UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Cristine Costa Lacet

**A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico
de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)**

São Paulo
2014

Cristine Costa Lacet

A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico
de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)

Tese apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Profa. Dra. Miriam Debieux
Rosa

São Paulo

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Lacet, Cristine Costa.

A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) / Cristine Costa Lacet; orientadora Miriam Debieux Rosa. -- São Paulo, 2014.

148f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise da criança 2. Corpo 3. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade - TDAH I. Título.

RJ504.2

Nome: LACET, C. C.

Título: A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Miriam Debieux Rosa, pela precisa e sempre generosa interlocução, por uma amizade que já conta história num longo percurso.

Ao Rodrigo, meu amor, tão presente e companheiro, por essa e muitas outras jornadas.

Aos meus pais, porque sem esse amor não seria possível.

À minha família, especialmente à Dé, ao Felipe, e à minha avó Deta, que com tanto amor se fazem presentes em minha vida.

Aos meus sogros, Gerson e Helione, tão queridos e amorosos.

Aos meus queridos amigos, companheiros de toda vida.

A Domingos Infante, firme presença.

A Carmen Nogueira e Lucia Lee, pela amizade e pelos avanços e impasses que compartilhamos nesse percurso comum.

À Maria Regina Albertini, dupla querida, pelo apoio e preciosos conselhos.

Fernando Genaro, meu querido compadre, que feliz reencontro!

À Maria Inês Falcão, querida amiga de todas as horas, quantos telefonemas!

Izabella Barros e Martha Dantas, pela sempre carinhosa acolhida.

Aos colegas do Serviço de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do HC/FMUSP, pelo apoio para realização desta pesquisa.

À prof^a. Berenice Carpigiani e aos meus colegas da Universidade Presbiteriana Mackenzie, solidários à esta jornada.

À Lucy, que tão prontamente fez uma cuidadosa revisão neste texto.

À Smirna, que cuidou das normas técnicas.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Do lugar onde estou já fui embora

Manoel de Barros

RESUMO

LACET, C. C. A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). 2014. 148f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) apresentou um expressivo crescimento durante a última década (LEGNANI et al., 2006), tornando-se o mais frequente dos transtornos psiquiátricos tratados em jovens (ROHDE et al., 2007). Dados epidemiológicos apontam para prevalência mundial de 4% a 10% entre crianças. Os desdobramentos dessa epidemia diagnóstica não são sem efeitos para a criança e seu corpo. Temos, do lado da família e da escola, uma criança tida como “insuportável”, que não para e que ninguém consegue controlar; via de regra, esta última não é escutada, mas julgada a partir de seus comportamentos. O desejo tanto do lado da escola como do da família é silenciar a criança e “sua agitação”. E a resposta a essa demanda vai ser encontrada junto ao saber médico-científico que, consoante à lógica do discurso capitalista de mercados, que tende a simplificar para gerir, tem uma resposta clara e objetiva: trata-se de um transtorno neurobiológico que deve ser tratado via medicação e terapia cognitivo-comportamental. Essa pesquisa tem como objetivo debater de forma crítica a homogeneização da criança sob o diagnóstico de TDAH no discurso médico-científico, trazendo rigor e formalizando a discussão, tanto no âmbito clínico, em que há uma redução do sujeito e seu sofrimento a processos neuroquímicos, como no campo político, no qual a articulação entre saber e poder, evidenciada pela medicalização da existência, permanece oculta sob o véu do discurso da neutralidade científica. A partir de recortes da experiência da clínica psicanalítica de orientação lacaniana com crianças procurou-se restaurar a complexidade da leitura da produção sintomática de um sujeito, articulando-a a um modo de gozo e ao desejo do Outro. Nesse sentido foi possível formalizar que se trata de sujeitos que, de modo singular, renunciam ao seu espaço e à apropriação/subjetivação de seu corpo para gozar e servir ao gozo ao Outro. Quando consideramos o eixo político, podemos pensar a medicalização do desvio como uma construção social que evidencia um momento singular da evolução da cultura e da função social da medicina, em que o aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos passa a ter uma função de normalização psíquica, constituindo um novo sintoma no laço social.

Palavras-chave: Psicanálise. Criança. Corpo. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. TDAH.

ABSTRACT

LACET, C. C. A psychoanalytic listening of children and their body vis-à-vis the diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). 2014. 148f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2014.

The diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) has showed a significant growth over the last decade (LEGNANI et al., 2006), making it the most common psychiatric disorder treated in young people (ROHDE et al., 2007). Epidemiological data indicate a global prevalence of 4 % to 10 % among children. The consequences of this epidemic of diagnosis are not without effects on the children and their body. We have, on the side of the family and school, a child seen as "unbearable," unstoppable and uncontrollable. By and large, these children are not heard, but judged from their behaviour. That which the school and the family desire is to mute this children and "their agitation." And the answer to this demand will be found in the medical-scientific discourse which, in line with the logic of capitalist market discourse, which tends to simplify to manage, has a clear and objective answer: it is a neurobiological disorder that should be treated via medication and cognitive behavioural therapy. The present research aims to critically discuss the homogenization of the child under the ADHD diagnosis in the medical-scientific discourse, bringing rigor and formalizing the discussion both in the clinical setting, where the subject and his suffering are reduced to neurochemical processes, and in the political field, in which the relationship between knowledge and power, as evidenced by the medicalization of existence, remains hidden under the veil of the discourse of scientific neutrality. Based on the experience of clippings of Lacanian psychoanalytic clinical guidance with children, we sought to restore the complexity of reading a symptomatic production of a subject, linking it to a mode of enjoyment and desire of the Other. In this sense, it was possible to formalize that these subjects who, in a unique way, give up their space and the appropriation/subjectivization of their body to enjoy and serve the *jouissance* of the Other. In relation to the political axis, we can consider the medicalization of deviance as a social construct that reflects a unique moment in the evolution of culture and the social function of medicine, in which the increased medical power over the regulation of conduct and behaviour acquires a function of psychic standardization, thereby creating a new symptom in the social bond.

Keywords: Psychoanalysis. Child. Body. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. ADHD.

LISTA DE SIGLAS

CID	Classificação Internacional de Doenças
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OS DISPOSITIVOS DE DESSUBJETIVAÇÃO	26
2.1 DIAGNÓSTICO DE TDAH NO CAMPO DA PSIQUIATRIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E DISCUSSÃO	26
2.2 DISCURSO MÉDICO CIENTÍFICO SOBRE A CRIANÇA E SEU CORPO NAS SOCIEDADES DE CONTROLE	34
2.2.1 Recorte clínico: fragmentos de entrevista com a mãe de uma criança diagnosticada com TDAH.....	38
2.2.2 O dispositivo da medicalização	42
2.3 O CORPO HIPERATIVO DAS NEUROCIÊNCIAS	47
2.3.1 Corpo silenciado: sobre o metilfenidato.....	49
2.4 DISCURSO ANALÍTICO E DISCURSO DE MERCADOS	52
2.5 ENTRE O SUJEITO E A ORDEM SOCIOCULTURAL: A FUNÇÃO DE TRANSMISSÃO DA FAMÍLIA	59
3 PSICANÁLISE E CORPO PULSIONAL: OPERAÇÕES CONSTITUTIVAS DO SUJEITO	66
3.1 CORPOLINGUAGEM.....	66
3.2 ECONOMIA DE GOZO E DESEJO DOS PAIS: EFEITOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA.....	74
3.3 OS SINTOMAS PSICOMOTORES E A SUBJETIVAÇÃO DO CORPO	83
4 O QUE A CLÍNICA COM CRIANÇAS NOS ENSINA SOBRE O TDAH	91
4.1 RECORTE CLÍNICO: ARIEL E OS TROPEÇOS NA SUBJETIVAÇÃO DO CORPO	96
4.2 RECORTE CLÍNICO: IMPASSES NA IDENTIFICAÇÃO TRANSITIVISTA: SORAIA E SUA SOLIDÃO	105
4.3 ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS	111
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS.....	130
ANEXOS	139
ANEXO A	140
ANEXO B	141
ANEXO C	142

ANEXO D	143
ANEXO E	144
ANEXO F	145
ANEXO G	146

1 INTRODUÇÃO

O denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem paulatinamente ganhado um lugar de destaque quando consideramos a prevalência dos quadros psicopatológicos da infância e adolescência na atualidade. Pesquisas do campo médico apontam que o diagnóstico de TDAH apresentou um expressivo crescimento desde a última década (LEGNANI, ANDRADE; CAIRS et al., 2006), tornando-se o mais frequente dos transtornos psiquiátricos tratados em jovens (ROHDE et al., 2004). Dados epidemiológicos apontam para prevalência mundial de 4 a 10% entre crianças. Uma revisão sistemática sobre o tema, realizada a partir de 102 estudos de prevalência em todo mundo, estima uma prevalência de 5,29% entre menores de 18 anos e de 6,48% entre crianças em idade escolar (ROHDE et al., 2004). Um estudo coordenado pelo *Instituto Glia*, com 5.961 jovens de 18 Estados do país, aponta prevalência de 4,4% entre crianças e adolescentes brasileiros de 4 a 18 anos (POLANCZYK; ARRUDA; MOURA-RIBEIRO, 2011). Trata-se do primeiro estudo epidemiológico sobre TDAH feito no Brasil com essa abrangência.

Os desdobramentos dessa epidemia diagnóstica afetam a criança nos mais diversos âmbitos, como no escolar, em que se instala a demanda de que tenha seu corpo e comportamentos disciplinados em nome do bom aproveitamento escolar, muitas vezes ocultando impasses que dizem respeito à própria instituição de ensino; e no familiar, em que pais balizados por um saber médico, que aponta para a etiologia orgânica do TDAH, percebem-se pouco implicados com os sintomas dos filhos, optando por um tratamento medicamentoso. Temos nesse caso, do lado da criança, em um só tempo, corpo, fala e angústia silenciados.

No percurso clínico da pesquisadora nos últimos 15 anos – vividos entre o consultório particular, o serviço de psicologia e o hospital-dia de um hospital psiquiátrico público na cidade de São Paulo, bem como na supervisão de atendimentos clínicos realizados por alunos na universidade – foi possível observar, inicialmente ainda de modo empírico, o aumento expressivo de pedidos de avaliação com a hipótese diagnóstica de TDAH ou de diagnósticos já estabelecidos e crianças sendo medicadas a partir de uma lógica que equivale diagnóstico e conjunto de sintomas.

Por um lado, parecia evidente a estreita vinculação entre a lógica subjacente ao discurso médico científico e o interesse financeiro dos grandes laboratórios farmacológicos, que, na figura de seus representantes farmacêuticos com suas malas com rodízio repletas de amostras de medicação, circulavam com enorme familiaridade pelos corredores do hospital – a essa constatação surgia a interrogação de como essa associação entre uma psiquiatria biológica e os grandes laboratórios se articulava com a ordem político-econômica.

Do ponto de vista clínico as crianças chegavam com sintomas motores que evidenciavam claramente um excesso de gozo¹ no corpo. Trata-se de sintomas que se dão a ver ao Outro e à particularidade do lado desse Outro², encarnado em geral pela mãe, é de comparecer com o olhar que acompanha todo tempo a criança.

Temos, do lado da família e da escola, uma criança tida como “insuportável”, que não para e que ninguém consegue controlar; via de regra esta última não é escutada, mas julgada a partir de seus comportamentos. O desejo tanto do lado da escola como do da família é silenciar a criança e “sua agitação”.

A resposta a esse “não saber o que fazer para silenciar os comportamentos dessa criança” vai ser procurada junto ao saber médico-científico que, consoante à lógica do discurso capitalista de mercados, que tende a simplificar para gerir, tem uma resposta clara e objetiva: trata-se de um transtorno neurobiológico que deve ser tratado via medicação e terapia cognitivo-comportamental.

Essa resposta satisfaz plenamente à demanda dos pais e da escola: os pais sentem-se aliviados por não precisarem se perguntar sobre sua implicação nos sintomas do filho e a escola encontra um caminho que exige menos trabalho e compreensão, eximindo-se do questionamento sobre como lidar com essa “criança que perturba”.

O que se evidencia nesse caso é um reducionismo acerca do sintoma apresentado pela criança, seja no âmbito médico-científico, no escolar ou na própria

¹ A noção de gozo é heterogenea e extensa na obra de Lacan. Dunker (2002) aponta para o fato que “o gozo realiza-se numa repetição, que nesta repetição algo perdido é retomado, mas que nesta retomada preserva-se apenas um parco simulacro da experiência que a repetição visa reconstituir [...]. O gozo passa pela suposição de uma completude atribuída ao Outro. O cálculo do gozo trará sempre a imaginarização desta totalidade [...]. A estratégia neurótica de inscrição do gozo estaria marcada pela equivalência entre perda e restituição. O gozo a menos, imposto pela castração, seria tomado como equivalente de um gozo a mais, compreendido pelas formações fálicas de restituição, como o sintoma. A pressuposição neurótica é de que menos e mais são comensuráveis e reversíveis e por isso a falta no Outro se identifica à demanda no sujeito” (DUNKER, 2002, p. 50-60).

² “O emprego da maiúscula refere-se à ordem da alteridade, isto é, ao campo simbólico, embora o outro semelhante do laço social possa ser seu representante.” (INFANTE, 2002, p. 777).

compreensão dos pais – esse reducionismo não é sem consequências para a criança e seu corpo (como será discutido ao longo desta pesquisa), mas, sobretudo, há uma articulação que permanece oculta, aquela que engendra o saber no campo científico ao poder no campo político e econômico³. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa é restaurar a complexidade do diagnóstico de TDAH, a partir do que a clínica psicanalítica com crianças com esse diagnóstico nos ensina. Busca-se trazer rigor e formalizar sua discussão, tanto no âmbito clínico, em que há uma redução do sujeito e seu sofrimento a processos neuroquímicos, como no campo político, no qual a articulação entre saber e poder, evidenciada pela medicalização da existência, permanece oculta sob o véu do discurso da neutralidade científica.

Esta pesquisa se orienta por dois eixos, de campos epistemológicos distintos, que não pretendemos homogeneizar. Um primeiro, em que nos arriscaremos por alguns textos da filosofia política, no qual discutiremos a medicalização da existência como dispositivo na articulação entre saber e poder nas sociedades de controle⁴ a partir da leitura principalmente de Deleuze (1972/1990), Foucault (1970-1982/1997, 1979/1996) e Agamben (2009).

E o segundo que seria o da clínica psicanalítica, através da qual se busca restabelecer a complexidade da produção sintomática de um sujeito, articulando-a a um modo de gozo e ao desejo do Outro a partir do esquema de complementaridade tórica proposto por Lacan (1961-1962)⁵ que articula a questão da demanda e do desejo na relação do sujeito com o Outro.

Vamos inicialmente apresentar o nosso primeiro eixo de trabalho introduzindo a concepção diagnóstica do TDAH no campo médico-científico – em que a subjetividade é elidida e o organismo toma o lugar do corpo pulsional – e sua articulação com a medicalização da existência em sua função normalizadora de produção de corpos dóceis e produtivos.

O TDAH é definido, segundo os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR), como um transtorno neurológico caracterizado por diminuída capacidade de atenção, impulsividade e hiperatividade. Basicamente, o DSM-IV-TR usa como critérios o número, a frequência e a severidade dos sintomas de hiperatividade, impulsividade e desatenção. Estes

³ Cf. seção 2.1.

⁴ Cf. seção 2.2.

⁵ Cf. seção 3.2.

devem estar presentes antes dos sete anos de idade, persistirem por no mínimo seis meses, observados em dois ou mais ambientes e principalmente causar um prejuízo significativo no funcionamento acadêmico, social e ocupacional dos seus portadores (APA, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR, a criança deve preencher critérios em pelo menos seis itens de desatenção (tipo desatento) ou seis itens de hiperatividade e impulsividade (tipo hiperativo), ou ainda itens dos dois (tipo Combinado). O manual propõe uma classificação do TDAH em quatro subcategorias, de acordo com os sintomas prevalentes e as dificuldades funcionais: 1. *TDAH predominante desatento*: presença de seis ou mais sintomas de falta de atenção. 2. *TDAH predominante hiperativo/impulsivo*: presença de seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade. 3. *TDAH tipo combinado*: presença de seis ou mais sintomas de desatenção associados a seis ou mais sintomas de hiperatividade e impulsividade. 4. *TDAH em remissão parcial*: termo usado para indivíduos (geralmente adolescentes e adultos) que não têm o mínimo de sintomas, mas que mesmo assim apresentam comprometimento funcional significativo (APA, 2002).

A quinta edição do DSM foi lançada em maio de 2013 no Congresso de Psiquiatria em São Francisco, EUA. No caso do TDAH ocorrem poucas modificações em seus critérios diagnósticos: a lista dos 18 sintomas (nove de desatenção, seis de hiperatividade e três de impulsividade) se manteve a mesma, assim como o número de sintomas a partir do qual se faz o diagnóstico (seis sintomas de desatenção e/ou seis sintomas de hiperatividade/impulsividade). Os sintomas devem permanecer por pelo menos seis meses e deve haver comprometimento em pelo menos dois ambientes e áreas diferentes (acadêmica e social, por exemplo), assim como descrito no DSM-IV (MATTOS, 2013).

Os critérios modificados foram aqueles que determinam a idade de início dos sintomas, passando de 7 para 12 anos, e o fato de o diagnóstico agora poder ser dado no caso de um quadro de autismo.

Os subtipos foram retirados do manual e substituídos pelo termo apresentação, mas as categorias dos antigos subtipos são mantidas: com predomínio de desatenção, com predomínio de hiperatividade-impulsividade e apresentação combinada. A justificativa utilizada é que o termo apresentação favorece a idéia de que o perfil de sintomas pode se modificar ao longo do tempo. A

última novidade refere-se à classificação do TDAH em leve, moderado e grave, conforme o grau de comprometimento dos sintomas na vida do indivíduo.

O discurso médico contemporâneo, portanto, representado pela psiquiatria biológica e pelas neurociências, estabelece o diagnóstico de TDAH baseado na noção de déficit, incapacidade e disfunções atencional, motora e do controle da impulsividade, articulando-os algumas vezes a problemas comportamentais no âmbito familiar. As disfunções são colocadas em primeiro plano e as funções psíquicas e orgânicas entendidas de maneira desarticulada entre si e em relação ao processo de constituição da subjetividade. O sintoma, nesse caso, equivale à doença em si e encontramos, assim, as mesmas disfunções do TDAH atribuídas às mais diferentes posições subjetivas e estruturas, como autismo, psicose e retardo mental, ou mesmo como resposta a conflitos familiares (LEGNANI; ALMEIDA, 2009).

Do ponto de vista etiológico, a discussão gira em torno de pesquisas no campo das neurociências. Rohde e Ketzer (1997), a partir de estudos neuropsicológicos, sugerem alterações corticais pré-frontais e de estruturas subcortais a elas associadas. Outros estudos investigam o sistema de neurotransmissores, sugerindo alterações dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, desembocando em estudos psicofarmacológicos. Apesar de estudos não conclusivos acerca de uma etiologia orgânica para o TDAH, a terapêutica medicamentosa foi difundida pela mídia como uma verdade cientificamente comprovada, já fazendo parte do senso comum. Segundo dados fornecidos pela Agência Estado em 16 maio de 2012, o Brasil é atualmente o segundo maior consumidor mundial de metilfenidato, de acordo com pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Os critérios desenvolvidos no DSM-IV-TR são postulados como atóricos e operacionais, ocultando:

a concepção de que a única explicação válida é a descrição fisicalista e reducionista do sujeito, na qual este comparece como o resultado de estímulos neurofisiológicos, e a vida anímica é vista como epifenômeno da vida biológica. (LEGNANI; ALMEIDA, 2008, p. 4).

Birman (1999), discutindo as novas formas de subjetivação na sociedade contemporânea, ressalta o ressurgimento de uma visão organicista e biologizante no discurso médico e social a partir do prestígio científico conquistado pela psiquiatria

biológica e neurobiologia em função do impacto causado por pesquisas acerca do metabolismo neuroquímico, do mapeamento cerebral (com o avanço das técnicas de neuroimagem) e das novas drogas psicofarmacológicas.

O diagnóstico de TDAH apresentou um deslizamento diacrônico de nomenclatura associado às ordens político-econômicas e jurídicas. A referência inicial à motricidade e ao ambiente (relação com o Outro) é substituída por sinais de boa ou má conduta com conotação claramente moral. A ideia de prevenção é colocada em jogo e comportamentos, sobretudo de desobediência e agressividade na criança, passam a ser preditivos de um futuro transtorno de conduta no próprio DSM. Ora, qualquer atitude da criança passa a ser interpretada sob um crivo patológico, evidenciando o fato de que o diagnóstico cria a doença.

O percurso histórico do quadro clínico até a classificação atual remonta, nos anos 40, ao diagnóstico de Lesão Cerebral Mínima, que na década de 60 foi rebatizada como Disfunção Cerebral Mínima, em decorrência da ausência de comprovações empíricas de correlações neuroanatômicas que justificassem os sintomas apresentados. Ambas as nomenclaturas enquadram o conjunto de sintomas que compõem hoje o quadro de TDAH.

Esse processo de renomeação de quadros psicopatológicos pelos manuais de Psiquiatria acaba por suprimir a subjetividade das manifestações sintomáticas, transformando os conflitos psíquicos em processos neuroquímicos, tendo como consequência clínica imediata, como apontado por Birman (1999), uma medicalização indiscriminada da angústia. Nega-se, assim, a inscrição dos conflitos na história da constituição da subjetividade e na relação com o Outro; a supressão sintomática impede ao sujeito o acesso aos aspectos em relação aos quais ficou alienado.

A objetivação dos quadros psicopatológicos como proposta pelo DSM e pela CID-10 reduz a criança ao saber médico, excluindo sua singularidade e ocultando tanto o aspecto diacrônico de sua constituição subjetiva, como a articulação do sujeito aos traços identificatórios de sua filiação (VORCARO, 2011).

O diagnóstico psiquiátrico compara as manifestações da criança com aquelas catalogadas para encontrar em qual classe de transtorno ela pode ser enquadrada e, reduzindo-a a uma categoria, aponta-se o que nela resiste ao ideal parental e social, indicando-se a partir daí terapêuticas que a adaptem e reconduzam à normalidade, buscando-se minimizar o mal-estar que produz no projeto social.

O TDAH ganha o estatuto de doença a partir da noção de *erro ou risco*, que se refere à ressignificação no campo médico de um comportamento diferente como sendo desviante da média e potencialmente prejudicial à adaptação social futura da criança, podendo levá-la ao fracasso pessoal. Na medida em que é ressignificado no campo médico, começa a buscar-se uma causa para esse risco (em geral algo que atrapalha o desempenho); uma pesquisa etiológica balizada por estudos estatísticos que apontarão para uma grande probabilidade de associação dessa causa a alterações genéticas e disfunções neuroquímicas. Há nessa lógica discursiva um tratamento “natural” para normalizar esses comportamentos e igualar o sujeito aos demais, sendo a medicação o dispositivo que normaliza o corpo do indivíduo e da população.

Produz-se um corpo a ser tratado, um corpo desviante que sustente a ideia do TDAH como uma patologia reconhecida nos campos sociais e científicos, nomeando-se, assim, o excesso de atividade e a falta de atenção como indicadores psicopatológicos.

A medicalização do desvio evidencia um momento singular da evolução da cultura e da função social da medicina; o aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos e sua nova função de normalização psíquica constituem um novo sintoma no laço social.

A medicina técnico-científica contemporânea que mensura, avalia, homogeneíza e randomiza suas análises e protocolos nas diversas populações exclui, por natureza, a noção de singular.

A crítica à medicalização refere-se à redução de problemáticas que envolvem diversos campos e disciplinas, como as ciências sociais e políticas, a psicologia e a medicina, ao domínio metodológico disciplinar exclusivo da medicina.

Introduziremos agora o nosso segundo eixo do trabalho, que visa retomar a singularidade da produção sintomática do sujeito (no caso da criança que recebeu o diagnóstico de TDAH) articulando-a, por um lado, aos impasses da aquisição de um corpo próprio no processo de constituição subjetiva que se opera na relação com o Outro e, por outro, interrogando-nos acerca do lugar da criança na família e dos efeitos da progressiva substituição do discurso familiar pelos discursos científicos, pedagógicos e jurídicos sobre a criança, como já nos alertava Lacan (1974/1975).

Na perspectiva da psicanálise, as funções psicológicas, cognitivas, de fala e motricidade, entre outras, articulam-se entre si a partir da organização subjetiva de

cada sujeito, que se constitui na relação com o Outro. Dessa forma, a sintomatologia na infância não vai ser tomada no registro do déficit ou desordem, mas como produção singular de um sujeito em sua relação com o Outro.

É importante assinalar que não se trata aqui de articular outra explicação etiológica fundada numa nosologia psicanalítica para TDAH, entidade nosográfica que evidencia uma equivalência clínica e conceitual entre conjunto de sintomas e diagnóstico. Entretanto, ao tomar contato com autores do campo da psicanálise que se propunham a debater o tema, deparamo-nos algumas vezes com formulações que pareciam querer dar um estatuto psicanalítico ao TDAH⁶. Dessa forma, optamos ao longo do trabalho por manter as nomenclaturas dadas pelos diversos autores, sem homogeneizá-las sob um único significante, pois elas evidenciam suas referências nosológicas e conceituais. Irão circular pelo texto nomenclaturas como instabilidade psicomotora, hipercinesia, hiperatividade e TDAH.

Com o objetivo de facilitar a circulação desta pesquisa, estabelecendo um campo de interlocução com outros campos de conhecimento, o termo TDAH será utilizado no título do trabalho, permitindo que as buscas em bases de dados por artigos e teses acadêmicas sobre o assunto apontem para esta pesquisa como referida ao tema do TDAH, o que não ocorreria se optássemos pelo uso de significantes oriundos exclusivamente do campo da psicanálise.

Faz-se necessário um primeiro esclarecimento acerca do estatuto do sintoma (nos casos das crianças discutidos na tese temos sintomas predominantemente motores). Um sintoma com a mesma apresentação pode aparecer em diversas estruturas: se tomarmos o exemplo da realização pulsional na hipercinesia, ele pode ocorrer tanto com um endereçamento, buscando afetar e capturar o olhar do outro, como no modo autístico, em que se expressa através de automatismos que não entraram no circuito pulsional.

Trabalhamos nesta pesquisa com sintomas que se inscrevem num corpo pulsional, atravessado pelo significante, articulado a uma imagem e como lugar de gozo (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002), portanto articulado ao desejo e a um modo de gozo do Outro.

No início há um corpo e no fim ele também estará, porém, entre esses dois marcos, nascimento e morte, há todo um trajeto a se percorrer para que, além de um

⁶ Cf. seção 3.3.

corpo biológico, possamos constituir um eu. Freud (1923/1987) já afirmava que o eu é antes de tudo um eu-corporal; inicialmente o bebê não diferencia os limites do próprio corpo, sensações internas e externas se confundem, e aos poucos vai delineando as bordas de seu corpo a partir do outro.

Lacan acrescenta à teoria freudiana do narcisismo e das identificações a noção de que o suporte do corpo humano está para além de uma relação de autoerotismo, constituindo-se na relação especular com o Outro, encarnado pelo outro da mãe. As bordas que constituem o nosso corpo são delineadas a partir do Outro – que as faz sociáveis – são os orifícios pulsionais que determinam aonde começa e termina o corpo. Esses orifícios atuam numa lógica de presença/ausência (filho no lugar de algo que satisfaria a mãe, encarnando assim uma presença que lembra o que não é, o que falta – o *fort-da* seria justamente a constituição dessa memória) e é o lugar onde se situam os objetos pulsionais (COSTA, 2001).

Os movimentos corporais de uma criança desde que nasce estão estreitamente ligados à dialética do desejo do Outro, que vem atrelar o campo desordenado das pulsões parciais da criança às representações e incluí-la em sua estrutura libidinal no campo do simbólico e em sua economia de gozo.

Ao passar pelo campo do Outro, o movimento tônico muscular torna-se pulsional. O Outro interpreta o movimento da criança como um pedido, produzindo uma descontinuidade e ligando o movimento a uma satisfação. A criança então, frente a um estímulo, de maneira retroativa, vai tentar repetir essa satisfação, visando novamente obter prazer; inscreve-se aí uma zona erógena.

A organização psicomotora está, portanto, intimamente relacionada com o campo especular, com a imagem do corpo e com as funções do eu que começam a se estruturar no período do narcisismo primário. É na relação com o Outro, a partir do olhar desejante e do circuito pulsional do Outro, que se constitui a imagem do eu. O desenvolvimento da organização motora e seus possíveis tropeços encontram-se, conseqüentemente, também articulados à relação com o Outro.

Dada sua condição de prematuridade e dependência, e a falta de um saber instintual que lhe possibilite a sobrevivência, a criança não há outra saída senão a total alienação ao desejo do Outro para que possa aceder à condição de humana, porém, num segundo momento, é necessário um movimento de separação para que, a partir da identificação ao Outro, se torne um.

O caminho vai da alienação à separação, à saída do narcisismo primário; não se produzirá sem certa tensão agressiva para romper com a estrutura simbiótica – o operador que protagoniza esse momento é a função paterna e o corte de sua intervenção.

Nesse cenário, o domínio da ação motora marcará um dos pontos de apoio que determinam a saída da estreita vinculação narcisista com a mãe, em relação à qual a criança até então ocupava uma posição de objeto. O andar constitui um representante privilegiado dessa saída e testemunho da eficácia da intervenção paterna (PERNICONE, 2005).

A criança, “pequeno andador”, distancia-se do campo visual materno e inicia a exploração do mundo; em grande parte de sua infância dedicará muitos momentos ao domínio prazeroso de seu corpo: correr, subir, pular; experimentar a destreza corporal constituir-se-á num jogo excitante e de desafio para ela.

Porém, ir para algum outro lugar supõe faltar em outro, e nesse jogo de presença-ausência o que será colocado à prova é a angústia materna. Lembremos a primeira coisa que faz uma criança ao cair: olhar e interrogar o rosto materno; sua reação depende daquilo que lhe sinalizar a mãe – mãe que se desespera e o filho assustado chora, mãe que diz que “não foi nada” e a criança levanta e continua a correr. No caso da criança que começa a andar e a desaparecer do campo visual e do domínio fálico da mãe, a pergunta que se coloca em jogo é: pode perder-me? (LACAN, 1964/1973). Essa pergunta interroga a respeito do desejo da mãe:

es donde quizás se jugará en gran medida la posibilidad de la apropiación del cuerpo, la posibilidad de despliegue pleno de toda actividad motriz y la posibilidad de alcanzar y conquistar un sentimiento de libertad y autonomía en sus movimientos para todo sujeto. (PERNICONE, 2005, p. 7).⁷

Quando consideramos a clínica, vemos uma criança que revela um mal-estar encarnado no corpo, que, como vimos, é desde o início um corpo pulsional e relacional, tanto do ponto de vista constitutivo, como sintomático; é a partir de onde o sujeito se representa, articula o seu gozo e dirige demandas ao Outro. Esse corpo opera pulsionalmente à medida que constrói bordas; o olhar faz borda e os sintomas no corpo têm a particularidade de se darem a ver ao outro.

⁷ É onde, talvez, se jogará com grande possibilidade a apropriação do corpo, a possibilidade de total desdobramento toda a atividade motora e a possibilidade de alcançar e conquistar um sentimento de liberdade e de autonomia em seus movimentos para todos os sujeitos (tradução nossa).

Trabalhamos com a hipótese de que as apresentações sintomáticas expressas através do movimento e da agitação psicomotora explicitam uma tentativa incessante de construir bordas, frente a um olhar que, via de regra, acompanha a criança ininterruptamente, e que essa movimentação paradoxalmente visa capturar. Revela-se, nessa articulação entre o olhar e o corpo em movimento, tropeços no processo de separação entre eu/outro que resultam numa dificuldade de subjetivação do corpo por parte da criança.

Nesse sentido, a agitação psicomotora de uma criança poderia ser entendida como uma resposta a um possível aprisionamento no campo do gozo materno, movimentar-se rapidamente para livrar-se da voraz demanda materna, escapar ao lugar objetalizante que permanecer aí suporia, mas temos na realidade uma criança que permanece presa ao olhar atento do Outro para seu corpo e seus movimentos; a criança fica num lugar intermediário entre ser e não ser o falo imaginário da mãe.

E o que se observa nessas crianças é justamente a dificuldade em representar o corpo como faltante; este permanece ligado ao outro pelos movimentos que são dados a ver a esse último. Há um excesso de gozo que se evidencia na função motora.

A criança, seja ela nomeada como instável, do lado do menos, ou hiperativa, do lado do mais, é uma criança que perturba; os significantes desordem e obediência são de particular interesse quando a consideramos: ditas como insuportáveis, incontrolláveis, afrontando aquele que lhe impõe os limites com toda potência de sua motricidade, aparentemente é ela quem comanda; sua exuberância motriz e gosto pela transgressão muitas vezes deixam o outro rendido. Ela parece se posicionar do lado de um todo fálico imaginário, aprisionada pelo telecomando da mãe, cujo olhar não a abandona.

Por outro lado, podemos pensar que a incidência do pulsional no movimento hiperativo busca descarga e satisfação: a criança encontra o gozo na descarga motora, um prazer sexual que não encontra limite nem balizamento no exterior. Essa busca por limite pode ser levada ao extremo no caso das passagens ao ato infantis, como as de crianças que sobem perigosamente em lugares altos dos quais arriscam cair e que machucam reiteradamente o corpo. Nesse caso haveria aí um apelo à Lei paterna, que o movimento desafiante tentaria insistentemente convocar?

Como psicanalistas recebemos um número crescente de crianças e adolescentes, que são trazidos às consultas por pais que se referem frequentemente

impotentes em relação a filhos descritos como inquietos, desobedientes, agitados, desatentos, raivosos, com dificuldades em respeitar limites, etc. Essas crianças chegam muitas vezes com diagnóstico de TDAH estabelecido ou para serem submetidas à avaliação psicológica com essa hipótese diagnóstica. Algumas características nos chamam a atenção no discurso apresentado pelos pais: a) revelarem um “não saber mais o que fazer com aquela criança”, em relação a qual se sentem desautorizados; b) o fato de que as queixas são sempre inúmeras, mas a criança não costuma ser questionada sobre o que se passa com ela; c) uma dificuldade em perceberem-se implicados nos sintomas de seus filhos; d) sentirem-se impotentes frente às infindáveis demandas da criança, acreditando que ela pleiteia um objeto da realidade, engajando-se em oferecer-lhe inúmeros objetos que nunca satisfazem a sua demanda.

Inúmeros psicanalistas (ROSA, 1999; BIRMAN, 1999; ROSA, 2006; LEVIN, 2008) relacionam as expressões psicopatológicas atuais às configurações das ordens socioculturais na contemporaneidade⁸, sendo a sintomatologia entendida como uma forma de mal-estar do sujeito na cultura.

Rosa (2006) considera que a organização da família é afetada por questões macrossociais e políticas, bem como pelos avanços tecnológicos, especialmente no campo da Medicina. A família tem exercido historicamente a mediação entre o sujeito e a sociedade, sendo a maternidade e paternidade lugares discursivos que atestam elementos sociais, políticos e libidinais. Nesse cenário, além do enodamento entre a lei simbólica e o real pulsional, o imaginário social exerce um papel importante na maneira pela qual a criança será inscrita na cadeia desejante dos pais.

A família tem por função a transmissão tanto de valores e ideais, como dos significantes de filiação e sexualidade, essenciais para a constituição subjetiva e a construção do laço social. Em *Duas notas sobre a criança*, Lacan aborda a posição que uma criança ocupa junto à família conjugal. A sua função

destaca a irreducibilidade de uma transmissão – que é de uma outra ordem que não a da vida segundo a satisfação das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo. (LACAN, 1969/1998, p. 373).

⁸ Termo utilizado para descrever as transformações observadas nas últimas décadas na ciência, economia e organização social no capitalismo pós-industrial, não tendo como objetivo nos aprofundar neste estudo.

Essa função tem: a) uma condição: se efetivar por um interesse particularizado em relação à criança; b) um resultado: a transmissão de um nome que é o vetor de uma encarnação da lei no desejo.

Lacan (1974/1975), a partir de seus desenvolvimentos acerca do Nome do Pai, já apontava para o declínio do discurso familiar e sua paulatina substituição por outros discursos sobre a criança, científicos, pedagógicos, jurídicos.

As crianças são convocadas a se posicionar, de modo não apenas a permitir o resgate do narcisismo dos pais (FREUD, 1914/1987), processo estruturante e identificador para ela, mas tornando-se o meio através do qual o Outro social concede o gozo a toda família. Opera-se aqui uma inversão: ao invés de transmitir para o filho a falta, o encontro faltoso com o objeto, os pais lhe dirigem a demanda de preenchimento totalizante da falta, impelindo-a na direção do Outro social.

E em relação ao Outro social, a criança estaria ocupando um lugar anônimo, distinto da posição fálica que deveria ocupar em relação aos pais, em que teria um lugar personalizado atrelado ao desejo destes últimos. Nesse sentido, ao invés de os pais transmitirem para os filhos os limites do gozo, são estes que lhes apresentam as infinitas possibilidades de gozo atreladas aos objetos do campo social.

Quando consideramos as modificações das relações entre real, simbólico e imaginário da infância na contemporaneidade, segundo Jerusalinsky (2008a), podemos pensar que o que tem-se modificado é a premência de que a criança desenvolva sua capacidade simbólica, que aprenda, que faça esportes, que fale línguas, que seja independente, que se envolva com uma vida coletiva, etc. O imaginário já lhe vem *prêt-à-porter*, através de videogames, brinquedos eletrônicos cheios de funções e objetos industrializados, que abrem pouco espaço para que crie o seu próprio mundo de fantasia. O real do corpo da criança continua o mesmo, mas ela é demandada a acelerar seu ingresso no universo adulto em suas habilidades, conhecimentos e sexualidade e sua natural insuficiência frente ao ideal torna-se ainda mais inflacionada e difícil de suportar.

Esta pesquisa está dividida em dos grandes eixos temáticos, um primeiro com foco na dimensão política do diagnóstico de TDAH, em que discutiremos a medicalização da existência como dispositivo na articulação entre saber e poder nas sociedades de controle, e um segundo, com foco na dimensão clínica, em que

recolocaremos a questão da produção sintomática de um sujeito articulada a seu processo de constituição subjetiva e a sua relação com um modo de gozo e desejo do Outro.

Na primeira seção foi discutido de modo crítico a construção histórica do diagnóstico de TDAH no campo da psiquiatria, apontando o deslizamento diacrônico de nomenclatura associado às ordens político-econômicas e jurídicas.

A segunda seção debate de que maneira o corpo da criança é tomado pelos dispositivos de poder nas sociedades de controle. São discutidos a passagem das sociedades disciplinares para as sociedades de controle proposta por Deleuze (1992) e o conceito de dispositivo de dessubjetivação que Agamben (2009) propõe a partir da leitura de Foucault.

Na terceira seção foi apresentado um recorte clínico que consiste de fragmentos de entrevista com a mãe de uma criança diagnosticada com TDAH, em que nos interessa discutir a ideia de construção diagnóstica, da conduta terapêutica e da prevenção em jogo na hipótese diagnóstica psiquiátrica que aponta para a possível comorbidade entre os diagnósticos de TDAH e transtorno opositivo desafiador

Na quarta seção se discute a medicalização do desvio como uma construção social que evidencia um momento singular da evolução da cultura e da função social da medicina em que o aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos passa a ter uma função de normalização psíquica constituindo um novo sintoma no laço social.

A quinta seção debate a íntima associação entre a produção farmacêutica e o pensamento psiquiátrico como produtora da concepção do transtorno mental enquanto alteração nos processos cerebrais e as drogas psicotrópicas como primeira linha de intervenção.

A sexta seção versa sobre o metilfenidato, que é o psicofármaco mais utilizado para o tratamento do TDAH. São apresentados sua composição, metabolização e efeitos colaterais sobre o organismo e sobre a subjetividade.

Na sétima seção é discutida a relação entre ética psicanalítica e política, explicitada através dos discursos a que estão submetidos os sujeitos e que apontam para um modo particular de laço social estabelecido em uma cultura.

Na oitava seção interroga-se acerca do lugar da criança na família na atualidade e dos efeitos da progressiva substituição do discurso familiar pelos discursos científicos, pedagógicos e jurídicos sobre a criança.

Na nona seção se discute o estatuto do corpo na psicanálise. Formularemos essa discussão tomando como referência a formulação freudiana, retomada por Lacan, de que o corpo à que se refere a psicanálise não é um corpo biológico, mas um corpo pulsional, atravessado pelo significante, articulado a uma imagem e como lugar de gozo.

Na décima seção debatemos o ponto em que o corpo da criança toca a economia de gozo e o desejo do Outro, considerando-se que como o bebê não nasce com um saber instintual que lhe ofereça a possibilidade de sobrevivência, não lhe resta outra saída senão o encontro com o Outro para que tenha a chance de sobreviver e advir enquanto sujeito.

Na décima primeira seção são apresentadas as formulações que, no campo da psicanálise, articulam o desenvolvimento psicomotor e seus impasses e a constituição subjetiva, o que aponta para a passagem do puro movimento para o movimento pulsional, que afeta o Outro.

Na décima segunda e décima terceira seções são apresentados recortes clínicos que nos interrogam e nos permitem levantar hipóteses sobre o que a clínica com crianças nos ensina sobre o TDAH.

A décima quarta seção se propõe a desenvolver articulações teórico-clínicas, de modo que os casos clínicos e a teoria possam interrogar-se e interrogar-nos enquanto analistas.

OBJETIVO

Debater de forma crítica a homogeneização da criança sob o diagnóstico de TDAH no discurso médico-científico, trazendo rigor e formalizando a discussão, tanto no âmbito clínico, em que há uma redução do sujeito e seu sofrimento a processos neuroquímicos, como no campo político, no qual a articulação entre saber e poder, evidenciada pela medicalização da existência, permanece oculta sob o véu do discurso da neutralidade científica.

Objetivos específicos

- a) A partir de recortes da experiência da clínica psicanalítica com crianças restaurar a complexidade da leitura da produção sintomática de um sujeito, articulando-a a um modo de gozo e ao desejo do Outro a partir do esquema de complementaridade tórica proposto por Lacan⁹, que articula a questão da demanda e do desejo na relação do sujeito com o Outro;
- b) debater a medicalização da existência como dispositivo na articulação entre saber e poder nas sociedades de controle¹⁰, a partir da leitura principalmente de Deleuze (1972/1990), Foucault (1970-1982/1997, 1978/1996) e Agamben (2009);
- c) discutir os efeitos da ordem sociocultural e da paulatina substituição do discurso familiar pelos discursos científicos, pedagógicos e jurídicos sobre a criança na função de transmissão da família no que se refere à inscrição do filho na cultura a partir de um desejo não anônimo e como sujeito barrado em seu gozo.

⁹ Cf. seção 3.2.

¹⁰ Cf. seção 2.2

2 OS DISPOSITIVOS DE DESSUBJETIVAÇÃO

2.1 DIAGNÓSTICO DE TDAH NO CAMPO DA PSIQUIATRIA: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA E DISCUSSÃO

O diagnóstico de TDAH apresentou um deslizamento diacrônico de nomenclatura associado às ordens político-econômicas e jurídicas. A referência inicial à motricidade e ao ambiente (relação com o Outro) é substituída por sinais de boa ou má conduta com conotação claramente moral. A ideia de prevenção é colocada em jogo e comportamentos, sobretudo de desobediência e agressividade na criança, passam a ser preditivos de um futuro transtorno de conduta. Ora, qualquer atitude da criança passa a ser interpretada sob um crivo patológico, evidenciando o fato de que o diagnóstico cria a doença.

O TDAH tem sua etiologia atualmente associada à neurobiologia, segundo o DSM. O discurso médico contemporâneo, representado pela psiquiatria biológica e pelas neurociências, estabelece o diagnóstico de TDAH baseado na noção de déficit, incapacidade e disfunções atencional, motora e do controle da impulsividade, articulando-os algumas vezes a problemas comportamentais no âmbito familiar. As disfunções são colocadas em primeiro plano e as funções psíquicas e orgânicas entendidas de maneira desarticulada entre si e em relação ao processo de constituição da subjetividade. O sintoma, nesse caso, equivale à doença em si e encontramos assim, as mesmas disfunções do TDAH atribuídas às mais diferentes posições subjetivas e estruturas, como autismo, psicose e retardo mental (LEGNANI; ALMEIDA, 2009).

Do ponto de vista etiológico a discussão gira em torno de pesquisas no campo das neurociências. Rohde e Ketzer (1997), a partir de estudos neuropsicológicos, sugerem alterações corticais pré-frontais e de estruturas subcorticais a elas associadas. Outros estudos investigam o sistema de neurotransmissores, sugerindo alterações dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, desembocando em estudos psicofarmacológicos. Segundo Werner (apud LEGNANI, 2009), apesar de esses estudos ainda não serem consistentes, o uso de medicação é feito atualmente em larga escala. Nesse caso, o argumento

utilizado seria de que a terapêutica medicamentosa é benéfica, uma vez que os pacientes medicados sentem-se mais calmos e com maior autocontrole, sentindo-se aliviados por saberem-se portadores de um transtorno para o qual existe um tratamento.

A despeito de estudos não conclusivos acerca de uma etiologia orgânica para o TDAH, a terapêutica medicamentosa foi difundida pela mídia como uma verdade cientificamente comprovada, já fazendo parte do senso comum.

Bergès-Bounes (2010), referindo-se às substituições de terminologia do quadro hoje denominado como TDAH, pergunta-se como os deslizamentos semânticos articulam-se à nova ordem social, jurídica e econômica. Questiona também o papel da prevenção nesse jogo político.

A primeira definição foi dada por Bourneville em 1897 e atribuída à instabilidade o lugar de principal sintoma de certos quadros de retardo mental leve, enquanto disfunção no par inibição-impulsividade e a descreveu como uma mobilidade psíquica e intelectual extrema que inclui suscetibilidade, irritabilidade com tendência à destruição, negligência, necessidade de vigilância contínua, sugestionabilidade e submissão às pessoas amadas.

Em 1923, após a Primeira Guerra, uma epidemia de gripe e encefalite assolou a Europa e se dispersou pelo resto do mundo. O neurologista Von Economo utilizou na Alemanha o termo hipercinético para descrever as sequelas dessa encefalite, que se evidenciavam por movimentação incessante e desordenada, incapacidade de ficar no lugar e problemas de concentração, memória, aprendizagem e consequente dificuldade de adaptação social. Em 1960 foi descrita, nos Estados Unidos e Canadá, a síndrome de crianças hipercinéticas secundária a qualquer encefalite (BERGÈS, 2008).

Wallon, em 1925, publica *L'Enfant turbulent*, fazendo articulações entre o desenvolvimento psicomotor infantil e os achados no campo da neurofisiologia; buscava diferenciar a neuropsiquiatria infantil da psiquiatria geral. Descreve detalhadamente o desenvolvimento motor em quatro fases, pareado com a maturação: estado impulsivo, emotivo, sensório-motor e projetivo. O ato ou a ação se desenvolvem inicialmente para a criança num campo livre e não organizado, encaminhando-se para um campo orientado e então para um campo representado, seguindo uma linha evolutiva que vai dos movimentos incoordenados aos

coordenados, tendo como objetivo o aspecto simbólico ou figurativo da atividade gestual.

Wallon insiste na importância da presença, do olhar do outro e do aspecto emotivo da relação tônico-emocional mãe-criança, exemplificado pelas crises tônico-emocionais do bebê: “as trocas motoras lançam o sujeito inteiro na relação com o outro através do corpo” (BERGÈS-BOUNES, 2010, p. 16, tradução nossa). Descreve quatro síndromes de turbulência psicomotora associadas a um substrato orgânico, mas insiste na importância do meio para compreensão da gênese da hiperatividade. A turbulência estaria para Wallon no campo da normalidade.

Quem sou eu e quem eu fui para me permitir julgar o excesso vital de uma criança? Que contas devo eu a uma sabedoria culpada que me fez tornar adulto? Damos crédito para que a criança use e abuse de sua vitalidade: quem somos nós para normalizar assim nossas nostalgias infantis? (WALLON apud BERGÈS-BOUNES, 2010, p. 16, tradução nossa).

Nos anos 60, Ajuriaguerra descreveu o quadro de instabilidade como situado num *continuum* entre dois polos, o endógeno e o afetivo, decorrente das desordens emocionais precoces do desenvolvimento do bebê. O primeiro seria consequência da incapacidade de frear os movimentos e o segundo reacional e dependente do meio; as manifestações corporais seriam um meio de expressão da criança, dentre as quais se inclui a hiperatividade, que podem desaparecer ou se intensificar de acordo com as reações do meio ambiente.

Os trabalhos anglo-saxões, em contrapartida, puseram relevo na etiologia orgânica das instabilidades motoras. Strauss e Lehtinen (apud BERGÈS-BOUNES, 2010, p. 17), não encontrando lesão cerebral, supuseram uma disfunção cerebral mínima como responsável pela hiperatividade; tratar-se-ia de uma lesão mínima que passaria despercebida e ainda não seria demonstrável pelo estado da ciência na época.

O percurso histórico do quadro clínico até a classificação atual remonta, nos anos 40, ao diagnóstico de Lesão Cerebral Mínima, que na década de 60 foi rebatizada como Disfunção Cerebral Mínima, em decorrência da ausência de comprovações empíricas de correlações neuroanatômicas que justificassem os sintomas apresentados. Ambas as nomenclaturas enquadram o conjunto de sintomas que compõem hoje o quadro de TDAH.

Segundo Legnani e Almeida (2008), na década de 60, nos Estados Unidos, o governo patrocinou um projeto para realização de estudos sobre desvios de comportamento e problemas de aprendizagem para responder ao questionamento da classe média sobre o fracasso escolar de seus filhos. O diagnóstico de Disfunção Cerebral Mínima ganhou então grande aceitação social, pois diferenciava as crianças assim diagnosticadas daquelas com retardo mental ou submetidas à “privação cultural”. O TDAH em 1968 foi incluído no DSM II, não mais como sintoma, mas enquanto síndrome, tornando-se uma doença que deve ser tratada através da ingestão de um medicamento. Na década de 80 o DSM III propõe a separação do TDAH dos Distúrbios de Aprendizagem.

A última mudança de terminologia na França ocorreu em 2005 através da publicação de uma avaliação do INSERM (*Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*), que se refere a problemas de conduta na criança e no adolescente; a referência à motricidade desaparece em nome da boa ou má conduta ou comportamento, com uma conotação evidentemente moral. As referências passam a ser, no caso da criança, desobediência, crises de cólera recorrentes e agressividade e, no caso dos adolescentes, cortes no corpo, ferimentos, fraudes e roubos, caracterizando distúrbios de conduta.

O INSERM propõe um programa de detecção precoce e prevenção já na creche e na escola maternal e, a partir da idade de 36 meses, sugere que se observe as manifestações comportamentais que assinalem o aparecimento precoce do transtorno (brigas, desobediência, etc.) inscrevendo-as no carnê de saúde da criança. É disponibilizada para esses casos uma terapia que consiste em ensinar a crianças e adolescentes estratégias de resolução de problemas, podendo ser associado, num segundo momento, um tratamento medicamentoso visando combater os comportamentos agressivos.

O uso social da noção de transtorno, assim como é proposta pelo DSM-IV e pelo INSERM, considera-o como “o estado do que cessa de estar em ordem” e corresponde atualmente a uma disfunção específica expressa por um conjunto de comportamentos pretensamente observáveis, que devem ser reduzidos, segundo uma leitura apoiada no modelo das neurociências, por meio de medicamentos e terapia cognitivo-comportamental.

Em resposta a essa avaliação do INSERM foi redigido um manifesto, denominado *Pas de zéro de conduite pour les enfants de 3 ans*¹¹, que conta com duzentas mil assinaturas, que incluem nomes como os de Bernard Golse, Roger Misès, Elizabeth Roudinesco, Marika Bergès-Bounes, entre outros profissionais da saúde, pais, professores universitários, historiadores, etc.

O texto alerta para os riscos de se atribuir a signos como “indocilidade, heteroagressividade, impulsividade, índice de moralidade baixa, etc.”, o valor de indicativos precoces de um futuro transtorno de conduta; nesse caso, qualquer atitude da criança pode ser interpretada como sinal de uma personalidade patológica, que deve ser neutralizada por medidas que associam reeducação, psicoterapia e, a partir dos 6 anos, administração de medicação psicotrópica. Isso evidencia uma abordagem determinista, baseada num raciocínio de causalidade linear, notadamente entre o TDAH e os problemas de conduta na adolescência; os fatores de risco são colocados em primeiro plano e a prevenção é tomada como prognóstico.

Estigmatizando como patológica toda manifestação viva de oposição inerente ao desenvolvimento psíquico da criança, isolando os sintomas de sua significação no percurso de cada um, os considerando como fatores preditivos de delinquência, a abordagem singular do ser humano é negada e o pensamento acerca do tratamento robotizado. (PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS, 2006, tradução nossa).

No final do texto, há um alerta quanto ao risco de derivar práticas de saúde, especialmente psíquica, para fins normativos e de controle social. Os assinantes do manifesto também se opõem à medicalização e psiquiatrização de qualquer manifestação de mal-estar social e pregam que se preserve a pluralidade de abordagens no domínio médico, psicológico, social e educativo de cuidado à criança, levando em conta a singularidade de cada uma em seu meio, terminando num apelo por um debate democrático sobre prevenção, proteção e cuidados oferecidos às crianças.

Um consenso de especialistas da área de saúde, composto por profissionais de reconhecido percurso nos campos da Psicologia, Psiquiatria, Psicomotricidade, Neurologia, Pediatria e Psicopedagogia, redigiu um documento dirigido ao Ministério

¹¹ Contra o zero de comportamento às crianças de 3 anos.

da Saúde da Argentina, no ano de 2005, alertando para o número crescente de diagnósticos e tratamentos reducionistas acerca da psicopatologia na infância.

Assim, rotula-se reduzindo a complexidade da vida psíquica a um paradigma simplificador. No lugar de um psiquismo em estruturação, em crescimento contínuo, em que o conflito é fundante e em que todo efeito é complexo, se supõe exclusivamente um déficit neurológico. (UNTOIGLICH, 2006, p. 64).

O documento aponta para o fato de que o diagnóstico de TDAH é dado muitas vezes sem se considerar o contexto escolar, familiar e sociocultural da criança, além de diagnósticos dados a crianças com quadros psicóticos, vítimas de violência, que sofreram abuso sexual ou em processo de luto. Os meios de comunicação, por seu lado, tratam do TDAH como se fosse uma epidemia, divulgando critérios diagnósticos e banalizando tanto o diagnóstico quanto o recurso medicamentoso.

Frente a esse quadro e à possibilidade de o uso de medicação ser incluído no Programa Médico Obrigatório (PMO), o grupo de especialistas, composto por nomes como Silvia Bleichmar, Ricardo Rodulfo, Juan Carlos Volnivich, Mario Brotsky, entre outros, propõe que a avaliação da criança seja realizada por especialistas e tratada de acordo com as dificuldades específicas que apresenta, que se leve em consideração o contexto sociofamiliar da criança, que o uso da medicação seja consenso entre diferentes profissionais e esta utilizada como último recurso e não o primeiro. Quanto aos meios de comunicação, a proposta é que se limite a difusão já existente sobre o tema, uma vez que não há consenso entre os profissionais, mas que, sobretudo, se limite à divulgação da medicação como solução mágica frente às dificuldades escolares.

Diener (2011), ao discutir as políticas públicas de saúde mental na França e o papel do Estado e dos psicoterapeutas, principalmente a partir do dispositivo clínico dos *Centres Médico-Psychopédagogiques* (CMPs), considera que, dentro do contexto político-econômico atual, é cada vez mais fomentada uma clínica balizada na noção de *handicap*, da deficiência ou desabilidade.

Trata-se de uma convergência de interesses, por um lado do Estado, por outro da indústria farmacêutica, promovendo uma abordagem instrumental e comportamentalista do sintoma. O Estado, visando economia de recursos, propõe a criação de centros de consultas especializados. As crianças e adolescentes devem

ter alta assim que houver melhora ou remissão dos sintomas; na mesma direção, para se beneficiar do serviço de auxílio destinado às crianças com dificuldade de aprendizagem, é antes necessário que ela obtenha o status de *handicapé*.

Nos textos de regimento dos dispositivos médico-sociais há um deslizamento do termo sintoma para transtorno e para *handicapé*, reinstalando uma cisão entre normal e patológico, que além de justificar práticas segregativas, desorganiza as práticas de acolhimento das crianças e seus pais. “Se o sintoma é uma invenção do sujeito, o *handicap* é, por estas situações, uma invenção das instituições (família, Estado, agências regionais de saúde)” (DIENER, 2011, p. 31, tradução nossa). O caráter dinâmico do sintoma fica assim aprisionado pela instituição; à medida que o sintoma é remitido, não há mais razão para se escrever, inscrito e circunscrito pelo status de *handicapé*, registrado num papel para não ser esquecido.

Esse processo de renomeação de quadros psicopatológicos pelos manuais de Psiquiatria acaba por suprimir a subjetividade das manifestações sintomáticas, transformando os conflitos psíquicos em processos neuroquímicos, tendo como consequência clínica imediata, como apontado por Birman (1999), uma medicalização indiscriminada da angústia. Nega-se assim a inscrição dos conflitos na história da constituição da subjetividade e na relação com o Outro; a supressão sintomática impede ao sujeito o acesso aos aspectos em relação aos quais ficou alienado.

Pereira (2007) discute os efeitos clínicos do diagnóstico sobre a subjetivação do paciente de sua queixa, no que concerne à sua implicação em relação ao quadro clínico do qual pretende ser tratado.

Enquanto instrumento técnico, o diagnóstico, ao ser assimilado pela língua cotidiana torna-se um fato social amplo e adquire um caráter performativo, o que significa dizer que o recorte nosológico da experiência humana produz efeitos sobre o sujeito e a sociedade (PEREIRA, 2007).

O diagnóstico, como significante oriundo do campo médico, de um Outro respeitado, acaba muitas vezes por representar o sujeito para si mesmo e para o Outro social a partir de significações próprias desse campo:

prevalência da ação da natureza sobre a subjetividade, passivação, desresponsabilização, alienação do tratamento a um saber técnico [...]. Nesse sentido o diagnóstico pode funcionar apenas como um alibi muito bem consubstanciado pela autoridade médica, que tem por teor a desimplicação desresponsabilização do sujeito face às suas próprias

tomadas de posição: não sou eu. É o transtorno que me faz ser assim. (PEREIRA, 2007, p. 2).

Tomemos o exemplo clínico do autor, da mãe de um paciente de 12 anos, que na primeira consulta diz “Dr. meu filho é TDAH”. Podemos pensar justamente que o diagnóstico toma lugar do significante que representa aquele sujeito para o outro (como se o definisse ontologicamente), tornando-se prevalente em relação a qualquer outra característica do sujeito no âmbito familiar ou sociocultural. Nesse caso, a relação mãe e filho também carrega as marcas do recorte diagnóstico. Esse processo de alienação ao significante mestre proveniente do Outro, característico do processo de constituição subjetiva, põe em marcha cadeias significantes que servirão para dar consistência e significar o sujeito. No caso acima seria o TDAH que, em detrimento do sujeito, lhe sustentaria.

Um diagnóstico não somente esclarece sobre uma doença, como também a produz, fato negado pela psiquiatria.

Infante (2011), tomando o funcionamento da prática psiquiátrica atual enquanto um dispositivo como proposto por Foucault¹², considera:

Um discurso sobre a saúde mental com referencial estritamente neurobiológico, fundado nos mediadores químicos e nas neurociências. Correlativo a esse discurso a formulação de sistemas nosológicos experimentais fundados numa psicopatologia puramente descritiva onde a participação da causalidade psíquica propriamente é nula [...], o DSM tenta dar conta de uma dificuldade estrutural da psiquiatria que é de estabelecer quadros nosológicos precisos [...], o DSM resolve essa dificuldade abdicando de qualquer formulação de doenças, que exigem uma etiologia, a não ser raras exceções, e prefere a estas as síndromes descritivas [...] suas descrições assumem um caráter de doenças objetivadas. Estas por sua vez vão gerar uma terapêutica empirista voltada para a eliminação dos sintomas [...], jamais como portadores de sentido para o sujeito. (INFANTE, 2011, p. 66).

A objetivação dos quadros psicopatológicos como proposta pelo DSM e pela CID-10 reduz a criança ao saber médico, excluindo sua singularidade e ocultando tanto o aspecto diacrônico de sua constituição subjetiva, como a articulação do sujeito aos traços identificatórios de sua filiação (VORCARO, 2011).

¹² “Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos.” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

O diagnóstico psiquiátrico compara as manifestações da criança com aquelas catalogadas para encontrar a qual classe de transtorno ela pode ser enquadrada e, reduzindo-a a uma categoria, aponta-se o que nela resiste ao ideal parental e social, indicando-se a partir daí terapêuticas que a adaptem e reconduzam à normalidade, minimizando o mal-estar que produz no projeto social.

A incidência da morbidade sobre o desejo que a criança condensa constitui uma lesão que pode atingir a rede de significações nas quais a criança se estrutura como sujeito. Na medida em que a saúde é fiadora do ideal do qual um filho é a promessa, o efeito de um diagnóstico de transtorno psiquiátrico pode atingir a subjetivação da criança [...] pode decidir a estruturação do sujeito ao tornar-se o traço prevalente através do qual ele é reconhecido pelos agentes parentais e pelos agentes de seu tratamento. (VORCARO, 2011, p. 227).

A impotência representada pela doença faz balançar o saber parental acerca do filho e suspender o desejo de filho ideal e, assim deslocada da posição de filho ideal, a criança “será interpretada na coincidência com o prognóstico do especialista” (VORCARO, 2011, p. 228). O diagnóstico vai balizar e justificar os atos e falas da criança e inseri-la no laço social a partir dessa nomeação diagnóstica, excluindo a possibilidade de ela situar-se desde sua ordem de filiação, e permanecendo encurralada nessa identificação.

2.2 DISCURSO MÉDICO CIENTÍFICO SOBRE A CRIANÇA E SEU CORPO NAS SOCIEDADES DE CONTROLE

Trata-se [...] de captar o poder em suas extremidades, lá onde ele se torna capilar; captar o poder nas suas formas e instituições mais regionais e locais, principalmente no ponto em que, ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violentos. (FOUCAULT, 1979, p. 182).

O corpo da criança, lugar de inscrição de seus sintomas, é tomado pelos dispositivos de poder nas sociedades de controle como um corpo que, fora do critério estatístico de normalidade, pode representar um risco de fracasso pessoal e social. Temos a produção de um corpo a ser tratado, e o saber médico-científico, dispositivo de vigilância e controle, utilizando a estatística como referência, toma

esse corpo infantil enquanto organismo que padece de uma disfunção neuroquímica e, numa retomada artificial da lógica da necessidade, propõe um remédio sob medida para o alívio dos sintomas (considerado como indicativo de cura) – produz-se assim uma naturalização da medicação como reguladora da subjetividade.

Nessa operação de apagamento do corpo em nome do organismo e de suas sensações interrompe-se a possibilidade de qualquer elaboração simbólica ou aposta na causalidade psíquica. A medicalização opera aí como um dispositivo de dessubjetivação, que Agamben (2009) reconhece nos dispositivos da atual fase do capitalismo, em que subjetivação e dessubjetivação tornam-se indiferentes. À produção de um corpo dócil via medicação (tomada aqui como dessubjetivação) não corresponde um processo de subjetivação real.

Deleuze (1992) considera que nas sociedades de controle o saber médico-científico vem substituir as instituições disciplinares enquanto dispositivo para controlar doentes em potencial.

O autor discute a passagem das sociedades disciplinares descritas por Foucault, que viveram seu declínio no final da Segunda Guerra (com a crise dos meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola e família), para as sociedades de controle, que as estão substituindo.

Nas sociedades disciplinares os indivíduos têm uma assinatura e um número de matrícula, assinalando sua posição como indivíduo e na massa, respectivamente; o poder se exerce sobre um corpo único. Nas sociedades de controle o que vale é uma cifra, senhas que marcam o acesso ou a rejeição à informação. “Os indivíduos tornam-se “dividuais”, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou bancos.” (DELEUZE, 1992, p. 222).

Atualmente, o capitalismo não se dirige mais para a produção, relegada usualmente à periferia do terceiro mundo; seria, nas palavras de Deleuze (1992), um capitalismo de sobre-produção, não se compra matéria-prima e vende-se o produto acabado, compra-se o produto acabado ou montam-se as peças separadas do produto. O foco está em vender serviços e comprar ações, um capitalismo não mais voltado para a produção, mas para o produto, para o mercado – a empresa toma o lugar da fábrica.

No regime dos hospitais: a nova medicina sem médico nem doente, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, o que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas

substitui o corpo individual o numérico pela cifra de uma matéria “dividual” a ser controlada. (DELEUZE, 1992, p. 225).

O conceito de dispositivo que Agamben (2009) vai retomar de Foucault é fundamental para articularmos a forma pela qual os corpos são disciplinados na sociedade de controle.

Agamben (2009) traça uma genealogia do termo técnico dispositivo na obra de Foucault, propondo que este não se refere a uma determinada tecnologia de poder, mas que é um conceito operativo geral. Trata-se, portanto, de uma rede estabelecida entre saberes, tecnologias de poder e medidas de segurança, como discursos, instituições, edifícios, leis, medidas de polícia, etc.

Situa os dispositivos em outro contexto, e propõe a divisão de duas grandes classes, os seres vivos (substâncias) e os dispositivos nos quais os primeiros são capturados, sendo que os sujeitos resultariam da relação entre vivos e dispositivos. Ressalta que vivo e sujeito não se sobrepõem completamente, tomando como exemplo o fato de que um mesmo indivíduo ou substância poder experimentar múltiplos processos de subjetivação como usuário da internet, escritor, etc. Denomina como dispositivo:

qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos [...] na raiz de todo dispositivo está um desejo demasiadamente humano de felicidade, e a captura e a subjetivação deste desejo, numa esfera separada, constituem a potência específica do dispositivo (AGAMBEN, 2009, p. 40-44).

Atualmente, na fase extrema de desenvolvimento capitalista, observa-se um crescimento ilimitado de dispositivos, estando os indivíduos todo o tempo a eles submetidos, sendo controlados e modelados. Agamben (2009) propõe-se a pensar numa estratégia para se liberar o que foi capturado pelos dispositivos e restituí-lo ao uso comum; vai utilizar-se de um termo proveniente dos campos do direito e da religião: a profanação. Nesses campos; a profanação refere-se à restituição ao uso e a propriedade dos homens daquilo que lhes havia sido subtraído e transferido para esfera sagrada, funcionando, assim, como um contradispositivo.

Foucault, ao considerar as sociedades disciplinares, discute a condição do dispositivo de produtor de subjetivações e, nesse sentido, uma máquina de governo, que cria “corpos dóceis, mas livres, que assumem sua identidade e a sua ‘liberdade’

de sujeitos no próprio processo de seu assujeitamento” (AGAMBEN, 2009, p. 46). O dispositivo implica sempre um processo de subjetivação para que funcione como dispositivo de governo, fato que se evidencia nas práticas confessionais e no dispositivo prisional, em que se busca produzir um novo sujeito, caso contrário se reduziria ao puro exercício de violência.

Os dispositivos da atual fase do capitalismo se apresentam de modo diferente das sociedades tradicionais, o que dificulta a sua profanação, pois atuam mais através dos processos de dessubjetivação que de subjetivação (como a exemplo das sociedades disciplinares). Os processos de subjetivação e dessubjetivação tornam-se indiferentes um ao outro, não dando lugar “à recomposição de um novo sujeito, a não ser de forma larvar, e por assim dizer, espectral” (AGAMBEN, 2009, p. 47). Alguém capturado pelo dispositivo telefone celular, por exemplo, adquire um número através do qual pode ser controlado, mas não obtém com isso uma nova subjetividade; um telespectador que passa os dias em frente à televisão ganha em troca de sua dessubjetivação, sua inclusão no cálculo de audiência.

As sociedades contemporâneas atravessadas por processos de dessubjetivação que não correspondam a uma subjetivação real trazem o cenário de um corpo social dócil e frágil, cotidianamente controlado por dispositivos mesmo nos mínimos detalhes, mas considerados pelo poder como cidadãos potencialmente terroristas virtuais, ou seja, quanto mais os dispositivos se disseminam em cada âmbito da vida dessa massa que docilmente a eles se submete, mais o governo encontra-se frente a um fenômeno inapreensível. Não há aí, entretanto, um elemento revolucionário em si ou capaz de ameaçar a máquina de governo. A dificuldade da profanação, que seria essa restituição ao uso comum aquilo que dele foi capturado, é que

não se deixará colocar corretamente se aqueles que dele se encarregam não estiverem em condições de intervir sobre os processos de subjetivação, assim como sobre os dispositivos, para levar à luz aquele ingovernável, que é o início e, ao mesmo tempo, o ponto de fuga de toda política. (AGAMBEN, 2009, p. 51).

2.2.1 Recorte clínico: fragmentos de entrevista com a mãe de uma criança diagnosticada com TDAH

Rosana¹³ é mãe de Hélio, um menino de 10 anos diagnosticado com TDAH do tipo impulsivo-hiperativo, que foi encaminhado para o serviço de psicologia de um hospital público de São Paulo com objetivo de esclarecer se apresentava comorbidade com transtorno opositivo-desafiador, nas palavras do psiquiatra que o encaminhou. Hélio vem sendo medicado há quatro meses com Ritalina, 20 mg/dia e Risperidona, 1 mg/dia.

Rosana tem 34 anos, trabalha como doméstica em São Paulo e o filho mora no interior de Minas com os avós, a tia e a irmã de 4 anos; Rosana costuma visitá-los de 15 em 15 dias. Em entrevista, relata que conheceu o pai de Hélio no carnaval e engravidou depois de um mês de relacionamento (revela que não queria ter filhos, pois “já cuidava de três” na residência onde trabalhava), inicialmente ele queria casar e ela não aceitou; conta então que ele casou-se com a ex-noiva, com quem teve uma filha. Na época, Rosana morava na casa dos pais e quando Hélio nasceu ela ficou duas semanas em casa e voltou a trabalhar, de modo que Hélio passava o dia com a avó e a noite com ela.

Antes de Hélio completar um ano foi submetido a um teste de DNA para comprovação de paternidade; o resultado desse exame, segundo Rosana, só ficou pronto quando Hélio tinha quase três anos e ele conheceu o pai um ano depois, época em que Rosana fora morar com o pai de Hélio e engravidou da filha caçula.

Diz que Hélio sempre foi muito agitado e que “quando conheceu o pai, melhorou”, tornando-se mais amoroso e menos agressivo, “acho que é falta do pai”. Descreve Hélio como uma criança que “não demonstra amor, não tem abraço, nem beijo” e que quer tudo de seu jeito, não tem rotina e não respeita a tia e os avós, tendo, entretanto, grande apego ao avô, com quem é mais carinhoso. Relata ainda que às vezes tem acessos de raiva e a chama de “vagabunda”, que ficou duas semanas sem frequentar a escola, que é preguiçoso, mas muito inteligente e que “só pensa em comprar”. Acrescenta que, em sua família, tem “muita gente sangue ruim”

¹³ Todos os nomes próprios utilizados nos recortes clínicos desta tese são fictícios.

(assassinos, ladrões e a irmã que é usuária de drogas) e que tem a fantasia de que Hélio possa se tornar “alguém desse tipo e não dar nada na vida”.

Antes de procurar auxílio psiquiátrico foi ao Conselho Tutelar, alegando não saber o que fazer com filho, “não estou dando conta desse menino”. E é nesse momento, em que vacila seu saber sobre o filho, que busca por uma resposta no campo do saber médico – diz que Hélio era insuportável e que observou uma mudança radical depois que começou a ser medicado, que melhorou o comportamento na escola e a instabilidade de humor em casa.

Desse fragmento de entrevista nos interessa discutir a ideia de construção diagnóstica, da conduta terapêutica e da prevenção em jogo na hipótese diagnóstica psiquiátrica que aponta para a possível comorbidade entre os diagnósticos de TDAH e transtorno opositivo desafiador – há aqui um evidente deslizamento da referência à motricidade e à influência do meio e sua substituição por sinais de boa ou má conduta com conotação claramente moral. A criança em questão apresenta comportamentos de desobediência e agressividade, que a partir de critérios estatísticos têm grande probabilidade de evolução para um transtorno de conduta na adolescência. Segundo Mattos, Serra-Pinheiro, Schmitz et al. (2004), o transtorno opositivo desafiador é um fator de risco para o transtorno de conduta, com ocorrência em meninos que varia de 2,7 a 40%.

Também nos interessam as falas da mãe, que frente à queda do filho como ideal vê balançar seu saber em relação a ele e o descreve com comportamentos, os quais, ao invés de situá-lo a partir de sua ordem de filiação, apenas o fazem coincidir com os critérios da nomeação diagnóstica que lhe foi atribuída. Para além disso, consegue situar o filho em relação à falta sentida do pai, com dificuldade em implicar-se ela própria nos sintomas apresentados pelo filho.

No final da entrevista Rosana comete um lapso e diz “sempre fui ausente”, logo se corrige e diz “sempre participei das festas”. Rosana falta na sessão seguinte, posicionando-se a partir da ausência e em contato telefônico diz “queria corrigir quando disse que fui ausente, fui presente” e falta mais uma vez. Também não traz o filho nas sessões que haviam sido marcadas pra ele, sempre alegando algum tipo de dificuldade em função dele morar no Sul de Minas. Ora, parece evidenciar-se aqui, do lado da mãe, uma posição de ausência através da qual responde aos apelos do filho: afinal era do tratamento dele que se tratava. Esse lapso teria sido um bom começo de trabalho de implicação da mãe com o sofrimento de seu filho,

entretanto, justamente em função de suas faltas, o trabalho foi interrompido (tratam-se aqui das regras de desligamento da instituição). Hélio, porém, continuará em tratamento ambulatorial e em outro momento talvez retorne ao serviço de psicologia.

Em seguimento ambulatorial continuará provavelmente com tratamento medicamentoso sem que a causalidade psíquica seja colocada em questão e se articulem seus sintomas a um modo singular de gozo e à demanda do Outro parental – Hélio foi encaminhado para esclarecimento diagnóstico de um possível transtorno de conduta associado ao quadro de TDAH, entretanto já vem sendo medicado com uma associação de metilfenidato e risperidona. Vale ressaltar que a primeira escolha medicamentosa para a comorbidade entre TDAH e transtorno de conduta seria o metilfenidato (ROHDE et al., 2004); a associação com risperidona, um antipsicótico atípico, é considerada como tendo eficácia no tratamento de transtornos disruptivos de crianças (ROHDE et al., 2004; FINDLING; MCNAMARA, 2004). Há aqui uma medicalização dos comportamentos considerados desadaptados e que causam prejuízo funcional para a criança, numa perspectiva evidentemente normalizadora que elide a subjetividade.

Ora, como não ressaltar que um dos renomados psiquiatras que estuda o TDAH participa também do conselho consultivo, é porta-voz ou recebeu financiamento de grandes indústrias farmacêuticas como Pfizer, Janssen-Cilag, Eli Lilly, Wyeth, Novartis e GlaxoSmithKline, segundo o que nos esclarece uma nota de conflito de interesses no final de um de seus artigos. E esse cenário de relação estreita entre a psiquiatria e a indústria farmacêutica não se reduz a um psiquiatra ou a uma indústria em particular, como nos adverte Rose (2003, p. 57-58), referindo-se às pesquisas da eficácia de psicofármacos no campo da psiquiatria: “as decisões comerciais estão atualmente moldando os padrões do pensamento psiquiátrico em níveis muito fundamentais”.

Vamos tomar agora um novo manual de casos clínicos da Psiquiatria da infância e da adolescência, de Assumpção Jr. (2014), e considerar o caso do diagnóstico de transtorno desafiador de oposição (TDO), levantado como hipótese em relação a um paciente. O TDO é descrito na CID-10 como um tipo de transtorno de conduta que se diferencia deste pela ausência de atos antissociais ou agressivos mais graves e que se caracteriza por um padrão de comportamento negativista, desafiador, desobediente e hostil recorrente em relação às figuras de autoridade que se apresentam em todos os círculos sociais da criança. Questiona-se a possibilidade

de o TDO evoluir para um transtorno de conduta com o desenvolvimento da criança, o que o faz ainda mais suscetível a ser medicalizado.

O caso clínico tomado por Assumpção Jr. para problematizar o quadro, seu diagnóstico e as condutas terapêuticas, é o de um menino de seis anos, cuja queixa principal consiste em dificuldades cognitivas associadas a comportamentos desafiadores e opositivos em ambiente escolar. A discussão do caso conta com a descrição de dados de gestação e parto, desenvolvimento neuropsicomotor, contexto e antecedentes familiares, exame psíquico e neurológico, avaliação psicológica e funcional e eletroencefalograma (EEG) como exame complementar. Os dados de história chamam especial atenção pela descrição de uma série de comportamentos que fazem coincidir a criança com o quadro psicopatológico, como se ela a ele se reduzisse.

Em seguida, a hipótese diagnóstica é examinada a partir dos eixos I a V propostos no DSM. No *eixo I* temos transtorno desafiador de oposição; no *eixo II* inteligência limítrofe com dificuldades atencionais; no *eixo III* nada digno de nota, pois não houve qualquer alteração do exame neurológico e do EEG; no *eixo IV* família organizada com dificuldades de imposição de regras e no *eixo V* prejuízos significativos em habilidade sociais, comunicativas e educacionais. A partir daí são propostos nove passos para que se estabeleça o raciocínio clínico referente ao diagnóstico.

Temos aqui um quadro de déficits e desordens que, segundo essa leitura, vem causando diversos prejuízos funcionais à criança. Quando se discute então a conduta a ser tomada, temos em primeiro lugar a intervenção medicamentosa, seguida por acompanhamento psicopedagógico, psicoterapia de base comportamental e, por último, orientação e organização do ambiente escolar e familiar. Há uma evidente exaltação do organismo em detrimento do corpo, interrompendo a possibilidade de qualquer elaboração simbólica ou aposta na causalidade psíquica – a fala da criança acerca de seu sofrimento é substituída pela leitura direta de seus comportamentos que devem ser normatizados, em primeiro lugar via medicação, tendo outras práticas comportamentais e psicopedagógicas como complementares na função de normalizar o comportamento, produzindo-se, assim, uma naturalização da medicação como reguladora da subjetividade.

2.2.2 O dispositivo da medicalização

A medicalização do desvio evidencia um momento singular da evolução da cultura e da função social da medicina; o aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos e sua nova função de normalização psíquica constituem um novo sintoma no laço social. A medicalização da existência seria uma construção social e intersubjetiva que pertence (enquanto origem e função) à estrutura da cultura moderna e da doença dessa civilização (GORI; DEL VOGO, 2009). Medicalização da existência e mercantilização das experiências caminham juntas nesse contexto.

A saúde se torna um problema político e a política de saúde participa de uma normalização coletiva dos comportamentos erigidos na política do Estado. Massificando e uniformizando as condutas, a política de saúde pública as expropria de sua singularidade por *expertises* precoces do comportamento. (GORI; DEL VOGO, 2009, p. 18, tradução nossa).

Essa expropriação vem designar a relação de estrangeiridade íntima que o sujeito experimenta em relação ao seu próprio corpo.

A medicina técnico-científica contemporânea que mensura, avalia, homogeneíza, randomiza suas análises e protocolos nas diversas populações exclui por natureza a noção de singular. Didier Sicard (apud GORI; DEL VOGO, 2009) a denomina uma *medicina sem corpo*; essa medicina baseada em resultados de exames de imagem, de análises biológicas, genéticas, etc., numa configuração complexa de traços abstratos, afasta-se dos sinais concretos e singulares que o saber médico produzia até então, evidenciando uma nova semiologia. Assim como a clínica médica tradicional fundamentava suas hipóteses a partir “do conhecimento histórico, indireto, indiciário e conjectural, a nova clínica médica, mais epidemiológica, abstrata, matemática, só retém os traços reproduzíveis, universais, depurados de sua matéria singular” (GORI; DEL VOGO, 2009, p. 103, tradução nossa). Os avanços técnicos e científicos da engenharia médica, da bioquímica molecular, da genética e da bioinformática determinam a prevalência do modelo físico-matemático em detrimento do paradigma indiciário.

Na medida em que a medicina baliza sua prática nas provas da ciência universal dos protocolos padronizados, mais ela se afasta das marcas da

singularidade da palavra do paciente, esquecendo que os cuidados oferecidos ao corpo do paciente são permeados por representações culturais, pelos mitos e pelos fantasmas que convocam o sofrimento e angústia da doença.

Guarido e Voltolini (2009), referindo-se ao discurso “biologizante” acerca da condição humana, apontam para o silenciamento do sujeito/corpo e sua substituição pelo organismo.

Nesse cenário, o saber médico circula com estatuto de verdade no âmbito leigo; a medicalização tornou-se hegemônica nos discursos, na vida, nas práticas educacionais e de saúde mental.

A crítica à medicalização refere-se à redução de problemáticas que envolvem diversos campos e disciplinas, como as ciências sociais e políticas, a psicologia e a medicina, ao domínio metodológico disciplinar exclusivo da medicina.

A medicalização foi então tomada como expressão da difusão do saber médico no tecido social, como difusão de um conjunto de conhecimentos científicos no discurso comum, como uma operação de práticas médicas num contexto não terapêutico, mas político-social. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 241).

Dessa forma os estados psíquicos de pensamento e julgamento são usualmente entendidos como decorrentes de processos bioquímicos, sendo naturalizada uma interferência química sobre eles. A população adere em grande escala à medicação psicotrópica, de efeito mais imediato que as psicoterapias e que aponta para o sofrimento psíquico como uma doença do organismo, sendo, portanto, dispensável articular suas razões à biografia de cada um.

Numa privação de seu valor subjetivo e político, o homem contemporâneo se vê condenado a uma série de reivindicações sociais e de consumo solitário de bens sociais, dentre os quais a sua saúde (GORI; DEL VOGO, 2009).

Para compreender as modificações no discurso acerca do sofrimento humano é fundamental:

Colocar em jogo a intersecção das novas produções científicas com os novos procedimentos diagnósticos, o desenvolvimento e o marketing da indústria farmacêutica e a difusão, no senso comum, dos fundamentos biológicos do que é próprio do humano. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 249).

Desde a última metade do século XX há uma crescente dependência das práticas em saúde dos produtos farmacológicos. No campo da psicofarmacologia busca-se sintetizar drogas mais específicas e com menos efeitos colaterais; o marketing dos psicotrópicos traz a promessa de efeitos precisos associados a sintomas específicos dos transtornos descritos nos manuais de psiquiatria.

As pesquisas sobre neuroquímica impulsionam e são impulsionadas pela indústria farmacêutica, que visa à venda de seus produtos, sendo possível articular que a lógica de mercado interfere nas escolhas e nas práticas de saúde. Nesse sentido, os psicotrópicos ultrapassam o campo científico e a prática médica e se apresentam como bens de consumo, que trazem a promessa de bem-estar, felicidade e realização.

O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a idéia mesma de enfrentar a adversidade. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha. (ZARAFIAN apud GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 251).

O objeto de consumo remédio, assim com qualquer outro objeto de consumo, na lógica capitalista opera criando necessidades que não existiam anteriormente. A necessidade, entretanto, como advertem Guarido e Voltolini (2009), funciona numa lógica desejante, que permite o deslizamento infinito na busca de objetos: “é buscando subvertê-la que a operação capitalista empreende seus maiores esforços. Isso porque pretende convencer que sempre há um objeto sob medida para você” (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 252-253).

Lacan (1969-1970/1998) vai descrever essa relação de fetichização do objeto como própria ao discurso capitalista, marcando uma nova relação entre sujeito e objeto, em que há um inchaço do lugar de objeto em detrimento do lugar de sujeito, que fica reduzido; há nessa relação um imperativo de gozo e uma exaltação dos prazeres do corpo (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009).

Quando consideramos a constituição subjetiva como é articulada pela psicanálise, temos que a passagem do registro da necessidade para o da demanda e do desejo tem como condição um silenciamento do corpo enquanto organismo. A retomada do corpo como organismo, promovida pela medicalização e biologização dos discursos, tem como desdobramento a minimização do valor do sujeito em suas experiências.

E no processo de medicalização da existência, tomar o corpo enquanto organismo e suas respectivas sensações em primeiro plano implica numa retomada artificial da lógica da necessidade: *para cada organismo doente um remédio sob medida*. Oculta-se, assim, o fato de que, nesse caso, quem se adapta ao *objeto-medicação* é o sujeito; o alívio dos sintomas é tomado como indicativo de cura, promovendo-se uma mudança no plano da sensação, e essa alteração sensorial mascara o mal-estar do sujeito, interrompendo a possibilidade de sua elaboração simbólica.

Fundamentada pelo discurso médico:

em que o fenômeno subjetivo é visto pela lógica do funcionamento orgânico, a medicação aparece como reguladora da subjetividade, como elemento químico que reordena a desordem de um corpo não-adaptado a uma lógica discursiva que define ideais de produção e satisfação. Na contramão de uma consideração sobre a complexidade subjetiva, o saber médico atual faz parceria com a lógica do capitalismo que idealiza no consumo a fonte de satisfação irrestrita. O medicamento cai aqui como bem a consumir, atrelado ao discurso do bem-estar saudável, numa economia de puro prazer. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 256-257).

Moraes (2012) discute a medicalização do corpo infantil a partir dos dispositivos de que o biopoder¹⁴ se vale para constituir o TDAH como doença mental. Utiliza-se da definição de dispositivo de Agamben (2009), definido enquanto uma rede estabelecida entre os seguintes elementos: discursos, instituições, leis, medidas de políticas, proposições filosóficas, etc.; “tem sempre uma função estratégica e concreta e se inscreve sempre numa relação de poder; resulta do cruzamento de relações de poder e saber” (MORAES, 2012, p. 287).

O TDAH ganha o estatuto de doença a partir da noção de *erro ou risco*, que se refere à ressignificação no campo médico de um comportamento diferente como sendo desviante da média e potencialmente prejudicial à adaptação social futura da criança, podendo levá-la ao fracasso pessoal. Na medida em que é ressignificado no

¹⁴ "O biopoder, dentro da narrativa do poder em Foucault, pode ser apresentado a partir da comparação com o poder soberano. Dessa maneira, a velha potência da morte em que se simbolizava o poder soberano será agora recoberta pela administração dos corpos [poder disciplinar] e pela gestão calculista da vida [biopoder] [...] Enquanto o poder disciplinar, como referimos, teve papel fundamental – levando-se em conta o foco sobre o corpo do louco, do delinquente, da criança aprendiz – para essa tarefa de isolamento e individualização; o biopoder dirigirá seus cuidados aos fenômenos ligados à população, à espécie humana vista como conjunto. O intuito desse cuidado é caracterizado pela pretensão de regulação não mais do gesto que o corpo do indivíduo deve produzir, mas sobre questões como a do nascimento, da mortalidade, a duração (a média do tempo) de vida das populações, enfim: aos fenômenos coletivos mais relevantes para assegurar a existência, a manutenção, a saúde desse corpo social" (CARDOSO, 2008, P. 59-60).

campo médico, começa a buscar-se uma causa para esse risco (em geral algo que atrapalha o desempenho); uma pesquisa etiológica balizada por estudos estatísticos que apontarão para uma grande probabilidade de associação desta causa a alterações genéticas e disfunções neuroquímicas. Há nessa lógica discursiva um tratamento “natural” para normalizar esses comportamentos e igualar o sujeito aos demais: a medicação, dispositivo que normaliza o corpo do indivíduo e da população.

A medicalização aparece como um discurso que traduz esses comportamentos à luz da biologia. Quando se consideram as teorias que sustentam o TDAH como doença encontramos

especulações genéticas, neurofisiológicas e neurobiológicas que não podem ser comprovadas empiricamente nos testes realizados, seja pelas tecnologias de mapeamento cerebral, seja pelo encontro de marcadores genéticos que expliquem a patologia. O que efetivamente prevalece nas pesquisas é a formulação de correlações estatísticas a partir dos critérios propostos pelo DSM e a comparação com as respostas de pais e professores acerca do comportamento das crianças. (MORAES, 2012, p. 290).

Produz-se um corpo a ser tratado, um corpo desviante que sustente a ideia do TDAH como uma patologia reconhecida nos campos sociais e científicos; nomeia-se, assim, o excesso de atividade e a falta de atenção como indicadores psicopatológicos. Aqueles que defendem o diagnóstico de TDAH argumentam que este último deixa de sofrer preconceito.

O TDAH parte de uma comparação de comportamentos de crianças em que as palavras falta e excesso, dimensão quantitativa, portanto, definem o estado normal e o estado patológico, isto é, aqueles que devem ser diagnosticados e tratados e aqueles que servem de padrão de normalização. (MORAES, 2012, p. 295).

Foucault propõe as classificações como subsídio para formulação do corpo anormal e passível de normalização por tratamento psiquiátrico, cuja demanda muitas vezes vem da escola e da família. O corpo estaria inserido num campo político, “o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso” (FOUCAULT, 1997, p. 26).

E essa disciplina dos corpos conta com diversos dispositivos de vigilância: a família, a escola, a psiquiatria, a indústria farmacêutica, a Associação dos

portadores do transtorno e os projetos de lei. O risco de fracasso escolar e profissional tão disseminado pelo discurso médico e pela mídia produz medo e insegurança.

Como exemplo desses dispositivos de vigilância temos o projeto de Lei 7.081/2010, de autoria do senador Gerson Camata (PMDB), cuja relatoria é da deputada federal Mara Gabrilli (PSDB-SP), que tem por objetivo instituir, no âmbito da educação básica, a obrigatoriedade da manutenção de programa de diagnóstico e tratamento do TDAH e da dislexia. O projeto estabelece que as escolas devem assegurar aos alunos com TDAH e dislexia acesso aos recursos didáticos adequados ao desenvolvimento de sua aprendizagem, e que os sistemas de ensino garantam aos professores formação própria sobre a identificação e abordagem pedagógica.

Esse projeto foi aprovado em três Comissões no Senado Federal e faltam mais duas para que seja reconhecido como Lei Federal. O Projeto foi aprovado no dia 05/06/2013, na Comissão de Educação da Câmara, segue para a Comissão de Finanças e Tributação e, por último, para a Comissão de Constituição e Justiça. Na última etapa será enviado para a Presidência da República para ser sancionado.

2.3 O CORPO HIPERATIVO DAS NEUROCIÊNCIAS

O sociólogo Nikolas Rose (2003) pergunta-se como nos tornamos “*selves*” neuroquímicos; como interpretamos nossos sentimentos, humor e comportamentos, tomemos o exemplo da tristeza, como depressão causada por uma alteração neuroquímica a ser tratada por drogas para obter um reequilíbrio químico? Para responder a essa pergunta investiga a relação entre esse reenquadramento do *self*, o desenvolvimento das drogas psicotrópicas, o *marketing* das marcas e as estratégias da indústria farmacêutica.

Do ponto de vista neuroquímico, temos a sustentação da crença de que variações neuroquímicas resultariam em variações no pensamento, humor e comportamento sendo modulados por drogas. Da mesma maneira, a nossa atividade cerebral (pensamentos, desejos, sentimentos de felicidade e tristeza ou medos) seria visualizada através de exames de neuroimagem funcional. A

genômica, fazendo coro a esse discurso, busca mapear sequências precisas de regiões cromossômicas específicas que afetariam nossa personalidade, as variações de humor, a capacidade de controle dos impulsos e transtornos mentais, à que estaríamos suscetíveis.

Desde a segunda metade do século 20, as práticas assistenciais em saúde nos países desenvolvidos liberais, especialmente da Europa e dos Estados Unidos, tornaram-se cada vez mais dependentes da produção farmacêutica, o que é notadamente verdade quando se considera a psiquiatria e a saúde mental. Rose (2003) denomina essas sociedades de “*sociedades psicofarmacológicas*”, em que a subjetividade humana é rotineiramente remodelada por drogas psiquiátricas.

Nos anos 90 houve uma mudança de posição no pensamento e na prática psiquiátrica, cujo discurso propõe uma compreensão da doença mental através do cérebro e de sua neuroquímica – neurônios, sinapses, neurotransmissores, enzimas, etc. O diagnóstico é estabelecido de forma supostamente mais precisa quando relaciona um sintoma a algum desses elementos, sendo a concepção e ação das drogas psiquiátricas concebidas nesses termos.

Atualmente, apenas as grandes indústrias farmacêuticas têm capital de risco para financiar o desenvolvimento, teste e licenciamento de pesquisas de novas drogas psiquiátricas.

E pelo fato da psiquiatria contemporânea depender muito do resultado dos desenvolvimentos na psicofarmacologia, isto significa que decisões comerciais estão atualmente moldando os padrões do pensamento psiquiátrico em níveis muito fundamentais (ROSE, 2003, p. 57-58, tradução nossa).

As fábricas da indústria farmacêutica tornaram-se os laboratórios-chave da inovação psiquiátrica.

O novo *self* neuroquímico é flexível e pode ser reconfigurado de maneira que confunda os limites entre cura, normatização e aumento de capacidades. E esses fármacos oferecem a promessa de modificação calculada e aumento de aspectos específicos da individualidade através de atos de escolha. (ROSE, 2003, p. 59, tradução nossa).

Os tratamentos farmacológicos modelam a maneira como especialistas e leigos interpretam o mundo, de modo a recodificar seu humor e mal-estar em termos de química cerebral e agir baseados nessa crença. Dessa forma, supõe-se o

transtorno mental como alteração nos processos cerebrais e as drogas psicotrópicas como primeira linha de intervenção, não apenas para os sintomas, mas também para as anomalias neuroquímicas, sendo possível articular que a lógica de mercado interfere nas escolhas e nas práticas de saúde.

Essa íntima associação entre a produção farmacêutica e o pensamento psiquiátrico que Rose (2003) propõe como base do que denomina sociedades psicofarmacológicas, parece ser mais bem articulada como sendo uma associação entre dispositivos que garantem a produção de corpos produtivos e submissos num processo dessubjetivação – articulação entre poder e saber.

2.3.1 Corpo silenciado: sobre o metilfenidato

Segundo Diana Jerusalinsky (2011), apesar de o TDAH estar associado com alterações cerebrais, tanto a Conferência de Desenvolvimento de Consenso dos Institutos Nacionais de Saúde (NIH, *National Institute of Health*, EUA, 1998) quanto a Academia Americana de Pediatria (*American Academy of Pediatrics*, 2000) afirmam não haver bases biológicas conhecidas para o TDAH.

O metilfenidato é o psicofármaco mais utilizado para o TDAH, tendo havido um aumento significativo de sua prescrição e produção nos anos 90, acompanhando o aumento dos diagnósticos de TDAH.

O fármaco foi sintetizado pela primeira vez em 1944 pelo químico Leandro Panizzon, que experimentou os efeitos estimulantes do metilfenidato em si mesmo. O metilfenidato foi comercializado pela primeira vez em 1954 e patenteado em 1955 com o nome de Ritalina pela *Ciba-Geyge Pharmaceutical Company* (precursora da *Novartis*). Em 1957, a Ritalina passou a ser indicada pelo *Physicians Desk Reference* para os casos de fadiga crônica, letargia, estados depressivos, confusão senil, psicoses associadas às depressões e narcolepsia. Foi nos anos 60 que o metilfenidato se popularizou para o tratamento de crianças com disfunção cerebral mínima, nomenclatura que antecede a de TDAH.

Hoje, na França, o metilfenidato é indicado apenas para os casos de TDAH em crianças com mais de seis anos e narcolepsia (HAMDANI, 2010).

O metilfenidato é um estimulante do sistema nervoso central e um simpatomimético, tendo uma estrutura química muito próxima à de uma anfetamina. Ele aumenta a concentração de monoaminas (dopamina e noradrenalina) na fenda sináptica.

O metilfenidato é logo metabolizado pela carboxilesterase, o que explica sua curta meia-vida média de eliminação plasmática de duas horas. A eliminação ocorre em 90% por via urinária sob a forma de metabolito inativo.

A meia-vida curta da substância explica suas formas de comercialização: comprimido de liberação imediata, *Ritalina* com dois tipos de liberação lenta, *Ritalina LP* e *Concerta LP*, o primeiro com pico de concentração plasmática depois de uma a três horas e o segundo depois de seis horas, com duração de ação de oito ou nove horas; a segunda forma tem um aumento de concentração plasmática de metilfenidato durante as duas primeiras horas seguintes à administração do medicamento, com pico de concentração entre seis e oito horas e duração de ação de 12 horas.

Os efeitos colaterais mais comumente relatados do metilfenidato são o nervosismo e a insônia (frequência de 10 a 20%), os quais ocorrem em geral no início do tratamento, são dosedependentes, para serem reduzidos deve-se diminuir a dose e não se deve administrá-lo à noite. Diminuição do apetite, dores abdominais, náuseas e vômitos também são frequentemente relatados. Como efeitos colaterais mais graves e raros temos convulsões, tiques e exacerbação da sintomatologia de pacientes com síndrome de *Tourette*. Também são relatadas alucinações visuais e tácteis, que desaparecem com a interrupção do tratamento (HAMDANI, 2010).

A preocupação corrente quanto aos efeitos colaterais do metilfenidato no campo da saúde refere-se especialmente ao atraso no crescimento e a seus efeitos cardiovasculares. Inúmeros estudos estimam uma perda aproximada de um centímetro na altura das crianças tratadas de maneira contínua com uma dose diária de 20 mg de metilfenidato por um período de três anos ou mais. Estudos apontam também uma retomada no crescimento no período de interrupção da medicação, que em geral corresponde às férias escolares. Demonstram ainda que a altura final na idade adulta não parece influenciada pelo tratamento, mesmo que este tenha sido prolongado (por aproximadamente 6 anos). Vale ressaltar que nesses estudos as crianças interromperam o tratamento aos 13 anos, não sendo possível afirmar os efeitos sobre a altura das crianças se o tratamento continuasse durante

adolescência. Não são conhecidos os efeitos a longo prazo do tratamento sobre o desenvolvimento dos órgãos em maturação na criança.

Também é preocupante o efeito do metilfenidato sobre as funções cardiovasculares. Estudos comparativos com uso de placebo apontam para um pequeno, mas estatisticamente relevante aumento da pressão arterial e do ritmo cardíaco em crianças e adultos, medicados por pouco tempo com estimulantes do sistema nervoso central (anfetaminas e metilfenidato). A *American Heart Association* recomenda que seja feito seguimento clínico de crianças tratadas com esse tipo de medicamento. A *Agência Europeia de Medicamentos* recomenda que, antes do início do tratamento com metilfenidato, seja averiguado se os pacientes apresentam qualquer anormalidade cardiovascular, assim como antecedentes familiares e transtornos psiquiátricos. Durante o tratamento devem ter o controle regular da frequência cardíaca e da pressão arterial e, considerando o desconhecimento da segurança do uso a longo prazo, é recomendada a interrupção do tratamento pelo menos uma vez por ano (HAMDANI, 2010).

Como acima discutido, enquanto “psicoestimulante”, o metilfenidato atua nas ligações sinápticas, prolongando e aumentando a ação de alguns neurotransmissores, entre os quais a dopamina (DA) e a noradrenalina (NA), inibindo a recaptação destes últimos pelos terminais sinápticos.

Bloqueia a captura destas *cotecolaminas* pelos terminais das células nervosas, impedindo que as substâncias sejam removidas do *espaço sináptico*. Assim, a DA e a NA extracelulares permanecem ativas por mais tempo, aumentando sua concentração no espaço sináptico. (JERUSALINSKY, 2011, p. 248).

A DA atua como simpaticomimético e produz efeitos como taquicardia e hipertensão arterial; está relacionada também com as emoções e com as sensações de prazer, atuando sobre a regulação de alguns tipos de secreções hormonais e sobre vias que enviam informações para as células do mesencéfalo, que se conectam com o córtex frontal e com diferentes estruturas do sistema límbico (JERUSALINSKY, 2011).

A noradrenalina, assim como a dopamina, é da família das cotecolaminas. Os neurônios que contêm noradrenalina se projetam para o hipotálamo, tálamo, sistema límbico e córtex cerebral. Têm relação com os impulsos de raiva e prazer e sua diminuição no cérebro gera uma diminuição do impulso e da motivação.

O uso do metilfenidato e derivados em crianças tem primeiramente como efeito a supressão de comportamentos espontâneos, que se manifesta

por uma marcada diminuição do aparecimento e frequência dos comportamentos de exploração, da curiosidade, da socialização e do brincar. Em segundo lugar, estas drogas propiciam o surgimento de comportamentos obsessivo-compulsivos, incluindo atividades muito limitadas, extremamente focadas [...] mas, além disso, também se estará suprimindo ou atenuando qualquer outro comportamento espontâneo, assim como reduzindo e mesmo suprimindo a expressão de diferentes sentimentos e emoções, particularmente a angústia ou desgosto relacionados com o conflito, expondo além disso as crianças aos efeitos adversos da medicação. (JERUSALINSKY, 2011, p. 250-254).

2.4 DISCURSO ANALÍTICO E DISCURSO DE MERCADOS

“O discurso, é o quê? É isso que, na ordem... na ordenação disso que se pode produzir pela existência da linguagem, faz função de laço social”¹⁵ (LACAN, 1972, p. 11, tradução nossa).

A relação entre a ética psicanalítica e a política, que pertencem a campos epistemológicos distintos, explicita-se através dos discursos a que estão submetidos os sujeitos e que apontam para um modo particular de laço social estabelecido em uma cultura, que na atualidade

os empurra violentamente ao gozo, sob a forma de consumo, de lucro ou de sofrimento [...] o sujeito da psicanálise, evanescente e singular, não é um sujeito abstrato, mas sim um sujeito atravessado pelo gozo e pelo desejo. Esse desejo é singular, mas não individual. É remetido ao desejo do Outro, regulado por um discurso: o discurso do Outro, que o posiciona no laço social. (ROSA, CARIGNATO; BERTA, 2006, p. 36).

Checchia (2010) debate a questão da dimensão política da clínica psicanalítica a partir da problematização do uso do conceito de dispositivo psicanalítico. Defende que o termo dispositivo não tem um estatuto conceitual em psicanálise, retomando a obra freudiana e lacaniana. Em Freud, o termo aparece 12 vezes e apenas uma vez referindo-se à técnica psicanalítica e, mesmo assim, na nova tradução de Hanns, “dispositivo técnico” é substituído por “tipo de técnica”,

¹⁵ “Le discours c’est quoi ? C’est ce qui, dans l’ordre... dans l’ordonnance de ce qui peut se produire par l’existence du langage, fait fonction de lien social.”

uma vez que a palavra dispositivo não se encontra no texto original em alemão. Em Lacan, o termo dispositivo aparece apenas uma vez associado à técnica nos *Outros Escritos* (2003), no Relatório do Seminário de 1971-72, *Ou pior*: “a questão não é a descoberta do inconsciente, que tem no simbólico sua matéria pré-formada, mas a criação do dispositivo pelo qual o real toca o real, ou seja, daquilo que articulei como discurso analítico” (LACAN, 1972, apud CHECCHIA, 2010, p. 91).

O termo dispositivo ganhou grande valor a partir dos anos 70 no campo da filosofia política (CHECCHIA, 2010); Foucault vai conceitualizar o termo numa entrevista de 1978 sobre a história da sexualidade, em que, respondendo a uma pergunta de Alain Grosrichard sobre o sentido e a função metodológica do termo, afirma:

Através desse termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos.

Em segundo lugar, gostaria de demarcar a natureza da relação que pode existir entre esses elementos heterogêneos [...] Em suma, entre esses elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes.

Em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante [...]

Disse que o dispositivo era de uma natureza essencialmente estratégica, o que supõe que tratar-se no caso de uma certa manipulação de relações de força, de uma intervenção racional e organizada nessas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc. O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem, mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. (FOUCAULT, 1978b, p. 244-246).

Foucault (1976/2000) considerava que a psicanálise tinha papel importante nos dispositivos da sexualidade e da loucura, normatizando, regulando e disciplinando os indivíduos, como uma continuação do tratamento moral, refutando, portanto, sua inserção como ruptura do discurso e poder psiquiátricos.

Checchia (2010) propõe refletirmos acerca do que seria o dispositivo psicanalítico, seus elementos e princípios de funcionamento, considerando, por um lado, que a psicanálise não seria um dispositivo tal qual a definição foucaultiana do termo e, por outro, pensando no que a psicanálise pode se apropriar da definição político-filosófica do mesmo:

O dispositivo psicanalítico é, portanto, composto por elementos heterogêneos que se entrecruzam num jogo de forças múltiplo e sujeito a mudanças. A associação livre, a transferência, o diagnóstico, o silêncio, a interpretação, o tempo da sessão e o pagamento são os elementos heterogêneos da sessão analítica, que se organizam nas estratégias e táticas subordinadas à política da direção do tratamento. O dispositivo psicanalítico é também orientado por um princípio ético fundamental: fazer um uso de poder para governar o tratamento, não o analisando (LACAN, 1958/1998)[...] esse jogo de poder leva ao giro nos discursos, à mudança de posição dos elementos da estrutura dos quatro discursos, levando a um processo de subjetivação no qual há uma produção de um saber no lugar da verdade e uma queda do valor da fantasia na economia do desejo do sujeito. (CHECCHIA, 2010, p. 98).

Nesse sentido, Braunstein retoma o discurso capitalista proposto por Lacan (1972) para discutir se caberia outra fórmula para o laço social que se estabelece no que denomina sociedade pós-industrial do capitalismo tardio. Propõe a formulação do discurso de mercados, em que o lugar de agente, antes ocupado pelo capitalista, passa a ser ocupado pelo mercado com seus fluxos de capital enquanto um dispositivo, tal qual o formula Agamben (2009)¹⁶. A fórmula para o discurso de mercados coincide justamente com a do discurso do analista, porém enquanto o primeiro funciona como dispositivo de dessubjetivação, o segundo aponta para a real irreduzível do sujeito.

Lacan em sua conferência de Milão (1972) apresenta a formalização de um outro tipo de laço social, o discurso do capitalista; e paradoxalmente, apesar de escrevê-lo como um discurso, não o admitia como quinto discurso: “*Il n’y en a que quatre*”. O discurso capitalista, no que se refere à sua escrita, consiste numa pequena inversão no discurso do mestre dos lugares de agente e da verdade, e na inversão e supressão de dois vetores, como se segue: (primeiramente o que seria a estrutura dos discursos e em seguida a escrita dos discursos do mestre, da universidade, da histórica, do analista e do capitalista respectivamente)

¹⁶ Cf. seção 2.2.

Figura 1 – Escrita dos discursos por Lacan (1972)

No discurso capitalista o vetor, que no discurso do mestre ligava o agente e o outro, é eliminado, e quando consideramos a inversão de lugares entre \$ e S1, temos a possibilidade e encontro do sujeito com o *objeto a* mediante o vetor que sai do lugar de produto ocupado pelo *objeto a* e alcança diretamente o sujeito (\$) no lugar de agente, eliminando a impossibilidade desse encontro, como é dado na estrutura da fantasia (\$ ◇ a). No discurso capitalista há uma

pequena inversão simplesmente entre o S1 e o \$, que é o sujeito... isso é suficiente para que ele funcione muito bem, e ele não poderia andar melhor, mas precisamente ele anda muito rápido, ele se consome, ele se consome de modo que ele se consuma.¹⁷ (LACAN, 1972, p. 10, tradução nossa).

Enquanto agente do discurso, o capitalista em sua condição de sujeito assume o lugar, que no discurso do mestre é ocupado pelo significante mestre (S1). Desse lugar o capitalista não se dirige a nenhum outro, aparecendo dissociado de seu saber, mas como mostra o vetor diagonal ascendente que vai do lugar da

¹⁷ "Une toute petite inversion simplement entre le S1 et le \$... qui est le sujet... ça suffit à ce que ça marche comme sur des roulettes, ça ne peut pas marcher mieux, mais justement ça marche trop vite, ça se consomme, ça se consomme si bien que ça se consume."

produção para o de agente, o produto volta para as mãos do capitalista, vinculando diretamente sujeito e objeto *mais-de-gozar*.

A produção de mercadorias, em função de sua mais-valia e do mais-de-gozar (objetos a) é a manifestação visível da potência capitalista e expõe a razão de ser de seus empenhos: a extração da mais-valia que sustenta aos atores dos discursos em seus lugares. (BRAUNSTEIN, 2010, p. 151).

No discurso capitalista, é a partir do lugar da verdade que o S1, significante mestre do capitalista moderno, se dirige ao outro, operando por meio do saber científico (S2) para produzir os objetos desejáveis.

Partindo do discurso capitalista formulado por Lacan (1972), Braunstein (2010) discute se caberia uma outra fórmula referente ao discurso dominante da “sociedade pós-industrial do capitalismo tardio”, segundo nomenclatura dada pelo autor¹⁸, e que fosse distinta do discurso capitalista. Trata-se de pensar sobre um outro discurso possível da organização social atual posterior ao desenvolvimento das tecnociências, que denomina discurso de mercados.

No discurso de mercados, o lugar de agente não seria mais ocupado pelo capitalista enquanto sujeito, mas pelo mercado com seus fluxos de capital. O mercado reconhecido como *objeto a*, causa do desejo, *mais-de-gozar*, emite um discurso com um imperativo superegoico de gozo. Propõe que o capitalista, que substituiu o mestre antigo, seja substituído pelo dispositivo, definido por Agamben como “qualquer coisa que tenha, de algum modo, a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (AGAMBEN, 2009 p. 40).

Dessa forma, temos o *objeto a* como agente no discurso de mercados, o saber (S2) que comanda o agente no lugar da verdade, um entrelaçamento de significantes que inventa e multiplica os *gadgets*. É a ciência como saber autônomo e que se especializa sem cessar, que na sociedade pós-industrial toma o lugar de verdade; trata-se de um saber objetivante que nada quer saber do sujeito.

¹⁸ “Capitalismo tardio, capitalismo flexível, capitalismo pós-industrial ou novo capitalismo. Independentemente da falta de consenso sobre a denominação, a saída do modo de produção fordista se daria a partir dos anos 1970, quando começaram a ocorrer transformações que modificaram radicalmente o perfil da produção de bens para serviços e trouxeram as novas exigências por competências, como flexibilidade e capacidade de adaptação, além das mudanças na percepção da temporalidade, com a compressão espaço-tempo, e o fim dos projetos empresariais de longo prazo.” (RODRIGUES, 2010, p. 1).

Uma ideologia da forclusão do sujeito, cuja máxima se encontrará na doxa econômica que postula que os mercados funcionam sozinhos, regidos por suas leis, independente da vontade de seus atores e daqueles afetados pelo movimento do capital. (BRAUNSTEIN, 2010, p. 157).

A partir do lugar de agente de um discurso cuja verdade é a ciência, o *objeto* a se dirige ao sujeito (\$) que ocupa o lugar de outro. O sujeito, para responder ao apelo dos objetos, em meio a uma grande oferta de significantes e à falta de garantias, se vê impelido a adotar significantes que pudessem representá-lo, “o produto no discurso do mercado é o que faz o sujeito de seus significantes mestres (S1)” (BRAUNSTEIN, 2010, p. 158). Vale ressaltar o papel da internet nessa oferta de significantes que representariam o sujeito através de comunidades virtuais, que prescindem do corpo e nas quais a imagem pode ser ajustada como se quiser.

A fórmula proposta por Braunstein (2010) para o discurso de mercados coincide justamente com o discurso do analista. No lugar de agente, mercado e psicanalista fazem semblante de ser ninguém, atuam a partir de um lugar dessubjetivado. No lugar de outro, o sujeito e o consumidor se perguntam sobre o que quer esse semblante de objeto do desejo. O funcionamento desses dois discursos, entretanto, é muito distinto.

O agente, enquanto objeto tecnológico, reconhece senhas de acesso e não sujeitos, numa total neutralidade, sem desejo. O analista, partindo de sua ignorância, nega-se a satisfazer as demandas do outro, sustentando a dissociação entre demanda e desejo, fazendo da demanda um interrogação acerca do desejo – ao contrário do objeto tecnológico, que assimila demanda e desejo.

No lugar de outro, o sujeito (\$) se põe a fazer, porém sob as condições do saber incorporado no agente, o saber da ciência ou o saber inconsciente para o psicanalista. Um pedido dirigido a um objeto técnico (como um psicofármaco ou um “robô”) não implica em modificação da posição subjetiva, ao contrário do que se espera com o pedido de uma análise, em que se busca tratar um sofrimento a partir da produção de um novo saber resultante da experiência analítica.

A relação com o objeto técnico, como um robô, é utilitária, e a vinculação essencialmente racional; se não servir, será descartado como outros objetos já o foram e trocado por um que melhor responda às demandas do sujeito. No caso da análise, a dimensão que sustenta a transferência é justamente a não satisfação das

demandas e, frente ao enigma do desejo, a resposta do sujeito é paradoxalmente o amor.

No lugar do produto, ocupado pelos significantes mestres (S1), o objeto técnico aponta para identificações coletivas. Na análise, a produção de significantes mestres (S1) não coletiviza; ao contrário, aponta para a singularidade irredutível do sujeito.

No lugar da verdade, o saber (S2), “o trabalho simbólico da ciência, subjacente ao objeto, é a verdade do agente do discurso do mercado que o desconhece” (BRAUNSTEIN, 2010, p. 163), estabelecendo uma relação essencialmente racional; o que seria irracional refere-se ao gozo do “usuário”. No caso do saber como verdade do discurso analítico, este também é um saber que não se sabe e uma aposta em um saber que está por vir.

Quando consideramos o tipo de laço social que se estabelece na organização social atual, posterior ao desenvolvimento das tecnociências, o que podemos formular acerca do diagnóstico de TDAH e sua construção no campo da psiquiatria? A psiquiatria desempenha aí o papel de dispositivo de controle, e numa lógica de normalização e patologização, que elide o sujeito, produz um corpo a ser tratado, via dispositivo da medicalização, este último considerado como dispositivo de dessubjetivação¹⁹.

Na formulação do discurso de mercados proposta por Braunstein, que parece conferir certa precisão ao que se opera no laço social na atual fase do capitalismo, temos o dispositivo no lugar de agente, que como *objeto a* revela sua face dessubjetivada, cuja verdade é conferida pela ciência; dirige-se ao sujeito no lugar de outro, empurrando-o na direção da identificação coletiva a partir do objeto técnico (no caso do TDAH e outros quadros psiquiátricos a medicação seria esse objeto). Há aqui uma evidente identificação da demanda ao desejo e a promessa de um objeto sob medida para satisfação da demanda.

A aposta da Psicanálise, na contramão dos dispositivos de dessubjetivação, parte da ética do desejo, não visa uma adaptação à realidade, sustenta a dissociação entre demanda e desejo, apontando para o encontro com o real, tendo constatado que o objeto de desejo não existe na realidade. “Ressituar o sujeito e a ética do desejo como elementos indissociáveis aponta para uma política de

¹⁹ Segundo a definição de Agamben (2009), cf seção 2.2.

resistência à instrumentalização social do gozo” (ROSA et al., 2006, p. 36, grifo nosso).

Danziato (2010) nos adverte que a dimensão alienante dos discursos pode ter como ponto de resistência a posição ético-política do sujeito, que para evitar o encontro com a angústia de sua incompletude, fato dado por sua divisão subjetiva, pode ou não optar por uma escolha que tampona sua angústia através de seu assujeitamento ao discurso e ao desejo do Outro ou da massa.

Interessa-nos ressaltar que o sujeito tem a possibilidade da escolha ética e política que sustente seu traço de singularidade através de seu desejo ou “entregar-se a um gozo de morte, aceitando as imposições imperativas e superegoicas do Outro (A), dissolvendo-se subjetivamente numa homogeneidade mental” (DANZIATO, 2010, p. 36).

Nesse sentido a psicanálise, para além da lógica da interpretação, depara-se com o drama ético, político e pulsional do sujeito, evidenciado um deslocamento da clínica de uma lógica de conscientização do inconsciente na direção de “uma convocação ética de sustentação de um *ato analítico* (LACAN, 1967-1968) no laço social. Assim, vive-se, então, a verdadeira interlocução möebiana entre clínica e política” (DANZIATO, 2010, p. 36).

2.5 ENTRE O SUJEITO E A ORDEM SOCIOCULTURAL: A FUNÇÃO DE TRANSMISSÃO DA FAMÍLIA²⁰

Para pensarmos a função de transmissão da família gostaríamos de retomar uma tese que tem sido bastante aventada no âmbito da psicanálise de orientação lacaniana. Trata-se da hipótese de que estaríamos vivendo um declínio ou enfraquecimento da função paterna, o que teria desdobramentos, via de regra negativos, no modo de organização e transmissão de ideais no campo familiar e social. Faz-se então importante um esclarecimento quanto à proposição de Lacan de que o pai seria uma função. Ora, enquanto função, não pode ser mais forte ou mais fraca. “Uma função, no sentido matemático, requer que seja operada. Então a

²⁰ Publicado como artigo: ROSA, M. D.; LACET, C. A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. **Estilos clin.**, v. 17, n. 2, p. 359-372, dez. 2012.

questão é saber como se pode operar adequadamente esta função e quando ela está impossibilitada” (FLEIG, 2005, p. 2).

Lebrun (2010) e Fleig (2005) propõem o declínio do pai na vida social:

a progressiva substituição da função paterna pelos modos de operar do discurso da ciência e seus corolários [...] a autoridade tende a se deslocar da pessoa que enuncia e que banca algo, no próprio ato da fala, para o funcionamento sem sujeito de um conjunto de enunciados justificados. Na vida cotidiana, significa dizer que algo afirmado como científico é tomado por verdadeiro e bom. Ou, quando um pai ou uma mãe querem exercer sua benéfica autoridade sobre o filho, este pede as razões do que é dito, ou os próprios pais remetem para outro lugar, para a justificação do que dizem, ou para outra instância, a autoridade que poderia autenticar o enunciado. (FLEIG, 2005, p. 2).

Cabe-nos perguntar acerca dos efeitos no laço social dessa substituição da função paterna na vida social.

A maternidade e a paternidade são lugares discursivos em que se articulam componentes libidinais, sociais e políticos. Tais lugares são instituídos por uma função simbólica, que escreve essa relação à medida que toca a economia de gozo dos pais. Essa escritura funda como um acontecimento o nascimento de uma criança e tem por efeito a atribuição de lugares discursivos, encarnados por representantes sociais – em geral, os pais – que por sua vez garantirão a modalidade de inserção da criança e/ou filho nas malhas discursivas. De outro lado, o nascimento da criança como acontecimento que funda a distribuição de lugares discursivos é um efeito *a posteriori*, uma vez que não há anterioridade da função materna e paterna – elas se constituem simultaneamente à instituição do lugar discursivo de filho. A função escreve o real pulsional articulado ao imaginário social e à lei simbólica, estabelecendo um lugar discursivo para pais e filhos, o que possibilita registrar a criança com um nome.

O nascimento de uma criança é um acontecimento que transcende o público ou o privado, pois tem uma dimensão traumática que toca o real – impossível de significar – e produz efeitos simbólicos e imaginários. Escrever um lugar no discurso para a criança como *filho de* institui as funções parentais e atribui a ela a transmissão de uma herança simbólica, imaginariamente atada à transmissão da tradição de uma comunidade. A contemporaneidade vige pelo contrário, ou seja, o ideal de uma condição de indivíduo autoengendrado, sem dívida simbólica à cultura que o responsabilize pelas futuras gerações.

Lacan, em sua definição para o verbete Família, escrito originalmente para a *Encyclopédie Française* e publicado em 1938, propõe que a família teria a função biológica de garantir a sobrevivência dos mais jovens, mas que sua função essencial seria a de transmissão da cultura.

Assim, a cada nascimento de uma criança são postas em jogo as coordenadas que sustentam o grupo social e possibilitam o exercício das funções materna e paterna, que operam a partir dos lugares (materno, paterno, filial) atribuídos ou não aos membros de determinada comunidade. A sua eficácia não é independente das coordenadas desse grupo, uma vez que a família é, ao mesmo tempo, o veículo de transmissão dos sistemas simbólicos dominantes e a expressão, em sua organização, do funcionamento de uma classe social, grupo étnico e religioso em que está inserida. A cena social está presente na base da cena familiar, encarregada das operações referentes às funções materna e paterna para a constituição subjetiva (ROSA, 2001). O social, o familiar e seus efeitos articulam-se nos modos como são realizadas as operações necessárias à constituição da subjetividade.

Em *Duas notas sobre a criança*, Lacan (1969/1998) aborda a posição que uma criança ocupa junto à família conjugal. A sua função “destaca a irredutibilidade de uma transmissão – que é de uma outra ordem que não a da vida segundo a satisfação das necessidades, mas é de uma constituição subjetiva, implicando a relação com um desejo que não seja anônimo” (p. 373). Essa função tem: a) uma condição: efetivar-se por um interesse particularizado em relação à criança; b) um resultado: a transmissão de um nome que é o vetor de uma encarnação da lei no desejo.

Nesse sentido, a criança é situada na articulação ao modo de gozo e desejo na família, sendo enfatizada a diferença entre gerações como condição da transmissão de um desejo não anônimo.

Kupfer e Bernardino (2008), referindo-se às transformações sofridas pela família, apontam para a mudança de um modelo que vigorava até o século passado, no qual a criança permanecia no ambiente familiar até sua entrada na pré-escola, por volta dos 2, 3 anos, para sua entrada mais precoce no ambiente social. Referem que, nessa passagem, a família como lugar de segurança e referência para a criança é substituída precocemente por um ambiente social e comunitário com suas

respectivas leis, no qual ela é introduzida por pessoas que não lhe são familiares, numa transmissão, via de regra, técnica e anônima.

Kehl (2001), também se referindo à função de transmissão da família, considera que a patologia da família atual não se refere às novas configurações de parentesco, mas à dívida das famílias que se representam como desestruturadas em relação a família nuclear do passado, e referidos a esse ideal, os pais hoje apresentam dificuldade em sustentar seu lugar de autoridade e responsabilidade diante dos filhos. Refere que a mesma cultura moderna que prega que se exerça a função de parentalidade de maneira diferente de nossos antepassados também apregoa o ideal perdido da família do passado, gerando um sentimento de insuficiência em relação a esse modelo ideal de família. Nesse sentido, a sustentação simbólica transmitida pela família perderia a consistência dada pela tradição; o que esta diz ser pai e mãe não corresponde à experiência do exercício da parentalidade hoje.

Os adultos buscam resgatar o narcisismo perdido através dos filhos, sendo estes últimos considerados como esperança de imortalidade e perfeição numa cultura do narcisismo e individualismo. O risco e os equívocos na criação dos filhos, que seriam inerentes ao exercício da paternidade, do sujeito que se autoriza numa função e nela se arrisca, tentam ser minimizados, e evitados e são poucos aqueles que sustentam o ato necessário para inscrever o filho na cultura como sujeito barrado em seu gozo.

Quando consideramos as modificações das relações entre real, simbólico e imaginário da infância na contemporaneidade, segundo Jerusalinsky (2008a), podemos pensar que o que se tem modificado é a premência de que a criança desenvolva sua capacidade simbólica, que aprenda, que faça esportes, que fale línguas, que seja independente, que se envolva com uma vida coletiva, etc. O imaginário já lhe vem *prêt-à-porter*, através de videogame, brinquedos eletrônicos cheios de funções e objetos industrializados, que abrem pouco espaço para que crie o seu próprio mundo de fantasia. O real do corpo da criança continua o mesmo, mas esta é demandada a acelerar seu ingresso no universo adulto em suas habilidades, conhecimentos e sexualidade, e sua natural insuficiência frente ao ideal torna-se ainda mais inflacionada e difícil de suportar.

Vivemos atualmente numa época sem ideais muito claros. Nesse cenário, os filhos passam a ter o papel de ideal na cultura, funcionando como espelhos

narcísicos para os pais, que os criam muitas vezes como uma espécie de seres sem falta – ocupando então um certo lugar de gozo.

Apesar dessa tentativa de obturar a falta, esta comparece como mal-estar nos diversos sintomas apresentados na infância, no campo da parentalidade e no campo social.

Passa a ter importância crucial o tipo de relação que esses pais têm com a falta, com a castração, para que possam sustentar, à revelia do movimento cultural atual, a questão dos limites e das leis organizadoras. Esta falta de consonância entre o familiar e o social cria uma defasagem geradora de angústia – para os filhos, que estão diante desta dupla mensagem, que ao mesmo tempo transmite a falta e a renega; para os pais, que estão sozinhos no exercício de sua função. (KUPFER; BERNARDINO, 2008, p. 674).

As crianças são convocadas a se posicionar, de modo não apenas a permitir o resgate do narcisismo dos pais (FREUD, 1914/1987), processo estruturante e identificatório para ela, mas tornando-se o meio através do qual o Outro social concede o gozo a toda família. Opera-se aqui uma inversão: ao invés de transmitir para o filho a falta, o encontro faltoso com o objeto, os pais lhe dirigem a demanda de preenchimento totalizante da falta, impelindo-a na direção do Outro social.

E em relação ao Outro social, a criança estaria ocupando um lugar anônimo, distinto da posição fálica que deveria ocupar em relação aos pais, em que teria um lugar personalizado atrelado ao desejo destes últimos. Nesse sentido, ao invés de os pais transmitirem para os filhos os limites do gozo, são estes que lhes apresentam as infinitas possibilidades de gozo atreladas aos objetos do campo social. “Trata-se de satisfazer a este grande campo social, externo, anônimo e globalizante, que tem o seguinte imperativo categórico: consuma, encha-se de objetos, seja feliz, seja eficiente, goze.” (KUPFER; BERNARDINO, 2008, p. 674).

O discurso infantil é atravessado atualmente por novas tecnologias e redes de informática, crianças e adolescentes frequentam *lan houses*, onde jogam em rede em ambientes acelerados de luz artificial, focadas em sequências frenéticas de imagens. No jogo, só importa seu efeito: vencer, dominar o outro, destruir e aumentar de nível. As imagens tendem a estreitar o campo do sentido; ao invés de serem dotadas de um caráter polissêmico, que implica criação do novo, levam à “cegueira e surdez”, que impedem a criação simbólica.

Observa-se em algumas crianças uma grande dificuldade de fantasiar, em função da dificuldade de simbolizar; mesmo crianças inteligentes costumam dizer “nada me ocorre”, “não sei”, “não entendo”, “não sei o que fazer”; são falas e

pensamentos vazios de significação. A linguagem visual ocupa cada vez mais espaço, em detrimento da riqueza verbal, corporal, gestual e escrita. Há uma sobreposição do gozo da imagem sobre o gozo corporal, criativo e gestual; a alienação pela imagem leva à reprodução do mesmo.

O modo de funcionamento próprio das imagens, segundo Kehl (2009), dispensa o pensamento e produz efeito semelhante no sujeito que a elas se expõe; a imagem funciona como se fosse um micro fragmento de gozo que o espectador obtém, e a cada fragmento de gozo o pensamento cessa, porque este último é movido pelo desejo e estaria, portanto, sempre em busca do objeto perdido; seria uma tentativa de reconstituir pela via simbólica um substitutivo para esse objeto.

Não precisamos pensar frente ao fluxo contínuo de imagens a que estamos submetidos hoje em dia. Essas imagens nos fornecem puro gozo e, quanto mais esse fluxo de imagem está presente em nossa vida real e psíquica, menos somos convocados a pensar. Estamos diante de um

imaginário como o lugar desse Outro sem falta – e a publicidade, por exemplo, é uma das vozes desse Outro que sabe sobre nosso desejo e nos oferece a oportunidade de obturar a falta – faz com que o objeto causa do desejo seja intolerável. [...] O campo de circulação de mercadorias passa a ser imaginariamente o lugar do objeto a, e a demanda ocupa o lugar do desejo. Só que a demanda é imperativa, o desejo não. (KEHL, 2009, p. 55).

A falta de objeto aqui é tratada na dialética da frustração, como a falta imaginária de um objeto real, como conceitualiza Lacan no *Seminário IV*. Estamos no campo da reivindicação, “a frustração é por si mesma o domínio das exigências desenfreadas e sem lei” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 36).

Hoje é comum em nossa clínica pais que chegam sentindo-se desautorizados no exercício de suas funções, com dificuldades em estabelecer limites aos filhos, alegando que não conseguem se impor, pois o filho não aceita suas ordens, etc., e que buscam em outros saberes, como os da Medicina ou da Psicologia, respostas sobre como desempenhar seu papel. Trata-se de uma desresponsabilização quanto à função de transmissão de lei que funda justamente os lugares paternos. Não se trata de uma falta de responsabilidade no sentido de cuidar da criança, de preocupar-se com ela, mas o efeito é de abandono de responsabilidade e autoridade. Não percebem que a demanda é sempre símbolo do amor e que “às vezes a maneira mais aplacadora do mal-estar da existência, angústia provocada pela falta, é o dom

da palavra, muitas vezes veiculado na palavra não, que asseguraria à criança que, mesmo que sua demanda não seja atendida, seu desejo é reconhecido” (FRAGELLI; PETRI, 2004, p. 123).

A autoridade paterna sustenta-se numa posição subjetiva balizada pelo laço simbólico: quando um pai diz que não admite, por exemplo, que o filho lhe fale de maneira desrespeitosa, ele não precisa ameaçar ou explicar a sua posição; ele simplesmente não admite por seu lugar de responsável por aquela criança, e essa seria a função de corte do pai real. Para a função paterna funcionar como pai real é preciso um pai que se submeta à lei – como sujeito é submetido à lei (da castração) e também se reserve o direito de gozo; a função do pai real é castrar a criança (que deve renunciar ao gozo e buscar o seu lugar) e autorizar a separação. O pai real aponta para submissão do próprio sujeito à lei, transmite castração, mostra que goza dentro da lei – tem desejo e goza, mostra uma fragilidade do sujeito, e isso autoriza o outro a gozar. Nas palavras de Kehl (2001), o pai estaria dizendo: “eu cuido de você, eu escolhi esse encargo e me responsabilizo por ele, eu posso errar aqui e ali, mas eu não vou te abandonar” (p. 38). O abandono das crianças “mimadas” da atualidade seria o abandono moral de um adulto que não consegue sustentar sua posição frente à criança, e seria justamente esse ponto que ofereceria a ela parâmetros, inclusive éticos para se constituir como sujeito.

Essa questão pode ser retomada em outras considerações sobre as funções parentais e o discurso da ciência: consideramos que, como efeito do declínio da imago paterna, a intervenção dos discursos científicos, jurídicos e pedagógicos na família e sua tentativa de substituir o pai produzem filiações nem sempre simbólicas. Pode-se dizer da pretensão da Ciência de ordenar os outros discursos e de aparecer como um dos Nomes do Pai. A Ciência gera e modela crianças, e os efeitos dessa “verdade” contemporânea, se não alertados, podem ser desastrosos para a ética do desejo. A substituição do pai pela ciência remete à transmissão pela via de um desejo anônimo. O desejo narcísico de ser mãe/pai, o desejo de filho, a vontade de ter a criança já e no modelo desejado, são modalidades que fazem diferença na inscrição do lugar da criança no discurso e no desejo do Outro.

3 PSICANÁLISE E CORPO PULSIONAL: OPERAÇÕES CONSTITUTIVAS DO SUJEITO

3.1 CORPOLINGUAGEM

Somos corpos mensageiros de alguma coisa, mesmo que não reconheçamos imediatamente. Ou seja, de alguma forma pelos detritos, pelos objetos pulsionais que nos ligam, nos nodulam irremediavelmente na relação com o Outro, constantemente somos falados e lidos sem reconhecer. (COSTA, 2003, p. 122).

De que corpo se trata em Psicanálise? Formularemos essa discussão tomando como referência a formulação freudiana, retomada por Lacan, de que o corpo ao qual se refere a psicanálise não é um corpo biológico, mas um corpo pulsional, atravessado pelo significante, articulado a uma imagem e como lugar de gozo (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002). Neste capítulo foi discutido o descompasso entre a sobredeterminação simbólica, imagem ideal e o real do corpo em sua imaturidade, ou seja, o fato de corpo e sujeito não serem articulados.

Freud, nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, utiliza-se pela primeira vez do conceito de zonas erógenas como “uma contribuição de um órgão capaz de receber estímulos (por exemplo, a pele, a membrana mucosa ou um órgão sensorial). Um órgão desta espécie será descrito nesse sentido como uma zona erógena” (FREUD, 1905/1987, p. 170-171). O conceito de pulsão é tomado por Freud como estando na fronteira entre psíquico e físico, “como o representante psíquico de uma fonte endossomática e contínua de excitação” (FREUD, 1915/1987, p. 170). Decompõe então a pulsão em seus elementos constitutivos: a pressão, a finalidade, o objeto e a fonte.

Vale aqui fazer a diferenciação entre instinto e pulsão. O instinto refere-se a um padrão de comportamento associado a um código genético e despertado por uma necessidade biológica, que tem um objeto fixo e invariável na realidade e que, quando saciada, adormece. Em função do efeito da linguagem sobre o sujeito, a pressão, o alvo, a fonte e o objeto são modificados, dando à pulsão um funcionamento diferente. A pressão ou impulso na pulsão é constante e nunca será

totalmente saciada. A fonte, que no instinto é de ordem fisiológica, na pulsão dirige-se para as zonas erógenas. O objetivo do instinto é invariável e o da pulsão infinitamente substituível, ao passo que o alvo do instinto liga-se à satisfação da necessidade e o da pulsão pode ser desviado para satisfações de outra categoria, como no caso da sublimação (INFANTE, 2002).

Lacan (1964/1973) toma a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais à experiência analítica, que nesta comparece como uma força constante, que nenhum objeto pode satisfazer: ela o contorna. Afirma que a pulsão se assemelha a uma montagem que se apresenta sem cabeça, nem rabo, no sentido do que chama uma colagem surrealista. Trata-se de uma montagem através da qual a sexualidade participa da vida psíquica, nos alertando Lacan que a pulsão representa sempre parcialmente a realização da sexualidade nos seres vivos.

O impulso da pulsão seria essa constância mantida, variável e individualizada: “as pessoas têm uma maior ou menor grande goela”²¹ (LACAN, 1964/1973, p. 193). Lacan pergunta-se sobre a função central da pulsão e a que satisfação caberia engendrar “é justamente na medida em que as zonas anexas, conexas são excluídas que outras tomam sua função erógena, que elas se tornam fontes específicas para a pulsão”²² (LACAN, 1964/1973, p. 194, tradução nossa).

Lacan (1964/1973) retoma Freud para assinalar o caráter circular da pulsão, o fato de não poder ser separada de sua ida e volta, do que denomina sua reversão fundamental. O fato de o processo ser circular não lhe garante reciprocidade, pois é circular e assimétrico. Assinala o fato de que Freud refere-se a esses polos fazendo referência ao ver e ser visto, a atormentar e ser atormentado. “É somente com sua aparição ao nível do outro que pode ser realizada essa que é a função da pulsão.”²³ (LACAN, 1964/1973, p. 200).

O corpo pulsional como suporte relacional evidencia-se, por exemplo, do fato de a passagem da pulsão oral para anal não ocorrer por maturação ou por metamorfose, mas pela demanda do Outro.

Segundo Leite (2003), o corpo pulsional, enquanto efeito da linguagem sobre a constituição subjetiva, é um corpo desnaturalizado, e que, portanto, não coincide

²¹ “Les gens ont plus ou moins grande gueule.”

²² “C’est justement dans la mesure où des zones annexes, connexes sont exclues, que d’autres prennent leur fonction érogène, qu’elles deviennent des sources spécifiées pour la pulsion.”

²³ “C’est seulement avec son apparition au niveau de l’autre que peut être réalisé ce qu’il en est de la fonction de la pulsion.”

com as referências anatomofisiológicas. O que está em jogo é um corpo falante “que é animado pelo desejo e que se sustenta de uma única substância: o gozo; substância esta, que está na dependência – complexa – da linguagem e dos efeitos de seu funcionamento, quer dizer, do sentido” (LEITE, 2003, p. 84).

A autora, a partir de Lacan em *Radiophonie* (1970/2003), propõe que o corpo, incidência da linguagem, tenha no incorpóreo o ponto articulação, onde o simbólico toma corpo. Nesse sentido, o corpo pulsional seria tanto um lugar em que se revela o efeito sujeito, como por exemplo, num corpo que ri ou enrubesce, como pertenceria também ao registro da coisa. Teríamos então o *corpolingagem*: a) como incorpóreo e atrelado ao simbólico; b) como real. Essa articulação marca a diferença do corpo pulsional que opera no registro do sentido e daquilo que nele, sendo da ordem do traumático da sexualidade, não entra no campo da significação – seria o fora de sentido, que a este último faz resistência.

Costa (2003) adverte para o caráter relacional do *corpolingagem*, quando algo que é do sujeito lhe retorna passando pelo outro/semelhante ou do lugar para onde se dirigem seus atos e suas palavras. O corpo pulsional seria, portanto, um suporte relacional, e nesse sentido, a letra teria um endereçamento, pois se produz num lugar relacional, num corpo que não é nem da mãe nem da criança; a letra faz borda a esse corpo relacional

na medida em que pode ser o precipitado do enigma, não assimilável que representa o Outro. É nesse enigma que a criança vai construir sua ficção, como nas fantasias sexuais infantis. Ela vai dar um tema, um argumento a esse corpo ficcional inexistente, visto que não é corpo biológico, mas faz funcionar o biológico. (COSTA, 2003, p. 118).

O corpo opera pulsionalmente à medida que constrói bordas. O olhar constituiria uma borda que é a do olho e do olhar do Outro, também contido nessa borda. As bordas trazem a marca de nossa relação com o outro e com o discurso e são sempre refeitas ao longo da vida. A borda é aquilo que dá sustentação ao corpo, e um exemplo emblemático seria o da alucinação auditiva no caso da psicose, uma voz que não faz borda ao ouvido, então vem de fora e altera o corpo, ou ainda quando o sujeito arranca o olho para fazer borda ao olhar.

No caso da neurose, o olhar também é tecido por uma borda, condição para que possamos construir nossas imagens; imagens com as quais nos relacionamos porque o olhar faz borda.

Nunca sabemos direito de onde somos olhados. O olhar sempre se perde como certeza. Vocês podem perceber isso quando todo dia de manhã se olham no espelho, nessa espécie de diálogo com esses outros olhares para os quais vocês vão se dirigir. (COSTA, 2003, p. 120).

Levin desenvolve da seguinte maneira a noção de corpo enquanto letra articulando os registros do real, simbólico e imaginário:

O corpo de um sujeito é letra [...], e é lida pelo Outro enquanto tal (o que implica uma reconstrução). Lê-se o sentido e por isso o corpo é da ordem do imaginário, e, como a imagem não diz, necessita de um Outro que inscreva um dizer no corpo, que o torne imagem do corpo, que o metaforize em seu “toque” significante. Concebemos o corpo no imaginário como efeito do simbólico (significante) no real do corpo. (LEVIN, 1995, p. 47).

Quando um bebê nasce, este tem a maioria de suas vias aferentes mielinizadas; o que ainda não está mielinizado são as áreas de associação, não sendo ele capaz inicialmente de coordenar ou integrar respostas corporais, dependendo do outro para que possa organizar suas respostas (LEVIN, 1995). Tomemos como exemplo uma mãe que balanceia o bebê em seus braços; nesse momento dá ao filho a possibilidade de experimentar sensações labirínticas; o labirinto, órgão essencial para o movimento do corpo, está sendo aí construído. Também está se constituindo a representação postural de onde se originará a ação motora, uma vez que o movimento parte da postura corporal.

Para que a criança venha a conhecer e possa subjetivar seu corpo é necessário que um Outro a quem algo falta crie em seu corpo descontinuidades, nele inscrevendo cortes, marcas, inscrições. A necessidade biológica, ao passar pelos significantes provenientes do Outro, transforma-se em demanda.

Para desenvolver as noções de dentro/fora, eu/não eu, interno/externo, a criança precisa assumir uma imagem como sua, através da identificação especular que é “a transformação que se produz num sujeito quando assume uma imagem” (LACAN, 1949/1998, p. 97). Não é a partir da “organicidade biológica” que o bebê vai reconhecer seu corpo como unidade; ele se reconhece numa imagem desejada pela mãe. Identifica-se com uma forma que, paradoxalmente, está fora de seu corpo e que lhe garante que seja único, diferenciando-se dos outros.

Bergès (1997), interrogando-se acerca dos efeitos do desejo da mãe sobre o corpo da criança, propõe que a função do corpo seja a de receptáculo. Retoma o estádio do espelho de Lacan (1949/1998) e a formulação da antecipação viso-

auditiva, destacando sua articulação com a identificação: “esta identificação não vai se fazer apenas a um traço saliente, singular, mas no sentido em que o corpo é um receptáculo, isto é, o corpo do outro; a capacidade de experimentar o corpo do outro como seu, de alienar-se” (BERGÈS, 1997, p. 52).

Esse corpo é tomado também na cadeia simbólica da linguagem; esse bebê é falado mesmo antes de seu nascimento, e como receptáculo do discurso dos pais é inserido numa linhagem familiar, é evocador de semelhanças, ganha um nome. Dessa forma, o processo imaginário é rompido, na medida em que o discurso dos pais endereça-se a determinadas partes do corpo da criança, sendo através desse recorte que partes do corpo são inscritas pelo fantasma:

É a cadeia deste discurso que vem tornar o corpo consistente e lhe permitir um bom funcionamento. É esta consistência que o delimita, que lhe funda os limites ao mesmo tempo que a origem. Assim, progressivamente organiza-se a topologia dos orifícios corporais, cujas bordas são delimitadas pelo destino das pulsões. É desta forma que se constitui o corpo como receptáculo erotizado, em particular pelos desejos da mãe: as imitações precoces podem assim aparecer como estando ligadas ao desejo, à demanda. (BERGÈS, 1997, p. 52).

O corpo aparece também como receptáculo temporal; os ritmos de presença e ausência da mãe, de noite e de dia, de alimentação, ligados ao desejo da mãe, inscrevem-se no corpo e o campo desses ritmos é o próprio corpo. É dessa homologia do ritmo externo com as funções do corpo que resulta o controle do corpo.

Para além de sua imagem especular, a criança também se reconhece através do corpo do outro, numa posição de referência e diferença; para que se sinta fascinada por sua imagem é necessário que esta última seja desejada e libidinizada pelo Outro. Para que possamos nos ver, deve haver um ideal; vemos a partir de onde supomos ser vistos pelo Outro. Por um lado, se para constituir seu corpo e espaço deve identificar-se à imagem especular, para subjetivar esse corpo dela deve separar-se, diferenciando-se assim do corpo e espaço maternos.

O jogo do *Fort Da* (FREUD, 1920/1987) é o exemplo emblemático desse movimento de separação: a criança utiliza-se dele para suportar e elaborar as ausências maternas, sendo este jogo a porta de entrada para a separação do corpo materno, passando de um domínio imaginário para um domínio simbólico do corpo.

A separação surge nos intervalos do discurso do Outro, quando a criança se interroga a partir do que o outro disse acerca do que ele deseja, “o desejo do Outro é apreendido pelo sujeito naquilo que não cola, nas faltas do discurso do Outro, e todos os porquês da criança testemunham menos uma avidez pela razão das coisas, que uma colocação a prova do adulto”²⁴ (LACAN, 1964/1973, p. 239).

Para responder a essa questão acerca do desejo do Outro, o sujeito responde a partir de sua própria desapareição, de uma falta anterior, que situa na falta percebida no Outro. O fantasma de sua própria morte é o que o sujeito coloca em jogo nessa dialética. “É uma falta engendrada no tempo precedente que serve a responder à falta suscitada no tempo seguinte.”²⁵ (LACAN, 1964/1973, p. 240).

Perceber a mãe como faltante antecipa a angústia de castração para a criança; quando esta percebe a falta percebe também o desejo: tenho ou sou o que falta.

Quando consideramos as relações entre falo e imagem corporal, do lado da criança temos uma pergunta: o que essa mãe/mulher quer? Talvez essa imagem corporal fosse uma resposta; o sintoma da criança evidencia que não há coincidência possível do falo com a imagem corporal.

Levin (1995) propõe que o esquema corporal diz respeito àquilo que se pode representar do próprio corpo; quando uma criança é interrogada acerca da parte de seu corpo que mais gosta, e responde, ela o faz a partir de seu esquema corporal, que é o conceito que faz de seu próprio corpo. À pergunta sobre o porquê de determinada zona corporal ser mais prazerosa do que outra, entretanto, não é capaz de responder, pois essa resposta implica em sua imagem e não esquema corporal.

A imagem corporal é constituinte é do sujeito, sendo construída ao longo da experiência subjetiva, e estando associada à inscrição mnêmica. E essa memória inscreve-se no corpo:

Constituindo uma descontinuidade, um corte, uma alteridade, uma marca, produto da linguagem que dá a possibilidade de gerar imagens que recobrem a falta sem esgotá-la. Por isso a imagem corporal é um mistério, uma incógnita, e é inconsciente. (LEVIN, 1995, p. 72).

²⁴ “Le désir de l’Autre est appréhendé par le sujet dans ce qui ne colle pas, dans les manques du discours de l’Autre, et tous les pourquoi de l’enfant témoignent moins d’une avidité de la raison des choses, qu’ils ne constituent une mise à l’épreuve de l’adulte”.

²⁵ “C’est une manque engendré du temps précédent qui sert à répondre au manque suscité par le temps suivant.”

A imagem corporal constitui-se a partir da letra, o que a faz inequivocamente única.

Em participação no seminário de Nasio, em 1985, Dolto (2008) fala de seu livro *A imagem inconsciente do corpo* (2001). Refere que quando iniciou sua clínica, em torno de 1939, percebeu a imagem do corpo a partir de desenhos e modelagens de crianças, sendo o termo imagem empregado como “substrato relacional com o outro” (DOLTO; NASIO, 2008, p. 11). Quando uma criança desenha, está fazendo seu próprio retrato, não desenha, se desenha, afirma, e acrescenta que sempre pergunta à criança onde ela se localiza no desenho. O desenho é tomado como projeção do próprio corpo da criança através do qual esta estabelece uma relação espaço-temporal com o mundo, “o desenho faz existir concretamente a imagem inconsciente do corpo em sua função mediadora” (DOLTO; NASIO, 2008, p. 30).

Para Levin (1995) o esquema corporal, por sua vez, tem um aspecto generalizável e comparável referente às características da espécie humana (o fato de termos uma boca, dois olhos, um nariz, duas pernas, etc.) e um outro, que estando intrinsecamente ligado à imagem corporal e à experiência subjetiva, é incomensurável e único.

Ao referir-se à imagem do corpo, situando-a em relação a outras formações imaginárias, Lacan (1956-1957/1995) é enfático ao afirmar que a imagem do corpo não é um objeto. Prosseguindo uma interlocução com Dolto, corrobora o fato de que a imagem seja tratada como significante, maneira pela qual pode representar alguma coisa. “É sempre com relação a uma outra dessas imagens que cada uma delas assume seu valor cristalizante, orientador, que ela penetra o sujeito em questão, a saber, a criança pequena” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 42).

Jerusalinsky (1997) sublinha o fato de que tanto o esquema como a imagem corporal são produzidos pelo significante. No caso do esquema corporal, é o caráter significante do toque materno que permite ao sujeito uma organização que alinha os “retalhos corporais” num todo a partir do qual o sujeito passa a se representar. O real do corpo nos automatismos do gozo que evidencia a pulsão de morte pela via da pura repetição, através do enodamento significante, engata o circuito pulsional ao objeto faltante e o coloca na série significante, permitindo-lhe o deslocamento no espaço e no tempo – estabelece-se aqui a possibilidade de retroação em relação às manifestações corporais, fazendo um corte justamente na pura repetição: dessa forma, o movimento que aconteceu pode ser recuperado, a voz que acaba de ser

emitida ser retida, assim como o som que no instante anterior bateu no tímpano ou o olhar que acabou de acontecer pode ser retido.

O significante introduz o tempo no presente infundável do gozo corporal, o significante corta o gozo, o mortifica, “colocando na sua cadeia a antecipação da morte irremissível (por isso Lacan a inscreve no simbólico no nó borromeano), dá significação à vida da qual se goza” (JERUSALINSKY, 1997, p. 91).

Assim evidencia-se o fato de que:

o real não engendra esquema por si mesmo. É no recorte da borda que o significante se impõe ao corpo que se faz o esquema, efeito do significante sobre a imagem. E é por isso que o esquema corporal não está na esfera do real, mas sim na dimensão imaginária, nessa posição singular que resulta do rebatimento do olhar do sujeito sobre a borda do impossível. Diferentemente da imagem corporal, que é resultante do rebatimento do olhar do sujeito no olhar do outro, ou seja, do corte simbólico da imagem especular. (JERUSALINSKY, 1997, p. 89).

A imagem especular se constitui, assim, na intersecção entre o eixo imaginário e simbólico, como objeto para o desejo do Outro.

Do lado do real, o olho é obrigado a esquematizar um resto (de um corpo que se faz presente na compulsão à repetição) e do lado do simbólico, após “sofrer o impacto com que a palavra lhe marca a escolha de seu ponto de perspectiva, o olho pode apontar a sua mira para a direção mais arbitrária e fazer do corpo o espetáculo mais mirabolante” (JERUSALINSKY, 1997, p. 90). Exemplo disto seria o mapeamento particular das zonas erógenas para cada sujeito. Cesaris (2013) retoma a distinção entre a visão enquanto função de um órgão do sentido e o olhar enquanto função psíquica que pressupõe a representação. O olhar traz a dimensão do investimento libidinal e implica na experiência de presença, as trocas visuais entre mãe e bebê se desdobram num jogo entre olhar e ser visto, que se transforma numa experiência prazerosa, “configurando a pulsão escópica, representada pelo júbilo ou prazer que o bebê tem no reconhecimento de sua imagem no espelho, que se articula com a experiência da prosódia da voz da mãe. Voz, visão, escutar e olhar entrelaçam-se no funcionamento pulsional (CESARIS, 2013, p. 145).

3.2 ECONOMIA DE GOZO E DESEJO DOS PAIS: EFEITOS SOBRE A CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA

A Psicanálise aponta para o fato de que, ao nascer, o bebê encontra-se numa condição de desamparo, não apenas orgânico/físico, como também simbólico – e, considerando-se que não nasce com um saber instintual que lhe ofereça a possibilidade de sobrevivência, não lhe resta outra saída senão o encontro com o Outro para que tenha a chance de sobreviver e advir enquanto sujeito. O que está em jogo nessa discussão seria justamente o ponto em que o corpo da criança toca a economia de gozo e o desejo do Outro.

Na primeira concepção de Freud (1895/1987) do aparelho psíquico, este seria um aparelho reflexo constituído por neurônios e que visa manter a inércia, ora interrompida por estímulos endógenos, como a fome; o aumento de tensão é visto como desprazer e sua diminuição como prazer. Ao se referir à experiência de satisfação, aponta para o fato de que ela só pode ser obtida através da intervenção (ação específica) de um outro:

o organismo humano é, a princípio, incapaz de promover essa ação específica. Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna, por exemplo pelo grito da criança. (FREUD, 1895/1987, p. 431).

Do lado daquele que vai efetuar essa ação específica, há uma interpretação em relação a esse suposto objeto de satisfação, de modo que, além de ofertar o objeto, esse Outro o introduz também na malha simbólica da linguagem. E como não há um saber instintual que introduza o bebê na linguagem, esta se opera através de um Outro. “A clínica com crianças coloca em relevo o papel decisivo que tem o modo como o sujeito é enlaçado à ordem da linguagem por alguém que passa a encarnar para o sujeito um saber em relação ao qual ele virá a se constituir” (JERUSALINSKY, 2005, p. 2).

Lacan (1956-1957/1995), ao discutir as relações de objeto, retoma Freud em *Os Três Ensaio sobre a sexualidade* (1905) e nos aponta que um objeto é sempre apreendido através de uma busca por um objeto perdido; o sujeito liga-se nostalgicamente a um objeto e a uma experiência de satisfação irremediavelmente

perdidos, que através da repetição, visa-se mesmo assim. Essa insistência, para além de seu caráter pulsional, evidencia a relação entre objeto e angústia, diz Lacan:

O objeto é instrumento para mascarar, enfeitar o fundo fundamental de angústia que caracteriza, nas diferentes etapas do desenvolvimento do sujeito, sua relação com o mundo [...] angústia que é angústia de castração. (LACAN, 1956-1957/1995, p. 21).

Lacan aponta ainda para o fato de que a relação de objeto só pode ser compreendida se introduzirmos o falo como terceiro elemento na relação imaginária entre mãe e criança, relação esta pré-edipiana, ressalta Lacan, e que balizará qualquer outra relação imaginária. E o fato de a mulher encontrar satisfação na criança se dá porque esta última satura de alguma maneira sua necessidade fálica, mas não satura completamente, a imagem do falo para a mãe não se reduz à imagem da criança. “A criança, como real, assume para a mãe a função simbólica de sua necessidade imaginária – os três termos estão aí” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 71).

Outro ponto destacado como central por Lacan é a noção de falta de objeto como propulsora da relação do sujeito com o mundo, propondo três formas de falta de objeto: frustração, castração e privação. “São três tempos lógicos distintos da transmissão da falta e cada tempo engloba e ressignifica o anterior, ampliando as possibilidades de circulação discursiva do sujeito” (FRAGELLI; PETRI, 2004, p. 120).

Num primeiro tempo, o bebê, frente à tensão orgânica, chora e a mãe interpreta esse choro como um apelo, nomeando essas experiências de satisfação e insatisfação como necessidade de presença ou ausência, exercendo uma função de mãe simbólica (que supõe um sujeito, permitindo o estabelecimento da demanda do lado da criança, nomeia e produz alternância rítmica) para que um excesso se canalize, produzindo a inscrição pulsional.

Infante (2010/2011, informação verbal)²⁶ considera que a operatividade da função materna está ligada à uma escavação da falta, senão a criança permaneceria no excesso. A mãe parte de um não saber, o S1 sendo o primeiro significante entre mãe e criança; nomeação das reações da criança, revela o fato de a linguagem ser equívoca e não real, apontando para a polissemia da cadeia significante,

²⁶ Informação fornecida por Domingos Infante em aula no curso de Psicanálise com crianças do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise com crianças, São Paulo, 2010/2011.

Temos o primeiro desencontro entre o desejo da mãe e as necessidades da criança, e a falta, no registro da privação, vai se apresentar de modo diferente para a mãe e para a criança. A criança encontra-se privada da mãe como objeto real referente à satisfação de suas necessidades e a mãe se vê privada da criança como objeto simbólico representante de seu desejo. O agente de privação é o pai imaginário, tanto para a mãe, quanto para a criança, que vem interromper o ritmo da alternância entre ambas. Trata-se aqui de uma dupla privação: para a criança, a proibição do incesto e, para a mãe, a interdição de reintegração de seu produto.

A privação refere-se, portanto, à falta real de um objeto simbólico, pois a ausência de qualquer coisa no plano real é sempre simbólica, na medida em que algo falta em seu lugar. Dizer que a falta está no real significa que ela não está no sujeito, que para apreendê-la deve simbolizar o real.

A criança associa presença do outro à satisfação (forma-se a ideia de que sofre porque o outro não veio – produção imaginária), os objetos de necessidade ganham estatuto de objetos simbólicos, de símbolos do amor, “implicando aí, no eixo pulsional, todo circuito de trocas e, no espectro significante, as possibilidades de substituição do objeto propriamente dito” (FRAGELLI; PETRI, 2004, p. 121).

Lacan (1956-1957/1995) introduz então a noção de agente, no caso o agente dessa operação seria a mãe, que através da alternância não rítmica entre sua presença e ausência para a criança, constituir-se-ia como o primeiro agente de frustração.

Segundo Infante (2010/2011, informação verbal)²⁷, na passagem da mãe simbólica para a mãe real ocorre, portanto, uma presença/ausência não rítmica (tomemos o exemplo de um relógio que bate a cada 15 minutos, que quando bate aleatoriamente torna-se real, não faz parte de uma expectativa, ou seja, um ritmo que era incorporado torna-se enigma). Todos os objetos ficam assim atribuídos à mãe, que contém todos os objetos que passam a ser de dom (que ela vai dar se for de seu gosto). O que antes era um objeto real como as fezes, passa a ser objeto da relação com a mãe, e a criança pode fazer sintoma aí, como ação de formação da subjetividade.

Nesse momento pré-edípico o Outro é percebido como gozando do sujeito à medida que se ausenta e isso vai formar o leito, onde virá se instalar o fantasma,

²⁷ Informação fornecida por Domingos Infante em aula no curso de Psicanálise com Crianças, do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Psicanálise com Crianças, São Paulo, 2010/2011.

que tenta dar conta do desejo que não tem sentido. O fantasma é um cenário prevalente que é resposta ao enigma do desejo materno e nesse aspecto o sintoma é uma mensagem decifrável que responde a essa questão fálica, edípica.

Os objetos de dom supostos à mãe real armam a questão da demanda (sintomas podem se instalar aqui numa tentativa de produzir falta no Outro, como nos casos da enurese, encoprese e anorexia). O objeto de dom é simbólico porque representa alguma coisa, “a mãe dá se amar”; o objeto representa, mas não é o amor materno. Há aí uma insatisfação estrutural, frustração amorosa (não há garantia do desejo do Outro), nada satisfaz completamente, vai-se escavando uma falta.

Desta forma, na medida em que as demandas não são satisfeitas, esburacam estruturalmente o sujeito, escavando uma falta estrutural. Lacan (1961-1962) utiliza-se da figura topológica do toro na forma de uma câmara pneumática para diferenciar demanda e desejo. As demandas são representadas no circuito interno do toro contornando o vazio central que se refere ao objeto de desejo; note-se que a demanda, mesmo dando toda a volta no toro, não se depara com a falta do desejo.

Figura 2 – Figura do Toro

O objeto do desejo é um objeto perdido e a demanda é sempre de amor.

Na demanda, porém, há uma tentativa de identificar o objeto, o qual é identificado como algo que o outro possui e pode dá-lo como gesto amoroso. Uma dialética se estabelece entre demanda e desejo, criando uma ilusão de satisfação. [...] A demanda, assim, tem a função de suturar ilusoriamente a falta do desejo. Se a demanda é negada, essa negação obriga a um certo confronto com a falta. (INFANTE, 2002, p. 779).

Na clínica evidencia-se muitas vezes a demanda da criança sendo sustentada pelo desejo da mãe (por exemplo. uma mãe que conta com gozo que filho chuta outros na escola, a demanda da mãe seria: “*comporte-se filho*” e sua posição de desejo transgressora), a criança responde à posição de desejo numa complementaridade tórica com a mãe, pois interessa à criança como a mãe goza. Vale ressaltar que o toro não é totalizante, há uma multiplicidade de toros.

Lacan ilustra a frustração através de dois toros entrelaçados (figura abaixo): um representa o sujeito e o Outro, nesse caso, encarnado pelo outro da mãe. Os dois toros se arrumam de tal forma que a demanda de um sutura o desejo do outro e vice-versa. Essa inversão é reveladora da impossível harmonia entre desejo e demanda.

Figura 3 – Toros entrelaçados

A complementaridade tórica tem uma lógica imaginária que busca contornar a falta sem tomar contato com ela. O sintoma é uma saída imaginária para solucionar o impasse dessa dialética e a resolução fora do imaginário seria o corte da complementaridade realizado pela função paterna.

Perceber a mãe como faltante antecipa a angústia de castração para a criança, quando percebe a falta percebe também o desejo: tenho ou sou o que falta.

A frustração refere-se à falta imaginária de um objeto real, e é sempre real o objeto de que sente falta a criança. Conforme nos diz Lacan, estamos no domínio da reivindicação de exigências sem referência quanto à possibilidade de satisfação, “exigências desenfreadas e sem lei” (LACAN, 1956-1957/1995, p. 36).

A criança, em sua total dependência dos objetos do Outro, oferece-se ela mesma como objeto de satisfação, fazendo-se de falo para a mãe. Temos aí três elementos, mãe-criança-falo, que se articulam em torno de um engodo, aquele da

completude narcísica. Esse engodo é evidenciado quando a criança dá-se conta de sua insuficiência em relação ao desejo da mãe.

Temos do lado da criança a demanda “quero determinada coisa e o outro vai me dar porque me ama”. A mãe que não satisfaz vai sendo marcada pela falta e é vista como caprichosa e como faltosa, gerando um enigma: o que essa mulher quer? (situação de angústia intensa). Rivalidade, ciúmes, instrumentalização do outro como objeto, busca por consistência imaginária, reciprocidade e demanda de reconhecimento fazem parte do cenário com a mãe e traz as perguntas: por que essa mulher não se satisfaz? O que falta para ela? O Nome do Pai aponta o falo como resposta; o falo marca a diferença sexual (ter ou não ter o falo).

A função paterna é fundamental nesse tempo (terceiro momento de formação da subjetividade); o Nome do Pai vem dar sentido ao desejo materno, sustentando a promessa fálica, reinstaurando o falo como objeto de desejo materno, mas não o reduzindo a um objeto do qual possa privá-la.

A incidência da função paterna enquanto lei vai liberar a criança do desejo insaciável da mãe, e a castração vem reorganizar a relação do sujeito com a falta dando ao falo, objeto imaginário da frustração, o estatuto de objeto simbólico, significante da falta, que aponta para o engodo da frustração, o fato de que os objetos imaginários apesar de estarem colocados no lugar da falta não a preenchem. Trata-se aí de uma falta estrutural. A castração estabelecida por Freud como fundante da lei do incesto e da estrutura do Édipo concerne a uma dívida simbólica, a uma falta simbólica de um objeto, o falo em sua dimensão imaginária.

Essa experiência da falta, a partir da operação da castração realizada pela função paterna, permite ao sujeito o acesso à lei, implicando-se com sua falta, ao invés de imputá-la imaginariamente ao outro. No registro da frustração, a falta é interpretada como um sinal de que o outro não ama suficientemente e, na castração, a partir da constatação de que o outro não é onipotente e que tem suas faltas (portanto não pode ser um provedor incondicional), encerrando-se aí o engodo imaginário (INFANTE, 2002).

Considerando, como vimos, que o bebê não possui uma representação daquilo que se passa em seu corpo, desprovido de qualquer saber instintual, esse conhecimento só pode advir no laço com o outro. “É preciso que a mãe atele a economia de gozo do bebê à linguagem, mas isso só ocorre se a mãe se vê afetada

pelo que afeta o bebê, por meio de uma identificação transativista” (JERUSALINSKY, 2009, p. 96).

O conceito psicanalítico de transativismo é articulado por Bergès e Balbo (2002) como uma operação de caráter especular referente, inicialmente, justamente à relação primordial da criança com o outro materno, e fundada na divisão materna. Nesse jogo de posições, a mãe se divide, sendo ela mesma numa posição e também o filho, fala de uma dor, por exemplo, como se ela mesma a sofresse. No transativismo, essa divisão é o que permite à mãe falar daquilo que supõe como experiência afetiva do filho, como se fosse ela que a sofresse. O transativismo não é, porém, experienciado apenas do lado da mãe: através dele ela força a entrada do filho no simbólico, obrigando-o a considerar os afetos por ela nomeados para designar as experiências dele a partir das suas próprias.

O transativismo passa sempre pelo corpo. Do lado do bebê é através dele que é afetado, e partir de onde o mundo ganha forma e consistência. A mãe, que é afetada por aquilo que afeta o filho, através da identificação transativista, engata a economia de gozo do bebê à linguagem (JERUSALINSKY, 2009).

Nas relações entre corpo e transativismo coloca-se em questão a capacidade de se experienciar corporalmente um afeto no corpo topograficamente localizado, quando, por exemplo, uma criança vê outra machucar o braço e esfrega o seu próprio braço.

Quando a mãe supõe uma demanda ao filho, ela se sustenta na hipótese de que o filho irá atrelar essa demanda ao desejo dela, sendo essa demanda, portanto, o relançamento de seu próprio desejo. Bergès e Balbo (2002) tomam como exemplo a atividade motora da criança e consideram que o pensamento, enquanto movimento libidinal, torna-se motor, produzindo algo da ordem do perceptivo. Os movimentos e as posturas da criança trazem uma novidade perceptiva para a mãe, que os relança por intermédio de sua postura, seu discurso, e fala a respeito da atividade motora do filho.

Nesse sentido a natureza do relançamento poderia modificar a própria demanda, podendo produzir tanto uma criança inativa, como hipercinética; o relançamento materno economizaria a exploração perceptiva e o esforço de atenção da criança, pois a mãe se encarregaria disto.

Os movimentos do filho mantêm a pósturo-motricidade da mãe. A atividade do filho é a colocação em ato da hipótese de um saber que sua mãe supõe nele, e ela é libidinizada na medida em que está enlaçada no desejo da mãe, que a relança sem cessar. De modo em que há fundamento em se perguntar se a hipercinesia não poderia aparecer como um relançamento impossível, por parte do filho, face à ausência de desejo na mãe; ausência esta que poderia mesmo levar a um interdito interativo, ao qual a criança responde então por uma ins-tabilidade. (BERGÈS; BALBO, 2002, p. 34).

Os autores vão então considerar o transitivismo do pensamento em sua relação com a ação, levantando a hipótese do declínio do transitivismo para que o pensamento possa conduzir à ação, e nesse sentido, acorde com a modalidade e fracasso desse declínio, a ação poderia estar marcada pela transgressão ou por relações equilibradas entre pensamento e ação, sendo esses os elementos que poderiam conduzir à atenção e seus problemas.

Quando a criança se depara com sua imagem no espelho dá-se conta de que não necessita mais da mãe como seu duplo, e quando se volta para mãe no espelho é para convidá-la a abandonar a criança que é como um duplo dela. Para que esse processo possa se operar, é necessário que a mãe consiga suportar, do ponto de vista narcísico, essa queda. Deve deixar cair o falo imaginário como terceiro termo entre ela e o filho, para que aí possa comparecer o falo simbólico, de modo a separá-los para que a castração simbólica possa advir. A mãe deve supor que o filho deseje constituir seu próprio duplo, vindo a abandonar o laço que havia feito com ela. A criança não precisará mais da mãe para ser vista, já que até então se via com os olhos desta.

O júbilo, gozo experimentado frente ao espelho, a criança vai atribuir à imagem que vê, inscrevendo o gozo como fora do corpo e atribuindo-o a uma imagem desconhecida. A partir daí, gozo e desconhecimento tornam-se indissociáveis. Tentar se apropriar de sua imagem no espelho nos aponta para o fato de que gostaria de reter esse gozo inapreensível.

Esse gozo é doravante buscado por si mesmo, mas essa busca não é separável do transitivismo: é do corpo real que ele se separa, tornando-se a partir de então, gozo inscrevendo-se no simbólico por ser fora do corpo. (BERGÈS; BALBO, 2002, p. 60).

Quando consideramos as relações entre falo e transitivismo, é fundamental levarmos em conta que a mãe trabalha com a hipótese de que o corpo também

articula a demanda e que tem necessidades que o filho não é capaz de formular e as formula por ele.

De modo que quando a mãe, sem o recurso da representação, vem, através de seu transitivismo, acolher as pulsões, ela substitui o objeto de necessidade pelo da pulsão e, ao falar, introduz esse objeto na demanda (BERGÈS; BALBO, 2002, p. 88).

O falo se articula nesse ponto ao transitivismo na medida em que o falo que a mãe convoca o filho a renunciar, identificando-se ao seu discurso, ela mesma o renunciou, falo esse representado pela ilusão onipotente de que se poderia suportar as dores mais extremas.

Quando propõe que o filho se identifique ao seu discurso, propõe-lhe identificar-se a um falo simbólico em substituição ao falo imaginário, significante da onipotência. O falo simbólico é então comum à mãe e ao filho, pois a primeira experiencia corporalmente aquilo que supõe ao filho como afeto. E trata-se de uma experiência simbólica porque atesta a operatividade da função paterna nesse discurso transativista da mãe, pois

inscreve o corpo de seu filho em um corpo de linguagem, constituído de significantes e de letras. É um corpo que não pode mais, portanto, entregar-se a qualquer excesso de sofrimento, de *déficit* funcional ou gozo. É, portanto, um corpo ordenado ao próprio significante da função paterna, significante da falta no grande Outro. (BERGÈS; BALBO, 2002, p. 89).

Vale ressaltar, que na experiência transativista entre mãe e filho, há um aspecto clínico de especial relevância que diz respeito à imagem do corpo e ao esquema corporal. O que visa ao transitivismo materno é uma parte do corpo do filho que a mãe nomeia e a cria para ele, e o sujeito habitará daí por diante um corpo assim nomeado por sua mãe em seu transitivismo. O papel fundamental do transitivismo seria o de um gozo que se apresenta (materno) para introduzir o sujeito na dimensão simbólica.

Grassi (1990) considera o jogo do *fort da* como protótipo representativo de situações de separação futuras que a criança irá experienciar, criando uma espacialidade em que a oposição dentro/fora de mim corresponde à distância em relação ao corpo materno, articulando a passagem de uma superfície “plana, unidimensional, *espacio de inclusiones recíprocas, a un espacio donde se prefigura la tridimensionalidad, la profundidad, las relaciones de continente-contenido*”

(GRASSI, 1990, p. 37) e propõe que o corpo como banda de Moebius dê lugar ao corpo Toro, em relação ao qual se articulam todos os tipos de jogos referentes às relações de continente-conteúdo (por exemplo colocar/tirar e trasvasar), evidenciando a polaridade dentro/fora.

Esse processo de afastamento do corpo materno não se opera para algumas crianças sem deixar marcas, como a gagueira ou perturbações estruturais no esquema corporal, como confusões entre aqui e lá, dentro e fora, esquerda/direita, frente/atrás, em cima/embaixo, etc. (GRASSI, 1990).

Em referência ao estágio de espelho, Grassi considera que aquilo que a criança saúda jubilosamente no espelho no final desse período é o desprendimento do corpo materno que lhe servia de sustentação e transporte; saúda a assunção da imagem que agora pode mover-se por seus próprios meios à distância do corpo materno.

Vale também comentar sobre o papel das mãos nessa aquisição da marcha independente, as quais deixam de servir de apoio, seja ao engatinhar ou para segurar-se em móveis, dando lugar à exploração de espaços exteriores. As crianças dão início a uma série de jogos relativos à partida/retorno, muitas vezes tomando algum objeto metonímico da exterioridade, como carteiras e chaves, e partindo para a porta, a qual costumam tentar abrir para aprofundar sua relação com o exterior, representando as operações simbólicas, que nesse momento se desenvolvem na criança. Há outros jogos muito típicos que também ilustram essas operações, em que a criança corre olhando para trás para ver se o outro vai conseguir pegá-la, avaliando qual distância a separa do adulto e da mão que o sujeitava, e mais gozo se produz à medida que a distância aumenta.

3.3 OS SINTOMAS PSICOMOTORES E A SUBJETIVAÇÃO DO CORPO

Não há perseguição mais sinistra que a do próprio corpo: dessa não há saída. (ROSSI apud LEVIN, 1995, p. 155).

Nesta seção são apresentadas as formulações que, no campo da psicanálise, articulam o desenvolvimento psicomotor e seus impasses com a constituição subjetiva, o que aponta para a passagem do puro movimento para o movimento

pulsional, que afeta o Outro. Temos, por um lado, uma interessante articulação que se faz entre esses sintomas que têm o caráter de se dar a ver a um Outro, que goza ao olhar, e manipular o corpo da criança e o fato da criança permanecer ligada ao Outro via olhar, o que parece evitar a angústia de sua própria aparição como sujeito, dificultando-lhe o processo de subjetivação de um corpo próprio.

Por outro lado, temos hipóteses teórico-clínicas problemáticas em dois sentidos. Primeiramente, Levin (1997) parece tentar dar um estatuto psicanalítico à hipercinesia, chegando a propor considerar os sintomas psicomotores em dois grupos clínicos, os de instabilidade e os de inibição psicomotora. Uma segunda problemática refere-se ao conceito de pulsão motora trabalhado pelo autor, em que a agitação motora aparece como uma causalidade pré-pulsional. A ressalva a ser feita aqui diz respeito justamente à instalação do circuito pulsional, cuja característica é justamente realizar-se passando pelo Outro – não há pulsão sem Outro: se houver falha nesse circuito estamos no campo dos automatismos autísticos.

Laznik (2003) nos esclarece que, ao longo do seu primeiro ano de vida, o bebê mostra interesse em olhar e ser olhado, e por brincadeiras que remetem ao prazer oral, como a simulação de ser “comido” pela mãe. Temos aí os três tempos do circuito pulsional: um primeiro, ativo, em que o bebê busca o objeto de satisfação — em uma dimensão essencialmente oral em que está em jogo a realização de necessidades —, um segundo autoerótico, em que toma uma parte do seu corpo como objeto de prazer, e um terceiro, de passivação pulsional, em que o bebê se faz objeto da mãe (ou daquele que desempenha a função desta), revelando um momento de troca com o outro. No caso dos bebês que mais tarde se revelam autistas, observa-se o fracasso desse terceiro tempo do circuito pulsional, ou seja, o não surgimento da capacidade de iniciar as trocas de um modo lúdico e satisfatório.

Levin (1997), ao articular desenvolvimento psicomotor e constituição subjetiva, trabalha com duas hipóteses fundamentais: que a subjetivação do corpo e do movimento corporal ocorre a partir de seu encontro com os significantes atribuídos pelo Outro e que a montagem pulsional da motricidade está atrelada à estruturação do prazer no movimento no processo de constituição subjetiva.

Freud (1915/1987) propõe que a atividade muscular permite à criança construir uma primeira referência/discriminação entre o interior e o exterior, atribuindo ao mundo exterior aqueles estímulos que desaparecem com o movimento

muscular, e ao interior aqueles que persistem apesar da ação muscular realizada. Trata-se, portanto, de uma ação motora que inscreve diferenças, dando assim contorno ao corpo, porém “a tensão de estímulo proveniente do mundo interior pulsional não se satisfaz, nem se diferencia, se não vem um Outro a acalmá-la, a situar o movimento tônico-muscular da criança como um dizer” (LEVIN, 1997, p. 189).

Ao passar pelo campo do Outro, o movimento tônico muscular torna-se pulsional. O Outro interpreta o movimento da criança como um pedido, produzindo uma descontinuidade e ligando o movimento a uma satisfação. A criança então, frente a um estímulo, de maneira retroativa, vai tentar repetir essa satisfação, visando novamente obter prazer; inscreve-se aí uma zona erógena, evidenciando-se a relação primária entre motricidade e erogeneidade pulsional. A repetição estabelece:

Uma orientação, uma margem-superfície, não é mais o puro órgão-motor: o movimento entrelaçado com o desejo e o corpo como objeto causa de desejo [...]. O que no desejo de mover-se se perde movendo-se é o corpo. Pois o prazer libidinal se inscreve na ausência. (LEVIN, 1997, p. 190).

Aquilo que é prazeroso no movimento é perder o corpo; ao passar pelos significantes e pelo circuito pulsional do Outro, o prazer se localiza fora do corpo numa operação simbólica em que se estabelecem margens, organizam-se espaço e tempo e o corpo-puro-órgão advém à condição de corpo erógeno. Quando não há passagem pelo Outro o prazer fica circunscrito ao órgão, do qual não se distancia, e um exemplo disto são os movimentos estereotipados do autista, que não dirige demanda ao Outro, havendo prazer sem desejo. A motricidade marcada pelo significante permite que a criança possa perceber o que lhe dá prazer interior e recusar o que lhe provoca desprazer vindo do exterior, perdendo-se, nesse movimento, o corpo em si.

Aqui vale ressaltar que, antes mesmo de nascer, o corpo da criança já tem lugar no imaginário materno, enquanto unificado e sexuado, mas também como um corpo em movimento, andando, correndo, brincando. Quando o bebê se mexe dentro da barriga da mãe e ela não consegue controlá-lo, há uma antecipação para os pais da imagem de um sujeito em movimento.

Levin (1997) trabalha com a hipótese de uma pulsão motora que tem como fonte a musculatura, que permite o movimento; como objeto está o corpo que, tendo sido perdido, serve de molde vazio que a motricidade contorna, e como alvo há a satisfação, que implica numa ação, num movimento impulsionado pela fonte pulsional.

O autor dá um exemplo clínico de instabilidade psicomotora em que o fantasma articulado ao campo da motricidade produz um gozo enquistado no corpo, produzindo sintoma de excitação motora.

A pulsão motora, segundo Levin (1997), pode ter como fim a dor (destino impossível), sintoma psicomotor (o que se dar a ver), este último que produz, por um lado, satisfação prazerosa ao introduzir o movimento na postura corporal e, por outro, que imbrica as pulsões motora e escópica, pois o movimento dirige-se ao olhar do Outro. Outro destino possível da pulsão motora seria a sublimação através da realização esportiva.

Na *Interpretação do Sonhos*, Freud articula prazer e movimento, dá o exemplo de jogos de adultos com crianças em que estas são jogadas pra cima, balançadas e giradas; com júbilo, pedem a repetição da brincadeira, especialmente se estas incluem susto ou vertigem. Essa repetição infantil, com o passar do tempo, vai ocorrer nos sonhos, mas como falta aquele que segura, sonha-se que se flutua ou com o corpo em queda livre. Também se refere às brincadeiras de gangorra e balanços, afirmando não ser raro o fato de despertarem prazer sexual. São jogos de presença e ausência nos quais o prazer do movimento se presentifica na ausência, através da evocação significativa, como no sonho.

Outra articulação se faz entre o prazer do movimento, a sexualidade e a angústia. “A angústia ocorre no corpo, e impede a perda deste mesmo corpo, acarretando assim a imobilidade do sintoma.” (LEVIN, 1997, p. 207). A angústia aparece frente à presença excessiva do corpo e do Outro, que não permitindo furos e não imprimindo um ritmo de presença e ausência, remete ao real, à ausência de castração.

De que temos medo? Do nosso corpo. É o que manifesta este fenômeno curioso sobre o qual fiz um seminário um ano inteiro e que chamei angústia. A angústia é justamente algo que se situa alhures em nosso corpo, é o sentimento que surge nesta suspeita que nos vem de nos reduzirmos ao nosso corpo. (LACAN, 1974/1986, p. 38).

Levin considera que a angústia possa comparecer através do movimento, e o sintoma psicomotor vem evidenciar a angústia através da hipercinesia motora, do movimento desordenado ou de sua inibição.

Levin (1995) propõe que no caso dos transtornos psicomotores existem perturbações do esquema e da imagem corporais, bem como do tônus muscular, gerando confusões espaciais (como de lateralidade) e rítmicas (coordenação dos movimentos e equilíbrio), que fazem obstáculo aos processos de simbolização do corpo real, dificultando a constituição de um corpo subjetivado.

O sintoma psicomotor, em suas diversas apresentações, tem a particularidade de ser visível ao campo do Outro e, assim como os outros sintomas, tem um caráter defensivo. Em seu caso particular, Levin (1995) considera que o corpo real tem seu “peso duplicado”, e é disso que o sujeito tenta defender-se, pois é para o corpo “transtornado” da criança que se dirige o olhar do Outro – Outro que goza ao olhar e manipular o corpo da criança.

O outro goza a mais e determina esse “sobrepeso” do corpo real, onde se presentifica sua substância, sua entidade corpórea, onde o sintoma psicomotor cronifica-se neste se dar a ver para o gozo do Outro e o corpo real torna-se “duplamente” presente. (LEVIN, 1995, p. 155-156).

Esse corpo real duplicado faz obstáculo à subjetivação do corpo pela criança no que concerne à apropriação da imagem corporal, dos limites do corpo, do traço unário, do eu/não-eu, das noções de espaço, de continente/conteúdo. Essas dificuldades de simbolização associam-se a uma imagem corporal que, não submetida a um corte da função paterna, permanece presa ao Outro, havendo um embaçamento do limite do simbólico, ou seja, “o Nome-do-Pai não termina de encravar-se no corpo da criança” (LEVIN, 1995, p. 156).

O sintoma psicomotor aparenta ser uma maneira de separar-se, de produzir um corte, mas, tomando aqui o exemplo dos casos de hiperatividade, temos na realidade uma criança que permanece presa ao olhar atento do Outro para seu corpo e seus movimentos; a criança fica num lugar intermediário entre ser e não ser o falo imaginário da mãe.

E o que se observa nessas crianças é justamente a dificuldade em representar o corpo como faltante, o qual permanece ligado ao Outro pelos

movimentos que são dados a ver a este último. Há um excesso de gozo que se apresenta na função motora:

É esse gozo auto-erótico o que se encontra entrelaçado estruturalmente ao movimento, impedindo seu desdobramento. Impedimento que se manifesta na torpeza, na inibição ou na instabilidade psicomotora. (LEVIN, 1995, p. 157).

Poderíamos arriscar a dizer que se trata, paradoxalmente, de um gozo autoerótico, mas com caráter transativista, mãe e criança capturadas numa armadilha narcísica.

Levin (1995) propõe os sintomas psicomotores englobem dois “grupos clínicos”, de instabilidade ou inibição psicomotora.

Na instabilidade motora a criança apresenta descontinuidade tanto nas brincadeiras, quanto em sua expressão corporal, com dificuldades em inibir os movimentos, o que se desdobra numa presença corporal expansiva, explosiva e agressiva. Move-se incessantemente, com dificuldade em parar e relaxar, mudando constantemente de postura; dando a ver ao Outro uma imagem de instabilidade e inquietação no corpo.

Esses estados tensionais expressam uma busca incessante por limites corporais para evitar uma dispersão corpórea. Um exemplo emblemático desse estado são os psicóticos que apresentam o quadro descrito pela Psiquiatria como rigidez cética, na qual o tônus muscular se constitui como uma barreira que evita a dispersão corporal.

Nos casos de instabilidade motora há uma tentativa de se constituir uma borda, através de formas e limites que informem acerca do corpo, seja por temor de perdê-lo ou porque se encontra indiferenciado. Os comportamentos de risco assumidos por essas crianças atestam essa experimentação acerca dos limites espaciais no real do corpo, movendo-se, pulando, caindo, se machucando. Essa busca pela constituição de um corpo subjetivado apresenta-se através de:

Tentativas compulsivas, agressivas, que, ao invés de construir diferenças espaciais, temporais, corporais, perpetuam por meio desta aparência uma situação sem corte, sem diferenciação simbólica, onde a criança encontra uma saída: a instabilidade ou inibição motoras. (LEVIN, 1995, p. 160).

Essa posição dada a ver ao Outro oculta a posição da criança enquanto sujeito desejante, dependendo dessa maneira do Outro, cujo olhar está sempre presente, antecipando, controlando suas ações, englobando o corpo e o espaço da criança. Esta ocupa assim um lugar de “objeto em movimento” para o Outro, objeto instável que representa uma aparência de corte e diferenciação, mas que renuncia de seu espaço e da apropriação de seu corpo para gozar e servir de objeto de gozo ao Outro.

Estando unido pelo olhar ao Outro

evita a angústia da sua aparição como sujeito e da apropriação de seu corpo, evitam-se as diferenças, a agressividade necessária para criar um espaço e um corpo diferentes dos outros (passagem do Outro especular ao Outro simbólico) que implica sempre uma perda, uma busca, que possibilitará a representação, a simbolização do seu espaço, do seu corpo, do seu ser sujeito. (LEVIN, 1995, p. 161).

Na clínica com crianças com instabilidade motora é o outro que se ocupa da criança quem vem queixar-se dos sintomas de instabilidade, sintoma esse que se apresenta como uma tentativa da criança de encontrar um lugar metafórico: seu lugar é o de instabilidade, revelando um compromisso entre o estado de tensão e a montagem fantasmática.

Já nos casos de inibição psicomotora, segundo Levin (1995), corpo e movimentos são limitados por sua relação com o Outro em sua função de exploração do mundo e meio de se relacionar com os outros. São crianças quietas, com pouca movimentação e limitação gestual e expressiva do corpo. Em geral são descritas pelos pais como filhos “bonzinhos”, que não trazem preocupação, não fazem bagunça e fazem aquilo que lhes é dito para fazer. Posicionam-se como passivos e ocupam o lugar de “objeto bonzinho”, temendo ser desaprovados como filhos. A angústia que implicaria a assunção de uma posição como desejante é evitada através da pouca movimentação, por não assumir nenhum tipo de risco. Há uma escolha pela inibição para não ter que aguentar a angústia que implica a separação do Outro. Colocam-se nessa posição para que não a olhem, porque sabem que assim é olhada, conquistando seu lugar junto ao Outro.

Na instabilidade motora, na direção inversa, a criança através de sua movimentação incessante e indiscriminada oculta a sua dificuldade de encontrar um lugar e um corpo discriminados.

Tanto os casos de inibição como de instabilidade motora apontam para um gozo transativista que não cessa de se repetir, comprometendo o desenvolvimento psicomotor da criança; se não se considera o caráter discursivo da ação e do movimento, a pura ação continuará. A criança desconhece o que diz em seu fazer, é fundamental um Outro que inscreva seu gesto na cadeia significante, desvendando-lhe seu caráter metafórico.

Levin traz contribuições importantes no que se refere à construção de hipóteses clínicas acerca dos impasses relativos à dificuldade de separação na relação da criança com o Outro, dificultando a subjetivação de um corpo próprio pela primeira. Retomaremos algumas dessas hipóteses que consideramos relevantes para escuta da criança e os sintomas que expressa no corpo através da agitação motora na seção 3.3.

Entretanto, vale ressaltar que parece haver uma tentativa de dar um estatuto psicanalítico ao TDAH por parte do autor, quando propõe, por exemplo, a classificação de grupos clínicos de instabilidade e inibição psicomotora, e nos questionamos se não há aí uma retomada da classificação proposta no DSM entre os tipos clínicos TDAH do tipo Hiperativo/Impulsivo e TDAH do tipo predominante desatento, parecendo articular outra explicação etiológica fundada numa nosologia psicanalítica para TDAH. E o conceito que baliza essa hipótese etiológica é o da função motora que, com seu caráter pré-pulsional, subsidia o que poderíamos chamar de uma clínica psicomotora, abrindo uma hiância em relação à clínica psicanalítica que se ocupa da criança e das inibições, sintomas e angústia que em seu corpo comparecem evidenciando seu mal-estar.

4 O QUE A CLÍNICA COM CRIANÇAS NOS ENSINA SOBRE O TDAH

Neste capítulo discutimos o que a clínica com crianças nos ensina sobre o TDAH. É importante esclarecer que foi a partir da clínica que surgiram os questionamentos que originaram essa pesquisa. Como já foi descrito na introdução deste trabalho, o reducionismo da criança que recebe o diagnóstico de TDAH a disfunções neuroquímicas e uma escolha por um tratamento, que, via de regra, resume-se à medicação e, quiçá, terapia comportamental, foi um fato que funcionou como uma espécie de empuxo à formalização de um saber que fizesse frente a essa posição.

O que podíamos escutar e experienciar transferencialmente com crianças que receberam esse diagnóstico nos interrogava acerca da produção sintomática de um sujeito que evidencia um excesso de gozo no corpo via uma movimentação corporal que não cessa. Frente a essas interrogações clínicas, fomos em busca de referências no campo teórico.

Neste capítulo, antes de apresentarmos dois recortes clínicos, e o que deles podemos formalizar numa pesquisa acadêmica, iniciaremos explicitando o que consideramos ser a irreduzível singularidade de um caso clínico que resiste à formalização numa pesquisa. Em seguida apresentaremos a Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos (AP3), que foi utilizada nesta pesquisa como referencial para leitura e interpretação das formas como as formações do inconsciente comparecem na vida cotidiana da criança. Na sequência apresentaremos o termo de consentimento de pesquisa que segue os padrões solicitados pelo comitê de ética da instituição onde se realizou a pesquisa e, por fim, faremos algumas articulações teórico-clínicas, em que clínica e teoria interrogam-se e nos interrogam como pesquisadores e analistas.

A tarefa de transmissão da psicanálise a partir de recortes clínicos num trabalho de pesquisa esbarra com o real. “O que é a clínica psicanalítica? [...] a clínica é o real enquanto impossível de suportar” (LACAN apud POLI, 2008, p. 170). Esse real que insiste e que resiste a se fazer representar confere justamente a singularidade irreduzível do caso, que comparece na transferência e resiste à conceitualização. Sem esse real, entretanto, não haveria psicanálise ou pesquisa em psicanálise – a pesquisa em psicanálise “opera nessa tensão, nessa interface de

recobrimento impossível entre o simbólico dos significantes disponibilizados pela teoria psicanalítica e o real da clínica” (POLI, 2008, p. 170).

Os recortes clínicos utilizados ocorreram em dois tempos distintos desta pesquisa. O caso de Ariel antecedeu em um ano e meio o caso de Soraia, e as formulações teórico-clínicas em cada um dos recortes clínicos evidenciam tanto as interrogações presentes nesses momentos do percurso e como as reformulações que partiram justamente desta interlocução entre clínica e teoria e que se ensaiou transmitir pela escrita.

Ao escrever a clínica busca-se explicitar e precisar a lógica conceitual do caminho percorrido na direção do tratamento, trazendo o testemunho das encruzilhadas clínico-teóricas apresentadas pela práxis. Temos aí a escrita como necessária à elaboração do método clínico. O recorte clínico não é aí exemplo, mas causa, ponto de partida das hipóteses produzidas. Ele interroga exigindo formular o que ainda está sem ser precisado. (JERUSALINSKY, 2009, p. 236).

Considerações sobre a Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos (AP3)

A Avaliação Psicanalítica (AP3) foi desenvolvida pelo Grupo Nacional de Pesquisa, coordenado pela Prof. Maria Cristina Kupfer, como continuidade da Pesquisa Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI), uma pesquisa multicêntrica, que teve como objetivo principal avaliar e validar a eficácia de indicadores clínicos para a detecção precoce de risco psíquico ou problemas de desenvolvimento em crianças até 18 meses.

A Avaliação Psicanalítica (AP3) consta de duas partes: uma entrevista com os pais e a criança, e uma com a criança em situação lúdica foram construídas para serem utilizadas inicialmente em crianças que haviam sido submetidas aos IRDI, com o objetivo

de investigar e de tentar compreender os efeitos de sujeito na criança em questão, levando-se em consideração uma pluralidade de discursos envolvidos, o do adulto, o dos cuidadores, além daquele que é tecido pela própria criança. (DI PAOLO; LERNER; KUPFER, 2008, p. 7).

A entrevista com os pais constitui-se como um roteiro com 43 perguntas, que avaliam os seguintes pontos: 1) Como situam o filho em seu discurso?; 2) Como situam o filho na família?; 3) Como recebem as demandas de seu filho?; 4) Há uma

relação de sujeito a sujeito quando a mãe ou o pai se dirige à criança?; 5) Como se posicionam diante das leis e das regras na relação com o filho?

A AP3 foi utilizada nesta tese como referência para a leitura e interpretação de categorias que podem nos fornecer informações sobre as formações do inconsciente na vida cotidiana da criança. Essas categorias são: o brincar e o estatuto da fantasia, a imagem inconsciente do corpo, as formações da lei e a posição do sujeito na linguagem. Dessa forma, na entrevista com os pais não foi seguido o roteiro de 43 perguntas, apesar de terem sido observados os pontos sugeridos para as entrevistas, mas foram realizadas entrevistas com a criança em situação lúdica.

Vale ressaltar que a AP3 “não serve apenas à aplicação aos 3 anos, possuindo grande potencial diagnóstico e capacidade de apontar riscos para a constituição subjetiva e problemas de desenvolvimento infantil” (DI PAOLO; LERNER; KUPFER, 2008, p. 1-2).

Os indicadores foram selecionados e organizados consoantes às operações fundamentais para constituição do psiquismo. Foram escolhidas quatro operações formadoras que se mostraram fundamentais na história da clínica psicanalítica e que sintetizam algumas correntes teóricas desta última. Essas operações, enquanto conceitos operacionais, balizaram a formulação de quatro eixos teóricos que organizaram a seleção, aplicação e avaliação dos indicadores, que são: suposição de um sujeito, alternância presença/ausência, estabelecimento da demanda e função paterna (JERUSALINSKY, 2008).

Essas operações são formadoras de uma matriz simbólica denominada fantasma fundamental, que é composta de três estruturas inconscientes: sexuação, filiação e identificações. “Elas regulam, organizam e determinam as relações do sujeito com os outros, com os objetos e com seu próprio pensamento” (JERUSALINSKY, 2008, p. 119). Balizam também a disposição do desejo, que tem como característica a realização de ideais, estabelecendo para o sujeito enigmas e questões que ultrapassam a sua capacidade de realização. A saída encontrada pelo sujeito para dar conta desse impasse são as soluções de compromisso que caracterizam o sintoma psíquico.

As crianças respondem ao seu fantasma fundamental através de dois tipos de sintomas: os sintomas de estrutura, que consistem em tentativas de solução e

elaboração dos impasses colocados pelo fantasma, e os sintomas clínicos, que denotam grande dificuldade ou impossibilidade do sujeito em respondê-los.

Esses sintomas se expressam através das formações do inconsciente. Os sintomas de estrutura se dão por meio de uma dilatação do ficcional do registro imaginário através do brincar, dos desenhos, da experimentação de transgressões, da mentira e das fabulações, dos terrores noturnos, das enureses e encopreses, dos jogos de elaboração dos movimentos de alienação e separação, etc. Já os sintomas clínicos apontam para a impossibilidade do sujeito em responder ao seu fantasma, evidenciando justamente que o que está em risco é a constituição do sujeito psíquico (JERUSALINSKY, 2008).

Na AP3, as formações inconscientes da criança foram organizadas em categorias que podem nos fornecer informações sobre essas formações do inconsciente na vida cotidiana da criança, sendo elas: o brincar e o estatuto da fantasia, a imagem inconsciente do corpo, as formações da lei e a posição do sujeito na linguagem. Apesar de resultantes do fantasma fundamental, na pesquisa sua interpretação não tem como objetivo revelar de maneira retroativa o primeiro, mas diferenciar aquelas crianças que apresentam risco psíquico das que apresentam problemas de desenvolvimento.

No caso da criança, o registro imaginário ocupa um lugar bastante privilegiado, pois permite o ensaio e antecipação em relação ao seu porvir e, diferentemente do adulto, em que o simbólico estabelece um limite mais nítido entre imaginário e real, na criança esse corte é muito mais tênue. Quando consideramos a psicopatologia na infância o imaginário ocupa uma posição muito relevante no diagnóstico, e o brincar, analisado nas horas de jogo, vem, por assim dizer, revelar a posição da fantasia inconsciente da criança, sendo possível diferenciar as seguintes posições: a) ausência de fantasia; b) fantasia sem o limite entre o imaginário e o real; c) ultrapassagem constante entre a fantasia e o real (caso em que, apesar de inscrito e reconhecido esse limite, a criança permanece colada à necessidade de ultrapassar essa fronteira); d) criança que diferencia imaginário, simbólico e real, sendo sua produção (jogos, brincar, desenhos, etc.) inscrita na cadeia significativa, permitindo que as inibições, sintomas e angústia se articulem através de uma narrativa, meio pelo qual tenta simbolizar e elaborar seus conflitos.

A imagem inconsciente do corpo evidencia os traços de diferenciação sexual, os esquemas motores e os traços de auto-reconhecimento e identificatórios,

constituindo-se na relação da criança com o seu Outro primordial. Nesse sentido, como propõe Jerusalinsky (2008), temos um retorno narcisista da pulsão, que parte e retorna ao sujeito passando pelo outro, estando portanto aí implícita uma demanda de reconhecimento. Os sintomas clínicos podem aí se evidenciar em dificuldades de diferenciação sexual, de auto-reconhecimento, em discrepâncias de movimento, em inibições ou demandas excessivas em capturar o olhar do outro, etc.

No que concerne ao registro das formações da lei, este comparece na relação da criança frente aos limites, à diferenciação entre público e privado, à restrição de impulsos de acordo com a situação e sua permeabilidade às marcações de tempo, que atestam a internalização de uma instância de interdição.

A posição do sujeito na linguagem revela a posição que este ocupa no sistema de língua, e sua possibilidade

de se situar em relação às significações que são colocadas em jogo, de sustentar as relações com o outro e os objetos que os enunciados proferidos em determinada situação colocam, de fazer circular pela linguagem demanda e desejo, de reconhecer na linguagem demanda e desejo dos outros, de perceber o enigma que lhe coloca o enunciado de novas significações, e de produzir, por sua vez, ele próprio, significações novas destinadas a recobrir manifestações reais que excedem enunciados prévios. (JERUSALINSKY, 2008, p. 129).

Termo de Consentimento de Pesquisa

Os responsáveis legais pela criança assinaram um termo de consentimento livre e informado (Anexo G) que segue os padrões solicitados pelo comitê de ética da instituição onde se realizou a pesquisa, contendo explicações sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, bem como do sigilo acerca da identificação dos participantes. Vale ressaltar que, quando esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética, ela ainda era um projeto de pesquisa e tinha outro título, que é o que consta, tanto do termo de aprovação do comitê (Anexo F), como do Termo de Consentimento de Pesquisa.

4.1 RECORTE CLÍNICO: ARIEL E OS TROPEÇOS NA SUBJETIVAÇÃO DO CORPO

Os pais chegam com encaminhamento da pediatra com objetivo de avaliação psicológica para investigação da hipótese diagnóstica de TDAH. Trazem a queixa de que Ariel (que na época tinha oito anos), é muito agitado, não respeita limites, faz escândalo quando fracassa, culpa o outro pelos próprios erros, não suporta perder, fazendo as próprias regras durante um jogo ou modificando-as em seu próprio benefício. Relatam também diversos episódios de agressão em relação a outras crianças. Mostram-se bastante cansados e dizem “*não saber mais o que fazer*” em relação ao filho.

Relatam que, quando a mãe (Renata) engravidou, estavam juntos há quatro anos e que o desejo de ter um filho estava do lado da mãe, que na época disse ao marido “*se não for com você, será com outro*”. Na época, o pai (Márcio) queria adiar o plano, e relata que ainda estava fazendo investimento profissional.

Quando Ariel nasceu, referem que a situação econômica não era estável, que ambos trabalhavam em casa. Renata diz que até os seis meses de Ariel não tinham empregada e que era muito econômica, regrada e organizada, para dar conta dos cuidados da casa e do filho. Dizem que eram “*muito grudados*” com Ariel, que foi amamentado até os dois anos. Descrevem-no como uma criança curiosa e agitada desde que começou a engatinhar e que só o barravam em suas explorações “*no limite*”, quando “*era desesperado, irritava*”, em função do que a mãe tentava atender rapidamente a todas as suas demandas.

Contam também que Ariel sempre foi uma criança que gostou de se exibir para o outro e que desde cedo tinha brincadeiras muito elaboradas, para as quais chamava sempre a atenção dos outros.

Quando questionados acerca da imposição de limites para Ariel, o pai diz que sempre explica o porquê algo não é permitido ou está incorreto, oferecendo-lhe extensas explicações, e que muitas vezes volta atrás. A mãe afirma que tenta sustentar os limites impostos, mas vale ressaltar que sempre que se refere a algo que Ariel “aprontou” o faz esboçando um sorriso no rosto. Contam também que têm uma empregada muito permissiva, com quem Ariel convive desde pequeno.

Quando Ariel tinha quatro anos seu irmão nasceu. Segundo os pais, Ariel “*perdeu o reinado*”, pois o irmão era um bebê com muita dificuldade de dormir, fato que deixava mãe extremamente irritada. Além disso, o bebê também tinha muitas alergias e asma, tendo a atenção dos pais desde então se dirigido a ele, entre idas e vindas de hospitais. Dizem que é uma criança linda e que chama muita atenção, sendo sempre elogiada pelos outros, em detrimento de Ariel.

Foi nessa época que os comportamentos de Ariel dos quais os pais se queixam se acentuaram. Na escola, quando Renata chegava para buscá-lo, diz que tinha uma fila de crianças reclamando por terem sofrido algum tipo de agressão por parte de Ariel. Optaram por mudá-lo de escola, pois na anterior já “*estava marcado*” e sempre lhe atribuíam a responsabilidade pelos problemas ocorridos, mesmo que não tivesse culpa.

No primeiro semestre na nova escola os pais já foram chamados algumas vezes, em função de problemas de comportamento, pois é um garoto extremamente inteligente e seu rendimento é sempre acima da média. Em conversa com a coordenadora, esta relata que Ariel está sempre desafiando os limites, sejam eles físicos (por exemplo, indo para locais da escola que lhe são interditados na hora do recreio, caso em que “*basta que tirem o olho dele para desaparecer*” – sic/coordenadora) ou regras de convivência estabelecidas.

Em relação à dinâmica familiar, os pais relatam “*não temos uma rotina padrão, apesar das crianças terem hora de lanche e de lição*”, pois o pai trabalha em casa e ele próprio tem horários que variam de acordo com as filmagens. Dizem que muitas vezes as crianças estão indo dormir, o pai chega e começam novamente a conversar e brincar. Quando interrogados sobre como é ser pai/mãe para cada um dos filhos, Márcio diz que é mais fácil ser pai de José, pois com Ariel é criativo, mas ele cansa, e Renata diz que é bom passear e conversar com Ariel, mas que “*dá preguiça, em função da dificuldade de administrar*”. Diversas vezes referem-se às dificuldades encontradas na hora das refeições: Ariel chuta o irmão (que senta ao lado do pai), derruba as coisas na mesa e põe a culpa no outro, o pai se aborrece, grita com ele, sendo as refeições sempre conturbadas.

No primeiro encontro Ariel mostra-se inicialmente tímido e pouco falante, faz silêncios prolongados, especialmente quando lhe faço alguma pergunta que implique que fale sobre o que sente. Mostra-se curioso pela sala, abre gavetas e logo se põe a testar alguns limites, mexendo na cortina, quebrando as pontas do lápis,

pendurando-se nas grades da escada e, nesse caso, colocando-se em risco de cair para o outro lado e se machucar.

Vale ressaltar que quando questiono os pais sobre situações em que Ariel coloca em risco o próprio corpo, eles dizem que são frequentes, mas uma delas me chamou especial atenção, tanto pelo alto risco da situação, como pelo comportamento da mãe. Esta relata que um dia chegou para pegá-lo na casa de um amigo, e os viu andando no telhado por cima das caixas d'água das casas. Eles desceram depois de um tempo, e Ariel pediu para ficar na casa do amigo, ao que a mãe consente, indo embora. Diz que apenas quando chegou em casa deu-se conta que não explicitou para o filho a gravidade da situação e tampouco o puniu pelo seu ato; ao contrário, premiou-o, deixando que ficasse para dormir na casa do amigo, e pede então que o pai vá buscá-lo.

Ora, se por um lado temos essa situação em que a mãe é muito ambivalente quanto à consequência dada ao ato de Ariel, o que é prevalente nesse cenário em que ele se põe em risco é o olhar da mãe que o segue todo tempo. Quando questionada sobre o fato, afirma que se não o perseguir com o olhar, "*Ariel pode até matar alguém*". Frente ao meu espanto dá a seguinte explicação: caso desça ao *playground* do prédio sozinho de bicicleta pode atropelar alguma criança pequena e esta morrer. Nesse momento o pai intervém dizendo que, quando ele era criança, tinha liberdade e que Ariel também deveria experimentá-la. A mãe imediatamente responde que não há problema, desde que ele se ocupe do filho para evitar que sofra qualquer tipo de acidente. Acrescenta ainda que o pai, quando nessas situações, acaba recuando e a pergunta que ela sempre lhe faz é: Você garante? Essa pergunta da mãe atesta a posição de Outro consistente e sem faltas que, via de regra, ocupa em relação ao filho, daquela que acredita poder oferecer garantias e por isso tudo controla e não o abandona com o olhar.

Outra situação muito relevante que merece ser destacada foi o dia em que Ariel chegou com a mãe a qual me disse, esboçando um discreto sorriso no rosto, que Ariel havia se cortado de propósito com uma tesoura na escola. Faço uma cara de espanto e subimos, eu e ele para a sala. Pergunto o que havia acontecido e ele me responde que queria ver sangue. Digo que tem muitas coisas das quais podemos saber sem fazer e que me parecia que ele queria ver qual era o limite entre a pele e o que estava dentro e ele prontamente me diz que era isso mesmo.

Ariel mostra-se sempre muito animado para brincar, montando cenários bastante completos; desenvolveu uma história sobre a Rapunzel, que foi trocada por uma espada mágica pelo pai para que ele pudesse ir à guerra, tendo ficado 47 anos presa sozinha no alto do castelo da bruxa.

Alguns pontos merecem ser ressaltados em relação ao brincar de Ariel na história de Rapunzel. O pai aparece inicialmente como figura central da narrativa e primeiramente como aquele que priva o outro do contato e atribui a ele um valor de troca (liberdade de Rapunzel X espada mágica) que lhe convém, em detrimento do outro. Esse pai tem a peculiaridade de bater no outro sempre que este tenta conversar, conforme Ariel verbaliza: *“bate porque não gosta de falar”*. Aos poucos esse enunciado atribuído ao pai é deslocado para qualquer personagem que utiliza em seu brincar. São sempre personagens muito agressivos e tresloucados, para quem não há ponto de basta. Ariel demonstra um gozo evidente em situações violentas em que um personagem agride o outro ou movimenta-se sem parar e, em suas palavras, “fica louco”.

Outro aspecto recorrente em suas brincadeiras foi a sua dificuldade em admitir qualquer limite às demandas dos personagens (que em função de bruxarias podem ter seus desejos satisfeitos sem nenhum limite) e em deixar que qualquer tipo de falta se inscreva (ex. personagens que ressuscitam, dinheiro interminável, etc.).

A narrativa se desenvolve em torno de uma família com marcada dificuldade em elaborar seus conflitos relacionais, seja porque se bate ao invés de falar – já que não se ouvem ou não respeitam a singularidade da opinião do outro que impõe seu desejo aos demais, sem considerar o que quer o outro –, ou porque histórias relativas à filiação não são reveladas a quem interessa, permanecendo como não-ditos (como os filhos do irmão de Rapunzel, que moram com a família do pai isolados no campo e nada sabem sobre o porquê de terem sido separados de sua mãe). É interessante porque em determinado dia essa família que resolve mudar-se do campo para Cidade do México e então Ariel preocupa-se muito em dar um celular e um *Ipad* para cada um de seus membros, em relação ao que eu pontuei que me parecia muito celular para pouca comunicação.

Um último ponto a ser mencionado refere-se à destrutibilidade presente em seu brincar. Tomemos alguns exemplos: Ariel “esmigalhou” uma torre de isopor que havia construído, espalhando pequenos pedaços de isopor pela sala,

(representavam o sangue da bruxa que havia morrido) e quebrou a capa onde fica guardada uma espada. Também encontra uma maneira de quebrar os bonecos quando os utiliza. A peculiaridade dessas cenas destrutivas é que elas não contêm uma violência explícita e direta, mas ocorrem de numa espécie de exploração do que seria o limite daquele objeto (mexendo, por exemplo, com a capa da espada de um lado ao outro até quebrar, tentando cortar a torre de isopor até que ela se rompa ou torcendo os bonecos para que possam alçar voo), sendo que não demonstra nenhum tipo de reação ao resultado, como se não tivesse sido ele o sujeito da ação.

Quanto à produção de desenhos de Ariel, nela aparecem temáticas referentes à solidão, uma referência ao lugar que ocupa na família e uma rivalidade quanto ao lugar ocupado pelo irmão, em que parece sentir-se sem lugar.

Há inúmeras referências ao corpo em sua produção gráfica que parecem justamente dizer respeito à dificuldade de subjetivação do próprio corpo: sintomas de agitação, falta do contorno, busca de limites e contornos corporais. Aparece como um sujeito completamente aprisionado em seu próprio corpo (desenho da pessoa – Anexo A), que nega a angústia que suscitaria tal aprisionamento, ou há ainda uma representação de falta de limite e referência no desenho de uma árvore de mil olhos (Anexo B), que os tem para ver tudo ao mesmo tempo e se defender do outro, que assim não poderá surpreendê-lo. Essa mesma temática se repete em relação à família que diz que gostaria de ter, na qual também seus membros podem olhar para todos os lugares ao mesmo tempo, ou seja, há aí a referência a um corpo que está sempre em alerta e que não parece marcado pela falta.

Quanto ao desenho da pessoa (Anexo A), ele faz a seguinte associação: *“É uma pessoa na prisão, mora dentro de um cubo, usa essas roupas por causa da moda e os amigos dele moram do outro lado do mundo, ela chama Floresta”* E o que ela tá pensando? *“Tá indo até o outro lado do mundo, ela vive indo pro outro lado do mundo e domingo volta pra casa dele”* E porque foi presa? *“A bruxa enfeitiçou ela e falou: ou vai morrer ou ficar no cubo pra frente. Só ia sair do cubo se a bruxa morresse, depois de 100 anos a bruxa morreu e ele saiu do cubo.”* E como se sente no cubo? *“Não se sente preso, pode andar e comer”*.

Em relação ao desenho da árvore (Anexo B), quando questionado acerca do que eram aquelas bolinhas, responde que eram olhos, e conta: *“tinha só dois, foi no médico e ele deu todos os olhos para ele, quis ser o monstro dos mil olhos. Serve pra conseguir ver as coisas melhor. O médico morreu e a árvore ficou pequenininha*

e preta. Quando nasceu outro médico voltou a ser assim”. Pergunto para que precisa de tantos olhos, ao que responde: *“Para enxergar muitas coisas ao mesmo tempo, teto, chão, lados e atrás ao mesmo tempo. Pra ninguém pegar ele. Os amigos tira dentro dele, tira um olho, joga no chão e vira um amigo”*.

No que concerne ao desenho da família (Anexo C), conta a seguinte história: *“são uns ETs que ensinam o ABC e o 1 2 3 e que fazem geringonças, não existem amigos, nem casa, moram numa barraca e eles sabem o que tá acontecendo em todo o mundo, todos os planetas e estrelas e veem e conseguem ouvir, ver e cheirar e encostar com seus braços muito longos em tudo isso.”* Para que precisam disso? *“Para não morrerem, se não fazem isso todo dia eles morrem, o rei mata eles, são os únicos que fazem isso”*. E por que você disse que essa é a família que gostaria de ter? *“Porque dá pra ver todos de todos os lugares.”*

Em outro desenho, em que peço que retrate a sua própria família (Anexo D), faz o pai, o irmão de seu lado direito, de mãos dadas com ele, e a mãe do lado esquerdo do pai e depois pergunta se deve desenhar-se. Digo que é ele quem decide, e então faz o desenho de um garoto menor que o primeiro, do lado esquerdo da mãe. Depois disso faz os avós paternos, à esquerda de sua família nuclear e a avó e bisavó maternas abaixo dos avós paternos e o irmão (por parte de pai) abaixo deste na folha. No final escreve o nome de cada membro da família, momento em que noto que coloca o nome dele, onde antes havia desenhado o irmão, ou seja, ao lado do pai; quando lhe pergunto acerca dessa troca, ele prontamente responde que achou J., seu irmão, muito grande, pois estava na altura do pescoço do pai. Vale ressaltar que as figuras eram inicialmente desenhadas sem braços, os quais eram desenhados apenas depois. Os pés e mãos estão ausentes e há poucos traços de diferenciação sexual, vista apenas no cabelo mais comprido da mãe.

Conta o seguinte, comparando-se ao irmão: *“Eu faço aniversário em julho que é frio e o José em dezembro, que é quente, eu e o José é diferente em tudo, tudo o oposto, J. Tem alergia a muitas coisas e eu nada.”*

O brincar e os desenhos de Ariel como formações do inconsciente, bem como suas demandas dirigidas ao Outro, nos leva a pensar acerca dos desdobramentos da inscrição da função paterna e da imagem corporal no caso de Ariel. Por parte dos pais há uma dificuldade no que concerne à sustentação da lei frente ao filho, especialmente quando consideramos o lado do pai, que no lugar de cortar dá ao filho extensas explicações acerca do porque determinada ação é incorreta ou não

deve ser realizada, e em situações em que barra o filho, e muitas vezes volta atrás e não sustenta aquilo que lhe havia imposto como regra ou como consequência frente aos próprios atos. Do lado da mãe parece haver uma tentativa de sustentação da lei, porém com a particularidade de que, quando fala dos comportamentos dos quais se queixa no filho, o faz esboçando um sorriso no rosto, o que denota haver aí um certo gozo por parte dela, assim dizendo para filho ao mesmo tempo: não transgrida, mas eu gozo com a sua transgressão. E nesse caso, o filho responde ao desejo e não à demanda da mãe e transgride. Um último aspecto que merece ser comentado refere-se a pouca firmeza que pude observar, com que os pais impõem limites a Ariel: falam extremamente baixo e não parece haver em sua entonação nada que faça lembrar uma ordem ou proibição.

Os efeitos dessa forma como os pais inscrevem a lei, Ariel os recebe e parece fazer ressoar em seu próprio corpo e na sua relação com a lei. Temos, por um lado, um sujeito com muita dificuldade em lidar com a falta, em suas diversas apresentações, seja através da impossibilidade de perder num jogo, ou numa insistência sem limites, seja na busca no Outro social todo o tempo como uma referência, testando-lhe os limites e muitas vezes, ultrapassando-os.

Quando consideramos as ressonâncias dessa dificuldade da operatividade da função simbólica no corpo, temos sintomas clínicos bastante significativos. Primeiro ponto, um sujeito que se sente aprisionado no próprio corpo, num corpo em que, no lugar da falta, parece haver um transbordamento de gozo evidenciado pela agitação motora, que diz da dificuldade em representar simbolicamente a falta no Outro. Esse Outro se apresenta como pouco faltoso e, portanto, muito potente, do qual tem que se defender ocupando-se de olhar para tudo ao mesmo tempo, em permanente estado de alerta para defender-se de sua voracidade.

Há ainda em relação ao olhar, no caso de Ariel, algo que aponta para uma demanda dirigida ao Outro, que ao tirar os olhos dele perde-o de vista, pois ele literalmente desaparece (é o que nos conta a mãe e a coordenadora da escola) num jogo que parece um ensaio em relação ao processo de alienação/separação e seus jogos de presença/ausência, que vêm testemunhar que algo não se operou enquanto corte entre ele e o outro, o que parece suscitar uma angústia referente justamente à posição de objeto de um certo gozo que ocupa para a mãe (lembrando-lhe de sua posição desejante).

Ainda no que concerne ao corpo, vemos nos comportamentos de risco assumidos e na situação de corte proposital feito na pele, uma busca de limite, contorno e apelo à lei paterna. Parece haver nessa passagem ao ato uma tentativa de inscrição no real de uma borda para o corpo.

Do ponto de vista transferencial, algumas observações se fazem importantes. Há, do lado de Ariel, um desejo evidente e um prazer obtido no brincar, que é compartilhado com o outro, a quem expressa uma curiosidade quanto a sua atenção e interesse, perguntando-lhe se alguém é atendido depois dele e se outras crianças usaram a caixa de brinquedos. Também, logo de início, vem testar o limite na situação transferencial, colocando-se em risco e quebrando objetos. Em relação as suas verbalizações dois pontos merecem ser destacados. O primeiro diz respeito ao fato de que, apesar de seu vasto repertório verbal, quando solicitado a falar sobre si mesmo e sobre aquilo que sente, Ariel se cala ou arrisca apenas alguns significantes pouco comprometedores acerca de sua posição como sujeito desejante, tais como *“tudo bem”* e *“legal”*. Frente às perguntas do outro a respeito dele, em grande parte das vezes, Ariel cala e mostra-se impassível a qualquer investida, deixando o outro falando sozinho em sua presença. O outro ponto refere-se à diferença da maneira como responde quando na sala de espera junto à mãe e quando entra sozinho na sala. No primeiro caso não responde nem ao meu *“boa tarde”* e assim que se vê sozinho comigo responde sem empecilhos às minhas perguntas. Cabe perguntar o que se opera nesse caso quando está ao lado da mãe frente ao outro. A movimentação incessante durante as sessões, que se expressa em qualquer parte do corpo – mãos que batucam em objetos ou no próprio corpo, que mexem em alguma coisa da sala, pernas que balançam, tronco que desliza e volta na cadeira, cabeça que vira de um lado pra outro, a lista é infindável – tem a particularidade de capturar o olhar do outro. É difícil escapar de seu corpo em movimento, parecendo haver de seu lado justamente uma busca por esse olhar que o acompanhe.

Há no caso de Ariel, quando consideramos as categorias das formações do inconsciente propostas na AP3, sintomas clínicos referentes tanto à imagem inconsciente do corpo, como também em relação às formações da Lei e à posição do sujeito na linguagem, apontando para problemas de desenvolvimento que não questionam a instalação de um sujeito psíquico.

Na categoria do brincar e da fantasia, Ariel diferencia claramente entre real, simbólico e imaginário e sua produção inscreve-se na cadeia significante; sintoma e

angústia se enlaçam através de uma narrativa na tentativa de elaboração de seus conflitos. Aquilo que se repete em sua produção diz respeito ao apontamento da ineficácia simbólica da função paterna. Os personagens de seu brincar todo o tempo desafiam e ultrapassam os limites impostos por referências de autoridade, sendo figuras que parecem não estar marcadas por qualquer tipo de falta, que agem agressivamente quando são questionadas acerca do que sentem, algumas das quais movimentando-se sem parar, evidenciando gozo e angústia enlaçados no corpo.

No que concerne à imagem do corpo, vemos traços de diferenciação sexual, mas quando consideramos os esquemas motores e traços identificatórios, estes últimos como um retorno narcisista da pulsão, que parte e retorna ao sujeito passando pelo Outro, os sintomas de Ariel podem ser notados na sua movimentação incessante, o que evidencia tropeços no processo de separação do outro.

Parece haver aí uma grande dificuldade de subjetivação do próprio corpo, que permanece atrelado ao olhar do outro. Ora, se o corpo opera pulsionalmente na medida em que constrói bordas e o olhar faz borda, temos um corpo preso à borda do olhar do outro. Entretanto, trata-se de um olhar que não se perde como certeza e o corpo se movimenta de maneira incessante e arriscada, como um real que insiste sem o suporte simbólico que a incerteza introduziria.

Ariel e sua mãe parecem presos num gozo transativista em que qualquer tentativa de se furtar ao olhar materno é, paradoxalmente, uma maneira de capturá-lo. É nesse ponto que a função paterna não faz corte, não termina de se inscrever e Ariel, tendo seu corpo preso ao da mãe, não consegue escrever o argumento de seu corpo desejante. Há um excesso de real, e ele não produz uma ficção de si mesmo que possa servir de envelope simbólico ao funcionamento pulsional de um corpo próprio – o corpo fala e Ariel cala.

Esse é o ponto que se articula com a posição do sujeito na linguagem, pois se por um lado Ariel se mostra como um garoto extremamente inteligente e articulado em sua fala, podendo discorrer por quase uma hora acerca de um livro que leu, quando solicitado a falar daquilo que sente ou do que se passa em sua vida, simplesmente cala-se, não sendo capaz de utilizar qualquer significante de seu vasto repertório para dizer de si, evidenciando um esvaziamento ficcional de si mesmo a que me referia. Nesse mesmo sentido, os comportamentos agressivos de Ariel em relação às outras crianças também parecem atestar a sua dificuldade em

verbalizar para elas o seu incômodo; esse parece ter sido o caso de uma garota que o incomodava pegando insistentemente em seu cabelo e ele, ao invés de pontuar verbalmente o incômodo, um dia lhe dá um chute na canela.

Por fim, quando consideramos as formações da lei, no que se refere à relação com limites e restrição de impulsos de acordo com a situação, deparamo-nos com um garoto que todo o tempo desafia os limites estabelecidos pelo outro, seja através do corpo em sua busca por limites, seja através de sua insistência em marcar seu descontentamento quando contrariado ou em não renunciar a sua posição ou admitir qualquer tipo de perda, atestando mais uma vez a inoperância da função paterna que evidencia um sujeito que todo o tempo tenta posicionar-se como todo-fálico, sem faltas.

4.2 RECORTE CLÍNICO: IMPASSES NA IDENTIFICAÇÃO TRANSITIVISTA: SORAIA E SUA SOLIDÃO

Soraia tem 10 anos e iniciou o tratamento no ambulatório de um hospital público de São Paulo em 2012, onde recebeu o diagnóstico de TDAH e desde então vem sendo medicada com metilfenidato 30 mg/dia. Foi encaminhada pelo psiquiatra para o serviço de psicologia da mesma instituição com o objetivo “*de avaliação cognitiva e de personalidade*”, estando interrogado no pedido de avaliação o fato de apresentar comportamentos (não foram especificados quais) “*que sugerem sintomas de Asperger*”.

Os pais trazem como queixa o fato de Soraia não conseguir se focar em uma atividade e ser dispersa na escola, tendo o costume de desenhar durante as aulas. Referem que a filha é muito ansiosa, que não suporta esperar e que costuma mentir em situações em que é chamada à atenção, não assumindo o que faz. A mãe relata ainda que é agitada e não para de se mexer, rói unha e não permanece em uma brincadeira, que é desastrada e sempre se machuca, pois “*não tem noção do corpo*”. Diz que Soraia não suporta perder nada, e dá o exemplo dos brinquedos que se recusa a doar, apesar de ter muitos. Também mostrou-se preocupada com o fato de que, por uma época, trazia objetos de outras crianças da escola e que no Natal trouxe para casa uma boneca da prima dizendo que tinha ganhado, fato que não se

confirmou. Acredita que Soraia melhorou a atenção na escola desde que começou a ser medicada.

Tomaremos esse recorte clínico com o objetivo de retomar a complexidade da produção sintomática de um sujeito, o que dela pode ser articulada numa dimensão do sentido e o que resta como real inarticulável e irreduzível à nomeação simbólica. Aquilo que nos chega como pedido de avaliação psicológica responde a uma lógica que opera com a equivalência entre conjunto de sintomas e diagnóstico; não há uma interrogação que inclua a causalidade psíquica: busca-se uma descrição do perfil cognitivo e de personalidade para classificar a criança em uma ou outra categoria diagnóstica – os sintomas, entretanto, começaram a ser medicados desde a primeira consulta.

Vamos destacar alguns dos aspectos do histórico e dos atendimentos a Soraia e seus pais, que se deram em 10 sessões e que nos fazem interrogar acerca de seus sintomas para além de sua inclusão em qualquer quadro psicopatológico.

Segundo relato de sua mãe, Romilda, a gravidez não foi planejada; engravidou no período de troca de anticoncepcional. Relata que a gestação foi tranquila e o parto foi cesárea e a termo.

Soraia foi amamentada no seio até os 2 anos e na mamadeira até os 3, andou aproximadamente aos 11 meses e falou as primeiras palavras antes de um ano. Até os 2 anos acordava a cada uma ou duas horas para mamar e em função disto, segundo a mãe, passou a dormir no quarto dos pais, o que se prolongou até completar oito anos. Em relação às mamadas acrescenta: *“tudo sempre foi do jeito dela”*.

Romilda relata que após o nascimento de Soraia parou de trabalhar por dois anos. Afirma que nessa época a filha permanecia junto a ela enquanto realizava os afazeres domésticos e que *“tinha medo de tudo”*, e que levava Soraia com frequência ao médico para este ajudá-la a interpretar os apelos da filha. Quando voltou a trabalhar matriculou Soraia na escola em período integral, época em que ela teve a primeira crise de bronquite, tendo usado *“bombinha”* até os 5 anos. Era a tia paterna da paciente (falecida em 2006), que morava com sua família, quem se ocupava dela enquanto sua mãe estava no trabalho, buscava-a na escola e a levava para passear.

No que se refere à escolaridade, Soraia sempre apresentou um desempenho mediano, sem repetências ou necessidade de reforço escolar. Segundo a mãe,

apresentou queda no desempenho escolar na época em que ela voltou trabalhar período integral (interrompeu suas atividades por dois anos e voltou a trabalhar em 2010). Relata que conversava demais, não prestava atenção e demorava a focar atenção de novo quando se distraía com alguma coisa.

Atualmente Soraia mora somente com os pais e estuda no período da tarde. Em função do horário de trabalho dos pais, quando retorna da escola fica sozinha em casa por aproximadamente seis horas (até que sua mãe chegue do trabalho), tempo durante o qual costuma assistir TV, desenhar e usar o computador. Os pais trabalham seis dias por semana com folgas que coincidem uma vez por mês. O pai é supervisor numa empresa de segurança e trabalha no turno noturno, chegando em casa de manhã e a mãe é caixa em uma grande rede de supermercados e trabalha a tarde, de modo que a família se encontra junta apenas na hora do almoço – nesse momento o pai assiste televisão.

Vale ressaltar que a mãe relata sentir-se culpada pelo fato de deixar Soraia sozinha e que muitas vezes *“faz suas vontades”* para compensar a falta de atenção – diz que quer dar para a filha aquilo que não teve, como por exemplo, brinquedos. Acrescenta referindo-se ao tempo que passa em casa com Soraia: *“tô me perdendo é no estar com ela, vejo uma sujeira e vou limpar”*. Refere também que é ela quem estabelece as regras em casa, mas que Soraia obedece mais ao pai, fato corroborado por este último, que afirma que fala apenas uma vez com a filha, mas com mais firmeza, ao contrário da mãe, que segundo ele, repete várias vezes a mesma coisa e grita muito com a filha, que segundo a filha é muito insistente e *“nunca dá o braço a torcer”*, querendo ter sempre razão.

Vamos destacar algumas falas da mãe que em que ela, por um lado, reconhece Soraia como *“um pedacinho”* dela e afirma que acredita que *“se tirar o olho dela pode acontecer algo, é muito impulsiva”*, evidenciando uma dificuldade em separar-se da filha. Afirma ter medo de perder Soraia, questionando-se se deveria *“largar tudo para ficar com ela”*. Por outro, admite que não sabe *“se tem diálogo”* com a filha (assim como sua mãe não teve com ela, pois *“só pensava em trabalhar”*) e que talvez não conheça Soraia *“o suficiente”*, abrindo espaço para a subjetividade da filha, de quem, reconhece, não sabe tudo.

O pai compareceu a uma entrevista e além de corroborar a queixa de agitação trazida pela mãe, disse que Soraia tem dificuldades em fazer amigos na escola, afirmando que a filha diz que os colegas não gostam dela. Relata que tem

mais dois filhos, um rapaz de 30 anos e uma moça de 28, que foi mais rígido com os filhos mais velhos e que tenta ser mais flexível com Soraia. Acredita não ser muito participativo em casa e afirma que gostaria de proporcionar momentos em família que não teve em sua família de origem. Por fim, diz que o nome de Soraia faz referência a uma personagem bíblica que conquistou o rei, que o aconselhava e o que dizia o rei acatava. Afirma que se preocupa quanto ao futuro da filha, tem receio que “*venha a fazer uso de drogas*”, que queria que fosse mais estudiosa, que lesse mais, “*que fosse alguém na vida, uma pessoa importante*”.

Soraia é uma garota bastante magra, que logo chama atenção pelo fato de falar de maneira ininterrupta, passando de um assunto a outro sem parada e parecendo não se preocupar com o interesse e reações do interlocutor, mas mais do que isso, não retroage sobre a própria fala sobre a qual não se interroga. Anda de um lado para outro da sala em alguns momentos olhando-se no espelho, parecendo acompanhar com o corpo o deslizamento da própria fala.

Quando questionada acerca de sua queixa, Soraia afirma ser distraída e agitada e que “*não se lembra das coisas*”. Relata também que tem vontade de brincar e sente-se sozinha: “*brinco sozinha e não tem graça*”. Quando fica em casa passa a maior parte do tempo assistindo à televisão ou no computador e narra com detalhes os programas que assiste. Aliás, televisão e computador parecem ser os mais presentes “interlocutores” de Soraia, que quase não tem amigos, e os poucos que tenta fazer não podem frequentar a sua casa, pois como ela fica sozinha seis vezes por semana, a mãe tem receio que vindo algum amigo ele possa ser atacado pelos cachorros *pitbull* que guardam a casa, como já ocorreu anteriormente. Soraia tem também uma prima com quem gosta de brincar, mas segundo a mãe, ela mora muito longe, de modo que os encontros são ocasionais.

Na hora de jogo diagnóstica Soraia demonstrou bons recursos simbólicos. Escolheu utilizar-se dos bonecos da família, necessitando de um tempo de reação inicial para estruturar o campo e, em seguida, desenvolver a atividade, demonstrando grande preocupação com a organização do espaço (Anexo F). Seu brincar, que se constituía como uma narrativa, em que contava uma história sem utilizar-se dos bonecos, apresentou certa rigidez, construindo histórias monótonas e não muito criativas, especialmente se considerarmos sua ótima capacidade intelectual. A temática conflitiva recorrente refere-se a uma criança deixada aos cuidados de outros não familiares e de uma família, reiteradamente denominada de

“maluca”, que não estando presente faz uso de mecanismos de controle para certificar-se de que a criança não está correndo algum risco.

Dois aspectos merecem ser ressaltados: o fato de ela não me incluir em seu brincar e o fato de não se preocupar em encontrar saídas muito coerentes para os impasses narrativos de seu brincar, fazendo certo ajuste da realidade às suas necessidades, evidenciando uma dilatação ficcional do registro imaginário através do brincar, pois apesar de inscrito e reconhecido o limite entre a fantasia e o real, há uma insistência de Soraia em ultrapassá-lo. E o que esse brincar com inflacionamento imaginário pode nos evidenciar acerca dos impasses constitutivos de Soraia? Esse inflacionamento imaginário vem acompanhado por uma particularidade de suas falas que parecem intermináveis, em que vai passando de um assunto a outro sem se interrogar sobre o que diz através da retroação sobre a própria fala, o que lhe permitiria produzir novas significações – há um aspecto de uma certa virtualização na linguagem numa fala vazia de significação, série descritiva de programas de televisão, de músicas, rotina, etc.

E o que se passa na relação com o outro? Parece haver certa resistência em se arriscar a reconhecer qual é a demanda do lado do outro, o que se evidencia na transferência, numa fala que parece não incluir o outro como interlocutor, mas depositário de enunciados em relação aos quais não procura retroagir para produzir novas significações, e também quando os pais relatam sua dificuldade em fazer amizades, ou ainda quando a mãe diz que sempre tem que ser do jeito dela.

Paradoxalmente, tanto na hora de jogo diagnóstica, como em seus desenhos e em suas verbalizações, Soraia demonstrou forte sentimento de solidão, associado, por um lado, à falta experimentada em relação à figura dos pais quando estes se ausentam em decorrência do trabalho e, por outro, à ausência de amigos. Trata-se de um outro que faz falta, mas do qual não quer de fato saber.

Em relação à resistência de Soraia ao reconhecimento da demanda do lado do outro, há algo que vale ser lembrado e diz justamente da identificação transativista da mãe com Soraia quando esta ainda era um bebê. O que nos relata a mãe é que, frente aos apelos da filha, ela sempre procurava o saber médico para interpretá-los, acrescentando que ainda hoje “não sabe se conhece a filha”, e admitindo ter pouco diálogo com ela. Ora, se por um lado o questionamento de saber sobre a filha abre um espaço para advir sua subjetividade, temos que, por outro, essa hesitação do lado da mãe não me parece ter sido sem efeitos para Soraia, que demonstra grande

dificuldade em nomear aquilo que sente e de se colocar em posição de interlocução com o outro.

A repetição do significante maluca atrelado à família parece revelar um certo mal-estar e incompreensão por parte de Soraia. Ela fala, por exemplo, do fato do pai beber todo dia: *“ele diz que vai morrer porque tem mais de 43 anos, briga com mãe todo dia, o pior é que parece que vão se divorciar, quando joga cadeira vou pro quarto e ponho fone de ouvido”* – não quis mais tocar no assunto, sendo evitativa em relação a ele. O mal-estar parece apresentar-se também na “vigilância” a distância, controle feito pelos pais, por exemplo, quando passam o dia telefonando para Soraia para saber o que está fazendo.

Pode-se observar do lado dos pais uma dificuldade em ouvir Soraia e em estabelecer com ela uma interlocução, especialmente no que se refere àquilo que sente e às situações conflitivas, estabelecendo-se entre eles uma dinâmica em que os pais punem e Soraia tenta convencê-los de que está com a razão, mentindo para não ser punida verbalmente ou com “castigo”.

Outro aspecto importante diz respeito à culpa que a mãe refere sentir pelo fato de ter que se ausentar de casa muito tempo em função do trabalho, relatando “ceder às vontades da filha” para compensar sua ausência, sendo possível observar nesse caso uma ambivalência quanto à imposição de limites, resultando numa das queixas da mãe, que incide justamente na dificuldade de Soraia em aceitar limites e em obedecer mais ao pai.

Retomemos então as queixas trazidas pelos pais, que só em parte coincidem com o que Soraia verbaliza acerca do que considera ser suas dificuldades, agitação e dificuldade de concentração. O que então se opera no corpo de Soraia, que se apresenta na forma de sua movimentação sem parada, que mesmo quando sentada alguma parte do corpo se movimenta? Parece haver aí uma produção incessante de signos na qual ela não está implicada como sujeito. O que nos interroga acerca de sua movimentação é que se trata-se aqui de um resto não simbolizado que insiste como real inarticulável ou se refere a uma forma de escapar ao olhar do outro, num movimento de resistência do sujeito frente a esse outro.

Bergès nos aponta um caminho quando considera que, no caso das crianças hipercinéticas, há uma falha na inscrição de palavras ligadas ao corpo da criança feitas pela mãe. Trata-se de um corpo ao qual faltam palavras e a criança constitui assim, através do corpo, um discurso incoerente via ação.

E os problemas de atenção, que são eles, senão a dificuldade de investir, que eu estou presente no que se diz? De tal forma que eu penso em outra coisa [...] ela não pode investir no que se diz porque isto não está inscrito. (BERGÊS, 2008, p. 122).

4.3 ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS

Esta seção se propõe a desenvolver articulações teórico-clínicas, de modo que os casos clínicos e a teoria possam interrogar-se e interrogar-nos enquanto analistas. Serão desenvolvidos dois eixos: um primeiro, essencialmente teórico, que tratará das formulações de Freud e Lacan acerca da inibição, do sintoma e da angústia, e um segundo, que se propõe a uma discussão a partir da clínica com crianças que encarnam no corpo manifestações sintomáticas e de angústia que se realizam em presença do outro, de um Outro que no caso das crianças é encarnado. Interessa-nos aqui levantar hipóteses acerca da maneira como o sintoma da criança se articula ao desejo e toca a economia desse Outro encarnado.

Não se trata aqui de dar um estatuto psicanalítico aos casos que discutimos e que nos chegaram com a hipótese de TDAH, mas de interrogar-nos sobre esse corpo pulsional, que enquanto suporte relacional evidencia um excesso de gozo.

Nesse sentido faz-se necessário um primeiro esclarecimento acerca do estatuto do sintoma (nos casos das crianças discutidos na tese temos sintomas predominantemente motores). Um sintoma com a mesma apresentação pode aparecer em diversas estruturas. Tomemos o nosso exemplo da realização pulsional na hipercinesia, que pode ocorrer tanto com um endereçamento, buscando afetar e capturar o olhar do outro, como ocorrer no modo autístico, em que se expressa através de automatismos que não entraram no circuito pulsional.

As formulações que se seguem referem-se justamente a sintomas que se inscrevem no corpo sob a forma de agitação motora, cuja particularidade é se darem a ver, capturarem o olhar do outro, os quais chamaremos de atos motores, por um lado, para diferenciá-los dos automatismos, e, por outro, por marcarem uma forma de resistência do sujeito em sua singular irredutibilidade.

Inibição, sintoma e angústia em Freud e Lacan

Em *Inibição, sintoma e angústia*, Freud (1926/1987) toma a inibição como uma restrição de uma função do ego, o que não seria necessariamente patológico. A inibição, entretanto, pode constituir-se como um sintoma, nesse caso, ganhando um caráter patológico. O analista ressalta ainda que algumas inibições implicam no abandono de alguma função cuja prática geraria angústia.

Ainda em relação à inibição aponta-lhe alguns fins: a) função de um órgão inibido quando este é excessivamente erogeinizado, caso em que evita-se o conflito como id, não havendo necessidade de novos recalques; b) inibição com finalidade de autopunição, evitando confronto com o superego; c) inibições generalizadas, caso em que o ego encontra-se com uma tarefa psíquica muito custosa, como no luto. Haveria aí um dispêndio muito grande de energia, sendo necessária a redução de investimento em outros âmbitos (por exemplo, nos casos de depressão). Freud conclui afirmando que as inibições são:

restrições das funções do ego que foram ou impostas ou acarretadas como resultado de um empobrecimento de energia; e podemos ver sem dificuldade em que sentido uma inibição difere de um sintoma, porquanto um sintoma não pode mais ser descrito como um processo que ocorre dentro do ego ou que atua sobre ele. (FREUD, 1926/1987, p. 111).

Retoma o conceito de sintoma enquanto substituto de uma satisfação pulsional recalcada – a ideia persiste como formação do inconsciente.

A explicação inicial de Freud para a associação entre sintoma e angústia envolve o mecanismo de recalque: o ego retiraria seu investimento do representante pulsional que será recalcado e utiliza esse investimento para liberar o desprazer (angústia).

A partir da discussão da formação dos sintomas no caso da fobia infantil abandona a ideia de que o afeto da angústia seria decorrente do recalque e passa a considerá-lo proveniente do agente de recalque, o ego, ou seja, a angústia colocaria em movimento o recalque. Com o exemplo da fobia, da histeria e da neurose obsessiva aponta para o fato de essa angústia ser considerada como um medo transformado da castração. No caso da fobia um perigo pulsional interno é substituído por um perigo externo, sendo a angústia uma reação a uma situação de perigo – o ego cria os sintomas como forma de evitar uma situação de perigo evidenciada pela angústia – o perigo de que se trata é a castração.

A castração, que pode ser presumida a partir da experiência da perda das fezes separadas do corpo e da perda do seio, é considerada análoga ao medo da morte

visto que o perigo é tão amiúde o de castração, ele nos parece uma reação a uma perda, uma separação [...] Quando a criança houver descoberto pela experiência que um objeto externo pode pôr termo à situação perigosa que lembra o nascimento, o conteúdo do perigo é deslocado da situação econômica para a condição que determinou essa situação, a saber, a perda de objeto. É a ausência da mãe que agora constitui o perigo, e logo que surge esse perigo a criança dá o sinal de ansiedade, antes que a temida situação econômica se estabeleça. (FREUD, 1926/1987 p. 154-161).

Freud (1926/1987) faz ainda alguns adendos ao seu texto com algumas observações complementares referentes aos pontos de vista até então desenvolvidos. No caso da angústia, atribui uma associação entre esta e a expectativa por algo, tendo como característica a indefinição e a falta de objeto. Ressalta que no caso da neurose, a angústia é referente a um perigo desconhecido, a expectativa de um trauma, por um lado, e a repetição dele, por outro, determinando origens diferentes: a associação à expectativa refere-se a uma situação de perigo e a indefinição e falta de objeto à situação traumática de desamparo. O ego, na tentativa de controlar a situação, repete ativamente sua reação original ao desamparo experimentada passivamente (o que muitas crianças repetem em suas brincadeiras).

Freud ressalta a importância desse deslocamento da reação original de desamparo para sua expectativa, enfatizando o fato de que posteriormente ocorrem outros deslocamentos, como no caso “do perigo para o determinante do perigo – perda de objeto” (FREUD, 1926/1987, p. 192).

Lacan (1962-1963/2004), no *Seminário X – A Angústia*, retoma Freud em *Inibição, Sintoma e Angústia* e desenvolve sua teorização acerca do *objeto a*, seja desde sua derivação da relação do sujeito com o significante (das suas diferentes formas e relações recíprocas), seja através de seu caráter de causa e efeito ou de suas relações com o corpo e a imagem especular.

A articulação do sujeito com o pequeno outro e com o grande Outro evidencia a relação de dependência entre o eu ideal e o ideal de eu; “a relação especular vem a tomar o seu lugar e a depender do fato de que o sujeito se constitui no lugar do Outro, e de que sua marca se constitui na relação com o significante” (LACAN,

1962-1963/2004, p. 41). Lacan toma o momento jubilatório da experiência inaugural de reconhecimento no espelho que desenvolveu em suas formulações acerca do estágio do espelho para explicitar essa articulação do sujeito com o outro e com o Outro: no momento de júbilo com a própria imagem, a criança busca o olhar do outro que encarna aqui o Outro para ratificar o valor de sua imagem. Na medida em que essa imagem é autenticada pelo outro ela já traz em si uma falta, pois o que é aí convocado não pode aparecer e o desejo aparece articulado a essa ausência e à presença do *objeto a* na função que exerce na fantasia, inapreensível para o sujeito.

O investimento libidinal, entretanto, não passa todo pela imagem especular: há um resto, o que significa dizer que o falo aparecerá sob a forma de falta, é cortado da imagem especular, e é denominado como *menos-phi*, designando a castração imaginária, fundamental para articulação que Lacan fará acerca do surgimento da angústia.

Lacan inicia fazendo a distinção entre os termos, definindo a inibição como sendo da ordem da paralisação, como um sintoma posto num museu, e colocando o sintoma no nível de um impedimento, esclarecendo que etimologicamente o impedimento significa ser preso numa armadilha, algo que interfere não na função, como é o caso da inibição, mas do sujeito. A armadilha a que se refere seria a captura narcísica. Em relação à angústia, propõe que se trate de um afeto e não de uma emoção, ressaltando o fato de que o afeto, como já advertia Freud, não é recalcado, pois recalcados seriam os significantes que o amarram.

O surgimento da angústia está associado a qualquer coisa que apareça no lugar de *menos-phi*. A angústia não seria, portanto, da falta, mas do desaparecimento da falta. “Tudo que pode manifestar-se nesse lugar nos desorienta, se posso assim dizer, quanto à função estruturante desse vazio.” (LACAN, 1962-1963/2004, p. 67). O que provoca a angústia não seria a alternância presença-ausência, mas a iminência da constante presença/a ausência, encenada pela criança no jogo do *fort da*, seria justamente a segurança de uma futura presença. O que é angustiante para a criança é quando não há a possibilidade da falta que engendra o desejo, o que há é a presença constante do outro num modelo da demanda que não pode falhar – trata-se não da perda de objeto, mas de objetos que não faltam.

A existência da angústia “está ligada a que toda demanda, mesmo a mais arcaica, tem sempre algo de enganoso em relação àquilo que preserva o lugar do

desejo. Também é isso que explica a faceta angustiante daquilo que dá a essa falsa demanda uma resposta saturadora” (LACAN, 1962-1963/2004, p. 76). A demanda sendo estruturada pelo significante não pode ser tomada ao pé da letra; há sempre um vazio que deve ser preservado: de sua saturação decorre a angústia. No caso do neurótico, a demanda surge no lugar do *objeto a* da fantasia ($\$ \diamond a$) como $\$ \diamond D$.

Lacan aponta para o fato de que a angústia não é sem objeto, a angústia ocorre com o aparecimento do *heimlich*²⁸

A verdadeira substância da angústia é o aquilo que não engana, o que está para fora da dúvida, a angústia é a causa da dúvida [...] A dúvida, o que ela depende de esforços, serve apenas para combater a angústia, e justamente através de seus engodos. Porque o que se trata na angústia, assemelha-se à certeza assustadora [...] talvez seja da angústia que a ação retira sua certeza [...] agir é arrancar da angústia a própria certeza. Agir é efetuar uma transferência de angústia. (LACAN, 1962-1963/2004, p. 88).

Retomando a elaboração freudiana de que a angústia é um sinal, Lacan propõe que seja um sinal relacionado ao que ocorre na relação do sujeito com o *objeto a*, cuja operacionalidade só ocorre em correlação com a angústia. O sujeito só entra nessa relação com o objeto a num momento de vacilação, que ocorre justamente pelo fato de ele ser um sujeito barrado ($\$$) – a angústia seria o sinal de determinados momentos dessa relação. “Do real, portanto, de uma forma irreduzível sob o qual esse real se apresenta na experiência, é disso que a angústia é sinal” (LACAN, 1962-1963/2004, p. 178).

Ao se perguntar acerca do surgimento do sujeito a partir da entrada do significante no real, toma o corpo como aquilo que permite tornarmo-nos presentes uns para os outros, ressaltando que na experiência do espelho, quando surge a dimensão do nosso olhar, na passagem do especular ao duplo, instala-se um sentimento de estranheza, porta de entrada para a angústia.

O *objeto a* é aquilo que resta de irreduzível da operação do advento do sujeito no lugar do Outro, é o que representa o real irreduzível do sujeito. Enquanto resto da

²⁸ “No rastro do texto de Freud, Lacan destaca a preciosa análise linguística que estabelece Unheimlich como sinônimo de heimlich. Como indicam os diversos verbetes transcritos no artigo, Heim diz respeito a um lugar íntimo, ao lar do sujeito, à casa do homem, nos termos de Lacan. “O homem encontra sua casa num ponto situado no Outro para além da imagem de que somos feitos.” (LACAN, 1962/2005, p. 58), declara o autor. Essa casa, Heim, corresponde ao que é mais íntimo para o sujeito. Freud já havia demonstrado em seu estudo que esse heimlich, de tão íntimo, tornou-se secreto, obscuro, daí Unheimlich.” (VIOLA; VORCARO, 2009, p. 889).

operação subjetiva, pode ser reconhecido como objeto perdido, com o qual lidamos tanto no desejo, quanto na angústia.

No momento de constituição do *objeto a*, num primeiro nível, o Outro torna-se presente pela necessidade, dada a condição de impotência e prematuridade do lactente. Num segundo nível, a partir da demanda do Outro, o *objeto a* articula-se à função do Outro como cadeia de significantes.

No primeiro nível, o oral, a angústia aparece antes de qualquer tipo de articulação à demanda do Outro e coincide com a emergência ao mundo daquele que virá a tornar-se um sujeito. Nesse tempo, a manifestação da angústia se dá através do grito, passagem pela qual os seres passam ao ar, quando o pulmão aparece como órgão. E isso a que se deu o nome de trauma do nascimento, salienta Lacan, não se refere à separação da mãe, mas à aspiração de um meio Outro, não havendo ligação desse momento com a separação do desmame, senão a de uma certa contemporaneidade.

No caso do desmame, é importante ressaltar o papel ativo desempenhado pelo lactente, que brinca de soltar o seio e voltar a pegá-lo, desliga-se do seio. O seio não é o Outro, seria no máximo um primeiro sinal desse vínculo e a primeira forma de objeto transicional na acepção winnicotiana do termo.

O objeto anal exerce de maneira mais clara a função de *objeto a*, pois há aí uma demanda por parte do Outro, sendo o primeiro suporte da subjetivação na relação com o Outro, cuja demanda é para que se manifeste como sujeito. E o que o sujeito tem para dar é o que ele é

uma vez que ele só pode entrar no mundo como resto, como irredutível em relação ao que lhe é imposto pela marca simbólica. É a esse objeto, como causal, que se prende o que identificará primordialmente o desejo com o desejo de reter [...] trata-se de um objeto escolhido por sua qualidade de ser especialmente cedível, por ser originalmente solto, e se trata de um sujeito a ser constituído em sua função de ser representado por *a*. (LACAN, 1962-1963/2004, p. 356-357).

Clínica e teoria interrogam-se

Começaremos a nossa discussão levantando algumas questões que nos interrogam a partir da clínica e nos dirigem à teoria para problematizá-las e, quiçá, formalizá-las. Vamos partir tanto dos recortes clínicos que discutimos nos capítulos anteriores, como de nossa experiência clínica em contextos diversos: hospital psiquiátrico, consultório particular e supervisão em clínica-escola.

Uma primeira questão que se evidencia diz respeito ao fato de a demanda surgir sempre do lado do adulto, que atribui à criança significantes como insuportável, desobediente e incontrolável, acompanhada de queixas de dificuldade em impor limites, afirmando que a criança tem demandas infundáveis e não obedece, tentando sempre argumentar quando recebe um não como resposta ou afrontando aquele que lhe impõe os limites com toda potência de sua motricidade. É uma criança que não para e isso se dá a ver não apenas aos pais, mas a todos que convivem com ela.

Do lado das crianças não parece haver incômodo: quando questionadas não demonstram angústia e não trazem interpretações acerca de sua movimentação incessante ou das queixas trazidas pelos pais, aliás, em geral, deparamo-nos com silêncios prolongados, especialmente frente a uma pergunta que implique que falem sobre o que sente.

E na relação desses pais com os filhos e seus sintomas, vamos destacar dois pontos que discutiremos ao longo do capítulo: o fato de as mães acompanharem todo o tempo com o olhar a movimentação incessante dos filhos e a elasticidade que a palavra não parece adquirir de acordo com as situações e argumentações da criança, o que a faz balançar em sua função de corte.

Quando na clínica nos perguntamos acerca do estatuto de sintomas que apontam para um excesso de gozo no corpo da criança sob a forma de uma movimentação incessante, evidencia-se que o estatuto desse excesso apresenta-se de modo diferente, não apenas nas diferentes estruturas psíquicas (não seguiremos por esse caminho), mas, para além disso, parece-nos fundamental interrogar-nos acerca da construção do circuito pulsional e dos impasses constitutivos do sujeito no que se refere à dialética de sua relação com a falta de objeto nas operações de privação, frustração e castração, que o ligam irremediavelmente à economia de gozo e ao desejo do Outro no esquema de complementaridade tórica²⁹.

Tomemos a inscrição do circuito pulsional, tal qual formalizada por Laznik (2003), ocorrendo em três tempos ao longo do primeiro ano de vida da criança – temos um primeiro tempo ativo, em que o bebê busca o objeto de satisfação (na dimensão oral), estando em jogo a realização das necessidades; um segundo tempo autoerótico, quando toma parte de seu corpo como objeto de prazer, e um terceiro,

²⁹ Cf. seção 3.2.

de passivação pulsional, no qual o bebê se faz objeto daquele que desempenha a função materna. Nos bebês que mais tarde se tornam autistas há um fracasso nesse terceiro tempo, não havendo o surgimento da capacidade de estabelecer trocas de modo lúdico e satisfatório com o mundo.

Temos aí uma importante referência para a diferenciação entre os movimentos e estereotípias operados por automatismos orgânicos, não inseridos no campo das significações e que não terminaram de se inscrever no circuito pulsional e de trocas com o Outro, e aquela entre os movimentos que têm a particularidade de afetar e capturar o olhar do outro e que, em função de sua inscrição no circuito pulsional, passaremos a denominar de atos motores, em oposição aos automatismos.

Tendo feita essa primeira distinção, tomaremos agora esse ato motor, que operando pulsionalmente, visa o Outro. As modalidades através das quais esse ato motor afeta o Outro se apresenta de modos diferentes consoante sua articulação com os três tempos lógicos da transmissão da falta no processo de constituição subjetiva e a questão da demanda e do desejo – privilegiaremos o registro da frustração para problematizarmos acerca do engodo imaginário em que mãe e criança parecem aprisionadas, e que dificulta o processo de subjetivação do corpo por parte da criança.

Tomemos inicialmente o registro da falta como privação, o que permitirá à mãe introduzir a criança na ordem simbólica. Nesse tempo, os movimentos da criança são nomeados a partir de um não saber, entrando no campo do equivocado e das significações.

Quando entramos no campo da frustração, estamos no tempo em que a criança, em sua total dependência dos objetos do Outro, oferece-se como objeto de satisfação, fazendo-se de falo para a mãe. Temos aí três elementos, mãe-criança-falo, que se articulam em torno de um engodo, aquele da completude narcísica. Esse engodo é revelado quando a criança se dá conta de sua insuficiência em relação ao desejo da mãe.

A dialética da frustração nos interessa, sobretudo quando consideramos a demanda das mães em relação aos filhos. O que vemos muitas vezes na clínica são mães que apresentam determinada demanda, por exemplo, que seu filho se comporte, e contam, rindo, sobre agressões e peripécias na escola, denunciando o seu gozo com os comportamentos deste último, e a criança responde à posição de

desejo da mãe e não à sua demanda para comportar-se. Esse operador de leitura, baseado no modelo dos toros que apontam para uma impossível coincidência entre demanda e desejo na relação do sujeito com o Outro, parece-nos fundamental em nossa escuta e manejo clínicos.

Rivalidade, ciúmes, instrumentalização do outro como objeto, busca por consistência imaginária, reciprocidade e demanda de reconhecimento fazem parte do cenário com a mãe e trazem as perguntas: por que essa mulher não se satisfaz? O que falta para ela?

A mãe que não se satisfaz vai sendo marcada pela falta e é vista como caprichosa e faltosa, gerando um enigma: o que essa mulher quer? Talvez essa imagem corporal pode ser uma resposta; o sintoma da criança evidencia que não há coincidência possível do falo com a imagem corporal.

Nesse ponto é importante apontarmos para a dificuldade de separação que se evidencia nas falas das mães que não conseguem abandonar os filhos com o olhar, e em seus desdobramentos na dificuldade subjetivação do corpo por parte da criança:

Ela encontra uma cadeia bloqueada pelo gozo da mãe e não há lugar para se inscrever, inscrever sua desordem. Sua motricidade desordenada e provocadora seria um meio de se libertar do fato de ser justamente o tratamento para o gozo do Outro se atirando em passagens ao ato sucessivas? (BERGÈS-BOUNES; FORGET, 2010, p. 25).

O sintoma motor, em suas diversas apresentações, tem a particularidade de ser visível ao campo do Outro e, assim como os outros sintomas, tem um caráter defensivo. Em seu caso particular, Levin (1995) considera que o corpo real tem seu “peso duplicado”, e é disso que o sujeito tenta defender-se, pois é para o corpo “transtornado” da criança que se dirige o olhar do Outro. Outro que goza ao olhar e manipular o corpo da criança.

O outro goza a mais e determina esse “sobrepeso” do corpo real, onde se presentifica sua substância, sua entidade corpórea, onde o sintoma psicomotor cronifica-se neste se dar a ver para o gozo do Outro e o corpo real torna-se “duplamente” presente. (LEVIN, 1995, p. 155-156).

Esse corpo real duplicado faz obstáculo à subjetivação do corpo pela criança no que concerne à apropriação da imagem corporal, dos limites do corpo, do traço unário, do eu/não-eu, das noções de espaço, de continente/conteúdo. Essas

dificuldades de simbolização associam-se a uma imagem corporal que, não submetida a um corte da função paterna, permanece presa ao Outro, havendo um embaçamento do limite do simbólico, “o Nome-do-Pai não termina de encravar-se no corpo da criança” (LEVIN, 1995, p. 156).

O sintoma motor aparenta ser uma maneira de separar-se, de produzir um corte, mas temos uma criança que permanece presa tanto ao olhar atento do Outro para seu corpo como aos seus próprios movimentos; a criança fica num lugar intermediário entre ser e não ser o falo imaginário da mãe. A criança tentaria sair do campo de gozo da mãe como um mosquito girando em torno de uma lâmpada num jogo de atração e repulsão.

E o que se observa nessas crianças é justamente a dificuldade em representar o corpo como faltante, o qual permanece ligado ao Outro pelos movimentos que são dados a ver a esse último. Há um excesso de gozo que se apresenta na função motora.

Poderíamos arriscar a dizer que se trata um gozo com caráter transativista, mãe e criança capturadas numa armadilha narcísica.

A movimentação incessante parece ser uma tentativa de se constituir uma borda, através de formas e limites que informem acerca do corpo, seja por temor de perdê-lo ou por este encontrar-se indiferenciado. Os comportamentos de risco assumidos por essas crianças atestam essa experimentação acerca dos limites espaciais no real do corpo, movendo-se, pulando, caindo, machucando-se. Essa busca pela constituição de um corpo subjetivado apresenta-se através de:

tentativas compulsivas, agressivas, que, ao invés de construir diferenças espaciais, temporais, corporais, perpetuam por meio desta aparência uma situação sem corte, sem diferenciação simbólica, onde a criança encontra uma saída: a instabilidade ou inibição motoras. (LEVIN, 1995, p. 160).

Essa posição dada a ver ao Outro oculta a posição da criança enquanto sujeito desejante, dependendo desta maneira do Outro, cujo olhar está sempre presente, antecipando, controlando suas ações, englobando o corpo e o espaço da criança. Esta ocupa assim um lugar de “objeto em movimento” para o Outro, objeto instável que representa uma aparência de corte e diferenciação, mas que renuncia ao seu espaço e à apropriação de seu corpo para gozar e servir de objeto de gozo ao Outro.

Estando unida pelo olhar ao Outro

evita a angústia da sua aparição como sujeito e da apropriação de seu corpo, evitam-se as diferenças, a agressividade necessária para criar um espaço e um corpo diferentes dos outros (passagem do Outro especular ao Outro simbólico) que implica sempre uma perda, uma busca, que possibilitará a representação, a simbolização do seu espaço, do seu corpo, do seu ser sujeito. (LEVIN, 1995, p. 161).

A criança, através de sua movimentação incessante e indiscriminada, oculta a sua dificuldade de encontrar um lugar e um corpo discriminados. E o que faz do corpo essa criança? Há nisso algum sentido? Bergès (2008) propõe que se trata uma criança que produz signos de uma maneira incessante para qualquer um e é isso de que se queixam os adultos quando a adjetivam como uma criança insuportável. E nessa produção incessante de signos a criança não está implicada como sujeito.

Os limites do corpo se relacionam com a noção de origem na lógica da parentalidade e com a morte. A história de origem de cada sujeito fornece os elementos que vão balizar suas noções de espaço e tempo e a organização espaço-temporal do movimento. Para Bergès (2008), a criança hipercinética propõe questões acerca do corpo e da origem: O que sustenta o corpo? O que o faz presente? O que lhe dá coerência lógica? O que nos dá possibilidade de experimentá-lo? Para responder a essas perguntas temos que considerar que o corpo pulsional é atravessado pelo significante, articulado a uma imagem e se apresenta como lugar de gozo (CUKIERT; PRISZKULNIK, 2002). Essa articulação entre real, simbólico e imaginário é o que dá sustentação ao corpo.

No caso das crianças que apresentam um sintoma motor que evidencia um excesso de gozo no corpo, Bergès nos sugere que há uma falha na inscrição de palavras ligadas ao corpo da criança feita pela mãe, tratando-se de um corpo ao qual faltam palavras e a criança constitui assim, através do corpo, um discurso incoerente via ação.

É através do transitivismo que se opera essa inscrição de palavras ligadas ao corpo. O transitivismo passa sempre pelo corpo. Do lado do bebê, é através dele que é afetado, e partir de onde o mundo ganha forma e consistência. A mãe, que é afetada por aquilo que afeta o filho, através da identificação transativista, engata a economia de gozo do bebê à linguagem (JERUSALINSKY, 2009). O papel

fundamental do transitivismo seria o de um gozo que se apresenta (materno) para introduzir o sujeito na dimensão simbólica. Nos casos em que há uma dificuldade de separação da mãe do corpo do filho, os dois ficam presos a esse gozo, e algo do real do corpo, não sendo marcado pela dimensão simbólica da palavra, comparece como movimento desordenado, produção incessante de signos, como uma tentativa de constituir bordas.

Ora, se por um lado o que formalizamos acerca dos sintomas motores até agora diz respeito a uma dificuldade na operação da separação entre a criança e a mãe, e que a movimentação incessante se apresenta como resistência do lado do sujeito na busca da constituição de um corpo subjetivado, Bergès (2008) considera que aquilo que está em jogo na precipitação dos hipercinéticos, em sua pressa em terminar aquilo que mal começaram e no repetir as coisas sem cessar, é a morte.

Propõe que o analista fale sobre a morte com essas crianças, sendo este um momento em que essas crianças parariam, pois a excitação motora, a falta de atenção e as ações mais ou menos agressivas serviriam como defesa frente à pulsão de morte. Elas

tendem para um ideal, para um limite ideal totalmente imaginário. Este estado de tensão pode se encontrar ultrapassado pela motricidade que tenta conter. Normalmente a fala e a linguagem simbolizam um estado de tensão para uma imagem. Mas essas crianças não são escutadas, nunca foram escutadas: uma mãe que não tira sua criança dos olhos, como ela pode escutar? Se não são escutadas é a motricidade que vem tomar lugar das palavras, que vem substituir as palavras que nunca foram escutadas: isso que se chama passagem ao ato. (BERGÈS, 2008, p. 115).

A fala que é suprimida na circunstância da ação faz com que esta não tenha sentido e que o adulto, frente a isso, tente dar sentido, sentido esse o que torna a criança insuportável.

Bergès (2008), referindo-se à sua experiência no serviço de eletroencefalografia nos anos 60 em Saint Anne, relata que as crianças mais agitadas, assim que se deitavam e lhe eram colocados os eletrodos na cabeça, adormeciam. Daí depreendeu que a hiperatividade serve de defesa contra o adormecimento e a morte; soma a essa constatação a agitação dessas crianças nos momentos que antecedem a hora de dormir. Propõe o método de *relaxação* como uma indicação para crianças hipercinéticas, não no sentido do controle, mas da experiência, pois favorece que se aperceba do corpo de outra maneira que não

através da ação, fazendo uma economia do excesso de motricidade. Os limites do corpo são experimentados em relação à outra parte do próprio corpo, não sendo um limite vindo do outro, das proibições do adulto ou quando se machuca em objetos.

Concebe-se que o corpo deva se tornar o eixo e o ponto de origem da ação, tanto espacial quanto temporal, mas se ela não sente seu corpo, se não há nada além de um excesso de movimentos, ela não poderia de maneira alguma sentir seus limites nem ter uma idéia de sua origem, do ponto de partida. (BERGÈS, 2008, p. 119).

Nossa formalização até agora aponta para um sujeito que renuncia ao seu espaço e à apropriação/subjetivação de seu corpo para gozar e servir de objeto de gozo ao Outro. Há aí um movimento de resistência do sujeito ao Outro e Bergès acrescenta a isso a noção de que do lado do sujeito haja uma defesa contra a pulsão de morte –, defesa contra o Outro e defesa contra o encontro com o real que a pulsão de morte lança incessantemente. O insondável do sujeito comparece através de seu sintoma como a sua singular articulação desses dois campos. E é no corpo que se inscreve esse sintoma, num *corpolingagem*, que opera no registro do sentido e daquilo que nele, sendo da ordem do traumático da sexualidade, não entra no campo da significação, sendo então o fora de sentido, que a este último faz resistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Começamos essa pesquisa apontando para a homogeneização da criança sob o diagnóstico de TDAH, em que há notadamente uma redução de problemáticas que envolvem diversos campos e disciplinas ao domínio metodológico disciplinar exclusivo da medicina.

Por um lado, temos um reducionismo acerca do sintoma apresentado pela criança, em que a subjetividade é elidida e o organismo toma o lugar do corpo pulsional, sendo o tratamento medicamentoso a primeira escolha de intervenção, com o objetivo de remissão dos sintomas e normalização da criança aos padrões de eficiência e bom aproveitamento que vigoram em nossa sociedade.

Por outro, deparamo-nos na clínica com crianças sob esse diagnóstico com sintomas no corpo evidenciando um excesso de gozo pela movimentação incessante de seu corpo, o que convoca o olhar do outro, e que se calam quando questionadas acerca do que as incomoda, nada dizendo daquilo que sentem. Essas crianças, nomeadas pelo outro que as trazem para consulta como insuportáveis e incontroláveis, fazem-nos interrogar, no campo da transferência, sobre o que há de articulável desses sintomas na ordem do sentido, e o que deles há de real e irreduzível ao campo da significação.

Portanto, temos, do lado da medicina tecnocientífica, esse reducionismo da criança, em que há uma articulação que permanece oculta entre o saber do campo científico, associado ao poder do campo político e econômico e, do lado da criança, um sintoma que faz enigma, resistindo a esse reducionismo.

Esta pesquisa, também como forma de resistência, buscou restaurar a complexidade desse tema, e restaurá-la significou construir um certo avesso desse discurso biologizante que incide sobre a criança e seu corpo quando ela recebe o diagnóstico de TDAH. Partimos daquilo que a clínica psicanalítica com crianças que recebem esse diagnóstico pôde nos ensinar e do que a ética e a política da psicanálise nos fornecem como forma de análise e resistência aos discursos dessubjetivantes.

O que então foi possível formalizar?

Começemos lembrando que o diagnóstico de TDAH apresentou um deslizamento diacrônico de nomenclatura associado às ordens político-econômicas e jurídicas. O TDAH ganha o estatuto de doença a partir da noção de risco, que se refere à ressignificação no campo médico de um comportamento diferente como sendo desviante da média e potencialmente prejudicial à adaptação social futura da criança, podendo levá-la ao fracasso pessoal.

Produz-se um corpo a ser tratado, um corpo desviante que sustenta a ideia do TDAH como uma patologia reconhecida nos campos sociais e científicos, nomeando-se assim o excesso de atividade e a falta de atenção como indicadores psicopatológicos.

A ideia de prevenção é colocada em jogo, e comportamentos, sobretudo de desobediência e agressividade na criança, passam a ser preditivos de um futuro transtorno de conduta. A noção de prevenção de um comportamento de risco evidencia uma abordagem determinista, baseada num raciocínio de causalidade linear, notadamente entre o TDAH e os problemas de conduta na adolescência; os fatores de risco são colocados em primeiro plano e a prevenção é tomada como prognóstico. Ora, qualquer atitude da criança passa a ser interpretada sob um crivo patológico, evidenciando o fato de que o diagnóstico cria a doença.

O conceito de prevenção desempenha um importante papel para abrir caminho para a medicalização do desvio, numa construção social que evidencia um momento singular da evolução da cultura e da função social da medicina, em que o aumento do poder médico sobre a regulação de condutas e comportamentos passa a ter uma função de normalização psíquica, constituindo um novo sintoma no laço social.

Nas sociedades de controle, o saber médico-científico vem substituir as instituições disciplinares enquanto dispositivo para controlar doentes em potencial.

Naturaliza-se a medicação como reguladora da subjetividade e, no caso do tratamento do TDAH, o uso do metilfenidato, para além dos efeitos colaterais sobre o corpo da criança que foram anteriormente descritos. Interessa-nos ressaltar os efeitos que incidem diretamente na supressão de comportamentos espontâneos,

através da diminuição da curiosidade e de comportamentos de exploração, do brincar e da socialização. Há também uma redução ou eliminação da expressão de diferentes sentimentos e emoções, especialmente da angústia associada ao conflito, além de uma propensão ao surgimento de comportamentos obsessivo-compulsivos. O que temos aqui nada mais é do que a produção de um corpo dócil e disciplinado, nos termos de Foucault, e uma expressão da subjetividade intencionalmente silenciada.

Nessa operação de apagamento da subjetividade e do corpo em nome do organismo e de suas sensações, o alívio dos sintomas é tomado como indicativo de cura, promovendo-se uma mudança no plano da sensação, e essa alteração sensorial mascara o mal-estar do sujeito, interrompendo a possibilidade de qualquer elaboração simbólica ou aposta na causalidade psíquica. A medicalização opera aí como um dispositivo de dessubjetivação. À produção de um corpo dócil via medicação (tomada aqui como dessubjetivação) não corresponde um processo de subjetivação real.

O diagnóstico psiquiátrico também não é sem efeitos para a criança, podendo afetar seu processo de subjetivação ao ser tomado como traço prevalente a partir do qual ela é reconhecida pelos pais e por aqueles que conduzem seu tratamento. A criança interpretada pelos pais coincide com aquela do prognóstico do especialista, e o diagnóstico passa a justificar comportamentos e falas da criança. É a partir da nomeação diagnóstica que ela será inserida no laço social, o que elimina a possibilidade de ela situar-se desde sua ordem de filiação, permanecendo encurralada na identificação com o diagnóstico.

Exclui-se, assim, a singularidade da criança e se oculta tanto o aspecto diacrônico de sua constituição subjetiva, como sua articulação aos traços identificatórios de sua filiação; a supressão sintomática impede ao sujeito o acesso aos aspectos em relação aos quais ficou alienado.

Essa intervenção do discurso científico na família, em sua tentativa de substituir o pai, produz filiações nem sempre simbólicas. Pode-se dizer da pretensão da ciência de ordenar os outros discursos e de aparecer como um dos Nomes-do-pai. A ciência gera e modela crianças, e os efeitos dessa “verdade” contemporânea,

se não alertados, podem ser desastrosos para a ética do desejo. A substituição do pai pela ciência remete à transmissão pela via de um desejo anônimo.

O abandono das crianças “mimadas” da atualidade corresponderia ao abandono moral de um adulto que não consegue sustentar sua posição frente à criança, e seria justamente esse ponto que ofereceria a ela parâmetros, inclusive éticos, para se constituir como sujeito.

A aposta da Psicanálise, na contramão dos dispositivos de dessubjetivação, parte da ética do desejo. Não visa a uma adaptação à realidade, sustenta a dissociação entre demanda e desejo, e aponta para o encontro com o real, tendo constatado que o objeto de desejo não existe na realidade e fazendo resistência à instrumentalização do gozo no campo social.

A dimensão alienante dos discursos pode ter como ponto de resistência a posição ético-política do sujeito. Um sujeito que, para evitar o encontro com a angústia de sua incompletude – fato dado por sua divisão subjetiva – pode ou não optar por uma escolha que tampone sua angústia através de seu assujeitamento ao discurso e ao desejo do Outro ou da massa.

O sujeito tem a possibilidade de uma escolha ética e política que sustente seu traço de singularidade através de seu desejo ou a de entregar-se ao imperativo de gozo do Outro num apagamento de sua subjetividade

Nesse sentido, a psicanálise depara-se com o drama ético, político e pulsional do sujeito, evidenciando um deslocamento da clínica de uma lógica de conscientização do inconsciente na direção de “uma convocação ética de sustentação de um ato analítico (LACAN, 1967-1968) no laço social. Assim, vive-se, então, a verdadeira interlocução möebiana entre clínica e política” (DANZIATO, 2010, p. 36).

A partir da clínica, nossa formalização não visa a conclusões generalistas, mesmo porque isso não seria possível quando consideramos a transferência, mas busca, sobretudo, advertir acerca da escuta da produção sintomática de um sujeito. Trata-se de uma escuta que pode se valer do esquema de complementaridade tórica para pensar na lógica do sintoma a partir da articulação entre demanda e desejo no campo relacional da criança e do Outro, mas que não pode deixar de considerar que

há um real que vai escapar ao campo da significação, real esse que comparece como o insondável de todo sujeito.

Os recortes clínicos que discutimos ao longo desse trabalho nos apontam para sujeitos que, em sua própria singularidade, renunciam ao seu espaço e à apropriação/subjetivação de seu corpo para gozar e servir de objeto de gozo ao Outro.

Lembremos o caráter relacional do *corpolinguagem*, em que algo que é do sujeito lhe retorna, passando pelo outro/semelhante, para quem se dirigem seus atos e suas palavras. Temos aí que o corpo seria, portanto, um suporte relacional que opera pulsionalmente à medida que constrói bordas, e que, muitas vezes, uma movimentação incessante pode ser uma tentativa de se constituir uma borda, através de formas e limites que informem acerca do corpo, seja por temor de perdê-lo ou porque se encontra indiferenciado. Os comportamentos de risco atestam essa experimentação acerca dos limites espaciais no real do corpo.

Há aí um movimento de resistência do sujeito ao Outro e Bergès acrescenta a isso a noção de que, do lado do sujeito, haja uma defesa contra a pulsão de morte: defesa contra o Outro e defesa contra o encontro com o real que a pulsão de morte lança incessantemente. O insondável do sujeito comparece através de seu sintoma como a sua singular articulação desses dois campos. E é no corpo que se inscreve esse sintoma, num *corpolinguagem*, que opera no registro do sentido e daquilo que nele, sendo da ordem do traumático da sexualidade, não entra no campo da significação, seria o fora de sentido, que a este último faz resistência.

Tomemos, então, o outro aspecto que nos interrogou a partir da clínica, o silêncio das crianças acerca daquilo que sentem e que se passa com elas e seu corpo. Estando esse corpo atrelado ao outro, podemos nos arriscar a dizer que é nesse ponto que a função paterna não faz corte, não termina de se inscrever, sendo esse o ponto que se articula com a posição do sujeito na linguagem. A criança, tendo seu corpo preso ao da mãe, não consegue escrever o argumento de seu corpo desejante: há um excesso de real, ela não produz uma ficção de si mesma que possa servir de envelope simbólico ao funcionamento pulsional de um corpo próprio – o corpo fala e a criança cala.

Esse real que insiste e que resiste a se fazer representar confere justamente a singularidade irreduzível ao caso, comparecendo na transferência e resistindo à conceitualização. Sem esse real, entretanto, não haveria psicanálise ou pesquisa psicanalítica – a pesquisa em psicanálise opera justamente nessa (im)possível articulação entre a teoria psicanalítica e o real da clínica.

REFERÊNCIAS³⁰

AGAMBEN, G. O que é um dispositivo? In: **O que é o contemporâneo?** E outros ensaios. Chapecó: Argos, 2009, p. 25-54.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. 4. ed. Texto revisado (DSM-IV-TR). Porto Alegre: Artmed, 2002.

ASSUMPÇÃO JR., F. B. (Org.). **Psiquiatria da infância e da adolescência**: casos clínicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BENITEZ, M. **Malestar social y sus efectos en la función paterna – de la función paterna fallida al síntoma en la niñez**. 2001. Disponível em: <<http://www.fort-da.org/fort-da3/paterna.htm>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

BERGÈS, J. O corpo e o olhar do Outro. In: **Escritos da criança nº 2**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997, p.51-65.

BERGÈS, J.; BALBO, G. **Jogo de posições da mãe e da criança**: ensaio sobre o transitivismo. Porto Alegre: CMC, 2002.

BERGÈS, J. **O corpo na neurologia e na psicanálise**: lições clínicas de um psicanalista de crianças. Porto Alegre: CMC, 2008.

BERGÈS-BOUNES, M.; FORGET, J-M. (Org.). **L'enfant insupportable**. Instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

BIANCHI, S. Hiperatividade: novos sintomas de ordem e desordem. **Asephallus, Revista eletrônica do Núcleo Sephora**, v. II, n. 4, maio a outubro de 2007.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRAUNSTEIN, N. O discurso capitalista: Quinto discurso? – O discurso dos mercados (PST): Sexto discurso? **A Peste**, São Paulo, v. 2, p. 143-165, jan.-jun. 2010.

CARDOSO, T. **A arte de governar na filosofia de Michel Foucault: o biopoder, o inimigo e o racismo**. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Programa de Pós-Graduação em Filosofia — PPGFilo da Área de Ciências Humanas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos — UNISINOS, São Leopoldo/RS, 2008.

³⁰ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023.

CESARIS, D. M. C. **O uso dos instrumentos IRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil**. Tese (Doutorado em Psicologia), IP-USP, São Paulo, 2013.

CHECCHIA, M. A. A clínica psicanalítica é um dispositivo? **A Peste**, v. 2, n. 1, p. 89-100, jan.-jun. 2010.

COSTA, A. M. M. **Corpo e escrita**: relações entre memória e transmissão de experiência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.

COSTA, A. M. M. Algumas reflexões sobre a inscrição da letra. In: LEITE, N. V. A. (Org.). **Corpolinguagem**: gestos e afeto. Campinas: Mercado de Letras, 2003, p. 115-124.

CUKIERT, M.; PRISZKULNIK, L. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 143-149, 2002.

DANZIATO, L. J. B. O drama pulsional ético e político no sujeito da psicanálise. **Contextos Clínicos**, v. 3, n. 1, p. 29-37, 2010.

DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992. p. 219-226.

DI PAOLO, A. F.; LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. Avaliação Psicanalítica aos 3 anos: desdobramentos e novas contribuições. In: **Formação de profissionais e a criança-sujeito**, São Paulo, n. 7, 2008. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032008000100017&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 10 jun. 2012.

DIENER, Y. **On agite un enfant**. L'État, les psychotérapeutes et les psychotropes. Paris: La Fabrique Éditions, 2011.

DOLTO, F.; NASIO, J-D. **A criança no espelho**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

DUNKER, C. L. **O cálculo neurótico do gozo**. São Paulo: Escuta, 2002.

EXPERTISE COLLECTIVE DE l'INSERM. Troubles de conduites chez l'enfant et l'adolescent, 2005.

FINDLING, R. L.; MCNAMARA, N. K. Atypical antipsychotics in the treatment of children and adolescents: clinical applications. **J Clin Psychiatry**, v. 65, Suppl 6, p. 30-44, 2004.

FLEIG, M. As modificações da estrutura familiar clássica não significam o fim da família. **IHU on-line**. 2005. Disponível em: <<http://freudlacan.com.br/as-modificacoes->

da-estrutura-familiar-classica-nao-significam-o-fim-da-familia>. Acesso em: 20 jun. 2011; 17 jan. 2014.

FORGET, J-M. **L'hyperactivité, le mouvement et la gravité comme objet a**. Disponível em: <http://www.freudlacan.com/articles/article.php?url_article=jforget130209>. Acesso em: 19 set. 2009.

FOUCAULT, M. (1978A) Poder-corpo. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996, p. 81-85.

FOUCAULT, M. (1978b) Sobre a história da sexualidade. In: **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. p. 137-162.

FOUCAULT, Michel. “Soberania e Disciplina”. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979, p. 182.

FOUCAULT, M. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. São Paulo: Zahar, 1997.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, M. **Histoire de la sexualité I**. La volonté de savoir. Paris: Gallimard, 2000.

FRAGELLI, I. K.; PETRI, R. A transmissão da falta, a partir do Seminário IV de Lacan. **Estilos da Clínica**, v. IX, n. 17, p. 118-127, 2004.

FREUD, S. (1920) **Além do princípio do prazer**. Rio de Janeiro: Imago, 1987a. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XVIII).

FREUD, S. (1923) **Ego e Id**. Rio de Janeiro: Imago, 1987b. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIX).

FREUD, S. (1915) **O instinto e suas vicissitudes**. Rio de Janeiro: Imago, 1987c. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

FREUD, S. (1895) **Projeto para uma psicologia científica**. Rio de Janeiro: Imago, 1987d. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. I).

FREUD, S. (1914) **Sobre o narcisismo**: uma introdução. Rio de Janeiro: Imago, 1987e. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. XIV).

FREUD, S. (1905) **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1987f. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, v. II).

GORI, R.; DEL VOLGO, M.-J. **La santé totalitaire**: essai sur la médicalisation de l'existence. Paris: Flammarion, 2009.

GRASSI, A. De la adquisición de la marcha al deseo de caminar. In: JERUSALINSKY, J. et al. **Diários clínicos 3**: cuerpo y subjetividad. Buenos Aires: Diários Clínicos, 1990.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está?. **Educ. Rev.**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, Apr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 maio 2012.

HAMDANI, J. L'usage de la Ritaline chez l'enfant dans le cadre du syndrome d'hyperactivité avec déficit de l'attention. In: BERGÈS-BOUNES, M.; FORGET, J-M. (Org.). **L'enfant insupportable. Instabilité motrice, hyperkinésie et trouble du comportement**. Toulouse: Éditions Érès, 2010.

INFANTE, D. P. A formação da Subjetividade da criança. In: MARCONDES, E.; VAZ, F. A. C.; RAMOS, J. L. A. et al. **Pediatria básica**. Tomo I. São Paulo: Sarvier, 2002.

INFANTE, D. P. Psiquiatria para que e para quem? In: JERUSALINSKY, J.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, A. A formação da imagem corporal (Psicanálise e Psicomotricidade). In: **Escritos da Criança 3**. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997.

JERUSALINSKY, A. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos (AP3). In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. **Psicanálise com crianças**: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta, 2008.

JERUSALINSKY, A. Crianças ocupadíssimas, pais angustiadíssimos? **Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 34, p. 175-181, jan.-jun. 2008a.

JERUSALINSKY, D. Trata-se de caçar o caçador? In: JERUSALINSKY, J.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança**: letra e gozo nos primórdios do psiquismo. Tese (Doutorado em Psicologia). PUC-SP, São Paulo, 2009.

JERUSALINSKY, J. **Quem é o Outro do sujeito na primeira infância?** Considerações sobre o lugar da família na clínica com bebês. 2005. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/trabalhos/Julieta_Jerusalinsky.pdf>. Acesso em: 13 maio 2010.

KEHL, M. R. Lugares do feminino e do masculino na família. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. **A criança na contemporaneidade e a psicanálise: família e sociedade**. v. I. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

KEHL, M. R. A violência do imaginário. In: COMPARATO, M. C. M.; MONTEIRO, D. S. F. **A criança na contemporaneidade e a psicanálise: mentes e mídia**. v. II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

KUPFER, M. C.; BERNARDINO, L. M. F. A criança como mestre do gozo da família atual – desdobramentos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos para o desenvolvimento infantil. **Revista Mal-estar e Subjetividade**, v. VIII, n. 3, 2008.

KUPFER, M. C.; LERNER, R. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta/FAPESP, 2008.

KUPFER, M. C. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.**, v. 6, n. 1, p. 48-68, maio de 2009.

LACAN, J. (1972) **Conférence à l'Université de Milan, le 12 mai 1972**. Disponível em: <http://espace.freud.pagespersoorange.fr/topos/psych/psysem/italie.htm> Acesso em: 08 jan 2014.

LACAN, J. (1938) **Complexos familiares**. Rio de Janeiro: Zahar, 1987.

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

LACAN, J. (1967) Alocução sobre as psicoses da criança. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, p.359-368, 1981

LACAN, J. (1970) Radiofonia. In: **Outros escritos**. Rio de Janeiro: Zahar, p.400-447, 1981.

LACAN, J. (1974) A Terceira in Che vuoi?. **Psicanálise e Cultura**, Porto Alegre, ano 1, n. 0, 1986.

LACAN, J. (1969) Duas notas sobre a criança. Opção lacaniana. **Revista Brasileira Internacional de Psicanálise**, n. 21, p. 5-6, 1998a.

LACAN, J. (1956-57) **O Seminário**: livro 4. A relação de objeto. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.

Lacan, J. (1961-62). A identificação. Seminário inédito.

LACAN, J. (1962/1963) **O Seminário**: livro 10. A angústia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

LACAN, J. (1964) **Le Seminaire**. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Paris: Éditions du Seuil, 1973.

LACAN, J. (1969/1970) **O Seminário**: livro 17. O avesso da psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LACAN, J. (1974-75) **O Seminário**: livro 22. R.S.I., inédito.

LAZNIK, M.-C. Le bébé et la pulsion. **Revue de Psychiatrie Française**, v. 34, n. 3, p. 14-28, 2003.

LEBRUN, J.-P. **O mal-estar na subjetivação**. Porto Alegre: CMC, 2010.

LEGNANI, V.; ALMEIDA, S. A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma discussão crítica. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 60, n. 1, 2008.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. Hiperatividade: o “não decidido” da estrutura ou o “infantil” ainda no tempo de infância. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. XIV, n. 26, 2009.

LEGNANI, V.; ANDRADE, M.; CAIRS, R. et al. Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. 2006. **Anais do 5º Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2004** [on-line]. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032004000100059&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 8 jun. 2012.

LEITE, N. V. A. (Org.). **Corpolinguagem**: gestos e afeto. Campinas: Mercado de Letras, 2003.

LEVIN, E. **A clínica psicomotora**. O corpo na linguagem. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

LEVIN, E. **A infância em cena**. Constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

LEVIN, E. Angústia, motricidad y infancia. **Fort Da Revista de Psicoanálisis con niños**, n. 10, noviembre 2008.

MATTOS, P. **Entenda o TDAH nos critérios do DSM-V**. ABDA. 2013. Disponível em: <<http://www.tdah.org.br/br/textos/textos/item/964-entenda-o-tdah-nos-crit%C3%A9rios-do-dsm-v.html>>. Acesso em: 27 jan 2014.

MATTOS, P.; SERRA-PINHEIRO, M. A.; SCHMITZ, M. et al. Transtorno desafiador de oposição: uma revisão de correlatos neurobiológicos e ambientais, comorbidades, tratamento e prognóstico. **Rev. Bras Psiquiatr.**, v. 26, n. 4, p. 273-276, 2004.

MORAES, R. B. S. “...como se fosse lógico”: considerações críticas da medicalização do corpo infantil pelo TDAH na perspectiva da sociedade normalizadora. Tese (Doutorado em Administração Pública e Governo). Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2012.

MOYSÉS, M. A. A. M. **A institucionalização invisível**. Crianças que não aprendem na escola. Campinas: Mercado das Letras, 2008.

PAS DE ZÉRO DE CONDUITE POUR LES ENFANTS DE TROIS ANS. 2006. Disponível em: <<http://www.pasde0deconduite.org/appeal/>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

PEREIRA, M. E. C. Diagnóstico e alienação ou “Dr., meu filho é tdah!”. Fórum de linguagem: clínicas da linguagem. **Fórum de Ciência e Cultura**. Curso de Fonoaudiologia da UFRJ. 2007. Disponível em: <<http://forumdelinguagem.com.br/antecedentes.html>>. Acesso em 8 jun. 2012.

PERNICONE, A. Acerca del movimiento corporal en los niños vicisitudes de la excitación motriz: su estructuración subjetiva, fallas y síntomas asociados. **Fort Da Revista de Psicoanálisis con niños**, n. 8, setiembre, 2005.

POLANCZYK, G.; HORTA, B.; BIEDERMAN, J. et al. The worldwide prevalence of attention-deficit hyperactive disorder: a systematic review and meta-regression analysis. **AM J Psychiatry**, n. 164, p. 942-948, 2007.

POLANCZYK, G.; ARRUDA, M.; MOURA-RIBEIRO, M. V. et al. Prevalence and risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Brazilian school aged children – a nationwide study. 2011. Disponível em: <http://www.aprendercrianca.com.br/index.php?option=com_jdownloads&Itemid=110&view=finish&cid=238&catid=40&m=0>. Acesso em: 2 jun. 2012.

POLI, M. C. Escrevendo a psicanálise em uma prática de pesquisa. **Estilos da Clínica**, v. XII, n. 25, p. 154-179, 2008.

PROCHONO, C. C. S. C.; SILVA, C. L.; PARAVIDINI, J. L. L. Efeitos da ineficácia simbólica no corpo infantil. **Estilos Clin.**, São Paulo, v. 15, n. 2, dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282010000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 9 dez. 2011.

RODRIGUES, C. Capitalismo tardio, redes sociais e dispositivos móveis: Hipóteses de articulação. Trabalho apresentado no Grupo de Trabalho “Comunicação e Sociabilidade”, do XIX Encontro da Compós, na PUC, Rio de Janeiro, RJ, em junho de 2010. Disponível em: http://compos.com.puc-rio.br/media/gt4_carla_rodrigues.pdf. Acesso em: 01 fev. 2014.

ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3, 2004.

ROHDE LA, KETZER CR. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. In: FICHTNERN (org). Transtornos Mentais da Infância e Adolescência - um enfoque desenvolvimental. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997, p.106-119.

ROSA, M. D. Os impasses da subjetivação dadas as configurações familiares da pós-modernidade. **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, n. 9/10, p. 79-104, 1999.

ROSA, M. D. O não-dito familiar e a transmissão da história. **Psychê**, São Paulo, ano V, n. 8, p. 123-138, 2001.

ROSA, M. D. O lugar da criança e a família na contemporaneidade. **Revista Literal**, Campinas, v. 9, 2006.

ROSA, M. D.; CARIGNATO, T. T.; BERTA, S. L. Ética e política: a psicanálise diante da realidade, dos ideais e das violências contemporâneos. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2006.

ROSA, M. D.; LACET, C. A criança na contemporaneidade: entre saber e gozo. **Estilos Clin.**, v. 17, n. 2, p. 359-372, 2012.

ROSE, N. Neurochemical Selves. Society, november/december. p. 46-59, 2003.

SAFOUAN, M. **Lacaniana I**: os seminários de Jacques Lacan: 1953-1963. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

SCHMITZ, M.; POLANCZY, G.; ROHDE, L. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **J. Bras. Psiquiatr.**, n. 56, supl. 1, p. 25-29, 2007.

SIGAL, A. M. A prioridade do outro *versus* medicalização. 2004. Disponível em: <http://www.estadosgerais.org/encontro/IV/PT/.../Ana_Maria_Sigal.pdf>. Acesso em: 16 set. 2009.

THEVENOT, A.; METZ, C. Instabilidade psicomotora ou hiperatividade? Riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. **Epistemo-somática**, v. IV, n. 2, p. 49-61, 2007.

UNTOIGLICH, G. Consenso de especialistas da área de saúde sobre o chamado “Transtorno por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade”. In: **Correio da APPOA**, Porto Alegre, n. 144, mar. 2006.

VIOLA, D. T. D.; VORCARO, A. M. R. A formulação do objeto a partir da teorização lacaniana acerca da angústia. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 9, n. 3, set. 2009.

VORCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica na infância. In: JERUSALINSKY, J.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera, 2011.

ANEXOS

ANEXO A

ANEXO B

ANEXO C

ANEXO E

ANEXO F

Assinatura: 13/06/11, às 14 h 12
Assinatura de: [illegible]

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 08/06/2011, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **0102/11**, intitulado: "**A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE CRIANÇAS HIPERATIVAS**," apresentado pelo Departamento de **PSIQUIATRIA**, inclusive o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Cristine Costa Lacet**

Co-autores: **Maria Inês Falcão**

CAPPesq, 08 de Junho de 2011

PROF. DR. EUCLIDES AYRES DE CASTILHO
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

ANEXO G

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA OU RESPONSÁVEL LEGAL

1. NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

2. RESPONSÁVEL LEGAL

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.)

DOCUMENTO DE IDENTIDADE: SEXO: M ☐ F ☐

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO: Nº APTO:

BAIRRO: CIDADE:

CEP: TELEFONE: DDD (.....)

DADOS SOBRE A PESQUISA

1. TÍTULO DO PROTOCOLO DE PESQUISA A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE CRIANÇAS HIPERATIVAS

PESQUISADOR: CRISTINE COSTA LACET

CARGO/FUNÇÃO: PSICÓLOGA INSCRIÇÃO CONSELHO REGIONAL Nº 06/50271-4

UNIDADE DO HCFMUSP: INSTITUTO DE PSIQUIATRIA

3. AVALIAÇÃO DO RISCO DA PESQUISA:

RISCO MÍNIMO X RISCO MÉDIO ☐

RISCO BAIXO ☐ RISCO MAIOR ☐

4. DURAÇÃO DA PESQUISA: 33 meses

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-HCFMUSP

1 – As informações abaixo estão sendo dadas para sua participação voluntária neste estudo. O objetivo do estudo é de investigar a construção da imagem corporal e a dinâmica familiar de crianças com diagnóstico de TDAH, através de entrevistas com os pais e de desenhos que serão realizados pelas crianças.

2 – Primeiramente os pais das crianças passarão por três entrevistas com a psicóloga responsável pela pesquisa com duração de uma hora e meia cada uma. Depois serão realizados dois atendimentos com a criança com duração de uma hora cada, na primeira será solicitado que a criança faça um desenho da figura humana e no segundo que realize desenhos da família e conte histórias sobre eles. No final será realizada sessão devolutiva com os pais e a criança separadamente. Os atendimentos serão realizados no Serviço de Psicologia do IPq.

3 – A avaliação psicológica será realizada individualmente com cada paciente, em uma sala arejada com luz adequada, após o pedido formal do médico responsável. Os testes avaliarão a imagem corporal da criança e como ela se percebe inserida na família e nas entrevistas será avaliada a dinâmica familiar.

4 – O participante pode experimentar desconforto pela duração da avaliação psicológica e das entrevistas (aproximadamente 2 horas) caso isto aconteça, o profissional fará uma pausa e só continuará a avaliação quando o participante se sentir bem. O presente estudo oferece risco mínimo para o paciente.

5 – As informações irão auxiliar na compreensão da organização dos processos mentais dos pacientes com Transtorno de Déficit de atenção e Hiperatividade (TDAH) e poderão ajudar no aprimoramento do tratamento de outros pacientes com TDAH – Não há outras técnicas e ou atividades (procedimentos alternativos) que possam ser vantajosas, pelos quais o paciente possa escolher.

7 – Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Psicóloga Cristine Costa Lacet que pode ser encontrada no endereço Rua Ovídio Pires De Campos No. 785 –Serviço de Psicologia, 4º ANDAR Telefone(s) 3069-6274 (Cleide). Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Ovídio Pires de Campos, 225 – 5º andar – tel: 3069-6442 ramais 16, 17, 18 ou 20, FAX: 3069-6442 ramal 26 – E-mail: cappesq@hcnet.usp.br

8 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição;

9 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros pacientes, não sendo revelada a identificação de nenhum paciente. (Direito de confidencialidade).

10 – O participante tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

11 – Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

12 – O pesquisador tem compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A CONSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DE CRIANÇAS HIPERATIVAS” Eu discuti com a psicóloga Cristine Costa Lacet sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do paciente/representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

para casos de pacientes menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____