquisadores.

O trabalho para a confecção dessa edição realizou-se da seguinte maneira: 1) revisão sistemática da literatura disponível; 2) reanálise dos dados das pesquisas caso houvesse inconsistência; e 3) pesquisas de campo, considerando a representatividade dos indivíduos pesquisados para possibilitar a generalização dos resultados (APA, 2002).

Quanto aos transtornos mentais, o DSM mostra que é muito útil utilizar essa definição uma vez que tem permitido ao médico tomar decisões acerca das alterações ligadas à normalidade e à patologia. Isto posto define-se transtorno mental como uma síndrome ou um padrão comportamental ou psicológico de significação clínica, que aparece associado a um mal-estar (p.e. dor), ou uma incapacidade (p.e. deterioração de uma ou mais áreas de funcionamento) ou a um risco significativamente aumentado de morrer ou de sofrer dores, incapacidade ou perda da liberdade. Ademais, essa síndrome ou padrão não deve ser meramente uma resposta culturalmente aceita a um acontecimento particular (p.e. a morte de uma pessoa querida). Qualquer que seja a sua causa, deve considerar-se como a manifestação individual de uma disfunção comportamental, psicológica e biológica. Nem o comportamento desviante (p.e. político, religioso ou sexual) nem os conflitos entre o indivíduo e a sociedade são transtornos mentais, a não ser que o desvio ou o conflito sejam sintomas de uma

disfunção. Uma concepção errônea frequente é pensar que a classificação dos transtornos mentais classifica as pessoas; o que realmente faz é classificar os transtornos das pessoas que os padecem (APA, 2002).

Aqui, alguns aspectos importantes para o processo de medicalização devem ser identificados. Primeiramente, que a síndrome é definida tanto em termos de perda da normatividade do sujeito, quanto da suscetibilidade de incapacidade para agir. Assim, é necessário o uso de medidas classificatórias para identificar esse potencial. Um segundo aspecto refere-se ao termo disfunção. Remetemos aqui à normalidade tratada por Canguilhem (2010) quando mostra como a medicina, ao preocupar-se com a fisiologia, olha para o seu oposto patológico, para a disfunção, para o que deveria funcionar adequadamente, mas, por alguma interrupção, tornou-se anormal. Finalmente, o padecimento do transtorno mostra o deslocamento da análise da esfera comportamental para a esfera biológica, pois a dor e o padecimento saem da esfera subjetiva e são trazidas para o campo médico. Pela incapacidade de o sujeito lidar com essa dor, os médicos assumem a função de tutelar a disfunção individual (ROSE, 2001).

O DSM-IV assume que, ao utilizá-lo, o clínico (para nós poderia ser um técnico) deve considerar que pessoas com o mesmo diagnóstico são, muito provavelmente, heterogêneas, dentro do que esteja nas características definidoras do diagnóstico. Além disso, os casos-limite são difíceis de diagnosticar, ainda mais por serem probabilísticos. Isso permite a) uma maior flexibilidade no uso do sistema, b) uma atenção especial aos casos-limite e c) enfatizar a necessidade de recorrer a mais informações clínicas adicionais para além do diagnóstico.

Percebemos que o DSM-IV, portanto, permite ao médico realizar o diagnóstico tanto pelo manual, quanto por outros métodos de investigação como, por exemplo, as entrevistas e histórias familiares. Além disso, reforça a necessidade de adequar o diagnóstico ao indivíduo, devido à diversidade de sintomas que aparecem nos casos clínicos. Contudo, indica que a forma com que o manual foi estruturado permite a sua utilização de modo simplificado, pois a ampla lista de itens para diagnósticos pode ser reduzida. Ao unificar e simplificar a linguagem para diagnosticar um transtorno é possível identificar mais casos pela utilização por uma maior quantidade de clínicos. No caso do TDAH, nosso objeto de pesquisa, os critérios utilizados para o diagnóstico estão no Anexo A.

Percebemos então que o DSM-IV ao se intitular a-teórico e com a intenção de proporcionar uma maior possibilidade de troca entre os profissionais da área de saúde

mental, introduz uma série de categorias clínicas diagnósticas. E, assim, esse manual atingiu a marca de trezentos e cinquenta transtornos psíquicos.

Enquanto protocolo de classificação que atende a todas as correntes teóricas, o DSM apresenta-se apenas como descritivo, podendo ser usado por qualquer técnico, e acaba por eliminar não só a história do doente como as classes psiquiátricas, que é a maior herança que a psiquiatria clássica nos deixou.

### **1.5 - Alguns comentários sobre a DSM V: o que vem por aí?**

No momento atual assistimos a uma prática clínica cada vez menos dialogante, mais indiferente às manifestações de sofrimento psíquico e vinculadas a protocolos e tratamentos paliativos das consequências e não das causas. E, seguindo essa estratégia, o DSM-V vem sendo escrito e será lançado no ano de 2013.

Com muita confusão e nítido empobrecimento conceptuais, a próxima publicação do DSM não deixará ninguém de fora daquilo de que se ocupa, do que faz um doente. Seremos todos doentes, perturbados. Qualquer manifestação de mal-estar será transformada em sintoma de uma perturbação para a qual será necessário um remédio. Tal publicação tratará quadros de diagnósticos mais abrangentes para as perturbações existentes ou novos diagnósticos que poderão ser absolutamente correntes na população geral; os espectros.

No livro *Opening Pandora's Box: The 19 Worst Suggestions for DSM-V*, Allen Frances (2010) cita alguns dos novos e problemáticos diagnósticos que serão abordados na publicação de 2013. Dentre eles: a síndrome de risco de psicose (Frances acredita que esse será o diagnóstico mais preocupante, pois a taxa de falso positivo será em torno dos 70%), o distúrbio cognitivo menor, a compulsão alimentar, a hipersexualização, a perturbação mista de ansiedade depressiva etc. No caso do TDAH - nosso objeto de estudo - vai haver um aumento do campo semântico desse transtorno.

Uma das consequências/perigo do uso desse tipo de manual que não se ampara na clínica, mas sim em número de sintomas para se chegar a um diagnóstico, é a criação de verdadeiras epidemias psíquicas.

Com a nova versão do Manual o que vamos ter é uma apropriação ainda maior da neurologia do campo que é da psiquiatria, que cada vez aumenta a gama de categorias nosológicas baseadas em manifestações tidas como patológicas. O DSM-V também chega instaurando valores preditivos ao se dispor a fazer antecipações

terapêuticas, sob a alegação de prevenir problemas futuros, intervindo precocemente antes mesmo do aparecimento da patologia. A investida de querer predizer algo faz cair no risco de fechar o sujeito num diagnóstico, medicalizando as pessoas por toda a vida, sem que nenhuma patologia tenha sequer se manifestado.

Em *Categoria e dimensão no DSM –V e na psicanálise de orientação lacaniana*, Sergio Laia (2009) fala de sua preocupação com o fato de na nova DSM os ditos transtornos mentais serem classificados não somente em categorias, mas também em dimensões, com a intenção de apontar para a sobreposição e a continuidade dos sintomas.

O que temos como resultado disso é uma clínica psiquiátrica cada vez mais formalizada, baseando-se em inventários e curvas estatísticas e abrindo mão da clínica e do clínico no processo de diagnosticar e bolar um tratamento específico para o paciente.

Não podemos deixar de pensar que esse aumento abusivo do diagnóstico de TDAH não esteja ligado ao uso do DSM como ferramenta de diagnóstico, como uma classificação de massa.

## **1.6 - TDAH: a construção pela via do DSM**

Nesse cenário, não poderia ser diferente o que ocorreu com o TDAH. O seu diagnóstico inicial foi elaborado nos anos 1950 (CONRAD, 1975; CONRAD & POTTER, 2000), embora vejamos um embrião deste transtorno ser fecundado nas pesquisas de Bradley (1937) com crianças já consideradas “hiperativas”. Fora conhecido com o nome de Disfunção Cerebral Mínima (DCM), Síndrome da Hiperatividade, Hipercinesia (hiperação), Distúrbio de Hiperatividade Infantil, além de outras tantas categorias diagnósticas. Os termos hiperatividade e DCM eram os mais comumente utilizados (CONRAD & POTTER, 2000). Já em 1968, o DSM-II identificara como distúrbios infantis o dano cerebral mínimo e outros problemas de reação hipercinética.

Chamados de Distúrbios de Comportamento de Criança e Adolescente ocorrem em crianças e adolescentes que possuem maior estabilidade, internalizada e resistência a tratamento do que os Distúrbios Transitórios Situacionais e menores do que Psicoses, Neuroses e Distúrbios de Personalidade, sendo estes os sintomas característicos propostos pela APA (2002, p. 50): hiperatividade, desatenção, timidez, sentimento de rejeição, super-agressividade e delinquência.

No DSM-II eram postuladas duas síndromes bastante semelhantes: a Reação Hiperkinética da Infância, que admitia a existência da síndrome como uma reação da personalidade a fatores psicológicos e sociais do desenvolvimento; e a Disfunção Cerebral Mínima, na qual se supunha uma disfunção cerebral implícita como causa do problema. Tratava-se de uma descrição geral das características da desordem, que ocupava apenas dois parágrafos. Aí já era admitida a associação da hiperatividade com a “*distração, pouca persistência da atenção*” (APA, 2002, p. 50). Afirmava-se que tais comportamentos normalmente diminuía na adolescência.

Ao longo dos anos 60, o distúrbio tornou-se muito bem conhecido, em parte devido à grande publicidade que recebeu e também pela controvérsia originada pelo uso de remédios, especialmente a Ritalina, para seu tratamento. Em meados de 1970, tornou-se a doença psiquiátrica infantil mais comum nos Estados Unidos e clínicas especializadas para identificar e tratar este distúrbio começaram a despontar, embora os diagnósticos fossem comumente feitos por pediatras e clínicos gerais (CONRAD & POTTER, 2000). Ainda nessa década, os estudos epidemiológicos mostravam que cerca de 3-5% das crianças em idade escolar eram hiperativas, sendo a maior parte meninos. Em suma, a hiperatividade era vista como um distúrbio infantil, identificado nos primeiros anos da fase escolar.

Ao longo da década de 1970, o foco central das pesquisas deslocou-se dos comportamentos hiperativos para a questão da desatenção e da impulsividade. No DSM-III, a reação hiperkinética foi renomeada para Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA). Para Barkley (2002), as pesquisas empreendidas pelo grupo de trabalho de Virgínia Douglar contribuíram particularmente para esta mudança de orientação.

Segundo esses estudos, a falha na manutenção da atenção e a impulsividade seriam os principais pontos na caracterização do transtorno. Dos sintomas deste distúrbio derivariam quatro déficits fundamentalmente: déficit de investimento, organização e manutenção da atenção e do esforço; incapacidade de inibição de respostas impulsivas; incapacidade de modulação dos níveis de alerta para responder às exigências das situações; e tendência exagerada para obtenção de recompensas imediatas.

No Manual, a explicação dada para a renomeação da desordem como Distúrbio do Déficit de Atenção é a que as dificuldades atencionais são proeminentes e sempre virtualmente presentes entre crianças com estes diagnósticos. Além do que, “*embora a atividade motora excessiva frequentemente diminua com a adolescência, nas crianças*

*que possuem essa desordem dificuldades com a atenção frequentemente persistem”* (APA, 2002, p. 41). Assim, vemos que a dificuldade atencional define o transtorno, na medida em que é considerada essencial: está sempre virtualmente presente e não desaparece; não se trata de um acidente, ou de um fator secundário na definição do problema.

Para a caracterização do DDA no DSM-III três dimensões comportamentais são definidas: desatenção, hiperatividade e impulsividade. Dois subtipos são criados: DDA sem e com hiperatividade. Para a dimensão da desatenção existe uma listagem de cinco itens, além de seis itens para os sintomas de impulsividade e cinco para os sintomas de hiperatividade, sendo que para cada domínio, para que a criança seja considerada DDA com hiperatividade, ao menos três sintomas devem estar presentes. No caso do subtipo DDA sem hiperatividade, o mesmo critério permanece, mas com a exclusão do último domínio sintomatológico. Há também um terceiro tipo, até hoje pouco específico, que é o DDA residual, aplicado ao indivíduo que não apresenta mais sintomas de hiperatividade, contando que o sintoma estivesse presente no passado.

A APA no ano de 1987 revisou o DSM-III e lançou o DSM-III-R. Nesse as três dimensões da desatenção, hiperatividade e impulsividade foram reagrupadas em um transtorno unidimensional: o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH ou DDAH). Esse passou a incluir quase todos os comportamentos listados no DSM-III, só deixando dois de fora. Trata-se, então, de uma lista com quatorze sintomas, dos quais ao menos oito devem estar presentes para se fazer o diagnóstico. Os dois subtipos com ou sem hiperatividade desaparecem, e no lugar é incluída uma condição nomeada de TDA não diferenciada, no qual os sintomas de hiperatividade e impulsividade não estão presentes, mas que não teve para si qualquer critério específico definido.

O DSM-IV, última versão publicada, organiza os sintomas do TDAH em três grupos: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção ocorre quando há dificuldade de atenção a detalhes ou em atividades lúdicas, ocorrência de equívocos em atividades cotidianas, não seguir instruções, distração recorrente etc. A hiperatividade caracteriza-se pela inquietação motora e agressiva, sendo que a criança apresenta dificuldade em manter-se sentada, por não esperar a vez, por apresentar conduta motora inadequada em situações inapropriadas. A impulsividade seria a ação sem controle racional, sem a preocupação com as consequências dos atos, ocorrendo dificuldade em

conter respostas em situações nas quais deveriam pensar antes de agir e apresentando comportamentos rudes e insensíveis (GRAEFF & VAZ, 2008).

Nessa quarta classificação podemos notar que o número de itens da lista de sintomas aumentou. Outra mudança nítida foca a realocação dos subtipos da desordem. Se no DSM-III-R não era necessária a presença de qualquer grupo sintomatológico específico para que se postulasse o diagnóstico, permitindo maior heterogeneidade no transtorno, o DSM-IV opera uma reorganização que permite a existência de um tipo desatento, sem qualquer sinal de hiperatividade/impulsividade, ainda que não apresente sintomas de desatenção. Essa subdivisão, aparentemente, leva a uma maior flexibilidade e abrangência do diagnóstico, permitindo incluir aqueles que não apresentam sintomas de agitação motora ou de impulsividade de forma tão marcante, caracteristicamente os indivíduos do sexo feminino e de idade adulta.

Apesar de, em certo sentido, o DSM-IV retomar a organização em subtipos e a valorização da desatenção, ambas presentes no DSM-III, pode-se estabelecer algumas diferenças entre o TDAH tipo predominantemente desatento, que encontramos no DSM-IV, e o subtipo TDA sem hiperatividade, descrito no DSM-III. A primeira grande diferença é o isolamento das características de desatenção no DSM-IV, ao contrário do DSM-III, já que aí era necessário também um número mínimo de sintomas de impulsividade para o diagnóstico de TDA sem hiperatividade.

No DSM-IV os itens para desatenção incluem cinco itens equivalentes aos que estavam presentes no DSM-III, um que no III era atribuído ao grupo sintomatológico da impulsividade (com frequência tem dificuldades para organizar tarefas e atividades) e três itens novos: frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho, ou outras; frequentemente perde coisas necessárias para as tarefas e atividades; frequentemente apresenta esquecimentos em atividades diárias. Aqui, vemos que dois dos itens incluídos fazem referência direta a problemas na vida escolar.

Estamos a poucos meses de uma nova edição do DSM e nela virão algumas mudanças no que tange o TDAH. Serão duas as principais modificações para o diagnóstico de TDAH no DSM-V que poderão impactar na prevalência do transtorno de déficit de atenção por hiperatividade. Uma está relacionada com a idade do início dos sintomas. No DSM-IV, para que se diagnosticasse o TDAH, os prejuízos funcionais causados pelos sintomas estariam presentes na vida do indivíduo antes dos sete anos de idade. No DSM-V, a idade mínima de início dos sintomas foi alterada para doze anos.

Essa mudança vem sendo justificada devido a um grupo significativo de crianças, principalmente as que apresentam o predomínio da desatenção sobre a hiperatividade e impulsividade, ficarem fora do diagnóstico do TDAH, pois nesses casos os sintomas ficam mais evidentes quando entram na escola, já que é na sala de aula que existe uma demanda atencional mais clara. Outro motivo é que durante o processo de diagnóstico é muito difícil para um adulto lembrar-se se tinha ou não diagnóstico antes dos sete anos.

Outra alteração foi a inclusão da possibilidade do diagnóstico de TDAH em crianças diagnosticadas com autismo ou outros tipos de TGD (transtornos globais do desenvolvimento). Essa alteração foi decorrente de diversos trabalhos que mostram que existem crianças autistas que apresentam sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade num grau que gera prejuízo suficiente para merecer um diagnóstico de TDAH conjunto. Acreditamos ser essa mudança muito perigosa, pois a consequência vai ser o aumento uso de medicação estimulante em pessoas especialmente vulneráveis.

### **1.7 - Lesão Cerebral Mínima e TDAH: Da lesão ao transtorno**

Os autores Rohde e Halpern (2004) afirmam que a primeira descrição do transtorno foi realizada pelo pediatra George Still em 1902. Desde então, como vimos, o transtorno passou por diversas mudanças de nomenclatura, indo de “lesão cerebral mínima”, “disfunção cerebral mínima”, “distúrbio de déficit de atenção”, até chegar às utilizadas pelo DSM-IV (2009) e CID-10 (1993), que são “transtorno de déficit de atenção/hiperatividade” e “transtornos hipercinéticos”, respectivamente.

Desde 1918, especula-se sobre a existência de uma lesão cerebral bastante pequena para prejudicar importantes funções neurológicas, mas suficiente para incidir sobre o comportamento infantil. Quem propôs a existência dessa lesão, denominada Lesão Cerebral Mínima (LCM), foi o neurologista norte-americano Strauss (MOYSÉS & COLLARES, 2010).

É importante, neste momento, apresentar como essa lesão foi considerada pela psiquiatria brasileira uma vez que, conforme veremos, guarda enormes semelhanças com as discussões que se realizam em torno do TDAH.

#### **Disfunção Cerebral Mínima**

A Lesão ou Disfunção Cerebral Mínima é questionada por Lefèvre e Miguel (1975), neuropsiquiatra e neuropediatra, respectivamente, ao apontar uma discordância na busca de lesões cerebrais que pudessem levar a quadros mal definidos que iam de

encefalopáticos e/ou psiconeuróticos ao extremo que resvalava na fronteira da normalidade. O simpósio realizado em Oxford, em 1962, marcou um importante momento para a DCM, pois se oficializou a nomenclatura “Disfunção Cerebral Mínima”, uma vez que não havia suporte anátomo-clínico para sustentar a ideia de “lesão”. Estabeleceu-se, ainda, que essa disfunção constituir-se-ia por múltiplas etiologias (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975, pp. 3-4): paralisia cerebral; dependente da imaturidade do sistema nervoso central e, por conta disso, há uma atenuação das manifestações clínicas; subordina-se a fatores genéticos; tende a se manifestar de forma prevalente no sexo masculino.

### **Prevalência**

Para subsidiar os argumentos da existência da disfunção, diversos estudos foram propostos, tornando o exame neurológico de crianças com DCM menos sujeito à subjetividade do clínico. Além disso, mostrou-se como uma das afecções neurológicas mais comuns em crianças e, mesmo sem um registro preciso de incidência, estimou-se que de 5% a 10% da população infantil apresentava um quadro da disfunção mais ou menos intenso (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975).

### **Definição**

Quanto às características da doença, os autores trabalham com a definição que fora proposta, em 1966, pela *National Society for Crippled Children and Adults*, sendo considerada bastante satisfatória para diagnosticar as crianças portadoras de DCM. Dividimos a descrição da doença em tópicos, apresentados abaixo, para facilitar sua comparação com a descrição do TDAH. A DCM refere-se a (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975, p. 15):

- 1) Crianças com inteligência próxima da média, média ou superior à média;
- 2) Problemas de aprendizagem e/ou distúrbios de comportamento de leve a severo;
- 3) Discretos desvios de funcionamento do sistema nervoso central;
- 4) Pode apresentar combinações de déficit na percepção, conceituação, linguagem, memória, controle da atenção, impulsos ou função motora;
- 5) Sintomas similares (considerados aberrações) podem ou não complicar o problema como paralisia cerebral, epilepsia, retardo mental, cegueira ou surdez;

6) Essas aberrações podem ter sido causadas por variação genética, irregularidades bioquímicas, sofrimento na gravidez, moléstias ou traumas durante a infância ou causas desconhecidas;

7) Nos anos escolares, há dificuldades especiais de aprendizagem que constituem as mais importantes manifestações da condição de DCM.

Apenas para frisar, dos sete tópicos acima, cinco (1, 2, 3, 4 e 7) podem ser encaixados na perspectiva de um possível prejuízo ao desempenho escolar.

### **Sintomas comportamentais, dificuldades escolares e comorbidades**

Quanto aos problemas de comportamento, os autores afirmam que é penoso o convívio com crianças portadoras de DCM, pois são verdadeiras especialistas em despertar a impaciência nos que estão à sua volta. A reação dos pais ora agressiva, ora de tolerância, agrava o quadro inicial. Os irmãos “normais” rejeitam o irmão com DCM por ser inábil nos esportes, quebrar os brinquedos e ser mau aluno. Diante disso, ou a criança se retrai ou fica agressiva. As queixas familiares giram em torno da agressividade, do exibicionismo, da busca por atenção. A psicoterapia possui melhora superficial e transitória, pois age sobre os efeitos. São descritos comportamentos antissociais como agressões sexuais, furtos, destrutividade e mitomania. Isso revela a incapacidade de adaptação, pois as crianças com DCM parecem impermeáveis às regras habituais de controle e de educação. Por serem intolerantes a frustrações, não admitem a limitação de seus impulsos. Muitas vezes os sintomas não desaparecem na vida adulta, mas atenuam-se e persistem a hiperatividade, desajeitamento, desorientação espacial, dislexia, disgrafia e discalculia. Muitos interrompem as atividades escolares precocemente, pois são pressionados pela incompreensão geral (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975). Na escola, apresentam dificuldade de concentração, fácil distração, focam em detalhes irrelevantes, devendo-se eliminar todos e qualquer estímulo que não seja necessário ao aprendizado. Pais e professores relatam que as crianças com DCM parecem estar no “*mundo da lua*” (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975, p. 14).

### **Etiologia**

Quanto à etiologia, tem-se que a DCM (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975, p. 15): é uma síndrome orgânica cerebral; prevalência no sexo masculino (4:1 em relação ao feminino); é hereditária, mesmo que não haja estudos que comprovem, do tipo poligênico; admitiu-se a etiologia ligada a distúrbios bioquímicos na esfera das

catecolaminas em função de neurotransmissores; atenta-se para o fato da d. anfetamina afetar o metabolismo central da dopamina (DA) e da noropinefrina (NE). Assim, pode ser usada para corrigir o distúrbio fundamental.

### **Diagnóstico**

O diagnóstico deve ser feito por uma equipe multidisciplinar e as suspeitas são levantadas nos primeiros dias da atividade escolar, ao se observar problemas de comportamento e de aprendizado, momento em que se encaminham as crianças para exames neurológicos, psicológicos e eletroencefalográfico. Contudo, a dificuldade reside no fato de haver ausência total de sinais neurológicos (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975).

### **Tratamento**

A terapêutica envolve, por meio de um acordo geral, a medicação. Sedativos usados em clínicas neurológicas não trazem benefício na diminuição da hiperatividade, pelo contrário, geralmente a agrava. Diversos autores referem-se aos efeitos da d. anfetamina sobre a hiperatividade, um dos sintomas mais perturbadores do quadro de DCM. Age sobre o estreitamento do campo de atenção, facilita a concentração, melhora todos os processos cognitivos e o desempenho escolar. Os autores citam o relato de uma mãe acerca dos efeitos da d. anfetamina: “a vida com meu filho pode ser dividida em duas etapas, antes e depois dele ter começado a tomar este remédio. Desde então eu estou vivendo”. Os efeitos colaterais podem ser a insônia e a inapetência. Caso aumente a hiperatividade, o quadro deve ser reavaliado e considerar que a criança possa ser neurótica. Outra droga que funciona bem é o metilfenidato (Ritalina) e antidepressivos do grupo imiprimina (Tofranil). Os autores lamentam o rigor da legislação que dificulta a administração de psicoestimulantes para crianças com DCM. O quadro clínico se apresenta com gradação e muitos casos limítrofes podem enquadrar a população normal. Para o tratamento da dislexia, disgrafia, discalculia e distúrbios motores do DCM os autores sugerem exercícios de motricidade, que devem ser realizados por pessoas capacitadas e responsáveis (LEFÈVRE & MIGUEL, 1975).

### **TDAH - Prevalência**

Quanto à sua prevalência, os autores mostram que não há diferenças transculturais quanto ao diagnóstico do transtorno, sendo que diversos estudos apontam

que cerca de 3-6% das crianças em idade escolar apresentam TDAH. É interessante notar que dessas, a maior parte dos diagnósticos ocorre em meninos, numa proporção de 2:1, em estudos populacionais, e 9:1, em estudos clínicos (ROHDE & HALPERN, 2004). A justificativa dos autores é que os sintomas apresentados pelas meninas causam menos incômodo aos familiares e à escola do que os dos meninos, logo são encaminhadas ao pediatra em menor frequência.

### **Definição**

A tríade de sintomas da síndrome caracteriza-se por desatenção, hiperatividade e impulsividade (ROHDE et al., 2000). Para Barkley (1997, p. 59), o TDAH compreende uma deficiência que o portador possui para inibir seus próprios comportamentos. Tal inibição estaria ligada a quatro funções executivas neuropsicológicas, quais sejam: 1) trabalho da memória; 2) autorregulação da excitação da motivação estimulada; 3) internalização do discurso; e 4) reconstituição (análise e síntese comportamental). Assim, o autor mostra que o portador do TDAH apresenta uma forte deficiência na inibição do comportamento, na memória, na regulação da motivação e no controle motor. Barkley (1997) entende hiperatividade como sendo uma forma de auto-estimulação, devido à baixa excitação funcional do lobo pré-frontal do cérebro, compreendendo ainda uma inibição do comportamento bastante pobre, o que caracteriza a deficiência central do TDAH. As quatro funções acima servem para o controle do comportamento de informações representadas internamente e as ações auto-direcionadas. Ao se relacionarem adequadamente, essas quatro funções permitiriam uma grande ação direcionada aos objetivos e à persistência em realizar tarefas. Esse modelo cognitivo proposto é inclusive superior aos exames clínicos que apenas focam primeiramente na deficiência de atenção (BARKLEY, 1997).

### **Sintomas comportamentais, dificuldades escolares e comorbidades**

No campo escolar, Graeff e Vaz (2008) afirmam que o TDAH é, em grande medida, responsável pelos problemas escolares, dentre eles, o comprometimento significativo do desempenho escolar na atualidade. Outros problemas para os portadores de TDAH seriam (GRAEFF & VAZ, 2008, p. S67): baixo desempenho escolar; repetência, expulsões e suspensões escolares; relações difíceis com familiares e colegas; desenvolvimento de ansiedade, depressão, baixa autoestima; problemas de conduta e delinquência, experimentação e abuso de drogas precoces; acidentes de carro e multas

por excesso de velocidade; dificuldades de relacionamento na vida adulta, no casamento e no trabalho.

Jou e colaboradores (2010) mostram que as crianças portadoras de TDAH são descritas da seguinte forma por seus pais, professores e colegas: quanto à desatenção (sonham acordadas; não escutam; sempre perdem coisas; são esquecidas e facilmente distraídas pelo ambiente; precisam de constante atenção; não acabam nada do que começam), quanto à excessiva motricidade ou hiperatividade (tendência de abraçar o mundo; ficam retorcendo-se sem conseguir ficar sentadas; falam demais; ficam cantarolando ou fazendo barulhos estranhos; são incapazes de frear as atividades motoras; ou estão dormindo ou estão pulando), quanto à impulsividade (ROHDE et al., 2000, p. 7; JOU et al., 2010, p. 29) (dar respostas precipitadas antes de se terminar a pergunta; com frequência ter dificuldade em esperar a sua vez; frequentemente interromper ou se meter em assuntos de outros; com dificuldade de controlar seus impulsos; são impacientes; interrompem os outros; respondem antes da hora; não esperam sua vez; tentam sempre fazer atalhos nas suas tarefas).

Quanto aos tipos de TDAH, podem ser subdivididos da seguinte maneira (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S66):

- a) TDAH com predomínio de sintomas de desatenção: mais frequente no sexo feminino, parecendo apresentar uma taxa mais elevada de baixo desempenho escolar/acadêmico, em conjunto com o combinado;
- b) TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade: as crianças são mais agressivas e impulsivas, apresentando altas taxas de impopularidade e rejeição dos colegas;
- c) TDAH combinado: há um maior prejuízo no funcionamento global, se comparado aos outros dois tipos.

O TDAH combinado define-se por existirem seis ou mais sintomas de desatenção e de hiperatividade-impulsividade. O TDAH predominantemente desatento apresenta seis ou mais sintomas de desatenção e menos de seis sintomas de hiperatividade-impulsividade.

TDAH com predominância de hiperatividade-impulsividade deve abarcar seis ou mais sintomas de hiperatividade-impulsividade e menos de seis de desatenção (SANTOS & VASCONCELOS, 2010). Para (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S66), os portadores do TDAH também apresentam os seguintes distúrbios (comorbidades): transtornos disruptivos do comportamento - transtorno de conduta e transtorno opositor

desafiante - 30% a 50%; depressão – 15% a 20%; transtornos de ansiedade – em torno de 25%; transtornos da aprendizagem – 10% a 25%; abuso ou dependência de drogas na adolescência e, principalmente, na idade adulta - 9% a 40%.

### **Etiologia**

Os autores mostram, ainda, que as causas precisas da doença não são conhecidas, mas que há uma aceitação na literatura de que fatores genéticos e ambientais favorecem o desenvolvimento do transtorno. Acredita-se, assim, que vários genes possuam influência sobre o transtorno (poligênico), sendo que *“o risco para o TDAH parece ser de duas a oito vezes maior nos pais das crianças afetadas do que na população em geral”*. (ROHDE & HALPERN, 2004, p. 63) Investigam-se genes codificadores de componentes dos sistemas *“dopaminérgico, noradrenérgico e, mais recentemente, serotoninérgico”*. Isto porque estudos neurobiológicos têm sugerido o envolvimento desses neurotransmissores na patofisiologia do transtorno. Apresenta-se mais em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, chegando a uma hereditariedade que ultrapassa os 70%, sugerindo uma forte influência genética (ROMAN, ROHDE & HUTZ, 2002). Verificou-se, ainda, uma prevalência três vezes maior de TDAH entre pais biológicos do que em pais adotivos Além disso, agentes psicossociais também potencializam o surgimento dos sintomas, caracterizados por desatenção, hiperatividade e impulsividade (ROHDE & HALPERN, 2004).

Contudo, estes autores alertam para o fato de que diversos estudos não confirmam a existência de uma relação causal entre esses agentes e o TDAH, mas, somente, uma associação e que o *“estudo da etiologia do TDAH ainda está no início. Mesmo em relação à genética, intensamente investigada, os resultados são bastante contraditórios. Nenhum dos genes investigados (...) pode ser considerado como necessário ou suficiente ao desenvolvimento do transtorno”* (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S63). Neuroquimicamente, parece haver consenso da participação predominante da dopamina e da noradrenalina, sobretudo pelo fato das principais drogas utilizadas no tratamento do TDAH atuarem como agonistas indiretos desses neurotransmissores, a exemplo dos psicoestimulantes da classe das anfetaminas, tais como o metilfenidato (SANTOS & VASCONCELOS, 2010).

### **Diagnóstico**

Os autores partem, diretamente, para o diagnóstico do TDAH, iniciando pelo quadro clínico do paciente. Afirmam que há uma facilidade de reconhecimento das crianças portadoras do transtorno seja pela escola, seja pelas famílias, seja em clínicas. Basta observar os critérios do DSM-IV, listados no Quadro 1 (ANEXO A), e ver a correspondência no comportamento infantil. Ressalvam, porém, que os sintomas citados acima podem aparecer isoladamente, muitas vezes, devido às relações sociais estabelecidas pelas crianças com seus pais, colegas e amigos. Assim, o diagnóstico deve ser contextualizado, tendo em vista a história de vida da criança, de modo a impedir certos equívocos.

O que se espera é que se verifique *“se o sintoma supostamente presente correlaciona-se com o constructo básico do transtorno, ou seja, déficit de atenção e/ou dificuldade de controle inibitório”* (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S64). Outro instrumento bastante utilizado para o diagnóstico de TDAH é o chamado SNAP IV. Como fontes de informação para o diagnóstico, os autores sugerem que, na infância, os informantes privilegiados seriam os pais, professores e as próprias crianças. Contudo, alertam que estas subinformam os sintomas comportamentais; os professores superinformam; e, finalmente, os pais apresentam-se como bons informantes (ROHDE & HALPERN, 2004). Isso porque em consultório as crianças conseguem controlar os sintomas por esforço voluntário, o mesmo ocorrendo em atividades nas quais possuam grande interesse. Por causa disso, os autores afirmam que crianças com TDAH podem passar horas na frente de seus videogames ou computadores, e não mais do que alguns minutos se debruçam sobre livros ou aquietam-se em sala de aula ou em casa.

Outra forma utilizada para detectar o TDAH ocorre pela neurobiologia, derivada da neuropsicologia, por meio de estudos baseados em neuroimagem e na investigação dos neurotransmissores. Alguns estudos sugerem o envolvimento das catecolaminas, especialmente a dopamina e a noradrenalina no desenvolvimento do transtorno. Quanto a isso, Rohde e Halpern (2004) mostram que, no desenvolvimento cerebral, desde o nascimento até a faixa de 4-5 anos de idade, é comum certo nível de hiperatividade, uma vez que o ciclo mielinogénico da região pré-frontal, onde se imagina ser a região afetada para o surgimento do transtorno, somente se completa nessa idade. Ou seja, caso haja um desenvolvimento normal da criança nessa idade, provavelmente, ela não apresentará o transtorno nas idades posteriores. Caso contrário, se o “freio motor” não for completamente desenvolvido, a criança poderá ser diagnosticada como portadora de TDAH.

O que se verificou em estudos recentes é que o volume intracerebral de crianças com TDAH é o mesmo daquele observado em crianças sem o transtorno. Contudo, os volumes das primeiras são significativamente menores do que das últimas, sugerindo que as influências genéticas ou ambientais que originaram o quadro foram “*precozes e não-progressivos*” (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S64). Tomando as teorias anátomo-funcionais como fio condutor das explicações neuropsicológicas, os autores mostram que o fenômeno deve ser analisado a partir de dois sistemas atencionais: um que envolve a região pré-frontal e suas conexões subcorticais (relativos ao controle inibitório e funções executivas - os autores exemplificam que essas regiões seriam responsáveis pelo controle de trabalho), sendo um sistema anterior e parecendo ser dopaminérgico, e outro posterior, responsável pela regulação da atenção seletiva, sendo primariamente noradrenérgico. Haveria um terceiro, contribuindo de maneira relevante para a atenção, que seria o locus ceruleus, constituído apenas por neurônios adenérgicos. Contudo, os autores voltam a afirmar que tais estudos não são conclusivos e que não há conexões diretas entre as relações recíprocas dos transtornos.

Outra preocupação na realização do diagnóstico deve ser com relação ao estágio de desenvolvimento da criança. A depender da idade ou da fase escolar, há uma maior demanda por determinados tipos de comportamento infantil, o que pode levar a uma maior ou menor atividade motora da criança, sendo importante aqui o conhecimento do desenvolvimento normal de crianças para uma avaliação psicopatológica desta faixa etária.

Isso porque o critério de diagnóstico é eminentemente clínico, com a utilização dos sistemas classificatórios norte-americano, DSM-IV, ou da OMS, CID-10, não sendo utilizados, portanto, critérios de mapeamento genético ou cerebral. Além disso, os autores indicam o grau de prejuízo como um dos mais importantes para a detecção do transtorno, a partir das “*potencialidades do adolescente e do grau de esforço necessário para a manutenção do ajustamento*” (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S65). Deste modo, o diagnóstico utilizado deve levar a um maior esclarecimento da doença. Assim, Graeff e Vaz (2008, p. 356) concluem ser necessária a realização de diagnósticos diferenciais criteriosos, que busquem entender a dinâmica dos sintomas bem como o funcionamento do paciente, contextualizando a conduta numa perspectiva de desenvolvimento. Assim, propõem como forma didática: “história clássica” do portador do TDAH:

- Lactente: “Bebê difícil”, insaciável, irritado, de difícil consolo, maior prevalência de cólicas, dificuldades de alimentação e sono.
- Pré-escolar: Atividade aumentada ao usual, dificuldades de ajustamento, teimoso, irritado e extremamente difícil de satisfazer.
- Escola elementar: Incapacidade de colocar foco, distraído, impulsivo, desempenho inconsistente, presença ou não de hiperatividade.
- Adolescência: Inquieto, desempenho inconsistente, sem conseguir colocar foco, dificuldades de memória na escola, abuso de substância, acidentes.

Rohde e Halpern (2004, p. S67)

Além desta forma mais didática de diagnóstico, os autores chamam atenção para uma série de outras, tais como avaliações auditivas e visuais; avaliação neurológica (principalmente para descartar patologias neurológicas); avaliações psicológicas cognitivas (a fim de descartar retardo mental); exames de neuroimagem, entre outros.

### **Tratamento**

Ocorre pela administração de metilfenidato, principal suporte para a teoria da hipofunção dopaminérgica, pois promove aumento de dopamina na fenda sináptica em regiões como o striatum e, conseqüentemente, uma diminuição dos efeitos característicos do TDAH. Além disso, sugere-se a terapia cognitiva, pois o TDAH é um quadro de deficiência de estratégias cognitivas, priorizam-se intervenções como autoinstrução, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento, autoavaliação, planejamento e cronogramas (SANTOS & VASCONCELOS, 2010).

Quanto às intervenções psicossociais, Rohde e Halpern (2004, p. S68) avançam as ideias de Santos e Vasconcelos (2010) e apontam que a mais adequada seria a cognitivo-comportamental, especialmente os tratamentos comportamentais. Isto porque os autores asseveram que se trata da modalidade psicoterápica *“mais estudada e com maior evidência científica de eficácia para os sintomas centrais do transtorno (desatenção, hiperatividade, impulsividade), bem como para o manejo de sintomas comportamentais comumente associados (oposição, desatenção, teimosia)”*. Contudo, os autores mostram que, em ensaio multicêntrico realizado com 579 crianças com TDAH por quatorze meses, *“demonstram claramente uma eficácia superior da medicação nos sintomas centrais do transtorno quando comparada”* às outras abordagens, tais como apenas psicoterápico comportamental com as crianças e

orientação para os pais e professores; abordagem combinada (medicação mais a anterior); e tratamento comunitário.

Os autores apontam de modo entusiástico que a literatura apresenta os estimulantes como as medicações de primeira escolha para o tratamento do TDAH. Afirmam que existem mais de 150 estudos controlados e bem conduzidos metodologicamente que demonstram a eficácia dos fármacos. O estimulante utilizado no Brasil é o metilfenidato, devendo ser administrado até três vezes ao dia, devido à curta duração da meia-vida da substância (de 3 a 4 horas). Quanto à resposta ao medicamento, cerca de 70% dos pacientes respondem adequadamente ao tratamento, tendo redução de pelo menos 50% dos sintomas básicos do transtorno, tolerando bem o medicamento. Os efeitos colaterais mais frequentes são: perda de apetite, insônia, irritabilidade, cefaleia e sintomas gastrointestinais. Há outros efeitos, porém submetidos à controvérsia: interferência no crescimento, potencial de abuso do metilfenidato, e tempo de manutenção do tratamento. Além disso, pode haver uma pausa no uso do medicamento nos finais de semana nas crianças em que os sintomas causam prejuízos na escola. A suspensão do medicamento pode ocorrer em pacientes que não apresentaram o sintoma por cerca de um ano ou quando da importante melhora da sintomatologia. Rohde e Halpern (2004) ainda propõem que as famílias devam ser “educadas” em relação ao transtorno, de modo que possam “*manejar os sintomas dos filhos*”, sendo que a ênfase deve ser dada nas intervenções comportamentais. Aqui, os pais devem auxiliar os filhos a organizarem e planejarem as suas atividades, além de aprenderem técnicas para dar “*comandos, reforçando o comportamento adaptativo social e diminuindo ou eliminando o comportamento desadaptado (por exemplo, através de técnicas de reforço positivo)*” (ROHDE & HALPERN, 2004, p. S68).

Quanto à escola, os autores mostram que os professores também devem receber orientações, de modo que possam manter as salas de aula bem estruturadas, contendo poucos alunos, preferindo a rotina e a previsibilidade das atividades, não podendo ser longas e devendo ser explicadas passo a passo, a fim de que os alunos possam “manter o controle emocional”. Além disso, as atividades físicas devem ser consideradas como parte fundamental do tratamento, em paralelo às atividades de aprendizagem. Outra preocupação dos autores se dá quanto à atenção individualizada que as crianças portadoras do TDAH devem ter, bem como o lugar que devem ocupar na sala de aula. Este deve ser longe das janelas, para que os estímulos externos não roubem a atenção da criança, evitando, assim, o aumento da probabilidade de distração. Ademais, muitas

dessas crianças necessitam de reforço escolar em determinadas disciplinas, além de um acompanhamento psicopedagógico centrado na forma de aprendizado.

## **Comparação DCM e TDAH**

### **Prevalência**

Ambos os estudos concordam que a prevalência é maior em meninos, mas em termos de epidemiologia, os números são discrepantes. Enquanto a estimativa para TDAH é de 3% a 6%, o de DCM ocorre entre 5% e 10%. Os estudos de DCM parecem não ter alcançado uma maior exatidão devido à falta de precisão na elaboração dos critérios de diagnóstico.

### **Definição**

As definições apresentadas são muito similares, pois levam em consideração, de maneiras distintas, os três sintomas que definem as patologias. Contudo, a definição de DCM é mais genérica, menos classificatória e menos precisa. Já a definição do TDAH parte de uma base bastante simples (desatenção, hiperatividade e impulsividade) que é detalhada em diversos aspectos.

### **Sintomas comportamentais, dificuldades escolares e comorbidades**

Mais uma vez, os pesquisadores em torno do TDAH apresentam diversas características individuais e critérios mais objetivos que possam constituir o quadro do transtorno. Diferentemente, a sintomatologia da DCM é bastante genérica, aponta para comportamentos que não necessariamente correspondam ao distúrbio, além de depender quase que exclusivamente da subjetividade do clínico. Contudo, vale ressaltar, alguns aspectos são muito semelhantes, como a continuidade do transtorno na vida futura, as consequências negativas que possam advir e os potenciais danos sociais que possam ocorrer caso o distúrbio e o transtorno não sejam tratados. Ademais, os aspectos de dislexia, disgrafia e discalculia considerados como comorbidades na DCM desaparecem no TDAH, pois estas autonomizaram-se, ganhando um estatuto de transtorno em separado.

Finalmente, nos dois casos, a noção de risco, fracasso e incapacidade estão claramente presentes. Tanto na DCM quanto no TDAH, aqui ainda com mais força, os riscos que as crianças com os transtornos podem sofrer em termos de sociabilidade e

desempenho escolar são largamente alardeados, principalmente, no que diz respeito ao baixo desempenho na execução das tarefas e trabalho e ao fracasso (repetência, notas baixas etc.) na escola. Os problemas comportamentais também são marcados nas duas formas de apresentar o transtorno, mas que, para nós, representam apenas formas secundárias para indicar um possível risco ao desempenho da criança. Esta afirmação será argumentada ao longo da pesquisa.

### **Etiologia**

A ideia proposta na DCM de que o distúrbio advém de uma base orgânica relativa ao cérebro, que possui uma causa genética, constituída por diversos genes, e que causa deficiências nos neurotransmissores não foi abandonada nas análises do TDAH.

Especificamente, consideram que seja genética e que afete os neurotransmissores (dopamina e noradrenalina). Aqui, os estudos sobre o TDAH adicionaram mais um neurotransmissor, a serotonina. Ambos os estudos, contudo, atentam para a ausência de evidências que realmente comprovariam essas hipóteses.

### **Diagnóstico**

Ambos atestam a necessidade de se realizar exames clínicos, a partir da identificação dos sintomas na criança. No TDAH, o diagnóstico é realizado com a utilização do DSM e do CID, além de outras formas acima listadas. Ambos alertam para a impossibilidade de comprovação dos transtornos por meio de exames neurológicos e por neuroimagem ou eletroencefalógrafo no caso da DCM. Contudo, abrem a possibilidade de que possa haver uma comprovação futura. Aliás, resposta esta já aventada por Bradley em sua pesquisa de 1937.

### **Tratamento**

Tanto os estudos da DCM, quanto do TDAH advogam a utilização de psicoestimulantes para tratar os transtornos. Além disso, os autores apontam para uma melhora significativa dos sintomas com o uso do metilfenidato. Os dois estudos ainda apontam para a existência de efeitos colaterais no uso do medicamento, mas o estudo sobre a DCM é mais parcimonioso na apresentação desses efeitos. Isso talvez ocorra como fruto da reação dos psiquiatras às críticas contundentes feitas à utilização de medicamentos psicoestimulantes em crianças. Adicionalmente, os estudos do TDAH sugerem a utilização de psicoterapias cognitivas e/ou comportamentais de modo que o

portador do transtorno crie estratégias para lidar com os sintomas cotidianamente. Sugerem também a participação da família e da escola no cuidado com as crianças.

### **Análise comparativa**

Em linhas gerais, podemos dizer que o discurso em torno do TDAH complexificou-se comparativamente à DCM embora os temas e, muitas vezes, as dúvidas quanto aos objetos analisados sejam semelhantes. Além disso, enquanto que os pesquisadores utilizam o DSM para definir o TDAH, a definição da DCM é orientada por meio de associações médico-psiquiátricas. Talvez, naquele momento, o DSM ainda não tivesse se legitimado como porta-voz do discurso competente. Outra característica dos estudos em torno do TDAH é a imensa preocupação com a citação de estudos e com a comprovação das informações por meio de dados estatísticos. Percebemos ainda que houve uma continuidade na forma de entender o comportamento desviante ou patológico da DCM para o TDAH, em que a criança que tem o distúrbio ou o transtorno é aquela que está fora da norma, que incomoda, que causa aversão aos colegas, familiares e professores, que é insidiosa, que tem baixo desempenho escolar, que não para quieta, perturba, argumenta inapropriadamente e que se não for diagnosticada e tratada terá uma vida repleta de riscos, descaminhos, frustrações, fracassos, desajustes sociais, em uma palavra, infelicidade. O diagnóstico é, invariavelmente, clínico e ativado pelas pessoas que convivem com a criança.

### **1.8 - Análise geral do capítulo**

O TDAH aparece como uma nova roupagem de uma antiga doença comportamental denominada Disfunção Cerebral Mínima. A forma assumida agora possui mais sofisticação argumentativa, uma vez que se vale das técnicas atuais de diagnóstico e estatística para justificar a origem dos sintomas, bem como a necessidade do tratamento. Além disso, as verbas envolvidas nas pesquisas para conhecer o comportamento humano e para tentar controlá-lo são consideravelmente maiores do que outrora. Os centros de pesquisa estão mais especializados e contam com mais recursos para atestar a existência de um transtorno mental que, para seus defensores, acomete geneticamente de 3% a 6% das crianças mundo afora.

Outro ponto de apoio do discurso médico-científico é a posição de destaque ocupada pelo DSM no campo médico. Após diversas publicações e revisões, o manual de diagnóstico de doenças mentais atingiu proporções insidiosas sobre as práticas

médicas. Embora não seja largamente usado ou ainda utilizado de modo inadequado, a relação que a APA estabeleceu com o Estado norte-americano possibilitou um maior poder de persuasão sobre aqueles que dele se valem. Nesse caso, os críticos à medicalização mostram o grau de interesses envolvidos no campo médico que se, por um lado, vale-se de conhecimentos e saberes científicos para sustentar e justificar suas práticas, por outro lado, isso não isenta seus operadores de práticas de normalização do comportamento infantil. Práticas essas que reforçam a noção de individualização do problema social e a desresponsabilização dos operadores da saúde. Assim, diversos atores sociais se unem para fornecer os recursos necessários ao tratamento (indústrias farmacêuticas, médicos, hospitais, faculdades etc.). Tudo, em nome da qualidade de vida da criança.

Os possíveis tratamentos nos mostram que estamos não apenas no campo comportamental, como também na tentativa de explicar bioquimicamente o funcionamento do comportamento a partir do funcionamento da atividade cerebral. Assim, a desatenção e a hiperatividade-impulsividade observadas socialmente tornam-se objetos de pesquisa biomédica na tentativa de prover regulação e ao controle destes comportamentos, normalizando-os a partir de novas normatizações ou regulações, seja por meio de terapias seja por meio de psicoestimulantes. Assim, o campo da medicalização da infância parece tornar-se cada vez mais complexo, na medida em que os argumentos médicos-científicos sofisticam-se. As diversas pesquisas relativas à todas as áreas envolvidas na definição e legitimação do TDAH fazem com que o novo de forças atuantes no campo médico torne-se mais intrincado, fugidio, dados os métodos empregados na constituição do TDAH como patologia.

Os saberes produzidos em torno do funcionamento das patologias cada vez mais sem corpo (ROSE, 2001) são possíveis justamente por conta da busca das relações entre elementos cada vez mais tênues (como as proteínas que compõem determinado gene) que apontam para a perda há muito de um sujeito doente. Antes, o termo disfunção cerebral mínima ainda apontava para algo concreto (cérebro). Agora, o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade aponta para ações demasiado abstratas que, embora provenham de um corpo, esse já não é mais necessário, conforme bem ilustrou Foucault (1988) na análise da sexualidade. Acontece aqui o oposto da clínica do corpo sem órgãos (DELEUZE & GUATTARI, 1996), em que o *“corpo sem órgãos porque não requer mais a tecnologia disciplinar do exame ou de que sejam vistos para o diagnóstico que gera a prescrição ‘clínica’*. *O diagnóstico antecede o exame físico, é o*

*diagnóstico do risco, e estamos todos sob o risco da doença dos órgãos. Esse corpo sem órgãos, em contrapartida, é um corpo sem forças, débil, exausto”* (CECCIM & MERHY, 2009, p. 539).

O corpo sem órgãos que estaria desprendido das forças que o tentariam controlar, é ainda mais controlado quando se elege o órgão (cérebro) ou o comportamento (excesso de atenção e falta de atividade) como objetos de investigação. Cria-se uma nomenclatura adequada à sintomatologia de um comportamento social, ao mesmo tempo em que se buscam explicações neurofisiológicas para um comportamento considerado, no mínimo, diferente do esperado ou, na realidade, anormal.

Como nos alerta o Ministro Temporão (2011, fala), 54% a 56% dos médicos que revisam o DSM-IV para elaborar a sua quinta edição, prevista para ser publicada em 2013, possuem vinculação direta com os laboratórios farmacêuticos. Dentre estas indústrias encontram-se produtoras de medicamentos cujo princípio ativo é o metilfenidato, componente da Ritalina, droga frequentemente associada à educação, ao desempenho escolar e ao aumento do desempenho. Faltou apenas Temporão apontar que a Ritalina já fora utilizada para o tratamento da DCM, com grande felicidade da mãe que, ao anular o incômodo causado pela criança, começa a viver. Tem-se aqui uma vida programada, uma vida gerida para não incomodar, não perturbar, mas apenas desempenhar. A psicanálise ajuda-nos a pensar nisto ao mostrar que a concepção da vida, na perspectiva da norma e da patologia, representa o direito e o dever de o indivíduo não mais manifestar seu sofrimento. No silêncio, o conflito torna-se difuso. Na prática, isso pode ser analisado pelos inúmeros dispositivos utilizados para o silenciamento, tais como as informações propaladas pelas mídias, as orientações presentes nas falas dos especialistas, os projetos de lei em cursos nas casas legislativas da União e, finalmente, a associação representativa de pais e portadores do TDAH.

Até aqui podemos colocar, a partir da revisão de literatura apresentada, que a construção atual em torno do quadro nosológico TDAH, bem como a proposta terapêutica medicamentosa de tratamento, praticamente indiscriminada, ilustram a predominância de uma concepção biológica do psiquismo humano, nos meios de atenção e cuidado à saúde de crianças e adolescentes. O recurso à técnica dos manuais de psicologia de medicina hegemônico, tem tido efeitos não pouco nefastos sobre o discurso pedagógico nos tempos contemporâneos. A medicalização em larga escala das crianças nos tempos atuais pode ser lida também como apelo ao silêncio dos conflitos.

Não podemos deixar de ressaltar que o estabelecimento de psicofármacos no tratamento do sofrimento psíquico trouxe uma série de benefícios para a terapêutica, proporcionando inclusive a possibilidade de intervenções pós-asilares, a luta antimanicomial. Medicação pode ser necessário desde que caso a caso. No caso da psiquiatria infantil a medicalização tem que ser ainda mais meticulosa já que essa pode trazer outros efeitos além do esperado e também pelo fato da criança não poder se responsabilizar pela administração de seu uso.

Em nossa concepção, essa visão merece uma atenção especial, pois pode conduzir a um apaziguamento ilusório da angústia que não implica o sujeito em sua problemática, pois se passa a acreditar, de forma mágica, que as terapêuticas medicamentosas eliminarão todo e qualquer tipo de sintoma ou de sofrimento psíquico. Sendo assim, a partir daqui vamos propor uma leitura psicanalítica para o que a medicina nomeia de TDAH.

## **Capítulo 2 – FUNÇÕES EXECUTIVAS, ATENÇÃO E TDAH**

A neuropsicologia é uma ciência aplicada que investiga a expressão comportamental das disfunções cerebrais com e sem a presença de lesões, valendo-se da avaliação clínica, e do recurso de testes específicos para avaliar diversas funções cognitivas, de modo a permitir análises qualitativas e quantitativas dos dados. (CARAMAZZA & COLTHEART, 2006; KRISTENSEN, DE ALMEIDA & GOMES, 2001).

Os resultados de uma ampla avaliação neuropsicológica servem de subsídios para o delineamento de estratégias de intervenção, como a reabilitação neuropsicológica, que tem como principal objetivo trabalhar os aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais associados a quadros de disfunção ou de lesão.

### **2.1 - Atenção**

A atenção e as funções executivas são componentes das funções neuropsicológicas e tem como um de seus objetivos permitir que aconteça o aprendizado considerado normal. Quando ocorre falha na atenção ou nas funções executivas automaticamente irá ocorrer maiores dificuldades no processo de aprendizagem, que é uma das principais queixas de crianças com o diagnóstico de TDAH.

A atenção é uma função neuropsicológica complexa que corresponde à capacidade do indivíduo de focalizar a mente em algum aspecto do ambiente (CUTTING, 1992; KIETZMAN ET AL., 1975; STRAUSS, 1995 apud ENGELHARDT ET AL., 1996).

Uma das primeiras referências que temos a respeito das perturbações da atenção é do investigador Ribot (1889), que mencionou que são classificadas como distraídas as pessoas que não têm capacidade de se centrar de uma forma estável passando, sem parar, de uma ideia para outra.

Segundo Sohlberg e Matter (2001), prestar atenção implica em uma capacidade cognitiva multidimensional, é um pré-requisito para memória e para novas aprendizagens. Sem a atenção as habilidades cognitivas complexas ficam impedidas de ocorrer.

Para a compreensão da atenção, deve-se considerá-la primeiramente como um fenômeno que envolve várias etapas que levam à priorização no processamento de

certas categorias de informação (HELENE & XAVIER, 2003). Aparentemente, a atenção - assim como outros processos que envolvem o sistema nervoso (SN) - é resultado da interação de dois processos: a) do ambiente para o SN, no qual há o aprendizado de informações a partir das experiências, sendo regulado por condições temporais e espaciais; b) a partir do acúmulo destas experiências, que passam a ocorrer no SN para o ambiente. Assim, o primeiro caracteriza um funcionamento do tipo *top-down* (de cima para baixo), envolvendo progressivamente previsões probabilísticas sobre o ambiente. Deste modo, o SN parece atuar na geração de ações para um determinado alvo e também direcionando a sua atenção, através de um processo ativo de seleção (HELENE & XAVIER, 2003).

A atenção é um mecanismo encoberto que pode operar sem ajustes das características de estruturas sensoriais externas, podendo assim ser voluntária (caracterizada como habilidade de prestar atenção em algo) ou reflexa (caracterizada como habilidade de descrever o fenômeno no qual algo capta a atenção do sujeito) (GAZZANIGA ET AL., 2002).

As capacidades básicas da atenção são: identificar a natureza e conteúdo dos estímulos por meio de receptores sensoriais; selecionar a informação relevante; concentrar-se em certas informações ou estímulos; inibir atração por estímulos que competem e que são irrelevantes ou redundantes; desviar o ponto de interesse para outro objeto ou estímulo quando for requerido e dividir a atenção entre dois ou mais estímulos simultâneos e, ao mesmo tempo, observar o que ocorre envolta.

Essas considerações são importantes, pois se a atenção funciona de forma integrada e não como um processo isolado da condição de aprendizagem, vários seriam os fatores possíveis de influenciar o desempenho atencional, quais sejam: a familiaridade com o material apresentado em testes, os efeitos de treinamento e, ainda, fatores motivacionais. A atenção envolve processos de seleção e manutenção que são explicados por várias teorias que incluem tanto o estágio no qual se dá o processamento da informação quanto os processos associados.

De acordo com Hernandez-Péon (1969, apud ENGELHARDT ET AL., 1996), a atenção é também relacionada ao objeto, representada por estímulos externos ou internos. Segundo este autor, a atenção também pode estar baseada em tarefas como capacidade de selecionar uma fonte de informação em vez de outra (atenção seletiva); capacidade de focalizar a atenção em uma única fonte de informações e excluir outras

fontes e outros estímulos (atenção focalizada); possibilidade de dividir a atenção entre dois ou mais estímulos a fim de realizar uma atividade (atenção dividida).

Completando a descrição acima, alguns anos depois, Engelhardt e colaboradores (1996) descreveram mais dois tipos de atenção levando em conta o estímulo selecionado e como a atenção deve ser sustentada até manter seu objetivo. São eles: atenção sustentada (que corresponde à concentração e à capacidade de manter a atenção por um determinado período de tempo), e a atenção alternada (na qual o sujeito direciona o foco da atenção para outra fonte, mas logo em seguida consegue voltar ao primeiro estímulo).

Em um primeiro momento, os estudos de Luria (1981), Mesulam (1985) e Posner (1900) a respeito das redes neurais para a função neuropsicológica da atenção, foram os mais utilizados para explicar o funcionamento da atenção pelo cérebro.

Luria (1981) define que as funções neuropsicológicas não podem ser localizadas em regiões do córtex, mas podem ser organizadas em sistemas ou zonas que funcionam de modo orquestrado; cada qual realiza seu papel e relaciona-se a três unidades funcionais que participam no processo da atenção.

Strauss e Benson relacionam o funcionamento da atenção com o Sistema Frontal - diencéfalo - trono cerebral

Alguns anos depois, Pliszka e colaboradores (1996) acrescentam duas redes distintas no processo atencivo: Sistema Atentivo Posterior (sistema noradrenérgico, envolvendo o córtex parietal posterior direito e tendo como função não manter ligado para novos estímulos o Sistema Nervoso Central - SNC) e o Sistema Atentivo Anterior (sistema relacionado às funções executivas).

Em psiquiatria, neuropsicologia e neurologia as disfunções orgânicas da atenção marcam um leque grande de afecções orgânicas em qualquer período da vida.

Já sabemos que há evidências eletrofisiológicas de que a seletividade de reflexos orientados aperfeiçoa-se durante o desenvolvimento na infância, tem seu ponto máximo na adolescência e diminui na velhice. A quantidade de informações irrelevantes do meio ambiente que uma pessoa pode ignorar depende de uma série de fatores, dentre os quais a idade, o grau de vigília, habilidades de processamento visual, natureza do estímulo e presença de qualquer dificuldade atencional.

Ao longo do dia qualquer pessoa recebe um imenso número de estímulos, mas seleciona aqueles que lhe são mais importantes, ignorando o restante. A atenção consiste justamente na seleção da informação necessária, processamento dos programas

seletivos de ação, e manutenção de um controle permanente sobre tais processos. A forma mais primitiva de seleção atencional envolve o alinhamento dos receptores sensoriais.

O reflexo orientado está presente desde o nascimento e diminui com o passar dos anos. Este e a atenção visual normalmente surgem quando um movimento súbito ou um som alto acontece no ambiente.

É importante termos em mente que o processo da atenção passa pelo desenvolvimento de mecanismos cerebrais inibitórios. Normalmente, os teóricos do desenvolvimento enfatizam a importância das mudanças na capacidade de armazenar e processar informações durante o desenvolvimento cognitivo. Os processos inibitórios tornam-se mais eficientes ao longo do processo de maturação cerebral, possibilitando entrada menor de informação irrelevante para a Memória Operacional (que é a habilidade de se manter em mente um evento que acabou de acontecer ou trazer à memória informações de longo prazo e usar esse conhecimento de representação para inibir ações ou pensamentos inapropriados) aumentando, assim, a capacidade funcional da criança.

Essas mudanças na eficiência de processamento e inibição cerebral ao longo do desenvolvimento estariam ligadas à maturação do sistema nervoso e, mais notoriamente, à sinaptogênese, à reabsorção de sinapses e/ou neurônios supérfluos e, em última instância, à formação da mielina. Isso é de grande relevância para nós porque o processo de mielinização é fator importante no entendimento do desenvolvimento cerebral e sua relação com a função neuropsicológica.

A neurobiologia aponta para o fato de que o processo de maturação do encéfalo tem progressão pósterio-anterior, relacionadas às funções sensoriais e às funções nervosas superiores, respectivamente. Com relação à sinaptogênese, após a maturação de áreas posteriores ocorre, em última instância, o desenvolvimento das áreas pré-frontais. Os estudos mostram que o maior número de sinapses nestas regiões, no ser humano, ocorre por volta dos quatro anos de idade e o processo de maturação cerebral determina a absorção de sinapses em uma fase posterior, que se estabiliza por volta dos dezesseis anos.

Do ponto de vista neuroevolutivo, a hiperatividade e a impulsividade normalmente diminuem de modo gradativo, permitindo dessa forma maior autocontrole dos atos motores e do pensamento. Em crianças sem o transtorno isso fica evidente entre os quatro ou cinco anos de idade, período em que costumam ser mais impulsivas.

Pesquisas apontam para o fato de que existem duas redes neurais principais que regem aspectos complementares da atenção. Uma é mais difusa e está relacionada à atenção mais global, incluindo aí os dois hemisférios cerebrais e a estrutura talâmica, estando particularmente envolvidas as regiões pré-frontais. A outra rede neuronal corresponde a um sistema mais focal e é relacionada aos aspectos de experiência espacial da atenção, estando mais lateralizada às regiões frontais e parietais do hemisfério direito. É importante sabermos que o sistema atencional mais difuso é responsável pela manutenção de um nível tônico da atenção, permitindo a monitorização de eventos sensoriais internos e externos. Os tálamos participam do controle da vigília pelas suas conexões com o Sistema Reticular Ativador Ascendente e também da atenção pelas suas conexões com os hemisférios cerebrais.

Barkley (1996) considerou a atenção um constructo multidimensional, desempenhando uma relação funcional entre eventos em um contexto e a forma de responder a estes, sendo classificados como objetos e suas qualidades, ações, provenientes do ambiente e características dos eventos em si. Respostas, imediatamente consequentes à ocorrência dos eventos seriam então classificadas como reações de atenção, sendo esta característica denominada “proximidade temporal”, a marca distintiva entre atenção e funções executivas. Ainda que o modelo proposto não responda a uma pergunta específica sobre o que é atenção, o conceito “proximidade temporal” auxilia na compreensão da função.

Dentre as variações de classificações da atenção parece haver uma tendência entre os autores para a aceitação de quatro funções da atenção. Elas podem ser compreendidas à luz da avaliação neuropsicológica e da compreensão dos processos cognitivos subjacentes ao funcionamento normal ou alterado, como observados no TDAH, e descritas como: a) atenção seletiva, envolvendo a seleção ativa de determinados estímulos e inibição daqueles que são observados como irrelevantes; b) vigilância, que envolve a sustentação da atenção e a expectativa de detecção de um novo estímulo; c) sondagem, na qual, busca-se ativamente estímulos particulares; d) atenção dividida, que distribui recursos atencionais para coordenar o desempenho em mais de uma tarefa ao mesmo tempo (STERNBERG, 2000), permitindo a habilidade de mudar o foco de um estímulo para outro no ambiente de maneira adaptada (MIRSKY, 1987).

A atenção seletiva é uma função que permite escolher determinados estímulos e diminuir o foco sobre outros. Foi descrita em um primeiro momento em um importante

estudo conhecido como o “problema do coquetel”, no qual os participantes foram submetidos a uma tarefa de escuta dicótica (mensagens diferentes) ou biauricular, isto é, os sujeitos ouviam a mesma mensagem nos dois ouvidos. Deste modo, pode-se verificar que os sujeitos consideraram mais fácil identificar mensagens dicóticas, na qual utilizavam a atenção seletiva. Assim, o deslocamento atencional, resultante da atenção seletiva, parece ser uma condição facilitada tanto pelo substrato neurobiológico quanto cognitivo (STERNBERG, 2000).

Dificuldades de atenção seletiva parecem ser características nos casos de TDAH, pois frequentemente indivíduos portadores do déficit falham na escolha do objeto a ser selecionado como foco da atenção.

## **2.2 - Funções Executivas e TDAH**

Segundo a neurociência o TDAH é um distúrbio de base neurobiológica que apresenta alterações entre algumas áreas cerebrais e seus circuitos associados. As regiões cerebrais mais atingidas são a pré-frontal, parietal, núcleos da base, cerebelo e seus circuitos associados. Essas alterações determinam que além dos sintomas de hiperatividade, impulsividade e déficit atencional (sintomas cardinais), ocorrem também disfunções em funções mais complexas do sistema cerebral que são as chamadas Funções Executivas (FE).

As funções executivas dizem respeito aos processos cognitivos que envolvem o estado de alerta, planejamento, inibição de resposta, seleção, atenção sustentada, percepção, memória operacional, flexibilidade de pensamento e outros processos. Essas funções consideradas maiores são responsáveis pela habilidade ou capacidade de se antecipar, fazer planos, estabelecer objetivos, comparar resultados com o objetivo inicial. São capacidades fundamentais para o sujeito perceber os estímulos do ambiente, responder adequadamente aos mesmos, mudar de direção de forma flexível, antecipar objetivos futuros, considerar consequências e responder da forma integrada, utilizando todas essas capacidades para chegar a um objetivo final e específico.

O processamento executivo envolve a focalização da atenção em informações relevantes, a inibição de processos e informações irrelevantes ou concorrentes, a programação de processos voltados a tarefas complexas, o planejamento de sequencias de subtarefas e o monitoramento do desempenho (HAMDAN & PEREIRA, 2009). Ou seja, o adequado funcionamento das habilidades gerenciadas pelas funções executivas

possibilita o engajamento em comportamentos adaptativos, auto-organizados e direcionados a metas (HILL, 2004).

Pesquisas (MALLOY-DINIZ ET AL., 2004) apontam para o fato de que as funções executivas, quando comparadas às demais funções cognitivas, atingem sua maturidade mais tardiamente. Elas começam a se desenvolver a partir dos doze meses do bebê, atinge seu ápice entre os seis e os oito anos de idade e continua se desenvolvendo até o início da idade adulta.

A realização de tarefas diárias e o convívio social adequado requerem a integridade das funções executivas. O desenvolvimento dessas funções ao longo de toda a infância proporciona de maneira gradual a adequação e o melhor desempenho da criança para iniciar, persistir e completar suas tarefas.

Em nossa pesquisa nos deparamos com uma diversidade de modelos teóricos tentando dar conta de explicar o funcionamento executivo global e seus componentes (CHAN ET AL., 2008; JURADO & ROSSELI, 2007). Alguns desses modelos são:

- Teoria das Três Unidades Funcionais de Luria (1981): segundo este autor, o cérebro humano é composto de três unidades funcionais básicas, as quais interagem entre si. A terceira unidade seria responsável pela programação, regulação e monitoramento do comportamento humano. Lesões nos lobos frontais incorreriam em prejuízo no gerenciamento e na autorregulação comportamental;
- Sistema Atencional Supervisado (SAS): essa ideia é proposta por Norman e Schallice (1986), e atribui a programação, regulação e monitoramento das ações e dos pensamentos humanos a dois distintos processamentos - um automático e um controlado (SHALLICE & BURGESS, 1991). O processamento automático seria responsável pelos comportamentos ou ações aprendidos e habituais, permitindo ao indivíduo priorizar a ordem desses comportamentos ou ações. Já o processamento controlado seria responsável pelo controle das atividades ou comportamentos não habituais, os quais geralmente envolvem planejamento e tomada de decisão.
- Marcadores somáticos de Damásio (1995): tal modelo coloca em relevo o papel do lobo frontal na emoção e no comportamento social, em especial na tomada de decisão. Sensações corporais atuam como sinalizadores emocionais no processo de tomada de decisão.
- Teoria de meta-negligência (DUNCAN ET AL., 2000): esse modelo enfatiza o papel crucial do conjunto de metas e submetas no funcionamento adequado do comportamento humano. O comportamento seria orientado a metas e essas seriam

formuladas, armazenadas e verificadas com a finalidade de organizar uma resposta comportamental apropriada às demandas do ambiente ou às demandas internas.

- Funções executivas em quatro domínios (LEZAK ET AL., 2004): *volição*, planejamento, ação propositiva e monitoramento. A *volição* diz respeito a aspectos relacionados à intenção, iniciativa e motivação; o planejamento estaria relacionado com as capacidades de conceitualização, julgamento e tomada de decisão; a ação propositiva estaria relacionada ao controle inibitório, flexibilidade cognitiva e processos atencionais (atenção focada e atenção dividida); e o monitoramento estaria associado à utilização de *feedbacks* para o ajuste de respostas com o intuito de tornar as respostas mais adequadas ao contexto.

- Modelo de memória de trabalho (BADDELEY, 2003, 2012; REPOVS & BADDELEY, 2006). A memória de trabalho ou operacional é um sistema de armazenamento de informações temporárias que permite ao indivíduo manipular um determinado volume de informações, necessárias para a execução de determinada tarefa. É composta por quatro componentes que são: alça fonológica, registro visoespacial, buffer episódico e executivo central. A memória de trabalho tem sido muito considerada nas avaliações das funções executivas por manter uma estreita relação com estas.

Barkley (2001) identifica quatro habilidades executivas que são: memória operacional ou de trabalho (que envolve a manutenção de representação mental, retrospectção, prospecção e orientação temporal); fala internalizada (que diz respeito ao pensamento encoberto envolvendo a autoinstrução, definição de regras e o raciocínio matemático); auto-regulação (que envolve tanto a ativação quanto a motivação e o controle sobre o afeto); e reconstituição (que tem a função de sintaxe comportamental, que envolve fluência e criatividade).

As habilidades executivas funcionam de maneira conjunta e hierárquica. A falha em um dos componentes já é tido como sintoma do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Por funcionar de maneira hierárquica vamos privilegiar explicar a Memória Operacional, pois é o primeiro ponto aonde se encontra prejuízo no TDAH.

O sistema de Memória Operacional ou de trabalho está relacionado ao Córtex Pré Frontal dorso-lateral e suas conexões, denominado como depositário transitório de informações. É chamado de transitório porque depois essas informações poderão ser acessadas por outros circuitos neuronais. Permitindo assim a representação transitória de informações relevantes para uma dada tarefa que estão armazenadas na memória de longo prazo de uma experiência passada.

A Memória Operacional é definida como uma modalidade que permite ao sujeito manter, em seu sistema de atenção, uma quantidade de informação suficiente para as funções superiores e, assim, poder manipulá-las de forma a alcançar um objetivo final. É importante saber que a Memória Operacional está diretamente relacionada a diversos aspectos de outras Funções Executivas e desta forma acaba por ser caracterizada como uma reserva dinâmica de informações disponíveis para a realização de operações imediatas, isto é, o sujeito precisa ter em mente o que ele acabou de aprender para em outro momento pode fazer uso desse saber.

Além de contribuir com mecanismos que evitam o decaimento da informação e aumentam a capacidade da memória de trabalho, o Executivo Central atua no recrutamento e gerenciamento de outros sistemas durante a execução de tarefas cognitivas (Baddeley, 1986) (Oliveira, 2007, s/p)

As falhas relacionadas aos desempenhos da atenção, em tarefas que envolvem atenção seletiva, dividida ou sustentada, parecem melhor compreendidas quando se considera que sua origem está relacionada a falhas no funcionamento da memória operacional, uma das funções executivas. Embora o nome transtorno de atenção possa indicar um problema atencional exclusivo, considerá-lo como um processo de alteração da memória operacional não parece estranho, principalmente quando se observa a relação íntima entre memória e atenção a partir de modelos cognitivos (DIAMOND, 2005; HELENE & XAVIER, 2003). Prejuízos atencionais e de funções executivas são considerados como eixos centrais do TDAH (BARKLEY, 1997).

O que sabemos, através da neuropsicologia, é que um dos principais comprometimentos do TDAH está na inibição de resposta, que faz parte das funções executivas, e precisa de uma determinada capacidade de Memória Operacional para ser executada. Esse tipo de dificuldade pode ser observado com facilidade nas crianças com tal diagnóstico, já que essas respondem antes da pergunta estar finalizada ou não conseguem sustentar a atenção mesmo com um estímulo externo importante sendo apresentado. Tanto a falha no controle inibitório como a não sustentação da atenção causam déficit cognitivo, uma vez que a recepção da informação é desorganizada, não sustentada e, assim, acabam por ocorrer falhas no armazenamento e na estocagem da informação. Para se conseguir fazer uma separação e, deste modo, resgatar as informações pré-estocadas, bem como para manter determinada informação ativa

durante a realização de uma tarefa, é necessário conseguir efetuar uma seleção de informações que são importantes para tal tarefa e, ao mesmo tempo, inibir as informações irrelevantes àquela tarefa. Essa é mais uma função árdua e muito importante das Funções Executivas que está diretamente relacionada aos sintomas de TDAH.

O que os estudos neuropsicológicos vêm apontando é que as crianças diagnosticadas com TDAH apresentam um desempenho prejudicado nas FEs, tais como: percepção, planejamento e organização, além de falhas na inibição comportamental, motora e do pensamento. E também que essas crianças têm déficits na impulsividade, hiperatividade e desatenção que são ligados ao TDAH.

Com tantos prejuízos nas Funções Executivas a criança diagnosticada com TDAH acaba por ter a sua capacidade de responder a situações novas comprometida, já que ocorre uma disfunção na circuitaria fronto estriatal. Assim, a criança fica com um baixo padrão de motivação, tornando-se irritada, muitas vezes chata, agressiva por não conseguir dar conta de suas atividades. A criança fica exausta perante as demandas acadêmicas e sociais.

### **2.3 - Tratamento do TDAH segundo a neuropsicologia**

De acordo com o *National Institute of Health* (1998), existem diversas formas de tratamento para o TDAH, como o uso da medicação, intervenção psicossocial, controle de contingências, treinamento perceptivo, biofeedback, tratamento homeopático e as intervenções neuropsicológicas.

Segundo Barkley (2008), nome de referência quando o assunto tratado é neuropsicologia e TDAH, o tratamento para as crianças que apresentam TDAH é bastante complexo e, a longo prazo, tem por objetivo melhorar e diminuir os sintomas do transtorno, lembrando sempre que o mesmo é crônico e que exige tratamento multifacetado. O autor chama a atenção para o fato de que mesmo as crianças medicadas necessitam de intervenção para desenvolverem comportamentos adaptativos. As intervenções neuropsicológicas ajudam essas crianças a desenvolver funções cognitivas como a memória operacional ou de trabalho, velocidade de pensamento e sustentação do sentido de alerta.

Neste momento é importante marcarmos a diferença postulada por Wilson (1996) entre a reabilitação cognitiva e a reabilitação neuropsicológica. De acordo com este autor, a primeira tem o objetivo de capacitar pacientes e familiares a lidar com e a

reduzir as deficiências cognitivas, colocando o foco principalmente na melhora das funções cognitivas por meio de treinos cognitivos (reabilitação neuropsicológica). Já a segunda, tem como função tratar as alterações de comportamento a fim de melhorar a qualidade de vida do paciente. Essa diferenciação leva alguns autores a pensar a reabilitação cognitiva como um dos componentes da reabilitação neuropsicológica.

O principal objetivo da intervenção neuropsicológica é melhorar a qualidade de vida do sujeito. O conhecimento do funcionamento cerebral e a prática psicoterápica são ferramentas essenciais no trabalho de intervenção. Estes conhecimentos possibilitam a otimização da vida pessoal, social e física de pessoas que apresentam algum comprometimento da atividade cognitiva, emocional ou comportamental.

Para Rohde e Halpern (2004) o tratamento do TDAH envolve uma abordagem multidisciplinar, o que junta intervenções neuropsicológicas, psicossociais e psicofarmacológicas, caracterizando o processo interventivo como multimodal, onde se torna importante trabalhar organização, planejamento de atividades e as dificuldades comportamentais, com o objetivo de diminuir os comportamentos desadaptados.

É muito importante ressaltar que a intervenção se dá de acordo com o diagnóstico, prognóstico e um plano de ação específico para cada pessoa.

Conforme mostramos neste capítulo, pode-se perceber a importância de uma abordagem neuropsicológica do TDAH que enfatize as disfunções executivas, tendo em vista o seu impacto no desenvolvimento funcional da criança. A importância clínica do comprometimento funcional do TDAH é determinada pelo abalo dos sintomas no desenvolvimento cognitivo e social da criança.

## Capítulo 3 - ENTÃO A PSICANÁLISE! O EU É UMA CONSTRUÇÃO

### 3.1 - Freud: O eu deve advir!

O *Projeto para uma psicologia científica* é um dos escritos mais instigantes de Freud (1950 [1895]/1980), no qual as ideias ali desenvolvidas podem ainda ser encontradas em suas elaborações metapsicológicas posteriores. É possível ler a *Interpretação dos sonhos* (FREUD, 1900/1980) e não reconhecer nesse texto uma forma reduzida do aparelho neuronal do *Projeto* na apresentação da conhecida primeira tópica na seção B do famoso capítulo sete? É possível não relacionar as ideias referentes ao processo primário e secundário nas elaborações metapsicológicas posteriores? Como não reconhecer em *Para além do princípio de prazer* (FREUD, 1920/1980) alguns dos desenvolvimentos presentes em 1895?

No *Projeto* Freud parte de dois axiomas básicos de neurônios e quantidade e, assim, apresenta sua teoria da mente como elaboração do relacionamento entre esses dois axiomas básicos. De acordo com o princípio de inércia neuronal e, posteriormente, com o de constância, haja vista a necessidade de considerar as quantidades (Q) endógenas à necessidade do aparelho em dar conta do fenômeno psicológico da memória, Freud postula que a mente procura eliminar toda a energia, à medida que entra no sistema. Porém a redução da tensão nunca chega a zero, e, desta constatação, ele apresenta o princípio da constância - a energia é eliminada, mantendo-se uma constante necessária para manter os níveis de excitação do aparelho neuronal e suas funções perceptiva e mnêmica - como um princípio operacional do aparelho neuronal.

Dessa forma, temos no *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1950 [1895]/1980) o início do que anos depois vem a ser o aparelho psíquico a partir da experiência de satisfação, onde Freud nomeia, circunscreve e institui o Eu. Neste trabalho o pai da psicanálise denomina que originalmente o eu consiste de neurônios nucleares, que recebem  $Q_n$  endógenas e as descarregam e que tem por função inibir a descarga quando não há objeto a partir dos signos percebidos, o que ele denomina de atenção psíquica e defesa primária. Dessa forma o eu do *Projeto* constituiria a totalidade dos investimentos, das series de prazer e desprazer, a partir da chamada experiência primária de satisfação.

Freud sugeriu que no recém-nascido o acúmulo de excitação endógena no que ele denominou “sistema psi” geraria apenas respostas emocionais, como o choro. A eliminação da excitação se daria com o que Freud nomeou de experiência de satisfação,

que seria acompanhada pela percepção dos objetos que serviriam a esta satisfação. As associações seriam então estabelecidas entre o “sistema psi”, a imagem mnêmica dos objetos e a memória da necessidade biológica. Em decorrência das associações estabelecidas por estas experiências primitivas de satisfação e o consequente acúmulo de excitação endógena, resultaria a passagem de um fluxo “Q”, pelas vias facilitadas, para a imagem do objeto desejado. O recém-nascido alucinaria, então, o objeto desejado e realizaria o movimento em resposta à alucinação. O que, porém, não levaria à satisfação.

O que o recém-nascido alucina nunca coincide totalmente com o primeiro objeto da satisfação, e isto acaba por causar, segundo Freud, a existência permanente de um corpo de neurônios catexizados, constituindo, dessa maneira, a base fisiológica do eu. O eu funcionaria, então, para impedir a alucinação dos objetos desejados e para obter verdadeiras experiências de satisfação, executando sua tarefa através do mecanismo de inibição e instaurando, assim, o teste de realidade. Deste modo, Freud nomeou de processo primário a atividade psíquica que leva à alucinação quando não há inibição pelo eu, e processo secundário as atividades psíquicas que são mediadas pela atividade inibitória do eu. Temos, então, que através do teste de realidade o eu desse momento da teoria é o que garante a vida do pequeno ser.

Em suma: neste esquema inicial, este “corpo” de neurônios é o que constituiria a base fisiológica do eu. O eu funcionaria para impedir a alucinação dos objetos desejados e para obter verdadeiras experiências de satisfação.

Nesse primeiro momento do psiquismo verifica-se um desencontro entre o desamparo inicial, o estado de urgência e o objeto original que se perdeu; o que fica são os traços, os trilhamentos que irão se inscrever no aparelho psíquico, criando a memória. O eu do *Projeto* surge para inibir o processo de alucinação, que tem por objetivo vivenciar a experiência de satisfação por meio da estimulação do traço de memória, como resposta ao desprazer provocado pela sensação de fome. Ao inibir a alucinação o eu instaura o teste de realidade que seria revelador da precariedade da alucinação enquanto solução para a tensão. No sentido biológico é o eu que garante a vida do recém nascido ao fazer o teste de realidade. Então, nesta fase, temos que o eu surge a partir de seus investimentos no mundo externo, em busca de satisfação, criando uma identidade de memória, trilhamentos, traços e facilitações.

Neste momento da teoria freudiana os processos mentais são regulados pelo princípio de prazer. O objetivo do aparelho neuronal é liberar as tensões acumuladas por

estímulos internos (endógenos) e externos (exógenos). Freud relaciona o prazer e o desprazer com a quantidade de excitação existente neste aparelho. Corresponde ao prazer a diminuição da quantidade de excitação e ao desprazer o aumento dessa quantidade. “*O que decide o propósito da vida é simplesmente o programa do princípio de prazer. Esse princípio domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início*” (FREUD, 1920/1980, p. 64).

A busca pelo prazer é uma luta pelo escoamento livre das quantidades de excitação, causado pelo impacto da realidade externa sob o organismo. O alívio de estímulos seria a completa gratificação da excitação. Contudo, através do conflito do ser humano com o mundo externo, surge outro princípio que deve reger o funcionamento mental: o princípio de realidade. Esse princípio aparece secundariamente como uma modificação do princípio de prazer.

Foi através do princípio de realidade, no seu confronto com o princípio de prazer, que o organismo teve que construir defesas que o protegessem dos desprazeres causados pelo mundo externo. O indivíduo teve de se proteger das sensações que os objetos causam no seu interior. Assim, o embate do eu com o mundo externo gerou o princípio de realidade.

Vemos, então, que o neném, ao nascer, é invadido por uma caótica e fervilhante energia pulsional. Esta excitação é algo fora de seu controle, já que nem mesmo um aparelho psíquico encontra-se constituído. O bebê experimenta necessidades como fome, sede, frio... sem que possa solucioná-las sozinho. É sobre este desamparo, sobre o perigo de um esfacelamento do organismo ainda não organizado do bebê, que a mãe intervém. Até esse momento temos o eu como aquele lugar que deveria ser preservado do conflito pela atividade defensiva.

Freud nunca mencionou o *Projeto* em seus trabalhos posteriores. De 1895 até 1900 assistimos uma redução do aparelho neuronal exposto no *Projeto*, mas depois passamos a notar uma influência desse texto, mesmo sem ser citado, em outros trabalhos.

Em 1893 (1980), Freud, ao escrever *Os estudos sobre histeria*, analisando um caso de cegueira histérica, pela primeira vez nos fala de um eu fundado na pulsão. Nesse momento o autor identificava as pulsões do eu como pulsões de auto-conservação. Nessa forma de conceber o eu Freud nos mostra que este passa a ter uma unidade ilusória em relação à fragmentação do autoerotismo e das pulsões parciais. Ele passa a ser considerado como um grande reservatório da libido, de onde ela é enviada

para objetos, e que também recebe parte da libido que reflui dos objetos. Tratava-se do desenvolvimento freudiano das pulsões do eu, identificadas com as pulsões de auto-conservação e que teriam um lugar determinante no recalque. Foi no trabalho de 1910 (1980) que Freud apontou a servidão do eu no que diz respeito ao fato dos órgãos do corpo humano estarem a serviço de dois senhores que seriam tanto as pulsões sexuais quanto as de auto-conservação. Temos aí um eu cujo principal objetivo é conservar a vida e reunir o conjunto de forças que no psiquismo se opõem à sexualidade. Ele é a sede das pulsões de auto-conservação e, ao mesmo tempo, o polo defensivo do psiquismo, interessado em manter a vida.

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1980) escreve que o eu não é uma realidade originária e sim constituído por um processo de encontro com dimensões de alteridade.

O que temos em 1914 (1980) é que o eu não é inato, ele resulta de uma “nova ação psíquica” que se faz com o acréscimo ao auto-erotismo. É importante marcarmos que o narcisismo não é igual ao auto-erotismo, pois uma unidade comparável ao eu não existe desde o início, ele tem que ser desenvolvido; já as pulsões auto-eróticas encontram-se desde o início. É necessário que “*algo seja adicionado ao autoerotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo*” (FREUD, 1914/1980, p. 93), compondo, desta maneira, a organização da constituição do sujeito, a qual se apresenta como “*uma fase intermediária entre o autoerotismo e o amor objetal*” (FREUD, 1914/1980, p. 85).

Sobre a referida ação psíquica, Freud, sem nomeá-la, já reportava a ela desde o *Projeto* (FREUD, 1950[1895]/1980), ao explicar a imagem mnêmica desejada pelo bebê. E ele exemplifica, com sua observação, o esforço do bebê em movimentar a cabeça com o objetivo de, a partir de uma imagem lateral, alcançar a percepção da imagem frontal do seio. E, então, conclui: “*Por enquanto, ainda não há muito julgamento nisso; mas trata-se de um exemplo de possibilidade de chegar, pela reprodução das catexias, a uma ação que já é uma das ramificações acidentais da ação específica*” (FREUD, 1950 [1895]/1980, p. 444).

Em um momento anterior ao narcisismo temos a dispersão das pulsões parciais sem uma experiência organizadora. O conceito de narcisismo provoca, então, um abalo no dualismo pulsional, ao colocar no horizonte da dinâmica pulsional a possibilidade de investimento pulsional no próprio eu, criando, assim, a libido do eu. A pulsão de auto-conservação ou do eu parece trabalhar no sentido da manutenção da ordem

Freud postula que o ser humano tem originalmente dois objetos sexuais (ele próprio e a mulher que cuida dele), o que leva à consideração de um narcisismo primário em todos, o qual, em alguns casos, pode manifestar-se de forma dominante em futuras escolhas objetais.

Para Freud o desenvolvimento do eu consiste em um afastamento do narcisismo primário e dá margem a uma vigorosa tentativa de recuperação desse estado. Esse afastamento é ocasionado pelo deslocamento da libido em direção a um ideal do eu imposto de fora, sendo a satisfação provocada pela realização desse ideal.

Nesse momento da teoria temos a formulação dos conceitos de eu ideal, ideal do eu e precipitado de identificações. O eu ideal refere-se ao narcisismo primário, em que teremos o primeiro investimento sexual em uma “unidade”. Essa ideia de unidade só é possível porque na constituição do eu ideal está implicada a presença constitutiva do outro; mas este se encontra reduzido em sua densidade alteritária, pois é visto como um reflexo do eu. É justamente esse “outro-reflexo” que possibilita a percepção do corpo como uma unidade.

A mãe no lugar do “outro-reflexo”, investe libidinalmente no eu, colocando-o no lugar idealizado, e, através de um jogo especular, possibilita a percepção de seu corpo próprio. Sem a interferência desse outro não haveria reconhecimento nem idealização do eu. O pai e a mãe idealizam o filho que sonham em ter, o filho perfeito que pode representar aquilo que os pais gostariam de ter sido. Dessa forma, o que os pais amam em um primeiro momento no filho são as idealizações da criança projetada. Assim, a criança ultrapassa a posição do narcisismo primário quando se vê confrontada com um ideal com o qual tem de se comparar, ideal esse que se formou fora dela e que lhe é imposto e impossível de ser concretizado. Assim, temos uma distância enorme entre a criança real e o ideal paterno. Esse é o jogo de espelhos, o ideal está na imagem idealizada pelos pais e não na criança. Em um primeiro momento a criança se ancora nessa imagem, mas em seguida faz-se necessário abandonar essa posição para garantir a vida. Um longo processo psíquico se dá para que o eu ideal se transforme no ideal do eu, isto é, que o eu não se estabeleça como sendo a sua própria origem, reconhecendo as suas insuficiências frente a um ideal a ser atingido. Com o narcisismo podemos entender que tanto o corpo quanto o sujeito se constituem a partir do outro. O eu carrega para sempre as marcas da relação com o outro primordial.

O que vem perturbar o narcisismo primário é o complexo de castração. É através dele que se opera o reconhecimento de uma incompletude que desperta o desejo de

recuperar a perfeição narcísica. O narcisismo secundário se define como o investimento libidinal da imagem do eu, sendo essa imagem constituída pelas identificações do eu com as imagens dos objetos.

O conceito de narcisismo irá, paulatinamente, revelando que o eu se forma à sombra do outro e ao mesmo tempo é através da intervenção desse outro que o eu se constitui. Entendemos, assim, que o caráter libidinal do eu, com sua teorização pelo narcísico, é o que fundamenta em Freud a teorização da trama edípica (que será abordada no próximo capítulo). A constituição do eu é o acontecimento necessário à castração, o eu não existe desde o início, deve se constituir através de um ato pelo qual o eu identifica-se com a imagem de seu corpo, imagem que assume como sua e, mais ainda, como sendo ele próprio. O eu é constituído em um processo de encontro com dimensões de alteridade.

Em 1920/1980 com o *Além do princípio de prazer*, texto inaugural da chamada segunda tópica freudiana, Freud fez do eu um sistema ou instância psíquica ajustando-o às modalidades dos conflitos psíquicos. Antes, a referência principal de seu modelo de aparelho psíquico eram os diferentes tipos do funcionamento mental, isto é, o processo primário e o processo secundário, a partir da segunda tópica, seriam as partes participantes do conflito que passariam a estar privilegiadas. Nessa nova articulação freudiana o eu intervém como agente de defesa, o supereu como agente das interdições e o isso como pólo pulsional. Dessa forma, o eu passa a ser entendido como um mediador que tentaria dar conta das exigências contraditórias produzidas pelas demais instâncias.

No trabalho de 1920 (1980) com a nova topologia do aparelho psíquico, Freud restitui o dualismo pulsional ao definir as pulsões de vida e pulsões de morte, ao mesmo tempo em que, de certa maneira, volta a reconsiderar a hegemonia do princípio de prazer, ao apontar para um mais além do princípio de prazer.

Em 1921/1980, em *Psicologia de grupo e análise do ego*, a partir da pergunta sobre o modo como um grupo se forma e sua capacidade de exercer influência na vida das pessoas, Freud encontra a pulsão pela via do amor como a que promove laços que esse fornece pela via da identificação. Isto é, a libido retorna ao eu para investir nos objetos narcisicamente. Nesse trabalho, o editor inglês das *Obras Completas* comenta que esse artigo de Freud é importante em dois sentidos diferentes: “*Por um lado, explica a psicologia dos grupos com bases em alterações da psicologia individual e,*

*por outro, leva um passo à frente a investigação freudiana de estrutura da mente”* (FREUD, 1921/1980, p. 90).

Esse passo a frente é o eu como uma construção. Freud parte da tese que o indivíduo é um ser constituído a partir da sua relação com outros indivíduos; a vida anímica de cada sujeito é inseparável da sua inserção na sociedade. O indivíduo seria constituído por sua relação com o outro em um processo constante, já que o eu possuiria caráter identificatório. Dando seguimento a essa teorização, Freud dá relevo ao ideal do eu, fazendo desse uma instância diferenciada do eu e que até entra em conflito com este. Ao ideal do eu Freud atribuiu como funções a auto-observação, a consciência moral, a censura onírica e o exercício da influência essencial no recalque. É nesse lugar de ideal do eu que o sujeito estabelece o lugar do seu objeto de encantamento amoroso.

Na segunda tópica, Freud, ao anunciar o “nascimento” do eu a partir de um processo de modificação do id, acaba por aproximar o eu das questões da alteridade. O eu é uma parte do id que se modifica no contato com a realidade. A afirmação freudiana de que no id (FREUD, 1923<sup>a</sup> /1980) encontra-se nossa herança filogenética coloca essa instância no campo discursivo da alteridade. Segundo Freud, o caráter do eu é um precipitado da catexias objetais abandonadas e ele contém a história dessas escolhas de objeto (FREUD, 1923<sup>a</sup> /1980, p. 43). O eu é formado a partir de identificações que tomam o lugar de catexias abandonadas pelo id.

Nesse trabalho, Freud situa o eu a serviço de três senhores e, conseqüentemente, ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do isso e a severidade do supereu. Se nos trabalhos freudianos anteriores o eu era considerado principalmente um reservatório de libido, de onde ela era enviada para os objetos, e também recebia parte da libido que refluía dos objetos, é a partir da segunda tópica que o eu intervém como agente de defesa, o supereu como agente das interdições e o isso como pólo pulsional. O eu, a partir dessa descrição, é, em grande parte, o inconsciente e o isso passa a ser o reservatório primeiro de energia psíquica onde se defrontam as pulsões. Dessa forma, o inconsciente não é mais tido como um sistema, mas sim como uma propriedade do isso. A primeira tópica freudiana nos mostra que sem recalque não há inconsciente e na segunda temos que sem o isso inconsciente não há psiquismo que constitua seu primeiro furo originário.

Esse estágio da obra freudiana, conhecido como “a virada dos anos 20”, deixa muito clara a descoberta freudiana de que o ser falante é um animal desnaturalizado. E, assim, as mudanças teóricas da segunda tópica apontam que as funções atribuídas

classicamente ao sujeito do conhecimento, como o pensamento, a percepção, o juízo, a memória são, para Freud, função do desejo.

### **3.2 - Lacan: estágio do espelho e a constituição do eu**

Uma teoria genética do eu pode ser considerada psicanalítica na medida em que se trata da relação do sujeito com seu próprio corpo nos termos de uma identificação a uma imago, vínculo psíquico por excelência. (LACAN, 1951/2002.)

O neurologista e psicólogo francês Henry Wallon (1931) foi o primeiro autor a escrever sobre o estágio do espelho; ele fazia experiências com crianças e animais diante de espelhos no intuito de descobrir como nasce a representação no início da vida psíquica. No artigo *Como se desenvolve na criança a noção de corpo próprio* o autor (WALLON, 1931) mostra que a experiência da imagem especular representa um teste para o desenvolvimento cognitivo: quer-se investigar o nível de consciência que a criança possui a respeito de sua realidade e se ela conseguiu unificar seu eu no espaço. O que parece na teoria de Wallon é que a noção de formação psíquica e do conjunto do desenvolvimento é regida por uma concepção finalista, pela ideia de que, de forma natural, a criança se dirige ao conhecimento objetivo e à vida social, como se esses dois níveis do comportamento humano existissem desde sempre, precisando passar apenas por um processo evolutivo para atingirem a forma madura. Para Wallon, o contato com o espelho é uma experiência provocada para se antecipar à forma como a criança atinge uma relação adulta normal com a realidade.

Anos depois Lacan desenvolveu a ideia acrescentando as contribuições da psicanálise. Tanto para o neurologista quanto para o psicanalista o que chamou a atenção foi o fato de o bebê ainda dependente, antes do desenvolvimento psicomotor da marcha e da fala, já conseguir formar uma imagem do seu corpo no espelho. Para Lacan, essa experiência do bebê se reconhecer no espelho sucede um período no qual o recém-nascido encontrava-se imerso em um caos pulsional. Os dois autores se distanciam quando Lacan coloca em evidência a observação que a criança é capaz de fazer a respeito de si mesma e os efeitos disso sobre sua estruturação. Ele pretere o observador em benefício da própria criança.

É importante marcarmos que apesar de claramente ter se baseado nos estudos de Henry Wallon, Lacan em momento algum o cita em seu artigo de 1949 (1998).

Lacan inicia seu ensino valorizando a categoria do imaginário, a partir das construções freudianas de identificação às imagens parentais. Ele propõe o *estádio do espelho* onde mostra que através da imagem do corpo do outro vista em sua totalidade, o bebê obtém por antecipação a sensação de unificação corporal, mas, na verdade, permanece em sua precariedade física. Ao identificar-se através da imagem, o bebê recupera a dispersão do corpo, antes esfacelado, através de uma totalidade unificada simbólica. Lacan (1949/1998) refere-se a esta totalidade como uma “*assunção jubilatória do infans, onde o eu precipita em forma primordial, antes que se objetive na dialética da identificação ao outro e que a linguagem lhe restitua no universal sua função de sujeito*” (LACAN, 1949/1998, p. 97).

Neste estágio, o bebê vivenciará a passagem da identificação com a imagem do semelhante, a mãe, para a apropriação do próprio corpo. Ao identificar-se através dessa imagem própria, a criança recupera a dispersão do corpo, antes esfacelado, através de uma totalidade unificada simbólica.

Com o estágio do espelho, já se pode vislumbrar uma anterioridade da ascensão do sujeito, representada pela passagem de *infans* para criança, através da aquisição da linguagem, mesmo que de forma rudimentar. Durante o seu processo, o registro simbólico se apresenta através do Outro que, para antecipar a imagem unificada da criança, utiliza-se da linguagem, mesmo que de forma rudimentar. Durante o seu processo, o registro simbólico se apresenta através do Outro que, para antecipar a imagem unificada da criança, utiliza-se da linguagem.

Então o que percebemos é que em um primeiro momento o bebê percebe sua imagem corporal como se fosse uma realidade física que ela tenta apreender. Neste momento há uma confusão entre ela mesma e o outro, o que a assujeita ao registro imaginário do Outro. Em um momento posterior, a criança percebe que o outro do espelho é uma imagem, e, então, passa a diferenciar o que é a imagem do outro, do que se trata da realidade do outro. Este momento pode ser verificado quando o bebê se aproxima do espelho, toca na imagem refletida e volta-se para trás, procurando a materialização da imagem. Esta situação exemplifica o que ocorre no nível psíquico, uma vez que, ao expor sobre o estágio do espelho, este não é o espelho físico, mas o reflexo que vem do Outro através do olhar, dos gestos, do simbólico. No último momento o bebê a criança se dá conta de que a imagem percebida nada mais é do que a sua própria imagem.

Desta forma, Lacan postula que a estrutura inicial do eu é paranóica, na medida em que o eu desconhece a si próprio, designando-lhe em outro. Para explicar tal formulação ele sinaliza que “*a criança que bate diz que bateram nela, a que vê cair chora*” (LACAN, 1949/1998, p. 116). A criança, ao se relacionar com o outro, trata-lhe como a si mesmo, como se o semelhante fosse o seu duplo.

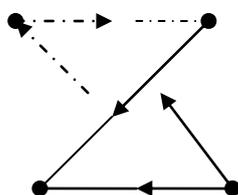
Dando continuidade ao observado no *estádio do espelho*, Lacan (1953-1954/1986) descreve o esquema óptico – experimento do buquê invertido – onde utiliza um espelho côncavo que tem a função de fornecer a imagem real do buquê de flores situado dentro de uma caixa oca posicionada na frente do mesmo. Um observador situado na frente do espelho e atrás da caixa, que além do buquê possui um vaso colocado em cima de seu tampo, ao olhar o espelho tem a ilusão de estar vendo diante de si o vaso com flores. O autor nos lembra de que o estágio do espelho não pode ser entendido como um momento cronológico do desenvolvimento psíquico, mas sim como modelo óptico da constituição do eu. A partir deste esquema, que consiste em fazer aparecer um buquê de flores exatamente onde ele não está, dentro do vaso, o autor apresenta a estrutura do sujeito, sua realidade psíquica a partir de uma ilusão virtual.

Em um esquema subsequente, o dos dois espelhos, Lacan apresenta um elemento adicional ao esquema anterior: um espelho plano, e as posições das flores e do vaso são trocadas, ao invés das flores estarem dentro da caixa oca, encontram-se sobre a caixa – posição que no esquema anterior era ocupada pelo vaso. O observador deve ocupar um lugar entre o espelho côncavo e a caixa, de forma que o espelho plano esteja à sua frente e o côncavo atrás. Deste modo, a ilusão do observador não é a do buquê invertido, mas sim a do vaso invertido: não é o buquê que aparece como imagem no espelho plano, mas sim a imagem do vaso, que está escondido e aparece contendo o buquê de flores. Lacan nomeia o buquê de flores, objeto real, de *a*, mas ainda não é o objeto *a*. Esse experimento fala do ângulo que o observador se coloca permitindo construir um objeto virtual, daí o espelhamento no outro (*a'*), ou seja, provocando uma imagem que não corresponde necessariamente à realidade objetiva.

No *Seminário II* (LACAN, 1954-1955/1997) o autor transpõe a relação especular apresentada no esquema do buquê invertido e no dos espelhos para o que ele nomeou de esquema *em Z* e, dessa forma, coloca o *a* no eixo imaginário do esquema formado por *a* e *a'*. Nesse eixo a letra *a* aparece referida ao eu *e*, *a'*, seu duplo, aparece referida à imagem do eu, refletida no semelhante. O sujeito (*S*) vê-se em *a*, ponto que marca o lugar do eu. Segundo Lacan, no eixo imaginário não há diferença entre o eu e *a*

sua imagem. Desse modo, podemos perceber que esta forma do outro representada por  $a'$  é o próprio eu,  $a$ . É uma relação de espelhamento com o semelhante, relação imaginária.

O que ocorre no esquema é o seguinte: quando S fala, endereça-se a A através de  $a'$  (o semelhante), mas atinge a por reflexão do eixo imaginário, “*a relação entre A e S passará sempre pelo intermédio destes substratos imaginários que são o eu e o outro*” (LACAN, 1954-1955/1997, p. 403). Nessa referência simbólica, A, as mensagens emitidas pelo sujeito soam como vindas do outro só que de forma invertida. Para exemplificar tal situação Lacan fala: “*Quando um sujeito diz para o Outro ‘tu és meu mestre ou tu és minha mulher’ isso quer dizer exatamente o contrário. Isso passa por A e volta em seguida ao sujeito que é, de repente ironizado, por isso, na perigosa e problemática posição de esposo, ou de discípulo*”. (LACAN, 1954-1955/1997, p. 403). O sujeito (Es) se dirige ao  $a'$  (semelhante) em busca de reconhecimento. É o olhar do outro ( $a'$ ) que unifica a imagem por identificação ao  $a'$  e retorna sobre o sujeito ( $a$ ). O semelhante é o mediador já que a relação direta ao Outro é impossível.



É no *Seminário III - As psicoses*, onde Lacan (1955-1956/1988) prioriza a atividade simbólica sobre o campo imaginário na constituição do sujeito, que o esquema *em Z* é utilizado pelo autor para ilustrar a relação do sujeito ao Outro no campo da linguagem, marcando uma primeira diferenciação entre neurose e psicose.

Neste Seminário Lacan (1955-1956/1988) sustenta que a atividade simbólica é o que diferencia neurose e psicose: “*o que não foi simbolizado retorna no real*”. Para explicar seu pensamento, utiliza o texto freudiano *A negativa* (FREUD, 1925/1980) e faz uma construção estrutural diferenciando neurose e psicose. Enquanto na neurose teria havido uma primeira inscrição que foi excluída, dando origem a uma primeira atividade simbólica, *Verneinung*, na psicose haveria uma falta na estrutura, *Verwerfung*, que permanece na estrutura psicótica. Dessa forma, temos que a simbolização da falta, a atividade simbólica, surge como diferenciando neurose e psicose. Lacan, através da

negativa, marca a importância do não como dando origem ao discurso e, deste modo, traz a castração para o campo da linguagem.

Na neurose isso fica mais claro quando acompanhamos o esquema *em Z* que aponta o endereçamento do sujeito ao Outro. É nesse endereçamento que, no campo da neurose, a mensagem volta de forma invertida, enquanto que no campo da psicose, o endereçamento ao Outro só se dá por alusão e, por isso, a mensagem não retorna invertida e sim, do próprio sujeito, retorna no real.

No *Seminário XI Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise*, voltando a comentar o estádio do espelho, Lacan (1964/1998) fala da importância de quem está segurando a criança no colo no momento em que ela se vê no espelho. Quando se olha no espelho a criança vira-se e busca o olhar do outro que está com ela. Segundo Lacan (1964/1998, p. 242), o que a criança vê nesse momento é: “*vê aparecer, não seu ideal do eu, mas seu eu ideal, esse ponto em que ela deseja com prazer-se em si mesma*”. Trata-se do ideal narcisista onde a criança quer ser amada e reconhecida.

### **3.3 - Alienação e separação**

Durante o desenvolvimento do *Seminário XI*, Lacan (1964/1998) percorre a questão que podemos representar na pergunta: “como se constitui o sujeito?”. Desde o *Seminário I* (LACAN, 1953-1954/1986) temos que não podemos definir o sujeito como consciência de si. Também sabemos que não se nasce sujeito. Seguindo esse desenvolvimento teórico, achamos importante detalhar os conceitos de alienação e separação na cadeia de significantes, já que o sujeito advém a partir de uma estrutura que se coloca anterior ao seu nascimento, a estrutura da linguagem. É na dinâmica da linguagem que Lacan localiza a causa do sujeito.

No *Seminário XI* Lacan (1964/1998) nomeia as duas operações que definem o sujeito, como alienação separação. Essas são compreendidas a partir da relação entre o que Lacan chamou de campo do vivo (onde ainda não há sujeito) e o campo do Outro, aqui definido como lugar da linguagem, do sentido, onde irá aparecer o sujeito.

O efeito de linguagem é a causa introduzida no sujeito. Por esse efeito, ele não é causa dele mesmo, mas traz em si o germe da sua causa que o cinde. Pois sua causa é o significante sem o qual não haveria nenhum sujeito no real. Mas esse sujeito é o que o significante representa, e este não pode representar nada senão para um outro significante: ao que se reduz, por conseguinte, o sujeito que escuta. (LACAN, 1960/1998, p. 849)

Nesta frase de 1960 Lacan ressalta o fato de o sujeito emergir cindido, faltoso em sua estrutura.

Em 1964, no *Seminário XI*, Lacan (1964/1998) faz uso das operações matemáticas dos conjuntos de união e interseção a fim de elaborar, teorizar e exemplificar os conceitos de alienação e separação como operações constituintes do sujeito ancoradas no campo do Outro. Essas operações apontam para a dependência do sujeito ao lugar do Outro.

O autor fala de três vel: o vel da exclusão, o vel da união, e o vel da escolha forçada. Considerando a existência de dois elementos, pode-se examinar o que acontece em cada um deles. No vel da exclusão os dois elementos são excludentes, *ou um ou outro*. No vel da união um elemento é acrescentado ao outro formando um conjunto único. E, por fim, o véu da escolha forçada onde só existe uma opção que consiste na exclusão de um determinado elemento.

O vel implicado na operação de alienação envolve uma perda nos dois campos. É para ilustrar esse terceiro véu que Lacan se utiliza da famosa frase: “A bolsa ou a vida!”. Mas o “ou” em jogo na alienação não possui um sentido excludente, como o apresentado na alternativa “faço isso ou aquilo”, assim como também não tem uma aplicação de “tanto faz isso quanto aquilo”. Lacan diz (1964/1998, p. 201): “*Se escolho a vida, tenho a vida sem a bolsa, isto é uma vida decepada*”. Se escolhermos uma por suposto não teremos a outra. Já que se caso a escolha for pela bolsa, o ser, o sujeito, desaparece, nos escapa. E se a escolha for pela vida, o sentido só subsiste decepada. Há, portanto, uma perda em qualquer escolha que se faça. (ANEXO B)

Nesse conjunto podemos visualizar que no círculo do lado direito, aparece a vida decepada da bolsa, única escolha possível. Por isso escolha forçada, realizada no nível da alienação, visto que optar pelo ser, ou, no exemplo lacaniano, pela bolsa, é recusar os significantes, o sentido do Outro, posição que levaria, em última instância, à morte, ou à impossibilidade de vida simbólica. Por outro lado, para não ficar retido nas malhas significantes, o sujeito que consentiu na alienação aciona estratégias de separação de acordo com o que pode localizar no Outro como falta.

Colette Soler (1997a, 1997b), em *Para ler o seminário XI de Lacan* aponta para o fato de que a operação de alienação só constitui uma novidade do *Seminário XI* no que se refere à sua formalização lógica. Segundo sua leitura, o sujeito da alienação é o mesmo incluído no nível inferior do grafo lacaniano do desejo: “*Olhando para o grafo*

*ver-se-á que o sujeito incluído no nível inferior é o sujeito da alienação que tem que escolher entre identificação fixada por significante e sentido” (SOLER, 1997b, p. 62).*

Lacan postula no nível da alienação uma operação exercida por dois conjuntos, o conjunto do Outro que contém o sentido, e o conjunto do sujeito, que contém o seu ser. É no meio dos conjuntos, na interseção, que é colocado o não senso. Ao “*escolhermos o ser, o sujeito desaparece, ele nos escapa, cai no não-senso - escolhemos o sentido, e o sentido só subsiste decepado dessa parte de não-senso que é, falando propriamente, o que constitui na realização do desejo, o inconsciente” (LACAN, 1964/1998, p. 200).* É justamente essa parte do não-senso, a interseção, a parte decepada, que depois vai ser nomeada por Lacan como o objeto pequeno a.

De acordo com a lógica do vel da escolha forçada, neste momento o sujeito em constituição não tem ainda uma identidade e isso força a identificação da criança com o Outro. Laurent (1997a), ao tecer comentários a respeito do processo de alienação e separação, utiliza a fórmula  $S1 \rightarrow S2$ , que define como o sujeito - identificado com um significante fornecido pelo Outro - é representado por este significante para um outro significante. O autor é claro ao exemplificar: “*um menino mau é representado como um ‘menino mau’ em relação ao ideal de sua mãe. Logo, ‘menino mau’ [...] funciona para o sujeito como uma linha mestra durante a vida deste” (LAURENT, 1997a, p. 38).* Isso significa que em um primeiro momento a criança apenas possui uma escolha; se alienar a um significante mestre obtido no campo do Outro, perdendo dessa maneira uma parte de seu ser. Esta parte distinta da identificação com o significante mestre encontra-se situada na interseção dos dois conjuntos ilustrada pelo objeto a. É assim que a letra a, ao nomear a parte do sujeito que fica de fora da operação da alienação, possibilita a separação enquanto o segundo tempo da constituição do sujeito.

Se a alienação está relacionada a esse primeiro acasalamento significante, o  $S1 - S2$ , não podemos deixar de apontar que a própria definição de sujeito exige a entrada de um segundo significante, já que um significante sempre representa um sujeito para outro significante.

Um ano antes, no *Seminário X*, Lacan (1962-1963/2005) diz que o corte é interno ao campo do sujeito. O sujeito depende do significante para advir, e há uma falta real, já que parte do seu ser foi perdida. Isso só mostra como Lacan de fato situa a falta como estando presente no próprio campo do sujeito, “*o que o vivo perde, de sua parte de vivo, ao se reproduzir pela via sexuada. Essa falta é real, porque ela se reporta a*

*algo de real que é o que o vivo pode ser sujeito ao sexo, caiu sob o golpe da morte individual”* (LACAN, 1964/1998, p. 194).

Essa perda no campo do vivo está diretamente ligada com a inscrição do sexual, da pulsão parcial, com o fato de ser da ordem do impossível representar a totalidade da tendência sexual, isto é, com a ausência de uma inscrição *a priori* sobre ser homem e ser mulher que se apresente para o sujeito do inconsciente. Lacan relaciona essa perda de parte do vivo com a perda da “imortabilidade”, a morte atrelada à reprodução sexual.

Diante da falta o sujeito busca em seus encontros com o outro alguma completude, mas não consegue, pois ele é sem complemento. Lacan se utiliza do mito de Aristófanes para exemplificar que o complemento que o sujeito busca é a parte de si que foi perdida para sempre. O mito é a respeito de um ser esférico, onde de dois se fazia um, união tão forte que acabou por despertar o ciúmes de Zeus. Zeus então os separa no intuito de diminuir o poder desse ser esférico, passando um a procurar eternamente pelo outro. O mito nos serve para pensar que em qualquer relação vai estar presente um vazio e que esse serve para fazer com que o movimento de busca pelo complemento não acabe: *“a busca do complemento, o mito de Aristófanes nos dá sua imagem de maneira patética, e enganadora, articulando que é o outro, que é sua metade sexual que o vivo procura no amor”* (LACAN, 1964/1998, p. 195).

Lacan (1960/1998) acrescenta uma nova articulação: à alienação do sujeito nos significantes do Outro, no campo da linguagem, associa a separação, mostrando, assim, que o campo do Outro não é todo significativo, que há um núcleo não significantizável, o objeto *a*, objeto peculiar, posto que traduz a falta que afeta tanto o sujeito quanto o Outro. Essa falta é o pivô da separação: para que o sujeito se separe da cadeia significativa, para que não fique inteiramente preso aos significantes do Outro, é preciso que a falta opere.

Vimos que o lugar prévio do sujeito como efeito da linguagem surge do enxame de significantes produzido no campo do Outro, onde o ser vivo está por completo imerso. O que ocorre é que nesse lugar a única possibilidade do sujeito é funcionar como significativo petrificado, já que sua condição de ser desaparece diante do que ele se torna para o Outro. Isto é, em um primeiro momento a união de significantes localiza o representante representativo do sujeito, num esmorecimento constitutivo dessa identificação, já que o primeiro significativo surge no campo do Outro e representa o sujeito para outro significativo do arsenal do Outro, o que acaba levando ao apagamento do fluxo vital do ser.

O sujeito se faz representar por um significante, o qual terá que representá-lo para outro significante, uma vez que um significante sozinho não representa nada. A representação está, pois, articulada à ideia de cadeia. Nesse sentido, o sujeito se presentifica no campo do Outro, já que se constitui através do significante que aí se encontra.

É importante destacar que a alienação não é entendida como dependência em relação ao Outro e nem está relacionada com o fato dessa operação se iniciar no campo do Outro. Nas palavras de Lacan (1960/1998, p. 855): *“portanto, não é o fato de essa operação se iniciar no Outro que a faz qualificar de alienação. Que o Outro seja para o sujeito o lugar de sua causa significante só faz explicar aqui a razão por que nenhum sujeito pode ser causa de si mesmo”*.

Significante e sentido situam-se do lado do Outro, já que não cabe ao sujeito determinar um sentido ao significante. O sentido vem sempre como retorno da interpretação dada pelo Outro. Esse postulado já se encontra presente na obra de Freud (1950[1895]/1980) com a experiência de satisfação. Ali é o Outro que significa tanto o choro quanto o grito do bebê, e é esse sentido que irá guiá-lo para uma ação específica em relação ao desamparo do bebê.

Dessa maneira, a alienação se suporta pela forma lógica da reunião: entre o ser e o sentido induzido pela função significante, o sujeito subsiste decepado dessa parte de não-senso do ser. Enquanto a separação, como o resto da operação de alienação, é aquilo pelo que o sujeito é efeito da fala, na qual ele encontra a via que reverte a alienação. A separação é situada como um retorno, para o sujeito, da alienação constitutiva. Por este retorno a falta do Outro é colocada à mostra, na forma de desejo.

No que concerne à alienação, vemos que o sujeito só pode ser conhecido no lugar do Outro. Isso porque o Outro precede o sujeito; fala-se dele antes mesmo de seu nascimento e a fala depende desse campo. Há uma diferença entre o campo do ser vivo e o do sujeito. O sujeito surge ao preço de uma perda de parte desse vivo, devido à própria estrutura da linguagem. Sendo assim, na alienação do sujeito ao campo do Outro, uma perda está necessariamente envolvida como contrapartida do acesso ao sentido.

O sujeito acha o ponto fraco do casal primitivo da articulação significante com que o agente do Outro o localiza. Acabando com a circularidade da sua relação ao Outro materno, o pequeno sujeito opera uma torção essencial. O desejo

oferecido ao balizamento do sujeito na experiência do discurso sustentado pela mãe tem vigência no intervalo entre esses dois significantes: intervalo em que o próprio desejo do agente materno está para além ou para aquém do que ela diz, do que ela intima, do que ela faz surgir como sentido, no que seu desejo lhe é desconhecido. **Nesse ponto de falta constitui-se o sujeito efeito da fala.** (VORCARO, 2005, p. 25; grifos nossos)

O ponto fundamental que destacamos no processo de alienação é o fato de que, ao ser dado um sentido para o sujeito, com os significantes que o Outro profere, há a possibilidade de surgir, para o primeiro, uma questão: que sentido é esse que eu recebo? O que o Outro quer dizer com isso que ele diz de mim? Por esse sentido ser formulado por significantes, uma falta pode aparecer, visto que ela está contida na própria cadeia de significantes. A equivocação se faz possível entre o que o Outro diz e o que está por trás disso. Esse movimento, por parte do sujeito, de querer saber o que é, para além do que o Outro diz sobre ele, indica um movimento de separação. A mãe encarna o primeiro Outro e dá um sentido ao sujeito, cabendo a ele se interrogar sobre o que ela diz. Esse questionamento da fala do Outro só pode ser realizado quando o sujeito se depara com uma falta no Outro, surgindo a possibilidade de separação. O desejo do Outro é a presença de alguma coisa que falta na fala.

Separado da cadeia de significante, enquanto seu lugar prévio, o sujeito deixa de estar ligado ao sentido que constitui o essencial da alienação e o que faz então função é o objeto a, elemento não significante que tampona o intervalo significante.

Podemos perceber então que a separação surge do recobrimento de duas faltas. O sujeito encontra uma falta na intimação que o Outro através de seu discurso lhe faz. Nas brechas do discurso do Outro aparecem cortes entre os significantes e esses acabam por fazer parte da própria estrutura do significante. E é a partir daí que o desejo do Outro desliza, aprendido pelo sujeito nas faltas do discurso do Outro, apresentando o enigma do desejo do Outro. Para responder a isso o sujeito traz a falta antecedente do próprio desaparecimento de seu ser, que agora ele vem situar no ponto de falta.

A separação consiste, justamente, na inclusão do sujeito neste resto decaído. Lacan o exemplifica, na fantasia infantil da própria morte. “Pode ele me perder?”, “O que significo para ele?”. Essas são questões da criança ao enigma que chega do Outro. Encontramos aqui no intervalo significante algo que desliza na cadeia e que denominamos metonímia do desejo. Igualmente, as fantasias de “autoengendramento” se tecem neste interstício pelo qual o sujeito “se faz de” Outro do Outro. Fantasias

essenciais que incluem sujeito na hiância aberta pelo encontro faltoso entre pulsão e discurso.

Uma falta recobre a outra, numa dialética que faz a função do desejo do sujeito com o desejo do Outro. É uma falta produzida pelo tempo antecedente que serve para responder à falta suscitada no tempo seguinte. Pela separação o sujeito encontrará o ponto de enigma do desejo.

É neste contexto que Miller vai situar o sujeito definido como significante e gozo. Para ele o \$ barrado escreve estas duas vertentes do sujeito: como conjunto vazio apela ao Outro em busca de um complemento significante e como sujeito de gozo aponta para um esvaziamento de gozo produzido pelo significante. (MACHADO, 2005, s/p)

A interseção entre dois conjuntos é a operação que destaca o que pertence a ambos. Mas o que Lacan indica como sendo esse elemento comum - presente tanto no campo do sujeito como no campo do Outro - é a falta, digamos matematicamente, o conjunto vazio contido em todo conjunto. Vemos aqui uma aproximação entre falta e vazio no processo de alienação e separação, apontando para uma perda tanto no campo do ser quanto no campo do Outro.

As duas faltas que se recobrem na separação são: do lado do sujeito, o fato de ele não poder ser inteiramente representado no Outro. O significante induz uma perda de ser, deixando um resto, resíduo que definirá o seu ser sexual. Do lado do Outro é aquela que o torna desejanse. Esta falta se encena com a perda do sujeito, vale dizer, com seu desaparecimento enquanto objeto que causa o desejo do Outro.

É um desejo, uma falta que se apresenta através da articulação da cadeia significante, que faz com que o sujeito questione o lugar que ele ocupa frente ao Outro. Lacan (1964/1998, p. 147) chega a afirmar *que “a função do desejo é resíduo último do efeito do significante no sujeito”*.

É o encontro do sujeito com o objeto causa de desejo, o a, que lhe permite realizar o corte de S1 - S2, e fazer de S1 o seu próprio significante, aquele da diferença fundamental. Porém, S1 sozinho não representa sujeito algum, para ele indicar a presença de um sujeito é preciso uma frase de significação “Tu és isto”. Esta frase revela o que o sujeito tem de mais íntimo.

Como constatamos, a separação consiste num segundo tempo do advento do sujeito que envolve o confronto da criança alienada com o desejo do Outro materno. Diferentemente da alienação, tal como é efetuada pelo véu da escolha forçada, a separação não é um destino. Percebe-se, então, que se a alienação consiste na causação do sujeito pelo desejo do Outro, a separação consiste no modo que o sujeito alienado tenta lidar com esse desejo do Outro.

Ainda no *Seminário XI*, ao descrever a operação de separação, Lacan (1960/1998, p. 587) faz uso de um jogo de palavras, “*se parare, se parer*”, que vem da palavra “*separare*” (em francês). Este trocadilho exprime o cerne da operação de separação que consiste no advento do sujeito desejante, alienado anteriormente ao Outro do qual ele se descola, construindo dessa forma a via de retorno do véu da alienação. É este véu que aprisiona a criança na posição de objeto do desejo Outro. É como se a criança soubesse do desejo do Outro e ainda pudesse respondê-lo.

Se retornarmos ao exemplo de Laurent (1997a) - do “menino mau” - e ao esquema proposto por Lacan a respeito da alienação, percebemos que no momento dessa operação o sentido é atribuído a partir da identificação com o significante mestre “menino mau”. Só que além do significante atribuído resta também alguma coisa que é deixada de fora, não possuidora de sentido. Este resto pode ser localizado na interseção dos conjuntos do sujeito e do Outro, chamada por Lacan, como vimos, da parte do não senso. Nesse espaço se localiza justamente o que foi deixado de fora; o desejo do Outro materno insatisfeito! Insatisfeito porque mesmo se o menino for um “menino mau” ele será também alguma outra coisa. É propriamente esse resto que o objeto a vem representar ao inscrever-se na interseção dos conjuntos.

Laurent (2007) faz uma relação de grande importância da separação com o jogo do carretel. “*Nas ranhuras, nas centenas de ranhuras, feitas primeiramente sobre as folhas, não se escreve nada. Nenhuma libido deixa qualquer traço aí. Quando o sujeito toma na mão uma caneta e massacra a folha até fazer buracos, o Fort-da não funciona. O sujeito não tem pois, a possibilidade de escrever em algum lugar que sua mãe partiu. Não há acomodação dos restos*” (Laurent, 2007, s/p) da partida da mãe. Com o *fort-da* e o carretel, quando a mãe se vai, a criança recupera. No jogo, ela simboliza a ausência e a presença e encontra-se munida de um carretel a mais. Em seguida, o carretel transforma-se á num urso de pelúcia. O que é um urso de pelúcia? É um carretel ao qual a criança recorre quando ela deve enfrentar uma separação. É uma “reserva de libido”, diz Lacan (Laurent, 2007, s/p).

Com esta pequena reserva, fora do corpo, o Outro pode partir. Ainda que o Outro a deixe desolada por sua partida, resta-lhe isso. Com esta reserva de libido, ela pode mobilizar a angústia em que foi deixada pela partida da Coisa, a mãe real, enquanto que ela é o lugar que humaniza a criança. Ela é o centro do mundo da criança e quando ela se vai deixa-a numa ausência, onde não há mais significantes, onde não há mais traços. Ela parte com todos os significantes da criança. Se isso se passa de uma maneira ruim, a criança pode não ter mais um só significante para si mesma – todos partiram. Para poder falar, para poder escrever sem se esvaziar, é necessário, pois, que restem alguns, em reserva, no carretel, no urso de pelúcia. Com isso, a criança tem uma chance de suportar a angústia do nada de traço da presença da ausência. (LAURENT, 2007, s/p)

Com os conceitos de alienação e separação destacamos que a perda está sempre presente, o que não é o mesmo que dizer que ela ocorre da mesma maneira para todos que são afetados pela linguagem. O ponto fundamental no processo de alienação é justo o fato de que ao ser dado um sentido para o sujeito via os significantes que o Outro profere, há a possibilidade de surgir para o sujeito a questão: “*Che voi?*” (que iremos tratar detalhadamente no próximo capítulo). Diz-nos Lacan (1964/1998, p. 203): “*nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é radicalmente destacável - ele me diz isso, mas o que ele quer?*”. Esse movimento do sujeito querer saber para além do que o Outro diz dele, já é um movimento de separação.

O “*Che voi?*” além de revelar a inconsistência do desejo do Outro materno e a falta de resposta da criança diante da constatação de tal vazio, funda a operação que torna possível a separação, isto é, a dimensão do desejo provocada pela sobreposição dessas duas faltas que formam uma única lacuna representada pelo objeto a.

Na constituição do sujeito através das operações de alienação e de privação um impasse se impõe: ou o sujeito fica petrificado no significante primordial - S1 - ou fica indeterminado pelas possibilidades infinitas de sentido que são oferecidas pelo campo do Outro. “*A alienação é o destino*” (SOLER, 1997b, p. 62), é o caminho necessário diante da impossibilidade de se estar por completo fora da linguagem; a separação está relacionada com um querer saber o que o sujeito é para além do que o Outro diz. “... o sujeito só é sujeito por seu assujeitamento ao campo do Outro, o sujeito provém de seu

*assujeitamento sincrônico a esse campo do Outro. É por isso que ele precisa sair disso, tirar-se disso, (...) se safar disso” (LACAN, 1964/1998, p. 178).*

## Capítulo 4 – DA LEI DO PAI AO DESEJO DA MÃE

### 4.1 - O Complexo de Édipo

Nas cartas de Freud a Fliess já se pode vislumbrar, mesmo que de forma ainda bastante tímida, o começo da identificação e teorização do problema edípico (referência ao mito de Édipo, que, sem saber, matou o pai e casou-se com a mãe). Na *Carta 64*, enviada a Fliess, Freud (1897/1980) faz uma pequena referência à importância que a figura do pai desempenha na questão da neurose. Em seguida, aponta para a possibilidade de que a fantasia sexual tenha como tema invariavelmente os pais.

Pautando-se no exercício clínico, Freud supôs que as pessoas tivessem fantasias incestuosas com o genitor do sexo oposto, e uma enorme rivalidade com o do mesmo sexo. Comparou, assim, essas fantasias com a tragédia de Édipo, formulando o Complexo de Édipo, sendo este a representação recalcada do conjunto dos desejos hostis e amorosos que a criança experimenta em relação aos pais: matar o pai e consumir o incesto. Esses são os mesmos desejos contidos nos dois tabus próprios do totemismo.

Ao longo da obra freudiana, o Complexo de Édipo é associado à lei, à autoridade e às figuras parentais. Ainda em carta a Fliess (15 de outubro de 1897/1980), Freud interpreta pela primeira vez a tragédia grega de Sófocles e faz dela o ponto em comum de um desejo incestuoso.

Encontrei em mim, como em toda parte, sentimentos amorosos em relação à minha mãe e de ciúme a respeito de meu pai, sentimentos esses que penso eu, são comuns a todas as crianças pequenas, (...) mas a lenda grega apreende uma compulsão que toda pessoa reconhece porque sente sua presença dentro de si. Cada pessoa da platéia foi um dia, foi em ponto menor ou em fantasia, exatamente um Édipo e cada pessoa retrocede horrorizada diante da realização de um sonho, aqui transposta para a realidade, com toda a carga de repressão que separa seu estado infantil do seu estado atual. (FREUD, 1897/ 1980, p. 359)

De fato, a peça de Sófocles só comove a tão diferentes expectadores na medida em que aborda um tema geral e atemporal que toca de perto a todos em um mesmo ponto.

Ao longo da teoria freudiana, há diferentes momentos da formulação do complexo de Édipo. O início de sua teorização se deu com as cartas a Fliess (FREUD,

1897/1980), mas foi somente com a segunda tópica que Freud (1923b/1980) fez de tal complexo um conceito fundamental para a psicanálise.

O mito de Édipo é explicado por Freud como estrutural na constituição do sujeito, pois vai determinar o futuro de sua sexualidade adulta. É a forma pela qual o sujeito reage à interdição incestuosa que vai caracterizar sua estrutura clínica como neurótica, psicótica ou perversa. Em termos de ideal, espera-se que o ultrapassamento do Édipo tenha como consequência sua destruição e, assim, o menino se veria assegurado quanto ao seu sexo. No entanto, se o que ocorre é o recalque, a partir do Inconsciente, o complexo continuará a exercer influência ao longo da vida do sujeito. Daí a ideia freudiana de um complexo nuclear das neuroses (FREUD, 1905/1980).

No texto freudiano (1921/1980) podemos ver a distinção de duas fases no curso da vida amorosa do sujeito. Primeiramente, Freud (1914/1980) diz que é a passagem do autoerotismo para o narcisismo que possibilita ao sujeito estabelecer relações com os objetos do mundo externo. É através da relação especular com o outro, que se opera a passagem ao narcisismo. Ocorre, então, que o recalque incide sobre o amor referido ao sujeito da relação especular e faz com que a criança renuncie a uma grande parte de seus objetivos sexuais infantis, o que provoca uma mudança na relação dela com os pais. A criança não se desliga por completo dos pais, mas, agora, essa ligação se dá através de pulsões inibidas em seu objetivo sexual. É importante que frisemos que esse processo diz respeito à estrutura da neurose.

Com o declínio do complexo de Édipo se dá um período de latência, e aí se abre para o sujeito o segundo período de sua vida amorosa onde as pulsões novamente são muito investidas e se dirigem para objetivos diretamente sexuais. Ao longo do texto freudiano, vê-se que o primeiro objeto de amor para o sujeito é desde sempre perdido, e que o objeto amoroso escolhido na vida adulta será sempre um substituto do objeto que lhe foi interdito. É devido a isso, ao objeto substituto, que o sujeito nunca encontrará uma satisfação total.

Foi investigando a respeito da sexualidade infantil que Freud demarca que o sujeito passa por organizações libidinais: pré-genital, oral, anal e, sendo a última delas, a fálica, que culmina no complexo de Édipo. Neste período, o pênis toma o valor de falo enquanto objeto fantasiado e passa a ter valor de símbolo. No começo da fase fálica, as crianças acreditam, até constatarem a realidade, que todos têm um pênis. A distinção entre os sexos é então percebida através de uma verdadeira diferença anatômica, que

consiste no fato de que uns são possuidores do pênis e outros privados. Como o objeto no qual a pulsão fálica se satisfaz assume valor diferente no menino e na menina, estes, no contínuo deste percurso, seguirão caminhos distintos até a aquisição de sua identidade sexual na época da puberdade.

Essa teorização, da organização libidinal, também passou por diversas reformulações, chegando à sua versão final quando Freud (1923b/1980) descreve a dissolução do complexo de Édipo.

É importante que chamemos a atenção para o fato de que o desenvolvimento sexual não deve ser entendido em uma linha desenvolvimentista onde existem fases que se sucedem, conforme a biologia nos oferece. Ele diz respeito a modalidades de relação do sujeito com o objeto. O próprio Freud mostra que o sujeito, ao longo da vida, retorna a organizações libidinais anteriores, logo, essas não podem ser dadas como ultrapassadas.

Sabemos que o ponto de partida para a dissolução do complexo edípico é o temor do menino de ser castrado. Vale lembrar que o amor narcísico tem primazia sobre o amor objetal. Assim, o menino, visando preservar seu órgão genital, abre mão de seu objeto-mãe para se submeter à lei da proibição do incesto. O afeto em torno do qual o Édipo masculino se desenvolve é, portanto, a angústia; a angústia de castração. Freud denominou como complexo de castração o sentimento inconsciente experimentado pela criança quando ela constata a diferença anatômica entre os sexos. A angústia, frente à ameaça de castração, implica no abandono dos desejos edípicos. O sujeito neurótico não tem uma relação simples com o desejo; assim, a angústia de castração o acompanhará pelo resto da vida, só que deslocada para outras situações.

No último período da teorização freudiana sobre o Édipo (FREUD, 1925/1980), o autor assegura que o Édipo não ocorre da mesma forma na menina e no menino. Em seguida (FREUD, 1931/1980), apoiado em seus estudos sobre a sexualidade feminina, aponta a castração como sendo focal para os dois sexos, descrevendo com maior ênfase o período pré-edípico.

Freud (1931/1980) concluiu que o primeiro objeto de amor, tanto para o menino quanto para a menina, é a mãe. Para o menino, esse objeto não muda, sendo o pai objeto necessário de sua hostilidade, já que representa um rival na disputa do amor da mãe. Já

a menina tem que passar do amor à mãe ao amor ao pai. Em Freud, o pai fica associado prioritariamente à lei, enquanto a mãe, ao amor.

Podemos perceber que, após uma consolidação do conceito de complexo de Édipo, este passa a ser tratado de forma mais abrangente na teorização psicanalítica, e cria-se uma importante vinculação entre ele e diversos acontecimentos de ordem psíquica.

Na obra de Freud é o pai quem abre as portas do complexo para o sujeito e, ao mesmo tempo, possibilita sua saída. Silvestre (1988, p. 90), dissertando sobre esse aspecto, aponta que esse papel é desempenhado pelo pai *“quer se trate de assinalar para o sujeito o que deve ser objeto como desejável ao marcá-lo com uma proibição; quer se trate, enfim, de garantir o nome das coisas, as do sexo em particular, assim como de seu uso, e por responder por sua falta e privação”*. A passagem e saída do Édipo garantiria ao sujeito sua inserção na cultura.

Em Freud, o complexo diz respeito às posições ocupadas pelos membros do romance familiar. Foi a partir da instalação e da consequência do complexo que o autor pôde desenvolver sua teoria da sexualidade infantil e fazer a estreita ligação entre a articulação do complexo familiar e a sexualidade infantil enquanto operadores da subjetividade. O complexo de Édipo em Freud define o posicionamento do sujeito frente à castração com o que estabelece sua posição subjetiva, determinando neurose, psicose ou perversão. Freud, descrevendo o complexo de Édipo, tenta tornar clara a possibilidade de o sujeito coexistir com seu desejo, através da relação edípica. Entretanto, o próprio Freud (1923a/1980, p. 49) declara: *“É claro que a repressão do complexo de Édipo não era tarefa fácil”*. Talvez por isso, em alguns casos, o caminho seja diferente ou tardio, ou seja, necessite de alguns recursos para que a criança consiga aceitar a possibilidade de uma punição aos seus desejos, pela forma da castração e, desta maneira, aceite a existência de castração da própria mãe. Então, uma saída temporária para tal situação, é a formação de um sintoma infantil.

#### **4.2. - A função paterna**

Lacan (1955-1956/1980) relê o complexo de Édipo freudiano para dar fundamento ao seu conceito de Nome-do-Pai, trazendo o complexo para o campo da linguagem. O Édipo opera como o terceiro necessário para se romper a relação supostamente dual da criança com a mãe.

O complexo de Édipo quer dizer que a relação imaginária, conflituosa, incestuosa nela mesma, está destinada ao conflito e à ruína. Para que o ser humano possa estabelecer a relação mais natural, aquela de macho com a fêmea é preciso que intervenha um terceiro, que seja a imagem de alguma coisa de bem-sucedido, o modelo de uma harmonia. (LACAN, 1955-1956/1980, p. 114)

Em sua leitura sobre o complexo de Édipo, vê-se com clareza a importância que o pai tem enquanto terceiro membro do triângulo edípico, constituindo o interditor da díade mãe-filho, que é avassaladora para ambos. Além do triângulo, deve-se considerar um quarto elemento que é a função paterna, representada pelo significante Nome-do-Pai. Este significante é introduzido através do terceiro membro do triângulo, mas não deve ser confundido com a figura do pai, pois há sempre uma distância entre figura e função. Precisas as palavras de Dor (1991, p. 9): “*a função paterna constitui um epicentro crucial na estruturação psíquica do sujeito*”.

O fato do pai ser aquele que interdita o filho das ligações incestuosas com a mãe, abrindo para este o campo do desejo, mostra que ele aparece, na leitura lacaniana, tanto no lugar da lei quanto no do amor. Ao proibir a mãe o pai abre a possibilidade do filho desejar qualquer outra mulher, ou seja, a interdição de uma abre um leque de possibilidades. A intervenção do pai introduz o mundo das leis, a ordem simbólica, isso não apenas barra a criança, mas também a apazigua (LACAN, 1956-1957/1995).

Lacan (1957-1958/1999) divide a estruturação do Complexo de Édipo em três tempos, que representam três momentos lógicos constituintes, nos quais o papel do pai é desdobrado em real, simbólico e imaginário, representando as três dimensões da função paterna. Essa separação não significa que são três fases sucessivas; é uma divisão fruto de uma necessidade teórica. Em Freud tínhamos a ênfase sobre o pai castrador e em Lacan este é desmembrado como o pai que interdita a mãe; o pai onipotente e castrador; e o pai que é potente mas também castrado. Os três tempos do Édipo são compostos por quatro elementos: o pai, a mãe, a criança e o falo. A divisão proposta por Lacan se faz imprescindível para que possamos evitar o paradoxo que seria atermo-nos a um entendimento evolucionista do Édipo ao teorizarmos a constituição sexual através da psicanálise. Lacan nos faz perceber que em Freud não se trata de um suposto apoio na biologia e no positivismo, mas sim que o sujeito e sua sexualidade se constituem, na relação com o Outro, pela via da linguagem, e também pelas encruzilhadas e revezes que se apresentam para o sujeito no decorrer de sua constituição simbólica.

No primeiro tempo - no qual há o domínio do imaginário e a primazia do falo - o menino deseja ser tudo para sua mãe, deseja ser o objeto do seu desejo e, assim, assume o lugar de falo da/para mãe. Ele é o falo e a mãe o tem.

A relação desse primeiro tempo é fixada na mãe fálica, no Outro absoluto, gozador. O valor que a criança se atribui enquanto falo é o de entrar no lugar de objeto de desejo materno. “*O sujeito se identifica especularmente com aquilo que é objeto do desejo de sua mãe*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 198). A mãe se apresenta ao filho exigindo o que lhe falta, essa é a demanda materna. E a criança se instala como objeto do amor da mãe, se oferece enquanto falo. Lacan deixa claro que a dependência de amor e não a dependência vital é o que determina que a criança seja o objeto da mãe.

O menino, no lugar de falo, nega a castração materna, e não reconhece na mãe a ordem simbólica que a atravessa. Lacan destaca a dimensão imaginária do falo como ponto de evidência da relação da mulher com a criança. Nessa dimensão, a criança encontra-se assujeitada aos caprichos maternos; ela está em uma relação onde só há passividade. A essência deste momento é que a mãe não representa a lei, ela é a lei, ficando assim o filho impedido de qualquer subjetividade. A criança sustenta a onipotência materna sendo o falo. Ao pensarmos a mãe enquanto aquela que é inscrita na linguagem, inserida na cultura, sendo, portanto, necessariamente impossibilitada da completude, veremos que ela traz em si a marca da castração e da falta. A mãe é, desde sempre, marcada pelo símbolo, fazendo com que o pai esteja presente, ainda que velado (LACAN, 1957-1958/1999).

A relação primordial criança-mãe é marcada por momentos de satisfação e por outros de frustração, já que nem sempre o filho consegue cumprir o objetivo de satisfazer a mãe.

A mãe, ao desejar o falo, está desejando uma compensação para sua falta fálica constituinte, e o filho, ao entrar neste lugar, pode funcionar como substituto simbólico do falo para a mãe. Mas ele não ocupa esse lugar integralmente, pois em alguns momentos fracassa na posição de falo, já que a relação com a mãe é marcada por momentos tanto de presença como de ausência. A criança só pode substituir o falo parcialmente, pois sempre restará algo na relação com a mãe que fará com que o desejo dessa vá além da criança. E é justamente nesse além do desejo dela que se pode ir ao encontro da dimensão simbólica da lei paterna. Lacan (1956-1957/1995) nos mostra que é a partir do superego da mãe que essa dimensão do falo é exercida; a mãe também teve um pai que a possibilitou se constituir enquanto sujeito.

Desde esse primeiro tempo a mãe já porta a marca do Outro simbólico, mas ainda assim o filho deseja o lugar de falo imaginário. É a situação vivenciada nesse período que leva a criança para o campo do desejo. Se por um lado a mãe atende ao filho, por outro ela traz o código e representa o Outro.

Nesse momento há uma confusão entre o que o bebê percebe em si e o que o Outro percebe nele. A leitura que a mãe faz da necessidade introduz a criança na ordem simbólica, ou melhor, no campo da linguagem, e é aí que há ruptura com a natureza. A primeira perda que se verifica é o rompimento com as necessidades básicas; a mãe não apenas nomeia as necessidades, mas também traz a linguagem.

O que a mãe nesse momento faz é uma alternância nas suas respostas, respondendo ou não aos apelos do filho. Dessa maneira a criança fica assujeitada aos caprichos do Outro frente aos seus apelos, em razão da onipotência materna. Os objetos que antes eram apenas da satisfação passam a entrar no circuito da ambivalência e, assim, passam a valer como objetos de dom. Segundo Lacan (1956-1957/1995, p. 185), *“o dom surge de um mais-além da relação objetal”*. O dom é um símbolo do amor na relação mãe e filho, aquilo que pode se dar ou não diante do apelo infantil.

Miller (1999) argúi que se pode perceber uma grande simpatia de Lacan por esse tempo. Ele diz que Lacan não trata da identificação com o falo materno em termos pejorativos, pelo contrário, diz que é algo bastante enriquecedor.

Em um segundo tempo cabe ao pai apontar que entre a mãe e o seu filho não há completude possível. Dessa forma, o pai incide sobre um objeto até então imaginário: o falo. Desejando o pai, a mãe indica ao filho que o olhar dela dirige-se a um terceiro. É a mãe que sustenta a falicidade do pai.

*“Esse segundo tempo tem como eixo o momento em que o pai se faz pressentir como proibidor”* (LACAN, 1956-1957/1995, p. 209). É preciso que a mãe se dirija para outra pessoa, que não o filho, para a estrutura se tornar quaternária. O pai intervém como o agente da dupla privação, privando a criança do objeto do seu desejo, e a mãe do objeto fálico. Quando o falo recai sobre o pai, ele entra com a dupla interdição, proíbe a mãe de ter o filho como objeto de seu desejo e, ao mesmo tempo, interdita o filho de ser o objeto do desejo da mãe. Na medida em que o desejo da mãe se dirige ao pai a criança se confronta com um código que desconhece: o campo do Outro agora marcado pela lei. A percepção da castração materna faz com que ela se depare com o vazio, fundador da ordem simbólica. *“É nesse nível que se produz o que faz com que aquilo que retorna à criança seja, pura e simplesmente, a lei do pai, tal como*

*imaginariamente concebida pelo sujeito como privadora da mãe*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 199). A castração materna aponta sua própria submissão à lei do Outro e é essa que ela vai transmitir ao filho. Jacques-Alain Miller (1999) ressalta que os comentadores de Lacan se empolgam ao apontar o pai lacaniano como aquele que castra o filho, mas que se esquece de enfatizar que a verdadeira castração do segundo momento do Édipo, é a privação na mãe, mais do que na criança.

Miller (1993/1997, p. 460) afirma que *“Lacan faz da castração o nome da falta fundamental que nenhum objeto pode tamponar, fato não tão evidente na leitura de Freud”*.

A criança, então, busca, como solução, uma identificação com o próprio pai-falo. Ao fazer a mãe cair do lugar de onipotência, o pai pode ser tido como ocupando esse lugar, posto que ele se apresenta como possuindo algo a mais que a mãe - o órgão sexual masculino. Com isso entra em jogo a diferença sexual. A constatação da castração materna leva a criança a concluir que o órgão sexual da mãe foi amputado, e ela se angustia com a ameaça da própria castração. Se uns possuem pênis e outros não, é porque alguém é passível de tirar o pênis de quem tem.

O pai deste segundo momento representa o pai terrível, legislador e onipotente. Esse pai apenas interditor é imaginário. O menino crê que o seu pai é aquilo que ele não conseguiu ser; o falo. A lei surge frente à interdição do gozo - à renúncia do corpo da mãe - interdição esta que é estrutural.

No segundo tempo a mãe revela a si mesma e ao filho que é castrada. A criança, ao perceber que não é tudo para a mãe, sente-se enganada. Esse engano é o da constituição do eu. A mãe dizia à criança que ela era tudo, e a criança acreditava. O que acontece agora é que a mãe, enquanto mulher, também passa a olhar para outro, ou seja, ela continua desejando o filho, mas não apenas este. Desta forma, ela se apresenta como agente da frustração.

Lacan marca a importância da mãe fazer a transição do desejo em relação ao filho para o desejo relativo ao homem. Do mesmo modo, é importante que o filho faça a passagem da mãe em direção ao pai, ou ainda, do amor incondicional para a lei, passagem essa garantida pela fantasia originária da castração. A criança vê surgir na falta do pênis da mãe o falo. Assim, o falo revela à criança que a mãe também tem um ponto de falta, posto que sujeito. O pai, como portador do pênis, presentifica-se em uma posição de não-castrado, tendo, assim, uma atribuição fálica. *“Ele (o pai) pode dar ou recusar, posto que o tem, mas o fato de que ele o pai, tem o falo, disso ele tem que dar*

*provas*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 200). E continua: “*o pai entra em jogo como aquele que tem. Ele intervém nesse nível para dar o que está em causa na privação fálica*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 212). É através da presença do falo em seu discurso que o pai dá provas de que tem.

A partir da castração simbólica o menino reconhece que o falo é algo para além dele e de todos, e que, por sua vez, a mãe, assim como ele, está submetida a uma ordem que vem de fora. A castração simbólica é marcada pelo reconhecimento da castração do pai, da mãe e de todas as pessoas no psiquismo da criança. É a passagem do ser o falo ao ter. É a partir dessa constatação de que a castração vale para todos que a criança tem a possibilidade de suportar a ambivalência dos seus sentimentos com relação aos genitores.

Através do que Freud (1920/1980) denominou jogo do *fort-da*, a mãe indica que o falo está situado para além do filho. Freud destaca, nesse jogo, a questão da presença/ausência da mãe, do desejo da mãe. A primeira apreensão simbólica da criança se constitui com o par presença/ausência materna, e é nessa alternância que a mãe real se torna simbólica.

Do fato do pai deste segundo momento marcar a impossibilidade da criança ser o falo - enquanto objeto - decorre a transformação do objeto em significante. Em outras palavras, o falo entra no registro do simbólico e passa a ser o significante que ordena a significação do desejo. Quando o pai passa a intervir com sua palavra na relação mãe-criança, o filho desloca seu conflito de ser o falo da mãe para a questão de tê-lo ou não. A partir desses elementos podemos entender a articulação proposta por Lacan (1957-1958/1999) apoiada fielmente na construção freudiana de que a sexualidade no sujeito não se deve a uma maturação biológica, mas se articula na própria rede de significantes. É a partir do atravessamento do significante que o organismo se torna corpo. A sexualidade faz referência à relação do sujeito com o Outro e com seu próprio corpo.

Vimos que a essência desse segundo tempo é a privação, pela qual a criança é desalojada da posição de ideal, na qual ela e a mãe poderiam se satisfazer. Essa privação é aceita ou recusada pela criança, e é isso que Lacan considera o ponto nodal, já que, se a criança não aceitar a privação do falo efetuada na mãe via pai e não passar desse ponto nodal, ela se manterá identificada ao falo materno. O que faz com que o filho aceite a privação é o fato da mãe fundar o pai como o mediador daquilo que está para além de sua lei, de seu capricho. Esse tempo, como nos diz Miller (1999), abre caminho para o fecundo terceiro tempo em que o pai promete em relação ao futuro.

O terceiro tempo é marcado pelo fato da criança se convencer de que ela não pode concorrer com o pai. No que diz respeito ao ter ou não o falo enquanto objeto imaginário do desejo da mãe, é o pai, em sua função estrutural, quem sempre ganha. Ele é aquele que porta as insígnias fálicas. A mãe é a primeira a apontar para o filho que seu pênis é insuficiente. Então, buscando uma solução para tal injúria narcísica, a criança se dirige ao pai perguntando o que fazer para que seu falo também seja potente. É o momento onde transparece para a criança que o falo, por si só, não é garantidor de nada. Assim, o menino se identifica a traços significantes do pai e constitui seu ideal do ego. A identificação se dá com as insígnias paternas, com a significação imaginária do falo, e com os objetos de desejo. Dessa maneira vemos que o pai que interessa a Lacan é esse que promete em relação ao futuro, aquele que tem e que dá.

Lacan refere-se ao desejo do pai pela mãe como a única forma de garantia da função paterna. É porque o pai deseja que podemos entender que também lhe falta o falo. É a forma pela qual um homem faz de uma mulher a causa de seu desejo que os limites para o filho vão se efetivando. O pai capaz de desejar uma mulher é castrado. Ele é transmissor dos valores culturais, da moral, do respeito às leis.

Lacan, ao nos indicar a função do significante falo e do pai marcando o sujeito desde sempre, deixa claro que o que caracteriza os três tempos do Édipo é a maneira pela qual a criança vai se relacionar com o falo.

A lei, por ser função da linguagem, é também um dado de estrutura. Assim, no terceiro tempo do Édipo, o pai representa o Nome-do-pai, ele é o representante de uma lei que está para além dele, a lei de um Outro. O Édipo é uma estrutura quaternária e o falo, algo que circula nos tempos do Édipo.

### **4.3 - Significação do falo**

No período em que ministrava o *Seminário V*, Lacan (1957-1958/1999) publicou o escrito *A significação do falo* (onde oficialmente elevou o objeto falo ao estatuto de significante). Tal significante remete essencialmente à falta de objeto. Para que a significação do falo se dê, é preciso atravessar o terceiro tempo do Édipo, simbolizando-se a castração através das insígnias do pai.

Nesse escrito temos o falo como o significante do desejo do Outro que possibilita ao sujeito posicionar-se nas relações entre os sexos. Ele é o centro da relação mãe-bebê. Ao ocupar tal lugar de destaque, o acesso a ele só é possível a partir da mãe em sua dimensão faltosa, que é a marca do desejo.

No texto lacaniano há duas formas para se definir o falo. Na primeira, o falo é o significante do desejo e, na segunda, que entra em cena a partir dos escritos de 1961, o falo é tido como significante do gozo. O falo como significante do desejo e a lógica atributiva são introduzidos por Lacan através de sua leitura do caso Hans. Lacan (1958/1998) nos diz que a identificação da criança não é com o falo, mas sim com o ter e o não ter. Essa é a lógica atributiva, onde se inscreve o falo em suas duas vertentes: positiva e negativa. Quando se diz que a criança deseja ser o falo para sua mãe, cuida-se do falo em sua vertente positiva.

O pai promoverá a disjunção pênis-falo e, dessa forma, apontará para o fato de que o que se perde não é o pênis, mas sim o falo como objeto imaginário. A retomada de lugar do pênis enquanto objeto fálico de desejo viabiliza essa disjunção.

É a partir desse momento que a criança está a caminho de encontrar um primeiro alívio em sua busca frenética de mitos conciliadores jamais satisfatórios, e que nos levarão à solução definitiva que ela vai encontrar, que é, como vão ver, uma solução aproximativa do complexo de Édipo. (LACAN, 1956-1957/1995, p. 272)

Essas construções que acompanhamos, ou, em outros termos, o acesso do imaginário ao simbólico, representa uma constituição do imaginário em mito<sup>2</sup>. Lacan (1956-1957/1995) ressalta que nem todos os complexos de Édipo precisam passar por uma construção mítica como a de Hans, mas certamente é preciso sempre realizar uma transformação simbólica. O processo das transformações do imaginário em mito é a tentativa de conseguir certa harmonia no simbólico.

Lacan (1956-1957/1995) irá diferenciar o lugar da mãe e da criança, no que diz respeito ao falo, esclarecendo que a exigência de falo está presente na mãe, e que é a criança que a simboliza, ou pode realizá-la mais ou menos. Contudo, a criança não sabe do que ocorre. O mito da mãe fálica parece que se trata de uma preparação para, mais tarde, a criança lidar com a castração materna.

Miller (1994) comenta o tema, mostrando que o *Seminário IV* é todo dedicado à mãe, pois que ela é sua personagem central. Prossegue apontando que, no centro desse Seminário, está o desejo da mãe. Esse desejo “*reenvia à mãe enquanto mulher*” (MILLER, 1994, p. 2); ele se refere à falta de objeto da mãe, à castração feminina.

---

<sup>2</sup> Em Lacan (1956-1957/1994) o mito demonstra certas constâncias que não estão submetidas à invenção subjetiva. Tem um caráter de ficção, sugere uma noção de estrutura e porta a verdade do sujeito.

Miller aduz que o conceito dessa falta foi elaborado por Lacan a partir das suas diferentes modalidades (castração, privação e frustração), e que a relação da mulher com a falta é essencial para o sujeito. Nesse passo, Miller valoriza como sendo o capítulo central dessa obra de Lacan *O falo e a mãe insaciável*, e mostra que o mencionado Seminário também diz respeito à criança enquanto solução para a falta feminina. Ele indaga como a criança descobre que não é suficiente para tamponar o buraco, como ela descobre que o parceiro da mãe enquanto mulher é a falta do falo.

Ao se deter na teorização do falo, Lacan suscita dúvida sobre se, para a mãe, a criança exerce função de metáfora ou metonímia do objeto do desejo, que é o falo.

Rêgo Barros (1992) retoma a frase dos antigos segundo a qual “o pai é incerto a mãe é certíssima”, utilizada por Freud (1909/1980) no *Romance familiar do neurótico*, para mostrar que as modalidades clínicas das quais a psicanálise se ocupa correspondem às diferentes maneiras que o sujeito encontra para resolver a incerteza quanto à paternidade. Essa incerteza, de acordo com Rêgo Barros, dá a entender que a função paterna não corresponde exatamente àquele que chamamos de pai, bem como não há possibilidade da função paterna se presentificar completamente em uma pessoa, sendo certo que sempre haverá uma margem de incerteza, a “*margem de incerteza que resta quanto ao pai exige que cada sujeito, para assumir um pai, tenha que dar de si. Em psicanálise, esse dar de si para manter o pai, nós chamamos de ‘produção de sintoma’*” (RÊGO BARROS, 1992, p. 1).

Assim, temos que o sujeito na neurose “dá de si” a fim de sustentar uma posição paterna que esteja à altura, na tentativa de criar recursos para manter um pai. Na perversão, por outro lado, o sujeito utiliza-se da função do pai para encobrir a castração. É como se ele próprio fosse o pai, ditando suas próprias leis. Já na psicose ocorre uma construção de suplência à função paterna que não se faz presente.

O *Seminário XVII - o avesso da psicanálise* é permeado de novidades e nele Lacan (1969-1970/1992) faz demarcações importantes sobre a função paterna. No capítulo *Do mito à estrutura*, apresenta a dissociação entre o que ele nomeou de vertente mítica e a vertente estrutural do pai. É a divisão perpetrada por Lacan entre castração no mito e na estrutura que o possibilitou teorizar o pai real, que para além do mito é um operador estrutural, encarna a função de agente da castração. Assim, a castração deixa de ser uma consequência da ação do pai edípico para ser um fato de linguagem. Agenciar a castração seria a herança paterna por excelência.

... se a castração é o que atinge o filho, não será também o que faz aceder pela via justa ao que corresponde a função do pai? Isto se mostra em toda nossa experiência. E não é isto mostrar que é de pai para filho que a castração se transmite? (LACAN, 1969-1970/1992, p. 114)

A herança da castração aponta que, na estrutura, para além do mito, está a castração. Logo, todo pai é castrado, mas ainda assim ele e o filho não se equivalem na transmissão da castração já que, segundo Michel Silvestre (1988, p. 103), o pai “*não transmite a lei, impõe-na, e continua sendo o avalista da submissão do filho - razão pela qual este último continua sendo seu credor*”. A ferocidade do pai é imposta ao filho.

#### **4.4 - Desejo da mãe**

No trabalho *Sobre o narcisismo: uma introdução*, Freud (1914/1980) aborda o tema do lugar que o neném ocupa na economia libidinal dos pais como sendo “sua majestade: o bebê”, sendo desse lugar que recebe todos os investimentos libidinais. E é justamente esse lugar que trará consequências para a constituição psíquica. Lacan, dando continuidade a essa ideia escreve: “*A frase foi começada antes dele, foi começada por seus pais*” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 192). O que quer dizer que antes de nascer, o filho já tem um lugar na economia libidinal dos pais, no desejo da mãe.

Tal termo, desejo da mãe, aparece pela primeira vez no *Seminário IV - a relação de objeto*, quando Lacan (1956-1957/1995) faz uma crítica à relação de objeto nos moldes da IPA. No *Seminário V - as formações do inconsciente* (LACAN, 1957-1958/1999), temos o desejo da mãe (DM) como um dos termos da metáfora paterna e, assim, ele toma toda sua força dentro da teoria lacaniana. No *Seminário VI - o desejo e sua interpretação* (LACAN, 1958-1959/inédito) o termo vai aparecer na construção do grafo do desejo. No *Seminário X - a angústia*, quando Lacan (1962-1963/2005) está tratando da angústia, em plena formulação do objeto a, o termo volta a aparecer e depois surge uma única vez no *Seminário XVII - o avesso da psicanálise* quando, então, Lacan (1969-1970/1992) se refere à mãe como “um crocodilo de boca aberta”.

Esse trajeto do Desejo da Mãe em Lacan não é possível se, ao mesmo tempo, não nos determos na questão do objeto e do desejo em Freud e em Lacan.

A noção de objeto, em Freud, é anterior a 1900, precedendo, portanto, o nascimento da psicanálise. Como vimos no capítulo 3 já no *Projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1950[1895]/1980), podemos encontrar o início da formulação sobre o objeto, que percorre os textos freudianos e que Lacan retoma desde o início de seu ensino, enfatizando a ideia deste enquanto falta. É precisamente no *Seminário VII - a ética da psicanálise* (LACAN, 1959-1960/1988), ao falar de uma *Ética* para a psicanálise, que Lacan busca no *Projeto* material para decompor *das Ding*, elevando este ao estatuto de conceito. Foi este conceito que levou Lacan, anos mais tarde, à sua formulação do objeto a.

A distinção entre dois modos de funcionamento do aparelho psíquico, o processo primário e o processo secundário, constitui uma das concepções mais estáveis nos meandros da teoria psicanalítica. Do ponto de vista econômico, o processo primário corresponde a uma forma de energia livre e o processo secundário corresponde à energia ligada. A energia é dita livre quando tende para a descarga da forma mais direta possível e é considerada ligada quando sua descarga é retardada ou controlada. A ligação de energia ocorre porque o aparelho psíquico está conectado a um organismo vivo que tem que se submeter às exigências do mundo.

Esses processos também têm como correspondente a oposição entre princípio de prazer e de realidade. O modo de funcionamento do processo primário está ligado à experiência de satisfação que, conseqüentemente, está ligada ao princípio de prazer.

Em 1895 (1980), no *Projeto*, com o esquema da experiência de satisfação, Freud supõe um momento mítico onde teríamos a posse *da Coisa*. Daí por diante, seríamos lançados em uma busca sem fim dessa *Coisa* perdida, *das Ding*. Nessa procura, formam-se *Vorstellungen* - tramas de representações - através dos caminhos de memória que foram marcados pelas facilitações, *Bahnung*.

Essa busca é governada pelo princípio de prazer, que se impõe sobre as representações e os caminhos de representações, cujo trilhamento nunca é o mesmo. O princípio governador, exercendo-se sobre as representações, faz com que a energia se transfira de representante para representante segundo os trilhamentos feitos pelas *Bahnung*.

O momento do encontro com a *Coisa* é uma construção lógica freudiana que tenta dar conta da constituição do aparelho psíquico através das representações decorrentes da experiência de satisfação. Assim, o funcionamento do aparelho passa a

ser determinado por essa experiência, momento de instauração do diferencial prazer e desprazer.

Ao princípio de prazer, que rege especificamente os processos do Inconsciente, cabe a redução da tensão na qual se sustenta o desejo através da tentativa de encontro com o objeto perdido. Dada a natureza ausente do objeto, a única possibilidade deste encontro ocorrer é via alucinação. O que se tem como saldo da alucinação é a decepção, e isso abre caminho para que um outro princípio passe a reger o aparelho psíquico: o princípio de realidade. Este segundo princípio viabiliza a possibilidade da busca do objeto perdido através de objetos substitutos, valendo-se, neste momento, das operações de pensamento e não mais da alucinação. Entende-se, então, que nos caminhos da relação à *das Ding* atuam dois princípios reguladores do pensar e do agir humano: princípio de prazer e princípio de realidade.

Quando se dá a experiência de satisfação, ficam estabelecidos caminhos facilitadores entre os investimentos correspondentes à percepção do objeto, que produziu a satisfação, e os neurônios do sistema *psi*. A partir de então, a satisfação fica associada tanto à imagem do objeto, quanto à imagem da descarga. Quando novamente ocorre o estado de necessidade, as duas imagens estabelecidas são reinvestidas, sendo que essa reativação vai reproduzir a imagem do objeto, que é algo idêntico a ele, mas não o é. A diferença nesse caso é que o objeto está ausente. O que se produz é a alucinação do objeto e, conseqüentemente, o resultado da descarga que ocorre a partir daí só pode ser sentido como desprazeroso.

O que acontece é que a função do princípio de prazer é impedir esse encontro. O que o princípio de prazer leva a *Vorstellung* é o reencontro apenas da satisfação das exigências da vida, *Not des Lebens*. Aquilo que aponta para *das Ding* é a pulsão, que não pode se satisfazer plenamente, já que nenhum objeto “achado” lhe é totalmente adequado; permanece sempre uma insatisfação que impede que ela se esgote no objeto. Deste modo, sua força é constante.

Essa aparição sujeita à decepção é a alucinação que, no *Projeto*, Freud (1950[1895]/1980) coloca como sendo uma tentativa de tornar presente o objeto. Ela evidencia a relação a *das Ding* pela via do princípio de prazer, o que leva ao desapontamento. *Das Ding*, não podendo ser reencontrado por uma via que leva ao interior do psiquismo, situa-se como não pertencente a este. Assim sendo, localiza-se fora do significado, o que faz com que o sujeito, ao mesmo tempo em que insiste para reencontrá-lo, tenha que se defender dele.

É com a experiência de satisfação que também podemos entender o estado de desejo. Um recém-nascido não pode por fim à tensão decorrente do acúmulo de Q, como no caso da fome. A ação específica só pode ser executada com um auxílio externo - a mãe - que lhe fornece o seio suprimindo a fome, a tensão. É a eliminação da tensão, gerada por um estado de desamparo, que dá lugar à experiência de satisfação. A partir desse momento, a experiência fica associada à imagem do objeto que causou a satisfação, assim como a imagem do movimento que proporcionou a descarga. Em decorrência da associação que é estabelecida, quando surgir um estado de necessidade, imediatamente surgirá um impulso psíquico que procurará reinvestir a imagem do objeto que originalmente proporcionou a satisfação. Esse impulso é o desejo (FREUD, 1895/1980).

Então, em Freud, o desejo é proposto como motor do psiquismo. Ele se remete à percepção não do que está fora, mas sim do que mesmo não estando presente deixou na memória um traço que o sujeito passa a vida tentando reinvestir para tornar presente algo que não está nem no psiquismo e que ele só tem acesso de forma alucinada.

Essa maneira primária do psiquismo funcionar, ditada pelo princípio de prazer, é substituída por outra que não mais faz apelo à identidade de percepção pelo processo secundário, onde a identidade do objeto passará a ser buscada através de certos processos de pensamento com relação à realidade. Assim, tem-se a introdução do princípio de realidade.

Ainda no trabalho de 1895 (1980), Freud mostra que é preciso que ocorra um primeiro julgamento por parte do sistema psi para saber se as representações do desejo e da lembrança são correspondentes - se são idênticas -, para assim haver ou não a descarga. Se o que ocorrer for apenas um reconhecimento da semelhança, o eu<sup>1</sup> impede que haja a descarga iniciando o processo de pensar e, ao reconhecer o objeto, permite a ação específica. O que é tido como idêntico a partir de um julgamento, Freud chamou de neurônio *a*, o *das Ding*, enquanto o que é apenas semelhante ele denominou de neurônio *b* ou *c*, o atributo da coisa, predicado, o que é variável. Assim, o que se tem na experiência de satisfação é a equação  $a + b$ , que representa o investimento-desejo. Em um momento posterior de tensão, o que se encontra é  $a + c$ , investimento-percepção, de modo que a primeira equação fica perdida. Ela é aquela que o sujeito quer reencontrar. A segunda é a que apresentará traços novos que não são comparáveis aos da primeira.

---

<sup>1</sup> O eu do *Projeto* (FREUD, 1895/1980), como vimos no capítulo 3, diz respeito a uma parte do sistema *psi* que desempenha a função de inibição do desejo quando se trata de um objeto alucinado.

É a partir da comparação entre:  $a + b$  e  $a + c$  que Freud explicará o *Nebenmensch* - o complexo do próximo - onde ocorrerá um julgamento para se estabelecer as diferenças e as equivalências entre os termos das equações. O próximo é aquele constituído tanto por *das Ding* quanto pelo que é variável. Deste modo, em um segundo momento,  $a$  vai se manter harmônico, enquanto  $c$  aparecerá não sendo equivalente a  $b$ , não podendo, assim, ser comparado. É essa comparação de  $b$  com  $c$  que nos fornece a ideia de juízo, mais desenvolvida no texto freudiano *A negativa* de 1925 (1980). Já  $a$  escapa à qualquer possibilidade de julgamento; ela não pode ser tida nem como boa, nem como má.

Em *A Negativa*, um pequeno e valioso artigo, Freud (1925/1980) volta a utilizar o termo *das Ding* ao investigar as origens da função intelectual do juízo. Logo no primeiro parágrafo do trabalho, fica claro que tal função, a partir do símbolo da negativa - o *não* - apresenta-se como um substituto intelectual do material recalçado. Pela negação o material recalçado irrompe na consciência, e a denegação permite ao eu utilizar outro recurso diferente do recalque para tratar aquilo que se apresenta como estranho.

Para Freud, a negação, que faz parte do juízo de existência, pode ser entendida como algo que originalmente foi expulso pelo sujeito, logo, é externo a ele. Esse juízo trata de uma questão de externo e interno, da relação representação-lembrança e representação-percepção. O exame da realidade feito por esse juízo só é possível frente à perda do objeto. Assim, acaba-se por verificar que o pensamento é a via por onde o objeto perdido se presentifica. O outro juízo de que nos fala Freud é o de atribuição, que distingue o que é bom ou mau para o eu. Ocorre que não adianta que alguma coisa seja boa para ser integrada ao eu; é preciso que ela esteja presente no mundo externo, de modo que o sujeito possa se apossar dela sempre que for preciso. Assim, aquilo que em um primeiro momento era interior ao sujeito passa a ser estranho a partir da expulsão. Nesse sentido, a questão levantada por Freud é que, de início, via princípio de prazer, a relação com a realidade seria balizada por um processo onde o que o eu sentisse como bom ele o introjetaria, e o que fosse sentido como mau seria ejetado por ele.

Esses julgamentos de existência e de atribuição fazem certo paralelo com os grupos pulsionais. É no momento mítico do primeiro *não* que há a inscrição da pulsão de morte. Esta determina a perda do objeto; logo, a mãe é a portadora dessa inscrição. O recalque originário barra o representante pulsional de ser psíquico, levando, neste

momento, à estruturação do Inconsciente. A partir de então, o que há são os representantes pulsionais.

A presença do Outro se faz indispensável para o surgimento da pulsão. Só é possível o *sim* absoluto - *Bejahung* - depois do *não* primordial - *Austossung* -, que é o responsável pelo recalque originário. No momento do *não*, há uma cisão do *eu prazer* e do *eu realidade*. Então, é no recalque originário que a inscrição da pulsão de morte está posta. Cada negação aparece como uma sucessão da expulsão - pulsão de morte - e cada afirmação, como um substituto da ligação - Eros. A perda do objeto, a partir do *não*, é condição para o surgimento do sujeito enquanto sujeito do inconsciente. O seio e as fezes que se perdem vão constituindo uma pulsação constante através do objeto que é perdido. O objeto, então, já surge como perdido, e dessa situação nasce a relação desejo-falta. Em outras palavras, um corpo erogeneizado pela falta é um corpo pulsional.

Ainda em 1925 (1980), temos a ideia segundo a qual a negação é fundadora da realidade como sendo externa ao sujeito. O que em um primeiro momento era interior, ao ser expulso, constitui-se como exterior, e a partir daí é tido como estranho. Esse estranho é o próprio *das Ding*, em torno do qual o sujeito vai orientar todo o seu encaminhamento ao mundo dos desejos e o qual será mantido, a partir de então, como referência para o sujeito.

Lacan, em seu retorno a Freud, faz uma transposição dos conceitos psicanalíticos para o campo da linguagem. Para ele, a posição subjetiva do sujeito está espelhada na forma pela qual ele se insere no campo da linguagem a partir das categorias de imaginário, simbólico e real. Lacan (1954-1955/1985) desenvolve no *Seminário II - o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* e no *Seminário III - as psicoses* (LACAN, 1955-1956/1985) um esquema no qual tenta ilustrar a relação do sujeito com a linguagem: neurose e psicose.

Lacan inicia seu ensino valorizando a categoria do imaginário, a partir das construções freudianas de identificação às imagos parentais. Ele propõe o *estádio do espelho* (no qual nos detemos no capítulo anterior), onde mostra que através da imagem do corpo do outro vista em sua totalidade, o bebê obtém por antecipação a sensação de unificação corporal mas, na verdade, permanece em sua precariedade física. Desta forma, o autor postula que a estrutura inicial do eu é paranóica, na medida em que o eu desconhece a si próprio, designando-lhe em um outro. Para explicar tal formulação ele sinaliza que “*a criança que bate diz que bateram nela, a que vê cair chora*” (LACAN,

1949/1998, p. 116). A criança, ao se relacionar com o outro, trata-o como a si mesma, como se o semelhante fosse o seu duplo.

Dando continuidade ao observado no *estádio do espelho*, Lacan (1953-1954/1986) descreve o esquema óptico - experimento do buquê invertido - onde utiliza um espelho côncavo que tem a função de fornecer a imagem real do buquê de flores situado dentro de uma caixa oca posicionada na frente do mesmo. Um observador situado na frente do espelho e atrás da caixa que, além do buquê, possui um vaso colocado em cima de seu tampo, ao olhar o espelho tem a ilusão de estar vendo diante de si o vaso com flores. Nessa ocasião o autor nos lembra de que o estágio do espelho não pode ser entendido como um momento cronológico do desenvolvimento psíquico mas, sim, como modelo óptico da constituição do eu. A partir deste esquema, que consiste em fazer aparecer um buquê de flores exatamente onde ele não está, dentro do vaso, o autor apresenta a estrutura do sujeito, sua realidade psíquica, a partir de uma ilusão virtual.

Em um esquema subsequente, o dos dois espelhos, Lacan apresenta um elemento adicional ao esquema anterior: um espelho plano, e as posições das flores e do vaso são trocadas: ao invés das flores estarem dentro da caixa oca, encontram-se sobre a caixa - posição que no esquema anterior era ocupada pelo vaso. O observador deve ocupar um lugar entre o espelho côncavo e a caixa, de forma que o espelho plano esteja à sua frente e o côncavo atrás. Deste modo, a ilusão do observador não é a do buquê invertido, mas sim a do vaso invertido: não é o buquê que aparece como imagem no espelho plano, mas sim a imagem do vaso, que está escondido e aparece contendo o buquê de flores. Lacan nomeia o buquê de flores, objeto real, de *a*, mas ainda não é o objeto pequeno *a*. Esse experimento fala do ângulo no qual o observador se coloca, permitindo construir um objeto virtual *e*, em decorrência disto, o espelhamento no outro (*a'*). Ou seja, provocando uma imagem que não corresponde, necessariamente, à realidade objetiva.

No *Seminário II - o eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* (LACAN, 1954-1955/1985) o autor transpõe a relação especular apresentada no esquema do buquê invertido e no dos espelhos para o que ele nomeou de esquema *em Z* e, dessa forma, coloca o *a* no eixo imaginário do esquema formado por *a* e *a'*. Nesse eixo, a letra *a* aparece referida ao eu *e*, *a'*, seu duplo, aparece referida à imagem do eu, refletida no semelhante. O sujeito (*S*), vê-se em *a*, ponto que marca o lugar do eu. Segundo Lacan, no eixo imaginário não há diferença entre o eu e a sua imagem. Desse modo, podemos

perceber que esta forma do outro representada por a' é o próprio eu, a. É uma relação de espelhamento com o semelhante, relação imaginária.

O que ocorre no esquema é o seguinte: quando S fala, endereça-se a A através de a' (o semelhante), mas atinge a por reflexão do eixo imaginário, “*a relação entre A e S passará sempre pelo intermédio destes substratos imaginários que são o eu e o outro*” (LACAN, 1954-1955/1985, p. 403). Nessa referência simbólica, A, as mensagens emitidas pelo sujeito soam como vindas do outro, só que de forma invertida. Para exemplificar tal situação, Lacan fala: “*Quando um sujeito diz para o Outro tu és meu mestre ou tu és minha mulher isso quer dizer exatamente o contrário. Isso passa por A e volta em seguida ao sujeito que é, de repente ironizado, por isso, na perigosa e problemática posição de esposo, ou de discípulo*” (LACAN, 1955-1956/1985, p. 63). O sujeito (Es) se dirige ao a' (semelhante) em busca de reconhecimento. É o olhar do outro (a') que unifica a imagem por identificação ao a' e retorna sobre o sujeito (a). O semelhante é o mediador, já que a relação direta ao Outro é impossível.

É no *Seminário III - as psicoses*, onde Lacan (1955-1956/1985) prioriza a atividade simbólica sobre o campo imaginário na constituição do sujeito, que o esquema *em Z* é utilizado pelo autor para ilustrar a relação do sujeito ao Outro no campo da linguagem, marcando uma primeira diferenciação entre neurose e psicose.

Lacan, através do esquema, também discute a relação analítica e crítica a interpretação feita nos moldes da relação de objeto, priorizando a projeção. No seu entendimento, a interpretação não deve permanecer no eixo imaginário e, sim, deve orientar a questão do sujeito para o campo do Outro. A interpretação, ao relançar o enigma ao campo do Outro, produz uma postura interrogativa no sujeito.

Ainda no *Seminário III - as psicoses* (LACAN, 1955-1956/1985) ele afirma que: “*o que não foi simbolizado retorna no real*”. Para explicar seu pensamento, utiliza o texto *A negativa* (FREUD, 1925/1980) e faz uma construção estrutural diferenciando neurose e psicose. Enquanto na neurose teria havido uma primeira inscrição que foi excluída, dando origem a uma atividade simbólica, *Verneinung*, na psicose haveria uma falta na estrutura, *Verwerfung*, que permanece na estrutura psicótica. Dessa forma, temos que a simbolização da falta, a atividade simbólica, surge como diferenciando neurose e psicose. Lacan, através da negativa, marca a importância do *não* como dando origem ao discurso e, dessa forma, traz a castração para o campo da linguagem.

Na neurose isso fica mais claro quando acompanhamos o esquema *em Z* que aponta o endereçamento do sujeito ao Outro. É nesse endereçamento que, no campo da

neurose, a mensagem volta de forma invertida, enquanto que no campo da psicose, o endereçamento ao Outro só se dá por alusão e, por isso, a mensagem não retorna invertida e, sim, retorna no real. Na psicose, a atividade simbólica não se dá.

A fim de ilustrar o mecanismo do delírio e sua relação com a linguagem, Lacan nos fornece o exemplo de uma moça que ao cruzar com o vizinho acompanhado de uma outra vizinha no corredor do prédio escuta-o falar “*eu venho do salsicheiro*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 60) e a mensagem que retorna a ela é “porca”. Ela empresta ao homem que passa uma mensagem que é dela própria, a mensagem é reflexiva, sem endereçamento ao Outro, não há pergunta, não há enigma, só há certeza. Dessa forma, podemos pensar que no fenômeno alucinatório há um achatamento do esquema *em Z*, o ângulo entre S e a, e entre a’ e A, se perde, o que aponta para um furo na estrutura subjetiva.

No decorrer de sua discussão sobre as psicoses, Lacan elabora a construção do conceito do Nome-do-Pai, definindo-o como um significante, portanto, da ordem simbólica. A partir do *Seminário III - as psicoses* (LACAN, 1954-1955/1985) - momento em que a perspectiva lacaniana era de que o registro simbólico determinava e organizava os registros do imaginário e do real - o significante Nome-do-Pai passa a ser o eixo das articulações lacanianas a respeito da função paterna. O significante Nome-do-Pai, enquanto ordenador do campo do desejo e do gozo, é o verdadeiro representante da lei (LACAN, 1955-1956/1995).

Quando Lacan teoriza o Nome-do-Pai, ele não fala de função materna mas, sim, da mãe. Nesse momento, o peso do simbólico recai sobre o pai. A questão do significante, da linguagem, da lei, da ordem simbólica, vem com o pai. Para Lacan, é preciso que o pai esteja morto, simbolizado. É nesse pai que ele vai reconhecer o suporte da função simbólica. O pai, por ser o portador da lei, deve apresentar-se como capaz de mediar e, assim, realizar a aparente contradição de efetuar na criança a privação e, mais tarde, a concessão de objetos substitutivos. É o pai que, em sua função, interdita à mãe o objeto do seu desejo, e também desvela a privação materna do falo. Então, se em um momento inicial, o pai real priva o filho da posse da mãe, ele também aponta a frustração da mãe diante do real da sua própria castração.

A fim de que a criança não fique assujeitada ao desejo materno, é necessário que, em sua história, apareça algo cabível de temor. Assim, no caminhar do Édipo, o pai exerce sua função de portador da lei, apontando aquilo que a mãe pode desejar para

além do filho. Desse modo, o pai aparece como aquele que inspira o medo que, em certa medida, ampara a criança, ao livrá-la do desejo impulsivo da mãe. Em um momento bastante preciso de seu ensino Lacan (1957-1958/1999, p. 163) diz que “*é preciso ter o Nome-do-Pai, mas é também preciso que saibamos servir-nos dele*”<sup>3</sup>. Com essa fala podemos ver que a inscrição do Nome-do-Pai na neurose não garante todos os recursos, não sendo uma solução para todos os impasses.

O tema da devoração, que é frequentemente observado no fantasmático dos relatos dos casos de psicanálise, é abordado por Lacan (1955-1956/1995) desde o *Seminário III - as psicoses*, na leitura de *Totem e Tabu* (FREUD, 1913/1980), onde o devoramento do corpo do pai pelos filhos marca a internalização da lei e a identificação ao pai pela via da incorporação oral. Ainda neste Seminário, Lacan aborda o tema da devoração nos casos de psicose: o sujeito se encontraria destituído do seu lugar de sujeito desejante frente à possibilidade de ser objeto do gozo do Outro; o delírio surgiria como defesa frente à ameaça de ser devorado (LACAN, 1955-1956/1995).

No *Seminário IV - a relação de objeto*, que traz a devoração como tema de capa, através de um óleo de Goya, representando *Saturno devorando seu filho*, Lacan (1956-1957/1995) retoma o assunto, dentre outros, nos casos de fobia, exemplificando-o com o medo do pequeno Hans de ser devorado pela mãe.

Lacan (1956-1957/1995) expõe claramente que, em um primeiro momento da estruturação do sujeito, a mãe aparece, primordialmente, como toda-poderosa, devoradora, e que não se pode eliminá-la desta dialética, que é fundamental para se entender o que quer que seja. É nesta ocasião que ele trata do engodo da criança diante da mãe no Édipo, onde a criança, a fim de satisfazer o desejo da mãe, que não pode ser satisfeito, se coloca como objeto, objeto esse que é fundamentalmente enganador. A partir desta relação imaginária, chamada por Lacan de tapeadora, a criança atesta para a mãe que pode satisfazê-la quanto àquilo que lhe falta. Esse lugar de objeto se abre para a criança porque, de algum modo, a mãe onipotente fez transparecer que algo lhe falta. Lacan (1956-1957/1995, p. 196) afirma que a questão é saber por qual via a criança vai lhe dar o objeto faltoso, “que sempre falta a ela mesma”.

---

<sup>3</sup> Na lição de 13 de Abril de 1976, *Seminário XXIII - o sinthoma*, Lacan (1975-1976/2007, p. 132) diz que “*Por isso a psicanálise, ao ser bem-sucedido, prova que podemos prescindir do Nome-do-Pai. Podemos sobretudo prescindir com a condição de nos servirmos dele*”. Essa ideia surge no auge da teorização lacaniana a respeito do *sinthome* (o sintoma de final de análise). Esse pode funcionar como estruturante, tal como o sintoma Nome-do-Pai, estabilizando a estrutura subjetiva do sujeito, diferenciando os registros de real, simbólico e imaginário. Por isso, tem a função de significante Nome-do-Pai.

Ainda no *Seminário IV - a relação de objeto*, Lacan (1956-1957/1995), de forma intensa, se opõe aos teóricos da relação de objeto e afirma que a única relação que existe é com a falta de objeto e, assim, elabora a falta a partir de suas diferentes modalidades: castração, frustração e privação. Lacan redimensionou o conceito freudiano de castração, conceituando-o como uma das formas da falta de objeto. Faz da castração uma operação que não diz respeito apenas à ameaça de castração ditada por um adulto mas, principalmente, a uma ameaça cujo efeito deve ser compreendido como uma cisão do vínculo imaginário e narcísico estabelecido entre a criança e a mãe. Dessa forma, estabelece-se a falta para as duas.

Ao recorrer às relações iniciais entre a mãe e o filho, Lacan (1958/1998) aborda a questão do falo como sendo o representante de uma ausência. Isto é, a criança tem na mãe, na ausência de pênis da mãe, a marca da falta. Não podemos confundi-lo com o pênis em sua realidade, e que o falo é definido como o objeto imaginário por excelência. Os objetos catexizados pelo neurótico têm um valor fálico. Lacan refere-se à castração como o jogo de quem perde ganha, ela é uma perda que é um ganho, pois a interdição de um objeto do desejo abre para o sujeito o mundo de opções. Essa perda-ganho permite uma organização subjetiva. Ao promover a atividade simbólica, permite ao sujeito se inserir numa cadeia desejante, ter acesso aos objetos parciais de satisfação sem ficar preso ao grande Outro.

Inicialmente, Lacan refere-se às primeiras experiências da mãe, enquanto agente simbólico, com o bebê, para situar a frustração no plano imaginário e o seu objeto no real. A noção de frustração está diretamente ligada à posição que o bebê vai tomar diante do seio materno (o protótipo do objeto). Assim, podemos entender que é sempre de um objeto real que a criança sente falta, o que o leva a aproximar a frustração de um modo de reivindicação, um dano no imaginário.

A criança simboliza o real a partir de duas vertentes: de um lado há o objeto real (no sentido de realidade), o seio, e, de outro, o agente simbólico, a mãe, que é suscetível de presença e ausência. O objeto antes mesmo de ser percebido como tal, pode ser colocado em cena na dialética que envolve o bebê e a mãe, que é apreendida nesse momento pelo filho, através do seio que o alimenta. Sabemos que o bebê começa a estabelecer certo modo de relação com o mundo através da alternância dos períodos de presença e ausência materna. Assim sendo, é somente a partir da falta da mãe, da ausência do seio na realidade, que a criança, tem a possibilidade de conceber a presença da mesma, mesmo que ainda não haja uma inscrição psíquica de uma diferença

estabelecida entre o eu e o não-eu. É a mãe que em seu movimento de ir e vir instala a dimensão da falta do objeto no imaginário infantil e, assim, ela é introduzida por Lacan como agente da frustração.

É através do apelo que a falta de objeto pode ser articulada simbolicamente, já que, enquanto agente da frustração, a mãe pode responder ou não ao apelo do filho. Dessa forma, ela possibilita à criança articular uma relação real com outra simbólica. A mãe, enquanto agente simbólico, introduz a falta de objeto, mas ela é simultaneamente concebida como um objeto real, tornando-se, dessa forma, uma potência na qual sua presença ou ausência pode suscitar afetos no campo das relações da criança. O objeto, assim como a mãe, sofre uma inversão: ele passa de real (frustração) a simbólico (privação) e, assim, o seio materno pode vir a ser tido como um objeto de desejo.

A criança deseja o seio. E a mãe, o que quer? *“É na relação com a mãe que a criança experimenta o falo como o centro do desejo dela”* (LACAN, 1956-1957/1995, p. 230). Assim, o filho identifica-se com o falo, enquanto objeto imaginário, a fim de preencher o desejo da mãe. Na relação inicial mãe-filho, a criança, ao se identificar com o falo, atesta para a mãe que pode satisfazê-la quanto àquilo que lhe falta. Lacan chama essa relação de tapeadora.

Temos, então, o falo como elemento que se sobressai na relação mãe e filho, sendo que o acesso a ele só é possível a partir da dimensão faltosa da mãe, ou seja, em sua dimensão desejante. No primeiro tempo do Édipo fica claro que o desejo do filho nasce subordinado ao desejo da mãe mas, ainda assim, o desejo de ambos não se sobrepõe, há a marca de uma falta. Lacan (1956-1957/1995, p. 51) mostra que a *“relação central de objeto, aquela que é dinamicamente criadora, é a da falta”*. A noção de falo aponta à falta no campo do Outro, marca que tanto o filho quanto a mãe precisam perder.

Como vimos no capítulo anterior, Lacan coloca a alienação como algo da ordem do destino. Podemos entender isso justamente pelo fato de em um primeiro momento o filho ocupar o lugar de falo. Acontece que esse destino é escravizante e pode ser nocivo, no caso de não permitir o contorno da pulsão, mas sim a colagem no objeto a.

... o sujeito é fundamentalmente um objeto de gozo do Outro, e seu primeiro status como enfant é ser uma parte perdida desse Outro, o Outro real (geralmente a, a mãe). Ele começa a viver no lugar do objeto a, e em seguida tem de se identificar com aquela parte perdida e ingressar na cadeia de significantes. (LAURENT, 1997b, pp. 43-44)

Miller (1997, p. 28) escreve que o gozo materno ao se elevar pode alcançar “o nível de ser letal: até o nível da pulsão de morte”. A fim de salvar o filho do capricho materno o pai precisa se fazer presente para gerar um reposicionamento na estrutura familiar.

Em decorrência dos reposicionamentos na estrutura familiar, é possível averiguar que, para haver separação, a criança enquanto objeto de desejo, não pode saturar a mãe, e deve necessariamente dividir “no sujeito feminino, a mãe e a mulher” (MILLER, 1998, p. 8). Esta divisão já marca a clivagem do Outro para a criança que, até então, tinha-o como completo e exclusivo. Miller (1998, p. 7) faz referência à expressão do Winnicott, realçando que “a mãe só é ‘suficientemente boa’ se não o é em demasia, se os cuidados que ela dispensa à criança não a desviam de desejar enquanto mulher”. Ser “suficientemente boa” é diferente de ser totalmente boa. Na primeira expressão faz-se presente uma falta.

No texto *Além do princípio de prazer* de 1920 (1980), Freud falou sobre a questão da ausência da mãe ao examinar aquilo que estaria por trás de um jogo infantil com o carretel, conhecido na literatura psicanalítica como Fort-da. Freud observara seu neto ainda bebê de dezoito meses que com frequência brincava de jogar as coisas para longe de si, ato esse acompanhado pela expressão de um longo óóó, som que em alemão remete ao termo *fort*, que em português podemos traduzir por foi embora, partiu. Um dos brinquedos que o neto de Freud mais gostava de arremeter era um carretel de madeira: ele atirava o carretel emitindo o som ó ó ó e depois o puxava para perto de si novamente emitindo o som da, que significa ali, dando a entender que havia reencontrado o brinquedo.

Esse jogo marca a inserção da criança na dimensão simbólica ao expressar a alternância do desaparecimento e do retorno do objeto. “*Foram esses jogos de ocultação que Freud, numa intuição genial, produziu, a nosso ver, para que neles reconhecêssemos que o momento em que o desejo se humaniza é também aquele em que a criança nasce para a linguagem*” (LACAN, 1953/1998, p. 320).

Ao tratar desse jogo descrito por Freud, Lacan (1963-1964/1998) no *Seminário XI - os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, aponta claramente em que medida o jogo pode ser entendido como uma reedição da situação de desamparo vivenciada pelo bebê ao ser separado da sua mãe. Segundo ele, “*o jogo do carretel é a resposta do sujeito àquilo que a ausência da mãe veio criar na fronteira de seu domínio - aborda do*

*seu berço - isto é, um fosso, em torno do qual ele nada mais tem a fazer senão o jogo do salto” (LACAN, 1963-1964/1998, p. 63).*

Na ambivalência presença - ausência o desejo da mãe se faz presente. Diante do filho é a mãe que tem o poder de decisão de estar presente ou não. Dessa forma a brincadeira infantil se faz muito importante, pois o desejo em questão, mesmo de forma ainda bastante rudimentar, é o da criança. O filho *“passa da passividade da experiência para a atividade do jogo” (FREUD, 1920/1980, p. 29).*

Ainda sobre o jogo do fort-da no texto A metáfora paterna - Nome do Pai - A metonímia do desejo Joel Dor (1989/2003, p. 88) descreve o jogo como *“a ilustração mais explícita da realização da metáfora do Nome do Pai no processo de acesso ao simbólico na criança, ou seja, o controle simbólico do objeto perdido...”*.

Lacan utiliza a metáfora de um fosso, que se constitui a partir da borda do berço do bebê quando a mãe se ausenta, como uma expressão do desamparo traumático vivenciado então. Afinal, conforme nos mostra Jean-Marie Sauret (1998, p. 20), nada dá ao filho a certeza de que sua mãe voltará a amamentá-lo, que voltará para evitar uma nova edição de seu desvalimento: *“Essa explosão infantil da relação com o Outro desemboca num impasse que Freud identificou como neurose infantil. O sujeito não tem garantia de que o Outro assegurará eternamente sua sobrevivência. O desejo materno aparece como caprichoso”*.

Faz-se necessário que o filho possa organizar sua demanda diante da escansão da presença e da ausência materna. Esse jogo de presença-ausência da relação mãe-filho não dá lugar para que o terceiro termo da relação se presentifique. É no segundo tempo do Édipo que há de fato a entrada desse terceiro termo, que é o falo enquanto falta. Para haver a construção simbólica tem que passar pelo jogo do *fort-da*, pela simbolização primordial. Esse jogo é descrito por Freud e enfatizado por Lacan, tendo o carretel menos a função de manter a presença e mais a de permitir a criança suportar a ausência. O que faz com que se suporte a frustração é a possibilidade da atividade simbólica.

Dessa forma, vimos que a frustração, como categoria imaginária, diz respeito a uma dialética entre presença e ausência. Assim, tem-se essa categoria da falta de objeto como o domínio da reivindicação *“A frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas sem lei” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 36).*

A privação é situada por Lacan (1956-1957/1995) como uma falta real de um objeto simbólico e o agente é imaginário. Para exemplificar essa categoria, ele faz uso de uma metáfora: fala do lugar que um livro ocupa na estante da biblioteca. O livro

procurado pode até estar ao lado do lugar que deveria ocupar mas, ainda assim, estará em falta, pois o objeto faltará em seu lugar. Dessa forma, somos levados a entender a ausência de um objeto simbólico na dimensão da realidade. A privação marca que o sujeito sente falta daquilo que ele nunca teve, de um objeto simbólico. Em outras palavras, é a partir do simbólico que se situa a falta no real.

Através das categorias da falta de objeto temos que o significante da complementaridade falta para todos e, assim, a fim de ter uma orientação, o sujeito vai utilizar-se do significante Nome-do-Pai e de todas as significações que ele porta.

No que diz respeito à posição que o sujeito toma frente ao sexo, o falo, considerado como significante primordial da falta, encontra-se no centro da sexualidade, marcando a relação com a paternidade e com a maternidade. Ele “dá razão ao desejo” (LACAN, 1958/1998, p. 700).

É a partir do desejo de falo que um homem e uma mulher podem se encontrar enquanto parceiros. Ao homem cabe se posicionar diante do ter e, assim, desejar uma mulher que se reveste de valor fálico ao se posicionar do lado do ser. Guy Clastres (1990) marca que, evidentemente, essa dialética do ter e do ser tem relação com o fato de que o homem possui o órgão sexual que o falo representa, e que a mulher é privada dele. Por realmente não ter, a mulher fica muito mais próxima da acessibilidade em si. Porque ela não tem o pênis, ela pode ser o falo. Sendo assim, o que vai determinar a sexualidade do sujeito é a posição subjetiva que ele vai tomar frente ao pai, já que este tem relação direta na estrutura do sujeito e com a forma através da qual ele vai lidar com a falta de objeto.

Decorre daí que, para que se situe o significante Nome-do-Pai, é preciso que ocorra o reconhecimento do pai como aquele que traz a lei, primeiramente através da mãe, da palavra da mãe, para aí ser aberta à criança a possibilidade de acesso ao que Lacan (1957-1958/1999) nomeou no *Seminário V - as formações do inconsciente* a metáfora paterna, que fundamenta a lei simbólica:

... o ponto em que queremos insistir é que não é unicamente da maneira como a mãe se arranja com a pessoa do pai que convém nos ocuparmos, mas da importância que ela dá à palavra dele - digamos com clareza, a sua autoridade - ou, em outras palavras, do lugar que ela reserva ao Nome-do-Pai na promoção da lei. (LACAN, 1955-1956/1995, p. 585)

Essa passagem marca a relação da mãe com a palavra do pai. A relação é com o desejo da mãe, que tem que estar relacionado com o significante. A instauração do Nome-do-Pai se faz estruturante para a criança, na medida em que permite a ela se situar enquanto sujeito submetido à lei, à castração e, por isso, desejante, e não apenas como objeto do desejo do Outro. O Nome-do-Pai deve *“manter entre os três termos da relação mãe-criança-falo uma distância suficiente para que o sujeito não tenha, para mantê-la, que dar de si, que se pôr nisso”* (LACAN, 1956-1957/1995, p. 75).

O pai simbólico surge no lugar do significante materno, o primeiro introduzido na simbolização. Na medida em que o pai substitui a mãe como significante se produz o falo como significação do desejo da mãe.

Miller (1999) marca o fato de que Lacan precisou introduzir a mãe que vai e que vem, como um significante que aparece e desaparece, para explicar a Metáfora Paterna. E essa Metáfora Paterna (LACAN, 1957-1958/1999), ao estabelecer o limite ao gozo, abre o campo do desejo, como evidenciado na fórmula:

<u>NP</u>	.	<u>DM</u>	→	NP ( <u>A</u> )
DM		significado do sujeito		falo

Com a Metáfora Paterna constatamos que, em um primeiro momento, o desejo da mãe (DM) incide sobre o filho. Posteriormente, esse desejo é barrado, ou seja, ocorre a castração na mãe. A partir daí estabelece-se para o filho o desejo submetido à lei. Antes ele estava submetido apenas à demanda materna. Na ausência da metáfora paterna, o que ocorre é a falta de identificação do sujeito com o falo.

O Nome-do-Pai (NP) vai significar uma perda no campo do Outro. A metáfora paterna da mãe é transmitida ao filho, e a percepção da castração materna o faz compreender que há sempre uma perda.

Segundo Santiago a interdição do gozo materno é *“o ponto nodal da ‘metáfora paterna’, processo de substituição do significante do desejo da mãe por um significante paterno, que faz do falo a encarnação da lei do desejo”* (SANTIAGO, 2001, p. 98).

Lacan foi progressivamente, em dois Seminários sucessivos, *Livro V - as formações do inconsciente* (LACAN, 1957-1958/1999) e *Livro VI - o desejo e sua interpretação* (LACAN, 1958-1959/inédito), fazendo suas elaborações e, em 1960, retomou sua esquematização na *Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano* (LACAN, 1960/1988) do grafo do desejo.

No *Seminário VI*, Lacan (1958-1959/inédito) abre mão das letrinhas *a* e *a'*, usadas até então, para designar o eu e sua imagem contidos no eixo imaginário, o qual postula como trajeto do sujeito ao ideal do eu. Nesse novo esquema, o eu é representado pela letra *m* (*moi*). E assim *m* e *i(a)* - o ideal do eu - formam o vetor que ilustram o percurso da imagem especular até a constituição do eu. Neste processo funda-se para o eu a apreensão do outro e, desta forma, se dá o primeiro encontro com o desejo.

Lacan desenvolve o grafo do desejo afirmando que o sentido do sintoma é decorrente da demanda dirigida ao *A* e que é necessário que o efeito de significação produzido se articule com a fantasia para se obter efeito de verdade.

De início, o desejo é o desejo do outro especular. Isto é instituído através de uma relação de dependência ao Outro: diante do espelho é a mãe que sustenta a instauração do processo identificatório. A mãe, desempenhando o papel do Outro, funciona como um terceiro termo instaurador do desejo na relação imaginária. O desejo do Outro passa a ter prevalência sobre o sujeito.

A etapa inicial de construção do grafo localiza o eixo imaginário como parte do trajeto do sujeito ao ideal do eu, ao mesmo tempo em que fornece o lugar de código e de mensagem. Ao fazer uso do código, o filho dirige à mãe um apelo que contém suas necessidades. Esta mensagem precisa ser decodificada para constituir uma demanda que possibilite a entrada do sujeito no jogo da dialética significante.

Ao articular uma demanda, a criança dirige-se ao Outro, encontrando nele seu próprio desejo. Nesse ponto, o desejo apresenta-se como condição absoluta pelo fato de ser com ele que a criança se identifica. Caso o sujeito se coloque frente ao Outro, ele recebe de volta a pergunta *Che vuoi?* sob a forma invertida: “*Que quer ele de mim?*” (LACAN, 1960/1998, p. 829). E, assim, o Outro passa a ser o intermediário, o interlocutor do desejo. Então, temos que o desejo, primeiramente, é constituído a partir do desejo do Outro, ao qual a angústia está essencialmente relacionada, tornando-se reveladora da função deste Outro na constituição do desejo infantil. A angústia surge diante da vivência da falta de resposta ao *Che vuoi?*. A pergunta da criança endereçada à mãe traduz a impossibilidade de decifrar o desejo materno, abrindo, assim, um abismo entre o desejo e o Outro. É este vazio aberto pela falta de resposta da criança em relação ao desejo da mãe que causa angústia.

Lacan aponta que a angústia revela a dimensão da falta, surgindo quando o sujeito se depara com a falta do Outro traduzida através do desaparecimento de qualquer

imagem identificatória. Nesse ponto, temos a fantasia construída como uma tentativa de preenchimento ao vazio aberto pelo *Che vuoi?*.

Podemos pensar, então, que, diante de tal vazio, o filho oferece-se ao Outro (mãe) como tentativa de preenchimento, como objeto de seu desejo. Tal ideia nos remete às primeiras relações da criança com a mãe, nas quais a criança se identifica com o falo para suprir a falta materna (que a criança concebe imaginariamente como real), e satisfazer o desejo da mãe. O projeto fantasmático da criança é ocultar a falta no Outro. Dessa forma, temos a fantasia imergindo diante da angústia infantil como possibilidade de ocultar a falta do Outro. É nesse sentido que a criança se oferece como objeto do Outro.

No final da formulação do grafo do desejo a castração por fim aparece. Ela “*se encontra inscrita como relação ao limite deste ciclo regressivo da demanda. Aparece aí imediatamente após e na medida em que o registro da demanda é esgotado*” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 14).

No *Seminário VII - a ética da psicanálise*, Lacan (1959-1960/1988, p. 51) pontua que os objetos com os quais o sujeito estabelece relações apresentam-se, inicialmente, em seu caráter de composição imaginária, como, nas palavras do próprio, “*um engodo vital, uma aparição sujeita a decepção*”, visto seu objetivo de fazer surgir algo a partir de *das Ding*. Neste momento, Lacan chega a falar da escolha da neurose feita pelo sujeito, já que esta se relaciona com a maneira pela qual o sujeito pode se defender da *Coisa*. A relação que se estabelece do sujeito a *das Ding* regula a função do princípio de prazer, função fundamental na escolha da neurose.

A partir do ensino de Lacan, passamos a entender que todo o movimento das representações, governado pelo princípio de prazer, gira em torno de *das Ding*. Apesar de ele mesmo ser irrepresentável, é o responsável pela inserção do sujeito no processo simbólico, que é tramado a partir dele. O que coloca o princípio de realidade em funcionamento é a tentativa de reencontrar o caminho da satisfação, mas essa satisfação é diferente do princípio de prazer. Mesmo com muito esforço, sempre restará um vazio, pois o objeto encontrado nunca se sobreporá ao alucinado. E é justamente através da relação do vazio com o prazer que se articula a economia humana (LACAN, 1959-1960/1988).

Para haver desejo é preciso que ocorra a inscrição da perda, o traço; isto exige a simbolização. O desejo é a tentativa de recuperar aqueles objetos dos quais o sujeito tem apenas os traços. Desejar passa a ser entendido como a procura da identidade de

percepção que permitiu, num tempo primitivo, a satisfação. Dito de outra forma, é como se o sujeito se isolasse da realidade para se certificar de que na sua percepção há algo correspondente àquilo que ele estava buscando. E é assim que Lacan (1959-1960/1988) coloca que o princípio de realidade funciona como que isolando o sujeito da realidade.

Não somente a perda da *Coisa* é essencial para ordenar o sujeito, mas também a alucinação que ocorre em momentos posteriores à experiência de satisfação. O psicanalista francês esclarece isso no *Seminário VII* (LACAN, 1959-1960/1988, p. 69), comentando que “*sem algo que o alucine enquanto sistema de referência, nenhum mundo da percepção chega a ordenar-se de maneira válida*”. *Das Ding* passa a funcionar como sistema de referência, na medida em que serve como baliza para o funcionamento do psiquismo.

Lacan fala do Outro como *das Ding* na medida em que ele representa o Outro absoluto do sujeito, que foi perdido a partir da *Austossung* e quer tratar de reencontrar. Como já foi colocado, o princípio de prazer, ao mesmo tempo em que impulsiona o sujeito a buscar o que ele deve reencontrar, impede esse Outro de ser reencontrado. Na verdade, encontrado, pois ele só foi tido em um momento mítico. Esse encontro seria um encontro com a completude e esta é da ordem do imaginário. Na medida em que o sujeito é marcado pela falta, seu complemento está para sempre perdido. E é justamente isto que permite o aparecimento do desejo.

O encontro com o que é da ordem do imaginário marcaria a satisfação plena da pulsão, o fim da demanda, o incesto. “*O que encontramos na lei do incesto situa-se como tal no nível da relação inconsciente com das Ding, a coisa*” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 87). E, por isso, ele precisa se manter para sempre perdido. O acesso a *das Ding* é tido como impedido: “*Ding é o que é originalmente isolado pelo sujeito*” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 68). O mesmo objeto que é isolado poderia completar o sujeito através da satisfação do seu desejo.

Mesmo a mãe, nesse momento da teoria lacaniana, representando esse Outro absoluto, o desejo dela e do filho não vão em momento algum se sobrepor, na relação existe sempre algo que falta e isso é constitutivo do sujeito. “*A relação central de objeto, aquela que é dinamicamente criadora, é a da falta*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 51). O pai, ao barrar mãe e filho, faz-se servir de sua função simbólica ao unir o desejo com a lei. A mãe, na medida em que representa o Outro absoluto, o lugar de *das Ding*, mostra-nos que a interdição cunhada pelo pai diz respeito a ela, proibindo-a de gozar da completude. Ao ser proibida de gozar, resta-lhe como saída desejar e, assim, a

mãe vai apontar para o filho que o seu desejo não se dirige mais para ele e sim para outrem.

Será sim função da mãe, enquanto Outro primordial, tomar o neném em seus cuidados, fornecendo sentido aos seus sons, gestos, movimentos, gritos. Então é este Outro primordial que transformará os sons do filho em demanda e lhe dará um sentido, conferindo-lhe um valor de mensagem. Os gritos, os sons ou os gestos apenas assumem o valor de apelo quando um outro lhe dá sentido.

Winnicott (1978/2000) fala da função da “loucura necessária às mães” que é justamente o fato delas suporem sentido ali mesmo onde o que se apresenta pode parecer não ter sentido algum, é um sentido que não é compartilhado socialmente, é a mãe que sustentará sua existência. Ao supor sentido a mãe também supõe que aquela criança demanda algo.

Supor no bebê um apelo é articular o circuito da necessidade com o campo da demanda. Mas para isso é preciso que a mãe se enderece à criança e, assim, a sua mensagem não será anônima.

Em *Nota sobre a criança*, Lacan (1969/2003, p. 369) afirma que se trata “*de outra ordem que não a vida segundo as satisfações das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo*”. Ainda nessa nota o psicanalista aborda a função da mãe e sobre isso nos diz: “[*se julga a função da mãe*] na medida em que seus cuidados trazem a marca de um interesse particularizado, nem que seja por intermédio de suas próprias faltas” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

No *Seminário VII*, Lacan (1959-1960/1988) retoma o texto freudiano da negativa para falar de *das Ding* como o elemento originalmente expulso pelo sujeito. Assim, podemos entender que ao mesmo tempo em que o objeto deixa de fazer parte do sujeito, ao ser expulso dele - por ele, passa a se constituir como uma perda que irá dirigir o sujeito. Lacan salienta a importância de fazermos a distinção entre *das Ding* e *die Sache*, pois em alemão existem essas duas palavras para referir-se à *coisa*, ambas possuindo significados diferentes. “*Sache é justamente a coisa, produto da indústria ou da ação humana enquanto governada pela linguagem*” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 61). Ela diz respeito à ilusão do objeto, enquanto *das Ding* é a própria marca da falta, o não encontrável. O sujeito vive atrás de *das Ding*, mas o que ele sempre termina por encontrar é *die Sache*. “*O que há em das Ding é o verdadeiro segredo*” (LACAN, 1959-1960/1988, p. 61).

A expulsão de *das Ding* faz com que passe a existir um objeto no real - fora do âmbito da simbolização - e ao mesmo tempo deixa como rastro um furo, um espaço vazio. É a partir desse vazio que Lacan (1962-1963/2005), alguns anos depois, no *Seminário X*, vai conceituar o objeto a, este se inscrevendo como pura falta, como um índice de *das Ding* enquanto objeto perdido. Assim, o objeto a - enquanto causa de desejo - funciona como algo que a partir da falta leva à constituição do sujeito. É somente com a proximidade com a falta que o desejo é vivido em sua radicalidade.

Podemos concluir que é sobre o vazio de *das Ding* que se mantém suspenso o sujeito dividido entre o prazer e a realidade, entre o bem e o mal, enfim, entre o Consciente e o Inconsciente. Este vazio marca uma falta no sujeito que é fundamental para que este possa advir enquanto sujeito do desejo. E, assim, no Seminário em questão, o termo desejo da mãe aparece somente em uma página, mas de forma muito especial. Lacan (1962-1963/2005) diz que o “*desejo da mãe é a origem de tudo. O desejo da mãe é, ao mesmo tempo, o desejo fundador de toda a estrutura...*”.

No *Seminário X - a angústia*, Lacan (1962-1963/2005), ao voltar à questão do desejo, diz que é a sua própria angústia o que o neurótico recusa. Essa angústia surge frente à busca de uma resposta sobre o desejo do Outro; à proximidade de um saber que desconhece o desejo do Outro. É uma posição interrogativa frente ao *Che vuoi?*: “o que o Outro quer de mim?”.

A angústia do *Che vuoi?* surge frente à demanda do Outro. Todavia, o que o sujeito desconhece é que a demanda do Outro diz respeito à própria demanda, na medida em que a pergunta é a própria mensagem vinda do Outro de forma invertida. Para Lacan, a produção sintomática surge frente ao *Che vuoi?*, fazendo referência ao desejo materno.

Zizek (1992) diz que o *Che vuoi?* traz uma pergunta da criança endereçada ao primeiro grande Outro: à mãe. Tal pergunta fica sem resposta, porque não é possível decifrar o desejo materno. Essa falta de resposta cria um vazio entre o sujeito e Outro, e é justamente esse vazio, decorrente da interrogação da criança em relação ao desejo da mãe, que causa angústia.

Diante do *Che vuoi?* vemos despontar a inconsistência do Outro. De acordo com Lacan, “*Nos intervalos do discurso do Outro, surge na experiência da criança, o seguinte, que é realmente destacável - ele me diz isso, mas o que é que ele quer?*” (LACAN, 1964/1998, p. 203).

Lacan observa que não se pode falar, de forma alguma, sobre o desejo natural, uma vez que o Outro sempre esteve presente, instalado no lugar, exercendo o papel daquele que porta o signo. O signo é suficiente para instalar a questão do *Che vuoi?*. *“Um signo representa alguma coisa para alguém, e é a falta de saber o que representa o signo; o sujeito, diante dessa questão, quando aparece o desejo sexual, perde o alguém a quem o desejo se dirige, isto é, ele mesmo”* (LACAN, 1960-1961/1992, p. 217).

Lacan nos mostra que, para um sujeito se constituir como desejante, é preciso que o objeto a - aquilo que causa o seu desejo - possa lhe faltar. Neste passo podemos apontar um ponto de enlace entre angústia e fantasia, já que a primeira emerge em face da demanda do Outro, que não pode ser satisfeita, motivo pelo qual o sujeito constrói uma fantasia como uma forma de atender ao Outro pela via do desejo.

*“É no que seu desejo está para além ou para alguém no que ela diz, do que ela íntima, do que ela faz surgir como sentido, é no que seu desejo é desconhecido, é nesse ponto de falta que se constitui o desejo do sujeito”* (LACAN, 1964/1998, p. 207). A questão de “O que o Outro quer de mim?” constitui a condição para a separação criança-mãe, possibilitando o surgimento da dimensão do desejo e da demanda.

Lacan busca explicar melhor o surgimento da angústia frente ao desejo do Outro. Ele exemplifica com a relação sexual do louva-a-deus, apontando que, após o coito, a fêmea devora seu parceiro.

Para os que não estavam lá, relembro a fábula, a apologia, a imagem divertida que tracei por um instante. Revestindo-me eu mesmo da máscara de animal com que se cobre o feiticeiro da chamada gruta dos Três Irmãos, imaginei-me perante você diante de outro animal, este de verdade, supostamente gigantesco, no caso - um louva-a-deus. Como eu não sabia qual era a máscara que estava usando, é fácil vocês imaginarem que tinha certa razão para não estar tranquilo, dada a possibilidade de que essa máscara porventura não fosse imprópria para induzir minha parceira a algum erro sobre minha identidade. A coisa foi bem assinalada por eu haver acrescentado que não via minha própria imagem no espelho enigmático do globo ocular do inseto. (LACAN, 1962-1963/2005, p. 14)

Com essa citação, Lacan nos mostra que é como se o sujeito, portando uma máscara que não sabe qual é, estivesse diante de uma gigante fêmea de louva-a-deus. E a angústia surge quando no olho do inseto maior o “outro” não consegue ver sua

imagem refletida e, então, não sabe se causará o desejo do Outro e, assim, será devorado.

Sendo a angústia o efeito do encontro do sujeito com o Outro desejante, ela é como Freud (1926a/1980) enunciou: o afeto do sujeito neurótico por excelência. Lacan (1962-1963/2005) foi mais longe ao afirmar que ela é o único afeto do sujeito, “o afeto que não engana”. Tanto em Freud quanto em Lacan, temos que o sujeito se encontra diante de um Outro que tem um desejo avassalador que precisa ser simbolizado. O sintoma se forma frente ao desejo do Outro, que surge como um enigma e, assim, faz parte da constituição do sujeito. O sujeito não sabe o que ele tem ou o que é que o Outro cobiça, não sabe que lugar ele ocupa no desejo do Outro. Nesse sentido, o sintoma tem, portanto, uma função.

Em seu ensino, Lacan dá um passo na teorização freudiana da angústia: enquanto Freud privilegia a satisfação pulsional através da descarga de libido, Lacan destaca o gozo.

Lacan dissocia o objeto do sujeito, postulando que a relação do sujeito com o objeto não se dá de forma estrutural, sendo preciso simbolização. Por isso, afirma que a angústia não é sem objeto. Cumpre ressaltar que isso não corresponde a dizer simplesmente que ela tem objeto, posto que seu objeto é o objeto a, que não se inscreve, estando fora do sentido.

Vimos então que, enquanto para Freud a angústia é o afeto desligado de uma representação, para Lacan ela surge frente à proximidade do objeto incestuoso. A lei surge organizando o campo subjetivo e limitando a angústia.

É no *Seminário XVII - o avesso da psicanálise* que Lacan (1969-1970/1992) usa, pela última vez, o termo desejo da mãe em seu ensino. No capítulo *Para além do complexo de Édipo*, ele se utiliza da imagem do crocodilo-mãe que tem uma bocarra devoradora, a qual deve ser travada pelo pai, com uma barra, posto que o desejo da mãe é fechar sua bocarra para devorar o filho. “*Esta mãe insaciável, insatisfeita, em torno de quem se constrói toda a escalada da criança no caminho do narcisismo, é alguém real, ela está ali e, como todos os seres insaciados, ela procura o que devorar, quarens quem devoret*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 199). Vale dizer que essa articulação do jacaré reside na intervenção do pai em relação à mãe, que, de outra maneira, tomaria o filho como objeto de seu desejo, reintegrando, assim, seu produto. É o Nome-do-Pai que não deixa a mãe fechar a boca. A criança tem que ser querida pela mãe, mas não engolida.

No artigo *Apresentação do Seminário IV*, Miller (1994) diz que a mãe lacaniana responde à fórmula *quaerens quem devoret*.

O Nome do Pai constitui um operador que permite uma ordenação do mundo em sua dimensão significante, tornando possível a articulação entre significantes e significados. Esta ideia é citada por Lacan como ponto de basta ou ponto de ancoragem. Desta forma, oferece ao neurótico coordenadas simbólicas para se situar na existência e na partilha dos sexos.

Em determinado momento de sua teorização Lacan diz “*que o complexo de Édipo não é tão complexo*” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 105), sendo sua intenção apontar para a importância da função paterna no desenvolvimento. O que é realmente complexo é a falta do operador estrutural do Nome do Pai, já que “*o papel da mãe é o desejo da mãe*” (LACAN, 1969-1970/1992, p. 105).

Não é porque Lacan não faz mais uso da expressão desejo da mãe que essa teorização acaba no *Seminário XVII*. Pelo contrário, ela se desdobra até o final do ensino lacaniano, podemos inclusive articulá-la com o conceito de lalingua.

A lalingua é um depositário de significantes que vem do Outro e “*sua figuração mais direta é a língua materna*” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 188). São os detritos da língua falada pelo Outro, restos que aprisionam e deixam marcas no corpo do sujeito. Podemos então dizer que lalingua são os primeiros significantes que a mãe passa para o bebê. “*Desde a origem há uma relação com a lalangua, que merece ser chamada, com toda razão, de materna, porque é pela mãe que a criança - se assim posso dizer - a recebe. Ela não aprende lalangua*” (LACAN, 1975, p. 47). Temos em lalingua a primeira marca, no corpo, de significantes provenientes do campo do Outro, ou melhor, provenientes do desejo da mãe.

#### **4.5 - Do Nome do Pai aos Nomes do Pai**

Em um primeiro momento do ensino de Lacan, o Nome do Pai, como vimos acima, estava atrelado à metáfora paterna; porém depois, nos *Seminários XXII* e *XXIII*, ao formalizar a pluralização dos Nomes do Pai, esse significante passou a ter como função o enodamento dos três registros: Real, Simbólico e Imaginário. Então, o Nome do Pai passa a ser um significante suplementar, um elo que permitirá a amarração dos registros. Dessa forma, o acento para a função paterna incide sobre a nomeação e a amarração.

Então, em um primeiro momento temos a função paterna como o que ordenava todos os significantes, fazendo supor um outro consistente, uma vez que os significantes não extrapolariam o campo simbólico. No entanto, com a formulação do objeto a, no *Seminário X*, Lacan (1962-1963/2005) nos aponta para o que haveria de inassimilável pela linguagem. Objeto a remete ao que não é possível de simbolizar e, assim, se aproxima do real. Desta forma, a linguagem, estruturalmente, comporta a falta, justamente por algo escapar à simbolização.

Neste momento a função paterna passa a ser referida à inconsistência do Outro, constituindo uma operação de suplência à essa falta estrutural do Outro. Logo, temos a inconsistência do Outro como um dado de estrutura e esse fato produzirá na teoria lacaniana uma grande virada no que diz respeito ao conceito de Nome do Pai. Nessa nova perspectiva o Nome do Pai deixa de ser um *a priori*, assegurado para os neuróticos e que ordenaria integralmente o conjunto dos significantes. Dessa maneira, diante das reformulações do conceito do Nome do Pai, temos como consequência um novo lugar para o campo das neuroses e também para o que se refere à clínica da psicose no campo lacaniano.

A pluralização do Nome do Pai destitui o Édipo enquanto único ordenador possível para ancoragem do sujeito na existência. Agora, a função do pai é de enodar os três-registros - Real, Simbólico e Imaginário.

O conceito de função paterna é reformulado quando Lacan elabora a noção do nó borromeano e a pluralização do Nome do Pai. Lacan reduz “*o Nome-do-Pai à sua função mais radical, que é a de dar um nome às coisas com todas as consequências que isto importa*” (LACAN, 1974-1975/inédito).

Neste momento da pesquisa achamos importante fazer esse breve apontamento a respeito dessa novidade (a pluralização do Nome do Pai) do final do ensino de Lacan, mas não vamos nos deter nisso, pois como o que tratamos nesta tese é a clínica com crianças preferimos circunscrever o estudo na primeira clínica lacaniana.

## Capítulo 5 - TDAH: UMA LEITURA PSICANALÍTICA

### 5.1 - Psicanálise de criança?

O dito freudiano de que “*toda neurose tem como ponto de partida uma angústia infantil*” (FREUD, 1909/1980, p. 109) refere-se justamente à descoberta da sexualidade infantil e de sua articulação edípica como origem dos sintomas neuróticos. Assim, para Freud, toda criança sofre sintomas que surgem geralmente no final da primeira infância, antes da entrada na latência, e que desaparecem espontaneamente sem deixar marcas, ou podem servir de base para uma neurose adulta.

No texto *a Interpretação dos Sonhos*, Freud (1900/1980), pela primeira vez, faz do recalque um processo dinâmico, ligado ao processo psíquico secundário, que caracteriza o sistema pré-consciente. Quinze anos depois no artigo metapsicológico *O Recalque* (FREUD, 1915/1980) o autor, dando continuidade à sua teorização, propõe que o Inconsciente já não é totalmente assimilado ao recalque: o recalcado é uma parte do Inconsciente. Ainda nesse artigo, Freud distingue três tempos constitutivos do recalque: recalque propriamente dito, recalque originário, e retorno do recalcado nas formações do Inconsciente. É a operação do recalque, decorrente do amor incestuoso e da rivalidade da criança com os pais, que funda o Inconsciente.

Na segunda tópica do aparelho psíquico o recalcado é ligado à parte inconsciente do ego e desse modo Freud pode dizer que o recalcado, assim como essa parte do ego, funde-se com o id. Em 1923 (1980), Freud escreve sobre o conceito de supereu, que vinha sendo elaborado desde 1914 (1980), mas até então como um ideal substituto do narcisismo infantil. Nesse momento da teoria freudiana o supereu era pouco diferenciado do ideal do ego, aparecendo ora tendo funções ligadas ao ideal e à proibição, ora à função repressora. Foi então em 1924 (1980), quando estava escrevendo a respeito da economia do masoquismo, que Freud declara que o “*Superego é o herdeiro direto do complexo de Édipo*”, herdeiro que recoloca a ameaça de castração como perigo externo, pela regulação interna das moções pulsionais, através de um sistema de habilitações e proibições do gozo.

O Édipo põe em relevo a estrutura do desejo inconsciente e constitui-se para Freud (1909/1980) como o “*complexo nuclear das neuroses*”. Para Freud, o Complexo de Édipo determina as futuras escolhas objetais das crianças, como também traz em si a dimensão da lei, originária do complexo de castração. A ameaça de castração abala a imagem narcísica da criança que está identificada ao falo, e acaba por precipitar saídas

diferentes para cada um dos sexos ante o complexo de Édipo. Nos meninos o complexo de castração produz a destruição do complexo de Édipo, dando lugar ao supereu. Já nas meninas, o complexo de Édipo “*constitui o final de um desenvolvimento bastante demorado*” (FREUD, 1925/1980); trata-se de uma formação secundária, onde as operações do complexo de castração o antecedem e o preparam. Para as meninas, o complexo de castração produz a entrada no Édipo e Freud, então, apontará as três saídas possíveis delas: uma conduz à inibição sexual, em outra se recusa a admitir a castração agarrando-se à esperança de conseguir um pênis e, por último, a saída que Freud coloca como o único caminho onde ela atingirá a atitude feminina, onde toma o pai como objeto, encontrando, assim, o caminho para a feminilidade com a descoberta de que há outro sexo.

Em 1933 (1980), em *Conferência 34*, Freud chega à conclusão que o grande desafio da infância é que a criança tem que dar conta, em poucos anos, do conteúdo que vem da cultura, incluindo aí o controle pulsional, para se ter certa adaptação social. Nem sempre isso ocorre da melhor da forma e como consequência temos que “*muitas delas (crianças) passam por estados que podem ser equiparados a neuroses... Em algumas crianças, a doença neurótica não espera até a puberdade, mas irrompe já na infância e dá muito trabalho aos pais e aos médicos*” (FREUD, 1932/1980, pp. 180-181).

Ainda na *Conferência 34*, Freud (1933/1980) é assertivo ao escrever que as impressões desse período atuam sobre um eu fraco, imaturo e débil, e continua sua teorização esclarecendo que em um primeiro tempo o supereu é representado pela autoridade parental e, em um segundo, as proibições externas são internalizadas e o supereu substitui a instância parental pela via da identificação. Desse modo, aponta para o fato de que a grande particularidade da criança é ela não ter o supereu constituído, fazendo desse o grande marco entre o funcionamento da criança e do adulto.

Na ótica lacaniana, o supereu se inscreve a partir da estruturação do sujeito no campo do Outro, decorrente do atravessamento do Édipo e do encontro com a falta no Outro. É preciso que os efeitos do recalque surjam quando o sujeito entra na adolescência para poder falar de neurose, de sujeito do inconsciente, de sujeito da ciência. “*O superego são os discursos que estruturam os laços-sociais e o sintoma*” (COELHO DOS SANTOS, 2001, p. 302).

Segundo Freud, as primeiras identificações efetuadas no início da vida infantil serão duradouras e são elas que levam à origem do supereu, sendo a mais importante dessas identificações a com o pai.

A constituição do supereu é uma consequência da estruturação do sujeito no campo da fala e da linguagem, da interdição da lei simbólica, tendo por ponto de amarração a operação da metáfora paterna. Logo, o sujeito se constitui na infância, entre a linguagem e o gozo, pela operação da castração. “*A castração significa que é preciso que o gozo seja recusado, para que possa ser atingido na escala invertida da lei do desejo*” (LACAN, 1960/1998, p. 841).

O supereu ao fazer suas exigências, como um imperativo inalcançável de gozo absoluto, marca o próprio funcionamento psíquico, caracterizando-o pela busca de satisfação plena e pela impossibilidade de isso ocorrer.

A criança, através da castração, renuncia ao gozo do Outro, fora da lei, em nome de outro gozo, dentro da lei, garantindo assim a viabilidade do laço-social. A castração proporciona uma ressignificação das perdas anteriores atualizadas em relação ao falô, constituindo-se na operação lógica a partir da qual se pode falar propriamente em sujeito do inconsciente, marcado pelo recalque.

Tratando-se de psicanálise com crianças não podemos deixar de nos remeter ao tempo cronológico, mesmo sabendo que as encruzilhadas psíquicas de um sujeito no percurso de sua constituição estão baseadas em instâncias lógicas.

Creio que o fato de nos separarmos do ponto de vista do desenvolvimento não significa que o fator tempo não seja tomado em conta. E o fato de que os elementos já estejam solidários na estrutura não impede que o encontro do sujeito com esses elementos tenha uma variável, contingência ou, pelo menos, uma indeterminação. Sabemos que o encontro do sujeito com a sexualidade será um mau encontro; há algo de estrutural nisso; mas a forma, o momento, etc., isso não se pode deduzir, isso tem uma indeterminação. Creio que o tempo lógico que pertence à dimensão significante da estrutura deve ser complementado com o tempo lógico no nível do objeto pequeno a. (MILLER, 1992, p. 10)

Ao comentar o jogo do *fort-da* Lacan reconhece algo em construção na infância, localizando o “*ponto de inseminação de uma ordem simbólica que preexiste ao sujeito infantil e segundo a qual será preciso que ele se estruture*” (LACAN, 1958/1998, p. 601). Isso nos leva a fazer uma relação entre o aparecimento do sintoma na infância

com o fato da criança não encontrar no campo do Outro os termos necessários para contornar os impasses que enfrenta e possibilitar as suas investigações e elaboração de mitos. Os mitos são o tratamento do real da angústia por meio do simbólico e a única forma possível de subjetivar o sexo.

Essas ideias apontam, por um lado, para o fato de que no período da infância há algo de instável e indefinido com relação à estrutura e, por outro, marca a castração como a via do desejo a ser aberta na infância e percorrida pelo sujeito vida afora. O que nos faz pensar que o sujeito do inconsciente sofre as consequências das operações lógicas que atravessa ao longo da sua constituição, sendo somente na adolescência que os elementos adquirirão uma maior estabilidade na estrutura.

No *Seminário XI: Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*, Lacan (1964/1998), respondendo à Françoise Dolto a respeito do questionamento dessa sobre a necessidade de se falar em estágios para se pensar a primeira infância diz que:

A descrição dos estágios, formadores da libido, não deve ser referida a uma pseudo-maturação natural, que permanece sempre opaca. Os estágios se organizam em torno da angústia de castração. O fato copulatório da introdução da sexualidade é traumatizante - aí está um fígamento de vulto - e tem uma função organizadora para o desenvolvimento.

A angústia de castração é como um fio que perfura todas as etapas do desenvolvimento. Ela orienta as relações que são anteriores à sua aparição propriamente dita - desmame, disciplina anal etc. Ela cristaliza cada um desses momentos numa dialética que tem por centro um mau encontro. Se os estágios são consistentes, é em função de seu registro possível em termos de mau encontro. O mau encontro central está no nível do sexual. (LACAN, 1964/1998, p. 65)

Dando continuidade, Lacan afirma que o motor da própria constituição psíquica é a angústia da castração, causada pelo mau encontro, sexual e traumático, presentes desde os primórdios da constituição do sujeito. Desse modo, o aforismo lacaniano de que *não há relação sexual* surge como central desse mau encontro que é essencialmente sexual. Assim, a criança é levada a construir sua fantasia a partir do trauma para poder contornar esse real incontestável. A fantasia é o substrato a partir do qual o sujeito se organiza em sua relação intangível com seu objeto pequeno a, causa de desejo, extraído desse encontro inaugural e faltoso da criança com o Outro. A passagem do traumático à fantasia não manifesta na infância todas as consequências que a articulação entre o

sujeito e o impossível do encontro com o objeto de seu desejo vai trazer para o adulto. Desse modo, a infância aparece como um momento primeiro de construção dessa fantasia.

É no encontro da criança com os impasses advindos do real e de acordo com os instrumentos que possui para contorná-los que ela, no decorrer da constituição subjetiva, vai registrando a inexistência da relação sexual. É tal inexistência que desvela a ausência de complementaridade entre os sexos, fruto de posições distintas tomadas em relação à castração e à função fálica.

Pai e mãe, por serem os personagens centrais do drama familiar, através das primeiras transmissões necessárias ao engendramento de um sujeito na infância, referem-se à impossibilidade da relação entre os sexos de acordo com uma orientação própria que afeta diretamente o modo de transmiti-la à criança, a qual se vê cercada pelas questões desde o início.

A entrada da criança no mundo da linguagem é realizada por um Outro primordial que perfaz a transmissão da própria linguagem, leito a partir do qual podemos passar a falar de sujeito. A entrada nesse “novo mundo” porta em seu cerne uma verdade que é a não-relação, o que de início já o faz ser traumática. Assim, a criança faz de seu sintoma uma maneira de se ajustar à tal verdade.

Já a operação constitutiva da subjetividade, que é também uma operação de substituição, implica uma realidade insuportável para todos os sujeitos. A perda em jogo aqui é relativa à diferença sexual. Para o aparelho psíquico é impossível subjetivar a castração materna. Por isso, uma corrente psíquica a repudia. No entanto, Freud mostra que o repúdio não abole o reconhecimento da castração pelo sujeito. (LOPES, 2006-2007, s/p)

A diferença é que a criança responde com seu sintoma à não-relação dos pais, e os adultos, por já terem podido se confrontar com o real do Outro sexo no encontro sexual, mantêm uma posição diferente perante a inexistência de tal encontro.

Em carta à Jenny Aubry intitulada *Duas notas sobre a criança*, Lacan (1969/2003, p. 369) escreve que “o sintoma da criança se acha no lugar de responder ao que há de sintomático na estrutura familiar”, e nesse contexto seu sintoma representa a verdade do casal parental; ou o sintoma corresponde à subjetividade da mãe, onde a criança é tomada como correlativo de um fantasma, obturando a falta onde

se especifica o desejo materno. Mostra-se, assim, que a criança pode dar diferentes respostas às posições materna e paterna, sendo que cada uma delas acarretará suas respectivas sequelas.

Para Lacan (1969/2003), o primeiro caso, onde o sintoma do filho representa o que há de sintomático na relação do casal parental, é mais propício a uma intervenção analítica, já que existe uma distância mediada pela metáfora paterna entre a criança e a mãe. Na outra vertente, onde o filho fica em uma posição de saturar o fantasma materno, a criança é fusionada à mãe, não havendo um terceiro que ofereça uma saída desta dimensão de subordinação da criança ao desejo materno. De qualquer modo, o que fica claro é a criança como sintoma de pai e mãe!

Mas o que é ser a verdade do casal parental? De acordo com Vieira (2005, s/p): *“verdade para Lacan é alguma coisa que nunca se sabe o que é...a criança vai dar a verdade desse sintoma, mas ela nunca será completa”*.

No segundo caso, quando o sintoma que prevalece decorre da subjetividade da mãe, a criança é tomada como por inteira, e não o sintoma dela, e é justamente por isso que fica mais difícil na clínica trabalhar com essas situações onde o filho tem a chance de materializar as fantasias inconscientes da mãe. Como é inconsciente a mãe não se reconhece, aquilo a toma de horror e então ela procura análise para o filho. O sintoma da criança a está incomodando e quanto menor for a mediação materna maior é a captura materna.

Ainda escrevendo à Aubry, Lacan (1969/2003, p. 369) situa a mãe como a responsável por transmitir através de seus cuidados *“a marca de um interesse particularizado”* e o pai é o *“vetor de uma encarnação da lei e do desejo”*. A criança, através do sintoma, revela a verdade do núcleo do casal parental, o que nos leva a pensar que a criança sofre os efeitos da *“não relação sexual”* entre o casal parental. Assim sendo, quando a criança está em análise, não é possível que a manifestação sintomática desta mude sem que também mude algo do gozo dos pais, onde a criança entra.

Santiago (2007, s/p) é precisa ao comentar a carta dizendo que *“ele (Lacan) desloca a função da família de uma transmissão da cultura para um dispositivo de transmissão do desejo e de contenção do gozo, ou seja, de transmissão da castração”*. É justamente algo dessa preciosa transmissão pela estrutura familiar que escapa e o sintoma infantil vem responder; o sintoma surge para responder o ponto não transmitido.

Cinco anos após a carta para Jenny Aubry, já no final de seu ensino, Lacan traz novas contribuições a respeito da sexualidade feminina que são fundamentais para se pensar a criança. Ele passa a definir a função do pai a partir do fato desse reconhecer uma mulher como causa do seu desejo, renunciando, dessa forma, a ser apenas o chefe da horda. E a mãe, além de veicular a palavra do pai, deve desejar o marido. Assim, ela pode se ocupar das crianças, mas sem gozar delas. O pai divide a mãe em mulher, barrando-a desse modo em relação ao filho.

Se um homem recua a fazer da mulher causa de seu desejo, não proporcionar essa distância, não neutralizar, em certa maneira, o desejo do Outro materno, é deixar a criança em perigo, desamparada frente à sensação da possível aniquilação do seu ser. Sem essa distância, o enigma frente ao desejo do Outro pode se mostrar extremamente angustiante.

Um pai só tem direito ao respeito, senão ao amor, se o dito amor, estiver, vocês não vão acreditar em seus ouvidos, *père*-verdadeiramente orientado, isto é, feito de uma mulher, objeto pequeno a que causa seu desejo, mas o que esta mulher em pequeno a-colhe, se posso me exprimir assim, nada tem a ver na questão. Do que ela se ocupa são outros objetos pequeno a que são as crianças junto a quem o pai então intervém, excepcionalmente, no bom caso, para manter a repressão, dentro do justo *mi-dieu*, se me permitem, a versão que lhe é própria da pai-versão. Única garantia de sua função de pai; que é a função, a função de sintoma tal como a descrevi ali. Para isto, basta aí que ele seja um modelo de função. Aí está o que deve ser um pai, na medida em que só pode ser exceção. Ele só pode ser modelo da função realizando o tipo. Pouco importa que ele tenha sintomas, se acrescenta aí o da perversão paterna, isto é, que a causa seja uma mulher que ele adquiriu para lhe fazer filhos e que, com estes, queira ou não, ele tem cuidado paterno. (LACAN, 1974-1975, p. 23)

Eric Laurent (2007) na mesma linha de pensamento, aponta a sexualidade feminina como um ponto crucial nas análises de crianças. O autor retoma uma passagem de Lacan em que esse ressalta que a investigação sexual feminina é uma questão preliminar a todo tratamento possível com crianças. Ao considerar a sexualidade feminina, Lacan desloca o enfoque do papel da mãe para o da mulher. Assim escreve Laurent (2007, p. 15): “em sua obra, Lacan tratou de substituir ou de fazer funcionar essa metáfora por seu avesso, isto é, silenciar um pouco a relação ou o fascínio da psicanálise em relação à mãe, a fim de dar lugar aos paradoxos da sexualidade

*feminina*". Quando o enfoque é na relação mãe-filho esquece-se que a criança "*ocupa lugar de gozo*" (LAURENT, 2007, p. 15).

Esses fatos apontam para a diferença de estatuto da neurose infantil e da neurose do adulto, diferença essa que pretendemos marcar com precisão. Deste modo temos que enquanto a criança se pergunta sobre o desejo da mãe, o adulto pergunta-se sobre o gozo da mulher.

Marcus André Vieira (2005) ao falar a respeito das notas de Lacan à Dra. Aubry, define a mãe como aquela que traz a marca do desejo interesse particularizado com o filho. Ela se interessa por alguma coisa em especial daquela criança. A mãe deve conseguir particularizar o interesse dela pelo o filho. Os seus cuidados com o filho mostram um interesse, e esse interesse porta a marca de uma particularidade daquele filho. E o pai entra como aquele que diz ok você ama tal coisa do nosso filho mas tem limite. Algo do pai limita o contato da mãe com o filho.

Comentando as formulações lacanianas a respeito da constituição do sujeito e do gozo, Braunstein (1999) diz que o inconsciente estruturado como uma linguagem depende do gozo, sendo assim um aparato que serve a partir da castração a operação de conversão do gozo em discurso. Logo, é a partir da castração que podemos enxergar o tempo anterior como dominado pelo gozo do ser; mas só se sabe disso retroativamente.

Ao longo da infância, o sujeito experimenta renúncias ao gozo que serão ressignificadas a partir da operação da castração. Ao sucumbir à castração, o gozo do corpo passa pelo significante e é redimensionado em gozo fálico. Dessa passagem do gozo do ser, localizado no corpo, para o gozo fálico, destaca-se o objeto a como causa de desejo, manifestação da falta-ser. O objeto a surge como um produto da incidência da linguagem no ser.

A criança não tem recursos para se impor completa responsável pelo seu gozo. O que vemos é que a lei do desejo interdita o gozo ilícito e "promete" o gozo fálico. O sujeito através da castração renuncia ao gozo do Outro, fora da lei, em nome de um outro gozo dentro da lei e, assim, se insere na dimensão possível do gozo e na viabilidade do laço-social.

Existe algo que separa a criança da pessoa grande; certamente não é a idade, nem tampouco o desenvolvimento, tampouco a puberdade. No fundo, o que separa a criança da pessoa grande é a ética que cada um faz de seu gozo. A "grande

personne” é aquela que se faz responsável por seu gozo. (LAURENT, 1994, p. 32)

Já que estamos nós no viés de pensar que a criança não se caracteriza pela divisão psíquica, e sim pelo sintoma que ela representa do casal parental, então a análise com crianças deve conduzir a que ponto?

... toda análise deve conduzir o analisando a reconhecer sua divisão sexual entre a condição de sujeito do desejo inconsciente que é interpretável e a outra vertente obscura cuja dimensão lhe escapa, apontando sua condição primordial de objeto do desejo para de um outro, portanto, ou seja, para sempre, inconsciente de si. (COELHO DOS SANTOS, 2001, p. 108)

Podemos dizer que as operações de alienação e separação podem nos orientar na clínica psicanalítica com crianças pelo fato delas permitirem uma hipótese de trabalho que nos intima a nos incluir no tratamento, já que nos convoca a funcionar na posição de intervenção. Tais operações também nos ajudam a pensar esses casos como não tendo estruturas decididas, o que marca uma grande diferença na clínica com crianças e com adultos. Neste sentido, a incidência da fala do analista pode romper, de maneira mais radical, com o modo de gestão do gozo de determinadas crianças.

Como vimos no capítulo anterior, o Nome do Pai traz para a criança certa estabilização psíquica ao propiciar a simbolização da falta, uma resposta ao real da angústia de castração e também uma contenção imaginária para o corpo. Isso é possível graças ao enodamento que ele faz dos registros do Simbólico, Imaginário e Real.

Diante de uma opaca intervenção do pai na relação mãe-filho a criança corre o risco de ficar presa ao desejo da mãe e, como consequência, a criança terá dificuldades na separação e também de se posicionar diante da lei. É bem verdade que alguma coisa sempre vai deixar de funcionar entre pai e mãe, já que o encontro sexual do casal parental é governado pela contingência e pelo mal-entendido.

No artigo *Há um final de análise para as crianças*, Laurent (1999) discute a direção do tratamento sob o viés da teoria lacaniana do falo e do objeto a. Ele acrescenta que não podemos pensar a análise da criança somente pela perspectiva edipiana, já que o objeto a como real se faz insistente. Em 2010 (p. 32), em outro artigo, corrobora essa ideia: “*analisar seria poder, ao mesmo tempo, articular estes dois planos: o plano da relação com a significação fálica e o da criança como objeto da fantasia da mãe.*”

*Analisar uma criança, então, é poder, com ela, extrair a história do que foi sua relação com essas duas classes de objetos, por meio da família, pai e mãe”.*

Para Colette Soler (1997), a diferença da análise com criança para a com adulto não está no analisante, esse não é diferente, e sim no que se analisa. Como vimos logo a cima, para Lacan o que se analisa são as relações do real que se apresentam sob a espécie de gozo e o sexo, e isso certamente comporta muita diferença entre a criança e o adulto.

Ao entendermos o tempo da infância como o tempo da constituição subjetiva através do assujeitamento do gozo à castração e, conseqüentemente, da entrada na linguagem, pensamos que a criança desde cedo faz escolhas que orientarão a lógica de sua existência, ou seja, faz escolhas de gozo dentro de uma estrutura determinada pelo sintoma e pela fantasia dos pais. Assim, o tratamento analítico trata de propiciar que a criança passe da posição de objeto que ela foi chamada a ocupar na fantasia do Outro para o acesso ao seu desejo na condição de sujeito. Isto é, uma operação que vai do real em direção ao simbólico. *“Por nossa posição de sujeito somos todos responsáveis”* essa é uma das afirmações de Lacan no artigo *A ciência e a verdade* (LACAN, 1966/1998, p. 873). Jerusalinsky (2005, p. 10) complementa: *“durante a infância, o sujeito está sendo ‘fabricado’, o que torna improvável qualquer assertiva de estruturação precoce como definitiva e irreversível”*.

A psicanálise com crianças tem suas especificidades que não dizem respeito à técnica mas ao fato de que frequentemente quem demanda análise para a criança são os pais, eles se queixam da criança. Rosine Lefort (1991, p. 11) é muito clara ao apontar que diante de uma entrevista inicial com os pais podemos avaliar o que ocorre com o filho *“escutando o discurso dos pais abalados, feridos em seu narcisismo...”*. Ao longo do tratamento é importante que a criança se afaste do discurso dos pais, para assim ter acesso ao seu próprio discurso.

Levando em consideração que a criança vem sempre responder a um desejo anterior à sua existência, vez que a linguagem pré-existe a ela, é preciso identificar se está havendo sofrimento por parte da criança, isto é, se ela está reagindo a esse lugar ofertado pelos pais de maneira traumática.

Alguns psicanalistas apoiados nos estudos do casal Lefort (1990, p. 1) e na afirmação de que *“A criança é um sujeito por inteiro. (...) não há diferença entre uma cura de adulto e a análise com uma criança”*, acreditam na possibilidade de equiparação da criança ao adulto as considerando sujeito do inconsciente e, assim,

defendem uma psicanálise que busca desvendar a novela fantasmática na qual estes personagens estão embrenhados. Segundo os Lefort (1991, p. 13), “*não há especificidade na psicanálise de crianças. A estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e o adulto*”. Eles continuam afirmando que para a psicanálise não haveria uma criança e sim um sujeito que tem que ser considerado um “*analista integral*”.

Mas como pensar estrutura na infância se o supereu não está formado e o Édipo ainda não chegou a seu fim?

Em *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*, Calligaris (1989) afirma que é só na saída da puberdade que podemos falar em “preclusão” da lei.

Nessa mesma concepção, Jerusalinsky (2005, p. 10) defende que “*durante a infância, o sujeito está sendo ‘fabricado’, o que torna improvável qualquer assertiva de estruturação precoce como definida e irreversível*”. Seguindo esse pensamento, o autor, ao abordar as psicoses muito precoces na infância, propõe o uso do termo “*psicoses não decididas*” (JERUSALINSKY, 1993, p. 63), reconhecendo que a infância possibilita estados provisórios. Nessa mesma perspectiva, Bernardino (2004, p. 14) escreve que ela faz uso desta “*categoria como o diagnóstico que melhor contempla a posição da criança na linguagem, enquanto sujeito em constituição, bem como sua condição de indivíduo em crescimento, cujo organismo está em processo de desenvolvimento*”.

O encontro com o inexistente da relação sexual na infância ocorre sem a possibilidade do ato sexual propriamente dito e, assim, o fato da criança não se confrontar com o real do sexo no encontro sexual a mantêm em uma posição diferenciada daquela vivida pelo adulto. Segundo essa lógica, a efetivação dos processos vividos pela criança só seriam concluídos em um segundo momento, na adolescência. Seria nesse período que a criança se veria entre o impossível da promessa edípica de completude através do ato sexual que marcaria a impossibilidade do sujeito saber sobre o sexo e o gozo.

Segundo Bernardino (2004), o analista é aquele adulto que deseja nada de especial da criança e, assim, a leva a se perguntar “o que ele quer de mim?”. “*Esse novo abre a possibilidade para a criança de localizar seu desejo como podendo ser diferente do que interpretou como desejo do Outro, destacado deste*”. E, deste modo, a criança se sente “*aliviada do peso do gozo do Outro e pode largar seu sintoma e construir sua fantasia*” (BERNARDINO, 2004, p. 63).

Acreditamos que na análise com crianças tratamos do sintoma sem vinculá-lo a uma estrutura, o que não nos impede de fazermos uma aposta à respeito do futuro sujeito.

Na clínica com crianças duas questões cruciais se fazem presentes: a vida (de onde eu vim?) e a morte (para onde vou?), e elas permanecem sem resposta. No entanto essa questão toma a criança e é no corpo que isso se revela, isto é, “*é assim que os fenômenos corporais se imbricam na vida psíquica em dialética com o vir a ser da criança*” (ANSERMET, 2003, p. 14). Em outras palavras, fenômenos mentais e corporais estão por completo entrelaçados.

Na clínica nos defrontamos com pais desautorizados a exercer a função paterna, pais coibidos de sua autoridade. É comum eles perguntarem para o analista do filho como fazer isso ou aquilo, se devem ou não tomar determinadas atitudes educativas, como se o analista tivesse a resposta desse saber que não comporta erros. Nesse sentido nos confrontamos com um declínio do saber parental para a ascensão do saber técnico. Podemos constatar isso facilmente com a quantidade de matérias em jornais e revistas, sites da internet e livros de auto-ajuda escritos para ensinar aos pais a serem pais (aqui sublinhamos que há uma extensa bibliografia de como criar crianças com TDAH). Um importante efeito desse processo de deslocamento do saber dos pais para o especialista aponta para o modo como o saber médico trata as questões sociais, diz respeito ao processo de transformar questões que são puramente sociais e políticas em teorias sobre a saúde. E aí se tem a medicina pelo viés organicista.

Acreditamos que ao analisarmos crianças não podemos deixar de pensar que há sim especificidades nessa clínica. A criança ainda está em constituição e isso requer do analista um posicionamento diferente da análise com o adulto. Achemos importante marcar que em nossa visada não há como analisar crianças sem estar atento para além do tempo lógico ao tempo cronológico do desenvolvimento desta. É claro que tem que se tomar cuidado com o risco de desviar-se de seu campo de atuação, uma vez que a linha que separa a clínica com crianças do campo educacional e de agente substituto da função materna é bastante tênue. A clínica com crianças, muito mais do que a com adultos, faz com que nos interroguemos o tempo todo sobre o nosso lugar. Outra especificidade é a transferência na clínica com crianças: “*o analista trabalha com várias transferências*” (MANNONI, 1980, p. 97), já que os pais, além de procurarem o tratamento em nome do filho, invariavelmente vão estar implicados no sintoma da criança.

Mesmo defendendo a tese de que a psicanálise se separa do ponto de vista do desenvolvimento, Miller (1992) diz que:

... o fato de nos separarmos do ponto de vista do desenvolvimento não significa que o fator tempo não seja tomado em conta. E o fato de que os elementos já estejam solidários na estrutura não impede que o encontro do sujeito com esses elementos tenha uma variável, contingência ou, pelo menos, uma indeterminação. [...] E há uma definição de criança: é o sujeito cuja libido não se deslocou dos objetos primários. Não vou dizer que é uma excelente definição, mas na libido não é indiferente o fator temporal. É por isso que a perspectiva do desenvolvimento se introduz a propósito da libido mesma. (MILLER, 1992, p. 10)

Em *Os Complexos Familiares*, Lacan (1938/2003) nos fala que o bebê nasce completamente prematuro, o que o faz desamparado e dependente. Assim, através dos cuidados de um Outro experiente, normalmente a mãe, o bebê vai fazendo suas inscrições. Será através de um processo de erotização dos cuidados maternos que o bebê passará do registro da necessidade para o campo da demanda de amor endereçada a este primeiro Outro: *“A criança só pode apropriar-se dos significantes fundamentais: filiação, nomeação e sexualização a partir a partir do lugar de onde é reconhecida pelos pais”* (LACAN, 1938/2003, p. 72).

Depois da família a escola costuma ser o primeiro campo de socialização da criança, lugar esse onde são colocadas à prova as identificações, a metáfora paterna, a relação com o sexo, enfim, tudo o que constitui a subjetividade. E é justamente por isso que é na idade escolar que surgem a maioria dos sintomas infantis, época em que a criança é chamada a responder à demanda de outros, precisa fazer laço e se adequar a normas (período esse que costuma coincidir com o segundo tempo do Édipo). Momento também em que ela é comparada a outras crianças da mesma faixa etária e que se alguma coisa estiver fora do padrão rapidamente chama muita atenção. Tanto a família quanto a escola são lugares de ordem e disciplina, ou seja, certa ordenação dos lugares de pai, da mãe e de seus filhos tem de ser instaurada para que a criança possa ordenar os significantes que lhes são proporcionados pela escola. Para se apreender e assimilar é preciso ter primeiro um mínimo de ordem e disciplina.

Não me parece que a psicanálise avance mais que a psicologia e a neurologia negando o desenvolvimento ou

desinteressando-se do mesmo, mas que, inversamente, se veria amplamente enriquecida em sua teoria e em sua clínica se considerasse as investigações de outras disciplinas afins e, por sua vez, me parece que a psicanálise aborda alguns pontos-chaves principais que permitem dar conta do que é que possibilita o desenvolvimento, do que o condiciona, que é que o ordena. (CORIAT, 1998, p. 17)

Atrás de uma resposta para a questão filosófica “Como é possível o conhecimento científico?” Jean Piaget, em 1923, se vê obrigado a dirigir suas pesquisas ao estudo do discurso infantil e do desenvolvimento humano para alcançar seu objetivo. Corroborando esse pensamento achamos importante aqui marcar alguns pontos do desenvolvimento segundo Piaget.

## 5.2 - Um pouco de Piaget

Piaget foi o proponente da Epistemologia genética, na qual as formulações teóricas foram desenvolvidas ao longo de muitos anos. Sobre seus pressupostos biológicos (vale ressaltar que a primeira formação de Piaget foi a biologia) Piaget escreve que o estudo do desenvolvimento psicológico das funções cognitivas levanta continuamente questões biológicas que são relacionadas à embriogênese, bem como questões estabelecidas nas relações entre os organismos e o meio ambiente, sobretudo no que diz respeito às regulações daqueles por estes.

Para Piaget (1983, p. 39), as raízes orgânicas das estruturas são explicáveis pelas *“auto regulações com seu funcionamento em circuitos e sua tendência intrínseca ao equilíbrio”*.

A vida é essencialmente auto-regulação. A explicação dos mecanismos evolutivos, encerrada por muito tempo na alternativa sem saída entre o lamarckismo e o neodarwinismo clássico, parece encontrar seu caminho na direção de um *tertium*, que é cibernético e se orienta efetivamente no sentido da teoria da auto-regulação... Os processos cognoscitivos aparecem então simultaneamente como a resultante da auto-regulação orgânica, da qual refletem os mecanismos essenciais, e no âmbito das interações com o exterior, de tal maneira que acabam, no homem, por estendê-las ao universo inteiro. (PIAGET, 1967/2000, p. 38)

Piaget aplicava testes em crianças bem pequenas até adolescentes e esses provaram que as aptidões para o raciocínio evoluem segundo estágios sucessivos ao

longo do desenvolvimento físico da criança. Sendo assim, se essas aptidões acompanhavam o desenvolvimento orgânico da criança, elas tinham raízes orgânicas ou genéticas.

O pesquisador determinou quatro estágios do desenvolvimento da capacidade de raciocínio da primeira fase da infância até a adolescência. Esses estágios correspondiam a sucessivas fases do desenvolvimento físico. Os estágios são:

- **Sensório motor (até dois anos):** caracteriza-se por uma forma de inteligência exploratória, não verbal, empírica. A criança aprende com as experiências fazendo uso de objetos concretos.

- **Pré-operacional (dos dois aos sete anos):** nessa fase os objetos da percepção da criança ganham a representação por palavras, as quais o indivíduo, ainda criança, maneja experimentalmente em sua mente, assim como antes havia experimentado com objetos concretos. Nesse estágio a criança é egocêntrica e não consegue se colocar abstratamente no lugar do outro. Já possui percepção global das situações, mas não consegue discriminar detalhes. É a fase das perguntas, dos “por quês”.

- **Operatório concreto (dos sete aos doze anos):** nessa fase a criança desenvolve noções de tempo, espaço, velocidade, ordem, causalidade. Já é capaz de relacionar diferentes aspectos e abstrair dados da realidade. Ainda precisa do mundo concreto para chegar à abstração.

- **Operatório formal (doze anos até a idade adulta):** nesse momento a representação permite abstração total. A criança não se limita mais a representações imediatas nem somente às relações previamente existentes, é capaz de pensar em todas as relações possíveis logicamente buscando soluções a partir de hipóteses e não apenas pela observação da realidade. Nesse estágio as estruturas cognitivas da criança alcançam seu nível mais elevado de desenvolvimento e tornam-se aptas a aplicar o raciocínio lógico a todos os tipos de problemas.

A hipótese de Piaget (1970/2002) é que as adaptações são o motor da evolução. Dessa forma, ele teoriza a estrutura como um sistema de transformação que comporta leis enquanto sistemas e que ao mesmo tempo se conserva e se enriquece pelo próprio jogo de suas transformações, mas sem que tais transformações ultrapassem suas fronteiras ou se valham de elementos exteriores. Uma estrutura tem três características distintas, que são: totalidade ou estabilidade (em função da relação entre os elementos nunca resulta em outro elemento estranho ao conjunto); transformação (porque os

elementos invariavelmente estão relacionados dinamicamente entre si); e auto-regulação (porque uma estrutura não pode ser regulada por outra).

Segundo Piaget, o processo cognitivo sofre interferência de variadas condutas e entre elas o autor prioriza a afetividade. Para ele, a afetividade intervém diretamente nas operações de inteligência, perturbando, estimulando ou mesmo permitindo operações cognitivas originais, mas não sendo capaz de modificar a estrutura da inteligência.

Na obra intitulada *O Juízo Moral na Criança*, Piaget (1932/1994) não trata diretamente da moral infantil edificada no comportamento verificado no ambiente escolar, família ou grupo, e sim sobre o juízo que a criança faz a respeito da moral. Em um primeiro momento o autor procura saber em que consiste a noção de regra através da análise prática e da consciência que a criança tem das regras do jogo. Depois ele se volta para as regras morais prescritas pelos adultos, questionando sobre fatos morais como os desajeitamentos, o roubo e a mentira e, por último, trata das relações das crianças entre si, destacando a noção de justiça para apreensão do significado de tais relações.

Piaget estabeleceu duas morais: a moralidade heterônoma, relacionada à coação presente nos primeiros anos de vida da criança, ainda sob a autoridade dos pais, e a moralidade autônoma, relacionada à cooperação, presente a partir dos onze ou doze anos de idade, mas que se inicia, de maneira bastante incipiente, a partir dos sete ou oito anos.

Com o intuito de conhecer o raciocínio da criança, Piaget pesquisou grandes grupos através das técnicas de dilemas morais e entrevistas clínicas, jogando com as crianças, entrevistando-as nas brincadeiras de bolinha de gude, amarelinha ou pega-pega.

O desenvolvimento moral é descrito na teoria piagetiana por estágios que são dependentes do desenvolvimento cognitivo da criança. É necessário que haja condições cognitivas para compreender os processos envolvidos.

### **Os Estágios**

- Primeiro Estágio: *motor* e individual (do nascimento até os dois anos): período em que a criança apenas manipula objetos diversos para estabelecer alguma ritualização, que é própria da fase, onde os rituais como processo de adaptação efetiva servem de brincadeira para a criança. De modo regular e não automático, a criança estará assimilando o novo objeto.

- Segundo Estágio (entre os dois e os seis anos): caracterizado pelo *egocentrismo infantil*. Nesse momento a criança já aceita as regras que recebe do exterior, dos adultos ou mesmo de crianças mais velhas. Considera as regras sagradas e imutáveis e é completamente avessa à sua mudança. Joga com os outros imitando. Acredita estar em interação com os demais, enquanto está jogando só para si. Modifica as regras sem se dar conta de que está fazendo isso.

- Terceiro Estágio (entre os sete e onze anos): este momento é caracterizado por uma *cooperação nascente*. A criança já conhece as regras e aceita, se for a vontade do grupo, as mudanças. Nesta fase as crianças jogam juntas, mas com uma infinidade de regras concomitantes.

- Quarto Estágio (onze, doze anos): neste estágio ocorre finalmente a codificação das regras, a *organização do pensamento e a autonomia*. A criança joga pelo prazer da disputa, mas procura interagir quanto às regras, que jamais são fixas e dispõe de possibilidades de mudanças se decididas pelo grupo.

É importante ressaltarmos que apesar da divisão por idade esse desenvolvimento da prática e da consciência das regras pelas crianças se dá de modo contínuo.

Além da descrição dos estágios encontrados por Piaget a respeito da prática e da consciência das regras, cabe ainda discutir a respeito dos processos evolutivos inerentes ao juízo moral da criança. Sobre isso Piaget destaca duas grandes questões: a primeira diz respeito ao tipo de mudança (grau ou natureza) observada entre seis e doze anos; a outra se refere à distinção entre o que é do sujeito e o que é socialmente transmitido. Essa segunda questão leva à outra preocupação no que se refere ao respeito, se esse se deve ao grupo ou a um indivíduo particular.

Sobre a primeira questão Piaget é claro ao mostrar que não é possível conceber uma diferença de natureza sem uma continuidade ao menos funcional.

... o adulto todo já está na criança e a criança está no adulto. A diferença de natureza reduz-se então a isto: há, na criança, atitudes e crenças que o desenvolvimento intelectual eliminará, na medida do possível, há outras que assumirão sempre maior importância; e, das primeiras às segundas, não há filiação simples, mas antagonismo parcial. (PIAGET, 1932/1994, p. 75)

Dessa forma, a divisão em estágios contém tanto as diferenças estruturais (natureza) quanto continuidade funcional (grau). Não há, portanto, estágios gerais que

englobam todo o conjunto da vida psicológica do indivíduo, num recorte da sua evolução.

Na moralidade heterônoma estão presentes a coação e o respeito unilateral, frutos do desejo da criança de ser aceita e amada por seus pais. Parece que os comportamentos adultos, como as repreensões que o adulto faz à criança, ficam como registros afetivos e comandam seus julgamentos morais, pois *“são as pessoas exteriores que canalizam os sentimentos elementares da criança, e não estes que tendem, por si próprios, a se regularizarem do interior”* (PIAGET, 1932/1994, p. 296).

A moralidade autônoma é resultado de uma crescente necessidade de cooperação, por sua vez resultado da percepção da necessidade de cooperar para manter as relações, e agora a criança não quer mais ser aceita apenas pela família, mas também pelos amigos.

A construção das duas morais na teoria piagetiana pressupõe a evolução da noção de responsabilidade objetiva para a noção de responsabilidade subjetiva. Na noção de responsabilidade subjetiva, o sujeito descentrado de seu egocentrismo começa a se dar conta da intencionalidade dos atos. Dá-se conta das consequências distintas que as ações possuem quando, na relação com outrem, implica a percepção do objetivo pré-estabelecido do ato.

A compreensão da realidade e da verdade, assim como a compreensão dos atos e consequências, que só são possíveis nesta fase do desenvolvimento intelectual, leva o sujeito a uma crescente cooperação. Isso porque este passa a ter um maior entendimento das relações que o une aos outros indivíduos, ou seja, da necessidade de discutir regras e maneiras de realização de outras atividades, para manter as relações interpessoais que são de extrema importância a partir desta fase.

A evolução é, então, da heteronomia para a noção de responsabilidade objetiva, onde o sujeito julga as situações por suas consequências e não pela intencionalidade, e da Autonomia para a Noção de Responsabilidade Subjetiva. As duas primeiras são preponderantes do primeiro e do segundo estágio. No terceiro estágio a cooperação aparece de maneira bastante branda, assim como a Noção de Responsabilidade Subjetiva. A autonomia só comparece no quarto estágio.

Não podemos deixar de lembrar que para Jean Piaget todo o processo cognitivo é elaborado através de um mecanismo de assimilação e acomodação. A acomodação de novos conteúdos é um processo além da assimilação (tomar conhecimento da existência

de), que ocorre somente quando os conteúdos vão sendo reestruturados na organização perceptiva e cognitiva do sujeito.

As conclusões a respeito da moralidade infantil em Piaget apontam claramente a relação de coação adulta existente na sociedade e difundida no ambiente escolar. A punição intelectual aplicada ao aluno que não dá conta de assimilar os conteúdos trabalhados em sala de aula; a coação exercida pelas notas em provas; são alguns exemplos de relação entre adultos e crianças na escola. Para Piaget, as escolas deveriam propiciar às crianças um equilíbrio entre a experimentação individual e a reflexão comum.

É absurdo e mesmo imoral (...) querer impor à criança uma disciplina totalmente elaborada, quando a vida social das crianças entre si é bastante desenvolvida para dar nascimento a uma disciplina infinitamente mais próxima da submissão interior própria à moral do adulto. É inútil, por outro lado, pretender transformar do exterior o pensamento da criança, quando seus gostos de pesquisa ativa e sua necessidade de cooperação bastam para assegurar um desenvolvimento intelectual normal. (PIAGET, 1932/1994, p. 300)

E, assim, Piaget alerta os educadores que as crianças são capazes de desempenhar tarefas e se esforçarem para alcançar o objetivo final quando os trabalhos propostos realmente as interessam. A imposição autoritária de regras e saberes sem a efetiva cooperação e participação do aluno não constitui, para o autor, a melhor maneira de fazer conquistar a disciplina interna e a solidariedade entre pessoas. Ele é categórico: *“no domínio da moral, como no campo intelectual, só possuímos realmente o que conquistamos por nós próprios”* (PIAGET, 1932/1994, p. 272).

### **5.3 - TDAH o que a psicanálise tem a dizer?**

Não há a menor dúvida de que existem crianças excessivamente agitadas, impulsivas, com dificuldades de manter a atenção, mas isso nos possibilita enquadrá-las na sigla TDAH? É fato que essas crianças apresentam perdas cognitivas de memória, são candidatos certos ao fracasso escolar, são atingidos no desenvolvimento da inteligência. Pela visada da psicanálise temos as funções psicológicas da inteligência, percepção, raciocínio lógico, motricidade, memória e outras como consequência da configuração subjetiva de cada criança, que por sua vez está vinculada aos significantes que vem do Outro. Dessa forma, entendemos que a clínica psicanalítica com crianças

não pode ignorar as sintomatologias que se manifestam nessas funções; pelo contrário, deve levantar hipóteses para compreendê-las como uma expressão do funcionamento daquela criança.

Como vimos no capítulo três, o supereu é a grande inovação da segunda tópica freudiana, ele é descrito como a instância judiciária do nosso psiquismo. Na infância o papel do supereu é representado por uma potência externa, os pais. Em outras palavras, a criança não tem seu supereu constituído, logo ela não possui inibições internas, obedece aos seus impulsos aspirando apenas o prazer. Em *Psicologia de grupo e análise do eu* Freud (1921/1980) coloca a pulsão pela via do amor como o a que promove laços que só se fornecem pela via da identificação, isto é, a libido retorna ao eu para investir nos objetos narcisicamente. O eu-ideal resulta da sustentação de uma potência vinda do narcisismo primário - Eu sou a majestade o bebê -, e é a partir dessa sustentação que a criança poderá se valer dos enunciados paternos. Desta maneira, acredita que pode se adequar ao ideal do eu, possibilitando um movimento de passagem do imaginário para o simbólico. Acreditamos ser justamente nessa sustentação a dificuldade da criança diagnosticada de TDAH. Tais sintomas apontam para uma relação entre o eu ideal e o ideal do eu completamente instável, o funcionamento do eu com relação à realidade fica prejudicado. É o real sem lei.

É justamente essa operação psíquica do eu ideal para o ideal do eu, do imaginário para o simbólico, que permite a criança iniciar sua vida escolar de aprendizagem, organizar o pensamento, e ter uma vida social além daquela com os pais. Essa operação deficitária acarretará enormes prejuízos para a criança.

No caso de sintomas de falta de atenção e hiperatividade, poderíamos pensar que haveriam forças pulsionais muito intensas atuantes que ao não conseguirem encontrar continência, mobilizariam fortes defesas narcísicas e a criança se voltaria para si mesma, ficando entregue às próprias forças, insuficientes para darem conta dos desafios propostos pela escola, pelos pais, pelo mundo de forma geral.

Hanna (2003) faz uso do modelo freudiano do arco-reflexo para situar a atenção. Lembra-nos que no polo perceptivo entram todas as percepções internas e externas e é no polo motor através do qual se exercem todas as atividades necessárias para operar as modificações e, assim, satisfazer os desejos. Entre os polos encontramos as marcas mnêmicas que constituem a memória inconsciente. *“A percepção e a motricidade são funções do ego, nos dirá Freud no texto O Ego e o Isso. Na síndrome descrita, a função da atenção se encontra restrita, o sujeito se diz disperso, não conseguindo manter sua*

*percepção e em alguns casos apresentando uma alteração no polo da motricidade, que é descrito como uma atividade extremada, desgovernada” (HANNA, 2003, s/p). Tal como postula Coriat (1997, p. 12): “o que está em jogo nas experiências com o outro não é somente a inscrição dos primeiros sinais mnêmicos, mas também o estabelecimento de *bahnung*, facilitação ou estabilização seletiva das sinapses neuronais”. A criança hiperativa se movimenta em excesso porque o limite de contensão lhe falta, o falo como medida simbólica no qual todos podem dar significação ao mundo é inoperante.*

Como vimos, o sintoma infantil está na ordem de um apelo, da busca da intervenção norteadora do pai diante da sua falta de recurso para sair da captura do desejo materno. A hiperatividade, aparecendo como agitação, como o corpo que não sossega e verborragia, é entendida por nós como a manifestação do escoamento de conteúdos internos, por falhas de apaziguamento, representando esforços na tentativa de conseguir algum tipo de contenção, conseguir que a função paterna opere. Em outras palavras, esses sintomas aparecem como uma tentativa de contorno.

Podemos pensar que essas crianças apresentam prejuízos na construção da subjetividade, pela dificuldade da evolução das percepções às representações, das sensações à emoções, do corporal ao psíquico.

O sintoma na clínica psicanalítica com crianças justamente evidencia a existência de um sujeito que se nega a ser ordenado como outros de seu meio. A criança hiperativa é um sujeito que se movimenta muito porque o limite, isto é, o falo como medida simbólica pelo qual todo sujeito pode dar significação ao mundo, lhe falta. É uma criança que vive à mercê dessa falta de medida

Pensar a respeito do TDAH a partir da psicanálise não deixa de ter ressonância com o que Freud escreveu a respeito da angústia e sua expressão no corpo. Foi em *Inibições, sintomas e ansiedade* (FREUD, 1926a/1980) que o pai da psicanálise apresenta essa tríade como três modos de resposta do sujeito frente ao real do trauma. Assim, nos aponta Legnani (2008), a sintomatologia descrita pelo TDAH não deixa de ser efeito de uma forma de subjetivação. Hiperatividade e impulsividade como um corpo que não está regulado pelo simbólico, que não consegue conter o transbordamento da angústia.

A criança com TDAH fica na passagem de ser o falo para mãe e não o ser, isso porque a lei paterna, o corte necessário, claudica, sua função aparece de forma bastante

incipiente na subjetividade da criança e, assim, o filho acaba por ficar na posição de vítima do imperativo de gozo do desejo da mãe.

O excesso de movimentos, as atitudes abruptas dessas crianças, podem ser pensadas como uma maneira de se dirigir ao outro. Crianças com o diagnóstico de TDAH costumam ser marcadas por significantes como: desordeira, descuidada, inquieta, avoadada, descuidada e outros tantos que vão nessa mesma direção, sempre marcando a instabilidade motora e a desatenção da criança. Ao se reconhecer nesses significantes, ela vai se apropriando de um por um e, dessa maneira, fica presa a uma posição subjetiva que a impede de se perguntar sobre o desejo do outro; apenas responde com seus movimentos desordenados e sua verborragia.

Essa agitação toda que chega a incomodar tanto os adultos quanto as outras crianças, dificultando inclusive os laços dessa criança, ocupa o lugar da distância que não há entre a criança e a mãe. Distância que oportunamente pode produzir um pai. É uma distância que visa recusar as demandas maternas que lhe são feitas. Cabe aqui assinalar uma tendência atual, a saber, a dificuldade dos pais em relativizar os ditos e imperativos maternos e, conseqüentemente, em propiciar tal distância. Desse modo, a hiperatividade vem responder a uma dificuldade na incidência da função paterna sobre o desejo materno, de modo que o objeto criança não seja tudo para a mãe e que o desejo da mãe possa também ser dirigido a um homem.

De acordo com Alfredo Jerusalinsky (2006, p. 41), um déficit de atenção corresponde ao não saber para onde dirigir sua percepção, é não produzir no *percepto* um ato de nomeação que lhe proporcione extensão simbólica porque esse objeto não chega a passar pelo campo do Outro: *“a extensão simbólica está reduzida e a operação que apaga a coisa para que o sujeito possa enunciar de um modo polissêmico o que percebe, esse corte, falha”*.

A incursão dessas crianças no campo simbólico costuma ser opaca, pois o vazio que deveria ser o resultado de uma castração simbólica mais efetiva permanece atenuado, dificultando, assim, que o seu entorno seja ordenado por uma cadeia de significantes que lhe possa representar, mais efetivamente, diante dos outros.

Bianchi (2007) propõe, baseando-se em Maryse Roy (2003), que pensemos a criança hiperativa como uma criança-sintoma, em que a criança hiperativa ao tamponar a falta materna fica no lugar de falo da mãe. Isto é, o filho está no lugar do sintoma materno e, dessa maneira, o sintoma de hiperatividade é uma resposta à falta materna.

Voltando ao capítulo três onde estudamos separação e alienação, podemos concluir que a criança hiperativa apresenta uma dificuldade na operação de separação e essa dificuldade retorna no real do corpo na forma de uma agitação excessiva. A falha simbólica dá lugar ao excesso, que é avassalador para a criança e a faz ficar inapta a focar e manter sua atenção em um dever da escola ou em algo que um adulto esteja falando, ou até nas regras de uma brincadeira, por exemplo.

Segundo Lévin (1997/2004), a criança com sintoma motor é como se estivesse impedida de ser sujeito de seu próprio corpo e salienta o fato da palavra “impedido” vir do latim *impedicare* que tem como um dos significados “ser pego numa armadilha”. O autor continua: “*a criança que possui um sintoma psicomotor caiu numa armadilha, na captura narcísica que a impede de conquistar seu próprio espaço separado do Outro*” (LÉVIN, 1997/2004, p. 158). Entendemos que a captura narcísica da qual Lévin fala está relacionada diretamente às questões narcísicas com o Outro materno.

Antes mesmo de Lévin, Lacan (1962-1963/2005) utiliza o significante *impedicare* designando-o como a captura narcísica, colocando-a ao lado da inibição. E, assim, ele afirma que a inibição desde Freud, “*está na dimensão do movimento no sentido mais amplo desse termo e que se trata da paralisação do movimento. (...) Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu*” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 18).

Para nós o que parece é que as crianças desatentas ou hiperativas fazem uma inibição na ordem do intelectual, elas apresentam bastante dificuldade de aprendizagem por estarem impedidas para o conhecimento. Com isso, parece fazer mais sentido o fato de Lévin separar a instabilidade da inibição psicomotora e afirmar que o impedimento é algo característico do sintoma psicomotor.

Para Hanna (2003, p. 151), a inibição surge como “*uma tática de defesa que resiste ao desejo do Outro, enigma que provocaria a emergência da angústia*”. O inibido se antecipa à pergunta do “*Che vuoi?*” por meio de uma restrição da função do eu, no caso do TDAH uma restrição da atenção, e ao mesmo tempo promove uma estagnação da função do desejo.

A criança com TDAH, ao posicionar-se como porta-voz do desejo materno, um desejo do qual está alienada e do qual nada sabe, mas ainda parece que ela não tem desejo de saber, aparece como inibida intelectualmente. A inibição como sintoma se constitui numa proteção à verdade do Outro materno. Seria, assim, uma tentativa de resistência a ficar nesse lugar arrebatador do desejo materno.

Faremos uso de um breve relato de caso de uma criança, com diagnóstico médico de TDAH, para ilustrar o aprisionamento da criança ao desejo da mãe.

### **Marcos o falo da mãe solitária**

Marcos, um menino de doze anos com o diagnóstico de TDAH e medicado com Ritalina, é levado ao meu consultório pela mãe. Esta o descreve como sendo muito agitado, levado, respondão, nervoso, não obedece, mas é dócil e gentil. Diz que faz de tudo para educá-lo da melhor forma possível, lê todos os livros para pais que têm filhos com TDAH.

No colégio Marcos está sempre tendo problemas tanto com os professores quanto com os colegas. A mãe reage aos maus feitos de Marcos colocando-o de castigo e restringindo seu acesso à televisão e a jogos eletrônicos. Ela tira o que o filho gosta e diz que os objetos estão de castigo e não o menino.

Os pais de Marcos se separaram quando ele tinha cinco anos. O pai foi morar na região serrana do Rio de Janeiro e passou a visitar o filho esporadicamente. Quem quis a separação foi o pai e desde então a mãe diz viver para o trabalho e o filho. Frisa que abriu mão de amizades e de namorar para dedicar seu amor exclusivamente ao menino.

O final de semana desta mãe é dedicado ao filho; no sábado ela refaz com ele os deveres que ele não conseguiu fazer em sala durante a semana. Segundo a mãe, domingo é o dia da recompensa, afinal as crianças com TDAH precisam ser recompensadas depois de cobradas.

Marcos responde minhas perguntas sempre com um “não sei” ou “pergunta isso pra minha mãe”. Tento saber sobre o colégio, sobre programas de televisão, sobre vídeo-games, mas nada parece despertar o interesse dele. Um dia me fala que gosta de filme de terror, mas que a mãe não o deixa ver, pois acha que ele terá pesadelos. Pergunto se ele costuma ter pesadelos e aí começamos a ter um elo para conversas, seus sonhos/pensamentos de terror sobre personagens de tecido. Todos esses personagens têm a mesma morte, são esmagados em uma máquina “enganadora”. Essa máquina tem a aparência de uma máquina de lavar roupa e quando os personagens entram lá para serem limpos saem despedaçados porque na verdade a máquina é uma trituradora. Passamos várias sessões conversando, escrevendo, fazendo contas, tudo com o tema da máquina enganadora/trituradora.

Nesse fragmento de caso, vemos que o menino jogou o jogo ilusório de ocupar o lugar de desejo da mãe, ele não consegue ter o suporte identificatório necessário para

passar do lugar de ser o falo da mãe para ter o falo. Essa identificação, vale apontar, é imaginária.

O aprisionamento da criança ao desejo materno, do ponto de vista dinâmico, aponta para uma posição subjetiva na qual não haveria um movimento intrapsíquico capaz de direcionar o eu ao encontro do ideal do eu. É neste intervalo, sem direção, que Lacan indica o ponto em que a criança se deixa capturar pela fantasmática materna. Apostamos agora que a entrada do pai de forma mais representativa na vida de Marcos possa redirecioná-lo e que o trabalho analítico o ajude a fazer a passagem bastante delicada do Desejo da Mãe para o Nome do Pai. Da vida desorganizada à possibilidade da aprendizagem.

#### **5.4 - O Retardo: um sintoma da angústia materna**

Maud Mannoni (1964/1999) teve seu primeiro contato com crianças diagnosticadas com retardo mental em 1950, momento em que começou a trabalhar com Françoise Dolto. Influenciada pela associação, sugerida pela psiquiatria, entre debilidade e déficit cognitivo, resultado dos testes de inteligência, Mannoni fundamentava suas pesquisas clínicas com o intuito de diferenciar o que ela chamou de verdadeiros e falsos débeis. Com base nos resultados dos testes a criança era encaminhada ou não para o tratamento psicoterápico e somente os falsos débeis deveriam ser tratados pela psicanálise. Mas foi quando ela tratou de um menino considerado verdadeiro débil que coloca em questão os chamados déficits cognitivos, pois esse menino teve uma melhora substancial, incluindo aí o que diz respeito à vida acadêmica.

O sucesso da análise de Xavier me fez acreditar que havia “falsos” e “verdadeiros”. Orientei-me, portanto, numa primeira fase, para o exame psicológico extenso e pude estabelecer duas categorias: os que tinham um nível Homogêneo de debilidade nos diferentes testes e aqueles em que os resultados eram contraditórios de um teste para o outro. Era nesse critério que me baseava para orientar ou não as crianças para uma psicoterapia. (MANNONI, 1964/1999, p. 32)

Mannoni e Dolto se surpreenderam quando essa criança com quadro de debilidade foi atendida por Dolto e no que ela apresentou uma melhora significativa a

mãe revelou uma fobia de cachorros. A reação materna fez Mannoni interpretar que mãe e filho eram um só corpo. Dessa maneira, ao interferir em um automaticamente isto teria consequências no outro, o que a fez acreditar que:

Um Q.I. inferior ou superior não tem grandes sentidos em si. O que conta é o que a criança faz com seu Q.I.. é aquilo para que serve sua inteligência. Avançando na análise dessas crianças somos levados, num dado momento, a fazer a seguinte pergunta: será ele débil ou esquizóide? Avançando mais, é a própria noção de debilidade, e talvez mesmo a gênese das psicoses, que deve ser questionada. (MANNONI, 1964/1999, p. 133)

E, assim, as psicanalistas apontaram que o déficit intelectual encontrado em crianças pode não ser a causa última que se deve avaliar. A inteligência pode servir para esconder uma relação dual da criança com a mãe, na qual o pai pouco se faz presente, fazendo com que o processo da castração do filho fique fragilizado. Em muitos casos, seriam as fantasias da mãe que alienaram a criança em seu destino e, desta forma, a abordagem analítica do problema da debilidade, para Mannoni (1964/1999), remete ao nascimento de um bebê, onde o que a mãe deseja no período gestacional é:

... antes de mais nada, a recompensa ou a repetição de sua própria infância, o nascimento de um filho, vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos: um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa “real” do filho [...] repara o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo que ela teve de renunciar. (MANNONI, 1964/1999, p. 5)

Lacan (1964/1998), ao escrever sobre as operações de alienação e separação, faz referência ao livro de Mannoni (1964/1999) sobre a criança retardada. Ele reforça a ideia da autora que há algo da relação entre a criança com debilidade e a mãe que é encontrado também nos casos de psicoses. Isso que seria encontrado é a redução da criança ao papel de suporte do desejo materno.

As crianças débeis apresentam-se muitas vezes como grandes fóbicas. Todavia, algo as diferencia radicalmente do neurótico: o neurótico pode exprimir a ameaça do Outro em um nível simbólico, numa dialética verbal. Porque não se sente

inteiramente implicado no seu corpo por essa ameaça. O débil ou psicótico respondem à ameaça do Outro com o corpo. Este é habitado pelo pânico; falta-lhes a dimensão do simbólico, que lhes permitiria situarem-se em face do desejo do Outro, sem estarem em perigo de se deixar absorver por ele. (MANNONI, 1964/1999, pp. 155-156)

Acompanhamos o entendimento de Mannoni (1964/1999) de que a inteligência não deve ser o fim do diagnóstico do analista, muito pelo contrário, ela pode estar a serviço do sintoma e, assim, camuflar a relação dual da criança com a mãe.

## Capítulo 6 - TDAH COMO ANTESSALA DA FOBIA INFANTIL

Freud (1909/1980, p. 123) descreveu a fobia como a “*neurose da infância par excellence*” e, deste modo, vamos fazer um breve apontamento de porque as crianças recorrem às fobias. Para tanto nos basearemos no principal e paradigmático caso de fobia da história da psicanálise: o caso Hans, que segundo Freud foi o modelo de todos os vícios. Publicado sob o nome *Análise de uma fobia em um menino de cinco anos* (Freud, 1909/1980), ocupa um lugar de destaque na literatura psicanalítica, pois, pela primeira vez, o paciente era uma criança. Durante o tratamento, Freud e Hans se encontraram apenas uma vez. A análise foi conduzida pelo pai do menino através de orientações que Freud enviava por carta; o relato narra os sintomas e tratamento de Hans no período que ele tinha entre três e cinco anos.

Em sua análise de Hans, Freud fala de um menino intensamente amado pelo casal parental, que apresenta uma agitação nervosa que o pai atribui ao excesso de ternura manifestado pela mãe com relação ao filho e tem como sintoma fóbico o medo de cavalos.

O caso Hans deixa bem claro que o pai do menino era presente, mas ainda assim houve uma carência do significante Nome-do-Pai; diante da intervenção frágil do pai de Hans como agente da castração, o menino se utiliza do sintoma fóbico como tentativa de fazer metáfora. Basta ver que, até mesmo quando o pai se força a desempenhar um papel interditor, ele recua ao sinal de protesto da mãe, como fica evidente na passagem abaixo:

Hans sempre entra em nosso quarto, bem cedinho, e minha mulher não pode resistir, levando-o para a cama por alguns minutos. Em resposta a esse procedimento, invariavelmente passo a admoestá-la para não levá-lo consigo para a cama; e ela responde, às vezes sem dúvida com certa irritação, que tudo é uma bobagem, que afinal um minuto não conta, e assim por diante. Desse modo Hans fica com ela por um instante. (FREUD, 1909/1980, p. 49)

Em Hans, a angústia se dá frente à precariedade de simbolização da castração. A intervenção do pai não foi suficiente para barrar o gozo da mãe. Ela deveria ser privada do falo - seu filho - pelo pai, mas, como isso não ocorreu, a mãe continua fálica, e Hans

passa a fazer uso da fobia, que tem função organizadora de sua subjetividade, para se defender da voracidade materna.

A mando de Freud, o pai de Hans diz ao filho que não adianta procurar o falo nas mulheres, pois elas não o possuem. O menino reage à explicação do pai com um pensamento noturno que o amedronta e o faz ser levado para a cama do casal parental. Na manhã seguinte, Hans conta que pensou em duas girafas: uma grande e outra pequena. Diz ao pai que havia se sentado sobre a girafa pequena e que a pegara e amassara com a mão, enquanto a girafa grande gritava e ia embora. O pai do menino lhe diz que como é impossível se amarrotar uma girafa, isso havia sido apenas um sonho e Hans garante ao pai que ele pensara nisso, não era apenas um sonho. O pai de imediato interpreta a girafa grande como sendo ele e a pequena sua esposa. Freud entende essa fantasia como uma conscientização do menino da tomada de posse da mãe, que, por ser algo desejado, mas proibido, obriga-o a se defrontar com a barreira do incesto. Lacan (1956-1957/1995) explica que não se trata de saber quem é qual girafa, já que o que está em jogo é o fato de a criança retomar a posse da mãe, para grande amolação da girafa grande.

Lacan (1956-1957/1995) faz dessa fantasia o acesso ao simbólico, aponta o grito da girafa como o grito do Outro ao também ser barrado. Myssior (1999, p. 49), ao interpretar tal fantasia, diz que *“a girafa é tomada como uma representação simbólica, inaugurando a castração do Outro materno ao torná-lo apenas um papel amarrotado”*. A fantasia aponta que Hans já consegue simbolizar a castração no Outro. Lacan (1956-1957/1995) aproveita-se dessa mesma fantasia para falar da criança como metonímia do desejo de falo da mãe. A criança como um todo é o falo e, assim, ao restaurar à mãe o seu falo, ela faliciza a mãe por inteiro, fabrica um duplo da mãe através das duas girafas, não importa se uma é grande e a outra pequena; são duas girafas. Lacan nos explica que a girafa pequena enquanto duplo da mãe está reduzida ao suporte que é sempre necessário para a veiculação do significante. Deste modo, pode-se segurá-la, amassá-la e se sentar em cima, sendo dessa maneira um testemunho da passagem do imaginário ao simbólico.

O *Seminário XVII - O avesso da psicanálise* é permeado de novidades; nele Lacan (1969-1970/1992) faz demarcações importantes sobre a função paterna. No capítulo *Do mito à estrutura*, apresenta a importante dissociação entre o que ele nomeou de vertente mítica e a vertente estrutural do pai. É a divisão perpetrada por Lacan entre castração no mito e na estrutura que o possibilitou teorizar o pai real, que para além do

mito é um operador estrutural, encarna a função de agente da castração. Assim, a castração deixa de ser uma consequência da ação do pai edípico para ser um fato de linguagem. Agenciar a castração seria a herança paterna por excelência.

... se a castração é o que atinge o filho, não será também o que faz aceder pela via justa ao que corresponde a função do pai? Isto se mostra em toda nossa experiência. E não é isto mostrar que é de pai para filho que a castração se transmite? (LACAN, 1969-1970/1992, p. 114)

Outro fato bastante relevante no caso Hans é o complemento ao caso que o pai de Hans envia a Freud, onde ele se refere a uma parte não solucionada da fobia do menino; mostra como Hans não consegue entender a relação que um pai tem com um filho, já que os bebês nascem das mães. “*Hans ainda quebra a cabeça para descobrir o que um pai tem a ver com seu filho, já que é a mãe que o traz ao mundo*” (FREUD, 1909/1980, p. 107). O pai do menino havia lhe dito que homens não têm bebês, mas não havia lhe explicado que isto não os impede de serem pais. Para serem pais é preciso que, a partir do filho que foram, passem a desejar uma mulher e, conseqüentemente, tenham um filho desta, tornando-se assim pais; é preciso que ocorra uma tomada de posição frente ao desejo. É aí que o pai do fóbico claudica: em sua fragilidade na transmissão simbólica, colocando a própria condição de sujeito desejante em risco. Agora, já podemos notar que o filho também insiste em ver o pai nessa situação de fragilidade, teima em não vê-lo como parceiro da mãe. Em Hans isso fica bastante evidente quando ele propõe que o pai se case com a vovó.

Podemos perceber o impasse da fobia se apresentando na passagem do segundo para o terceiro tempo do Édipo, onde o objeto fóbico surge para não deixar às escâncaras a carência de um pai que não exerce de forma eficaz sua função de separador. O sintoma fóbico, como elemento de regulação e contenção da angústia, representa para a criança nesse momento um apelo ao pai, vale dizer, um pedido de legislação.

Através da fobia, o menino cria uma série de equivalentes para o falo, desvelando a função dessa fobia, que é constituir um objeto com valor de significante fóbico, estabelecendo uma lei que organize a criança.

Lacan (1956-1957/1995, p. 374) comenta que, na única consulta de Hans com Freud, fica a ilustração da duplicação, “*até mesmo da triplicação*”, corrige ele, da

função paterna que se faz necessária para o entendimento do Édipo, na medida em que o Nome-do-Pai entra em cena. Em uma única sessão que Hans teve com Freud, este, passando a ocupar o lugar de pai simbólico, fez o que foi essencial para o menino: introduziu Hans ao mito edípico, contando que, muito antes de ele nascer, já sabia que *“iria chegar um pequeno Hans que iria gostar tanto de sua mãe que, por causa disso, não deixaria de sentir medo de seu pai”* (FREUD, 1909/1980, p. 52). Narrando o mito de Édipo, Freud introduziu uma estrutura simbólica em uma relação que até então era por essência imaginária. Trouxe, forçosamente, o pai de Hans para a relação familiar, pois o incluiu não só no romance familiar, como também no sintoma do filho, determinando assim a direção do tratamento. E, nos momentos em que Hans se sentia mais próximo da angústia, ele pedia para que seu pai escrevesse ao professor contando os últimos fatos. A criança passa a endereçar seu sintoma a Freud, já que sabia que seu pedido de interdição ao pai passaria necessariamente pelo professor. O êxito do tratamento de Hans, sua instauração em uma nova posição no mundo, decorreu da possibilidade de Freud se inserir como pai simbólico.

Lacan (1956-1957/1995, p. 374) diz que o pai simbólico é necessário ao desmame mãe-filho, *“pelo qual a criança sai do puro e simples acoplamento com a onipotência materna. O Nome-do-Pai é essencial a toda articulação de linguagem humana, e é a razão pela qual o Eclesiastes diz: o insensato disse em seu coração: não existe Deus”*. Para Hans existe Deus - o professor - e, assim este pode ajudá-lo e ser digno do endereçamento do seu sintoma. Existe um pai simbólico, e o pequeno Hans, que não é um insensato, acredita nele.

Não podemos nos esquivar de salientar que a fobia não foi tida por Freud (1909/1980) como um processo patológico independente, e sim como uma síndrome que ele denomina histeria de angústia; logo, aponta pelo próprio nome, para uma semelhança entre a histeria e a fobia, mantendo como diferença o fato de, na segunda, não haver conversão, mas sim forte presença da angústia. Por ser tida como uma síndrome podem ser encontradas manifestações fóbicas tanto na histeria quanto na neurose obsessiva. Isso nos leva a pensar que Lacan (1968-1969/2007), em *De um Outro ao outro*, retomou a posição freudiana de 1909 ao não localizar a fobia como uma terceira neurose. Assim sendo, ele elevou o objeto fóbico à função de um significante “pau-para-toda-obra” e mostrou como o sintoma na fobia é menos estável que nas outras neuroses, estando sempre aberto a transformações. Em contrapartida, na fobia, a angústia não procede de uma lembrança recalcada, ela é por excelência angústia de

castração e, nesse sentido, guarda uma distância em relação às duas grandes ordens de neurose.

Lacan (1956-1957/1995, p. 211) assinala que Freud havia sublinhado desde o começo que convém separar a angústia da fobia: *“se existe aí duas coisas que se sucedem não é sem razão: uma vem em socorro da outra, o objeto fóbico vem preencher sua função sobre o fundo da angústia”*.

A fobia faz referência ao sexual, ao infantil, ao recalque. Freud observa que o trabalho lógico da histeria de angústia não obtém êxito em reverter angústia em libido, pois certa parcela de libido permanece recalçada para sempre, não sendo possível aos sintomas da histeria retomar o contato com os complexos originais, que foram a fonte da libido. O resultado é que a histeria de angústia assemelha-se a um processo contínuo de desenvolvimento de fobias que Freud (1909/1980, p. 131) descreve como sendo *“tão curiosamente difusas e, ao mesmo tempo, tão estritamente condicionadas”*. Ele queria apontar que as fobias do tempo da infância são difusas ao sinalizarem a inibição à qual a criança é levada para não despertar a angústia, e que elas são condicionadas pela causa que precipita a angústia. Nesse ponto gostaria de chamar a atenção para a palavra inibição, trataremos dela adiante!

Seguindo a leitura freudiana, entendemos a histeria de angústia como uma projeção de um perigo pulsional interior sobre um real exterior. O que aparece como perigo não é a pulsão em si, mas o que pode vir a ocorrer devido à sua existência. Trata-se, na fobia, da substituição de um perigo real por outro exterior. Em outros casos, pode ocorrer da satisfação pulsional levar a um perigo externo e aí tal impulso pulsional tornar-se um perigo interno. Também, um perigo externo, pode ser internalizado quando estiver associado a uma situação de desamparo. Até aqui, nos preocupamos em tentar diferenciar o perigo externo do interno, e os diferentes tipos de angústia, mas é o próprio Freud que nos aponta a pouca importância dessas definições ao alertar que:

Quer o Ego esteja sofrendo de uma dor que não pára ou experimentando um acúmulo de necessidades instintuais que não podem obter satisfação, a situação econômica é a mesma, e o **desamparo motor do Ego** encontra expressão em desamparo psíquico. (FREUD, 1926/1980, p. 193; grifos nossos)

Lerude-Flechet (1992) comenta que o espaço fóbico é organizado por demarcações, que servem de limites para objetos ou situações que podem causar a

manifestação da fobia. De acordo com Freud, esse objeto tem por função agir como sinais de angústia e desencadear a fuga. A partir disso, podemos pensar por que a fobia muitas vezes se manifesta quando o sujeito se situa em um ambiente amplo demais, sem pontos de referência. Na impossibilidade de estabelecer demarcações que o assegurem e o protejam, ele é acometido pela angústia.

A autora também faz considerações que achamos importante demarcar a respeito dos limites do corpo do fóbico. Na situação de angústia o corpo é submetido a manifestações somáticas, é reduzido a um simples organismo, o que se daria por estar desprovido da imagem especular que organiza o narcisismo. Para Lerude-Flechet (1992) seria esta perda da dimensão do imaginário (que como vimos anteriormente é o que da sustentação ao corpo do sujeito) que estaria em jogo na angústia da fobia.

É justamente o contorno da angústia que a criança fóbica consegue fazer ao eleger um objeto do medo que a criança com TDAH ainda não consegue alcançar. Isso nos leva a pensar os sintomas descritos sob a sigla TDAH como tendo, assim como a fobia, sua origem numa busca de organização subjetiva frente à ausência ou fragilidade do significante Nome-do-Pai. A agitação dessas crianças, um corpo que não sossega, diria respeito a uma falta não simbolizada, limites não estabelecidos. A angústia invade a criança e a deixa agitada, não há contenção e isso nos permite pensar tratar-se de uma fragilidade da função paterna. E, assim, construímos a hipótese de existir uma analogia entre hiperatividade e fobia, ambas podendo ser pensadas como a busca por um agente organizador, trazendo tais sintomas para o campo subjetivo.

Mas como vimos a fobia já surge como uma resposta, ela de alguma maneira já estrutura a criança ao fazer contenção à angústia, enquanto no TDAH a criança fica quase que por completo ao bel-prazer do Outro, ainda não conseguiu nada que funcionasse como uma intermediação, como uma barra de separação.

O TDAH aponta para o fato de a falha simbólica dar lugar ao excesso que se revira no corpo, impossibilitando que a criança mantenha sua atenção ou se detenha em suas tarefas escolares, espere a sua vez para falar, para jogar... Dessa forma interrogamos se o TDAH pode ser considerado uma forma mais primitiva de sintoma infantil do que a fobia, na medida em que a fobia elege um significante fóbico e a criança com déficit de atenção parece procurar um parâmetro no mundo externo, sem sucesso, numa busca em que aparece como excesso de movimento e desatenção.

Em Freud temos que o ideal do eu se forma por substituição. É formado pelas vozes, pelas palavras, e tem a função de montar a divisão subjetiva em uma alteridade. A criança estava em uma posição idealizada, de eu ideal, e de repente a perde, passa a não suportar a falta de garantias. E por não poder identificar-se por completo ao ideal do eu que o levaria a experimentar uma potência interna geradora de desejo e ao mesmo tempo cercada de leis e parâmetros que podem barrar os excessos dos impulsos, ela elege um significante fóbico que faz esse papel de barreira: “o ideal do eu, de Freud, [...] se forma, com o recalque de um desejo do sujeito, pela adoção inconsciente da imagem mesma do Outro que desse desejo detém o gozo, juntamente com o direito e os meios” (LACAN, 1958b/1998, p. 760).

No TDAH a relação entre o eu ideal e o ideal do eu fica bem mais instável, a criança não tem nada para barrar os excessos dos impulsos, a estrutura narcísica não se diferencia e dessa maneira o corpo infantil fica muito vulnerável ao constante bombardeio de estímulos externos. A criança fica quase que por inteira aprisionada ao eu ideal, ela se encontra em uma alienação à imagem.

A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. A criança realiza a presença do que Jacques Lacan designa como objeto a na fantasia. (LACAN, 1969/2003, pp. 369-370)

Em 1920 com vista a explicar a dinâmica do funcionamento do aparelho psíquico através das pulsões de vida e de morte Freud faz uso da metáfora extraída da Embriologia da “vesícula viva”, para mostrar que o enigma da vida está sempre entre dois pólos pulsionais. Essa metáfora mostra que se morre para preservar a vida, havendo assim complementaridade, no que parecia oposição. Freud (1920/1980, p. 41) então descreve uma “*vesícula indiferenciada de uma substância que é suscetível de estimulação*”, cuja camada mais externa se transforma em um escudo protetor. Freud dirá que são traumáticos aqueles estímulos que atravessam essa camada, este escudo protetor. Caso não houvesse algum tipo de proteção, a substância viva, com uma elevada intensidade de excitação, seria aniquilada. A camada externa da vesícula, de tanto receber estímulos intermitentemente, chega a se tornar inorgânica. Morre e passa a

ter a função de amortecer os estímulos. Com isso, o escudo exterior de matéria morta faz com que as camadas abaixo recebam menos energias diariamente, a mineralização da camada externa da vesícula servirá para amortecer a intensidade dos estímulos externos, só sendo absorvidos pequenos fragmentos de sua intensidade original.

Podemos aproveitar essa metáfora freudiana para localizar o TDAH. Assim como a vesícula viva a criança, por não ter seu escudo protetor, isto é, não fazer a passagem do eu ideal para o ideal do eu, ou, como no caso da fobia, eleger algo que faça, mesmo que de forma capenga, a vez de escudo protetor, sofre com o bombardeio do mundo externo, e uma das maneiras que encontra para se proteger é a hipercinesia aparecendo como o real do corpo, como aquilo que não para de se inscrever.

Em *Inibição, sintoma e ansiedade*, Freud conceitua a inibição como uma limitação funcional do eu que pode ter muitas causas. No entanto, a inibição está relacionada tanto à angústia quanto ao sintoma. Nas palavras de Freud (1926a/1980, p. 84): “*Muitas inibições são evidentemente uma renúncia a certa função porque na raiz de seu exercício se desenvolveria angústia*”. Desde *O projeto para uma psicologia científica* (FREUD, 1895/1980), com a experiência de satisfação, temos a inibição como um alerta que opera no eu, impede a passagem de Q e dessa maneira sustenta o equilíbrio do aparelho.

Freud identifica uma diferença entre inibição e sintoma em que aponta que, no processo de inibição, este não implica necessariamente uma patologia, como no sintoma. A inibição estaria no nível de uma alteração das funções do eu, já o sintoma implica um processo patológico por afetar a função, e haver um comprometimento de alguma função do eu. Vale lembrar que muitos anos antes, no trabalho *Uma lembrança de infância de Leonardo da Vinci*, Freud (1910/1980) esclarece que a pesquisa sexual infantil chega a um final pelo recalque e o impulso que produzia a pesquisa teria três possíveis destinos: inibição do pensamento, a compulsão neurótica a pensar, e a sublimação. Freud deixa claro que na inibição não se trata de uma defesa contra a angústia, e sim de anteparo ao que a angústia denuncia.

No *Seminário X - A angústia*, Lacan (1962-1963/2005) ao se perguntar o que é inibição, vai responder que é a introdução em função de outro desejo, diferente daquele que a função satisfaz de forma natural. E, assim, ele correlaciona a inibição ao desejo, e é justamente por isso que o desejo pode tomar a função de defesa. Em 1974 Lacan diz que “*se é inibição é assunto do corpo, isto é, da função (...) de um corpo que se detém por imiscuir-se em um buraco do simbólico*” (LACAN, 1974-1975, s/p). Essas falas de

Lacan vão ao encontro do pensamento freudiano, onde a inibição, em seu aspecto generalizado, responde por empobrecimento do ego, que perde grande quantidade de energia.

As falas comuns das crianças com TDAH como “eu não consigo parar”, “eu não consigo apreender”, “eu não consigo ficar sentado”, entre outras, se apresentam como uma inibição, uma restrição de uma função do eu, uma dificuldade de compreensão da ordem simbólica. Mas o que mais chama atenção é a inibição intelectual ou inibição do pensamento. Essas crianças têm muita dificuldade de aprender, de assimilar novos conteúdos e muitas vezes acabam por experimentar várias repetências na vida escolar.

Na inibição como correlativa à identificação especular, o objeto está obturado, o simbólico está invadido pelo imaginário, deixando o sujeito paralisado frente ao desejo do Outro, onde se oferece como objeto. Podemos dizer que na inibição há uma inflação do imaginário, o crucial da inibição passa pelo narcisismo.

Em *Inibição, sintoma e ansiedade*, Freud (1925/1980, p. 89) define a suspensão dos interesses cognitivos da criança como uma inversão da pulsão, “*a expressão de uma limitação funcional do ego*”. A inibição intelectual, segundo Freud nesse mesmo texto, está relacionada com a angústia, e também, a propósito de Hans, acrescenta: “*a inibição é uma limitação que o ego se impõe para não despertar a angústia [...], sendo um dispositivo colocado em prática pelo ego diante de uma situação de perigo*” (FREUD, 1925/1980, p. 89).

A angústia da criança será tanto maior na criança quanto mais esta permanecer identificada ao objeto da pulsão da mãe. A demanda da mãe, com domínio direto sobre o corpo que o filho acredita estar devotado à satisfação dela, desperta na criança temores de aniquilamento. A angústia desempenha o seu papel de sinal de perigo e faz funcionar a inibição. A angústia e a inibição estão em relação direta com o objeto.

Ao escrever a respeito da inibição em Freud, Santiago (2005) esclarece que o pai da psicanálise salienta o aspecto ativo da inibição, tendo em vista o aspecto econômico da vida mental. O mecanismo inibitório teria duas funções, a de orientar a pulsão sexual com o intuito de distinguir a fantasia da realidade e regular os excessos de excitação sexual. Para Santiago, o aspecto da inibição como renúncia de gozo constitui o eixo central da investigação clínica da inibição.

Ainda segundo Santiago (2005), Freud localiza o período em torno dos seis anos, quando, após a incidência do recalçamento sobre a pulsão sexual, esta pode encontrar três destinos: a inibição do pensamento, a compulsão neurótica a pensar, e a

sublimação. E continua dizendo que o que caracterizaria a inibição neurótica seria o fato da ambição de pensar permanecer inibida e, assim, a livre atividade intelectual limitada. Essa condição de inibição, quando reforçada pelos pais, professores e outros adultos importantes para a criança acaba por afetá-la significativamente, podendo levar a criança ao nível da “debilidade de pensamento”. É aí que se encontram os tão famosos casos de fracasso escolar típicos de crianças com TDAH, onde podemos identificar várias maneiras de renúncia ao trabalho intelectual.

Santiago (2005) escreve que, em Lacan, a questão da inibição do pensamento aparece pela via da constituição do sujeito, caracterizando-a como efeito da estrutura do ser falante. Ele toma esse conceito como um mal-estar fundamental do sujeito em relação ao saber, em uma estratégia de denegação da castração simbólica. Dessa maneira, a inibição seria uma tomada de posição do sujeito em relação à problemática da demanda do Outro.

No *Seminário X - A angústia*, Lacan (1962-1963/2005) diz que é a sua própria angústia o que o neurótico recusa. Essa angústia surge frente à busca de uma reposta sobre o desejo do Outro; à proximidade de um saber que desconhece. É uma posição interrogativa frente ao *Che vuoi?*: “o que o Outro quer de mim?”.

Como já vimos no capítulo quatro, a angústia do *Che vuoi?* surge frente à demanda do Outro. Todavia, o que o sujeito desconhece é que a demanda do Outro diz respeito à própria demanda, na medida em que a pergunta é a própria mensagem vinda do Outro de forma invertida.

A angústia que precede a fobia está relacionada com a percepção do desejo da mãe. Nas palavras de Lacan (1961-1962/inédito, s/p), “*a história fóbica marca um primeiro passo nessa tentativa que é propriamente o modo neurótico de resolver o problema do desejo do Outro*”. A metáfora circunscreve a castração, e a fobia é um sintoma que faz função de metáfora.

... até então, a criança estava, em suma, no interior de sua mãe, e acaba de ser rejeitada dali, ou de se imaginar rejeitada, ela está na angústia, e ei-la que, com ajuda da fobia, instaura uma nova ordem do interior e do exterior, uma série de limiares que se opõem a estruturar o mundo. (LACAN, 1956-1957/1995, p. 253)

O sintoma fóbico nada mais seria do que uma tentativa de organização.

Enquanto na fobia a criança já dá esse passo de fazer metáfora através da eleição do significante fóbico, no TDAH ela está bem mais submetida ao capricho materno, o que dificulta a instaurar essa nova ordem do interior e do exterior, a criança fica em posição de metonímia do desejo da mãe.

Pensamos a hiperatividade, a impulsividade e a desatenção como um bloco de resistência à posição de ficar no lugar de objeto do desejo da mãe, entendidas como um apelo, uma requisição do limite e da lei, ao pai. O trio de sintomas do TDAH é entendido por nós como uma expressão infantil de angústia que pode ser pensada até como anterior à fobia, é um passo antes do que o medo da mordida do cavalo representa para o pequeno Hans.

Ao considerarmos o sintoma fóbico em seu caráter de solução do que falhou na função paterna, torna-se mais difícil pensarmos em uma neurose já estabelecida. Por isso, através da placa giratória entender a fobia não somente como um quadro clínico isolado, mas também se manifestando pontualmente em quadros diversos. Na placa giratória, entre a histeria e a neurose obsessiva, o sujeito faz uso de seu significante trunfo contra a angústia, que o protege ao delimitar o espaço. O significante fóbico como “*sentinela avançada*” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 412) frente à angustia, pode velar a escolha da neurose ou, no caso da fobia infantil, deixá-la em suspenso. A fobia como marca totêmica instaura a criança no mundo simbólico.

E o TDAH que não é fobia, mas também não é psicose, é o que?

A castração materna apresenta-se para a criança como a marca da falta e do desejo; nesse momento crítico a criança sente-se perdendo o lugar que imaginava ocupar, e percebe que não há como corresponder à totalidade da demanda materna, pois esta se dirige a outrem. Essa situação traz um terceiro elemento para a estrutura: o pai. Toda criança se vê confrontada com um pai insuficiente de dar conta de todo o gozo. Todo pai é falho, mas o pai do fóbico aparece como pouco operante, claudicante. No caso do TDAH, frente à voracidade materna, a criança fica excessivamente agitada, não tem contensão para sua angústia nem para seus movimentos, nada a barra. Se Lacan, seguindo os passos de Freud, foi categórico ao nos apresentar a fobia infantil como estruturante, propomos pensar o TDAH como uma “antessala” da fobia, como um conjunto de manifestações de angústia sem a presença de qualquer barra que apazigue a criança, que a deixe sossegar.

Dedicar-se com seu sintoma ao gozo da mãe, sempre implicará para a criança em um impedimento ao seu acesso às vias do desejo. Deixar de ser a tampa do furo do Outro, desalojando-se do lugar que ocupava no fantasma materno, irá operar uma abertura, uma mudança na posição subjetiva dessa criança que terá, assim, a possibilidade de aceder ao seu desejo. Trata-se aí da operação de separação.

## CONCLUSÃO

Muitas críticas têm sido feitas aos diagnósticos do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, variando entre o questionamento de sua real existência, necessidade de priorizar outras questões, como a escola e a família, e as discussões sobre a origem dos comportamentos caracterizados como sintomas do Transtorno.

Atualmente crianças com condutas hiperativas e com problemas de atenção são facilmente identificadas e rotuladas com o diagnóstico do conhecido TDAH. Esse tem sido o transtorno infantil mais frequente e o maior motivo para pais procurarem neuropsiquiatras ou psiquiatras. O caminho para se chegar a um diagnóstico se apresenta banalizado como uma oferta comum para a nomeação e enquadramento da angústia que se manifesta na contemporaneidade.

O presente trabalho pretendeu trazer o TDAH como expressão subjetiva e não como um quadro clínico isolado. Para tanto nos baseamos em pesquisas médicas, cognitivas e percorremos a teoria psicanalítica de Freud e Lacan para ter recursos para tratar do tema em questão.

No primeiro capítulo, levantamos historicamente o conceito de TDAH para a medicina. Ao nos determos nas hipóteses etiológicas em torno do TDAH, nos deparamos com algumas contradições e fragilidades científicas. Analisando as pesquisas, vimos diversos fatores que poderiam justificar o TDAH, mas o que mais chama a atenção é que nenhuma pesquisa é conclusiva, não há nada que prove uma causalidade orgânica. Após diversas mudanças de nomenclatura, passando pela possibilidade de existência de uma lesão cerebral mínima, o TDAH se manteve no DSM como um transtorno e teve em seu percurso algumas mudanças terminológicas que no fundo mascaram a mesma hipótese organicista.

Tal transtorno também tem recebido grande importância no meio acadêmico, nas pesquisas e na mídia de modo geral. Livros a respeito do TDAH já chegaram à categoria de *Best Sellers* e a indústria farmacêutica se aproveita de tanta atenção para esse transtorno e usufrui da explosão na venda de medicamentos. Também existe livro infantil que trata do transtorno com a intenção de conter, através de uma possível identificação com o personagem principal, a angústia de crianças que são nomeadas TDAH. Nas livrarias é fácil encontrar livros/manuais que ensinam aos pais tratarem

seus filhos TDAH. A controvérsia é tamanha que enquanto algumas escolas enquadram essas crianças nos alunos com PNE (pessoas com necessidades especiais), determinados sites e livros apontam essas crianças como tendo uma inteligência diferenciada, acima da média, e acabam apontando grandes figuras históricas com este transtorno. Existem diversos sites que tratam do assunto, associações de pais de crianças com TDAH, e não é nada incomum revistas, jornais e programas de televisão trazer reportagens sobre o tema. O governo também se manifesta com relação a esse quadro, existem leis que protegem essas crianças no âmbito escolar e social, e podemos constatar inúmeras jurisprudências para o governo custear o tratamento dessas crianças. E pasmem, há um aplicativo de celular que através de testes mostra, apesar de deixar claro que o diagnóstico por ali não é conclusivo, se você tem ou não o transtorno em voga.

Percebemos assim que o debate acerca do TDAH já faz parte do senso comum e insere-se, com suas formas de diagnóstico e tratamento, em uma sociedade que visa à gestão da vida dos indivíduos, que além de preparar seus corpos disciplinarmente para a produção ainda os controla por meio da governamentalidade ao colocá-los sob o saber médico-científico.

No segundo capítulo abordamos o TDAH pelo viés da neuropsicologia. Para essa ciência o TDAH trata-se de um transtorno das funções executivas, que se situam dentre os aspectos mais complexos da cognição e no córtex pré-frontal. As alterações cognitivas que produzem a disfunção executiva afetam a geração de condutas com determinadas finalidades: a resolução de problemas, o desenvolvimento da habilidade para prestar atenção e sua flexibilidade, a inibição de tendências espontâneas que conduzem a um erro, a resistência à distração e, finalmente, a habilidade para organizar e manejar o tempo.

O diagnóstico é essencialmente clínico e feito através de entrevistas e da avaliação neuropsicológica, que é uma ferramenta de exclusividade dos psicólogos que, baseados na entrevista clínica e na realização de uma série de testes, procura compreender o desempenho de diversas funções cognitivas como as mencionadas no parágrafo acima. O principal tratamento proposto pela neuropsicologia é a reabilitação cognitiva que objetiva melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares, otimizando as funções total ou parcialmente preservadas por meio do ensino de estratégias compensatórias e aquisição de novas habilidades. O foco principal é o treino cognitivo das habilidades prejudicadas da criança.

No terceiro capítulo detalhamos o aparelho psíquico em Freud. Fizemos um percurso desde *O Projeto para uma psicologia científica* (Freud, 1895/1980) até os textos da segunda tópica freudiana. Esse percurso foi feito especialmente para mostrar que o eu não é uma instância inata, ele tem que advir. Em outras palavras, a criança não nasce com as instâncias psíquicas. Seu aparelho psíquico se constrói ao longo da infância e início da puberdade através das identificações e interdições parentais. É com o surgimento do eu que podemos falar no inconsciente e nas suas produções e manifestações.

Apoiados nas teorias freudiana e lacaniana, dedicamos o quarto capítulo ao complexo de Édipo e o seu papel no surgimento do eu. Também abordamos detalhadamente o desejo da mãe e os processos de alienação e separação. Vimos como as crianças com TDAH se apresentam em um tempo lógico da alienação e que a separação só será possível se alguma coisa aparecer para fazer uma função minimamente interditora, com a finalidade de desgarrar a criança da tentativa de completude materna.

Nossa intenção nesse momento da pesquisa foi fazer uma articulação dos sintomas descritos no TDAH com a relação dos personagens do drama edípico. Vimos como os sintomas do TDAH apontam para um fracasso dessas crianças em estabelecer uma estrutura egoica, indicando que elas estão indiferenciadas do desejo da mãe, sinalizando certo sucesso do narcisismo e do ideal do eu totêmico e não metafórico.

Depois desse percurso pelos primeiros capítulos podemos agora propor uma conversa entre a neuropsicologia e a psicanálise ao articularmos a teoria psicanalítica do advento do eu com o conceito de executivo central da neurociência. É importante salientar que as abordagens psicanalíticas e neuropsicológicas são incomparáveis do ponto de vista teórico e epistemológico - o que não as impede de trabalhar lado a lado e em colaboração.

O que marca a grande diferença na leitura do TDAH nessas duas grandes ciências é que a neuropsicologia trata o conceito de executivo central como algo inato ao sujeito e, assim, acaba por cair no ambientalismo, pois dessa forma acredita que a criança já nasce com a marca do transtorno, é algo do qual ela não tem como escapar. Já a psicanálise, ao valorizar o advento do eu e da estrutura edípica, entende os sintomas do TDAH como uma consequência dos prejuízos da relação do eu com a realidade. Se o transtorno é da ordem psíquica não tem como aceitarmos que o bebê já nasce tendo um futuro certo.

Pensamos as funções cognitivas articuladas entre si e como efeito da configuração subjetiva da criança, que está se constituindo a partir de significantes parentais. Através de todo o arsenal teórico estudado acreditamos poder fazer uma leitura onde identificamos o TDAH como a expressão de um funcionamento singular de uma criança em sua relação com o mundo.

A neuropsicologia descreve os mecanismos da cognição e suas ligações com as estruturas cerebrais, intervindo para a reabilitação das funções deficitárias. A psicanálise se debruça sobre o dano cognitivo na economia psíquica em geral. Ao pensar a respeito dessas interconexões entre mecanismos cognitivos, postulados pela neurociência, e mecanismos de defesa inconscientes, postulados pela psicanálise, pensamos que essas questões podem e devem ser abordadas juntamente.

Vimos que o Édipo e a castração não vêm da natureza, é preciso uma ação psíquica que depende das identificações, do amor e da lei. O aparelho psíquico da criança está em construção e é diretamente relacionado à relação do filho com o nome do pai e o desejo da mãe. Por isso é que não podemos falar em estruturas clínicas na infância; nesse período da vida nossa tendência clínica é não fechar um diagnóstico. O aparelho psíquico da criança ainda é bastante maleável e só podemos falar em diagnóstico psicanalítico a partir do resultado de uma operação a ser feita na adolescência.

Como já constatamos, a neuropsicologia localiza o TDAH como um mau funcionamento do sistema executivo central. Nós psicanalistas podemos fazer uma analogia desse sistema com a relação entre eu ideal e ideal do eu, que fica completamente instável nos casos de TDAH. Se para a neuropsicologia as funções cognitivas precisam passar por uma reabilitação, para nós é preciso que a criança possa fazer a passagem do ideal do eu para o eu ideal, ou seja, do desejo da mãe para o nome do pai. Enquanto a criança fica presa ao desejo da mãe, não consegue se desvencilhar do eu ideal e fica submetida ao voraz capricho materno, não se direcionando para o caminho da individualização. É a passagem ao ideal do eu que libera a criança de ser devastada pelo Outro. O movimento psíquico de acesso à lei traz para a criança um apaziguamento ao proporcioná-la a crença de que pode se adequar ao ideal do eu. O eu nada mais é que uma construção e seu funcionamento com a realidade passa necessariamente pela estrutura edipiana e seus desdobramentos.

O acesso à posição subjetiva permitida pelo ideal do eu é o que possibilita a criança engajar-se na vida escolar, apropriar-se da aprendizagem, organizar seus

pensamentos e se submeter às regras da socialização. Mas esse novo momento, através da barra operada pelo não paterno, também vai obrigar a criança a lidar com a culpa e a autocensura como consequência das contradições vindas do eu pelo desejo inconsciente de um momento anterior.

As crianças que não possuem uma diferenciação na estrutura egoica, marcadas por um nome do pai bastante inoperante, ficam de tal forma submetidas à mãe que apresentam uma dificuldade ou até mesmo uma incapacidade ao longo de etapas cruciais em seu desenvolvimento. A neurociência é capaz de localizar aonde essa situação gerou marcas concretas de déficit cognitivo e, assim, entra com o trabalho de reabilitação para recuperar a cognição da criança acometida pelo chamado transtorno.

A psicanálise tem a função de apontar para a criança uma nova saída, que é o desvencilhamento do desejo da mãe ao chamar o pai para ocupar o lugar que é seu por direito e por dever. É a intervenção psicanalítica que pode ajudar a criança a fazer a passagem do eu ideal ao ideal do eu prometendo assim em relação ao futuro.

A dedicação materna tem um valor tanto maior quanto mais a mãe não é toda do filho, e quanto mais não está toda num alhures insondável. É preciso que seu amor de mulher esteja referido a um nome. Só há amor por um nome, o nome de um homem, qualquer um, que, nomeável e nomeado, cria um limite para a metonímia do falo, assim como para a opacidade do gozo materno. É mediante essa condição que a criança poderá ser inscrita no que Lacan chamou de “um desejo particular”. Dessa forma, tornar-se humano passa por um desejo não anônimo.

Valorizamos a avaliação neuropsicológica e a reabilitação cognitiva, mas não acreditamos em um trabalho clínico da teoria cognitiva comportamental para essas crianças. Não se trata de educar, colocar nos moldes, entrar no sistema de recompensas ou até mesmo apreender a conviver e driblar o TDAH. Sabemos que nada pode de fato mudar e apontar para um bom prognóstico em relação ao futuro se não for trabalhado a questão do sintoma da criança apontando para algo da relação parental. Se não pensarmos qual é o papel daquele determinado filho na economia libidinal da mãe e também localizar o que faz papel de nome do pai para essa criança, qual é o estatuto do nome do pai para essa família, fica muito difícil a criança se liberar da posição em que se encontra. O que estamos querendo dizer é que se a psicanálise não parar para pensar e teorizar a respeito dos sintomas que acometem as crianças diagnosticadas sob a sigla do TDAH, correemos grande risco de ver a clínica, no que ela tem de mais próprio, que é

o diagnóstico com base na escuta da história do sujeito, se perdendo através da abordagem cognitivo comportamental de testes e relatórios.

Ao longo da nossa pesquisa percebemos uma profusão de estudos médicos não conclusivos a respeito do TDAH e uma pobreza de estudos psicanalíticos que de fato se detenham em estudar esse transtorno. O que encontramos foram artigos negando a existência do transtorno, mas não se detendo o suficiente para pensá-lo como um fenômeno civilizatório que merece ser pesquisado.

Temos o TDAH como um sintoma contemporâneo por excelência. Indiscutivelmente há os sintomas, mas esses não fazem parte do repertório nem de Freud nem de Lacan, nem mesmo da psiquiatria clássica, aquela construída ao pé do leito do paciente e não através de manuais aonde o médico enquadra ou não os sintomas relatados. Existe um vazio de nomeação no campo da psicanálise.

É fato que as crianças com TDAH têm perdas cognitivas, de memória, dificuldade de relacionamentos, são candidatos certos do fracasso escolar, são diretamente atingidos no desenvolvimento da inteligência. São crianças que correm grande risco de ficar na dependência dos pais a vida toda, crianças que não funcionam sem as mães. O excesso de desregulação é tão intenso que elas ficam desaparelhadas para competir, para evoluir. É uma desregulação do eu, que não consegue exercer suas funções de inibição e de ligação das cargas libidinais.

Os manuais médicos apontam a idade de seis e sete anos, entrada de fato no sistema escolar, como a época com o maior índice dos diagnósticos de TDAH. Depois da família é a escola o primeiro campo de socialização da criança e é lá onde são postos a prova as identificações, a metáfora paterna, a relação com o sexo, enfim, tudo que constitui a subjetividade e, sob a nossa ótica, esses pontos justificam os sintomas infantis começarem a chamar mais atenção dos adultos por volta dessa idade. É a partir desse período que a criança é chamada a cumprir os ideais não só paternos, mas também sociais, ao ter que se enquadrar com outras que estão na mesma faixa de desenvolvimento e aceitar regras às quais todos são submetidos. É na família que certa ordem deve ser instaurada, a partir da ordenação dos lugares do pai, da mãe, e dos filhos. Um fracasso da ordem na família vai repercutir com um fracasso em qualquer outra ordem, inclusive do sistema escolar.

Outro ponto que nos chama muita atenção é o fato das pesquisas médicas sempre apontarem os meninos como sendo mais acometidos pelo TDAH do que as meninas. Entendemos esse dado como sendo consequência do fato de que o apelo ao pai enquanto

suporte do símbolo fálico e interditor da voracidade materna é mais intenso nos meninos, na medida em que eles se sentem mais invadidos pelo desejo da mãe do que as meninas. O filho homem é a possibilidade mais concreta da mãe acreditar que possui o falo.

Quanto à prescrição médica, não abordamos esse fato detalhadamente na construção desta tese. Então, apenas o que podemos dizer é que acreditamos que ocorre um excesso de medicalização como sedação da angústia e que esse dado merece atenção especial, pois não implica o sujeito em sua problemática. Medicalização de comportamentos infantis incômodos e inadequados, desviantes do que socialmente se define como “bons comportamentos”, transformados em patologias, e a possibilidade de o TDAH e o uso dos medicamentos psicoestimulantes resultarem em mecanismos de controle desses comportamentos e, conseqüentemente, da infância. Porém, não podemos deixar de salientar os efeitos benéficos da medicação em alguns casos, mas esses só podem ser detectados com base em uma clínica bastante minuciosa. Em algumas crianças o eu é tão precário que elas se sentem completamente ameaçadas e invadidas pelo mundo externo; nesses casos a medicação entra como uma medida de anteparo para a criança, como se funcionasse como um escudo de proteção. A criança menos ameaçada pelo mundo externo tem maior capacidade de se separar do Outro e, assim, obter novas conquistas.

Tratamos então o TDAH como um apelo ao significante nome do pai, o único capaz de barrar a voracidade do desejo materno. Também não é assim que a fobia é tratada? No final da tese, capítulo 6, propomos uma articulação entre o TDAH e a fobia, já que os dois são sintomas típicos da infância e também ambos podem ser pensados como a busca por um agente organizador, trazendo, dessa forma, tais sintomas para o campo subjetivo. Interrogamos se o TDAH pode ser uma forma de manifestação sintomática mais primitiva que a fobia, na medida em que a fobia elege um significante fóbico e a criança com déficit de atenção não possui recursos nem para fazer isso, o que a deixa totalmente desordenada e a mercê de sua angústia.

Nos dois casos o que está em jogo é a impossibilidade de lidar com o avassalador desejo da mãe e com uma função paterna bastante claudicante o que faz com que criança se angustie e precise recorrer a algo no mundo externo para aplacá-la.

Na fobia a criança consegue recorrer a um objeto fóbico, o brasão da fobia, para acalmá-la. Segundo Lacan (1956-1957/1995, p. 412), o objeto funciona como uma “*sentinela avançada*” e, assim, a fobia é situada na passagem do jogo imaginário da

criança à relação simbólica com o pai, através da castração. A fobia é tida como uma forma de lidar com a castração materna. A criança sabe que se não for de encontro ao significante fóbico se sentirá protegida, ela possui algum recurso para lidar com a inoperância paterna.

O que acontece é que as crianças com TDAH ainda não elegeram um significante fóbico e nem sabemos se em algum momento vão eleger. A criança fica tão imersa na angústia, tão subjugada ao desejo materno, que isso aparece no corpo que não sossega, ela procura um parâmetro no mundo externo, sem sucesso, numa busca que aparece como desatenção. Não há nada que aponte para a castração materna. Sendo assim, pensamos ser o TDAH um sintoma mais primitivo que o da fobia infantil, chegamos a nomeá-lo como a antessala da fobia.

No mundo contemporâneo, o significante Nome do Pai declina na cultura e os pais parecem não exercer como antigamente a função organizadora na família enquanto representantes da lei e dos valores morais. Deixam, assim, o sujeito alijado do campo do desejo, sem limite para o seu gozo, e invadido pela angústia, buscando no mundo externo parâmetros que o permitam se organizar, num apelo ao Pai.

Ainda tratamos do tema da inibição, que aparece tanto na fobia, como algo que delimita o espaço do fóbico e acaba por protegê-lo, quanto nos casos de TDAH a inibição intelectual surge como fracasso escolar.

As crianças que fracassam na escola costumam chegar aos consultórios com o discurso parental e/ou escolar de uma suspeita de deficiência em uma ou mais áreas da cognição. Muitas vezes os pais, ao verem a falta de êxito de seu filho, fazem uso de conhecidas falas como: “Parece que ele não quer aprender, tem branco na hora da prova, é desatento, sabia tudo até um segundo atrás e de repente parece que não sabe nada, vive com a cabeça longe, está sempre no mundo da lua...”. Quando avaliamos a criança não é improvável percebemos que ela apresenta uma franca inibição intelectual decorrente de uma desordem subjetiva. A criança se vê impedida de aprender e não sabe como explicar isso. A posição que a criança apresenta frente ao saber costuma revelar a maneira pela qual ela se encontra ligada a ordem familiar.

Na constituição do fracasso escolar subjaz um importante sofrimento psíquico que incide sobre a criança e também sobre os pais. É de costume ver pais fragilizados nas dificuldades do filho e acabando buscando culpados como as professoras, o sistema escolar, ou nomeando o filho de preguiçoso, desatento e, assim, dão mostras de como estão fragilizados em seu próprio narcisismo.

A inibição que aparece nos casos de fracasso escolar encontra-se amarrada a identificações que se referem ao eu, fundamentais para a constituição de uma identidade que dê um pouco de estabilidade para o sujeito. Por outro lado, a inibição também aponta para a implicação do supereu, como o resultante do atravessamento que a criança realiza ao se confrontar com o nome do pai. Mais uma vez, chamamos a atenção para a importância dessa referência à lei que delimita e ordena os lugares ao fazer função de corte da relação mãe-criança.

No texto freudiano a inibição para aprender se constitui como uma inibição que o eu impõe para não despertar angústia na criança, sendo este dispositivo acionado pelo eu, frente a uma situação de perigo. Nesse sentido, para a criança identificada como objeto do outro, as demandas que dele advêm são entendidas como a intenção de domínio direto sobre o seu corpo, restrito à satisfação desse outro que desperta o medo de aniquilamento. A angústia sinalizou o perigo e coloca em funcionamento a inibição. A criança não aprende, não presta atenção, não para quieta.

Pensamos que o que ocorre no campo orgânico pode ser pensado como uma consequência do posicionamento subjetivo da criança e não como uma causa originária (inata) da problemática do TDAH. Assim, pensamos que o aparato biológico é modificado pela linguagem e pelo meio social ao longo da constituição do sujeito. Dessa forma, não negamos a presença do orgânico nessa problemática, mas postulamos a necessidade de repensá-lo, já que vimos que o sistema simbólico se modifica à medida que perpassa tanto o orgânico quanto o psíquico. Entendemos que a maneira pela qual as sinapses são atravessadas pela aprendizagem (dimensão simbólica), viabiliza-lhe diferentes configurações. E, assim, podemos concluir que diferentes posicionamentos subjetivos derivam em diferentes funcionamentos das funções psicológicas, as quais, por sua vez, inscrevem-se de diferentes formas no funcionamento cerebral.

Se tomarmos os subsídios da psicanálise, pensamos em uma ética da criança na qual seus sintomas, segundo Lacan, representam uma verdade do casal parental que não pode nem deve ser silenciada. Para o sujeito constituir-se psiquicamente terão que se efetivar certas operações lógicas, que podem dar-se ou não. Ou seja, não é por si só que uma criança se transforma em um sujeito desejante, pensante, atento, e que aprende.

Freud (1926b/1980), em *A Questão da Análise Leiga*, é interpelado por um interlocutor (hipotético) acerca do tratamento psicanalítico com crianças: “o senhor submete criancinhas à análise... Não é muito arriscado para essas crianças?”, e Freud

responde: “Dá muito bom resultado”. Ou seja, Freud nos autoriza a tratá-las! Mãos a obra!

## BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, A. A. (2004). *A psiquiatria no divã - Entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Andreasen, N. (2005). *Admirável cérebro novo: vencendo a doença mental na era do genoma*. Porto Alegre: Artmed.
- Ansermet, F. (2003). *A criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa.
- APA (Associação Americana de Psiquiatria). (2002). *Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Ariès, P. (1995/2006). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Assunção Junior (1995). *Autismo infantil*. São Paulo: Memnon
- Baddeley, A. (2003). Working memory and language: an overview. *Journal of Communication Disorders*, 36, 189-208.
- Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models and controversies. *Annual Review of Psychology*, 63, 1-29.
- Barkley, R. A. (1996). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive function: constructing a unifying of ADHD. *Psychological Bulletin*, 101(1), 65-94.
- Barkley, R. A. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 541-556.
- Barkley, R. A. (2002). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) - Guia completo para pais, professores e profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Barkley, R. A. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Bercherie, P. (2001). A clínica psiquiátrica da criança: estudo histórico. In: Cirino, O. *Psicanálise e psiquiatria com crianças desenvolvimento ou estrutura* (pp. 127-144). Belo Horizonte: Autêntica.
- Bernardino, M. F. (2004). *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bianchi, S. (2007). *Hiperatividade: novos sintomas de ordem e desordem*. Disponível em: [http://www.isepol.com/asephallus/numero\\_04/artigo\\_05.htm](http://www.isepol.com/asephallus/numero_04/artigo_05.htm) Acesso em: 25/05/2013.
- Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.
- Bull, M. (1990). Secularization and medicalization. *The British Journal of Sociology*, 41(2), 245-261.
- Calligaris, C. (1989). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Canguilhem, G. (2010). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Caramazza, A. & Coltheart, M. (2006). Cognitive Neuropsychology twenty years on. *Cognitive Neuropsychology*, 23(1), 3-12.
- Ceccim, R. B. & Merhy, E. E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 13(1), 531-542.
- Chan, R. C. K.; Shum, D.; Touloupoulou, T. & Chen, E. Y. (2008). Assessment of executive functions: review of instruments and identification of critical issues. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 201-216.

- CID-10 *Classificação Internacional de Doenças*. Disponível em [http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm\\_cid/](http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/) Acesso em: 26/05/2013.
- Clastres, G. (1990). *A significação do falo e um comentário de "Kant com Sade"*. Salvador: Fator.
- Coelho dos Santos, T. (2001). *Quem precisa de análise hoje?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.
- Conrad, P. & Potter, D. (2000). From hyperactive to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 47(4), 559-582.
- Coriat, E. (1997). Causas e acasos. *Estilos da Clínica: revista sobre a infância com problemas*, 3, 8-14.
- Coriat, E. (1998). De que se trata... uma criança? In: *Trata-se uma criança. I Congresso Internacional de Psicanálise e Conexões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Damásio, A. R. (1995). Toward a neurobiology of emotion and feeling: operational concepts and hypotheses. *The Neuroscientist*, 1(1), 19-25.
- Deleuze, G. & Guattari, F. (1996). *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Diamond, A. (2005). *Attention-deficit disorder: a neurobiologically and behaviorally distinct disorder*.
- Dor, J. (1989/2003). *Introdução à leitura de Lacan*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dor, J. (1991). *O pai e sua função em psicanálise*. Série transmissão da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- DSM-IV. Disponível em: [http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm\\_cid/](http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/) Acesso em: 26/05/2013.
- Duncan, J.; Rudiger, J. S.; Kolodny, J.; Bor, D.; Herzog, H.; Ahmed, A.; Newell, F. N. & Emslie, H. (2000). A neural basis for general intelligence. *Science*, 289, 457-460.
- Engelhardt, E.; Laks, J. & Rozenthal, M, Kietznan. (1996). *Neuropsicologia VII - atenção, aspectos neuropsicológicos*. Revista Brasileira de Neurologia
- Foucault, M. (1954/2000). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Foucault, M. (1961/2004). *Historia da loucura*. São Paulo: Perspectiva.
- Foucault, M. (1963/1980). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Foucault, M (1973-1974/2006). *O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, m (1974-1975/2006). *Os anormais: curso dado no Collège de France*. São Paulo: MMartins Fontes.
- Foucault, M (1975/2004). *Vigiar e punir: nascimento da prisão: Petrópolis: Vozes*. Terceira parte, capítulos I e II
- Foucault, M. (1976/1988). *Historia da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1979/1993). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. (1893/1980). *Estudos sobre a histeria*. In: *Obras Completas, ESB, v. II* . Rio de Janeiro: Imago.

- Freud, S. (1895/1980). Projeto para uma psicologia científica. In: *Obras Completas, ESB, v. I* (pp. 381-517). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1897/1980). Extratos dos documentos dirigidos a Fliess, carta 71. In: *Obras Completas, ESB, v. I* (356-359). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1900/1980). A interpretação de sonhos. In: *Obras Completas, ESB, v. V* (pp. 543-670). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1905/1980). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: *Obras Completas, ESB, v. VII* (123-253). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1909/1980). Análise da fobia de um menino de cinco anos. In: *Obras Completas, ESB, v. X* (13-156). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1910/1980). Leonardo da Vinci e uma lembrança da sua infância. In: *Obras Completas, ESB, v. XI* (pp. 59-125). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1913/1980). Totem e tabu. In: *Obras Completas, ESB, v. XIII* (pp. 17-198). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1914/1980). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: *Obras Completas, ESB, v. XIV* (85-122). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915/1980). Artigos sobre metapsicologia – repressão. In: *Obras Completas, ESB, v. XIV* (169-190). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1920/1980). Além do princípio de prazer. In: *Obras Completas, ESB, v. XVIII* (pp. 17-90). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1921/1980). Psicologia de grupo e análise do ego. In: *Obras Completas, ESB, v. XVIII* (pp. 91-184). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923a/1980). O ego e o id. In: *Obras Completas, ESB, v. XIX* (pp. 23-76). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1923/1980). A organização genital infantil. In: *Obras Completas, ESB, v. XIX* (pp. 179-188). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1924/1980). O problema econômico do masoquismo. In: *Obras Completas, ESB, v. XIX* (197-214). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1925/1980). A negativa. In: *Obras Completas, ESB, v. XIX* (pp. 295-308). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926a/1980). Inibição, sintoma e ansiedade. In: *Obras Completas, ESB, v. XX* (95-204). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1926b/1980). A questão da análise leiga. In: *Obras Completas, ESB, v. XX* (205-296). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1931/1980). Sexualidade feminina. In: *Obras Completas, ESB, v. XXI* (pp. 259-282). Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1933/1980). Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise. In: *Obras Completas, ESB, v. XXII* (15-226). Rio de Janeiro: Imago.
- Frances, A. (2010). *Opening Pandora's Box: the 19 worst suggestions for DSM 5*. American Psychiatric Association.
- Gazzaniga, M. S. & Heatherton, T. F. (2002). *Ciências Psicológicas: mente, cérebro e comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Geertz, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC.
- Graeff, R. R. & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e Diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP, 19*(3), 341-361.
- Hamdan, A. C. & Pereira, A. P. A. (2009). Avaliação neuropsicológica das funções executivas: considerações metodológicas. *Psicologia Reflexão e Crítica, 22*(3), 386-393.

- Hanna, M. S. (2003). O distúrbio de déficit de atenção é um sintoma posto no museu? Uma leitura psicanalítica da síndrome do distúrbio de hiperatividade e déficit de atenção. *Latusa*, 8, s/p.
- Hanna, M. S. (2005). Inibições revistas à luz do cotidiano da clínica psicanalítica. In: Hanna, M. S. & Souza, N. S. (Orgs.). *O objeto da angústia* (pp. 67-80). Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Helene, A. F. & Xavier, G. F. (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25, 12-20.
- Henning, M. (2000). Neuroquímica da vida cotidiana. *Cadernos IPUB*, VI(18).
- Hill, E. L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental Review*, 24, 189-233.
- Illich, I. (1975). *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jerusalinsky, A. (1993) Psicose e autismo na infância: uma questão de linguagem (Entrevista com Alfredo JJerusalinsky). *APPOA – Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, n.9, 62-73.
- Jerusalinsky, A. (2005). Quem analisa crianças? *Caderno da APPOA*, 134, s/p.
- Jerusalinsky, A. (2006). O diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a psicanálise? *Diagnósticos na infância hoje. Correio da APPOA*, 144, 25-41.
- Jou, G. I.; Amaral, B.; Pavan, C. R.; Schaefer, L. S. & Zimmer, M. (2010). Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um olhar no ensino fundamental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(1), 29-36.
- Jurado, M. B. & Rosseli, M. (2007). The elusive nature of executive functions: a review of our current understanding. *Neuropsychological Review*, 17, 213-233.
- Kietzman et al (1975)
- Kirk, S. A. & Kutchins, H. (1994). The Myth of the Reliability of DSM. *Academy for the study of the Psychoanalytic Arts*. Disponível em: <http://www.academyanalyticarts.org/Kirk&Kirk.htm> Acesso em: 01/03/2013.
- Kristensen, C. H.; de Almeida, R. M. M. & Gomes, W. B. (2001). Desenvolvimento histórico e fundamentos metodológicos da neuropsicologia cognitiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(2), 259-274.
- Lacan, J. (1938/2003). Os complexos familiares na formação do indivíduo. In: *Outros Escritos* (29-90) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1949/1998). O estádio do espelho como formador da função do eu. In: *Escritos* (96-103). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1951). *Algumas reflexões sobre o eu*. In *psilacânise: Algumas reflexões sobre o espelho*. Trad. Oscar Cesarotto.
- Lacan, J. (1953/1998). Função e campo da fala e da linguagem. In: *Escritos* (238-324). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1953-1954/1986). *Seminário I - Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1954-1955/1997). *Seminário II - O eu na teoria de Freud e na técnica da psicanálise* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1955-1956/1985). *Seminário III - As psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1956-1957/1994). *Seminário IV – A relação de objeto..* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1956-1957/1995). *Seminário IV - A relação de objetos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1957-1958/1999). *Seminário V - As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Lacan, J. (1958/1998). A significação do falo. In: *Escritos* (692-703). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958b/1998). A juventude de Gide ou a letra e o desejo. In: *Escritos* (749-775). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1958-1959). *Seminário VI - O desejo e sua interpretação*. Inédito.
- Lacan, J. (1959-1960/1988). *Seminário VII- A ética da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1960/1998). Subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente Freudiano. In: *Escritos* (807-842). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1960-1961/1992). *Seminário VIII – A transferência*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Lacan, J. (1961-1962/inédito). *Seminário IX - A identificação*.
- Lacan, J. (1962-1963/2005). *Seminário X - A angústia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1964/1998). *Seminário XI - Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1966/1998). A ciência e a verdade. In: *Escritos* (869-892). Rio de Janeiro: Jorge Zahar
- Lacan, J. (1968-1969/2007). *Seminário XVI - De um outro ao outro*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969-1970/1992). *Seminário XVII – O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1969/2003). Nota sobre a criança. In: *Outros Escritos* (369-371). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1972-1973/1985). *Seminário XX - Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1974-1975/inédito). *Seminário XXII – R.S.I.*
- Lacan, J. (1975-1976/2007). *Seminário XXIII – O sinthoma*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Lacan, J. (1975). Conférence donnée et entretiens dans des universités nord-américaines. *Silicet*, 6/7, (PP. 42-45).
- Laia, S. (2009). A classificação dos transtornos mentais pelo DSM-V e a orientação lacaniana. *Revista Curinga*, 29, (PP. 93-102).
- Laurent, E. (1994). *Existe um final de análise para as crianças*. Opção lacaniana. Revista Brasileira Internacional de Psicanálise. N 10. edições Eólia, Abril/junho (PP 24-33).
- Laurent, E. (1997a). Alienação e separação I. In: Feldstein, R.; Fink, B. & Jaanus, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 31-41). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (1997b). Alienação e separação II. In: Feldstein, R.; Fink, B. & Jaanus, M. (Orgs.). *Para ler o seminário 11 de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 42-51). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Laurent, E. (2007). O objeto a pivô da experiência analítica. *Opção lacaniana*, 49, (114-119).
- Laurent, E. (2010). A análise de criança e a paixão familiar. In: *Loucuras, sintomas e fantasias na vida cotidiana* (pp. 27-43). Belo Horizonte: Scriptum.
- Lefèvre, A. & Miguel, M. C. (1975). Disfunção Cerebral Mínima. Aspectos neurológicos: análise de 100 casos. In: Lefèvre, A. *Disfunção cerebral mínima: estudo multidisciplinar* (pp. 3-58). São Paulo: Sarvier.
- Lefort, R. (1991). Unidade da psicanálise. In: Miller, J. *A criança no discurso analítico* (pp. 11-12). Rio de Janeiro: Zahar.

- Lefort, R. & Lefort, R. (1990). *Nascimento do Outro: duas psicanálises*. Salvador: Fator.
- Legnani, V (2008) A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arq. Brás. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 60, n.1, abr.2008. Disponível em: <http://pepsic.bvalud.org/cielo.php?script=sci> acessado em maio 2013.
- Lerude-Flechet, M. (1992). O gosto pelo quarto. In: *A fobia: Associação Freudiana Internacional*.
- Levin, E. (1997/2004). *A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. Petrópolis: Vozes.
- Lezak, M. D.; Howieson, D. B. & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment*. New York: Oxford University Press.
- Lopes, G. R. (2006-2007). *O desejo do analista e o discurso da ciência*. Disponível em: [www.isepol.com/asephallus\\_05](http://www.isepol.com/asephallus_05) Acesso em: 01/03/2013.
- Luria, A. R. (1981). *Fundamentos de neuropsicologia*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.
- Luria, A. R. (1992). *A construção da mente*. São Paulo: Ícone.
- Machado, O. M. R. (2005). A clínica do sinthoma e o sujeito contemporâneo. *Asephallus, revista eletrônica do núcleo sephora, ano 1, n. 1*, s/p.
- Malloy-Diniz, L. F. et al. (2004). Neuropsicologia das funções executivas. In: Fuentes, D.; Malloy-Diniz, L. F.; Camargo, C. H. P. & Cosenza, R. M. (Orgs.). *Neuropsicologia: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Mannoni, M. (1964/1999). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.
- Mannoni, M. (1980). *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus.
- Mannoni, M. (1988). *Educação Impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Mesulam, M. (1985). *Principles of Behavioral Neurology*. Atlanta: F. A. Company.
- Miller, J-A. (1992). *Abertura de las II Jornadas Nacionales: desarrollo y estructura en la dirección de la cura*. Buenos Aires: Centro Pequeño Hans.
- Miller, J-A (1994) "Relation d'Objet I", in: *La letter mensuel* de l'ECF número 28, Paris.
- Miller, J-A. (1993/1997). A lógica da análise. In: *Lacan elucidado: palestras no Brasil* (pp. 439-456). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J-A. (1997). *Lacan elucidado: palestras no Brasil*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Miller, J-A. (1998). A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, 21, 7-12.
- Miller, J-A. (1999). *Perspectivas do seminário V de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Mirsky, A. F. (1987). Behavioral and psychophysiological markers of disordered attention. *Environmental health perspectives*, 74, 191-199.
- Moysés, M. A. A. & Collares, C. A. L. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Myssior, S. G. (1999). "Quem perde, ganha": o falo e identificação na fobia de Hans. *Revista da Letra Freudiana*, 24, 47-51.
- Norman, D. A. & Schallice, T. (1986). Attention to action: willed and automatic control of behaviour. In: Davidson, R. J.; Schwartz, G. E. & Shapiro, D. (Eds.). *Consciousness and self-regulation: Advances in research and theory* (pp. 1-8). New York: Plenum.
- Oliveira, R. M. (2007). O conceito de executivo central. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23(4), 399-406.

- OMS - Organização Mundial da Saúde. (1993). *CID - 10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. São Paulo: EDUSO - Editora da Universidade de São Paulo.
- Piaget, J. (1932/1994). *O juízo moral nas crianças*. São Paulo: Summus.
- Piaget, J. (1967/2000). *Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos*. Petrópolis: Vozes.
- Piaget, J. (1970/2002). *A construção do real na criança*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Piaget, J. (1983). *A Epistemologia Genética* (Coleção: Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural.
- Pliszka, S. R.; McCracken, J. T. & Maas, J. W. (1996). Catecholamines in attention-deficit/hyperactivity disorder: current perspectives. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 254-271.
- Reifenstein Jr., E. & Davidoff, E. (1939). The Psychological Effects of Benzedrine. *The American Journal of Psychology*, 52(1), 56-64.
- Repovs, G. & Baddeley, A. (2006). The multi-component model of working memory: explorations in experimental cognitive psychology. *Neurosciences*, 139, 5-21.
- Ribot, T. (1889). *La psychologie de l'attention*. Paris: Alcan.
- Rohde, L. et al. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.22 (Supl II), p. 7-11.
- Rohde, L. & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-69.
- Roman, T.; Rohde, L. A. & Hutz, M. H. (2002). Genes de suscetibilidade no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 4(4), 196-201.
- Rose, N. (2001). Normality and Pathology in a Biological Age. *British Medical Journal, outlines*, (1), 322-381.
- Roy, M. (2003). Tiens-toi tranquille. "La petit giraffe". *Revue de la Diagonale Francophone du Cereda*, 8.
- Russo, J. (1997). *Dize-me com quem andas... (a doutrina pansexualista de Freud e a psiquiatria brasileira no início do século)*. Trabalho apresentado no XXI Encontro Anual de Anpocs, Caxambu, Minas Gerais.
- Russo, J. & Henning, M. F. (1999). O sujeito da "psiquiatria biológica" e a concepção moderna de pessoa. *Antropolítica - Revista Contemporânea de Antropologia e Política*, 6, 39-54.
- Russo, J. & Venâncio, A. T. (2006). Classificando as pessoas e suas perturbações: a "revolução da terminologia" do DSM-III. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 9(3), 460-483.
- Santiago, A. L. B. (2001). A mulher, a mãe, a sua criança e outras ficções. *Revista Curinga*, 15(16), 94-105.
- Santiago, A. L. B. (2005). *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Santiago, A. L. B. (2007). *A família: resíduo de um desejo que não seja anônimo*. Disponível em: [www.isepol.com/asephallus\\_04](http://www.isepol.com/asephallus_04) Acesso em: 01/05/2013.
- Santos, L. de F. & Vasconcelos, L. A. (2010). Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia - Teoria e Pesquisa*, 26(4), 717-724.
- Sauret, J-M. (1998). *O infantil e a estrutura* (Conferências em São Paulo). São Paulo: Escola Brasileira de Psicanálise.
- Serpa Jr., O. D. (1998). *Mal-estar na natureza*. Belo Horizonte: Te Corá Editora.

- Shallice, P. & Burgess P. W. (1991). Deficits in strategy application following frontal lobe damage in man. *Brain*, 114, 727-741.
- Silvestre, M. (1988). O pai, sua função na psicanálise. In: *Amanhã, a psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sohlberg, M. C. M. & Matter, C. A. (2001). *Cognitive Rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: The Guilford Press.
- Soler, C. (1997a). O sujeito e o Outro I. In: Feldstein, R.; Fink, B. & Jaanuss, M. (Orgs.). *Para ler o Seminário XI de Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Soler, C. (1997b). O sujeito e o outro II. In: Feldstein, R.; Fink, B. & Jaanuss, M. (Orgs.). *Para ler o seminário XI de Lacan: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise* (pp. 58-67). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sternberg, R. J. (2000). Atenção e consciência. In: *Psicologia Cognitiva* (pp. 77-108). Porto Alegre: Artmed.
- Temporão, J. G. (2011). *II Seminário Internacional "A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos: novas capturas antigos diagnósticos na era dos transtornos"*. Conselho Regional de Psicologia, São Paulo.
- Tendlarz, S. E. (2009). *A atenção que falta e a atividade que sobra*. Disponível em: <http://institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/textos/numero3>  
Acesso em: 01/03/2013.
- Veyne, P. (2011). *Foucault: seu pensamento, sua pessoa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Vieira, M. A. (2005). *Nota sobre a criança, de Jacques Lacan. Uma leitura*. Versão texto de duas aulas ministradas no curso organizado por Silas Nascimento no Hospital São Zacarias, Rio de Janeiro.
- Villela, H. (2011). Allen Frances: um alerta a médicos e pais sobre o déficit de atenção. *Viomundo*. Disponível em: <http://www.viomundo.com.br/entrevistas/allen-frances-um-alerta-a-medicos-e-pais-sobre-o-deficit-de-atencao.html> Acesso em: 30/05/2013.
- Vorcaro, A. M. R. (2005). *A criança na psicanálise: clínica, instituição e laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Winnicott, D. W. (1978/2000). *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago.
- Wilson, B. A. (1996). Reabilitação das deficiências cognitivas. In: Nitrini, R; Caramelli, P; Mansur, L.L. Neuropsicologia: das bases anatômicas à reabilitação. Clínica Neurológica HCFMUSP, São Paulo, p. 314-343.
- Zizek, S. (1992). *Eles não sabem o que fazem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

## ANEXOS

### Anexo A

Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade pelo DSM IV.

#### A. Ou (1) ou (2)

- 1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

a. frequentemente não presta atenção a detalhes ou faz erros por descuido nos deveres, trabalho ou atividades

b. frequentemente tem dificuldade em manter a atenção em tarefas e brincadeiras

c. frequentemente parece não ouvir quando se fala diretamente com ele

d. frequentemente não segue instruções até o final

e. frequentemente tem dificuldades em organizar tarefas e atividades

f. frequentemente evita, não gosta ou reluta em se engajar em tarefas que exigem esforço mental sustentado, como os deveres

g. frequentemente perde o material necessário para a realização de tarefas

h. frequentemente distraível por estímulos alheios à tarefa

i. frequentemente apresenta esquecimento nas tarefas diárias

- 2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistem por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento: Hiperatividade

a. frequentemente mexe mãos ou pés ou se remexe no assento

b. frequentemente abandona o assento em sala de aula ou situações em que se espera que fique sentado

c. frequentemente corre ou sobe nas coisas excessivamente em situações que é impróprio

d. frequentemente tem dificuldade de brincar ou se envolver em atividades de lazer de forma quieta

e. frequentemente inquieto

- f. frequentemente fala excessivamente
  - g. frequentemente responde apressadamente antes das perguntas terem sido completas
  - h. frequentemente tem dificuldade de esperar sua vez
  - i. frequentemente interrompe os outros
- B. Alguns sintomas de hiperatividade – impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
- C. Alguns prejuízos causados pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (pó ex. na escola e em casa)
- D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex. Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno de Personalidade).

Codificar com base no tipo:

F90.0 – 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

F98.8 – 314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses

F90.0 – 314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos) que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar “Em Remissão Parcial”.

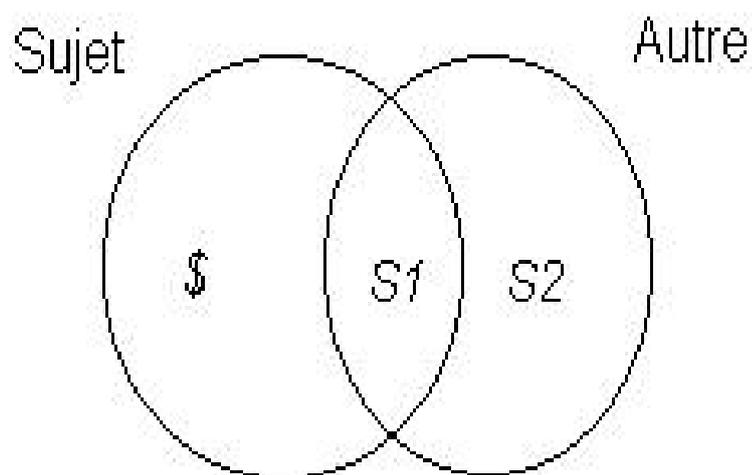
F90.9 – 314.9 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade sem Outra Especificação

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem os critérios para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade.

Esta categoria aplica-se a transtornos com sintomas proeminentes de desatenção ou hiperatividade-impulsividade que não satisfazem critérios para Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade.

Anexo B

Esquema Alienação e Separação



Anexo C

Grafo do Desejo

Grafo 2

