

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE –
“TDA/H”: TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO?**

Isabela Simão Lima Santos

Belo Horizonte
2010

Isabela Simão Lima Santos

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE –
“TDA/H”: TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *strictu sensu* – Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos de subjetivação

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais

Orientador: Prof. Dr. Luis Flávio Silva Couto

Belo Horizonte

2010

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

S237t Santos, Isabela Simão Lima
Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade – “TDA/H”: transtorno do comportamento?/ Isabela Simão Lima Santos. Belo Horizonte, 2010.
115f. : il.

Orientador: Luis Flávio Silva Couto
Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

1. Psicanálise lacaniana. 2. Crianças com distúrbio do déficit de atenção. 3. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. I. Couto, Luis Flávio Silva. II. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU: 159.964.2

Isabela Simão Lima Santos

**TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE – “TDA/H”:
TRANSTORNO DO COMPORTAMENTO?**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação *strictu sensu* – Mestrado em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Processos de subjetivação

Linha de pesquisa: Processos Psicossociais

Luís Flávio Silva Couto (Orientador) – PUC Minas

Angela Maria Resende Vorcaro - UFMG

Andréa Máris Campos Guerra - UFMG

Belo Horizonte, 09 de julho de 2010

*À minha família,
pelo incentivo e a paciência
nos momentos difíceis.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Prof. Dr. Luís Flávio Silva Couto, pelo compromisso na condução do trabalho.

À Paula Ramos Pimenta, pela acolhida generosa e eficiente no momento mais decisivo desta dissertação.

A Profa. Dra. Andréa Guerra, pela parceria entusiasmada e o espírito investigativo contagiante.

A Profa. Dra. Ilka Ferrari pela participação na qualificação de meu projeto de Mestrado, pelas intervenções atentas e precisas.

A Profa. Dra. Ângela Vorcaro, pela disponibilidade em atender prontamente meu convite para participar da qualificação de meu projeto e da defesa de minha dissertação de Mestrado, pelas preciosas referências bibliográficas, e pelo envolvimento notável nas questões que envolvem a psicanálise com crianças.

Aos queridos Celso e Marília, pelo carinho e eficiência na condução da secretaria do Mestrado.

Às crianças que me concederam o privilégio de praticar a psicanálise e aprender um pouco mais sobre a prática clínica.

Às queridas amigas e companheiras de trabalho, Roberta e Camila, pelas entusiasmadas conversas teóricas.

Às queridas irmãs, Roberta pelas incansáveis manifestações de apoio e Andréa, que mesmo de longe consegue se fazer presente através do carinho e da disponibilidade.

Ao Anderson, companheiro de todos os momentos, pela compreensão e pelas inúmeras demonstrações de amor e confiança no meu trabalho.

Ao meu filho, Dudu, que vivenciou comigo os impasses teóricos juntamente com os desafios de me tornar mãe em meio aos escritos dissertativos.

Ao Prof. Marcelo Simão, pela orientação precisa sempre envolvida de muito afeto.

Ao mais jovem doutor, Gustavo, pelas traduções no espanhol e no francês.

À Fátima, pelos valorosos serviços prestados nos cuidados com o Eduardo.

RESUMO

Esta dissertação de Mestrado teve como objetivo analisar o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – “TDA/H” - a partir de uma perspectiva psicanalítica, de orientação lacaniana, na tentativa de produzir uma nova interpretação que transcenda a dimensão puramente orgânica tal como defende a medicina. Em um segundo momento, organizou-se um retrospecto histórico acerca da evolução da nomenclatura TDA/H, sua sintomatologia, o diagnóstico diferencial e os tratamentos indicados pelo saber médico.

Posteriormente, ponderou-se sobre as premissas que sustentam a capacidade de analisabilidade de uma criança, e as particularidades que regem a prática clínica com as mesmas. Pautada nos atendimentos clínicos realizados pela pesquisadora, descrevem-se as características do transtorno em questão, apresentando a vertente médica, suas concepções e as consequências advindas de tal nomeação *versus* a leitura psicanalítica do sintoma na criança. Finalmente, concluiu-se que, mesmo considerando a credibilidade conquistada pelo discurso da medicina, para a psicanálise trata-se de um sintoma analítico evidenciado por um desarranjo comportamental que aponta para uma dificuldade da criança na operação de *separação* contando, também, com a ineficiência do pai, enquanto operador da metáfora paterna, deixando a criança exposta às capturas fantasísticas da mãe.

Palavras-chave: Psicanálise lacaniana. TDA/H. Sintoma na criança.

ABSTRACT

This Master's Degree dissertation had as a purpose to analyze the Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) – from a psychoanalytical perspective, with a Lacanian orientation, in the attempt to produce a new interpretation that transcend the purely organic dimension as the one defended by the Medicine. In a second moment, it was organized a historical retrospect about the evolution of the nomenclature ADHD, its symptom, the differential diagnosis and the appropriate handlings by the medical knowledge. Subsequently, it has been pondered about the premises that maintain the capacity to analyze an infant, and the particularities that rule a practice of medicine with those suppositions.

Guided by the clinical services carried out by the researcher, it was described the characteristics of the disorder (ADHD) in question, presenting the medical slope conceptions and the resulting consequences of such nomination versus the psychoanalytical reading of the symptom of the child. Finally, it is concluded that, even considering the credibility conquered by the medicine, as an analytical symptom, it is seen as a symptom of the child, with all the vicissitudes of this symptom for psychoanalysis. This leads to the idea of the inefficiency of the father – closer to the metaphor-symptom of neurosis because it is understood as the child's appeal to the name-of-the-father to escape the cause of desire in the maternal fantasy.

Key words: Lacanian Psychoanalysis, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), symptom of the child.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Esquema L.....	38
Figura 2: Ternário Imaginário.....	67
Figura 3: A Metáfora Paterna.....	69
Figura 4: Quadro da Tábua da Sexuação.....	72
Figura 5: A Tríade Imaginária.....	75
Figura 6: A Tríade Imaginária Sob a Função do Pai.....	76
Figura 7: A Operação de Alienação.....	77
Figura 8: A Operação de Separação.....	77

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

A – Outro (grande Outro)

\$ - Sujeito Barrado

a – Objeto pequeno a

A/ - Grande Outro Barrado

Ed. – Editor

Ex. – Exemplo

Org. – Organizador

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

CID – Classificação Internacional de Doenças

CID – 10 - Classificação de Transtornos Mentais e de comportamento da CID-10

DDA - Attention Déficit Disorder

DSM-IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – versão IV

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

OMS – Organização Mundial de Saúde

TCC's – Terapias Cognitivas Comportamentais

TDA/H – Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
 CAPÍTULO 1 - O TDA/H PARA A MEDICINA.....	18
1.1 Etiologia.....	18
1.2 Diagnóstico.....	22
1.3 Tratamento.....	25
 CAPÍTULO 2 - A CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITOS E O SUJEITO DA PSICANÁLISE.....	33
2.1 A criança pode ser considerada um sujeito para a psicanálise?.....	37
 CAPÍTULO 3 - PARTICULARIDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS.....	41
3.1 Quem demanda a análise de uma criança?.....	46
3.2 A presença dos pais e sua especificidade.....	48
3.3 A direção do tratamento.....	52
3.4 Há um final de análise para crianças?.....	58
 CAPÍTULO 4 – AS INDICAÇÕES DA PSICANÁLISE SOBRE O SINTOMA NA CRIANÇA E O TDA/H.....	61
4.1 Os três tempos do Édipo.....	67
4.2 A Tábua da Sexuação.....	72
4.3 A Criança como sintoma e o TDA/H.....	74
4.4 Casos Clínicos.....	84
4.4.1 A Menina que não podia saber.....	84
4.4.2 O Menino que não queria crescer.....	90
 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	97
 ANEXO.....	104

INTRODUÇÃO

O interesse pela clínica psicanalítica com crianças nasceu no início de minha prática profissional. Contingencialmente, nesse percurso clínico, surgiram diversas oportunidades de proximidade a algumas instituições escolares, o que ocasionou determinados encaminhamentos de crianças entre sete e dez anos para meu atendimento. O que essas crianças tinham em comum: o diagnóstico. A grande maioria trazia consigo a nomeação de portadoras de déficit de atenção e hiperatividade. No discurso médico, essas crianças são conhecidas como DDA's¹.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, organizado pela Associação Psiquiátrica Americana, DSM, hoje na versão IV (1995), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade “TDA/H” é a nomeação estabelecida para o transtorno de comportamento mais diagnosticado em crianças.

Apesar de encontrarmos referências a este transtorno desde a década de 1930 (SILVA, 2003), tal nomenclatura só foi estabelecida em 1987 (Barkley, 2002). Neste intervalo de tempo, várias terminologias foram empregadas. Dentre elas, podemos citar as mais conhecidas: lesão cerebral mínima, disfunção cerebral mínima, transtorno de atenção, distúrbio do déficit de atenção.

Apesar das variações na nomeação deste transtorno, sua gênese permanece a mesma. Para a medicina² (MATTOS, 2007), trata-se de uma disfunção neurológica onde a hereditariedade constitui o principal fator em sua causalidade.

Os sintomas mais abrangentes que sustentam o diagnóstico médico são: dificuldade de atenção e concentração, movimentação corporal excessiva e presença de atitudes impulsivas. Estes sintomas ditos principais desdobram-se em outros mais específicos relacionados ao comportamento de crianças que falam demais, movem pés e mãos sem parar, não conseguem permanecer sentadas, perdem objetos e esquecem compromissos,

¹ O Manual de Psiquiatria Americano refere-se aos portadores de TDA/H como DDA's (Attention Déficit Disorder). No Brasil, também se aplica tal nomeação a fim de facilitar a referência aos portadores de tal transtorno.

² No presente trabalho, estaremos designando sob o termo medicina, todas as especialidades que compartilham a causalidade do TDA/H como um transtorno de origem genética, tais como: a psicologia, a fonoaudiologia, a pedagogia, dentre outras.

distraem-se facilmente, relutam em concluir tarefas e não conseguem planejar atividades.

Para o saber médico, a incidência de tais sintomas provoca tantos desajustes comportamentais nas crianças em idade escolar, que o uso de medicamentos controlados já faz parte das principais intervenções para o tratamento deste transtorno. Juntamente com as terapias cognitivas comportamentais, os remédios estabelecem uma parceria que visa extirpar esses sintomas, de modo a propiciar a adaptação dessas crianças às normas sociais vigentes.

Durante as entrevistas preliminares, foi possível observar o desarranjo que estas manifestações comportamentais provocavam nos membros das famílias pesquisadas. A interpretação familiar mais comum acerca deste conjunto de sintomas era a de que se tratava de uma doença que acometia o sujeito devido à incidência genética de características ansiogênicas ou depressogênicas presentes nas personalidades do pai ou da mãe.

Nesses primeiros encontros, comumente, não me fora direcionado nenhum questionamento no sentido de favorecer um posicionamento crítico sobre tal diagnóstico. O que se presentificava ali, era a aceitação inquestionável de uma nomeação advinda do saber médico e a demanda dirigida a mim era, apenas, a de possibilitar o pleno restabelecimento do funcionamento dessas famílias através da extinção do que escapava à normalidade³ e, consequentemente, causava intenso mal estar neste grupo social.

Esta credibilidade incontestável adquirida pela medicina ao longo da história se constituiu através de pesquisas empíricas e de estudos teóricos que lhe atribuíram um caráter infalível no que se relaciona a interpretação e tratamento dos sintomas.

Entretanto, na escuta clínica dessas crianças e de seus familiares foi possível observar que, mesmo com o uso dos medicamentos e com o treinamento comportamental, os sintomas insistiam em se manifestar. Assim, a experiência como praticante da psicanálise aplicada ao atendimento de crianças possibilitou-me perceber que poderia haver uma outra dimensão para além desta nomeação médica.

Frente à insuficiência dos métodos da medicina, a escola e a família recorriam ao

³ O presente trabalho não pretende discutir o conceito de normalidade. O uso do termo foi empregado apenas para se referir aos comportamentos socialmente esperados.

tratamento psicanalítico, como última opção, na tentativa de adaptar essas crianças aos valores sociais vigentes e, desse modo, restituir os lugares subjetivos que haviam sido abalados.

Inevitavelmente, a psicanálise fora convidada a atuar nesta mesma vertente: executar um trabalho clínico visando uma intervenção reeducativa de modo a ajustar as condutas tornando-as condizentes com os comportamentos valorizados socialmente.

Entretanto, as correntes mais esclarecidas da psicanálise jamais partilharam do caminho traçado pela ciência positivista que privilegia o fenômeno sintomático e sua extinção. O que está em jogo para essa psicanálise é oferecer e sustentar para as crianças um lugar efetivo onde seja possível produzir um novo saber, que lhes permita ser capazes de lidar com esse sintoma que se manifesta sob as vestes do TDA/H.

É perceptível que o aumento dos casos diagnosticados com este transtorno vem produzindo consequências marcantes para as possibilidades de posicionamento subjetivo na contemporaneidade. Deste modo, esta dissertação pretende elucidar de que forma a psicanálise de orientação lacaniana permite uma reinterpretação do TDA/H, apresentado e sustentado pelo discurso médico como um transtorno de comportamento.

A importância de se pensar o TDA/H, a partir de um enfoque psicanalítico, advém da constatação de sua crescente incidência nas clínicas de atenção à criança. A prática analítica também nos permite atestar as dificuldades que o sujeito vivencia quando é diagnosticado com este transtorno.

Assim, são os impasses clínicos e o desejo ético de sustentar um lugar que propicie às crianças a possibilidade de construir seu próprio sintoma, que suscitam esta dissertação. A escolha pela psicanálise se faz na medida em que ela se orienta pelo desejo do analista por uma escuta do que há de mais singular num sujeito. Esta opta por uma via que segue na contramão do discurso da ciência, que preza a objetividade e a eficiência nos seus procedimentos de cura, e, deste modo, busca nivelar todas as manifestações sintomáticas dentro de um mesmo sentido.

A interpretação positivista da medicina vem promovendo uma disseminação de tal diagnóstico e juntamente com as terapias cognitivas comportamentais conhecidas como “TCC’s”, fazem da exclusão do sujeito seu maior atrativo.

Na medida em que são ofertados significantes que isentam o sujeito de se

responsabilizar por seu sintoma, resta-lhe, apenas, alienar-se no discurso da ciência que sempre dispõe de um objeto que se inscreve como capaz de tamponar a falta estrutural do sujeito.

Deste modo, a compreensão das manifestações sintomáticas advindas do TDA/H é admitida como resultantes da incidência de uma doença de origem orgânica na qual o único tratamento possível é medicamentoso e reeducativo, ignorando-se a presença das pulsões.

A questão que se impõe aos praticantes da psicanálise com relação à escuta clínica atenta de um sujeito em análise, seja ele criança ou adulto, passa pela dimensão ética que nos convoca a um trabalho que visa à responsabilização do sujeito por seu sintoma.

O objetivo desta dissertação é investigar, a partir de uma perspectiva psicanalítica de orientação lacaniana, o sintoma contemporâneo “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” – TDAH, considerando as formulações de Freud e Lacan sobre o sintoma na criança. O objeto desta pesquisa é esclarecer se os comportamentos manifestos neste transtorno podem ser tomados como uma resposta singular de uma criança frente a um impasse em sua constituição subjetiva. Assim, o sofrimento psíquico constituído a partir desta “falha” simbólica promoveria um embaraço de modo que a criança encontraria apenas a via do corpo para denunciar seu mal-estar.

Nesta dissertação de Mestrado, consideram-se, também, as contribuições de vários psicanalistas envolvidos com as teorizações acerca da clínica psicanalítica com crianças. Entre eles podemos citar: Èric Laurent (2002), Rosine Lefort (1985), Marie Hélène Brousse (1994), Ângela Vorcaro (2004/2005), Silvia Tendlarz (2006), Bernard Nominé (1997). Tais pesquisadores contribuíram de modo decisivo para a elucidação do objeto de estudo desta dissertação.

No que se relaciona à escolha do método, alguns impasses se fizeram presentes. Enquanto as ciências naturais apresentam objetivos de estudo cujas conclusões podem ser facilmente verificadas mediante procedimentos específicos, a psicanálise se depara com o impossível de se verificar, pois o encontro com o inconsciente é fugaz e pontual e se orienta a partir de uma experiência individual e bastante singular constituída num *setting* analítico.

Por considerar a manifestação do inconsciente como seu principal objeto de investigação e sua dimensão estritamente particular é que a pesquisa em psicanálise se torna peculiar na medida em que suas conclusões se apresentam numa esfera bastante

própria. Isso não significa, porém, que não há rigor para a sistematização da investigação no campo da psicanálise. Entretanto, é preciso atentar para as particularidades que regem e orientam uma pesquisa que utiliza a psicanálise como referencial teórico.

Esta dissertação parte, então, deste campo problemático de investigação, utilizando a prática clínica como locus privilegiado de observação. Assim, propõe-se investigar qualitativamente o tema surgido do campo clínico a partir de um estudo teórico-conceitual, pautado numa leitura crítica e interpretativa dos textos pertinentes.

Parte-se, pois, de uma pré-compreensão que se tem acerca do tema proposto, realizando um choque entre o conhecimento prévio e o conteúdo apreendido nos textos. Desta forma, pretende-se produzir uma formulação acerca do TDA/H como sintoma analítico que denuncia um impasse subjetivo e não um transtorno do comportamento conforme defende a medicina.

Contudo, essa dissertação não pretendeu ser apenas teórica. No último capítulo, apresentaremos dois casos clínicos que ilustram e contribuem para o entendimento acerca dos objetivos propostos por este estudo.

No primeiro capítulo, propõe-se uma breve retrospectiva histórica acerca da evolução da nomenclatura TDA/H e sua sintomatologia. Como é feito o diagnóstico diferencial e os modos de tratamento indicados pela medicina para tal transtorno. Pretende-se também analisar, de forma crítica, a prática behaviorista, por esta se tratar da intervenção terapêutica mais comum nos casos de crianças ditas DDA's.

No segundo capítulo, argumenta-se sobre a criança como sujeito de direitos e a criança para a psicanálise. No terceiro capítulo, propõe-se uma discussão acerca das premissas teóricas que sustentam a condição de analisibilidade de uma criança e as particularidades que orientam a prática clínica.

O capítulo quatro desenvolve o conceito de sintoma, para Freud e Lacan, enfatizando as principais atuações sintomáticas da criança: o sintoma da criança e a criança como sintoma. Busca-se, também, elucidar as relações que podemos tecer acerca do TDA/H como resposta singular a um impasse subjetivo.

Nas considerações finais, expõem-se alguns comentários acerca das reflexões teóricas e práticas que essa pesquisa pôde suscitar.

Os anexos têm como objetivo clarear a compreensão da pesquisa ora proposta, ilustrando alguns recursos e técnicas utilizadas pelo saber médico e pelas terapias cognitivas comportamentais para o diagnóstico do TDA/H.

Esta dissertação mostra-se importante para todos aqueles que estão envolvidos com o atendimento de crianças e com os impasses surgidos desta prática clínica. Assim, por meio deste estudo, reafirmamos o compromisso ético da psicanálise com crianças de não partilhar da forclusão do sujeito através do uso de intervenções que buscam a reeducação, tal como promove o discurso da ciência, tampouco se submetendo às suas exigências de cura através da extração dos sintomas.

Ao contrário, o que está em jogo para os praticantes da psicanálise é atuar de modo a possibilitar que uma criança possa construir a vertente singular de sua manifestação sintomática, e conseqüentemente, tornar-se capaz de se responsabilizar por ela.

CAPÍTULO 1 – O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDA/H) PARA A MEDICINA

1.1 Etiologia

A constituição do termo Attention Déficit Disorder “ADHD”, no Brasil, conhecido por Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade “TDA/H”, originou-se nos estudos do psiquiatra britânico George Frederick Still (1868-1941). Um de seus estudos mais destacados na literatura refere-se à análise de vinte crianças que apresentavam atitudes desafiadoras, comportamentos excessivamente emocional, passional e sem lei, e com pouca volição inibitória (Silva, 2003).

Nesse estudo, o grupo analisado formou-se na proporção de três garotos para cada garota e seus comportamentos problemáticos surgiram antes dos sete anos de idade. um dos critérios adotados nesta pesquisa foi a eliminação da participação de crianças provenientes de lares desestruturados e com poucos cuidados parentais, pois desta forma, poder-se-ia pensar nos comportamentos problemáticos como resultante dos maus-tratos vividos por elas.

Considerando que essas crianças provinham de ambientes favoráveis, que tinham acesso a uma educação de qualidade e que eram valorizadas por seus pais, recebendo atenção e afeto, Still (Hallowell e Ratey, 1994) concluiu que poderia haver uma base biológica para os comportamentos observados. Após a análise minuciosa das famílias dessas crianças ele descobriu que nelas havia grande incidência de problemas psiquiátricos. Depressão, alcoolismo e transtornos de conduta eram comuns nos membros das famílias pesquisadas, o que corroboraria a hipótese de uma herança genética no cerne deste transtorno do comportamento.

A partir daí, ele passou a desenvolver a ideia de que os déficits relacionados ao controle moral e à atenção sustentada poderiam apresentar uma relação causal por meio de um defeito neurológico subjacente. Neste sentido, este defeito poderia promover uma dissociação entre intelecto e vontade, deixando o sujeito a mercê de seus impulsos mais ferozes.

Tal ideia era bastante inovadora, pois, até então, os comportamentos incontrolados

eram vistos como defeitos morais advindos de uma educação insuficiente e deveriam ser corrigidos com o máximo de severidade possível. Neste sentido, Hallowell e Rattey (1994) afirmam que durante o século XIX era possível encontrar manuais que orientassem os pais a como castigar seus filhos em busca de um comportamento socialmente reconhecido.

A incompatibilidade entre o comportamento manifesto destas crianças e a educação recebida por elas atraíram vários outros pesquisadores. Médicos americanos passaram a observar outros grupos que apresentavam sintomas semelhantes e encontraram um ponto fundamental: a grande maioria dessas crianças fora acometida por Encefalite na pandemia de 1917-18.

Como a Encefalite é uma inflamação aguda do cérebro causada por uma infecção viral, os comprometimentos somáticos provocados por esta doença passaram a ser considerados como os responsáveis pelos comportamentos incontrolados dessas crianças. Sabe-se, também, que a Encefalite pode comprometer algumas funções mentais que seriam responsáveis pelo controle dos comportamentos impulsivos.

Considerando a causalidade orgânica nos comportamentos impulsivos e moralmente imaturos dos pacientes que foram atingidos pelo surto, passou-se a tratar os principais sintomas manifestos como seqüelas irreversíveis oriundas da doença. As características mais marcantes que se manifestavam nesses pacientes – distratibilidade, impulsividade e inquietação – compõem, hoje, a tríade que sustenta o diagnóstico do TDA/H. Deste modo, qualquer criança que apresentasse os sintomas acima citados, mas que não tivesse sido acometida por Encefalite estaria sujeita à investigação de ocorrências relativas a qualquer tipo de acidente capaz de sustentar a hipótese de um dano cerebral semelhante ao causado por esta moléstia.

Os estudos que contribuíram para a sustentação deste quadro sintomatológico como advindo de uma falha cerebral desenvolviam-se amplamente. Na década de 1930, o psiquiatra americano Charles Bradley (Silva, 2003), passou a tratar crianças com distúrbios do comportamento com um medicamento chamado Benzedrina⁴ e isso propiciou melhoras significativas.

Neste momento, um impasse presentificou-se: como um medicamento dito estimulante poderia produzir efeitos positivos no controle de crianças com excesso de

⁴ Medicamento do grupo das anfetaminas que agem como estimulantes do sistema nervoso central.

atividade? Mesmo sem decifrar tal enigma, o medicamento passou a ser amplamente utilizado tornando-se o parceiro ideal para estes casos.

Crianças que apresentavam sintomas relacionados à agitação excessiva e pouco controle inibitório passaram a ser nomeadas por portadoras de “lesão Cerebral Mínima” e submetidas ao uso daquele medicamento. Esta nomeação advém do fato de que os sintomas acima citados seriam encontrados em crianças que apresentavam lesões no sistema nervoso provenientes de doenças ou acidentes capazes de comprometer funções específicas do cérebro relacionadas ao controle inibitório.

A partir da década de 1960, os sintomas que atualmente compõem o TDA/H passaram a ser denominados “Disfunção Cerebral Mínima”, por terem sido identificados os mesmos sintomas em crianças que não apresentavam nenhuma alteração que pudesse ser detectada em exames neurológicos.

A partir de 1970, porém, a definição da síndrome tornou-se mais apurada e passou a incluir alguns sintomas relativos à desatenção. De acordo com Silva (2003), tal acréscimo de sintomas na nosologia do TDA/H, deveu-se aos estudos de Virginia Douglas que apresentou alguns trabalhos perante a Canadian Psychological Association, mudando a visão inicial do transtorno. Ela passou a defender a ideia de que o excesso de atividade dessas crianças advinha de um déficit de atenção e não apenas de um excesso de atividade motora.

A partir daí, o transtorno passou a ser chamado de Distúrbio de Déficit de Atenção “DDA” pela Associação Americana de Psiquiatria (Goldstein e Goldstein, 2000). De acordo com Barkley (2002), foi apenas em 1987 que o nome “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” passou a ser utilizado, pois tal nomeação foi capaz de reunir as diretrizes sintomáticas deste transtorno.

Em busca de uma padronização nos diagnósticos dos transtornos mentais, a Associação Americana de Psiquiatria organizou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, hoje na versão IV (1995), que lista todos os sintomas de todas as enfermidades psiquiátricas reconhecidas, tornando os diagnósticos mais homogêneos entre os profissionais.

Atualmente, as classificações dos transtornos mentais mais utilizadas são o CID-10 – Código Internacional de Doenças, que designa tal sintomatologia como Transtorno

Hipercinético e o DSM-IV que utiliza a nomenclatura Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDA/H. mesmo utilizando nomenclaturas diferenciadas, tais manuais apresentam mais semelhanças do que diferenças nos sistemas de classificação. No presente trabalho, optamos por utilizar a nomenclatura determinada pelo DSM-IV por julgarmos sua nomeação mais específica e mais facilmente reconhecida socialmente.

Os sintomas mais abrangentes são: a dificuldade de atenção e concentração, movimentação corporal excessiva e presença de atitudes impulsivas. Estes sintomas ditos principais desdobram-se em outros mais específicos como: crianças que falam demais, movem pés e mãos sem parar, não conseguem permanecer concentradas, perdem objetos e esquecem compromissos, distraem-se facilmente, relutam em concluir tarefas e não conseguem planejar atividades.

A partir da análise da listagem dos sintomas acima citados, é possível perceber que se trata de uma descrição genérica que indica apenas fenômenos comportamentais considerados de forma essencialmente superficial.

Mesmo com todas as descobertas acerca do transtorno em questão, não há indícios concretos e passíveis de constatação de sua existência efetiva. Tal diagnóstico é fundamentalmente comportamental, baseado nas observações e no histórico dos pacientes e não existem exames laboratoriais que comprovem sua ocorrência.

Entretanto, para a medicina, mesmo considerando a ausência de um procedimento que comprovasse, de maneira irrefutável, a existência de comprometimentos cerebrais, ainda assim, o TDA/H é considerado como “um dos transtornos mais bem estudados na medicina e os dados gerais sobre sua validade são muito mais convincentes do que a maioria dos transtornos mentais e até mesmo que muitas condições médicas” (MATTOS, 2007, p.13).

Por outro lado, para a psicanálise, conceber a síndrome a partir de uma concepção comportamental positivista que toma como gênese apenas a dimensão orgânica provocará ressonâncias determinantes na relação do sujeito com seu transtorno. A oferta desta nomeação promove a exclusão do sujeito da dimensão subjetiva e singular das manifestações sintomáticas do sujeito tamponando, tal como fazem o CID-10 e o DSM-IV, o acesso à verdade de seu sintoma.

O que presenciamos na atualidade é uma multiplicação de diagnósticos baseados

numa concepção reducionista que busca simplificar as causas para o sofrimento infantil. Na medida em que o saber médico prioriza a análise dos fenômenos como sustentáculo para sua prática ela opta por utilizar “de modo singularmente inadequado os notáveis avanços no terreno das neurociências para derivar dali, ilegitimamente, um biologismo extremo que não dá valor algum à complexidade dos processos subjetivos do ser humano” (UNTOIGLICH, 2005, p.136).

Na medida em que a medicina aponta para um déficit resultante de uma disfunção neurológica e sinaliza um componente hereditário determinante para sua ocorrência, há uma convocação subliminar que desculpabiliza o sujeito colocando-o a mercê de seus sintomas. O foco passa a ser a doença e não o sujeito e suas infindas possibilidades de lidar com seus sintomas.

Por ora, tais colocações bastam. Adiante (p.61), retomaremos as conseqüências de tal nomeação - TDA/H – para o sujeito, bem como a maneira pela qual a psicanálise compreenderá tais sintomas considerados de etiologia orgânica pelo saber médico.

1.2 Diagnóstico

É perceptível o aumento significativo dos casos de TDA/H na atualidade. As clínicas de atenção à criança atestam tal incidência e nos convocam à reflexão. Pesquisas médicas recentes estimam que de 3% a 5% das crianças em idade escolar sofrem com este transtorno (Goldstein & Goldstein, 2000).

Mattos cita uma pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas – “IBGE”- em 2006 que contabiliza uma população de 185.855.159 brasileiros. Ele estima que, atualmente há, no mínimo, 1.925.459 de crianças e adolescentes com o transtorno do déficit de atenção com ou sem hiperatividade (MATTOS, 2007, p.63).

O TDA/H caracteriza-se por uma combinação de dois grupos de sintomas: desatenção *versus* hiperatividade e impulsividade. O DSM-IV apresenta os critérios diagnósticos⁵ listados da seguinte forma: são nove sintomas relativos a categoria da desatenção (módulo A) e nove sintomas da categoria hiperatividade (módulo B). É preciso apresentar seis dos nove sintomas do módulo A ou seis dos nove sintomas do módulo B ou

⁵ Tais critérios encontram-se listados, na íntegra, nos anexos.

seis sintomas de cada um dos módulos.

Para concluir o diagnóstico é obrigatório preencher mais alguns requisitos. É preciso que a duração dos sintomas seja superior a seis meses e que estejam presentes antes dos sete anos de idade. Que as manifestações sintomáticas causem problemas significativos em pelo menos dois contextos diferentes, casa e escola, por exemplo. Que comprometam claramente a vida do indivíduo no relacionamento com os demais e que estes sintomas não possam ser conectados a nenhum outro problema psicopatológico como ansiedade ou depressão.

O diagnóstico é médico, essencialmente clínico, baseado nas observações e na história do paciente. Trata-se de um diagnóstico dimensional, ou seja, todos os indivíduos são desatentos ou ativos e o que vai caracterizar a incidência ou não do transtorno é a intensidade e a frequência dos sintomas.

Os médicos consideram da ordem clínica o diagnóstico que fazem do transtorno. Entretanto, Jerusalinsky (2003) afirma que a metodologia proposta jamais poderia ser considerada clínica, uma vez que se trata de uma contagem de fenômenos, ou seja, da constatação da presença ou da ausência de certos comportamentos.

A partir da análise dos critérios adotados para se realizar o diagnóstico do TDA/H, de acordo com o modelo médico, fica explícita a inconsistência dos fundamentos que estabelecem o conceito nosológico deste transtorno, uma vez que tal diagnóstico é estabelecido baseando-se, única e exclusivamente, no julgamento de quem observa os comportamentos ditos “anormais”.

Desta forma, poderíamos supor que as características subjetivas de quem está encarregado de realizar tais observações exerceria uma função decisiva na confecção deste diagnóstico cuja determinação estaria, em última instância, nas regras e limites impostos pelo grupo social ao qual a criança encontra-se inserida.

Deste modo, poder-se-ia inferir que a dimensão do incômodo que tais comportamentos provocam na sociedade está diretamente proporcional a cultura e aos valores partilhados por um determinado grupo. Assim, tais manifestações poderiam ou não configurar um quadro psicopatológico dependendo da dimensão a qual são consideradas.

Outra reflexão se impõe: desconsiderando a dimensão dos comportamentos das crianças como manifestações próprias do universo infantil, e admitindo a abrangência dos

sintomas acima listados, facilmente poderíamos enquadrá-las como portadoras de TDA/H. Deste modo, promove-se um apagamento do sujeito criança na medida em que se estabelece um só lugar para todas as manifestações sintomáticas.

Esta exclusão do sujeito pode ser verificada, também, a partir da análise de outros procedimentos complementares à dimensão organicista, como, por exemplo, o uso de testes psicométricos como método diagnóstico. É importante ressaltar que estes testes tendem a universalizar as causas para o sofrimento infantil, pois servem-se de técnicas padronizadas que excluem as experiências individuais de cada criança.

Um exemplo deste reducionismo é a utilização de um questionário desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria, intitulado SNAP-IV⁶, que foi traduzido e adaptado para o português. Este conjunto de perguntas, elaborado a partir dos sintomas descritos no DSM-IV é encaminhado aos professores e se propõe a realizar uma análise preliminar dos sintomas manifestos na escola a fim de enquadrá-los ou não numa possível categoria do TDA/H. Este questionário apresenta perguntas que pretendem descrever os comportamentos das crianças no ambiente escolar. Em contrapartida, excluem toda e qualquer informação que possa fornecer dados sobre os mecanismos psíquicos que estão por trás destas manifestações.

No campo das psicologias, podemos encontrar testes semelhantes a este elaborado pelo saber médico. A Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade⁷ é um exemplo de um instrumento de avaliação psicológica onde predomina a exclusão da dimensão singular de um sujeito. Nele, o público alvo também são os professores.

Quando a instituição escola se depara com uma criança que apresenta problemas de comportamento, dificuldades no relacionamento com os colegas ou baixo rendimento acadêmico, é comum sugerir aos pais que procurem um especialista da medicina capaz de investigar se há ou não a ocorrência do TDA/H, deste modo, na maioria dos casos, o encaminhamento para avaliação neuropediátrica é feito pela escola.

Frente à dificuldade de se lidar com as diferenças, e submetida ao imperativo moderno que estabelece o típico como traço marcante que busca nivelar os sujeitos em direção ao ideal do êxito, a escola se faz parceira do discurso médico, privilegiando

⁶ Tal questionário encontra-se anexado ao presente trabalho.

⁷ Idem.

medidas que possam extinguir as manifestações que perturbem a ordem social.

O amplo acolhimento da população em geral e da comunidade médica aos critérios arbitrários que regem e orientam a classificação nosográfica de tal transtorno evidenciam um traço indelével de nossa sociedade, qual seja, “a necessidade de se instaurar uma ordem burocratizada e uniformizada na qual se trata de um “nomear para” qualquer coisa, advindo do social, que restitui e determina o típico em detrimento do atípico” (LACAN *apud* Garcia *et al*, 1974/2007).

Na medida em que o apelo social clama por nomeações que visam apagar as diferenças e tamponar a falta estrutural do sujeito, o sintoma perde seu efeito de sustentação da estrutura do aparelho psíquico, ou seja, perde sua capacidade de denunciar que algo não vai bem.

Diferentemente do discurso médico, o que está em jogo para a psicanálise é promover uma escuta atenta do sujeito, convocando-o a se posicionar e a responder ao que há de único em seu sofrimento. Deste modo, a psicanálise se orienta pela vertente que busca incluir o sujeito em seu assentimento as manifestações sintomáticas que o acometem.

1.3 Tratamento

A intervenção mais assertiva proposta pelo saber médico para o tratamento do TDA/H estrutura-se a partir de duas vertentes fundamentais: o uso de psicofármacos aliado ao trabalho psicoterapêutico orientado pela teoria cognitivo-comportamental (Hallowell e Ratey, 1994).

Os profissionais da medicina, em contraponto a posição da psicanálise, são unânimes em afirmar que não é possível estabelecer um tratamento sem recorrer ao uso de medicamentos específicos (Mattos, 2007).

Assumindo a postura médica que privilegia a medicalização, Silva (2003) afirma que o tratamento mais eficaz consiste na junção de três iniciativas: o uso de medicamentos, a psicoterapia cognitiva-comportamental e a orientação dos pais. Na impossibilidade de se promover, conjuntamente, o trabalho dessas três dimensões, dever-se-ia abdicar das outras, de modo a privilegiar sempre a dimensão medicamentosa, pois, de outro modo, não haveria qualquer tratamento possível para o TDA/H.

A intervenção médica consiste, basicamente, no controle dos impulsos e na adaptação social desses sujeitos, uma vez que não há cura para tal transtorno. Deste modo, cabe ao medicamento equilibrar o excesso de estímulos orgânicos que incidem sobre essas crianças enquanto que a responsabilidade pela contenção e pelo controle dos fenômenos comportamentais que extrapolam as normas sociais ficam a cargo da família.

Em muitos casos, é necessário promover um “treinamento para os pais aprenderem a manejar os sintomas dos filhos” (ROHDE *et al* , 2000, p.9). Assim, os familiares tornam-se verdadeiros fiscais na busca incessante por detectar e coagir estas manifestações excessivas. Para tanto, são instruídos a fazerem o uso de técnicas baseadas no reforçamento positivo, ou seja, para cada comportamento socialmente reconhecido que a criança manifesta recorre-se a uma recompensa previamente estabelecida. Adiante retomaremos a discussão acerca da utilização de tais técnicas que visam o controle dos comportamentos.

Reduzindo esses sintomas ao estatuto de doença que deve ser tratada e controlada pelo outro, podemos inferir que, na medicina o sujeito não é implicado no seu sofrimento. Na medida em que se situa no outro o entendimento acerca das manifestações sintomáticas promove-se um bloqueio a qualquer movimento subjetivo capaz de entender o porquê da existência de tais comportamentos.

Assim, elevar as manifestações próprias de um sujeito ao estatuto de uma doença produz a eliminação da subjetividade e “transformam-se os conflitos psíquicos em simples processos neurobioquímicos que resultam na hipermedicalização das crianças” (SIGAL, 2004, p. 5).

Frente a este bloqueio, essas crianças tornam-se suscetíveis à incorporação de qualquer nomeação capaz de apaziguar a angústia provocada pela manifestação destes comportamentos socialmente indesejáveis. Tal apaziguamento advém da possibilidade de se estabelecer uma nomeação capaz de circunscrever uma série de sintomas dentro de um quadro nosológico. Assim, o foco passa da criança incapaz à criança portadora de um transtorno que incide independentemente de sua vontade.

É do conhecimento geral que o saber médico destaca o medicamento como método primordial no tratamento de quaisquer transtornos. Deste modo, a prescrição medicamentosa passa a exercer a função de orientar o tratamento colocando o sujeito no lugar de depositário dos efeitos de uma variedade notável de substâncias químicas.

Neste sentido, na medida em que o discurso médico destaca a ação dos medicamentos e situa no outro a capacidade de controlar estes comportamentos, veta-se, também a capacidade de interpretação dos sintomas como traços singulares que esboçam o modo como a criança se faz existir no mundo e também de assumir uma posição de sujeito de direitos.

Se determinado medicamento não produz o efeito esperado, troca-se a substância ou aumenta-se a dosagem, num movimento contínuo na busca de um objeto real que possa silenciar as manifestações do inconsciente que sofre e que se faz representar através da inquietude do corpo.

Estabelecida a questão da impossibilidade de prescindir do uso de medicamentos, outra questão se impõe: qual medicamento usar? Para defini-lo, a medicina (Silva, 2003) propõe discutir, junto ao paciente, os comportamentos que mais comprometem seu desempenho a fim de se eleger um ou mais medicamentos que sejam capazes de amenizar ou até mesmo extinguir tais manifestações indesejáveis.

Respondendo ao imperativo moderno de que é preciso estar sempre bem busca-se, através do medicamento, construir um atalho para o apaziguamento da angústia sem que o sujeito precise se mobilizar para tal. Deste modo, o saber médico oferece o medicamento como um bem de consumo capaz de controlar o excesso promovendo o ajustamento do sujeito ao social.

É importante ressaltar que a psicanálise não se opõe à prescrição de medicamentos e, inclusive, os reconhece como um dos significantes- mestres de nossa civilização, entretanto, é preciso separar o “medicamento-que-faz-falar e o medicamento-que-faz-calar” (LAURENT, 2002, p. 9).

Assim, de acordo com Laurent (2002), a psicanálise pode fazer do poder contingente do medicamento um auxiliar para se acessar o campo da fala. Deste modo, o psicanalista pode consentir com o uso do medicamento desde que tenha como condição a possibilidade de dele servir-se de uma boa maneira.

As medicações indicadas para o tratamento do TDA/H são as mesmas, tanto para adultos como para crianças. A diferenciação se estabelece apenas na dosagem e nas possíveis combinações de mais de um medicamento. Em alguns casos, esta combinação far-se-à necessária a fim de se alcançar os resultados desejados, uma vez que não há uma única

medicação capaz de apaziguar a diversidade de sintomas que se apresentam neste transtorno.

Detectados os comportamentos indesejáveis aos quais se quer modificar e definido o medicamento a ser prescrito, inicia-se uma etapa em que a criança torna-se objeto de ajustes de dosagem, pois é preciso iniciar o tratamento para que seja possível verificar seus efeitos. Há três categorias de medicamentos que são utilizados nos casos de TDA/H: os estimulantes, os antidepressivos e os medicamentos ditos acessórios (Silva, 2003).

Os medicamentos de primeira ordem, chamados de estimulantes são os mais receitados nos casos de TDA/H. No Brasil, só se tem acesso a Ritalina®, a Ritalina RD® e o Concerta®. A substância presente nestes medicamentos, o metilfenidato, faz parte do grupo das anfetaminas que são considerados os mais potentes estimulantes do sistema nervoso central. Eles agem de modo a tornar a criança mais atenta, vigilante e ativa. A diferença entre os três é que o último é considerado um medicamento de longa duração, ou seja, seus efeitos químicos agem por mais tempo.

O metilfenidato provoca discussões entre os profissionais da área da saúde por ser considerado uma substância que pode apresentar efeitos colaterais bastante significativos. Há controvérsias entre os médicos sobre seu benefício devido à possibilidade de se tratar de um medicamento que pode desenvolver dependência e provocar retardo no crescimento.

Os medicamentos ditos estimulantes geralmente são ministrados antes de a criança iniciar as atividades escolares e seus efeitos permanecem por até quatro horas, ou seja, até que a criança encerre o período escolar diário. Uma conduta médica recorrente é a suspensão do uso do medicamento nas férias escolares. Tal medida parece propor uma intervenção que evidencia uma patologia ligada as dificuldades de aprendizagem e não aos transtornos do comportamento.

Os antidepressivos são medicamentos denominados de segunda ordem. Eles são indicados nos casos em que há manifestações de agressividade, ansiedade e possíveis quadros depressivos. Os mais utilizados em crianças são a desipramina (Norpramin®) e a imipramina (Tofranil®).

A combinação mais receitada atualmente é o metilfenidato e a desipramina. O saber médico alega que esta junção de substâncias é capaz de promover um aumento significativo nos níveis de atenção concentrada e, conseqüentemente, diminuir os níveis de ansiedade,

permitindo, deste modo, que a criança possa apreender as informações que lhe são transmitidas. Assim, o imperativo é possibilitar a apreensão das informações de modo uniforme, para todas as crianças, sem precisar lidar com as diferenças que naturalmente se impõem no ambiente escolar.

Os medicamentos acessórios são aqueles que não são usados frequentemente no tratamento do TDA/H, mas podem ser utilizados para amenizar possíveis efeitos colaterais ou para tratar aspectos isolados que não obtiveram melhora com a medicação principal. Deste modo, há sempre uma medicação disponível e disposta a sanar quaisquer incômodos independentemente de sua origem.

A outra intervenção que complementaria o tratamento medicamentoso é a intervenção psicoterapêutica orientada pela teoria cognitivo-comportamental. Este campo de atuação compartilha a ideia de que a origem deste transtorno é resultante de um comprometimento da função executiva de uma área localizada no cérebro denominada córtex pré-frontal.

As TCC's, como são conhecidas as terapias que priorizam a adaptação do indivíduo, caracteriza-se pela busca de mudanças nos afetos e comportamentos por meio da chamada reestruturação cognitiva. Tal método visa substituir crenças, pensamentos e formas de interpretar as situações, que sejam negativistas e disfuncionais, por formas de pensar e perceber o mundo mais baseadas na realidade.

O paciente é instruído e planeja, com o terapeuta um conjunto de atividade que incluem, desde enfrentamentos graduais de situações, que ele considera incapaz de realizar, até o estabelecimento de uma agenda que estruture rotinas de atividades que proporcionem prazer e satisfação, assim, o paciente é educado sobre seu problema (SILVA, 2003, p.203).

Neste sentido, Silva discorda completamente das premissas que sustentam um trabalho analítico. Sobre isso, ela afirma “acreditamos que as intervenções voltadas para a busca de *insight* e a discussão de vivências infantis não promovem o alívio do desconforto nem a estruturação de que um DDA necessita e, deste modo, é necessário que a intervenção seja diretiva, objetiva, estruturada e orientada a metas” (SILVA, 2003, p. 203).

Assim, orientadas pela terapia cognitivo-comportamental, as crianças são estimuladas, através de atividades específicas e previamente estabelecidas, ao treino em

solução de problemas, desenvolvimento de habilidades sociais, relaxamento e o estabelecimento de agendas visando a substituição dos comportamentos detectados como prejudiciais à criança.

O programa de tratamento proposto pelas TCC's se apresenta por meio de um "manual do paciente". Os pais adquirem este manual que é comercializado por uma respeitada editora conhecida por suas publicações médicas. Durante todo o processo terapêutico a criança deverá trazer consigo este material.

Nele, encontra-se um programa⁸ que consiste numa série de doze sessões com o DD'A. Num primeiro momento, o terapeuta expõe à criança as vantagens de se participar de uma intervenção nestes moldes. Em cada uma das sessões posteriores procura-se encorajar o paciente a listar as dificuldades enfrentadas no dia-a-dia e o papel do terapeuta é auxiliá-lo na construção de estratégias que possam solucionar seus impasses. Todo o processo deve ser redigido, pela criança, no manual.

Após a conclusão desta primeira etapa do tratamento, a criança continua o programa participando das chamadas sessões de seguimento. Nelas, pretende-se reavaliar o estado geral do paciente, suas conquistas e as dificuldades que persistem. A partir desta reavaliação busca-se elaborar novas formas de controle dos comportamentos que insistentes.

O último passo do programa consiste numa série de quatro encontros com os pais onde o foco é orientá-los a como conviver e motivar um DD'A. A forma mais indicada para se motivar uma criança o transtorno é implementar um sistema de pontos onde tudo o que ela faz é avaliado. Assim, ganha-se ou perde-se pontos de acordo com o comportamento apresentado. Se todas as etapas forem cumpridas de modo satisfatório, a criança recebe um certificado atestando seu sucesso no cumprimento do programa.

Analisando as técnicas utilizadas no tratamento do TDA/H proposto pela terapia cognitiva-comportamental, evidencia-se que esta aponta para uma direção radicalmente oposta aos preceitos defendidos pela psicanálise. Lacan, em seu texto *Conferência em Genebra sobre o sintoma* (1998) nos alerta de modo bastante incisivo no que diz respeito a considerarmos um sujeito como alguém a quem devemos moldar.

⁸ De modo a favorecer o entendimento acerca do que vem a ser este tipo de trabalho cognitivo, foram selecionados alguns procedimentos considerados de maior relevância contidos neste manual. Vide anexos.

Assim, a psicanálise nos ensina que não há pedagogia do desejo, pois, “não é possível nomear um objeto que possa causar o desejo, não adianta querer desejar pelo outro, fazendo o uso de técnicas e recursos que tenham relação com o imperativo moderno do êxito” (SARMENTO, 1999, p.81).

O cognitivismo propõe uma intervenção que decorre das práticas que promovem mediações cerebrais objetiváveis experimentalmente. Para os adeptos desta teoria, a psicanálise não é capaz de demonstrar resultados satisfatórios no tratamento de crianças ditas DDA's, pois, suas intervenções são “sustentadas unicamente com base em sistemas fechados, rígidos e dogmáticos” (ARTIGAS-PALLARES *et al apud* Tendlarz, 2006, p. 78).

Nesta vertente, o cognitivismo recoloca em cena a ultrapassada nomenclatura – disfunção cerebral mínima – defendendo intervenções baseadas em medicação, localização de comprometimentos cerebrais e condicionamentos que modifiquem a conduta social destas crianças.

Na medida em que as TCC's propõem a realização de treinos que visam mudanças de comportamento pode-se dizer que há a promoção de um adestramento do sujeito, uma contenção forçada de qualquer manifestação subjetiva que escape ao esperado. Optando por sistemas que visam a reeducação dessas crianças utilizando recompensas e premiações, fomenta-se a discriminação daqueles que encontram vias menos convencionais de se fazerem existir no mundo.

Outro ponto fundamental perpassa a ideia da padronização das técnicas e testagens que orientam o tratamento sustentado por esta abordagem. Tais técnicas provocam um apagamento do sujeito criança, uma vez que não disponibiliza uma escuta apurada acerca da subjetividade contida em cada um dos comportamentos manifestos. Ou seja, prioriza-se o sintoma isoladamente e não o transtorno como uma resposta a algo que excede a capacidade simbólica da criança.

Mesmo considerando como universais os fenômenos comportamentais que compõem a tríade do TDA/H, o sentido de tais manifestações é singular, pois a incidência de cada sintoma aponta para uma experiência na vida de um sujeito. O cognitivismo se dirige ao sujeito da aprendizagem ao qual se deve avaliar, educar e corrigir para que lhe seja possível responder aos critérios de normalidade impostos pelo discurso do mestre.

Assim, a partir de tais argumentos, é possível concluir que o uso do medicamento e

a reeducação são componentes precisos do discurso da ciência que tem como característica principal a forclusão do sujeito.

Bem sabemos que as patologias do excesso ou da paralisação do sujeito frente a seus impasses dificilmente serão simbolizadas via medicamento e ajustamento de conduta. Assim, cabe a psicanálise trabalhar de modo a promover a restituição da dimensão singular das manifestações sintomáticas, favorecendo a possibilidade de se construir uma saída para o sofrimento que seja própria do sujeito e não, simplesmente, a extinção do sintoma e o acolhimento passivo de uma solução advinda, exclusivamente, do campo do outro.

CAPÍTULO 2 - A CRIANÇA COMO SUJEITO DE DIREITOS E O SUJEITO DA PSICANÁLISE

As pesquisas e teorizações acerca do universo infantil são bastante recentes. Até a metade do século XVIII, a criança não se fazia objeto de estudo para o saber instituído, sendo considerada apenas uma figura destituída de razão. É a partir das idéias do filósofo iluminista Jean Jacques Rousseau (1712-1778) que se inicia uma construção que permite visualizar a criança como portadora de um saber singular que merece ser respeitado e escutado.

A partir daí, vários pensadores embrenharam-se por este território, até então, pouco explorado. Mas, sem dúvida, foi Sigmund Freud (1856-1939) o mais notável e revolucionário deles. Foi ele quem afirmou que o corpo da criança, desde muito cedo, é atravessado pelas pulsões. Assim, a criança freudiana não carrega consigo a marca da inocência. Ao contrário, trata-se de um corpo que, como o do adulto, é visado pelo gozo⁹.

No Brasil, as questões acerca do universo infantil estão presentes nas discussões do Estado desde 1927. Mesmo que de uma forma precária, já se discutia como promover o desenvolvimento de uma criança. A grande preocupação advinha dos riscos que as crianças desprovidas de recursos materiais e emocionais poderiam incutir à sociedade. Portanto, as políticas adotadas tinham por objetivo evitar e controlar a delinquência e não exatamente promoviam uma reflexão atenta sobre suas causas.

Uma das maneiras de se ter controle sobre esta infância desamparada foi a promulgação, em 1927, da primeira legislação específica para a infância no Brasil, chamada de Código de Menores. Em 1979, este conjunto de leis ganha uma nova versão. Dentre as modificações estabelecidas fica determinada a assistência e a proteção dessas

⁹ O termo gozo foi esporadicamente utilizado por Freud em sua obra referindo-se a noção de uma dimensão que escapa ao princípio do prazer. Foi apenas com J. Lacan que o termo *Jouissance* ganhou estatuto conceitual obtendo destaque nas elaborações lacanianas. De acordo com Roudinesco (1998), o gozo implica a ideia de uma transgressão da lei (desafio-submissão) e numa tentativa permanente de ultrapassar os limites do princípio do prazer. Neste sentido, Lacan busca demonstrar que o “gozo se sustenta pela obediência do sujeito a uma ordem (quaisquer que sejam sua forma e seu conteúdo) que o conduz, abandonando o que acontece com seu desejo, a se destruir na submissão ao Outro” (ROUDINESCO, 1998, p. 300).

crianças de responsabilidade do Poder Público.

Cria-se as FEBEM - Fundação Nacional de Bem-Estar do Menor que, malgrado as suas intenções, ao invés de acolher e amparar, intensifica ainda mais o abandono ao qual estas crianças já se encontravam submetidas. Estas instituições passam a configurar a imagem de uma penitenciária infantil devido à precariedade de seus propósitos, pois sustentavam sua prática a partir da busca por satisfazer a duas exigências “o discurso da piedade assistencial e a necessidade de ordem e controle social” (MÉNDEZ, 1998, p.23).

Ficava evidente a ineficiência destas instituições que se orientam apenas pelo controle e repressão das crianças. De acordo com Cirino (2001), o Estado brasileiro não assumiu, de fato, a responsabilidade pela assistência das crianças pobres, limitando-se apenas ao estudo e controle dos desviantes.

Devido a intensas manifestações sociais e políticas que denunciavam o fracasso destas instituições, em 1990, aprova-se o ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Passa-se a vigorar uma série de proposições que visam proteger e promover as condições necessárias para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. As propostas apontavam questões desde as mais elementares, como o direito a frequentar uma escola às mais complexas, como o direito inquestionável à filiação e ao estabelecimento da plena igualdade entre os filhos, independentemente das condições jurídicas em que foram gerados.

O reconhecimento ao estado de filiação consta no ECA. Este estatuto diz que: “O reconhecimento do estado de filiação é direito personalíssimo, indisponível e imprescritível, podendo ser exercitado contra os pais ou seus herdeiros, sem qualquer restrição, observado o segredo de Justiça” (art. 27, cap. III, seção II).

A partir daí tanto a criança como o adolescente passam a serem reconhecidos como “sujeitos de direitos civis”, garantidos pela Constituição. Cria-se uma jurisdição especial que confere a eles uma apreciação bastante distinta, pois parte-se da premissa de que só é possível julgar àquele que conhece a lei e é capaz de admitir culpa por seus atos.

Neste sentido, a partir de uma diferenciação estabelecida pela idade, crianças e adolescentes “são considerados em sua condição peculiar de pessoas em desenvolvimento. Eles têm, portanto, plenos direitos, mas com a particularidade de serem pessoas em formação, o que lhes confere direitos especiais” (CIRINO, 2001, p. 36).

Entretanto, mesmo admitindo crianças e adolescentes como “sujeitos de direitos”, a eles não é permitido exercê-los. Do ponto de vista jurídico, considera-se limitada e pouco desenvolvida sua capacidade de entendimento. A justificativa para esta limitação advém da idade, que seria insuficiente para o desenvolvimento da capacidade de discernimento sobre o que é prejudicial e o que é conveniente.

A promulgação do ECA, apesar de seus impasses, institui uma mudança social significativa, na medida em que estabelece como lei o cuidado e a proteção à criança. Ele contribuiu, de modo decisivo, para a modificação e para o avanço da concepção do que é a criança, na medida em que concede a ela direitos bastante peculiares nos âmbitos tanto civil quanto jurídico. Entre esses direitos podemos apontar, por exemplo, o direito de não ser responsabilizada por comportamentos passíveis de punição em faixas etárias mais elevadas.

Com isso, na dimensão do direito penal, a criança torna-se inimputável. A ela fica vetada a possibilidade de ser responsabilizada por seus atos, pois, do ponto de vista civil, não há condições maturacionais que lhe propiciem a capacidade de discernir a legalidade ou não de suas atitudes.

Esta representação da criança como pessoa em desenvolvimento, que não é capaz de responder por si, apresenta ressonâncias determinantes na clínica psicanalítica com crianças.

Como não é capaz de perceber as implicações de suas ações, é a partir dos dizeres do outro que a criança se depara com o analista e com a possibilidade de produzir uma significação acerca de suas atuações. Assim, a criança se apresenta à clínica psicanalítica como protagonista de uma cena construída por um outro que dela se queixa e que, ao mesmo tempo, interpreta seus sintomas.

Para a psicanálise, a questão ultrapassa os julgamentos relativos à capacidade de discernimento e de responsabilidade de uma criança frente a seus atos. O que está em jogo é a possibilidade de se admitir que há uma participação da criança nos eventos vivenciados por ela, pois, de outro modo, não seria possível a prática analítica.

Responsabilidade, para a psicanálise, perpassa a idéia de eleição. Eleição no sentido de que o sujeito consente com os significantes que lhes são ofertados. Assim, ele se torna

responsável na medida em que a captura de tais significantes advindos do campo do Outro¹⁰ se realizam a partir de uma escolha particular.

Lacan, inclusive, apresenta em seu texto, *A ciência e a verdade*, uma de suas célebres proposições: “Por nossa posição de sujeitos somos sempre responsáveis” (LACAN, 1998/1966, p.873). Neste sentido, Marie-Hélène Brousse acrescenta que uma eleição é uma decisão do desejo, “disso é responsável o sujeito, da decisão do desejo inconsciente, o que implica na responsabilidade – tanto por seus atos como por suas palavras, por seus sintomas e por seus fantasmas” (BROUSSE, 1994, p. 75).

No caso da criança, poderíamos considerá-la como um sujeito constituído e, conseqüentemente, responsável por suas escolhas subjetivas? Este questionamento é responsável por diversas querelas acerca da autenticidade da práxis psicanalítica com crianças e do seu alcance na direção da cura.

Notadamente, um trabalho analítico inicia-se quando há um movimento do próprio paciente que, em confronto com determinados desconfortos que seu sintoma lhe causa, dirige uma demanda ao analista. Diferentemente do adulto, a criança chega ao consultório trazida pelo Outro. Neste caso, como conceder um lugar efetivo à criança, considerando que, muitas vezes, ela é subjugada a aceitar tal encaminhamento?

O encontro da criança com um analista é sempre intermediado pelos dizeres do Outro que se encarrega de seus cuidados. Este constitui um ponto fundamental na clínica psicanalítica com crianças, pois evidencia a trama a qual ela está articulada. Não são apenas os dizeres da criança que estão em jogo, mas toda uma rede de significantes que já circulavam na família muito antes dela existir, de fato.

Para compreendermos melhor a prática psicanalítica com crianças faz-se necessário explicitar a condição a qual a criança é tomada nesta especificidade clínica, apontando alguns argumentos que corroboram e sustentam a autenticidade desta práxis.

¹⁰ Outro (grande Outro) é o termo utilizado por Lacan para se referir à “questão da alteridade vivenciada pelo homem com seu desejo” (Roudinesco, 1998, p. 558). A partir da inscrição A (Outro) designa-se um lugar simbólico, o significante, a lei, a linguagem e o inconsciente, ou seja, instâncias as quais o sujeito encontra-se primordialmente submetido.

2.1 A criança pode ser considerada um sujeito para a psicanálise?

“A criança é o morto da partida, entretanto é preciso ver que, por morto que seja, o sujeito, uma vez que há sujeito, está na partida às suas próprias custas” (LACAN, 1957 [1958] /1999, p. 164).

Culturalmente, a representação de criança à qual temos acesso é a idéia de um ser em desenvolvimento, essencialmente desprovido de recursos físicos e mentais para enfrentar a vida, que deve ser amparado a fim de alcançar, posteriormente, uma fase adulta plena de maturidade.

Silva nos alerta que, quando tomamos a criança numa vertente puramente cronológica e desenvolvimentista, “à sua loucura e ao seu tratamento estarão reservados, unicamente, os métodos pedagógico-educativos e a prescrição de medicamentos” (SILVA, 2003, p.19). Assim, há que se considerar a incidência das pulsões no corpo como um componente decisivo na estruturação psíquica de um ser vivente¹¹.

Enquanto que, para alguns saberes, procura-se precisar o desenvolvimento de uma criança por meio de escalas e níveis de desenvolvimento físico e mental, para a psicanálise, o que define a condição de criança é a temporalidade de sua estruturação psíquica.

Localizar a criança em relação à sua constituição subjetiva é condição primordial de sua abordagem pela psicanálise. E, para que haja a estruturação psíquica de um ser vivente, é imprescindível que um agente materno tome este organismo sob seus cuidados. Na teoria lacaniana, a mãe ocupa o lugar de Outro primordial, no real. Isto é, ela representa o Outro real para onde se dirigirá a demanda a partir das necessidades de sobrevivência.

Tais cuidados dispensados pela mãe transcendem a dimensão puramente assistencialista. É preciso que este agente, além de garantir os cuidados que permitam a existência biológica deste ser, também opere na dimensão simbólica, oferecendo os primeiros significantes com os quais ele poderá transitar.

Dado seu desamparo inicial, fica explícita a dependência à qual a criança está submetida desde muito cedo. Sua sobrevivência depende do outro que determina tomá-la, ou não, como objeto de seus cuidados e lhe oferecer os significantes através dos quais ela

¹¹ Através da expressão “ser vivente” estaremos nos referindo ao ser que se encontra numa posição de completa submissão ao Outro.

poderá operar simbolicamente. Neste sentido, trata-se de uma escolha forçada, pois à criança resta, apenas, consentir com a alteridade deste agente materno, em sua condição onipotente, ou admitir o padecimento de seu corpo. De acordo com Vorcaro:

A imposição da alteridade implica perda; é escolha forçada. Se o organismo for conduzido meramente pelo fluxo da vida, puro ser, sem sentido, está excluído da alteridade e a condição de insuficiência o mata (VORCARO, 2004, p. 72).

Neste sentido, a criança é delineada como um ser puramente inativo que depende, essencialmente, do outro para sobreviver. A intervenção do agente materno é a condição indispensável para que uma criança possa se servir da possibilidade de vir-a-ser. De acordo com Lacan:

Dada à posição originária da criança em relação à mãe, o que ela pode fazer? Ela está ali para ser objeto de prazer. Portanto, está numa relação onde é fundamentalmente imaginada, e num estado puramente passivo (LACAN, 1956-57 / 1995, p. 249).

Lacan aponta que “(...) a criança se esboça como assujeito. Trata-se de um assujeito porque, a princípio, ela se experimenta e se sente como profundamente assujeitada ao capricho daquele de quem depende, mesmo que esse capricho seja um capricho articulado” (LACAN, 1957-58 / 1999, p. 195). Esta condição de submetida ao capricho do outro determina um adiamento na constituição da criança enquanto sujeito de desejo pois, a ela é vetada a possibilidade de decisão, mesmo que ela a queira.

O “Esquema L” (LACAN, 1955/1998, p. 58) evidencia as figuras com as quais o ser vivente irá operar em sua estruturação psíquica.

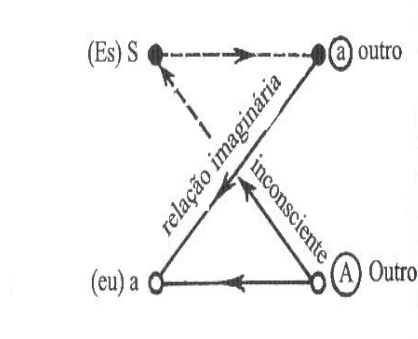


Figura 1: Esquema L (Lacan, 1955/1998, p. 58).

No esquema L, podemos verificar que Lacan refere-se a S como o sujeito “em sua inefável e estúpida existência” (LACAN, 1955/1998, p. 58). Ou seja, Lacan refere-se ao sujeito em sua posição de plena dependência. Assim, S não se encontra barrado (\$) pois, mesmo estando preso às redes da linguagem, não lhe é possível fazer uso delas. Assim, neste momento da estruturação subjetiva, consideramos o sujeito (S) em sua condição de não-constituído.

O A representa o lugar do *Outro*, lugar onde me é possível formular a questão de minha existência. Para Lacan, o que acontece com S depende do que se desenrola no A pois, é através do *Outro* que o sujeito terá acesso aos primeiros significantes que ordenarão a cadeia simbólica a se constituir, daí a relação de dependência de S com A.

Aqui, neste momento da estruturação psíquica, a criança se esboça como inegavelmente estúpida, pois, de partida, ela não porta um significante, encontrando-se “fora dos três vértices do triângulo edipiano dependendo do que venha a acontecer nesse jogo, que a princípio, ela é o morto da partida” (LACAN, 1957-58 /1999, p. 164).

Contudo, mesmo não portando um significante próprio, o sujeito precisa participar com o que ele tem de disponível. “Do ponto não constituído em que se encontra, ele terá de participar, se não com seus trocados, pois talvez ele ainda não os tenha, pelo menos com sua pele, isto é, com suas imagens, sua estrutura imaginária e tudo que se segue” (LACAN, 1957-58 /1999, p. 164).

O *a (outro)* representa os objetos que permitirão ao sujeito se constituir como imagem unificada (*estádio do espelho*). É a partir do assentimento do *outro* que S poderá reconhecer sua própria identidade, pois, é através do olhar do *a* que ele recebe a confirmação que a imagem visualizada corresponde a sua própria imagem. Assim, lhe será possível instituir o eixo imaginário *a-a'*, constituindo o eu (*Moi*).

Nas elaborações de Lacan, explicitadas no esquema L, evidencia-se o modo como ele admite a criança na sua condição de sujeito em constituição. Entretanto, tal constatação não inviabiliza o tratamento de crianças pela invenção freudiana.

A afirmação de Rosine Lefort de que a criança é um “analisante em plenos direitos” (LEFORT, 1985, p.17), permite-nos pensá-la como sujeito no que se refere a um ponto fundamental da prática analítica: é com o sujeito que lidamos, seja criança ou adulto.

Deste modo, podemos admitir a criança como sujeito. Não o sujeito constituído,

mas em constituição, pois a criança ainda não vivenciou o encontro com o outro sexo e não constatou a inexistência da relação sexual, por isso não pode responder de um lugar efetivo. Assim, há a necessidade de um acolhimento diferenciado do adulto no que se relaciona à prática clínica.

Stevens afirma, categoricamente, que a criança é um sujeito, mas ressalta que existem particularidades: “Considerar a criança como sujeito, da mesma forma que o adulto, não nos livra de nos interrogarmos sobre as diferenças entre a psicanálise com crianças e a de adultos. As diferenças se existem, não são éticas, mas técnicas” (STEVENS, 1988, p. 39).

Mesmo considerando a criança como sujeito, a ela é vetada a possibilidade de decisão, mesmo que ela o queira. Entretanto, a ética da psicanálise sustenta que há um mínimo de possibilidade de escolha, mesmo que esta se configure como uma escolha forçada. A questão que se impõe é a de possibilitar à criança um tratamento que vise promover um acesso que lhe permita construir novas formas de lidar com a trama a qual está, forçadamente, inserida.

Assim, o presente trabalho, sustenta-se nesta premissa incontestável para a psicanálise de que a criança é um sujeito, no entanto apresenta a particularidade de se constituir a partir do assujeitamento ao Outro. Outro que detém, por sua posição de alteridade, o poder de cuidar ou descuidar, de atender ou não as necessidade de sobrevivência, de inserir ou não o ser vivente na dimensão do desejo oferecendo-lhe as infindas possibilidades de circular pelo universo simbólico.

CAPÍTULO 3 - PARTICULARIDADES DA CLÍNICA PSICANALÍTICA COM CRIANÇAS

“Há algo que separa a criança da pessoa grande; seguramente não é a idade, tampouco seu desenvolvimento ou a puberdade. No fundo o que separa a criança da pessoa grande é a ética do que cada um faz com o seu gozo” (LAURENT, 1999, tradução nossa)¹².

A aplicação da psicanálise ao tratamento de crianças foi considerada, durante certo tempo, como uma clínica destinada àqueles que desejavam iniciar uma prática clínica. Assim, treinava-se com crianças para, posteriormente, estar-se apto ao tratamento com adultos.

Toda a dificuldade em assumir esta modalidade de tratamento girava em torno da concepção de que o aparelho psíquico da criança ainda não estaria plenamente formado. Assim ela estaria inapta para submeter-se ao tratamento analítico padrão. Entretanto, para nós, praticantes da psicanálise de orientação lacaniana, a criança encontra-se preparada para tal, embora a sua admissão pela clínica apresente certas particularidades na condução do trabalho analítico.

Uma das contribuições mais notáveis apresentada por Freud está no questionamento acerca da inocência das crianças. Até a sua época, as crianças eram consideradas seres destituídos de qualquer marca que configurasse a incidência de uma natureza sexual.

Em 1905, no texto *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud aponta que “as crianças são capazes de qualquer função sexual psíquica e de muitas somáticas [...] e é um engano supor que sua vida sexual começa apenas na puberdade” (FREUD, 1905/1996, p.163).

Sendo assim, a criança, desde muito cedo, já é confrontada ao enigma de sua existência e de seu sexo. Tal confronto não declina sem deixar suas marcas significantes, marcas estas que irão compor a história do sujeito.

Assim, a infância não é vivida sem angústia. A idéia partilhada pelo senso comum

¹² “Hay algo que separa al niño de la persona mayor; seguramente no es la edad, seguramente no es el desarrollo ni tampoco la pubertad. En el fondo, lo que separa al niño de la persona mayor es la ética que cada uno se hace de su goce”.

de que a infância constituiria a época de sonhos e felicidade plena compõe mais um mito relacionado às crianças.

A entrada do ser na linguagem, ou seja, a incidência do significante no corpo, produz gozo. E o gozo implica a satisfação de outras exigências que transcendem a esfera da necessidade.

Assim, segundo Freud, desde sempre a criança é invadida por um gozo sexual, representado pelas excitações e sensações corporais, que podem advir do outro ou do próprio corpo. Tal invasão é tratada a partir dos recursos aos quais a criança dispõe no momento de acordo com a sua estruturação psíquica e, muitas vezes, estes recursos se mostram insuficientes. Frente a esta insuficiência, a psicanálise se coloca como uma saída possível para tratar os impasses vividos na infância.

Na Conferência XXXIV, *Explicações, Aplicações e Orientações* (1932 [1936] /1996), Freud declara, veementemente, a importância da infância na constituição subjetiva, enfatizando as características que torna esta fase essencial para a estruturação psíquica:

Os primeiros anos da infância possuem uma importância especial - até a idade de cinco anos, (...). Em primeiro lugar, porque esses anos incluem o primeiro surgimento da sexualidade, que deixa após si, fatores causais decisivos para a vida sexual na maturidade. Em segundo lugar, porque as impressões desse período incidem sobre um ego imaturo e débil e atuam sobre este, como traumas. (FREUD, 1932 [1936] / 1996, p. 145).

Assim, ele reafirma a condição da criança enquanto sujeito em formação, ressaltando o efeito que algumas impressões vividas na infância podem provocar numa criança que não pode contar com o ego suficientemente constituído.

Deste modo, frente ao desajuste emocional provocado pela vivência de certas experiências, e na impossibilidade de se ter acesso a um aparato simbólico capaz de significantizar tais acontecimentos, a formação dos traumas torna-se inevitável.

Neste sentido, Freud aponta o recalque como o único meio acessível para que as crianças possam enfrentar essas emoções traumáticas. Entretanto, o recalque constitui-se como saída insuficiente na medida em que ele mesmo é o responsável pelo favorecimento e a emergência de doenças como resposta a esta contenção forçada.

Frente às imposições estabelecidas pela sociedade, as crianças precisam, rapidamente, se ajustarem às normas vigentes. Assim, tais imposições tornam-se um campo

fértil para a incidência das neuroses, podendo estas, se manifestarem muito antes da puberdade.

Devido à condição imatura das estruturas psíquicas na criança e à multiplicidade de desafios que se presentificam na infância, há o favorecimento da constituição dos traumas e, conseqüentemente, a formação das neuroses na criança. Assim, Freud (1932 [1936] /1996) concluiu que a criança constitui um objeto extremamente favorável ao tratamento analítico. Entretanto, ele ressalta que há diferenças entre a análise de adultos e a análise de crianças:

Verificou-se que a criança é muito propícia para o tratamento analítico; os resultados são seguros e duradouros. A técnica do tratamento usada em adultos deve, naturalmente, ser muito modificada para sua aplicação em crianças. Uma criança é um objeto psicologicamente diferente do adulto. (FREUD, 1932 [1936] / 1996, p. 146).

Ao comparar a criança ao adulto, a distinção psicológica a que Freud se refere localiza-se na constatação da inexistência da instância psíquica denominada supereu na criança. De acordo com Vorcaro, a ausência de tal instância psíquica nos conduz a considerar certas particularidades da clínica com crianças: “pouca tolerância à associação livre, a naturalidade do domínio de analistas mulheres e a concretude dos progenitores enquanto lugares de extensão da transferência e da resistência” (VORCARO, 2004, p. 139).

Entretanto, muito antes da formação do supereu e de sua incidência sobre os dizeres de uma criança, há a presença maciça dos pais na economia psíquica dela. Assim, Freud parece admitir as exigências do par parental como um substituto do supereu que ainda não se formou. Para ele, o superego só estaria definitivamente constituído após a completa dissolução do complexo de Édipo, por volta dos cinco anos de idade.

Melanie Klein (1933), entretanto, discorda de tal afirmação. De acordo com suas próprias observações clínicas, ela vai antecipar a formação do superego nas crianças por volta dos dois anos e nove meses e afirma que “este primeiro superego é desmedidamente mais rigoroso e cruel que o da criança mais velha e o do adulto” (KLEIN, 1933/1970, p. 336).

No imaginário dos pais, a criança encontra-se no lugar de “depositária da esperança de realização dos ideais e localiza a operação da função de transmissão simbólica”

(VORCARO, 2004, p. 139). Neste sentido, o par parental poderia ser admitido como operador equivalente ao superego no adulto na medida em que também atua de modo a promover as exigências de um ideal, neste caso, um ideal construído a partir das fantasias dos pais. De acordo com Freud:

O superego de uma criança, é, com efeito, construído segundo o modelo não de seus pais, mas do superego de seus pais; os conteúdos que ele encerra são os mesmos, e torna-se veículo da tradição e de todos os duradouros julgamentos de valores que dessa forma se transmitiram de geração em geração (FREUD, 1933 [1932] / 1996, p. 72).

Nesta vertente, podemos concluir que o ser nasce incluído numa trama já articulada. Antes de seu nascimento, de fato, já existe uma série de significantes que circulam, articulando e sustentando os lugares subjetivos dos membros desta família e não há como se esquivar desta estrutura imposta que, de certo modo, determina o ser.

Lacan (1969/2003) admite a criança como contingência da inscrição dos valores estabelecidos pelo par parental, valores estes que se perpetuam ao longo das gerações. Sobre isto ele afirma que, apesar da presença de uma vertente reprodutiva, o ser não se limita apenas à pura repetição. Assim, lhe é possível destacar-se “como um precipitado particular em que a estrutura se fixa numa modalidade absolutamente singular, que não se reduz a uma reprodução” (VORCARO, 2004, p. 140).

Neste trajeto ao qual o ser caminha em direção à estruturação psíquica, é possível que ele realize uma torção que possa determinar uma constituição que transcenda a dimensão do ser que repete e o transforme em sujeito de desejo.

Deste modo, a psicanálise concebe a criança nesta mesma vertente que localiza o ser como capaz de, em determinado momento, realizar um movimento subjetivo capaz de introduzir algo de singular nesta dimensão de repetição.

Assim, a criança encontra-se na condição de sujeito em formação que possui um mínimo de possibilidade de escolha frente a uma estrutura que já lhe foi colocada previamente pelo par parental. É esta mínima possibilidade que garante às crianças a oportunidade de se submeterem a um tratamento analítico.

A psicanálise reconhece as particularidades que orientam e diferenciam sua prática com crianças e com adultos. Porém, discutir essas diferenças não compromete, de modo algum, a capacidade da psicanálise em operar com a infância. No entanto, é preciso que tais

diferenças estejam incorporadas no discurso e na atuação dos praticantes de modo a viabilizar o tratamento dessas crianças.

Assim, a psicanálise com crianças não constitui um ramo especial da psicanálise. Contudo, se inscreve numa dimensão que comporta certa especificidade que se evidencia nas seguintes modalidades que compõem a terapêutica clínica: a demanda, a presença dos pais, a direção do tratamento e o estatuto da cura.

A fim de favorecer um maior entendimento acerca das particularidades expressas nestas quatro modalidades que orientam esta especificidade clínica, far-se-á necessário um maior aprofundamento sobre a gênese de tais diferenças que se esboçam na prática com crianças.

3.1 Quem demanda a análise de uma criança?

“A condução da criança ao analista é ato que impõe uma singularidade a clínica. Até que seja possível qualificar como demanda de saber o que está efetivamente em jogo neste ato, ela é tão mais acéfala quanto mais estiver encarnada na materialidade de criança” (VORCARO, 2004, p. 144)

Diferentemente do adulto que, por vontade própria, escolhe dirigir-se a um analista quando algo não vai bem, a criança chega à clínica psicanalítica encaminhada pelo Outro (pais, escola). Assim, é a partir do Outro que a queixa é proferida. É ele quem interpreta as manifestações da criança e detém o poder de decidir se é ou não necessário promover uma intervenção.

Assim, exigem-se mais do que uma decisão por parte daquele que sofre. É preciso que este sofrimento seja partilhado pela família, ou seja, que a angústia daí recorrente atue de modo a abalar o funcionamento da estrutura que sustenta este grupo social.

Deste modo, as manifestações da criança, quase sempre estão acompanhadas de outra vertente que transcende a própria reação do sujeito frente ao que o faz sofrer. Há que se considerar outra dimensão ainda mais complexa, que inclui um homem e uma mulher que, após o nascimento de uma criança, devem passar a operar nas funções paterna e materna.

A submissão da criança ao Outro é fato que responde por uma série de impasses que sustentam os questionamentos sobre a possibilidade de se exercer a prática clínica com crianças. A natureza da demanda constitui um destes questionamentos. A demanda de tratamento, no caso das crianças, é de quem? Dos pais? Da escola? É possível que a própria criança demande tratamento?

Tal questão sempre provoca embaraços, pois, quando se trata de crianças, a dimensão da demanda do Outro se torna ainda mais explícita. Na prática clínica, é imprescindível localizar a origem dessa demanda para que o laço transferencial possa se estabelecer, já que a transferência só sustenta a análise de uma criança se esta for estendida, recobrindo também os pais.

Do contrário, se o laço transferencial não estiver bem trabalhado e estabelecido, o

que presenciamos em nossa prática rotineira é que “quando a demanda dos pais se esgota, a criança vai embora com eles, sem que lhe seja deixado o tempo de articular a sua própria demanda” (CALLIGARIS, 1989, p. 27).

Na clínica com crianças, não é possível prescindir da presença maciça dos pais. É preciso compreender o discurso trazido por eles para que a queixa proferida possa vir a constituir uma demanda de análise, na qual a criança será incluída. Assim, é indispensável compreender a demanda a fim de localizar sua origem. De acordo com Vorcaro, a função deste trabalho é delimitar o campo de ação da psicanálise e:

Introduzir uma defasagem na ilusão que pais e criança portam na imaginarização do Outro que eles encarnam em analista, permitindo o estabelecimento do contrato analítico, ato que conjuga e separa pais e filho quando eles confiam a criança ao analista. Naquilo que a criança articula acerca desse contrato com os pais constrói-se a possibilidade de demanda analítica. É isso, portanto, o que poderá conduzir uma criança a uma análise (VORCARO, 2004, p. 146).

Nossa prática com crianças, testemunha que, na grande maioria dos casos, o que a família traz ao consultório é o que Balbo (1992) nomeia por não-demanda analítica. Para ele, essa expressão corresponde aos anseios que o par parental transfere ao analista, na esperança de que este possa restabelecer o funcionamento desta criança, por eles idealizado.

Este desnivelamento entre as aspirações do par parental e o modo como a criança se apresenta constitui um dos pontos fundamentais contidos nas manifestações sintomáticas do TDA/H. Por se tratar de um conjunto de comportamentos onde a criança evidencia um excesso motor ou uma desatenção que resulta numa incapacidade latente em obter sucesso acadêmico, frequentemente, este diagnóstico toca uma dimensão insuportável para os pais.

A ética que orienta a prática psicanalítica postula que, ao analista, cabe rejeitar toda e qualquer demanda que não seja analítica. Assim, as entrevistas preliminares têm por objetivo promover um trabalho onde seja possível construir uma demanda que não seja higienista e reeducativa, pautada na aspiração de que esta criança possa operar no lugar de realizadora dos desejos parentais.

Negando-se a responder do lugar de agente do gozo social, a psicanálise busca resguardar a singularidade da criança. Entretanto, compreende como traço particular de sua prática a inserção dos pais no processo que possibilita que uma criança encontre um analista.

Ao longo do desenvolvimento da clínica psicanalítica com crianças, foram várias as formas de se abordar o manejo da transferência dos pais. Adiante, retomaremos os principais estudiosos e suas posições teóricas acerca da presença dos pais e sua especificidade na clínica com crianças.

3.2 A presença dos pais e sua especificidade

“É importante desmistificar a idéia de que o tratamento “encomendado” é privilégio da clínica de crianças, uma vez que as situações ligadas também à psicanálise com adolescentes e adultos são recorrentes. O infantil é uma posição do sujeito”. (FERREIRA, 2000, p. 114)

A primeira experiência psicanalítica com uma criança foi relatada por Freud em “Análise de uma fobia em um menino de cinco anos” (1909/1996), conhecido como o caso Hans. Neste relato, ele afirmou:

Ninguém mais poderia, em minha opinião, ter persuadido a criança a fazer quaisquer declarações como às dela; o conhecimento especial pelo qual ele [o pai] foi capaz de interpretar as observações feitas por seu filho de cinco anos era indispensável; sem ele as dificuldades técnicas no caminho da aplicação da psicanálise numa criança tão jovem como essa teria sido incontornáveis. Só porque a autoridade de um pai e a de um médico se uniam numa só pessoa, e porque nela se combinava o carinho afetivo com o interesse científico, é que se pôde, neste único exemplo, aplicar o método em uma utilização para a qual ele próprio não se teria prestado, fossem as coisas diferentes (FREUD, 1909/1996, p. 15).

A partir do fragmento acima descrito, é possível perceber que Freud eleva à categoria máxima a atuação do pai na condução da análise de Hans. Ou seja, as intervenções do pai, sob suas orientações médicas, foram indispensáveis para que o método psicanalítico fosse aplicado a uma criança.

Nesta vertente, Winnicott (1978) também considerava a presença dos pais indispensável para o tratamento de uma criança. Há relatos de casos clínicos que foram conduzidos pelas famílias sob sua orientação. Entretanto, suas intervenções variavam de

acordo com as manifestações sintomáticas em questão. Por exemplo, nos casos de psicose, ele não autorizava a condução do tratamento pelos pais por julgar complexa a direção deste trabalho.

Outros analistas também reconheceram os impasses gerados pela presença dos pais na análise de uma criança e admitiram esta particularidade de diferentes maneiras. Anna Freud (1965/1982) acreditava num trabalho orientado por uma vertente educativa, onde se estabeleceria um pacto com os pais chamado de aliança terapêutica em prol do fortalecimento do eu da criança. Deste modo, ela defendia a idéia de que só era possível analisar uma criança se um dos pais também fosse submetido ao processo analítico.

Melanie Klein (1933/1970), opositora declarada das proposições de Anna Freud, sugeria acolher os pais. Entretanto, propunha estabelecer certo distanciamento de modo a demarcar um espaço destinado exclusivamente à criança. Aos pais, eram reservadas apenas algumas sessões para orientações bastante pontuais.

Maud Manonni (1983) atribui à presença dos pais um valor considerável, estimulando-os a participar ativamente da análise da criança. Ela considera que, o “conjunto do discurso”, que une pais e criança, pode contribuir de modo decisivo no desvendamento do sintoma manifesto.

Françoise Dolto (1983) admite a participação dos pais apenas durante as entrevistas preliminares. A partir deste momento, se os pais demonstrarem desejo de falar, são encaminhados a outros analistas.

Rosine e Robert Lefort (1985), por considerarem a criança um “analitante em plenos direitos”, não vinculam o atendimento da criança ao atendimento dos pais. Ou seja, pode-se tratar a criança, sem que, necessariamente, os pais também sejam atendidos. Entretanto, há o reconhecimento da importância do discurso dos pais para o tratamento dessa criança, pois é preciso escutar o lugar ocupado por ela enquanto objeto na economia psíquica do par parental e da família.

Jacques Lacan (1969/2003) admite a inclusão dos pais no tratamento de uma criança na medida em que tal atitude possa favorecer o trabalho analítico desta. Assim, para ele, não há momento lógico para que os pais sejam convocados. O importante é conduzi-los de modo a favorecer a implicação da família nas manifestações sintomáticas e no tratamento da criança.

Lacan refere-se à família conjugal como o veículo responsável pela transmissão das tradições que sustentam a evolução das sociedades. Para ele, não se trata, apenas, de uma transmissão que garantiria a satisfação das necessidades, mas de uma transmissão capaz de sustentar “a constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

É esta marca do desejo do Outro, que Lacan aponta como elemento fundante, que operará de modo a promover a constituição subjetiva. Neste sentido, ele afirma:

Mesmo uma criança não desejada pode, em nome de um não sei o quê, que surge de seus primeiros movimentos ser mais bem acolhida mais tarde. Isto não impede que algo conserve a marca do fato de que o desejo não existia antes de certa data (LACAN, 1998, p. 9).

Tendlarz (2006) aponta que, quando a criança não tem reconhecida sua existência como tal no desejo da mãe, produz-se a queda do objeto criança enquanto portador de um valor fálico. Assim, sem a incidência do desejo do Outro como operador fundante, a criança pode responder de vários modos. Dentre eles, podemos citar: passagens ao ato suicida, doenças orgânicas, graves anorexias e várias outras respostas de natureza extremamente debilitadoras para o sujeito. Poderíamos nos perguntar se o TDA/H poderia se entendido como uma destas respostas frente a esta não inscrição na dimensão do desejo do Outro.

Deste modo, fica evidente que não podemos deixar de incluir no tratamento de uma criança os dizeres dos pais. Entretanto, não podemos, enquanto praticantes da psicanálise, entender que o que dizem um pai ou uma mãe a respeito de um filho seja informação para trabalhar com a criança no decurso de um tratamento. Do contrário, estaríamos a serviço de uma pseudo-psicanálise, pois estaríamos visando à adequação da criança aos anseios familiares.

Lacan, no seminário *De um Outro ao outro* (1968-69/2008) , faz alguns apontamentos sobre o lugar dos pais na análise com crianças. Para ele, o que determina a vida de uma criança “não está na maneira como se apresentou o desejo no pai ou na mãe, [...] mas o modo de presença sob o qual cada um destes termos: saber, gozo e objeto “a” foram efetivamente oferecidos ao sujeito” (LACAN, 1968-69/2008, p. 321).

Assim, não se trata de recolher dados nos moldes de uma anamnese. Trata-se de ter acesso às informações que possam localizar o lugar que essa criança ocupa, quais os

significantes que a determinam, a relação com o Outro e várias outras questões que envolvem a dinâmica estrutural desta família e que podem dizer muito sobre a posição subjetiva desta criança.

Deste modo, é preciso estar atento ao momento em que se deve escutar e acolher os pais, pois a clínica testemunha a incidência das interrupções dos tratamentos de crianças, quando o analista não consegue estabelecer as condições necessárias de acolhimento e distanciamento do par parental. Assim, sabemos que a transferência com a criança precisa, antes de tudo, incidir sobre os pais.

Ferreira (2000), valendo-se do termo lacaniano “extimidade”, nos oferece uma denominação precisa sobre o lugar dos pais na análise de uma criança:

O analista, ancorado no seu desejo, deve levar cada um dos pais, a uma relação de “extimidade”, ou seja, de íntima exterioridade, em relação ao tratamento do filho, para que fiquem fora e, no mesmo movimento, dentro da análise da criança (FERREIRA, 2000, p. 123).

Estabelecendo-se esta relação de “extimidade”, estaríamos acolhendo os pais, admitindo seus dizeres como fundamentais para a análise da criança e, ao mesmo tempo, demarcando um lugar que é próprio da criança enquanto “analisante em plenos direitos”.

Isto quer dizer que o dever ético do analista é o de possibilitar à criança a construção de um discurso que transcenda a queixa dos pais, levando-a a crer que mesmo submetido ao Outro, lhe é possível operar dentro de um limite mínimo de escolha.

3.3 A Direção do Tratamento

“O analista deve cuidar para que a criança possa entrar na latência, que é o tempo de compreender a castração, respondendo à existência da falta de saber do grande Outro, para que, na adolescência, ela possa olhar por traz da latência e estabelecer um saber sobre o gozo, construindo uma nova versão de objeto a”. (VORCARO, 2005, p. 93)

Quando nos referimos a direção do tratamento na clínica com crianças, uma questão se impõe: o que se aponta numa análise com crianças?

Considerando que a criança localiza-se na condição de sujeito em constituição, ou seja, ela ainda não vivenciou os processos que garantiriam sua constituição subjetiva¹³, cabe perguntar o que procuramos apontar nesta modalidade de trabalho analítico. Pois, mesmo diante da inexistência de alguns confrontos subjetivos a psicanálise entende que a criança teria disponível certa capacidade de não assentimento frente ao que o Outro lhe impõe a nível significante.

Neste sentido, Vorcaro (2005) aponta que o objetivo da análise é permitir à criança separar-se do sintoma familiar, criando recursos para que possa construir sua própria vertente sintomática, deslocando-se da posição infantil e assim, deixando de ocupar o lugar de objeto que tamponaria a falta estrutural do par parental.

Assim, um dos efeitos de produção da análise de uma criança seria a passagem de identificar-se inteiramente com a posição de representante sintomático do par parental para construir um sintoma que comporte um traço singular. Este apontamento da psicanálise que busca privilegiar a singularidade de um sujeito estabelece uma disjunção radical ao que é defendido pelas TCC's. Enquanto estas buscam o apagamento deste traço único procurando nivelar as capacidades produtivas de um indivíduo, a psicanálise trabalha de modo a resgatar as particularidades que compõem cada sujeito.

Neste sentido, outra questão nos convoca à reflexão. Como promover uma prática capaz de operar livre dos imperativos sociais de adaptação e acolher integralmente a dimensão de singularidade na criança?

¹³ Conforme citado na página 40 desta dissertação.

Para discutirmos os princípios que orientam a direção do tratamento de crianças tomaremos como norte as considerações teóricas de Jorge Volnovich, médico e psicanalista envolvido com as questões clínicas da criança. No texto *A direção da cura em psicanálise com crianças* (1991), ele apresenta alguns princípios que, para ele, constituem os parâmetros que devem orientar a prática clínica.

Tais princípios encontram-se desenvolvidos originalmente na obra de Freud. Entretanto, o autor propõe uma interpretação orientada pelos impasses vivenciados especificamente na clínica com crianças. Deste modo, tais princípios passam a apresentar características bastante peculiares.

A direção de um tratamento psicanalítico, seja com crianças ou com adultos, inicia-se a partir da transferência. Este constitui o primeiro princípio que localiza como ponto nodal o estabelecimento do laço transferencial como operador fundamental na direção da cura.

Volnovich relembra a indicação de Freud (1911) acerca da regra de abstinência. Esta regra assinala a importância de se repelir qualquer intencionalidade do analista no sentido de atuar segundo “suas boas intenções”. Particularmente, no tratamento com crianças, a aplicação de tal regra torna-se ainda mais significativa.

Devido à posição ocupada pela criança de objeto do desejo do Outro, é bastante comum àqueles que se ocupam com seus cuidados, sentirem-se sensibilizados com a diversidade de situações traumáticas vivenciadas por elas. Assim, é comum aos analistas de crianças serem surpreendidos por sentimentos amorosos compelindo-os a atuarem na dimensão de mães ou pais imaginários oferecendo, no lugar da escuta atenta, o desvelo. Entretanto, Freud sinaliza que a inobservância da regra de abstinência costuma levar vários tratamentos ao fracasso.

Isto porque tal regra sustenta a possibilidade de se estabelecer o laço transferencial, que constitui um instrumento indispensável na direção da cura. De acordo com Lacan (1960-61/1992), entende-se por transferência a operação que se relaciona com o engano que consiste em instalar o analista no lugar de aquele que tudo sabe de mim.

Neste sentido, o analisante supõe um saber no analista e nele deposita a possibilidade de ter acesso à verdade sobre seu sintoma. É o estabelecimento da suposição de saber na figura do analista que garantirá todo o movimento necessário para que o

trabalho analítico aconteça.

A transferência só poderá entrar em cena quando o analista, sustentado por seu desejo, introduz um dispositivo capaz de propiciar ao analisante a possibilidade de tratar o real pela via da palavra, ou seja, transformar ato em dizer.

Para que o analista seja capaz de sustentar seu desejo e suportar a clínica, tanto Freud quanto Lacan, assinalam a importância de o analista se submeter a um tratamento psicanalítico. Através de sua análise, ele poderá se desembaraçar de seus complexos obtendo, como produto, a possibilidade de desenvolver uma escuta atenta, livre da incidência de seus próprios impasses subjetivos.

Aqui, não nos referimos ao desejo da pessoa do analista, mas ao desejo de sustentar o exercício analítico, que passa, essencialmente, pela ética de calar o próprio desejo enquanto sujeito para que seja possível a escuta clínica. Como nos lembra Lacan (1960-61/1992), o analista paga pela sua prática com o seu corpo, na medida em que ele precisa promover um apagamento que se resume a um “não-ser”.

Volnovich (1991), aponta que na clínica com crianças, o analista pode, facilmente, ser colocado no lugar daquele que detém o poder e o compartilha com os pais. Assim, ele critica, veementemente, aqueles que utilizam os brinquedos como forma de exercer este domínio sobre a criança.

O questionamento acerca dos impasses gerados pela presença de pequenos objetos que facilitariam as manifestações subjetivas das crianças nos consultórios psicanalíticos é uma das questões que mantém a querela acerca da autenticidade da prática analítica com crianças.

Muitos analistas condenam o uso de materiais lúdicos como um atravessamento necessário para se promover a fala de uma criança, pois acreditam que o uso destes objetos calaria as resistências internas que, de outro modo, se manifestariam na fala dos analisantes.

Sobre isto, Freud afirma que a negativização das resistências internas contra as quais lutamos no adulto, “são substituídas na criança por dificuldades externas” (FREUD, 1933 [1932] /1996, p. 145). Aqui, entende-se por dificuldades externas todos os impasses gerados diante da posição a qual a criança ocupa enquanto objeto de satisfação do Outro.

Neste sentido, Ferreira (2001) afirma que o uso do brinquedo se faz importante apenas na medida em que veicula a palavra. Devido à precariedade simbólica vivenciada

pela criança, é por meio dos objetos lúdicos que ela poderá tornar acessível ao analista sua própria realidade psíquica. Deste modo, é de suma importância que tais objetos estejam, primordialmente, a serviço do trabalho analítico.

Bem sabemos que “os pequenos objetos estabelecem o laço com a criança, mas seu uso não pode ser previamente preparado e deve ser totalmente subvertido para ter efeito de interpretação” (VORCARO, 2004, p. 92).

Neste sentido, Volnovich afirma:

O que o analista deve manter como suposto é sua capacidade não só de interpretar, mas de fornecer aqueles objetos (brinquedos) que possam certificar essa condição de poder. Sabemos da necessidade que pode ter uma criança de se exprimir através de um jogo, [...] mas é necessário estabelecer o justo limite entre essa necessidade e o exercício do poder (inclusiva de sedução), expresso através de um sem número de objetos que as crianças decodificarão como presentes de amor (VOLNOVICH, 1991, p. 132).

Assim, o que está em jogo não são os objetos que o analista pode colocar à disposição da criança, e sim a sua capacidade de escutar e interpretar o que está sendo dito através destes objetos.

Como segundo princípio, o autor reitera a importância da análise do que é dito pelas crianças em análise. Muitas especificidades de atenção à criança desprezam seus dizeres por considerá-los “infantis” e “sem sentido”. Para a psicanálise, tais dizeres que são manifestos no jogo, no desenho e no ato apresentam um conteúdo indispensável na direção do tratamento.

A palavra não perde a sua importância frente a estas manifestações, pois é, ela mesma, que enquadrará tais produções, marcando um sentido. Assim, tais instrumentos mostram-se importantes na medida em que representam uma produção que pode ser interpretada.

Freud (1932 [1936] / 1996), em sua conferência XXXIV *Explicações, Aplicações e Orientações*, afirma que a criança não tolera os métodos de associação livre. Tal afirmação aponta uma diferença radical entre a análise de adultos e de crianças, na medida em que sugere que a manifestação subjetiva da criança precisaria contar com outra via que não seja exclusivamente a fala.

Vorcaro (2004) aborda esta problemática em seu livro *A criança na clínica*

psicanalítica. Ali, ela aponta esta discussão a partir das elaborações de Anna Freud, que nomeou o jogo como um dos substitutos da associação livre, tomando o material recolhido por estes meios com fins de interpretação.

Entretanto, alguns analistas não concordaram com a posição sustentada por Anna Freud quando ela afirmou que a associação livre e o jogo exerceriam a mesma função no trabalho analítico. Eles consideravam que a interpretação feita a partir de desenhos ou jogos, “visaria desnudar o inconsciente, sem passar pelas distorções e resistências do pré-consciente da criança, tendendo à rigidez, impessoalidade e estereotipia” (VORCARO, 2004, p. 147).

Assim, como as crianças não faziam uso da regra de ouro da psicanálise, para estes analistas, o trabalho com elas não chegava a constituir uma *práxis* autêntica. Entretanto, Anna Freud insiste na equivalência total entre livre associação adulta e atividade lúdica infantil.

Nesta vertente, Melanie Klein parece concordar com Anna Freud. Ela também compartilha e defende esta equivalência e reserva ao brinquedo um lugar efetivo em sua clínica.

Quando admitimos a criança como sujeito em formação, admitimos também uma série de particularidades que vão incidir sobre a prática. Como a criança ainda não vivenciou os complexos constitutivos e ainda não se deparou com o real do sexo, a ela fica restrita a circulação eficaz pela linguagem. Assim, a associação livre se mostra insuficiente como método de representação para os impasses subjetivos vivenciados por elas.

Isso não quer dizer que não seja possível analisá-las. Em minha prática clínica, posso perceber que as resistências e distorções evidenciadas na fala dos adultos, aparecem na clínica com crianças, só que de outras formas, como por exemplo, nos próprios desenhos ou quando elas falam sobre eles.

O terceiro princípio estabelece como alvo do tratamento o desvelamento do sentido da fantasia. No ensino lacaniano, entende-se por fantasia a história que o sujeito barrado, ou seja, o sujeito dividido pelo significante constrói de sua origem como tentativa de circunscrever e emoldurar sua realidade.

Na clínica com crianças, não nos referimos ao atravessamento da fantasia tal como proposto por Lacan, em dado momento de seu ensino, como referência ao fim de uma

análise. Pois tal atravessamento implicaria num confronto com a inconsistência do Outro e uma modificação da relação do sujeito com seu gozo. Afinal, bem sabemos que uma criança não dispõe dos meios para constatar a falta no Outro, nem barrar e sustentar seu afastamento simbólico.

Assim, o que se procura apontar na análise de uma criança é um possível deslocamento desta enquanto objeto do Outro primordial. Ou seja, favorecer um trabalho onde a criança possa efetuar a operação de *separação*¹⁴ do Outro.

Deste modo, o trabalho analítico visaria possibilitar a essa criança a construção da vertente singular de sua manifestação sintomática. Com efeito, a promoção de tal deslocamento tende a provocar ressonâncias em toda a estrutura familiar causando, assim, intenso mal estar. Tal incômodo advém do fato de que, muitas vezes, o que é demandado ao analista é um ajuste do comportamento por parte da criança para que, assim, o circuito familiar possa ser reiterado.

Partindo do exame atento dos princípios acima propostos e de suas implicações na prática analítica, ressaltamos, mais uma vez, a possibilidade efetiva de se atender crianças pela psicanálise, destacando a premissa de que o conhecimento e o exercício de tais particularidades é que irão assegurar um trabalho ético com crianças.

¹⁴ Estaremos abordando a operação de *separação* na página 73 e seguintes.

3.4 Há um final de análise para crianças?

“A criança pode responder de um ponto de vista fálico e é precisamente a sua resposta que poderá determinar um fim. Quando uma criança tem uma versão do falo, não vale a pena continuar” (Laurent, 1999, tradução nossa)¹⁵

Está claro, para nós, que a presença dos pais é uma constante no tratamento psicanalítico de uma criança. Eles intervêm de modo decisivo em todo o processo analítico, inclusive na possibilidade de que se chegue a um final de análise.

Para que uma criança possa concluir um tempo de sua análise é preciso que os pais possuam certo grau de reconhecimento da falta do Outro, para que, deste modo, “possam suportar, com uma angústia limitada, a falha de sua função que o sintoma da criança evidencia. Assim, o encontro com o analista sempre desperta incômodo, pois remete os pais à pergunta pelo desejo que modelou a criança enquanto sujeito” (VIDAL, 2001, p. 85). E, muitas vezes, a incidência de tais dificuldades interrompe o tratamento muito antes que se possa promover, de fato, um trabalho analítico.

Contudo, o fim da análise de crianças implica ascender a uma posição subjetiva, ou seja, situar a significação fálica no campo simbólico, pela confrontação com a inconsistência e a castração do Outro. Laurent (1999), afirma que deste ponto não é possível avançar. A criança precisa passar pelo período de latência para que lhe seja possível confrontar-se com a castração materna e, a partir daí, produzir uma significação.

Deste modo, a questão do término de uma análise deve ser pensada a partir do caso a caso. O término implica a lógica a qual o tratamento se constituiu. No caso das crianças, poderíamos considerar como suficiente que ela possa passar “pelo bom buraco que a estrutura lhe oferece” (VIDAL, 2001, p. 87). Para tanto,

A criança deverá consentir em perder o lugar de exceção que o sintoma lhe conferia na estrutura familiar, com os benefícios e vantagens que lhe acarretava, para passar a contar-se como mais-um. Isto implica em renunciar a um gozo, dispondo-se a deixar aberta a hiância do Outro (VIDAL, 2001, p. 87).

¹⁵ Es un niño quien puede responder desde el punto de vista fálico y la respuesta que puede determinar el fin. Cuando el niño tiene una versión del falo no vale la pena continuar.

No caso do TDA/H, este lugar de exceção conferido a criança por seu sintoma fica bastante evidente, pois há, por parte dela, uma constante convocação do olhar do Outro. Por se tratar de um transtorno que exige vigilância permanente no que se relaciona ao controle dos comportamentos indesejáveis, a criança sustenta o laço fálico de modo a favorecer um grampeamento ao Outro.

Sob transferência, o analista está na posição de mola propulsora do tratamento. Como operador lógico, lhe é possível promover o deslizamento do sintoma em direção ao significante. Tal deslizamento, que implicaria num dizer sobre o sintoma, não se produz sem resistência. Bem sabemos que o sintoma resiste ali, onde se goza e “se a criança goza, é sem saber” (VORCARO, 2005, p.93).

Assim, “o sintoma da criança, enquanto representante do casal parental, implica em nada querer saber sobre seu modo de preencher a hiância do par. Com isso, vela-se a opacidade encontrada no Outro, no que concerne ao desejo trocado em demanda de amor” (VIDAL, 2001, p. 87).

Diante desta realidade, o analista trabalha de modo a inserir na cena a possibilidade de uma nova escritura do sintoma que porte um laço singular da criança. Com isso, ele favorece a construção de um novo enodamento do sintoma capaz de deslocar a criança da posição de objeto do Outro primordial.

A partir de tais elaborações, poderíamos pensar que não há final de análise para uma criança. Não um final de análise do modo como consideramos a partir da análise de adultos. Antes da puberdade, a criança não tem acesso à representação do que ela é no desejo do Outro e, deste modo, ela ainda não pode fazer uso dessa resposta fantasmática no encontro com a partilha sexual.

Laurent (1994) localiza no ensino de Lacan, um deslocamento no estatuto da criança, que pode ocupar tanto o lugar de falo quanto o lugar do objeto *a* no desejo da mãe. Assim, quando a criança puder responder do ponto de vista fálico, sua resposta determinará o final da análise, “e não vale à pena continuar, já é suficiente e ainda que tenha que colocá-la à prova, isto já basta” (LAURENT, 1994, p. 32).

No segundo caso, será necessário que a criança tenha uma versão do objeto *a*. Assim, de um modo ou de outro, o final da análise de uma criança consiste na suficiente construção de seu fantasma, com a versão do objeto que cada um disporá a partir da idade

que tem. De acordo com Laurent:

No fim, trata-se de que a criança seja suficientemente cautelosa, que tenha feito o percurso para separar-se, isto é, que, ao menos, segundo uma das possibilidades que Lacan dá, faça com que seu corpo não seja o condensador de gozo da mãe, opor-se ao que seja o corpo da criança o que responda ao objeto *a* (LAURENT, 1994, p. 32).

Trata-se de um deslocamento no qual a criança possa “situar seu gozo numa versão fantasmática que responde ao gozo materno, distinguindo-se, assim, da sua encarnação como objeto desse gozo” (VORCARO, 2004, p. 150). Ou seja, trata-se de promover, para a criança, uma distinção entre ser maciçamente o objeto da mãe ou optar por parecer ser seu objeto.

Construir seu fantasma no sentido de não consentir a responder ao desejo da mãe com seu próprio corpo no lugar de objeto *a*. Laurent (1994) afirma que isso só será possível a partir da construção de ficções reguladoras que permitam à criança operar com essa separação.

É importante ressaltar que Lacan parece sempre destinar à criança uma posição ativa no trabalho analítico. Deste modo, ele reafirma a condição da criança enquanto sujeito para a psicanálise e deposita nela a possibilidade de construção de uma nova vertente subjetiva que não seja a de ocupar o lugar de objeto que tamponaria a falta do Outro.

CAPÍTULO 4 – AS INDICAÇÕES DA PSICANÁLISE SOBRE O SINTOMA NA CRIANÇA

Para a medicina, o sintoma é uma manifestação que evidencia um comprometimento do funcionamento do corpo biológico. Assim, procura-se localizar a origem do mal-estar a fim de promover procedimentos que sejam capazes de eliminar os incômodos provocados por ele.

Para Freud, o sintoma é o substituto de uma satisfação pulsional que não pôde se realizar devido a uma incongruência com o princípio de realidade. Assim, o conflito entre a libido insatisfeita e a força do ego promove um deslocamento compelindo a libido a buscar outras formas de se satisfazer, pois está orientada pelo princípio de prazer.

Deste modo, se a realidade se mantiver hostil à realização de tal satisfação, a libido será forçada a regredir em busca de fixações, de pontos onde lhe seja permitida circular sem impedimentos. Esses pontos de fixação têm sua origem nas experiências sexuais vividas na infância e remetem ao que há de mais íntimo na vida de um sujeito.

Nesta vertente, Freud admite o sintoma como resposta à libido que, “pelo caminho indireto, via inconsciente e antigas fixações, consegue achar uma saída até uma satisfação real, embora seja uma satisfação restrita e que mal se reconhece como tal” (FREUD, 1916/1996, p. 363).

A partir de 1920, em *Além do princípio do prazer* (1920/1996), Freud admitirá que no sintoma há, também, uma vertente silenciosa da pulsão que não se deixa representar pela palavra, ou seja, há algo da pulsão que escapa à simbolização e insiste em se manifestar num movimento de repetição.

Assim, Freud se depara com um impasse e o aponta em seu texto *Análise terminável e interminável* (1937/1996): O que fazer com este “resto fecundo” do sintoma que não se deixa representar pela linguagem e que insiste em se manifestar? Ele, então, conclui que há algo da pulsão que resiste ao tratamento pela palavra, colocando em jogo o caráter interminável de um processo analítico.

Lacan (1953/1998), no início de seu ensino, em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* parece acreditar numa resolução por inteiro do sintoma,

desconsiderando o que Freud já havia sinalizado em sua obra, sobre sua porção indecifrável.

Porém, no final de seu ensino, Lacan acaba se deparando com este resto sintomático, fora do campo do sentido e resistente à interpretação. Ele redefinirá o sintoma a partir deste núcleo libidinal que carrega consigo algo da dimensão da satisfação para o sujeito. É exatamente por isso que é tão difícil alguém abdicar de seu sintoma, pois, ao mesmo tempo em que provoca sofrimento ele também apresenta uma parcela significativa de satisfação. Nas palavras de Lacan:

Se Freud contribuiu com algo, foi com o fato de os sintomas terem um sentido e um sentido que só se interpreta corretamente – *corretamente* querendo dizer que o sujeito revela uma parte dele – em função de suas primeiras experiências, isto é, na medida em que o encontro o que chamarei, hoje, na falta de não poder dizer, nem mais, nem melhor, a realidade sexual (LACAN, 1975/1998, p. 10).

Lacan, faz referência à constituição de um sintoma nos primórdios da infância. Para ele, os sintomas são constituídos a partir dos significantes de alíngua. Por alíngua entende-se a resultante do primeiro contato do ser vivente com a linguagem. A partir dela, o sujeito criança receberá uma primeira marca advinda da dimensão do mal entendido inerente a linguagem. É a inscrição desta marca que determinará o modo como o sujeito irá se sustentar simbolicamente.

Assim, a língua materna é a condição, o acesso da criança à linguagem e alíngua é a condição de sintomatizar, ou seja, de dar uma resposta frente a este encontro real da linguagem com o corpo.

O encontro com a linguagem é sempre traumático, pois implica uma perda de gozo. O sintoma se fará presente, então, como saída possível para tratar este real traumático que invade o sujeito. Sobre isso, Lacan afirma:

Tenho observado muitas crianças pequenas, a começar pelas minhas. O fato de que uma criança diga *talvez*, *ainda não*, antes mesmo de ser capaz de construir verdadeiramente uma frase, prova que há algo nela, uma peneira que se atravessa, por onde a água da linguagem chega a deixar algo na passagem, alguns detritos com os quais ela vai brincar, com os quais, necessariamente, ela terá que lidar. É isso que lhe deixa toda essa atividade não-refletida – restos aos quais, mais tarde, porque ela é prematura, se agregarão os problemas do que a vai assustar. Graças a isso, ela vai fazer a coalescência, por assim dizer, dessa realidade sexual e da linguagem (LACAN, 1975/1998, p. 11).

Nesta vertente, o sintoma torna-se essencial na clínica psicanalítica na medida em que carrega consigo a marca singular que produziu as fixações no circuito pulsional do sujeito. Assim, enquanto o saber médico busca a extinção do sintoma por meio de intervenções medicamentosas ou cirúrgicas, a psicanálise orienta seu caminho em direção à cura seguindo os rastros deixados por ele.

A medicina, na medida em que busca um saber inscrito no real, faz parceria com o discurso da ciência. Enquanto a ciência ocupa-se em apontar o S₁ e o S₂, a psicanálise busca compreender o que escapa a essa relação: o significado. Assim, o analista trabalha com o que a ciência rejeita, admitindo “este resto” como a verdade do sujeito.

A ciência responde à demanda de gozo do sujeito oferecendo soluções que transmitem a mensagem de que ele não tem implicação em seu sintoma, como se o sofrimento fosse um acontecimento exclusivo de um corpo a ser tratado. Já a psicanálise, busca a responsabilização do sujeito frente ao que o faz sofrer. Afinal, diz Lacan, “por nossa posição de sujeito sempre somos responsáveis” (LACAN, 1965/1998, p.873).

Outro ponto fundamental que difere a psicanálise da medicina refere-se à natureza do sintoma. Enquanto que para a medicina um determinado sintoma remete sempre a uma enfermidade específica, para a psicanálise cada manifestação sintomática se constituirá a partir das particularidades das experiências vividas por cada sujeito. Com isso, pode-se dizer que não há intervenção capaz de produzir os mesmos efeitos em todos os sujeitos. Deste modo, cada tratamento se inscreve numa dimensão única e particular, pois o sentido do sintoma não é dado *a priori*. Ele é construído pelo sujeito no trabalho analítico.

No caso do sintoma na criança, há certas particularidades que tornam sua admissão pela psicanálise um pouco mais complexa. Devido à precariedade simbólica e à submissão a qual a criança se encontra, seu sintoma porta outras dimensões. Nas elaborações de 1969, no texto *Nota sobre a criança* (1969/2003), Lacan aponta estas outras dimensões contidas no sintoma na criança. Ele pode se manifestar enquanto representante da verdade do casal parental ou como decorrente da subjetividade da mãe.

Na clínica, estas duas posições assumidas pela criança são muito comuns. Os pais sustentam a criança a partir de seus próprios ideais que, geralmente, buscam a negação da castração. Muitas vezes, a criança não responde a falta no Outro de acordo com os ideais paternos. Assim, ela se vê numa encruzilhada devido a sua própria condição de submissão e

precisa optar pelo caminho a seguir: responder ao ideal e manter-se na alienação ou fazer furos neste ideal a fim de manter uma dimensão mínima de sujeito desejante. Deste modo, ou a criança se aliena completamente sucumbindo ao desejo do Outro, posição esta que responderia pelo seu lugar de objeto da mãe ou ela passa a se opor a todas as demandas do Outro, constituindo a vertente do sintoma como resultante do par parental.

Antes de desenvolvermos estes apontamentos de Lacan, é preciso retomar um questionamento que alguns analistas fazem a fim de destituir a autenticidade da prática clínica com crianças. Uma pergunta comum é: “A quem pertence o sintoma da criança uma vez que a queixa sempre parte do Outro?”

Não podemos nos esquecer que as indicações de Lacan sobre a criança sinalizam a importância de se considerar a posição admitida pelo sujeito frente ao enunciado do Outro. Assim, pela postura assumida frente ao Outro, a criança é responsável. De acordo com Vorcaro: “A criança é responsável pelos seus sintomas, pois são eles que a constituem como sujeito de sua própria palavra, mesmo que surjam do inconsciente parental” (VORCARO, 2005, p. 13).

Mesmo considerando as vertentes fundamentais do sintoma na criança, ainda assim ele é da criança. Sempre há a possibilidade de que ela possa promover um deslizamento de sua posição subjetiva na família visando a construir uma resposta que produza menos perdas para ela. Obviamente que tais construções estariam alinhadas aos objetos que cada uma disporá de acordo com a idade em questão.

Retomando os apontamentos sobre o sintoma na criança, Lacan afirma que no caso de o sintoma ocupar o lugar de evidenciar o que há de sintomático na estrutura familiar, apesar de este ser o mais complexo dos casos é, também, o mais aberto às nossas intervenções. No segundo caso, onde a criança aparece implicada como correlato de um fantasma da mãe, a articulação é bastante restrita e a criança fica “exposta a todas as capturas fantasísticas, tornando-se objeto da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

Considerando essas duas vertentes, é possível destacar um ponto fundamental de convergência: o sintoma da criança se relaciona com sua família. Assim, ele resulta de uma escolha forçada, ou seja, é o único modo encontrado por ela para se fazer existir no discurso dessa família.

No texto de 1908, Freud refere-se à relação da família com a criança nos termos de um romance. Sobre isto, ele diz: “com o desenvolvimento das capacidades intelectuais, a criança descobre a que categoria seus pais pertencem” (FREUD, 1909[1908] / 1996, p.219). Comparando outros pais com os seus, a criança passa a duvidar das qualidades que antes lhes atribuía. Assim, ela inventa uma ficção que a auxilia a suportar a verdade que o pai e a mãe lhe apresentam.

Este romance constitui-se a partir de dois tempos. No primeiro, quando a criança ainda não conhece as condições sexuais de seu nascimento, ela inventa um novo pai e uma nova mãe com mais atributos. Assim, a desilusão com seus próprios pais encontra refúgio na fantasia de substituí-los por pais melhores.

No segundo tempo, a criança já compreende o papel do pai e da mãe na relação sexual e se confronta com o fato de que enquanto a mãe é “certíssima”, o pai é “incerto”, como diz Freud: “*Pater semper incertus est*”. Deste modo, “o romance familiar sofre uma curiosa restrição: contenta-se em exaltar o pai da criança, deixando de lançar dúvidas sobre sua origem materna, que é encarada como fato indiscutível” (FREUD, 1909 [1908] / 1996, p. 220). Neste momento, a imagem do pai é restaurada.

Para Lacan, o romance familiar é um mito individual. Através desta ficção, o sujeito pode organizar um discurso de modo a suprir uma verdade impossível de transmitir. É precisamente esta verdade que não pode ser dita que o sintoma da criança vem representar.

O modo como o discurso desta família irá se estruturar vai depender da articulação advinda dos complexos simbólicos aos quais todos os membros da família estarão submetidos, cada um à sua maneira. A saber:

- O complexo de desmame que organiza as relações entre a mãe e a criança;
- O complexo de intrusão que organiza as relações entre a mãe, a criança e o rival imaginário
- O complexo de Édipo que organiza a relação entre a mãe, a criança e a imago paterna.

Lacan, se refere a esses complexos no texto de 1938. Mas é no complexo de Édipo que ele irá se debruçar pois, é através deste, que se instaura a metáfora paterna e a transmissão da castração, momentos fundamentais da constituição do sujeito.

Neste momento de suas elaborações teóricas, ele já se interroga sobre a supremacia

do pai no complexo de Édipo freudiano. Entretanto, tais formulações somente ganharão um estatuto conceitual bem mais tarde.

Freud considera o Édipo a partir de uma lógica paternalista que estabelece a figura do pai no centro de todo o processo edípico. Já Lacan, parte de uma análise que transcende o ideal paterno. Ele busca elaborar uma separação entre o complexo e o mito na tentativa de transpor a esfera da lenda para tocar a dimensão da linguagem. Entretanto, ele também faz do pai o pivô de toda a trama edípica.

Quando a psicanálise fala de estrutura familiar, ela está se referindo à família que se constituiu a partir do mito edípico que tem como personagem principal o pai. Lacan (1956-57/1995) admite o pai a partir de três versões, a saber:

- Pai simbólico: resultante de uma construção simbólica que somente poderá ser situado num mais-além. Ele só é alcançado por meio de uma construção mítica. É esta versão do pai que está presente no complexo.
- Pai Imaginário: Aquele a que se refere “toda a dialética da agressividade, da identificação e da idealização pela qual o sujeito tem acesso ao pai [...] é o pai assustador que conhecemos no fundo de tantas experiências neuróticas”. (LACAN, 1956-57/1995, p. 225)
- Pai Real: Esta versão constituiu a mais difícil de ser apreendida, pois remete a dimensão real de um ser humano, por isso inapreensível. O mais próximo a que se pode chegar é de sua representação enquanto elemento constante, ou seja, o meio ambiente na vida de uma criança.

A despeito do caso Hans, Lacan faz esta distinção de modo a evidenciar que o pai está presente nas três dimensões, mas que, de certo modo, suas funções independem. Assim, a carência do pai real é diferente da carência do pai na estrutura (pai simbólico). O fundamental é que o pai possa operar enquanto função na estrutura.

No complexo de Édipo, podemos distinguir três tempos lógicos que logo se cristalizam na metáfora paterna. O que se almeja com o declínio do complexo de Édipo é que, de um lado, o menino possa se transformar em homem, e de outro, a menina se transforme em mulher.

4.1 Os três tempos do Édipo

Primeiro Tempo do Édipo: mãe como função simbólica e imaginária

Através da alternância do movimento de presença *versus* ausência da mãe, a criança é confrontada com seu primeiro impasse como ser vivente: que a mãe é um ser essencial, mas pode se ausentar seja por necessidade ou por capricho.

Por meio deste primeiro confronto abre-se para a criança outra dimensão: que a mãe pode desejar outras coisas para além dela. É exatamente no momento em que a mãe deixa de responder aos apelos da criança que esta poderá simbolizar o objeto.

Neste tempo lógico, o desejo da criança é o desejo da mãe. Aqui, ela está identificada ao objeto de desejo da mãe: o falo. Na ordem simbólica, o falo é um objeto privilegiado. Sua primazia já está instaurada no mundo pela existência do símbolo do discurso e da lei. Assim, no plano imaginário, o que está em jogo é “ser ou não ser” o falo.

Lacan constrói um ternário de modo a evidenciar os quatro elementos fundamentais envolvidos no complexo do Édipo.

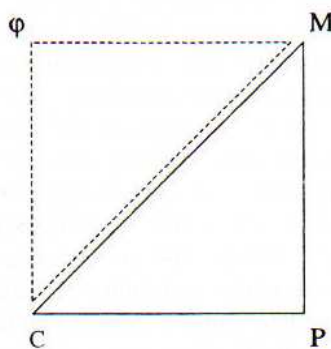


Figura 2: Ternário Imaginário (Lacan, 1957-58/1998, p.189)

O falo, que está no vértice superior do ternário imaginário e o pai, que está no vértice inferior do ternário simbólico, estão conectados por uma ligação metafórica. A posição do significante do pai no símbolo é fundador da posição do falo no plano imaginário.

Para que a criança possa atingir o mais-além do desejo da mãe é necessário contar

com a mediação advinda da posição do pai na ordem simbólica. Neste momento do Édipo, o pai é velado, mas aparece no desejo da mãe. A questão do falo já está colocada em algum lugar da mãe onde a criança precisa localizá-lo.

O pai interdita a mãe em diversos planos. No plano da privação ele impossibilita o acesso da mãe à criança enquanto objeto fálico. Frente a esta proibição, a criança precisará dar uma resposta. É precisamente esta resposta que se constitui o ponto nodal do Édipo.

O essencial é verificar como a criança vai reagir frente à privação da mãe enquanto objeto. Assim, ela precisará aceitar, compreender e simbolizar esta proibição. Do contrário, a relação da criança com o objeto assumirá outras vicissitudes. Uma das possibilidades é que ela poderá responder ao nível de uma identificação imaginária com a mãe constituindo, assim, uma perversão (fetichismo).

Nesta fase a ser transposta, o sujeito está na posição de “escolher”. Sobre isso, Lacan afirma:

Escolher entre aspas, porque o sujeito é tão passivo quanto ativo nisso, pela simples razão de que não é ele quem manipula as cordinhas do simbólico. A frase foi começada antes dele, foi começada por seus pais [...] e é precisamente a relação de cada um desses pais com essa frase começada, a maneira como convém que a frase seja sustentada por uma certa posição recíproca dos pais em relação a ela. (LACAN, 1957-58/1998, p. 192)

Por outro lado, a criança identifica-se com a imagem ideal que lhe oferece a mãe, e constitui seu *eu* – estágio do espelho – como primordialmente alienado. A constituição da imagem narcísica da criança só é possível mediante o olhar e a palavra do Outro que identifica e nomeia a imagem refletida. Assim, “é no outro que o sujeito se identifica e até se experimenta a princípio.” (LACAN, 1998/1949, p. 182).

Segundo Tempo do Édipo: entrada da função paterna

No segundo tempo, produz-se a inauguração da simbolização. Lacan utiliza o jogo do carretel descrito por Freud para ilustrar esta primeira subjetivação. A criança brinca de atirar o objeto para em seguida fazê-lo reaparecer, com a segunda particularidade de pronunciar as palavras *Fort-da*, que indicam sua ausência e sua presença. Repete ativamente através do jogo uma experiência que viveu passivamente: a partida de sua mãe.

A introdução da dimensão simbólica através do *Fort-da* permite a inserção de um

terceiro elemento, para além da onipotência materna: a lei do pai. Aqui, não se trata do pai enquanto uma presença física e sim enquanto vetor que encarna a lei. Para demonstrar o efeito da incidência do pai na relação mãe-criança, Lacan utiliza a fórmula da metáfora paterna, descrita abaixo:

$$\frac{\text{Nome-do-Pai}}{\text{Desejo de Mãe}} \frac{\text{Desejo da Mãe}}{\text{Significado ao sujeito}} \rightarrow \text{Nome-do-Pai} \left(\frac{A}{\text{Falo}} \right)$$

Figura 3: A metáfora paterna (Lacan, 1998, p. 563).

Neste matema, o que está representado são as versões imaginárias do pai e da mãe resultantes do romance familiar construído pelo sujeito. É através desta construção imaginária que o sujeito poderá criar meios de suportar o fato de que “não há relação sexual”.

O pai é reduzido ao nome, ou seja, é reduzido a um puro significante, o Nome-do-pai. A mãe é reduzida à função desejo, representada pelo significante do desejo da mãe. Assim, a metáfora paterna é uma operação de substituição de significantes que tem como efeito ordenar o Outro da linguagem (A) com o significante do desejo (falo).

O Nome-do-pai, ao substituir o desejo sempre enigmático da mãe, introduz a significação fálica no lugar do Outro, produzindo-se o enlaçamento do desejo com a lei. O que a mãe quer é o falo. Portador do falo, o pai torna-se o vetor capaz de limitar os anseios da mãe.

O pai aparece como privador, como suporte da lei. Assim, ele é capaz de privá-la em duas vertentes: interditando a criança na sua busca infinita e incestuosa de se fazer, ela mesma, objeto do desejo da mãe e priva a mãe de ter acesso irrestrito à criança enquanto objeto fálico. Nas palavras de Lacan: “Criança não deitarás com tua mãe, mãe não reintegrarás teu produto” (LACAN, 1957-58/1999, p. 209).

Através da incidência do significante Nome-do-pai é que o sujeito poderá se confrontar com a castração. Assim, “o funcionamento do Nome-do-pai, como significante que mortifica o gozo, permite ao neurótico, ou seja, àquele que passou pelo Édipo, encontrar, nessa passagem pelo Outro, uma razão para o seu gozo, uma lei que, ao dividir esse gozo, autoriza o desejo” (OLIVEIRA, 2005, p.2).

É fundamental que a função paterna se exerça, pois é através dela que se inscreve a castração no campo do Outro. É a partir dela que a cadeia significante irá se constituir oferecendo elementos com os quais o sujeito poderá circunscrever o objeto faltante demarcando sua estrutura. Assim, frente ao confronto com a falta de um significante, ou seja, o encontro com a castração, duas operações poderão se realizar: o recalque, no caso da neurose e a forclusão do nome-do-pai no caso da psicose.

A mãe aparece como faltosa, não podendo ser tudo para a criança e esta percebe que não pode satisfazer a mãe. O sujeito endereça uma demanda ao Outro e encontra sua lei fazendo com que o que retorne para a criança seja a lei do pai, imaginariamente concebida pelo sujeito como privadora da mãe.

O produto da incidência do nome do pai é a significação fálica da criança. A emergência da significação fálica “permite ao sujeito se introduzir na articulação do desejo do Outro, se por em perspectiva e calcular o valor fálico daquilo que ele é ou vale para o Outro” (LACADÉE, 1996, p. 77). A partir daí, ele poderá ser capaz de deduzir qual a função que ele vem ocupar para a mãe em relação ao enigma do objeto de seu desejo. Deste modo, a criança poderá deixar de ser o falo no imaginário para representar o falo no simbólico.

Terceiro Tempo do Édipo: o declínio

O pai atestou dar ou não o falo ao sujeito materno por ser suporte da lei. Assim, ele precisa dar provas de que tem o falo como objeto desejado pela mãe e não apenas como objeto do qual ele pode privar. O pai, então, faz *semblant* de que tem o falo para que o filho tenha acesso a um modelo identificatório. É preciso que o pai dê uma referência de como ele goza enquanto homem, de como ele lida com a mulher que lhe causa o desejo.

No declínio do Édipo, a criança consente em deixar de ser o falo da mãe para cair na problemática de tê-lo. O pai real aparece como suporte das identificações do ideal do eu que permitem a nomeação do desejo.

O menino encontra um sentido para seu órgão, identificando-se com o pai como aquele que tem o falo. Ele crê na promessa fálica, ou seja, ele crê que como o pai, ele também receberá o falo, desde que aceite não sê-lo, de fato.

No caso das meninas, estas são confrontadas com o *Penisneid* e passam a negociar, de várias maneiras, com a falta a ter. Assim, poderíamos dizer que elas saem do Édipo de modo parcial, pois permanecem na posição de demandar o falo. Tais negociações podem ser expressas através do “parecer ter o falo” (mascarada), da maternidade, e do fazer-se amar correspondente à demanda de amor dirigida ao parceiro.

A função do complexo de Édipo é introduzir o sujeito na dimensão do desejo. De acordo com Lacan, “o complexo de Édipo tem uma função normativa, não simplesmente na estrutura moral do sujeito, nem em suas relações com a realidade, mas quanto à assunção de seu sexo” (LACAN, 1957-58/1999, p. 170).

Nossa experiência nos ensina também que não basta ser heterossexual para sê-lo conforme as regras, e que existem todas as espécies de formas de heterossexualidade aparente. A relação francamente heterossexual pode ocultar, ocasionalmente, uma atipia posicional que a investigação analítica vai nos mostrar ser derivada, por exemplo, de uma posição francamente homossexualizada. Portanto, não basta que o sujeito, depois do Édipo, alcance a heterossexualidade, é preciso que o sujeito, moça ou rapaz, chegue a ela de forma tal que se situe corretamente com referência à função do pai (LACAN, 1956-57/1995, p. 205).

Deste modo, Lacan localiza como problemática central do Édipo para além da definição da posição sexual de um sujeito. Assim, o ponto nodal é que o pai seja capaz de transmitir a castração.

Para que este alvo seja atingido, é necessário que este pai possa funcionar enquanto veículo capaz de guiar o desejo da mãe. Para Lacan, o que faz um homem tornar-se pai é que ele seja suficientemente capaz de situar a mãe de seus filhos no lugar da mulher que lhe causa o desejo. A transmissão de lei que regula o gozo tanto da mãe quanto da criança, incide primordialmente sobre a mãe que, em contrapartida, precisará, também, consentir em ser o objeto de desejo deste homem.

Estas elaborações foram desenvolvidas no seminário *RSI* (1974-75). Aqui, o pai só existe em consequência da orientação do desejo de um homem por uma mulher. Esta orientação instituída pela posição do pai enquanto vetor que regula e coloca em movimento o desejo da mãe é muito importante na medida em que “orienta os pares significantes dentro do discurso da família” (NOMINÉ, 1997, p. 18).

Deste modo, é a partir do desejo do pai que toda a estrutura familiar irá se constituir.

De acordo com Lacan: “Um pai só tem o direito ao respeito, senão ao amor, se o dito amor e o dito respeito estiverem *père-vertidamente* orientado, isto é, feito de uma mulher, objeto pequeno *a* que causa seu desejo” (LACAN, 1974/1975. p. 23).

Nominé (1997), ao tratar da estrutura da família edípica retoma essa colocação de Lacan que afirma que a família conjugal só se constitui enquanto sintoma. Isso porque o homem faz da mulher seu sintoma. A mulher é sintoma quando consente em fazer *semblant* de objeto da fantasia de um homem. Neste sentido, o homem inscreve-se na lógica da perversão, pois goza da mulher enquanto objeto.

Do lado das mulheres, não há *per-versão* porque elas não estão totalmente inseridas na lógica fálica. Com isso, o objeto criança não é capaz de satisfazê-las por completo saturando o seu desejo. Esta parte não-fálica do lado feminino funciona como um limite que separa a criança da mãe.

Através das leituras da sexualização apresentadas por Lacan (1972-73/1985), no *Seminário Mais Ainda*, podemos pensar sobre o funcionamento psíquico masculino e feminino como um arranjo possível para tratar da relação sexual que não existe.

4.2 A Tábua da Sexualização

Na tábua da sexualização encontramos cinco termos: sujeito dividido (\$), símbolo fálico (Φ), objeto pequeno *a* (*a*), o significante de uma mulher barrada [*La femme* (*La/*)] e o significante da falta no Outro [*S(A/)*].

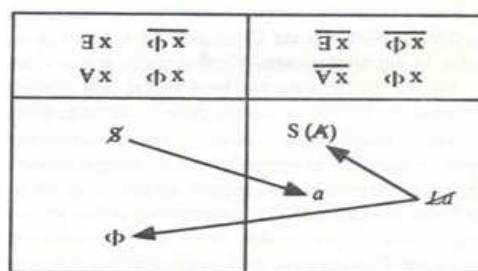


Figura 4: Quadro da Tábua da sexualização (Lacan, 1975. p. 73).

Aqui, o indivíduo pode se localizar em qualquer lado do esquema, independente de sua condição anatômica. A esquerda do quadro situa-se o lado do homem, à direita, o lado

da mulher. Na inscrição $\exists x \overline{\phi x}$, lemos: existe ao menos um homem para quem a função fálica não incide: o pai primevo.

Sobre isto, Lacan afirma: “aí está o que chamamos função do pai, de onde procede pela negação e que funda o exercício do que supre, pela castração, a relação sexual, no que esta não é de nenhum modo inscritível” (LACAN, 1972-73/1985, p. 107).

Ainda do lado masculino, através da inscrição $\forall x \phi x$, entende-se: para todo homem há castração. Se todo homem é castrado é porque há uma exceção. É o pai primevo que permite a construção da dimensão de universalidade: para todo.

Do lado da mulher, na inscrição $\overline{\exists x} \overline{\phi x}$, lê-se: não há nenhuma mulher em que a castração não tenha incidido, assim, não existe mulher fálica. Se não há a exceção, também não há a regra universal deste lado da tábua. Assim, Lacan constrói a máxima: “a mulher não existe”.

Em $\overline{\forall x} \phi x$ entende-se, para não-toda mulher é verdadeiro a incidência da função fálica. Deste modo, não é possível falar “de todas as mulheres” porque do lado feminino não há o limite da exceção tal como há do lado masculino.

Por $\mathcal{S}$ entende-se uma escritura que só existe quando, a partir de a (objeto), alcança-se o Outro. Deste modo, quando um homem se dirige a uma mulher o que ele encontra é o objeto.

A partir dos apontamentos expressos na tábua da sexuação, Lacan afirma que o gozo do homem encontra seu limite na norma fálica, permitindo-lhe o acesso somente ao gozo referido pelo significante.

Na medida em que o homem reconhece a sua falta de objeto, ele toma a mulher por esta via. Assim, seu desejo é orientado perversamente. Nesta vertente, tanto a mulher como a criança se inscrevem do lado do objeto na estrutura da família. Aquele que se situa no lugar de objeto orienta o desejo do Outro.

De acordo com Laurent (1994), a perversão feminina é ter filhos, o que Lacan nomeia por “outros objetos a ”. Diferentemente, o homem alcança o que constitui o par perverso com seu fantasma e trata de encontrar um sujeito feminino que aceite fazer o que lhe faz falta.

Do outro lado, o que assegura a sanidade da mulher é que a exceção jaz em cada

uma. Assim, ela escapa da loucura porque seu gozo contém certo apoio na dimensão fálica. Com isso, haverá sempre uma parte ligada ao gozo fálico e uma parte que conserva o enigma na mulher, o que Lacan nomeou por outro gozo.

Quando Lacan menciona o sintoma da criança como representante da verdade do casal parental, ele parece estar se referindo à verdade que constata a inexistência da relação sexual. Assim, não há a tão sonhada simetria entre homens e mulheres.

Lacan afirma que no encontro sexual, homens e mulheres só copulam a nível significante. Se uma mulher entra na copulação significante, isso se dá apenas enquanto mãe, pois enquanto mulher haverá sempre um enigma permeado por sua dimensão não-fálica. Assim, o homem goza da mulher e a mulher goza de seu filho.

Assim, a criança ocupa o lugar primordial de objeto na economia psíquica da mãe. Este apontamento constitui vários impasses para a criança que precisará contar, efetivamente, com o pai como mediador nesta relação que inicialmente é dual.

4.3 A criança como sintoma e o TDA/H

A criança enquanto objeto falicizado está facilmente exposta às capturas fantasísticas da mãe. O que a protege de um “risco psicótico” é precisamente a versão do pai a qual ela terá acesso, pois é a metáfora paterna que promoverá a divisão subjetiva da mãe lembrando-a de que há nela, também, uma mulher.

Marcando essa divisão na mãe e interditando seu acesso à criança enquanto objeto que tamponaria sua falta estrutural, fica a cargo do pai encarregar-se de suprir este buraco no simbólico dando-lhe o valor de objeto *a*. Na falta de um pai para encarregar-se da função de resíduo, a criança corre o risco de se considerar como o desperdício. Assim, se a criança preenche a mãe e não divide a mulher, ela pode sucumbir como dejetos do casal parental ou ficar aprisionada no lugar de objeto da mãe.

O sintoma da criança como verdade do par parental permite-nos verificar os tipos de pai e de mãe que estão em jogo. Nesta versão, o casal existe, mesmo que esta parceria se sustente de modo precário.

Já no sintoma decorrente da subjetividade da mãe, o que encontramos é a supremacia da autoridade materna. Neste caso, é possível constatar que a metáfora paterna

não incidiu de maneira suficiente de modo a promover uma separação na relação da mãe com a criança. Isto não significa que não houve a incidência do Nome-do-pai, pois, deste modo, contaríamos com a psicose como estrutura. O que sinalizamos é que esta inscrição não incidiu de modo a garantir suficientemente esta separação.

Lacan afirma que este é o caso onde a articulação torna-se mais difícil, pois não podemos contar com as intervenções no nível do casal. O que temos aqui é uma mãe que, com seu objeto, tenta a todo custo tamponar a sua falta estrutural.

No esquema da tríade imaginária (LACAN, 1956-57/ 1995, p. 28), Lacan localiza o lugar do falo materno. Neste esquema, contamos com três elementos: mãe, criança e falo. Estes três elementos vinculados fazem com que a criança, enquanto real, tome para si a função simbólica de representar a falta imaginária da mãe.

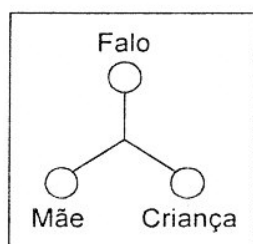


Figura 4: A tríade Imaginária (Lacan, 1956-57/1995. p. 28).

O falo que estamos nos referindo neste esquema é o falo imaginário da mãe, aquele que remete à sua própria história pré-edípica. A forma como a mãe apreendeu as lembranças advindas da fase pré-genital e como ela passou pela castração definirão os modos através dos quais ela tomará uma criança em sua economia psíquica.

Inicialmente, a criança precisa ser envolvida na fantasia da mãe, sem o que ela não seria capaz de cuidar desta criança a não ser pela via de seu próprio fantasma. É através dele que a mãe poderá subjetivar a criança no real. Mas, em determinado momento, o pai deverá incidir de modo a assegurar a castração da mãe.

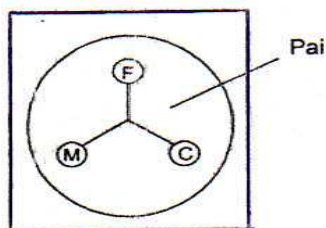


Figura 5: Triade Imaginária sob a função do pai (Nominé, 1997, p. 37).

Assim, a função do pai é separar a criança do falo imaginário da mãe. O pai sustenta o vínculo entre os três elementos apresentados no esquema acima e os mantém a uma distância segura, envolvendo-os na relação simbólica.

Quando o pai, enquanto significante que ordena a realidade, é insuficiente para representar a falta imaginária na mãe, “a criança encontra o recurso do sintoma para, por um lado, manter o laço fálico e, por outro, distanciar-se da posição perigosa de ser o objeto de gozo da mãe” (NOMINÉ, 1997, p. 38).

Para precisar o TDA/H, Silvia Tendlarz (2006), relaciona-o com as operações de *alienação* e *separação* propostas por Lacan no seminário XI. Estas operações são fundamentais na constituição subjetiva, pois “classificam o sujeito em sua dependência significante ao lugar do Outro” (VORCARO, 2005, p. 23).

Para ela, este transtorno refere-se a uma dificuldade vivenciada pela criança no momento da operação de *separação* “que retorna no real do corpo na forma de uma agitação maníaca. A falha simbólica, advinda daí, dá lugar ao excesso que se revira no corpo impedindo que a criança mantenha sua atenção em algo” (TENDLARZ, 2006, p.81).

Tal leitura poderia ser aplicada, também, nos casos em que a criança não apresenta a agitação como manifestação predominante. Nas ocorrências onde a desatenção se sobressairia poderíamos pensar numa criança que não efetuou, efetivamente, a operação de *separação*, por isso mantém-se, ainda, como objeto dos cuidados maternos.

Por *alienação* entende-se a posição a qual, obrigatoriamente, a criança precisará consentir de modo a garantir sua sobrevivência, pois, a princípio, ela só tem acesso ao universo simbólico através dos significantes advindos do campo do Outro. Deste modo, não lhe é possível prescindir do Outro primordial. Para que o campo simbólico da criança se constitua é necessário que o Outro lhe empreste seus significantes para que, dentro deste enxame, ela possa eleger os que lhe serão próprios. Laurent (1997, p.37) ilustra a operação

de alienação da seguinte forma:

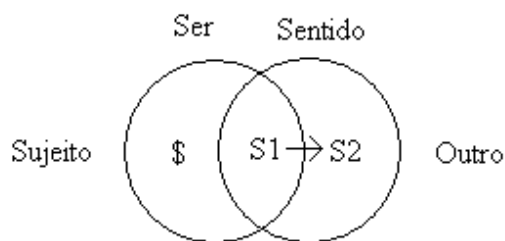


Figura 6: Operação de alienação (Laurent, 1997, p. 37).

O sujeito depende do primeiro significante (S_1) advindo do campo de outro. É somente a partir deste significante primeiro que será possível o advento de um sujeito. Entretanto, quando isso ocorre, ele perde parte de seu ser ao se fazer representar para outro significante. Neste sentido, Lacan afirma:

O significante produzindo-se no campo do Outro faz surgir o sujeito de sua significação. Mas ele só funciona como significante reduzindo o sujeito em instância a não ser mais que um significante, petrificando-o pelo mesmo movimento com que o chama a funcionar, a falar, como sujeito (LACAN, 1964/1998, p.197).

Já a *separação* entende-se a operação onde o sujeito promoveria um movimento que resultaria na extração do objeto. A partir daí, funda-se uma falta que recairia tanto no sujeito quanto no Outro, constituindo ambos como desejantes. Laurent (1997, p.37) ilustra esta operação da seguinte forma:

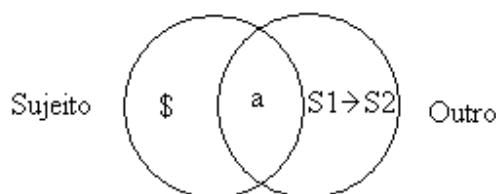


Figura 7: Operação de separação (Laurent, 1997, p. 37).

É a partir do Outro que a criança tem acesso ao mundo da linguagem. Este movimento em que se tem como resultante a extração do objeto é possibilitada pelo fato de

que o significante não pode dizer tudo de um sujeito. Como em toda operação lógica, sempre haverá um resto, ao qual Lacan nomeou por *objeto a*.

Lacan, afirma que estas duas operações constitutivas do sujeito devem ocorrer simultaneamente. Assim, o sujeito aliena-se no S₁ advindo do Outro Primordial, ou seja, do tesouro dos significantes e, ao mesmo tempo efetua a separação no momento em que se sucede a extração do *objeto a*, constituindo a falta tanto no campo do Outro como no campo do sujeito.

A extração do *objeto a*, ou seja, o objeto perdido aponta para a constituição do objeto causa de desejo. Ao se inscrever na dimensão da linguagem, o sujeito precisa abrir mão da posse do objeto para que este possa orientar seu circuito pulsional. É na busca pela recuperação deste objeto irrecuperável que o sujeito se movimenta constantemente.

Se, na *alienação* o sujeito não tem escolha devido à própria estrutura da linguagem que impõe a necessidade de alienar-se em prol da sobrevivência, na *separação* o sujeito deve conseguir localizar um ponto em que o Outro falta, para que ele próprio possa desejar.

Na *alienação*, o sujeito precisa consentir em alienar-se ao significante do campo do Outro, já na *separação* é preciso que ele consinta com a perda do objeto, para que este possa se tornar objeto causa de desejo. Quando este consentimento não ocorre, o sujeito, mesmo tendo acesso ao S₁, não se deixa representar frente a um S₂. Assim, S₁ e S₂ ficam holofraseados, ou seja, se colam de modo a não permitir um intervalo entre eles, espaço este onde o sujeito do inconsciente poderia advir.

Neste caso, teríamos a psicose. Nesta estrutura, contamos com a operação de *alienação* sem a *separação*. Lacan (1955-56/1985), no seminário dedicado às psicoses, afirma que no psicótico o inconsciente está a céu aberto. Assim, o S₁ existe, mas não ordena a cadeia significante, pois não há o assentimento do sujeito em alienar-se ao significante que vem do campo do Outro.

Neste sentido, Lacan fala de uma escolha forçada. Utilizando a metáfora “a bolsa ou a vida” ele busca ilustrar a posição de escolha do sujeito. Se o sujeito escolher a vida, perde a bolsa. Se escolher a bolsa perde ambas. Assim, se o sujeito opta por não se tornar submetido à linguagem, o que ele encontra é a morte subjetiva.

No caso do TDA/H, podemos pensar na operação de *separação* inscrita na vertente do “mal sucedido”, ou seja, há a presença desta operação, entretanto ela não é concluída de

modo efetivo. Assim, o sujeito conserva o laço com o objeto, não o constituindo como objeto causa de desejo, mantendo-se alienado ao desejo do Outro.

Na falha simbólica constituída a partir daí, a criança petrifica-se no significante do campo do Outro, conservando-se no lugar de objeto. A partir deste congelamento subjetivo, ela mantém-se conectada a história do Outro primordial, sendo incapaz de construir seu próprio fantasma.

Por se tratar de um conjunto de manifestações sintomáticas que convoca o olhar atento do Outro, a criança se mantém na posição de objeto de seus cuidados, conservando ao máximo o laço fálico.

Nominé (1997) faz uma interessante indicação sobre este caso. Para ele, as crianças ditas hipercinéticas são de um modo geral, flutuantes. Seja pela desatenção ou pela hiperatividade, essas crianças não se fixam em lugar nenhum. São as outras pessoas que se fixam nelas. Deste modo, elas precisam produzir dificuldades em diversos ambientes de modo a convocarem o Outro para a função de delas cuidar.

Entretanto, ocupar o lugar de objeto implica correr o risco de sucumbir ao gozo mortífero deste Outro. Assim, com o seu sintoma a criança é capaz de promover certo distanciamento devido à dimensão insuportável à qual sua manifestação toca.

Pensando a criança a partir de um enfoque psicanalítico, admitimo-la como essencialmente assujeitada ao Outro. Deste modo, além de considerarmos o TDA/H na vertente de um impasse vivenciado pelo sujeito na operação de *separação*, precisamos pontuar as implicações existentes na própria estrutura que circunscreve a criança.

Toda a complexa estrutura que envolve a criança trabalha de modo a contribuir com a presença ou com a ausência de certas patologias. Deste modo, a estruturação psíquica de um ser vivente se estabelece a partir do que o sujeito elege como traço único juntamente com o que a vida coloca à sua disposição.

Deste modo, a criança precisará contar com certo tipo de pai e certo tipo de mãe de modo a garantir sua constituição subjetiva. Assim, é imprescindível contar com a mediação paterna, pois, sem ela, a criança encontra-se completamente acessível às capturas fantasísticas da mãe.

Esta disponibilidade da criança para enlaçar-se na fantasia materna está relacionada a algumas particularidades do universo infantil que devem ser explicitadas:

- Pelo fato de que a criança se depara com um discurso instituído na família e precisa encontrar um modo próprio de se fazer existir nele;
- Pela sua condição primordial de assujeito, ou seja, precisar estar submetido aos cuidados do Outro para garantir sua sobrevivência;
- Pela precariedade simbólica que dispõe;
- Pelo lugar que lhe é destinado na economia psíquica da mãe que é, essencialmente, o lugar de objeto.

Nesta última particularidade, há um paradoxo. Ao mesmo tempo em que ocupar o lugar de objeto constitui um impasse para a criança, é precisamente por ela poder ocupar este lugar que lhe é possível constituir-se enquanto sujeito.

Assim, dificilmente, uma criança nesta situação pode se desvencilhar deste caminho já traçado. Ao contrário, ela precisa contar com este lugar de objeto para que possa ser tomada pelos cuidados do Outro primordial e garantir seu acesso à dimensão da linguagem.

Naveau (2001), retomando as elaborações de Lacan sobre o objeto, comenta sobre as primeiras investidas de um bebê. Segundo ele, o bebê chora mediante um incômodo. A mãe interpreta este incômodo de modo a dar significação a esse grito. Como a mãe responde ao chamado, a necessidade da criança vai perdendo seu valor tornando-se uma demanda de amor. Para além dessa demanda, a criança chegará ao desejo “reencontrando a particularidade da sua necessidade” (NAVEAU, 2001, p. 136).

Mas, o que Lacan percebe é que quando uma criança chora, o que ela demanda não é a satisfação de uma necessidade. O que ela quer, verdadeiramente, é um signo, ou seja, que a mãe fale com ela, mesmo que ela não possa entender. Tal elaboração lacaniana nos permite precisar a dimensão de subordinação de uma criança à sua mãe. A demanda somente poderá se constituir se a mãe for capaz de responder aos apelos da criança emprestando-lhe os significantes maternos.

Deste modo, a mãe transcende a dimensão do puro assistencialismo passando a ocupar o lugar do Outro simbólico, ou seja, aquele que possibilita a inserção da criança no mundo da linguagem.

Do lado da mãe, se ela é capaz de dirigir-se à criança enquanto objeto é porque há uma falta. O desejo se sustenta na falta, no objeto perdido (objeto pequeno *a*). Assim, se o sujeito se dirige a um objeto é na tentativa de tentar preencher este vazio. Entretanto, o

objeto reencontrado é sempre falho e incapaz de suprir esta lacuna. Deste modo, a castração, nomeação lacaniana que representa esta falta irreparável, constituiu o falo como este objeto capaz de tamponar a falta estrutural.

Diante da constatação da irreversibilidade desta falta, cabe ao sujeito criar suas formas para se haver com ela. Portanto, a falta é estrutural e o falo seria a representação inconsciente para o objeto perdido e, por isso, almejado.

A maternidade pode ser considerada nesta lógica, admitindo a criança como um objeto substituto do falo. Assim, a criança enquanto objeto pode ser tomada em duas vertentes: um objeto que atenua a falta ou um objeto que sutura, ou seja, que tampona a falta.

No primeiro caso, teríamos a mãe cujo desejo se divide. É a versão do pai que assegura a divisão materna, tratando de assegurar a castração da mãe. Deste modo, a criança passaria a ocupar o lugar de um dos objetos *a* aos quais a mãe se ocupa. “Uma mãe é uma mulher se sua criança não é tudo para ela, se seu desejo se divide entre a criança e o homem” (NAVEAU, 2001, p. 139)

Se a criança não satisfaz completamente o desejo da mãe, então a mãe é uma mulher. Essa divisão só é possível a partir da incidência do nome-do-pai como operador lógico da castração que garante a privação na mãe e a frustração da criança.

No segundo caso, quando a criança obtura a falta, ela se encontra atrelada ao fantasma materno. Aqui, não há a substituição metafórica e o nome-do-pai não incide. Assim, a criança ocupa o lugar de condensadora de gozo da mãe e “não tem outra função senão a de revelar a verdade de objeto” (LACAN, 1969/2003, p. 369).

De acordo com Laurent: “A questão é que a mulher vê surgir no real, com a criança, essa parte perdida dela mesma que surge na realidade, e quanto mais próximo isso está do real, mais difícil essa realidade será para a intervenção de um psicanalista” (LAURENT, 1994, p. 31).

Lacan dedica todo um seminário para a discussão da relação de objeto, lugar destinado à criança por excelência. No texto onde aborda a questão do falo e da mãe insaciável, ele afirma que, conscientemente ou não, a criança em determinado momento, percebe que sua mãe, poderosa e onipotente, tem falta.

Sem contar com os atributos que lhe permitem localizar precisamente do que se

trata, ainda assim a criança sabe que falta alguma coisa. Frente a esta constatação, ela busca dar este objeto faltoso à mãe. Contudo, a criança também não o tem. Assim, ela própria se oferece como o objeto que seria capaz de saturar a falta estrutural da mãe, independente da estrutura em questão.

Para satisfazer o que não pode ser satisfeito, a saber, esse desejo da mãe que, em seu fundamento é insaciável, a criança, por qualquer caminho que siga, engaja-se na via de se fazer a si mesma objeto enganador. Este desejo que não pode ser saciado, trata-se de enganá-lo (LACAN, 1956-57/1995, p. 198).

Os desafios rumo à estruturação psíquica de um ser vivente são infindos. Além de sua própria eleição no que se refere às operações e complexos simbólicos aos quais ele precisa se posicionar subjetivamente há, ainda, que se contar com os pais que estarão no jogo.

Entretanto, a essas complexas questões, há que se adicionar mais uma: àquela que se refere ao TDA/H como um sintoma contemporâneo. Neste sentido, Mandil (2006) comenta que este sintoma nos convida a pensá-lo a partir de uma interlocução com as consequências advindas dos avanços da modernidade. Para ele, a criação de “novas” patologias, dentre elas o TDA/H, através de manuais padronizados como o DSM IV, pode ser entendido como um efeito da passagem da sociedade disciplinada, fundamentada na lei, para a sociedade das normas fundada sobre as noções do que pode ou não ser inscrito na lógica do que é considerado normal.

Para nós, praticantes da psicanálise, é comum termos acesso ao excesso de teorizações e mecanismos que visam a corrigir e manter o indivíduo funcionando dentro do pensamento moderno que dissemina o ideal do êxito. Verificamos facilmente o aumento dos casos encaminhados para os nossos consultórios, onde crianças cada vez menores padecem do apagamento subjetivo, pois carregam consigo nomeações que se prestam a dizer tudo sobre os seus sofrimentos.

Mandil (2006) chama a atenção para a nossa atual sociedade. Esta que se interroga sobre os limites da classificação e que busca, incessantemente, desenvolver manuais que possam enquadrar toda e qualquer manifestação sintomática. Há uma nomeação para cada conjunto específico de sintomas, inclusive àqueles casos onde a sintomatologia não confere com uma patologia específica, nestes casos nos referimos por “não especificado”. Nos

casos onde os sintomas transitam entre a psicose e a neurose, a psiquiatria os chama de “*Boderlines*”. Tal nomeação advém da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico diferencial devido à complexidade dos sintomas em questão. Deste modo, há um nome para cada sintoma. Mas, como bem sabemos, sempre há algo que escapa. Por isso, o DSM V está a caminho ilustrando essa nova tentativa de apreender o inapreensível.

Enquanto a medicina e as terapias comportamentais buscam igualar as manifestações sintomáticas enquadrando-as em quadros nosológicos pré-estabelecidos, a psicanálise busca compreender o significado de tais manifestações a partir do significado próprio que cada sintoma admite frente à história particular de cada sujeito. Deste modo, a nomeação TDA/H corresponde ao universal da fenomenologia, mas para a psicanálise a aplicabilidade destes sintomas é única e se constituirá no caso a caso.

A seguir apresentaremos dois casos clínicos que demonstram o que defendemos desde o início desta dissertação: a capacidade de analisabilidade das crianças e o alcance da psicanálise frente aos impasses que se presentificam na mais tenra idade. Assim, entendemos as particularidades que estão em jogo no atendimento de uma criança. Entretanto, a psicanálise, com sua escuta atenta e pautada na ética é capaz de oferecer e sustentar um lugar onde se possa tratar o sofrimento a partir das particularidades da história de cada criança, negando veementemente os apelos sociais de que é preciso enquadrar-se a qualquer custo.

4.4 Casos Clínicos

A partir dos dois casos apresentados a seguir, procuramos precisar a vertente única de um sintoma. Trata-se de duas crianças, um menino e uma menina, que foram diagnosticados, precocemente, como portadores de TDA/H. Ambas apresentavam os sintomas clássicos da referida doença. Uma delas já fazia uso dos medicamentos específicos há um ano tendo, inclusive, concluído um programa proposto pela terapia cognitiva comportamental, sem obter sucesso algum.

Com o decorrer dos atendimentos, foi possível constatar que os sintomas manifestos, na verdade, mascaravam questões muito mais delicadas do que o aparente fracasso escolar dessas crianças admitido como resultante da desatenção ou da hiperatividade.

4.4.1 A menina que não podia saber¹⁶

Diante da angústia proveniente da constatação da falta no Outro, o imperativo moderno de satisfação plena coloca à disposição da sociedade uma série de nomeações capazes de circunscrever o sofrimento do sujeito.

Por meio de alguns diagnósticos médicos pretende-se deslocar a questão do ser para a dimensão do ter uma patologia e, desse modo, excluir o sujeito da cena destinando-o a compor as estatísticas que evidenciam o aumento da incidência de certas doenças.

É neste contexto que Maria depara-se com a psicanálise. Ela é uma das crianças que carregam consigo a nomeação de DD'A. No entanto, o que se presentifica nos seus atendimentos clínicos não são os sintomas de inquietação excessiva que tanto incomodam à escola e à família.

Após ter sido submetida aos mais variados tipos de tratamentos terapêuticos, Maria chega ao meu consultório. Aos oito anos, já contabilizava três deles entre consultórios médicos e psicológicos. A mãe evidencia sua insatisfação, afirmando que a criança já estava muito cansada das tentativas que não resolviam o problema. Em seu discurso, ela faz questão de explicitar *“se você não der um jeito, não sei mais a quem recorrer!”*

¹⁶ Este caso foi construído em parceria com Andréa Máris Campos Guerra para ser apresentado no XVII Encontro Brasileiro do Campo Freudiano: Psicanálise e Felicidade: sintoma, efeitos terapêuticos e algo mais. Rio de Janeiro, 2008.

Todos estes tratamentos fizeram-se necessários frente ao encaminhamento da escola que sinalizou, desde muito cedo, as dificuldades da criança relativas ao desenvolvimento das habilidades cognitivas, principalmente a atenção e a concentração. Maria não aprendia a ler e a escrever e nem os atendimentos psicológicos, as sessões psicopedagógicas e as aulas particulares todos os dias da semana se mostravam capazes de promover melhoras significativas.

Sugerindo que os sintomas pudessem configurar um caso de TDA/H, a escola solicita avaliação neurológica e, inevitavelmente, Maria recebe o diagnóstico de portadora do déficit de atenção e hiperatividade.

Admitindo o tratamento padrão que envolvia a medicação e o tratamento cognitivo comportamental, esperava-se que os sintomas fossem controlados e que Maria pudesse ter uma vida acadêmica mais tranqüila.

Entretanto, não foi o que ocorreu. Após dois anos de tratamento os sintomas insistiam em se manifestar e suas dificuldades despertavam, cada vez mais, incômodo à escola. Numa tentativa de se livrar do desafio de “dar conta” desta criança, a escola convoca uma reunião e relata a impossibilidade de mantê-la no ano seguinte, pois suas dificuldades permaneciam e ela não poderia ser retida, uma vez que já estava repetindo a segunda série do ensino fundamental. A partir daí, inicia-se mais um período de angústias para Maria. Que escola a aceitaria com tantas dificuldades?

No primeiro encontro com a mãe, o que aparece são questões muito mais delicadas do que o diagnóstico de TDA/H. Além da defasagem intelectual, Maria apresentava episódios de anorexia, bulimia e depressão, tendo, em certa ocasião, dormido por 17 horas num domingo ensolarado.

Considerando uma abordagem positivista, os profissionais que atendiam Maria interpretavam tais episódios relacionando-os aos principais sintomas que compõem a sintomatologia do déficit de atenção e hiperatividade.

Em seu primeiro encontro com a praticante, Maria chega bastante à vontade. Está muito agitada, não pára um minuto sequer. Conversa sobre diversos assuntos e, quando questionada sobre o motivo pelo qual estava ali, afirma que precisa melhorar, pois não quer trocar de escola.

Refere-se à separação dos pais e suas brigas constantes por ciúmes e traição, o que a

angustia. “Às vezes fico pensando... foi meu pai quem traiu minha mãe ou foi minha mãe quem traiu meu pai?” Perguntada se gostaria de saber disso, diz “às vezes”.

De acordo com Nominé (1997), o sintoma realiza a função de intercambiar um gozo proibido através de uma metáfora que se apresenta como um enigma a ser decifrado. O que Maria, de fato, não pode se deparar é com o gozo proibido contido na possível traição da mãe. Aquilo do que Maria não pode saber diz respeito exatamente ao que não pode ser representado sobre o casal parental e mais especialmente sobre o desejo da mãe.

A beleza física de Maria sempre chamou a atenção. Seu corpo alto e magro provoca comentários sobre sua propensão à carreira de modelo infantil, o que deixa a mãe bastante envaidecida procurando, com frequência, eventos de moda aos quais Maria poderia participar.

Entretanto, ela apresenta uma aparência bastante frágil e descuidada. Ao mesmo tempo em que se veste de maneira excessivamente elegante para nossos encontros, evidencia descuido com o próprio corpo. Cabelos desgrehados, olhos remelosos e dentes sem escovar fazem parte de sua apresentação semanal. Certa vez chega ao consultório infestada por piolhos, estado que perdura por duas semanas, convocando a praticante a convidar a mãe para mais um encontro a fim de sinalizar a situação que até então parecia ignorada.

A mãe relata suas dificuldades na criação de Maria. Casou-se muito jovem e tem três filhos: um menino de doze anos, Maria e uma menina de dois anos. Atualmente, encontra-se separada do pai das crianças e mora com o ex-sócio do marido, sete anos mais novo que ela. Tal postura da mãe criou um rompimento nas relações com o pai das crianças e as batalhas judiciais são rotina para eles.

O primogênito, num recente desacordo com a mãe, decidiu morar com o pai. A atitude do filho desperta sentimentos de muita angústia tanto na mãe quanto em Maria, que diz ter perdido um amigo. A relação da menina com este irmão é de muita cumplicidade. Enquanto morava com a mãe era ele que se ocupava de vários cuidados relativos à Maria.

A gravidez de Maria foi muito complicada. A mãe relata episódios de depressão e uso constante de ansiolíticos e diz “*Meu maior arrependimento é de não me lembrar de algumas coisas com relação à Maria. Às vezes, me contam coisas que ela fazia quando era pequena que não me lembro. Nesta época estava muito mal, dormia o dia todo*”.

A mãe relaciona os episódios depressivos durante a gravidez às dificuldades enfrentadas no casamento. O pai era usuário de drogas e apresentava um humor instável. Não ajudava na criação dos filhos ficando para ela todas as obrigações familiares. Diz desempenhar com prazer suas funções, afirmando: *“meus filhos são minha vida. Quando eles crescerem e quiserem se casar, vou construir um prédio com um apartamento para cada um, assim nunca vamos nos separar”*.

No entanto, ao mesmo tempo em que se apresenta como uma mãe zelosa e preocupada com o bem-estar dos filhos reconhece o abandono ao qual as crianças ficam submetidas todos os dias. Todas as manhãs, as crianças são entregues na casa de uma empregada que é responsável por suprir as necessidades básicas, como levá-las à escola, ao médico e fazer as atividades escolares. Em várias situações, eles ainda dormem na casa da empregada, devido à impossibilidade da mãe de buscá-las à noite.

Certa vez, Maria chega ao consultório muito abatida, afirmando estar com fome. É importante ressaltar que são freqüentes os pedidos de Maria por alimentos quando chega ao consultório. Neste momento, a praticante lhe entrega um biscoito e Maria começa a relatar seus episódios de enjôo que são freqüentes pela manhã.

Lembra-se de que a primeira vez em que vomitou foi logo após o almoço num domingo em que todos estavam reunidos no sítio da família quando a ex-mulher do padrasto invadiu a casa, dando início a uma série de agressões tanto físicas quanto verbais à sua mãe. Neste momento, o padrasto estava ausente. O irmão tenta separá-las e, enquanto isso, solicita que Maria telefone para a polícia. Esta foge para o banheiro e se refugia por alguns instantes. Neste momento, sente náuseas muito fortes e mantém-se no banheiro escutando as ofensas proferidas entre as mulheres. Com o irmão gritando para que ela chamasse a polícia, Maria sai correndo do banheiro, pega o telefone, mas lembra-se que não sabe o número da polícia. Mesmo com o irmão gritando “190” repetidas vezes, ela não conseguia realizar a ligação. Neste instante, a mãe é ameaçada de morte pela adversária, o que faz com que Maria retorne rapidamente ao banheiro e vomite compulsivamente.

Momento dramático, que ganha, talvez, o estatuto de trauma, radicalizando a função sintomática de Maria, alienando em si “qualquer acesso possível da mãe à sua própria verdade” (LACAN, 1969/2003, p. 370). Deste modo, Maria satura a modalidade de falta em que se especifica o desejo da mãe, favorecendo uma posição fálica.

Lacan fala que a criança, independentemente da estrutura, pode oferecer o sintoma somático que entre outras modalizações, vem a servir de fetiche a obturar a falta materna. A criança, neste lugar, protege a mãe, favorecendo seu desconhecimento frente à dimensão da castração. Com isso, a criança satura a falta na qual seu desejo se sustenta e conseqüentemente se afasta dele. Evidencia-se também a impossibilidade de Maria em garantir a felicidade da mãe apenas não podendo saber.

O que verificamos neste momento em que nasce o sintoma bulímico de Maria é um impossível de dizer acerca do desejo materno. Como nos lembra Freud (1894), quando ocorre uma incompatibilidade na vida representativa do sujeito, quando ele se confronta com uma situação que lhe suscita um afeto aflitivo que não ganha representação, ele olvida todos os seus esforços para se defender desse excesso desprazeroso. No lugar da certeza da traição da mãe, o “190” comparece como um significante esvaziado de significação, incapaz de favorecer o deslizamento da cadeia e a captura do sentido. Como “tempo 1”, fixa uma posição de gozo. O afeto aflitivo sem representação resta excedente, retornando sob a forma de repetição desprazerosa no sintoma a ele correlato (FREUD, 1920, p. 34). A partir de então, este sintoma somático é usado por Maria para que ela não possa se haver com o S de A barrado [S(A/)] que, no grafo do desejo, corresponde à falta do Outro (A), aqui tomada como a traição materna.

Nominé (1997) nos lembra que o que enlaçará os três elementos: falo – mãe – criança, será o pai ou o sintoma. A partir da insuficiência de um pai, incapaz de representar a falta imaginária na mãe, a criança encontra o sintoma como recurso para, por um lado, manter o laço fálico e, por outro, distanciar-se da posição perigosa de ser o objeto de gozo da mãe. Mas a que preço? Com seu corpo e com seu saber, Maria oferece seus sintomas para garantir a felicidade da mãe e seu não encontro com a verdade da castração.

Maria relata um pedido muito especial feito pela mãe. *“Minha tia mora em outro país e está com câncer, ela vai morrer, mas não quer ficar feia sem cabelos. Minha mãe diz que meu cabelo é muito bonito e que eu deveria dar para ela fazer uma peruca. No fim deste ano vamos visitá-la e eu darei meu cabelo de presente”*.

Maria não questiona nada, não interroga nada. Não quer saber do desejo do Outro para não saber de sua falta. Ela se oferece como suprimimento da falta. Não quer saber na escola; não pode saber ligar para o “190”; precisa dormir muito para que o excessivo da

mãe não apareça como semblante do que lhe falta.

Poderíamos pensar que, através do ato de “não-comer” ou de vomitar há uma tentativa mínima de Maria sustentar uma posição desejante frente a essa mãe avassaladora que tenta, a todo custo, sustentar o enigma que a mantém desprovida da falta.

Através de seus sintomas, Maria evidencia que algo não vai bem. Ela afirma em ato que todo o esforço da mãe em sustentar esse enigma de nada vale. Há a opção pela inquietude, pela desatenção e pelo não saber como via possível de demonstrar sua angustia frente a um real que a invade.

Após alguns meses de atendimento, a mãe me encaminha um bilhete afirmando que tem pensado em tentar uma nova modalidade de tratamento baseada na neuropsicologia, pois a escola vem cobrando resultados. Solicito sua presença para tratarmos deste assunto e, após dois meses, ela marca uma consulta e traz Maria consigo.

Rapidamente, ela justifica sua decisão de tentar outros tratamentos. Digo-lhe apenas da importância de priorizar o bem-estar de Maria. Durante nossa conversa, a criança não diz uma palavra. Algum tempo depois, a mãe me telefona pedindo que retome os atendimentos, pois a neuropsicologia não estava dando certo. Nas palavras da mãe: *“ela não ajudou a neuropsicóloga, aí fica difícil!”*

Com esta atitude de não consentir com a possibilidade de mais um tratamento, podemos pensar que há uma mínima tentativa de Maria de se posicionar frente à mãe. Num atendimento recente, ela disse-me que estava pensando porque ela precisa tomar remédios já que não conhecia nenhuma criança que precisava.

Assim, podemos verificar os efeitos que a psicanálise é capaz de produzir nos atendimentos com crianças. Neste caso, podemos verificar que as manifestações sintomáticas que correspondiam ao TDA/H, para o saber médico, na verdade estavam a serviço de denunciar os impasses subjetivos de Maria.

Atualmente, ela está começando a se perguntar sobre coisas que antes nada queria saber. Talvez, a partir deste desejo de saber sobre sua própria vida ela poderá abrir um caminho para que o saber da escola possa se inserir.

4.4.2 O menino que não queria crescer

Responsável pela transmissão e desenvolvimento da educação intelectual as instituições escolares são constantemente confrontadas com situações que denunciam sua impotência frente ao funcionamento psíquico de algumas crianças.

Fazendo parceria com o discurso da ciência a escola vem atuando de modo segregador na medida em que não consegue lidar com as diferenças. Assim, os encaminhamentos para atendimento médico para as crianças ditas “problemáticas” crescem a cada dia.

Valendo-se do discurso da ciência positivista e da propagação do ideal do êxito, a escola legitima o apagamento do sujeito. Deste modo, não há lugar para as diferenças. O imperativo é adequar-se. Mesmo que o preço a ser pago seja o uso de medicamentos controlados em crianças em idade escolar.

A escola de João se inscreve nesta lógica da adequação. Todas as crianças de sua sala sabem ler e escrever, exceto João que aos sete anos demonstra muita resistência para adquirir a linguagem escrita. Além de não apreender os conteúdos apresentados há outro agravante: trata-se de um menino inquieto, desatento e nos últimos meses, agressivo.

Rapidamente, a escola convoca a família para um encontro e solicita uma avaliação neurológica sugerindo um possível diagnóstico de TDA/H. Sobre tal encaminhamento, a direção da escola afirma que, dos diagnósticos feitos a seu pedido, houve a confirmação do transtorno em quase 90% dos casos, e as crianças que foram medicadas apresentaram melhoras significativas num curto espaço de tempo.

O que difere neste caso é que a mãe não acolhe essa demanda prontamente. Ela decide buscar orientação através de uma psicóloga pois, apesar de não concordar com o encaminhamento feito, ela percebe as expressivas dificuldades acadêmicas de seu filho.

Contudo, desde o primeiro encontro, fica evidente que sua inquietude excessiva não configurava um problema para esta mãe. O que a incomodava profundamente era o fato de João não conseguir aprender a ler e a escrever.

A questão que se impõe é: porque ele não consegue realizar algumas atividades que todos os seus colegas conseguem? A mãe se pergunta *“será que ele tem mesmo esse tal de TDA/H, por isso não aprende as coisas?”* Devido a essas dificuldades ele passou a receber,

por parte dos colegas, diversos apelidos referentes às suas incapacidades.

É importante ressaltar que todos os cuidados relativos a João ficam sob responsabilidade da mãe. Em suas palavras, *“tenho um bom relacionamento com o pai dele. Não discutimos sobre as coisas de João, sou eu quem decide tudo e ele não se importa. Melhor assim, é mais fácil para todo mundo.”*

No primeiro encontro com a praticante, João chega bastante agitado. Anda pelo consultório, quer saber a que servem as coisas que visualiza, fala sem parar. Sua voz, muitas vezes, assume um tom infantil, incoerente com sua atual idade. Quando perguntado sobre as dificuldades relatadas pela mãe e pela escola, diz *“Gosto de ser preguiçoso porque posso ficar vendo TV o dia todo”*.

Mostra-me como faz birra quando não consegue o que quer. Deita-se no chão, bate as pernas e finge chorar. Observo a cena em silêncio. Ao que ele pergunta: *“você não vai falar nada?”*

Num segundo encontro, curiosamente, relata que seu lugar preferido na escola é a biblioteca e faz questão de me informar que não sabe ler. Sobre isso ele diz *“não sei ler, mas lá é muito legal, tem muitos livros com gravuras!”*

João é filho único de pais separados. A mãe diz conseguir manter uma relação cordial com o pai, apesar dos impasses que eventualmente se presentificam. Quanto a não ter irmãos, João não se cansa de repetir *“ainda bem que não tenho irmãos, assim fica tudo pra mim!”*.

De fato, tudo fica para João. Atualmente, ele conta com uma babá à sua disposição. Vez ou outra pede para tomar suco na mamadeira, ao que é prontamente atendido. A mãe diz *“Isso é uma bobagem, meu irmão tomou mamadeira até dez anos e não aconteceu nada de ruim!”*

Aos olhos da mãe, João é um menino frágil. Por diversas vezes chega ao consultório no colo. Quando vem para o atendimento acompanhado da babá solicita sua entrada junto com ele alegando gostar de ser olhado por ela.

O pai pouco aparece em seus dizeres. Quando João se refere a ele é apenas para mencionar o seu excessivo consumo de bebidas alcoólicas. Ele relata a ansiedade que sente quando vai passar os fins de semana com o pai e este começa a gritar e a brigar com a namorada após ter bebido. Relata sua decisão de não ir mais para a casa do pai. Tal decisão

parece não provocar nenhum incômodo. Em diversos relatos João afirma “*ele não cumpre nada que promete.*”

A despeito do caso Hans, Lacan (1957-58/1999) realiza uma separação fundamental entre a carência do pai na família e a carência do pai na estrutura. O que temos aqui é um pai que deixa a desejar enquanto função instauradora da lei. Assim, a mãe pode tudo, pois é ela quem decide.

Por várias vezes João chega a verbalizar: “*minha mãe só cuida de mim. Ela me disse que só trabalha porque precisa do dinheiro, senão ficaria comigo o dia todo.*” Segundo Miller, 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” (Miller, 1996, p.7).

Com seu sintoma, João tenta garantir que a divisão da mãe não seja colocada em cena. Ele dorme com a mãe enquanto seu quarto fica vazio. Em seu armário há um espaço para que ele possa guardar suas coisas.

A mãe pede-me um encontro às pressas, pois está muito preocupada com as novas atitudes do filho. Além de não obedecê-la, agora João passa horas, às escondidas, cortando fotos de mulheres em revistas. Quando a mãe descobre e o interpela ele diz “*mulheres são para beijar de língua e namorar*”. Neste momento, a mãe parece bastante angustiada e desabafa “*não o conheço mais!*”

Quando a pulsão sexual ganha força, a mãe passa a desconhecer seu objeto. É a incidência desta pulsão que introduz um desacordo no diálogo da mãe com o filho. Até então ela se colocava como intérprete das demandas do filho. No momento que emerge o desejo, ela já não sabe mais como se portar.

Neste encontro com a praticante, muito se produz. O sintoma de João revela uma dimensão insuportável para a mãe. Ela se lembra do irmão (aquele que tomou mamadeira até o dez anos) e das dificuldades escolares que este apresentava, quando criança. Sobre isso, ela diz: “*estou pensando... será que a mamadeira o prejudicou? Ou ele poderia ter TDA/H e não sabia. Ele foi o único que não deu nada na vida. Como ele é solteiro, quando meu pai morreu, ele voltou para a casa da mamãe. É bom porque ele cuida dela, mas ele precisa da pensão que meu pai deixou para se sustentar, pois nada do que ele faz dá certo*”. Pergunto-lhe se ela quer que João cuide dela como seu irmão cuida de sua mãe. Chorando muito, ela diz: “*Eu gostaria, mas sei que não é certo. Ele me faz companhia, sou*

muito sozinha. Quando penso que ele cresceu tão rápido fico muito angustiada. Ontem ele era um bebezinho, e hoje, olha só o tamanho dele!”

Quando a mãe localiza o ponto de captura de João enquanto objeto do seu fantasma, sua angústia chega ao ápice. Em 1969, Lacan refere-se a uma das vertentes do sintoma na criança como correlativo à fantasia da mãe. Neste caso, João trabalha de modo a garantir que a verdade do sujeito mãe seja protegida ao custo de seu suposto analfabetismo. Foram necessários alguns encontros com essa mãe para que esta angústia fosse circunscrita de modo a garantir que ela pudesse retomá-la em seu próprio tratamento, a partir de um encaminhamento da praticante a outro analista.

Certo dia, João pede para desenhar. Desenha um parque com várias crianças. Quando termina diz *“este é o Parque Guanabara, meu lugar preferido”*. Pega um lápis e começa a escrever *“PAR... ih... não sei o resto!”* No encontro seguinte, ele diz: *“resolvi te contar uma coisa! Eu tenho um segredo. Eu escondo que sei ler sozinho porque tenho vergonha de ler na escola..”*

Recentemente, João recebe uma prova onde obteve nota baixa. Diferentemente de outras situações semelhantes, dessa vez, isto provocou uma marca. Ele diz *“eu pensava que menino mimado ficava sempre feliz, porque ganha tudo que quer!”* Ao que lhe digo: *“Nem tudo”*.

A mãe foi requisitada na escola para uma reunião emergencial, pois João brigou com um colega. Chega para o nosso encontro semanal com uma grande unhada no rosto. Pergunto-lhe o que era aquilo ao que ele responde *“um colega me chamou de cabeça de vento, daí dei um soco nele”*.

Os apelidos que antes o divertiam, hoje causam incômodo. A dependência que antes lhe conferia um lugar efetivo na economia psíquica da mãe já não basta. Gradativamente, João vai se deparando com o real da castração. Já não é possível tamponar a falta materna escondendo que sabe ler.

Num encontro, João disse-me que foi escolhido para participar de uma apresentação teatral na escola. Seu personagem precisa ler um poema. Ele me mostra o poema e diz *“Vou treinar aqui, para ninguém saber. No dia vai ser uma grande surpresa!”* A partir desta decisão, João tem se mostrado menos agitado. Já não chega ao consultório no colo da mãe. Quando se refere a babá chama-a pelo nome. Sobre isto ele diz *“só bebê tem babá”*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que acontece quando uma criança produz seu sintoma na dimensão da aprendizagem acadêmica? E quando esse sintoma é tratado pela medicina como um transtorno do comportamento inscrito pela literatura psiquiátrica? Quais as ressonâncias que um diagnóstico de DD'A pode provocar naqueles que se deparam com tal rotulação?

Essas são algumas das questões que nortearam esta pesquisa. O TDA/H compreende a categoria nosográfica mais diagnosticada em crianças em idade escolar na atualidade. E a incidência de tal diagnóstico não é sem conseqüências. A partir do momento em que o sujeito pode contar com nomeações que se prestam a circunscrever seu sofrimento, inevitavelmente provoca-se um apaziguamento da angústia advinda de tais manifestações sintomáticas.

Esse apaziguamento imobiliza o trabalho subjetivo que a psicanálise poderia promover, pois, através do saber médico, o sujeito passa a localizar a origem de seu sofrimento como algo externo a si. Assim, frente a uma patologia do corpo biológico, o sujeito nada pode fazer a não ser consentir com um tratamento que se constitui no campo do Outro.

Entretanto, quando nos deparamos com situações onde tal nomeação não foi capaz de conter e silenciar as manifestações sintomáticas advindas de um diagnóstico de TDA/H, encontramos a possibilidade de operar dentro de uma lógica que considera a esfera singular de um sintoma como orientação *sine qua non* em direção à cura.

Os dois casos apresentados nesta dissertação são capazes de ilustrar isso. A psicanálise só se apresenta como opção de tratamento frente à insuficiência de outros métodos mais valorizados socialmente. Algumas abordagens são admitidas como privilegiadas nos tratamentos de certos transtornos por partilharem da premissa que sustenta a negação da castração. Assim, busca-se, incessantemente, alcançar os mais altos padrões de comportamento visando ao êxito.

Sabemos que o sintoma surge como resposta a um impasse subjetivo ao qual o sujeito não foi capaz de simbolizar. O que podemos constatar com a história destas duas crianças é que, a partir da psicanálise, foi possível restituir a dimensão particular do sintoma em questão verificando a quê eles respondem.

Assim, para a psicanálise não há manuais ou categorizações que buscam enquadrar os sintomas dentro de uma nomeação. Aqui, eles assumem diversas significações que são definidas a partir das vivências de cada um.

Para se pensar o TDA/H como uma resposta frente a um impasse subjetivo enfrentado pela criança, o presente trabalho de pesquisa percorreu o caminho que se iniciou na discussão acerca de um paradoxo: a criança como sujeito de direitos e a criança para a psicanálise.

O Direito Jurídico admite a criança na vertente da inimputabilidade, pois a considera a partir de um enfoque que a localiza como incapaz de se responsabilizar por seus atos devido a sua restrita capacidade de julgamento sobre o que lhe é conveniente ou prejudicial. Já para a psicanálise, a criança é responsável por seus atos na medida em que ela dispõe de uma mínima possibilidade de escolha frente a uma realidade que lhe é imposta pela família.

Assim, sustentamos teoricamente a condição da criança como sujeito para a psicanálise. Entretanto, reconhecemos que não se trata do sujeito constituído, mas em constituição. Deste modo, impõem-se algumas particularidades que orientarão a prática analítica com crianças.

Contudo, estas especificidades não modificam as questões éticas defendidas pela psicanálise. O que difere são as técnicas de acolhimento da criança que impõem a extensão da transferência ao par parental como condição para que um tratamento analítico se estabeleça. Deste modo, procura-se apresentar as premissas teóricas que sustentam a condição de analisibilidade de uma criança.

Procurou-se precisar o conceito de sintoma, para Freud e Lacan, enfatizando as principais atuações sintomáticas da criança: o sintoma conectado à verdade do casal parental ou o sintoma da criança como correlato da fantasia materna.

Por ora, podemos concluir que o TDA/H está relacionado a um impasse subjetivo que emerge na operação de *separação*. Não significa que esta operação não tenha ocorrido, pois neste caso contaríamos com a psicose como estrutura. Aqui, pensamos numa operação onde a extração do *objeto a* enquanto objeto causa de desejo não se efetuou de modo satisfatório. Assim, a criança mantém o laço fálico como forma de sustentar seu lugar enquanto objeto dos caprichos da mãe.

Ao final desta pesquisa, sustentamos a hipótese de que, juntamente com esta ineficiência presente na operação de *separação* há, também, que se contar com a limitada eficácia da incidência do nome-do- pai enquanto vetor de encarnação da lei.

Deste modo, a mãe faz uso da criança como objeto que tamponaria sua falta estrutural. As dimensões da privação da mãe e da frustração na criança se deparam com um obstáculo que impossibilita que a operação de *separação* possa incidir satisfatoriamente.

A partir daí, a criança encontra-se facilmente exposta às capturas fantasísticas da mãe, pois ela não pode contar com o pai como àquele que instaura a metáfora paterna que obtém como produto a divisão do desejo da mãe. Assim, a criança é confrontada à onipotência materna sem dispor do pai como mediador nesta relação.

O TDA/H parece se inscrever exatamente neste ponto onde a criança encontra este transtorno como saída para seu impasse subjetivo. Por um lado, estes comportamentos evidenciados permitem a ela conservar o laço fálico na medida em que mantêm ativo o imperativo de ser cuidada relembrando, constantemente, os primórdios de sua existência quando necessitava do assistencialismo do Outro para garantir sua sobrevivência. Entretanto, por outro lado, a criança paga, com sua própria existência, o preço de seu assentimento em ser o objeto do Outro.

O percurso desta dissertação nos permite localizar os diversos impasses aos quais as crianças precisam enfrentar rumo à constituição psíquica. Neste sentido, a psicanálise se apresenta como uma modalidade de tratamento que visa à construção da vertente singular de uma manifestação sintomática.

Assim, o trabalho analítico prioriza a criança e sua verdade, pois, a partir da responsabilização por seu sofrimento, abre-se, para ela, a possibilidade de se criar novas formas de se haver com os impasses que se presentificam, mesmo que esses impasses estejam, essencialmente, vinculados ao par parental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALBO, Gabriel. Demanda e transferência. **Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**. Porto Alegre: APPOA, ago. 1992. n. 7, p. 15-19.

BARKLEY, R. A. **Transtorno de déficit de atenção/Hiperatividade (TDAH):** guia completo e autorizado para pais, professores e profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2002. 328 p.

BROUSSE, Marie Hélène. De qué son responsables los niños? In: Argiela, Jesús et al. (orgs). **La elección de los niños en relación al deseo, al saber y al goce**. Barcelona: Forum- Nueva Red Cereda, 1994. p. 74-87.

CALLIGARIS, C. **Introdução a uma clínica diferencial das psicoses**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p. 27 e 28.

CID-10. Transtornos Hipercinéticos. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993. p. 256-259.

CIRINO, Oscar. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: Desenvolvimento ou Estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 155.

DOLTO, Françoise. Prefácio à primeira entrevista em psicanálise. In: Mannoni, Maud. **A primeira entrevista em psicanálise**. Rio de Janeiro: Campus, 3. ed., 1983.

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artmed, 1995. p. 112-154.

ECA-ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Disponível em www.tj.am.gov.br/MINIST%C9RIO%20P%DABLICO. Acesso em 21 mai. 2009.

FERREIRA, Tânia. A posição dos pais na psicanálise com crianças. In: **A Escrita da clínica: psicanálise com crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 113-118.

FERREIRA, Tânia. Os pais na clínica com crianças neuróticas: uma relação de *extimidade*. In: **A Escrita da clínica: psicanálise com crianças**. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 120-125.

FREUD, Sigmund. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade (1905). In: FREUD, Sigmund. **Um caso de histeria, três ensaios sobre sexualidade e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol VII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 123-253.

FREUD, Sigmund. Romances Familiares. (1909[1908]). In: FREUD, Sigmund. **“Grádiva de Jensen” e outros trabalhos**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 217-223.

FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia em um menino de cinco anos (1909). In: FREUD, Sigmund. **Dois Histórias Clínicas (O “pequeno Hans” e o “Homem dos Ratos”)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. X. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 13-134.

FREUD, Sigmund. A Dinâmica da transferência. (1911). In: FREUD, Sigmund. **O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 111-119.

FREUD, Sigmund. Conferência XXIII – Os Caminhos de Formação do Sintoma (1917 [1916]). In: FREUD, Sigmund. **Conferências Introdutórias sobre a psicanálise-Parte III**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 363-379.

FREUD, Sigmund. Além do princípio do prazer (1920). In: FREUD, Sigmund. **Além do princípio do prazer, Psicologia de grupo e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-75.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXIV – Explicações, Aplicações e Orientações (1932 [1936]). In: FREUD, Sigmund. **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996, p. 135 a 154.

FREUD, Sigmund. Conferência XXXI – A dissecação da personalidade psíquica (1933 [1932]). In: FREUD, Sigmund. **Novas Conferências Introdutórias sobre Psicanálise e outros trabalhos**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 63-84.

FREUD, Sigmund. Análise Terminável e Interminável (1937). In: FREUD, Sigmund. **Moisés e o monoteísmo, esboço de psicanálise e outros trabalhos**. Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 223-270.

GARCIA, Célio *et al.* A nomeação diagnóstica e o sujeito “prêt-à-porter”. In: **Terceiro Encontro Americano, XV Encontro Internacional do Campo Freudiano**, 2007, Belo Horizonte. Disponível em: <http://www.eamericano2007.com.br/textos>. Acesso em 02/08/2007.

GOLDSTEIN, S. ; GOLDSTEIN, M. **Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança**. Campinas: Papirus, 2000. 245 p.

HALLOWELL, Edward; RATEY, John J. **Tendência à Distração. Identificação e gerência do Distúrbio Déficit de Atenção da infância à vida adulta**. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1994. 353 p.

JERUSALINSKY, Alfredo. Diagnóstico de déficit de atenção: o que pode dizer a psicanálise? Seminário de 23 de junho de 2003, Buenos Aires. Tradução: Angela Vorcaro.

KLEIN, Melanie. O Desenvolvimento inicial da consciência na criança (1933). In: Contribuições à psicanálise, São Paulo, Mestre Jou, 1970. p. 235-347.

KNAPP, Paulo *et al.* Terapia Cognitiva-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual do paciente. Porto Alegre: Artmed, 2002. 144 p.

LACADÉE, Philippe. Duas referências essenciais de J. Lacan sobre o sintoma da criança. **Opção Lacaniana**. São Paulo: Eólia, nov. 1996, n. 17, p. 74-82

LACAN, Jacques. O complexo, fator concreto da psicologia familiar (1938) . In: LACAN, Jacques. **Os Complexos Familiares**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985. p. 17-61.

LACAN, Jacques. O estágio do espelho como formador da função do eu (1949). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 96-103.

LACAN, Jacques. Função e campo da palavra e da linguagem em psicanálise (1953). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 238-324.

LACAN, Jacques. O Seminário sobre “A carta roubada” (1955). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 13-66.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 3**, As psicoses (1955-56). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. 2ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1985. 366 p.

LACAN, Jacques. Sobre o complexo de castração. In: LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 4**, A relação de objeto (1956-57). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. p.220-236

LACAN, Jacques. O falo e a mãe insaciável. In: LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 4**, A relação de objeto (1956-57). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. p.182-199.

LACAN, Jacques. O significante no real. In: **O Seminário, livro 4**: A relação de objeto (1956-57). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. p 237-253.

LACAN, Jacques. Sobre o complexo de Édipo. **O Seminário, livro 4:** A relação de objeto (1956-57). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. p. 203-219.

LACAN, Jacques. As três formas da falta de objeto. **O Seminário, livro 4:** A relação de objeto (1956-57). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1995. p. 24-39.

LACAN, Jacques. A forclusão do Nome-do-pai. In: **O Seminário, livro 5:** As formações do inconsciente (1957-58). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 149-165.

LACAN, Jacques. De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose (1957-58). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 537 – 590.

LACAN, Jacques. A metáfora paterna. In: **O Seminário, livro 5:** As formações do inconsciente (1957-58). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 166-184.

LACAN, Jacques. Os três tempos do Édipo. In: **O Seminário, livro 5:** As formações do inconsciente (1957-58). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1999. p. 185-203.

LACAN, Jacques. A transferência no presente. In: LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 8, A transferência** (1960-61). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1992. p. 169-181.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 11**, Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 193-245.

LACAN, Jacques. A ciência e a verdade (1965). In: LACAN, Jacques. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998. p. 869-892.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 16**, de um Outro ao outro (1968-69). Texto estabelecido por Jacques Alain-Miller. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008. p. 316-326

LACAN, Jacques. Nota sobre a criança (1969). In: LACAN, Jacques. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003. 369-370.

LACAN, Jacques. Conferência em Genebra sobre o sintoma (1975). **Opção Lacaniana**. São Paulo: Eólia, dez, 1998, n. 23, p. 6-16.

LACAN, Jacques. Tábua da sexuação. In: Le Séminaire Livre XX: Encore. Paris. Éditions du Seuil, 1975. p. 73

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 22**, RSI (1974-75). Inédito.

LAURENT, Éric. Existe um final de análise para as crianças? **Opção Lacaniana**. São Paulo: Eólia, Abr/jun. 1994, n. 10, p. 24-33.

LAURENT, Éric. Alienação e separação I e II. In: FELDSTEIN, Richard; FINK, Bruce; LAANUS, Maire (orgs.). **Para ler o seminário 11 de Lacan**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997. p.31-51.

LAURENT, Eric. Hay un fin de Análisis para los Niños. In: **Hay un fin de Análisis para los Niños**. Buenos Aires: Colección Diva, 1999. p. 23-42.

LAURENT, Eric. Como engolir a pílula? In: Palavras e Pílulas: A psicanálise na era dos medicamentos. **Revista Clique. Instituto Brasileiro do Campo Freudiano**. Abr, 2002, n.1, 10 p.

LAURENT, Éric. Psicanálise aplicada com crianças. In: **A Sociedade do sintoma – a psicanálise hoje**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2007, p. 13-47.

LEFORT, Rosine e Robert. **Psicose no adulto e na criança: uma só estrutura**. Conferência proferida na EBP-Seção Bahia e publicada em apostila de circulação Interna. 1985. p. 17-28.

MANDIL, Ram. Biopolítica del Déficit de Atención. In: **DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social**. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006. p. 91-98.

MANNONI, Maud. O sintoma ou a fala. In: **A Criança sua “doença” e os outros** (1971). Rio de Janeiro: Zahar Editores, 2003. p. 29-66.

MANNONI, Maud. A primeira entrevista em psicanálise. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1983.128 p.

MATTOS, Paulo. **No mundo da lua. Perguntas e respostas sobre transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2007. 182 p.

MÉNDEZ, Emílio G. **Infância e cidadania na América Latina**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 20-25.

NAVEAU, Pierre. A criança entre a mãe e a mulher. **Curinga**. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, abr. 2001, n. 15-16. p. 131-170.

NOMINÉ, Bernard. **O sintoma e a família**: conferências belorizontinas. Belo Horizonte: Escola Brasileira de Psicanálise, 1997. 124 p.

OLIVEIRA, Sandra Maria Espinha. Texto de circulação interna do Núcleo de pesquisa em psicanálise com crianças (NPPCRI). Instituto de psicanálise e saúde mental de Minas Gerais, 2005. 12p.

ROHDE, Luís A. *et al.* Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2000, n. 22, Supl II. p. 7-11.

ROUDINESCO, Elisabeth, PLON, Michel. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998. 863 p.

SARMENTO, Maria de Fátima Almeida. Debilidade e estrutura. **Revista Carrossel**. Salvador: Publicação da Escola Brasileira de Psicanálise, nov, 1999, n. 3 e 4, p. 78-85.

SIGAL, Ana Maria. **A prioridade do outro versus medicalização**. Disponível em: http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Ana_Maria_Sigal.pdf. 2004. 13 p. Acesso em 26 fev. 2010.

SILVA, Ana Beatriz B. **Mentes inquietas**. Entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Editora gente, 2003. 222 p.

STEVENS, Alexandre. O que se opões a psicanálise com as crianças. **Papéis do Simpósio**. Bruxelas, [s.n], 1988. Tradução Maria Luiza Albano Cançado e Vânia Brandenberger.

TENDLARZ, Silvia E. La atención que falta y la actividad que sobra. In: **DDA, ADD, ADHD, como ustedes quieran: El mal real y la construcción social**. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2006. p. 75-82.

UNTOIGLICH, Gisela. Intersecciones entre la clínica y la escuela. In: **Niños desatentos e hiperactivos - ADD/ADHD – Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad**. Buenos Aires, Noveduc, 2005. p.125-145.

VIDAL, Eduardo. **Quando chega ao final a análise com uma criança?** Organizado por Maria Cristina Vecino . Salvador, Editora Ágalma, 2001. p.73-89.

VOLNOVICH, Jorge. Tratamento psicanalítico com crianças – Parte 1 – A direção da cura em psicanálise com crianças. In: **Lições Introdutórias à psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991, p. 103 a 122.

VOLNOVICH, Jorge. Tratamento psicanalítico com crianças – Parte 2 – Transferência e Interpretação na Psicanálise de crianças. In: **Lições Introdutórias à psicanálise de crianças**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1991. p. 125 a 140.

VORCARO, Ângela. Da precedência simbólica ao sujeito. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2004. p.71 a 77.

VORCARO, Ângela. Especificidade de Criança. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2004. p.139-140.

VORCARO, Ângela. Particularidades da Clínica de Crianças. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2004. p.140-150.

VORCARO, Ângela. O Imaginário recobre a hiância real no simbólico. **A criança na clínica psicanalítica**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2004. p.91-102

VORCARO, Ângela. A transferência na clínica com crianças. In: **Crianças na Psicanálise: Clínica, Instituição e Laço Social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2005. p.59 a 97.

VORCARO, Ângela. A Clínica com crianças e a formação do analista. In: **Crianças na Psicanálise: Clínica, Instituição e Laço Social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2005. p.9 -18.

VORCARO, Ângela. Da holófrase e seus destinos. In: **Crianças na Psicanálise: Clínica, Instituição e Laço Social**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud Editora, 2005. p.19 - 58.

WINNICOTT, D. W. Da pediatria à psicanálise: Obras Escolhidas (1978). Rio de Janeiro: Imago, 2000. p.123-156.

ANEXO A – Critérios Diagnósticos para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade

A. Ou (1) ou (2)

(1) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **desatenção** persistiram pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Desatenção:

- (a) Frequentemente não presta atenção a detalhes ou comete erros por omissão em atividades escolares, de trabalho ou outras
- (b) com frequência tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas
- (c) com frequência parece não ouvir quando lhe dirigem a palavra
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções)
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades
- (f) com frequência evita, demonstra ojeriza ou reluta em envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa)
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais)
- (h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa
- (i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias

(2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de **hiperatividade** persistam pelo período mínimo de 6 meses, em grau mal adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

- (a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira
- (b) frequentemente abandona sua cadeira na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado

- (c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações impróprias (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação)
- (d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer
- (e) esta frequentemente “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”
- (f) frequentemente fala em demasia

Impulsividade:

- (g) frequentemente dá respostas precipitadas antes que as perguntas terem sido completamente formuladas
- (h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez
- (i) frequentemente interrompe ou se intromete em assuntos alheios (p. ex., em conversas ou brincadeiras)

B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção causadores de comprometimentos estavam presentes antes dos 7 anos de idade.

C. Algum comprometimento causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (p. ex., escola [ou trabalho] e em casa)

D. Deve haver claras evidências de um comportamento clinicamente importante no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.

E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Global do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico, nem são melhor explicados por outro transtorno mental (p. ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

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.

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.

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”.

ANEXO B – Questionário SNAP – IV

Nome: _____

Série: _____ Idade: _____

Para cada item, escolha a coluna que melhor descreve o (a) aluno (a) (Marque um X)

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
1. Não consegue prestar muita atenção a detalhes ou comete erros por descuido nos trabalhos da escola ou tarefas				
2. Tem dificuldade de manter a atenção em tarefas ou atividades de lazer				
3. Parece não estar ouvindo quando se fala diretamente com ele				
4. Não segue instruções até o fim e não termina deveres de escola, tarefas ou obrigações				
5. Tem dificuldade para organizar tarefas e atividades				
6. Evita, não gosta ou se envolve contra a vontade em tarefas que exigem esforço mental prolongado				
7. Perde coisas necessárias para as atividades (p. ex., brinquedos, deveres da escola, lápis ou livros)				
8. Distrai-se com estímulos externos				
9. É esquecido em atividades do dia-a-dia				
10. Mexe com as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira				
11. Sai do lugar na sala de aula ou em outras situações em que se espera que fique sentado				

	Nem um pouco	Só um pouco	Bastante	Demais
12. Corre de um lado para o outro ou sobe demais nas coisas em situações em que isto é inapropriado				
13. Tem dificuldade de brincar ou envolver-se em atividades de lazer de forma calma				
14. Não pára ou frequentemente está a “mil por hora”				
15. Fala em excesso				
16. Responde as perguntas de forma precipitada antes delas terem sido terminadas				
17. Tem dificuldade de esperar sua vez				
18. Interrompe os outros ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas/jogos)				
<i>Versão em Português validada por Mattos, P. et al, 2005.</i>				

SNAP-IV

Universidade Federal do Rio de Janeiro

ANEXO C – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – Versão para professores – Edyleine Bellini Peroni Benczik

**TDAH — Escala de
Transtorno de Déficit de
Atenção/Hiperatividade**

Edyleine Bellini Peroni Benczik

Versão para professores

Nome da professora: _____

Nome da criança: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Série: _____

Escola: _____

☐ Estadual

☐ Municipal

☐ Particular

☐ Outras

A criança é repetente? ☐ sim ☐ não

Se sim, quantas vezes? ☐ Qual (is) série (s)? _____

Assinale a observação que mais se adequa a esta criança:

☐ É agitada

☐ Apresenta dificuldades de atenção/concentração

☐ Apresenta dificuldades para aprender

☐ Apresenta todas as queixas anteriores

☐ Não apresenta nenhuma das anteriores

Instruções

Abaixo estão relacionados termos descritivos de comportamentos de seus alunos. Leia cada item cuidadosamente e compare o comportamento desta criança com outras crianças da classe, de acordo com a escala abaixo:

Assinale com um "X" , a opção que mais se adequar à sua opinião:

DT Discordo Totalmente

D Discordo

DP Discordo Parcialmente

CP Concordo Parcialmente

C Concordo

CT Concordo Totalmente

TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – versão para professores

DÉFICIT DE ATENÇÃO

1. É organizado em suas lições de classe	DT	D	DP	CP	C	CT
2. Dá respostas claras e coerentes ao professor	DT	D	DP	CP	C	CT
3. Segue o ritmo da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
4. É atento nas lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
5. É responsável com o seu material escolar	DT	D	DP	CP	C	CT
6. Sabe trabalhar independentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
7. É metucioso nas atividades (detalhista)	DT	D	DP	CP	C	CT
8. Fica atento durante às explicações do professor	DT	D	DP	CP	C	CT
9. É atento com as lições do caderno	DT	D	DP	CP	C	CT
10. Consegue prestar atenção à uma mesma coisa durante muito tempo	DT	D	DP	CP	C	CT
11. Perde e esquece objetos (livros, lápis, borracha, etc.)	DT	D	DP	CP	C	CT
12. Distrai-se facilmente por barulhos em sala de aula	DT	D	DP	CP	C	CT
13. Nunca termina o que começa	DT	D	DP	CP	C	CT
14. Passa de uma atividade incompleta para outra	DT	D	DP	CP	C	CT
15. Tem dificuldade para concentrar-se	DT	D	DP	CP	C	CT
16. Esquece muito rápido o que acabou de ser dito	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 1-16 _____

HIPERATIVIDADE/IMPULSIVIDADE

17. Mexe-se e contorce-se na cadeira	DT	D	DP	CP	C	CT
18. Age sem pensar (é impulsivo)	DT	D	DP	CP	C	CT
19. Parece estar sempre "a todo vapor" ou "ligado como um motor"	DT	D	DP	CP	C	CT
20. Mexe mãos e pés constantemente (é inquieto)	DT	D	DP	CP	C	CT
21. Levanta-se freqüentemente da carteira	DT	D	DP	CP	C	CT
22. Atrapalha o professor com barulhos diferentes	DT	D	DP	CP	C	CT
23. Age imprudentemente	DT	D	DP	CP	C	CT
24. Tem sempre muita pressa	DT	D	DP	CP	C	CT
25. Muda muito de lugar e de postura	DT	D	DP	CP	C	CT
26. Fala pouco	DT	D	DP	CP	C	CT
27. É paciente (sabe aguardar a sua vez)	DT	D	DP	CP	C	CT
28. Parece ser uma criança tranqüila e sossegada	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 17-28 _____

TDAH – Escala de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – versão para professores

PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

29. Não rende de acordo com o esperado em Português	DT	D	DP	CP	C	CT
30. Tem dificuldade para entender problemas de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
31. Tem dificuldade para expressar verbalmente seus pensamentos	DT	D	DP	CP	C	CT
32. Seu raciocínio lógico é lento	DT	D	DP	CP	C	CT
33. Troca letras ao escrever	DT	D	DP	CP	C	CT
34. Sua caligrafia é desleixada	DT	D	DP	CP	C	CT
35. Gosta de fazer exercícios de matemática	DT	D	DP	CP	C	CT
36. Escreve sem erros	DT	D	DP	CP	C	CT
37. Lê perfeitamente	DT	D	DP	CP	C	CT
38. É rápido para fazer cálculos	DT	D	DP	CP	C	CT
39. Compreende textos corretamente	DT	D	DP	CP	C	CT
40. Domina soma, subtração, multiplicação e divisão	DT	D	DP	CP	C	CT
41. Segue normas e regras da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
42. Fala com perfeição	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 29-42 _____

COMPORTAMENTO ANTI-SOCIAL

43. Os colegas da classe o evitam	DT	D	DP	CP	C	CT
44. Irrita outras crianças com suas palhaçadas	DT	D	DP	CP	C	CT
45. É briguento	DT	D	DP	CP	C	CT
46. Causa confusão em sala de aula	DT	D	DP	CP	C	CT
47. É bem aceito pelos colegas da classe	DT	D	DP	CP	C	CT
48. Sabe respeitar professores	DT	D	DP	CP	C	CT
49. Possui muitos amigos	DT	D	DP	CP	C	CT

Soma dos itens 43-49 _____

ANEXO D – Contrato apresentado no Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (Knapp, Rohde, Johannpeter & Lyszkowski)

CONTRATO

Objetivos:

1. Educação sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH)
2. Orientação aos pais
3. Tratamento Cognitivo-Comportamental:
 - Identificação da situação ativadora, pensamentos, sentimentos e comportamentos relacionados à desatenção, hiperatividade e impulsividade.
 - Treinamento de técnicas cognitivo-comportamentais: RPD, solução de problemas, auto-instrução.
4. Criação de um ambiente agradável onde se possa discutir desafios e trocar experiências sobre o TDAH

Horário e local das sessões: a serem definidos.

Número de sessões com as crianças/adolescentes: 12 sessões no total, uma por semana. Após o término dessas 12 sessões, acontecerão ainda sessões de reforço no 1º e 6º mês subsequentes.

Número de sessões com os pais: 4 sessões em paralelo no total (após a 2ª, 6ª, 9ª e 12ª sessão com a criança/adolescente), sendo que os pais também participarão do final da 3ª e 12ª sessões dos adolescentes.

Manual de terapia: O manual será entregue na primeira sessão. Você é responsável por seu material. *Lembre-se sempre de trazê-lo em todas as sessões.*

Faltas: Este tratamento precisa de sua presença em todas as sessões, pois todas estão relacionadas. Faltar a uma delas poderá ser prejudicial ao seu aproveitamento (e ao aproveitamento do grupo no caso de atendimento em grupo). Entretanto, se houver necessidade de faltar, avise por telefone. Em caso de falta sem justificativa, você será desligado do programa. Se você comparecer a todas as sessões, ganhará uma recompensa a ser definida pelo grupo (no caso de atendimento individual, isso deve ser definido previamente).

Certificado: Será fornecido um certificado de participação àqueles que comparecerem a todos os encontros.

Interrupção de tratamento: A qualquer momento você pode parar de vir às sessões por decisão sua, de seu pai, ou nossa. É importante que o motivo da saída seja sempre discutido.

Sistema de pontos: O trabalho a ser desenvolvido funcionará como um jogo de banco imobiliário. Determinados comportamentos e atitudes durante a terapia serão convertidos em pontos que você poderá utilizar mais tarde para conseguir alguma recompensa, entre várias que iremos escolher. Cada recompensa terá um valor exigirá que você alcance um número de pontos para obtê-la. Por exemplo, se você for pontual nas sessões, ganhará um ponto, e, se participar ativamente das sessões, ganhará mais três pontos.

Automonitoramento: Ao final de cada sessão, você deve dar uma nota para o seu desempenho, usando uma escala de 0 a 10 (ver escala de desempenho anexa). Nós também daremos (eu também darei, no caso de atendimento individual) uma nota de 0 a 10 para o seu desempenho. Quando estivermos em acordo sobre a nota, ou dermos notas apenas um pouco diferentes (até dois pontos de diferença), você ganhará três pontos de bônus a serem usados na compra de alguma recompensa.

Tarefa de casa: No final de cada sessão, você terá uma atividade ou exercício para fazer em casa. Esta é uma forma de você utilizar em outros lugares aquilo que aprendemos em nosso trabalho conjunto. Como sabemos que você não gosta muito de tarefas em casa, essa atividade valerão três pontos de bônus. Se todos os integrantes do grupo fizerem as atividades pedidas, haverá um momento extra para jogarmos algo que decidirmos (apenas para atendimento em grupo).

Custo da resposta: Algumas atitudes nas sessões podem atrapalhar o andamento de nosso trabalho de forma importante. Essas atitudes, como, por exemplo, agressões verbais ao terapeuta ou aos outros participantes do grupo, ou esquecimento do manual em casa, custarão alguns de seus pontos. Combinaremos no início de nosso trabalho o custo dessas atitudes. (Sugere-se que o terapeuta tenha um cartão amarelo, confeccionado previamente com o valor de pontos combinado, para usar quando tais situações ocorrerem. No atendimento em grupo, é fundamental que o grupo combine o valor de custo da resposta.)

Punições: Em casos mais graves, como agressões físicas ao terapeuta ou a algum dos outros membros do grupo, você perderá 10 pontos e ficará um tempo fora da sessão (o tempo fora aplica-se apenas ao tratamento em grupo, sendo fundamental que um dos terapeutas permaneça com esse paciente, revisando pela técnica de solução de problemas o fato ocorrido. Isso pode ser sinalizado para o paciente pelo uso de um cartão vermelho).

ANEXO E – Escala de desempenho na sessão - (Knapp, Rohde, Johannpeter & Lyszkowski)

Terapia Cognitivo-Comportamental no Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade **19**

EXTRATO DE PONTOS

1ª sessão	2ª sessão	3ª sessão	4ª sessão	5ª sessão	6ª sessão	7ª sessão	8ª sessão	9ª sessão	10ª sessão	11ª sessão	12ª sessão	TOTAL	PONTOS TROCADOS	PONTOS ACUMULADOS	Ótimo
															0
															1
															2
															3
															4
															5
															6
															7
															8
															9
															10
															Muito Ruim

ESCALA DE DESEMPENHO NA SESSÃO

ANEXO F - Certificado de conclusão das atividades propostas no manual de terapia TCC (Knapp, Rohde, Johannpeter & Lyszkowski)

			
			
CERTIFICADO			
Certificamos que _____ participou, com pleno sucesso, do tratamento para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade com enfoque cognitivo-comportamental, realizado no período de ____ de ____ a ____ de ____.			
			
			
			
_____ Coordenador		_____ Participante	