

EFEITOS IMAGINÁRIOS DO DIAGNÓSTICO DE TDA/H NA SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA

Viviane Neves Legnani★

RESUMO

Neste artigo discute-se a avaliação diagnóstica de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. O discurso médico aponta a etiologia desse quadro como endógena e orgânica e, para efeito de diagnóstico, utiliza os critérios descritivos do DSM IV. A partir de um Estudo de Caso e, mediante a apresentação de fundamentos teóricos da psicanálise, o texto aqui apresentado propõe que o TDA/H é uma problemática nas funções da atenção, linguagem e motricidade, as quais estão articuladas e dependem da posição subjetiva do sujeito. Nessa visão, o TDA/H pode ser pensado como um sintoma que se endereça, como uma mensagem, ao Outro.

Palavras-chave: TDA/H; psicanálise; sintoma.

IMAGINARY EFFECTS OF THE DIAGNOSTIC OF ADHD IN CHILDREN SUBJECTIVITY

ABSTRACT

In this article it's discussed the diagnostic evaluation of children with Attention-Deficit and Hyperactivity disorder. The medical speech points out the etiology of this condition as being both endogenous and organic. The DSM IV's descriptive criterion is usually used for diagnostic purposes. Starting from a Case Study, based on the psychoanalysis' theoretical fundaments, the author suggests that the ADHD is a disorder of the functionality of perception, language and mobility. These features are intertwined and rely on the subjective position of the individual. Thus the ADHD can be seen as a symptom that regards a sort of message to the Other.

Keywords: ADHD; psychoanalysis; symptom.

★Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília. Foi professora adjunta do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás. Atualmente é professora adjunta da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília (UnB).

E-mail: vivilegnani@gmail.com

O DIAGNÓSTICO MÉDICO DE TDA/H NA SUBJETIVIDADE DA CRIANÇA: UM ESTUDO DE CASO

É comum, atualmente, que crianças e adolescentes cheguem aos serviços de atendimentos psicológicos como portadores de diagnósticos médicos, principalmente o de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDA/H).

Dentro da visão médica, haveria significativos indícios de que esse transtorno é gerado por alterações neuroquímicas, de origem provavelmente genética, nos neurotransmissores – dopamina e noradrenalina. A essas alterações se acrescentariam ainda fatores ambientais adversos. Outras hipóteses também são levantadas: estudos neuropsicológicos de neuroimagem funcional descrevem o TDAH como decorrente de um fraco controle inibitório frontal sobre as estruturas límbicas. Já os estudos com tomografia computadorizada e ressonância magnética apontam anormalidades no cérebro, como as de volumes menores do córtex pré-frontal, no cerebelo e nas estruturas subcorticais (RIBEIRO, 2008). As evidências conclusivas, porém, de que haveria uma disfunção neurofisiológica para a etiologia do TDA/H, continuam incertas.

O procedimento inicial para a avaliação diagnóstica é uma coleta de informações (*check list*) feita junto aos adultos que convivem com a criança (pais e/ou professores). Já a avaliação neurológica, mediante exames, tem a finalidade de excluir outras patologias orgânicas; ou seja, é necessária uma “ausência obrigatória” de qualquer alteração disfuncional objetiva. O que fica em primeiro plano, portanto, é a posição subjetiva do respondente adulto, ao qual caberá descrever as ações da criança. Em muitos casos, os comportamentos são descritos para se enquadrarem aos critérios diagnósticos do TDA/H, assiduamente divulgados pela mídia e *internet*. Nessas circunstâncias, aquele que responde ao médico já “espera” a ratificação do discurso de que a criança age daquela determinada forma porque seu cérebro apresenta disfunções.

Showalter (2004) enfatiza que a propagação midiática provoca um contágio social dos sintomas, criando-se, muitas vezes, verdadeiras epidemias de “novas doenças”. Assim, os sujeitos na tentativa de ter um problema “legítimo”, desenvolvem narrativas similares às que são veiculadas sobre os sintomas de um determinado distúrbio. Ou seja, criam uma forma de expressar um “adoecimento” que pode vir a ser considerado como um “distúrbio médico verdadeiro” e não um embuste. Desse modo, por meio dessa intertextualidade, tentam falar de forma a produzir, no médico, a convicção de que eles e/ou seus filhos são merecedores de atenção.

Cria-se, então, uma espiral viciada, na qual tais sujeitos se informam sobre as doenças e passam a expressar sua angústia a partir desses sintomas. Do outro lado, os próprios meios de comunicação apregoam os tratamentos “inovadores” e supostamente eficazes, bem como a incidência (alarmante) da “doença”, legitimando ainda mais a queixa que é criada.

Atentos a essa questão, vários autores têm discutido criticamente a alta incidência do diagnóstico de TDA/H, bem como o uso de uma lógica descritiva para delimitar tal problemática, da forma estabelecida pelo Manual Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-IV, 1995). Além dessas objeções, tecem críticas ao discurso reducionista da psiquiatria biológica, no qual o sujeito comparece como resultante de estímulos neurofisiológicos e a vida psíquica é vista como um epifenômeno da vida biológica (WERNER, 1997; THEVENOT; METZ, 2005; GUARIDO, 2007, 2009; LEGNANI; ALMEIDA, 2008, 2009; PITA, 2008; KUPFER; BERNARDINO, 2009).

Alguns dos autores citados retomam os conceitos próprios de seus campos de conhecimento – entre estes os da teoria sócio-histórica e da psicanálise – a fim de discutir a problemática do TDA/H. Nesse sentido, formulam hipóteses sobre esse quadro desde os seus fundamentos epistemológicos. Werner (1997), por exemplo, ao analisar a problemática do TDA/H indica que a tendência atual é a de buscar no substrato neurológico as explicações para essa problemática. Ancorando-se, no entanto, nas contribuições dos postulados do autor russo L. S. Vigotsky (1896-1934), destaca que o sistema simbólico, no qual os sujeitos humanos se inserem por meio das ações compartilhadas, altera radicalmente a função da atenção e a auto-regulação das ações. Ou seja, todas as funções psicológicas são afetadas pela linguagem e essas, ao se articularem, fazem uma passagem de uma forma que é inicialmente mais biológica para uma dimensão que é sócio/cultural. Desse modo, para o autor, os traços de desatenção, impulsividade e hiperatividade inserem-se em uma complexa rede intrinsecamente social e não podem, por isso mesmo, serem pensados como decorrentes de um distúrbio orgânico isolado dos processos intersubjetivos e dialógicos.

Thevenot e Metz (2005), embasadas em uma pesquisa realizada na França, destacam que o atual discurso médico sobre a criança com TDA/H substitui a palavra da criança. Ela é apresentada pelos pais, após o diagnóstico, como “incapaz” de se concentrar, “incapaz” de não se agitar, “incapaz” de responder pelos seus atos. As autoras observam que é patente o apagamento do sujeito produzido pelo diagnóstico, o qual reforça o apagamento que já preexistia no campo relacional da criança. Concluem, então, ancoradas na psicanálise, que a prática médica, ao tomar tal problemática apenas como um desregramento funcional ou orgânico, pode reforçar o sintoma ao invés de aliviar o sofrimento psíquico da criança.

Outro ponto a ser considerado é a hegemonia do discurso científico sobre o referido quadro que se incorpora no sistema escolar. Também bombardeados pelas informações da mídia e manuais médicos de orientação sobre a problemática, os professores acatam inteiramente a concepção de que as condições do aprendizado das crianças dependem do funcionamento cerebral (corrigido pela medicação) e não mais pela ação do outro social, o qual teria um papel imprescindível na estruturação (cognitiva, subjetiva) do aluno. O aprendizado passa a ser visto como produto interno, resultante do adequado funcionamento do organismo e não mais com a transmissão do conhecimento (GUARIDO, 2009).

Com o propósito de contribuir com essa discussão, pretende-se neste estudo, por meio de um Estudo de Caso, tecer algumas considerações, sob a ótica da psicanálise, sobre a sintomatologia do TDA/H, bem como discutir os efeitos iatrogênicos de esmaecimento da dimensão do sujeito, que tal sigla produz.

CAMINHOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Em uma avaliação diagnóstica, ancorada na teoria psicanalítica, articula-se os conteúdos específicos de uma história singular com os traços do universal que sobressaem da construção discursiva. Tem-se, nessa articulação um permanente tensionamento, uma vez que se opera com o “saber” afetado por uma falha central, o qual se dá pela via do reconhecimento de que o possível de ser construído, no momento clínico, virá, sobretudo, do sujeito que fala e não das sistematizações teóricas pensadas *a priori*.

Isto é, por reconhecer o limite dos parâmetros universais contidos nas sistematizações teóricas e descrições psicopatológicas a ética da psicanálise volta-se para a produção do “saber” do sujeito. Produção, possível de ser construída quando o sintoma se coloca como um enigma para aquele que produz a queixa. Portanto, pressupõe-se, nessa prática, a inexistência de qualquer tipo de prescrição ou orientação apaziguadora que calaria o sofrimento psíquico. Essa posição da psicanálise, fundada desde Freud, tornou-a diferenciada de todos os outros campos de saberes construídos na modernidade, que presos às verdades cientificizadas, sempre tentaram normatizar ou mesmo adequar as condutas consideradas desviantes.

Esse tensionamento teórico-prático deu sustentação a um Projeto de Extensão de uma clínica-escola de Psicologia localizada no Distrito Federal. É desse projeto, voltado para o atendimento do público infanto-juvenil, que se extraiu este estudo.

O modelo adotado nesse programa de atendimento utilizava estratégias interdisciplinares por meio das quais se buscava o diálogo com os diversos profissionais – médicos, psicopedagogos, orientadores educacionais e professores que também assistiam aos casos atendidos. Ao longo de sua vigência de dois anos proporcionou atendimento a trinta e sete crianças com o diagnóstico médico de TDA/H.

A avaliação diagnóstica do caso que será apresentado realizou-se de forma processual e foi composta por sessões de atendimento clínico à criança e atendimentos paralelos aos pais, a fim de que se pudesse melhor observar e analisar para intervir. Além desses elementos, deteve-se também nas produções discursivas do ambiente escolar da criança. Nesse contexto, privilegiou-se, na escuta, entre outras questões, a maneira como os educadores concebiam suas atuações junto aos alunos considerados “especiais”, como entendiam e explicavam o quadro de TDA/H. Observou-se também a forma pela qual as políticas educacionais inclusivas e pedagógicas se faziam presentes na vida escolar.

Nas entrevistas preliminares com o casal parental indagou-se sobre a forma com que a mãe cumpria a função materna e como o pai operava a função simbólica, bem como de que modo a criança lidava com a castração e com a “lei”. O foco foi, desde o início do processo diagnóstico, abolir o caráter de culpa dos pais e responsabilizá-los pelos impasses subjetivos da criança. Junto à criança, as indagações se fizeram, sobretudo, sobre o “sentido” da sua sintomatologia, ou seja, que tipo de “fundo” desorganizado poderia ser gerador de uma “figura” que se manifestava sob a forma do TDA/H (LEVIN, 1995).

CASO LEONARDO¹

O encaminhamento de Leonardo ao serviço de atendimento fez-se mediante a procura de Júlia,² como se chamará aqui sua mãe, por tratamento psicológico para o filho. Nos contatos iniciais com essa senhora de 32 anos, que trabalhava como manicure, percebeu-se seu profundo descontentamento com a escola de Leonardo e, em particular, com a sua professora, descrita como rígida e desatenta aos méritos do seu filho. Desde que a criança ingressara na escola, aos seis anos, Júlia era chamada, com frequência, pela direção e/ou professoras para discutir sobre as dificuldades de aprendizagem e relacionais apresentadas por Leonardo no contexto escolar.

Na ocasião da entrevista, Leonardo estava com oito anos e reprovava no ano anterior. Cursava, então, a 1ª série da Educação Básica. Na semana que antecederia o primeiro contato com Júlia, havia acontecido um incidente na escola: Leonardo, durante uma brincadeira, machucara o rosto de um colega. Nesse dia a professora disse a Júlia que seu filho era impulsivo, agressivo e que precisava de tratamento médico/psicológico com urgência. Ao chegar em casa, angustiada, Júlia corrigiu duramente Leonardo, com violência física, o que a fez sentir-se culpada e a levou a buscar ajuda.

No ano anterior, também por problemas na escola, relacionados à falta de concentração, impulsividade e dificuldades de aprendizagem, Leonardo havia sido encaminhado e avaliado pelo Serviço Médico/Psicopedagógico da rede de Saúde Pública do DF. Os exames neurológicos, oftalmológicos e de audiometria apresentaram resultados normais. Ao término desse processo, um laudo com a hipótese diagnóstica de TDA/H foi direcionado à Equipe de Atendimento Psicopedagógico da Rede Pública de Educação do DF, responsável pelo atendimento dos alunos da escola de Leonardo. Essa equipe, por sua vez, a partir de testes psicométricos, também levantou a hipótese diagnóstica de uma Deficiência Mental Leve.

Uma visita à escola criou a oportunidade de escutar as queixas da professora, da orientadora educacional e da diretora em relação à Júlia e Leonardo. Sobre a criança destacaram sua impulsividade e instabilidade motora: conflitava com os colegas, não parava quieto na carteira, não prestava atenção nos conteúdos escolares. Sobre a mãe, disseram que não aceitava as dificuldades do filho, “suas limitações”, ocultava os resultados dos atendimentos médicos, os laudos e não queria

relatar para a escola seus problemas familiares. Disseram, ainda, que naquele ano Leonardo não seria reprovado, mas “caso a mãe insistisse em não ajudar a escola a lidar com aluno outras reprovações certamente viriam”.

No decorrer das entrevistas, Julia informou que sua família era composta por dois filhos do casal, sendo Leonardo o primogênito, além de duas filhas do primeiro casamento de seu esposo. Suas enteadas, que moravam no interior, passaram a residir com o casal durante a gravidez de Leonardo. Essa circunstância, segundo seu relato, trouxe-lhe grandes problemas, pois além de a relação com as meninas ser conflituosa, viu-se muito jovem para cuidar de sua gravidez e, ao mesmo tempo, das filhas adolescentes do marido, o que a deixara decepcionada com o casamento, sem “possibilidade de ser feliz e realizar-se como mulher”. Destacou, então, que durante a gravidez estivera muito ansiosa, sentia-se mal com frequência, o que levava seu médico a dizer-lhe que se acalmasse, senão a criança, que já estava “agitada no útero, carregaria esses problemas para o resto da vida”. Como efeito desse comentário do médico, Júlia passou a achar, desde o nascimento do filho, que ele seria diferente das demais crianças.

Em função dos problemas de aprendizagem de Leonardo, a mãe abandonou o emprego e passava as manhãs acompanhando as tarefas escolares dos filhos. A criança demorava muito para finalizar seus deveres, o que a deixava exasperada. Por receio de ser novamente convocada para ir à escola, caso Leonardo errasse muito os exercícios em sala, com a professora, fazia com que ele decorasse toda a matéria a ser vista no dia.

Júlia contou também que Leonardo quase fora atropelado por um carro, pois nunca olhava antes de atravessar a rua. Em razão disso ela raramente o deixava sair para brincar, apenas o fazia quando podia vigiar e, “ao seu lado”, acompanhar as atividades. Em casa não era diferente; Leonardo não podia ser deixado a sós, pois subia nos móveis e nas janelas, o que o levava a ser permanentemente vigiado.

Nessa fase, a família atravessava uma grave crise financeira; seu marido havia feito um mau negócio e contraído uma dívida significativa. Segundo Júlia destacou, todas essas questões geravam muitos conflitos entre eles, muito embora o que mais a incomodava era a forma de Luís, seu esposo, relacionar-se com Leonardo.

Luís, segundo sua visão, não conseguia “colocar limites”, cedia a todos os desejos do filho. De noite, aceitava que a criança dormisse com o casal e, ao conduzi-lo para a sua cama, levava-o no colo “como se tivesse carregando um bebê”.

Na entrevista inicial, Luís, um senhor de 43 anos, taxista por profissão, falou de seu “relacionamento apegado” com o filho. Enfatizou suas dificuldades no primeiro casamento e as que vivenciou quando se viu só, viúvo, com duas filhas para educar, tendo que deixá-las com parentes em outra cidade até conhecer Júlia e, então, casar-se novamente. Mencionou

também seu contentamento quando ficou sabendo, após o retorno de uma viagem, que Júlia havia dado à luz a um “filho homem”, pois havia perdido um filho da união anterior, ainda bebê, de maneira trágica.

Sobre sua relação atual com Julia, disse estar frustrado e decepcionado pela falta de apoio da esposa em relação às suas dificuldades financeiras. Dessa forma, ao chegar do trabalho sua única alegria era poder estar com Leonardo e sentir-se amado pelo filho era o que lhe dava forças para continuar a viver.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES A PARTIR DA AVALIAÇÃO DA DINÂMICA PARENTAL

A clínica com crianças muitas vezes aponta para traços da díade mãe/filho, que sugerem uma relação na qual a antecipação imaginária do sujeito, a ser feita pela mãe, contém elementos fantasmáticos que podem dificultar a separação subjetiva da criança. Teríamos, então, uma criança que preenche o desejo materno, não o dividindo suficientemente: “Quanto mais a criança preenche a mãe, mais ela a angustia [...]. É a falta da ‘falta’ que traz a angústia. A mãe angustiada é, inicialmente, aquela que não deseja, ou deseja pouco, ou mal, enquanto mulher” (MILLER, 1998, p. 8). Trata-se, portanto, de uma função materna perpassada por um gozo fantasmático que, por sua vez, dificulta que o *infans* pague suficientemente o preço da “posição depressiva”, na qual, em termos kleinianos, aparece a dor pela perda do objeto primordial, mas que se constitui, também, como a possibilidade, ao se findar o luto, de se abrir um espaço efetivo para a entrada da figura paterna.

Júlia, desde sua gravidez, fantasiava a possibilidade de seu filho vir a ter um “problema na cabeça”. Ao frustrar-se com o casamento, perdendo a esperança de ver cumprir a promessa de realização da feminilidade por meio de um encontro amoroso “pleno”, efetua uma troca subjetiva. Essa troca se faz entre o impossível de “tornar-se uma mulher” supostamente “completa” “para tornar-se uma mãe” que se “completa” com os problemas do filho. Isto é, ao lidar com a “inexistência da relação sexual”,³ em uma expressão de Lacan, ancora-se na fantasia dos “futuros problemas de cabeça do filho” e, desse lugar, escamoteia parcialmente sua “falta”. Parcialmente porque, diante da diferença que percebe entre a criança “da realidade”, que tem diante de si, em comparação com a frágil criança imaginária de sua gravidez, surge a esperança de que “talvez o problema não seja tão grave assim”, o que faz com que Júlia clame por um pai mais potente para seu filho e reclame de Luís: “ele leva o filho no colo como se carregasse um bebê”.

A posição subjetiva de Luís, por sua vez, talvez decorra das dificuldades atravessadas no primeiro casamento e do sofrimento diante da trágica perda do primeiro filho. Tais dificuldades não o impedem, porém, de cumprir, mesmo que parcialmente, a função paterna, o que priva a mãe de ter Leonardo colado inteiramente na posição de objeto.

O movimento paterno, no entanto, faz-se mediante uma “posição materna” na medida em que o pai quer “cuidar” demasiadamente de Leonardo, o que talvez elucide a posição da criança em postergar a castração simbólica. Estamos, assim,

diante de uma configuração que se faz no plano imaginário: há um pai, porém o declínio do Édipo não se relaciona com o “pai”, mas, sim, com a palavra do pai, o qual ao falar, deve demonstrar que sabe lidar com o desejo da mãe. Essa palavra, entretanto, em sua posição crônica de insatisfação, Júlia coloca em xeque.

“Meu pai não sabia e comprou um caminhão roubado e a polícia foi à minha casa. Minha mãe disse que meu pai não é ‘bom de negócio’ e sempre perde dinheiro”, afirma Leonardo. Sua dificuldade subjetiva é que a castração simbólica, essencial para a organização das funções da linguagem, motricidade e atenção, ainda está em curso. Essa se constitui em um momento lógico que decorre quando a criança percebe o posicionamento paterno – como aquele que sabe manejar o desejo materno – possibilitando-lhe, assim, um suporte identificatório que lhe mostra a “porta de saída” das amarras do âmbito familiar.

A SINTOMATOLOGIA DE LEONARDO

É imprescindível levar em consideração, na prática diagnóstica e clínica com o segmento infante-juvenil, que o campo discursivo parental não produz um efeito direto na subjetividade do filho, pois, desde o princípio, os significantes que advêm das relações do *infans* não são somente falados, mas também “escritos” no real do corpo, fato que já marca, de saída, a posição singular do pequeno sujeito. Assim, as palavras nomeadas são, na verdade, “deturpadas” por essa experiência corporal. A “incorporação” do que vem de fora passa por um enlaçamento do corpo e da língua em um processo de (re)nomeação a partir da “falta”, como pontua Costa (2000). Tal processo transforma incessantemente as mediações feitas pelo outro, à medida que essas são, então, “apropriadas, encarnadas” de forma única pela criança. Cabe ao clínico levar essa dialética em consideração e fazer a articulação dos indícios do campo discursivo parental com o discurso da própria criança para conseguir dar uma direção ao tratamento.

Ao considerar, portanto, essa articulação, pode se pensar a problemática do TDA/H além do que é proposto pelo saber psiquiátrico. Bergès e Balbo (2001), por exemplo, destacam que os sintomas que compõem a tríade sintomatológica (atenção, hiperatividade e impulsividade) estão imbricados. Para os autores, a atividade pósuro-motora desordenada, exagerada, descontrolada, mais ou menos recoberta de gestos agressivos é quase sempre desprovida de significação. “É como se o gozo motor estivesse em busca de sentido junto ao Outro”⁴ (BERGÈS; BALBO, 2001, p. 90).

De acordo com Levin (1995), o corpo real nessas crianças tem um “sobrepeso”, ou seja, o peso do “real” duplicado, pois, nesse tipo de sintomatologia, a “realidade” do corpo torna-se mais presente e transforma-se em uma preocupação constante e excessiva para o outro. Assim, esse “sobrepeso” opera como um obstáculo à simbolização e à apropriação, por parte da criança, do limite do seu próprio corpo. Isso em função das tentativas de “fachada” de diferenciação que ela cria por meio do excesso de movimento. Separação difícil de ser feita, mediante o gozo que se atualiza nessa relação, vivenciado também pelo outro, ao antecipar e tentar controlar cada movimento da criança. O autor enfatiza que o corte, a lei,

o lugar paterno não terminaram de se encaixar na subjetividade da criança. A criança fica posicionada no meio do caminho: na passagem de ser o falo para a mãe e não o ser (LEVIN, 1995, p. 156).

A problemática da impulsividade, por sua vez, pode ser pensada como uma “atuação” dirigida ao outro. Na medida em que tumultua o ambiente com a sua instabilidade motora e responde, de forma inconsistente, às demandas que recebe, a criança começa a ser marcada pelos seguintes significantes: “desatenta”, “inquieta”, “avoada”, etc. Ao se reconhecer nesses significantes ela vai sendo “empurrada” para uma posição subjetiva na qual fica cada vez mais difícil interrogar o desejo do Outro, fato que certamente aumenta suas dificuldades relacionais. Assim, a partir dos seus movimentos desordenados e da sua inconsistência para responder às demandas do contexto, principalmente ao ingressar no sistema escolar, é considerada como um sujeito que não “tem limites”.

Tais questões estavam presentes na postura subjetiva de Leonardo, principalmente na escola, contexto em que a impulsividade se manifestava de forma mais acentuada. Alienado nos referidos significantes, não conseguia entender as demandas da professora e, dentro da sala de aula, permanecia absorto em sua angústia. Nos momentos de recreação da escola, “atuava”, “esbarrando-se” duramente nos colegas. Lacan (1979[1953-54]) assinala que o sujeito, preso a uma relação dualizada, diante da não realização de seu desejo e sem a devida simbolização para essa “falta”, comparece em um lugar de concorrência, de rivalidade com o semelhante. Se analisarmos o “sentido” da impulsividade nas “atuações” da criança diagnosticada com TDA/H, encontraremos esses elementos justamente pela ausência de um desejo reconhecido e mediado pelo Outro.

No que tange à disfunção da atenção, problemática que antecede tanto o traço de impulsividade como o de hiperatividade para efeito de diagnóstico do TDA/H no discurso médico, parte-se aqui do pressuposto de que essa função no bebê se relaciona aos mecanismos sensoriais, mecanismos mais biológicos. No entanto, à medida que a criança se insere no “banho de linguagem”, desde a relação primordial, essa função vai modificando-se e passa a ser mediada pelos significantes que foram interpostos, compartilhados e construídos nas relações sociais.

De acordo com Jerusalinsky (2001), o conceito de letra no inconsciente, proposto por Lacan, provocou uma mudança substancial na concepção do que faz e perfaz o nascimento do sujeito. É essa inscrição que depende da posição do Outro primordial e da capacidade que essa relação tem em produzir um enigma para a criança, que os estímulos que incidem sobre o incipiente corpo do recém-nascido deixam ser meros estímulos e se tornam “marcas”.

Nessa perspectiva, nem tudo que é estímulo produz “marcas”, caso contrário, seria necessária, para nós humanos, uma memória interminável e, mesmo assim, ainda teríamos dificuldades em diferenciar uma coisa da outra, pois tudo nos causaria a mesma impressão. O autor destaca que alguns estímulos entram no registro da percepção e lá se apagam, são passageiros, tangenciais. Apenas aqueles sublinhados pelo Outro passam a figurar como “marcas” capazes de representar pontos significativos do enigma inscrito em torno da “falta” causada do objeto perdido.

Nas palavras de Jerusalinsky (2006), do ponto de vista da psicanálise, um déficit de atenção é não saber a que dirigir a percepção, é não poder produzir no “percepto” um ato de nomeação que lhe dê extensão simbólica porque este objeto não passa pelo campo do Outro. Ou seja, nesses casos “a extensão simbólica está reduzida e a operação que apaga a coisa para que o sujeito possa enunciar de um modo polissêmico o que percebe, esse corte, falha” (JERUSALINSKY, 2006, p. 41).

É possível supor que talvez Júlia, em seus cuidados maternos, não tenha conseguido produzir um *holding* para o filho, utilizando aqui uma linguagem winnicottiana. Ou seja, ao cumprir sua função, as palavras faladas durante o *handling* foram dirigidas ao *infans*, mas este não estava revestido de uma imagem que o tornava totalmente reconhecível para a mãe e, ao mesmo tempo, diferenciado dela. Parece que foram nomeações feitas em uma espécie de “monólogo” que não fizeram muito “sentido” para a criança.

Em relação à hipótese diagnóstica da equipe psicopedagógica de um suposto déficit cognitivo, a análise aqui feita é a de que se trata, também, de um apelo ao Outro. A posição subjetiva em que Leonardo está parece se relacionar com que Cordié (1996, 2005) discute sobre a inibição intelectual: seria uma recusa em se adequar ao “eu-ideal”, uma vez que tal entrega equivaleria a ser “esmagado” subjetivamente. Ou seja, sem conseguir se beneficiar do movimento que seria instaurado pela instância do “ideal-do-eu”, constituída pela intervenção paterna, a criança paralisa e defende-se ocupando o lugar de resto, daquilo que pouco se pode aproveitar narcisicamente, do lado do outro materno. Em outras palavras, percebe a falta do Outro, mas se recusa a completá-la como um falo idealizado, mas o faz, sem “saber”, em uma posição de dejetos.

O preço a ser pago por Leonardo é que tal recusa o engendra em uma “colagem” à mãe que de perto “vigia” seu desempenho escolar. Instaura-se, portanto, uma demanda unívoca em torno da aprendizagem e quanto maior o seu fracasso, mais se demanda, cabendo a ele novamente recusar o aprender, o que o impede, portanto, de fazer sua própria inserção pelo campo do conhecimento.

Em síntese, o que se avaliou, é que as dificuldades subjetivas instauradas na criança não decorriam da impossibilidade de se alcançar o nível representacional do registro simbólico, no qual existe uma articulação dos significantes, tendo como referência o significante “Nome-do-Pai”.⁵ Todavia, sua incursão como sujeito no campo simbólico era opaca, pois o vazio que adviria de uma castração simbólica mais efetiva permanecia atenuado, dificultando que seu entorno fosse ordenado por uma cadeia de significantes que lhe representasse, mais efetivamente, diante dos outros

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentro da tradição médica há uma arraigada concepção, que guarda uma compatibilização com os primórdios do positivismo, de que o patológico deve ser normatizado e re-equilibrado, isto é, deve-se retirar o que está em excesso ou

complementar o insuficiente. Canguilhem (1995) aponta que em torno desse ideário houve um gradativo esvaziamento da positividade dos sintomas e o “momento clínico”, junto ao paciente, tornou-se sem sentido, pois o interesse terapêutico é, sobretudo, o de normatizar o biológico com a medicalização.

No atual contexto, a psiquiatria biológica se vangloria e supõe dominar os instrumentos para lidar com os quadros psicopatológicos que são recorrentes no mundo contemporâneo. Ancorada no cientificismo, que advém das neurociências, libertou-se da influência da psicanálise e inscreve-se, hoje, inteiramente, dentro da racionalidade médica (BIRMAN, 2006). Assim, tal discurso aponta um caráter de insuficiência de outras áreas de conhecimento que, ao analisarem o mal-estar do sujeito em sua relação com a cultura, utilizam parâmetros mais dinâmicos e processuais para diagnosticarem as psicopatologias.

A partir dessas considerações, pode-se retomar a questão que desencadeou este estudo: o saber instituído pelo discurso médico sobre a etiologia do TDA/H, de que se trataria de um distúrbio orgânico, ainda é frágil e sem comprovações empíricas. Este texto, por sua vez, não tem a pretensão de responder a essa questão a partir da psicanálise, mas, sim, a de levantar algumas hipóteses sobre essa problemática que talvez possam ser desdobradas em trabalhos futuros.

Explorou-se, nesse sentido, a possibilidade de redimensionar esta construção diagnóstica através de um raciocínio clínico ancorado na teoria psicanalítica. Desse ponto de vista, o funcionamento das funções da inteligência, percepção, linguagem e motricidade dependem da posição subjetiva do sujeito. Assim, discutiu-se a sintomatologia do TDA/H entendendo-a também como uma forma de expressão de conflitos psíquicos resultante de uma configuração de significantes com a qual a criança se constitui e é constituída, não simplesmente como uma “doença orgânica”.

Nessa perspectiva, o que ocorre no campo orgânico pode ser pensado como um “efeito” do posicionamento subjetivo da criança e não como “causa originária” da problemática do TDA/H. Ou seja, o aparato biológico é totalmente transformado pela linguagem e pela cultura⁶ durante a constituição do sujeito. Assim sendo, não se trata de negar a presença do orgânico nessa problemática, mas, sim, de repensá-la, pois o sistema simbólico, modifica, à medida que perpassa, tanto o orgânico quanto o psiquismo. Ou seja, a forma em que as sinapses são atravessadas pela aprendizagem (dimensão simbólica), possibilita-lhes diferentes configurações. Dessa forma, pode-se inferir: diferentes posicionamentos subjetivos resultam em diferentes funcionamentos das funções psicológicas as quais, por sua vez, inscrevem-se de diferentes formas no funcionamento cerebral. Coriat (1997, p. 12) clarifica essa proposição: “o que está em jogo nas experiências com o outro não é somente a inscrição dos primeiros sinais mnêmicos, mas também o estabelecimento da *bahnung*, facilitação ou estabilização seletiva das sinapses neuronais”.

No campo das experiências de Leonardo, havia sempre um “cuidador”, ora a mãe, ora o pai, em uma relação que não lhe permitia “respirar”, libertar-se da armadilha imaginária de ser uma criança problema. Dessa forma, sua revolta contra a passividade de se constituir como um objeto do Outro se fazia mediante os sintomas que foram cunhados pelo discurso médico como TDA/H. Ciente desse diagnóstico,

a escola convocava, de forma constante e autoritária, a presença da mãe para “ajudar a escola a lidar com Leonardo”. Essa imposição das educadoras reabria a ferida narcísica de Júlia e, ao mesmo tempo, contribuía para anular a possibilidade de mudanças subjetivas para Leonardo, a partir de sua vivência neste campo social.

Percebeu-se, no entanto, mediante a avaliação diagnóstica, grandes chances de conseguir deslocar Leonardo da posição subjetiva em que ele se encontrava. A proposição dentro de um raciocínio clínico/estrutural era a de que suas dificuldades apontavam para uma organização subjetiva que tendia ao campo da neurose. Desse modo, além do trabalho a ser feito com os pais, caberia ao clínico usar o dispositivo da escuta para que a criança se responsabilizasse e se implicasse com o seu próprio “saber” produzido nos desenhos, histórias e brincadeiras, valendo-se de uma postura capaz de sustentar, sem respostas prontas e apaziguadoras, as interrogações que a criança conseguisse formular.

À guisa de conclusão, ressalta-se que a diferenciação entre os registros imaginário, real e simbólico se constitui como um importante operador teórico para sustentar as decisões relativas ao diagnóstico e à direção do tratamento junto à crianças e adolescentes. Kupfer (2002) destaca a importância dessa formulação lacaniana, pois ela permite-nos localizar os efeitos imaginários das produções discursivas dos pais no sintoma da criança; de igual forma, possibilita o descolamento da dimensão simbólica das funções materna e paterna da figura dos pais reais. Assim, destaca que não há como excluir os pais do tratamento da criança, pois, esta “amarra-se” nessas figuras tanto por sua dependência material, como pelas manifestações sintomáticas produzidas a partir da “verdade” do casal parental.

Retomando a problemática do TDA/H, há que se considerar também o efeito das formações discursivas da esfera médica e da esfera educacional as quais, podem, como se buscou mostrar com este estudo, inclusive, auxiliar no aprisionamento do sujeito à dimensão imaginária de ser uma “criança portadora de problemas neurológicos”.

NOTAS

¹ Todos os nomes próprios que aparecem neste relato de caso são fictícios.

² Um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado pela responsável, permitindo que os dados provenientes dos atendimentos, desde que resguardada a identidade dos sujeitos, pudessem ser utilizados para fins de pesquisa e ensino, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

³ A “falta” do encontro pleno engrena a própria sexualidade; do ponto de vista da histórica, porém, os outros têm acesso a essa realidade, restando a ela a privação dessa experiência.

⁴ A diferença entre “outro” e “Outro” na teoria lacaniana apresenta-se da seguinte forma: o “outro” é empírico e comparece nos intercâmbios sociais do sujeito. O “Outro” representa a lei e as formações discursivas que perpassam e compõem a cultura. Assim, o outro materno e o outro paterno são representantes do Outro diante da criança.

⁵ O significante “Nome-do-Pai” ordena todo o sistema significante. Implica a possibilidade de travessia do percurso edipiano, por conseguinte, a possibilidade de a significação fálica advir para o sujeito.

⁶A título de ilustração dessa suposição há um caso histórico relatado por Itard e Pinel que é o de *Victor – O selvagem de Aveyron* – um menino que sobreviveu sem contato humano até os 12 de idade e chegou em Paris no sec. XVIII. Esse caso tem a particularidade de possibilitar um entendimento acerca dos efeitos da ausência dos significantes do Outro na constituição do sujeito. Victor movimentava-se a esmo e não conseguia focalizar a atenção nos objetos. Uma fala mecânica se desenvolveu aos poucos, mediante os esforços educativos de Itard.

REFERÊNCIAS

BERGÈS, J.; BALBO, G. *A atualidade das teorias sexuais infantis*. Porto Alegre: CMC, 2001.

BIRMAN, J. *Arquivos do mal estar e da resistência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CORDIÉ, A. *Os atrasados não existem: psicanálise com crianças com fracasso escolar*. Porto Alegre: Artmed, 1996.

CORDIÉ, A. *Por que nosso filho tem problemas*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

COSTA, A. M. M. Autoridade e legitimidade. In: KEHL, M. R.(Org.). *Função fraterna*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p. 81–110.

CORIAT, E. Causas e acasos. *Estilos da Clínica*: Revista sobre a infância com problemas, São Paulo, v. 3, p. 8 -14, 1997.

DSM. IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*._Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GUARIDO, R. A medicalização do sofrimento psíquico: considerações sobre o discurso psiquiátrico e seus efeitos na educação. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 151-161, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517.07000100010&lng=em&nrm=iso&tlng=em>. Acesso em: 20 abr. 2010.

GUARIDO, R. O sujeito refém do orgânico. In: COLÓQUIO DO LABORATÓRIO DE ESTUDOS E PÊSQUISAS PSICANALÍTICAS E EDUCACIONAIS SOBRE A INFÂNCIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 7., 2009, São Paulo. *Anais...* São Paulo: [s.n.], 2009. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC_0000000032008000100070&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 25 abr. 2010.

JERUSALINSKY A. *Seminários I*. São Paulo: USP, 2001.

JERUSALINSKY, A. Diagnóstico de Déficit de Atenção, o que pode dizer a psicanálise ? *Diagnósticos na infância hoje. Correio da APPOA*, Porto Alegre, v. 144, p. 25-41, mar. 2006. Disponível em: <<http://www.appoa.com.br/correio.php?sec=3>>. Acesso em: 10 abr. 2008.

KUPFER, M.C. Pais melhor não tê-los? In: ROSENBERG, A M. S. (Org.). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. São Paulo: Escuta, 2002. p. 113-132).

KUPFER, M. C. M; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Revista latinoam. psicopatologia fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415>. Acesso em: 26 nov. 2009.

LACAN, J. *O seminário: os escritos técnicos de Freud (1953-54)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1979. Livro 1.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A construção diagnóstica de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiro de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 60, n.1, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://146.164.3.26/seer/lab19/ojs2/index.php/ojs2/article/view/174/141>>. Acesso em: 27 nov. 2009.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. Hiperatividade: o “não-decido” da estrutura ou o “infantil” ainda no tempo da infância. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 12-13, jan./jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282009000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 9 abr. 2012.

LEVIN, E. *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Petrópolis: Vozes, 1995.

MILLER, J-A. A criança entre a mulher e a mãe. *Opção Lacaniana*, São Paulo, v. 21, p. 7-12, 1998.

PITA, N. P. P. *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: sintoma escolar e sintoma analítico*. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

RIBEIRO, V. L. M. *A família e a criança/adolescente com TDAH: relacionamento social e intrafamiliar*. 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

SHOWALTER, E. *Histórias Históricas: a histeria e a mídia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 2004.

THEVENOT, A.; METZ, C. Instabilidade psicomotora ou hiperatividade? Riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. *Epistemossomática*, Belo Horizonte, v. 4, n. 2, p. 49-61, jul./dez. 2005. Disponível: <<http://scielo.bvs-psi.org.br/pdf/epistemo/v4n2/v4n2a05.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2010.

WERNER, J. R. *Transtornos hipercinéticos: contribuições do trabalho de Vygotsky para reavaliar o significado*. 1997. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1997.

Recebido em: 06 de maio de 2010

Aceito em: 11 de abril de 2012