

PATRÍCIA PINHEIRO NUNES PITA

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO
E HIPERATIVIDADE:
SINTOMA ESCOLAR E SINTOMA ANALÍTICO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
BRASÍLIA – DF – 27.06.08

PATRÍCIA PINHEIRO NUNES PITA

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO
E HIPERATIVIDADE:
SINTOMA ESCOLAR E SINTOMA ANALÍTICO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de Brasília, como requisito parcial à aquisição do título de mestre em Educação, sob orientação da Prof^ª Dr^ª Inês Maria Zarfolin Pires de Almeida e co-orientação da Prof^ª Dr^ª Inês Catão Henriques Ferreira.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
BRASÍLIA – DF – 27.06.08

Banca Examinadora

Prof. Dr. Paulo Sérgio de Andrade Bareicha – UnB

Prof^a Dr^a Sandra Francesca Conte de Almeida - UCB

Prof^a Dr^a Daniela Scheinkman Chatelard - UnB

Para meu pai (*in memoriam*) e minha mãe,

pelo amor e pelo sintoma!

Agradecimentos

Às minhas filhas, Beatriz e Clarice, pelo ideal da completude e da *realização* da incompletude, que reitero nestas linhas;

A Gilson, por significar tanto nos *momentos cruciais* desta caminhada;

A Sofia Santos, minha Fífia, que desde sempre *alimentou* o sonho deste mestrado;

Às minhas irmãs e aos meus irmãos, gigantes da minha história;

À querida professora e amiga Mercedes Cunha, por tanto incentivar meu ingresso na Academia;

À orientadora *Mestre* Inês Maria de Almeida, por me acolher sem hesitação, desde o primeiro sopro de desejo de participar de sua linha de pesquisa e do seu Laboratório *Efervescente*;

A Inês Catão, primeiro pela disposição em me co-orientar, apostando na autora de um texto que não conhecia, e depois pela incidência do *corpe* neste trabalho;

Às amigas Márcia Chauvet, Adriana Bomfim, Nastassja Néto, Rosalina de Oliveira, Janaína Mota e Sandra Prazeres, colegas de mestrado, pela generosidade em me acolher e pela abertura para as constantes e inquietantes interlocuções;

Às professoras Daniela Chatelard, Laura Coutinho e Sandra Francesca por qualificarem um *corpo despedaçado*, que hoje se assume, sob outro título, enquanto *corpo dissertativo*;

À minha analista, Maria Ida Fontenelle, que, com as pontuações de sua escuta, possibilitou-me enxergar a *falta*, tão importante na sustentação teórica deste trabalho;

Ao Percurso Psicanalítico de Brasília, em especial às colegas do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Transmissão da Clínica com Crianças, pela feliz oportunidade da troca e da aprendizagem, que traduzo em algumas das linhas que seguem;

Aos queridos colegas do Centro Clínico Anankê, pelo carinho com que marcaram o começo de minha história em Brasília e pela abertura para o meu ofício de psicanalista.

Ao professor Paulo Bareicha, por aceitar, no último momento, participar da banca examinadora: jamais esquecerei sua generosidade!

...porque, neste estágio de pesquisa, um passeio nas trevas é preferível à segurança que dá a luz.(..)

A luz só vem por repentes e eu peço desculpas ao leitor por deixá-lo nesta angústia indispensável, da penumbra e da desordem.

É através da desordem que se vai produzir uma certa ordem. Talvez ela não seja nem a minha, nem a do leitor, mas do sujeito – e logo compreenderemos melhor.

O que é a aventura psicanalítica senão essa caminhada através de atalhos, sempre inexplorados, em que a verdade se entrevê, mas nunca se alcança?

(MANNONI, 1964/1999, p. 15)

RESUMO

Pelo menos desde a década de 90 do século passado o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) vem se confirmando como um dos diagnósticos psiquiátricos mais comuns entre crianças escolares. Muitos casos assim diagnosticados são encaminhados, inclusive pela escola, à clínica psicanalítica, que os tem tratado para além da fenomenologia psiquiátrica. Mas seria possível partir de outro referencial para se tratar e escolarizar crianças com esse *transtorno*? Eis o pressuposto desta dissertação de mestrado, construída na interface psicanálise-educação, cujo objetivo é estudar o TDAH a partir do ensino de Freud e Lacan, sem desconsiderar, tampouco destituir a nosografia deste sintoma, nem todas as questões cognitivas e neuropsicológicas que o circulam. As hipóteses gerais sobre o TDAH são formuladas em dois campos: como *um sintoma escolar* e como *um sintoma analítico*. Enquanto um *sintoma escolar*, o TDAH é proposto como um sintoma da escola e não da criança. A razão desta proposição deve-se ao fato de que a escola, também para atender à proposta inclusiva, fundamenta sua prática *psicopedagógica* na visão médica, concentrando-se assim na patologização e reeducação do sintoma. Como um *sintoma analítico*, é visto como um sintoma da criança, com todas as suas vicissitudes para a psicanálise. Neste sentido, surge como hipótese específica desta dissertação a idéia de que o sintoma em TDAH está mais próximo do sintoma-metáfora da neurose, porque é compreendido como um apelo da criança ao Nome-do-Pai, para tirá-la do lugar da causa de desejo na fantasia materna. Como suporte deste postulado apresenta-se o resumo do Caso Nizan, no qual houve espaço para uma interlocução com a escola.

Palavras-chave: TDAH, Psicanálise, Educação e Sintoma da Criança

ABSTRACT

At least since the 1990s, Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) has been confirmed as one of the most common diagnoses in psychiatry among schoolchildren. Many such cases reach the psychoanalytical clinic, where they are treated beyond the psychiatric phenomenology. In order to do this, psychoanalysis neither disregards nor dismisses the nosography of this symptom as well as all the cognitive and neuropsychological issues that surround it. This is the *a priori* of this Master's Degree dissertation, developed on the interface between education and psychoanalysis, based on the teachings of Freud and Lacan. The aim is to present ADHD as a *school symptom* and as an *analytical symptom*. The general hypotheses are located within these two fields in the following way. As a school symptom, ADHD is proposed as a symptom of the school, not the child. The reason for this proposition is that the school, in order to meet its inclusive agenda, bases its educational practice on a medical and psycho-pedagogical view of the pathologicalization and reeducation of the symptom. As an analytical symptom, it is seen as a symptom of the child, with all the vicissitudes of this symptom for psychoanalysis. This leads to the idea, and the specific hypothesis of this dissertation, that the symptom in ADHD is closer to the metaphor-symptom of neurosis because it is understood as the child's appeal to the Name-of-the-Father to escape the cause of desire in the maternal fantasy. Supporting this assumption, a summary of the Nizan case is presented, in which there was room for a dialogue with the school.

Key Words: ADHD, Psychoanalysis, Education, Symptom of the Child

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO 1. EDUCAÇÃO E PSICANÁLISE EM TDAH	13
1.1 O professor e o analista: posições distintas e insustentáveis	14
1.2 O novo e o insustentável em TDAH	16
1.3 O TDAH	16
CAPÍTULO 2. O TDAH COMO UM <i>SINTOMA ESCOLAR</i>	20
2.1 Escolarização em TDAH: práticas inclusivas ideais	23
2.2 Educação inclusiva em TDAH: pedagogia corretiva do sintoma e ilusão (psico)pedagógica.....	26
2.3 Uma escola para crianças sem limites: o saber e a verdade na inclusão do TDAH.....	28
CAPÍTULO 3. TRANSTORNO, DÉFICIT E ATENÇÃO	34
3.1 Transtorno: efusão	35
3.2 Déficit e debilidade mental	38
3.3 Déficit: lei e desejo	39
3.4 O RSI e as estruturas: o diagnóstico em psicanálise	42
3.4.1 As estruturas nos tempos da infância.....	46
3.5 A teoria da falta de objeto	47
3.6 Os três tempos do Édipo	52
3.7 A <i>falta</i> de atenção	53
CAPÍTULO 4. O TDAH COMO UM <i>SINTOMA ANALÍTICO</i>	58
4.1 Do sintoma-metáfora ao <i>Sinthoma</i> como Nome-do-Pai.....	59
4.2 A <i>Fixierung</i> : o sintoma no real do corpo?	62
4.3 O sintoma da criança	63
4.3.1 O fantasma materno e o sintoma da criança.....	66
4.4 O TDAH e as estruturas.....	69
4.5 O TDAH e a dialética demanda-desejo	72
4.6 Nizan: TDAH como neurose nos tempos da infância	73
CAPÍTULO 5. A concluir	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

INTRODUÇÃO

Quando estivesse mais pronta, passaria de si para os outros, o seu caminho era os outros. Quando pudesse sentir plenamente o outro estaria a salvo e pensaria: eis meu porto de chegada. (CLARICE LISPECTOR, 1969/1998, p. 57)

Quando tudo começou, a pergunta desta dissertação não se pensava como um problema de pesquisa. Primeiro surgiu como uma questão da estudante de psicologia sobre qual seria o lugar do analista ou do neuropsicólogo diante da criança com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), cujo entendimento seria de um sintoma e de um diagnóstico psiquiátrico e neurológico - numa época em que a neuropsicologia e a psicanálise, com Lacan, podiam conviver de forma harmoniosa no pensamento da estudante e da psicóloga clínica. Foi assim até o ingresso no mestrado, momento em que as duas abordagens se abriram em caminhos opostos, a começar por suas bases *epistemológicas*. Pensá-las, na clínica e na Academia, em confluência, já não seria mais possível como o foi na fecunda época da graduação, o que se tornou não menos problemático numa transposição para a escola.

Emerge, então, a questão a respeito de que diagnóstico e de que sintoma poder-se-ia falar ao se educar e tratar crianças com TDAH, com outro referencial além do neuropsiquiátrico.

Sem banalizar todas as questões cognitivas e neuropsicológicas que podem explicar as causas do TDAH, assim como as formas convencionais de tratamento, o objetivo desta dissertação de mestrado é estudar o TDAH para além de sua nosografia neuropsiquiátrica e dos métodos diagnósticos através de testes neuropsicológicos, assim como o uso que a escola tem feito dessa noção médica e psicológica para fazer valer uma reeducação do sintoma. Nesse sentido a estratégia metodológica, como lastro que sustenta esta pesquisa, é fundamentada na teoria psicanalítica, em Freud e Lacan.

Eis, assim, que se indica a primeira hipótese, a do TDAH como *sintoma escolar*, designando-o como *sintoma da escola*, no sentido de que a escola, para atender à proposta de inclusão, tem conduzido sua prática pedagógica apoiada no diagnóstico psiquiátrico e no psicodiagnóstico realizados a partir de testes psicológicos e neurológicos, o que é interrogado enquanto *ilusão (psico)pedagógica e pedagogia do sintoma*.

Argumenta-se também, de acordo com Mannoni (1964/1999), que, mesmo nos casos em que há um déficit orgânico, a criança não precisa ficar neste lugar imóvel da dificuldade inata e comum a todos os que possuem o mesmo diagnóstico. Freud (1928[1927]), ao se referir à epilepsia de Dostoievski, proclamava que provavelmente havia fatores psíquicos na determinação da patologia. Mannoni (1964/1999), citando Lacan, afirma que o sujeito é um ser de diálogo e não um organismo. Sustenta-se dessa forma outra hipótese, a saber, que quando o nome do sintoma é transtorno ou déficit, pode-se, sim, pensá-lo como um *sintoma analítico*, o que significa que em primeiro lugar não se pode repetir a noção psiquiátrica e neurológica de sintoma, apresentando-se sua concepção psicanalítica.

Como corolário dessa hipótese geral, do TDAH enquanto sintoma analítico, formula-se a seguinte hipótese específica: esse *transtorno*, que embora não seja designado como um *sintoma* de estrutura, pode assumir, num caso particular, a característica de um sintoma da neurose nos tempos da infância, como um apelo ao pai, feito pela criança, para não deixá-la na captura da fantasia materna.

Embora não se verifique apenas na infância e na escola, o TDAH, com suas características nucleares - desatenção, hiperatividade e impulsividade - é mais prevalente em crianças escolares, com conseqüências adversas para o seu desempenho acadêmico (ROHDE, MIGUEL FILHO, BENETTI *et al.*, 2004). A relevância desse estudo é sua proposta diferenciada para pensar a escolarização dessas crianças, discutindo as práticas de uma educação inclusiva para além de uma orientação médico-psicológica. Observa-se que muitas são as pesquisas atuais em TDAH (VASCONCELOS, WERNER JR., MALHEIROS *et al.*, 2003; ROHDE, MIGUEL FILHO, BENETTI *et al.*, 2004; GRAEFF e VAZ, 2006; SEGENREICH e MATTOS, 2007), grande parte delas enfocando a questão do desempenho escolar, a maioria em psiquiatria e psicologia comportamental (FREIRE e PONDÉ, 2005; PASTURA, MATTOS e ARAÚJO, 2005); são raras as que se conduzem pela teoria psicanalítica (por exemplo: LEGNANI, 2005 e LEGNANI, ANDRADE, CAIRUS *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, no bojo do **Capítulo 1** abordam-se, em termos de novidade e insustentabilidade, as posições do educador e do analista, apontando para distinções dos lugares que ocupam; e a interface psicanálise-educação de forma geral e estritamente em relação ao TDAH.

Na seqüência, trata-se de uma escola que inclui crianças *sem limites*. É assim que, no **segundo capítulo**, o TDAH é designado como um *sintoma escolar* a partir de sua noção enquanto *sintoma psiquiátrico* e *neurológico*. Nessa seção abre-se espaço para repensar a inclusão enquanto prática ideal que visa à reeducação do sintoma.

No **Capítulo 3** discutem-se as noções de transtorno, déficit e atenção para a psicanálise. Para falar de transtorno parte-se do conceito de inibição. Quanto ao déficit, primeiro faz-se um breve apanhado sobre o estudo da debilidade em psicanálise; depois, há referência às idéias do Pai, da Lei e do Desejo como representativas do limite; discutem-se ainda as modalidades da falta: frustração, privação e castração. Articula-se a desatenção com essa teoria das relações de objeto e sustenta-se que a *falha* na atenção é representativa da idéia de inconsciente para Freud e Lacan.

É no **quarto capítulo** que se aborda o TDAH como um sintoma analítico, com as noções de *sintoma*, *sintoma da criança* e *diagnóstico*. Nessa seção também há o relato de fragmentos do Caso Nizan, destacando-se a condução psicanalítica diante de um diagnóstico neuropsiquiátrico de TDAH e as interlocuções com pais e educadores, indicando-se as repercussões desse procedimento.

No **capítulo conclusivo** há questões em aberto sobre tratamento psicanalítico e escolarização de crianças com TDAH, assim como reflexões sobre a transmissão da psicanálise para educadores.

CAPÍTULO 1 – EDUCAÇÃO E PSICANÁLISE EM TDAH

Efetuar uma verdadeira reflexão sobre a educação implica o esforço de constituir uma doutrina científica e de se livrar da falta de pontos de referência que caracteriza o imaginário. E é aí que a psicanálise pode entrar com sua contribuição...
(MANNONI, 1973/1977, p. 44)

A discussão em torno das questões suscitadas pelo Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na clínica psicanalítica promove uma aproximação da psicanálise com a educação, não numa tentativa de fusão dos campos, o que seria a *pedanálise* de Oskar Pfister, pastor protestante e pedagogo, ou uma *psicanálise pedagógica*, como sustentava Anna Freud (1926/1971) no início da psicanálise com crianças.

Freud foi o primeiro a vislumbrar possibilidades de reunir a psicanálise e a educação. Na correspondência mantida entre 1909 e 1939 com o amigo Pfister, Freud (FREUD e MENG, 1963/1998) cogitou a aproximação desses dois campos do saber, mas, ao final de sua obra, afastava qualquer hipótese de interlocução.

Se hoje é possível falar de uma interface psicanálise-educação, deve-se agradecer à extensão da psicanálise para o tratamento de crianças com Anna Freud e seu contemporâneo August Aichhorn, que ampliou o espectro da psicanálise para além dos consultórios e divãs, ao utilizar a teoria psicanalítica para intervir na realidade de crianças e adolescentes delinquentes. Foram eles que começaram a realizar em Viena as primeiras preleções e grupos de estudo sobre psicanálise para um público de professores (FREUD, 1926/1971). Neste mesmo caminho, merece destaque o trabalho de Mannoni na École de Bonneuil, alargando o trabalho psicanalítico para espaços institucionais, em sua *instituição estourada* (MANNONI, 1973/1977), que inspirou muitos depois dela.

Mas alguns, desde Catherine Millot (1987/2001), apontam para uma incompatibilidade entre educação e psicanálise, por trabalharem com objetivos opostos. Parece que à clínica cabem os acontecimentos estritamente analíticos e à escola, as conformações pedagógicas *stricto sensu*. Assim, quaisquer outras formas de pensar as relações travadas nestes lugares seriam vistas como desprovidas de sentido e, portanto, inadequadas. Transportá-las de um lugar para o outro poderia causar um mal-estar,

sobretudo para além do que isto significa, porque tal transposição reportaria à idéia de que a psicanálise pode explicar as relações pedagógicas, o que seria um grande equívoco. Como sublinha Jerusalinsky (1999a, p. 110), “não é desejável que os educadores abandonem suas funções e se dediquem a elaborações psicanalíticas. Também é certo que a psicanálise não pode oferecer um método educativo”.

1.1 O professor e o analista: posições distintas e insustentáveis

As posições do professor e do analista podem ser bem marcadas nas relações entre psicanálise e educação. Freud (1913/1969) já sustentava que não queria fazer do educador um analista, mas analisado. Acrescenta-se uma condição de Freud para a análise: que haja demanda. Caso o educador assim o queira e se submeta a uma análise pessoal, seu desejo e o desejo de seus alunos se farão audíveis a tal ponto que muitas das técnicas de reeducação ou reabilitação passarão em revista. Ao menos, o educador se respaldará com a possibilidade de uma visão crítica sobre o que se transmite no ato educativo, e sobre como ocorre essa transmissão.

Na interface psicanálise-educação sustenta-se o postulado de que a prática educativa deve ser aquela que cria espaços de subjetividade, onde deve emergir um sujeito de desejo (PETRI, 2003). Isso deve acontecer num *espaço potencial*¹, propício à criação e à fantasia, segundo Mannoni (1973/1977), local ideal para realização da tarefa educativa. Mas parece que, no caso da criança hiperativa, o que se vê é uma intensa preocupação com a reeducação, no sentido de organizar uma ação adaptativa em torno da *realidade* do aluno, enquanto a relação do analista é outra: suas interrogações surgem a partir das próprias *representações* da criança. “Toda arte do analista é poder, justamente, interpretá-lo neste outro lugar em que nos foge e foge de si mesmo”, subscreve Mannoni (1967/1999, p. 233).

Outra e importante questão, que marca a diferença das posições do analista e do educador, é a relação de cada um com o desejo.

¹ Conceito winnicottiano sobre o espaço criado na relação mãe-bebê. Ver em Winnicott, D. W., *O brincar e a realidade* (J. O. A. Abreu Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1971)

É porque o educador não põe em causa sua relação com o desejo que ele se encontra em situação diferente da do analista. Este último se interessa essencialmente por tudo o que toca sua própria relação com a verdade. Não obstante, o educador marcado pela análise terá mais facilmente acesso à “palavra justa”, a que não “se ensina”, mas que surge na experiência pessoal de adulto tocado pela criança que há nele. (MANNONI, 1967/1999, p. 234)

Existem tensões e diferenças nas posições ocupadas pelo analista e pelo educador, mas não incompatibilidades. É do próprio Freud (1937/1969) a idéia da impossibilidade comum a essas duas profissões.

Numa entrevista a jornalistas italianos em Roma, Lacan (1974/2005), referindo-se a Freud (1937/1969), disse que o analisar é insustentável, assim como o governar e o educar. Assegurou que a natureza de insustentabilidade dessas posições advém do fato de que a estas nunca faltam candidatos, quesito no qual o educar foi colocado em destaque. Lacan indicou esta posição como vantajosa porque não falta aos educadores o carimbo que os autoriza nesse lugar, o que não significa que essas pessoas saibam o que seja educar. Aqueles que se inquietam com essa posição, Lacan (1974/2005) assemelha aos analistas, porque são tomados pela angústia. Contra essa angústia, dizia Lacan (1974/2005):

Há um monte de remédios, em particular certo número de “concepções de homens”, do que seja o homem (...). Na verdade, não é obrigatório que o homem seja educado. Ele faz sua educação por si só. De uma forma ou de outra, ele se educa. (...) Os educadores são pessoas que julgam poder ajudá-lo. Consideram inclusive que há um mínimo a ser dado para que os homens sejam homens, e que isso passa pela educação. Não estão completamente errados. É preciso certa educação para que os homens consigam se suportar. Em relação a isso, há o analista. (pp. 58/59)

Há uma diferença considerável do governar e do educar em relação ao analisar. Não se deixa de governar e de educar, o que é feito desde sempre. Já o analista não tem tradição, “é um autêntico recém-chegado” (LACAN, 1974/2005, p. 59), pois existe há pouco mais de um século, o que reforça a impossibilidade de sua posição.

Lacan (1974/2005) lançou essas palavras na última década do século passado, e se começa o século XXI ainda sob o impacto da novidade da psicanálise, ao que parece, sobretudo em relação à educação.

1.2 O novo e o insustentável em TDAH

Quanto ao TDAH, o tratamento psicanalítico parece ser novo e impossível, o que não é uma exclusividade desse *transtorno*. Já à psicanálise o TDAH não se apresenta como novidade, porque sua configuração enquanto sintoma não é estranha ao desenvolvimento da teoria psicanalítica.

Freud (1926[1925]/1969), ao comentar a fobia do *Homem dos Lobos*, a partir do relato do paciente sobre sua infância, disse que, na época do sonho decisivo com lobos, o menino se tornou “travesso, atormentador e sádico”, para em seguida fazer uma “neurose obsessiva regular” (p. 128).

Poder-se-ia supor que o *Homem dos lobos* apresentasse na infância, antes da fobia por lobos, um quadro que sugerisse o atual TDAH? Nada se pode afirmar, mas há indícios de que talvez se pudesse considerar um diagnóstico de hiperatividade.

É muito provável que pacientes que hoje seriam diagnosticados como portadores de TDAH fossem tratados pela psicanálise, em alguns ou muitos casos estudados por Anna Freud, August Aichhorn, Melanie Klein, Winnicott, Mannoni, Françoise Dolto e outros precursores da análise com crianças e da interface psicanálise-educação.

1.3 O TDAH

Desde 1897 a hiperatividade já era descrita nos estudos de D. M. Bourneville, que diagnosticou crianças levemente atrasadas, com excessiva instabilidade motora e intelectual (LÉVIN, 1991/2004). A partir de 1925, Henry Wallon, Julián de Ajuriaguerra e Jean Bergès acrescentaram novas categorias e classificações. Por exemplo, é de Bergès a divisão da instabilidade psicomotora em duas categorias: os estados de tensão e os estados de deiscência, e a partir disso a definição de dois aspectos - o motor e o postural. Os estados de tensão eram característicos de crianças com contração muscular, paratonia e impulsividade, como se vivessem sempre em estado de alerta. Na deiscência, ao contrário, observava-se hipotonia, elasticidade e flexibilidade, como se o corpo não tivesse fronteiras.

Lévin (1991/2004) designa como *sintoma psicomotor* o que norte-americanos e anglo-saxões definem como uma *síndrome hipercinética*, que pode ser justamente o

TDAH. Esse autor classifica duplamente a sintomatologia psicomotora como *instabilidade e inibição*, apontando para uma falta de *limites* no corpo das crianças.

O TDAH é considerado uma patologia que envolve o desenvolvimento do autocontrole, tendo como característica déficits referentes aos períodos de atenção, ao manejo dos impulsos e ao nível de atividade (Barkley, 2002).

Atualmente o TDAH é classificado em dois tipos: o hiperativo e o desatento. O diagnóstico psiquiátrico é feito a partir do que estabelece o DSM-IV (Manual de Diagnóstico e Estatística, 4ª edição), o que não exclui a utilização de testes neurofisiológicos e psicológicos. Como exemplo de testagem neurofisiológica, tem-se utilizado amplamente o P300, teste de potencial evocado, que consiste numa avaliação do ritmo e da frequência cerebrais em relação à atenção. Dentre as provas psicológicas, elencadas em baterias de avaliação neuropsicológica, estão, por exemplo, as Escalas Weschler de Inteligência para crianças (WISC III) e para adultos (WAIS), utilizadas não como testes de QI, mas como *análise do perfil do sujeito*, o que possibilita uma investigação do funcionamento cognitivo do indivíduo.

Os testes neuropsicológicos, em especial, podem esclarecer alguns aspectos relativos às áreas cerebrais envolvidas na patologia, os quais refletem na conduta e no funcionamento cognitivo do indivíduo. A associação dos déficits em determinadas funções executivas com áreas cerebrais pode contribuir tanto para um maior conhecimento da amplitude da patologia, quanto para o entendimento do funcionamento de determinados psicofármacos. (GRAEFF e VAZ, 2006)

Questiona-se é que, não raro, muitos desses testes têm sido utilizados como únicos indicadores para o diagnóstico em TDAH.

Desatenção, impulsividade e hiperatividade são os principais sinais do TDAH, visíveis inclusive nessas avaliações cognitivas, apontando para uma prevalência de uma dessas características sobre as outras, a depender do caso. No controle dessas manifestações, as indicações em voga consistem em combinar a medicação, a Ritalina (metilfenidato), com a psicoterapia comportamental ou cognitivo-comportamental (JERUSALINSKY, 2005). A Ritalina é utilizada como estimulante do sistema nervoso central (SNC), atuando em dois neurotransmissores: a dopamina e a noradrenalina, que estão relacionadas às funções cognitivas de atenção e concentração (STAHL, 2000/2002).

A Ritalina é indicada para crianças a partir dos 6 anos, mas na prática clínica encontram-se crianças bem menores, pré-escolares, já em uso desse medicamento, até mesmo em altas dosagens. Para os dois tipos de déficit de atenção - o desatento e o hiperativo - o metilfenidato é administrado sem distinção.

O uso desse medicamento é controverso não só pelos diversos efeitos colaterais, mas também pela suspeita sobre sua eficácia (JERUSALINSKY, 2005).

Embora não se verifique apenas na infância e na escola, estudos nacionais e internacionais indicam uma prevalência de 3% a 6% do TDAH em crianças escolares (LEGNANI, ANDRADE, CAIRUS *et al.*, 2006), com conseqüências adversas para seu desempenho acadêmico (ROHDE, MIGUEL FILHO, BENETTI *et al.*, 2004). Esse quadro é tantas vezes associado ao não menos difuso campo do fracasso escolar, que se constitui num mal-estar presente na escola e na clínica, no mínimo, desde os anos 70 do século passado, tempos nos quais Mannoni (1979/1980) já proclamava haver um alto percentual de demanda de análise por queixas de “distúrbios escolares” (p. 35).

Não distantes desta realidade, os últimos dez anos do século XX, conhecidos como a *década cérebro* (RODRIGUES, 1995), consagraram-se pela intensa criação de práticas neuropsicológicas e pedagógicas cuja finalidade era a reabilitação cognitiva de crianças com problemas para aprender. Também nesse período cerca de 90% dos atendimentos psicanalíticos com crianças estavam relacionados a transtornos de aprendizagem ou de conduta, estes quase sempre associados aos problemas no aprendizado (VOLNOVICH, 1993).

Inicia-se o século XXI com um grande número de crianças que chega à análise com o sintoma da dificuldade de aprendizagem, tantas vezes associado ao diagnóstico prévio de uma disfunção ou lesão no sistema nervoso central – o que tem suscitado questionamentos e controvérsias, inclusive porque, não raro, os diagnósticos apontam para uma disfunção orgânica que não existe. Além disso, o significante da criança deixa de ser seu nome próprio, para assumir a denominação nosográfica que lhe conferem, por exemplo, “hiperativo”. Apoiada no saber médico e psicopedagógico, a escola tem incluído crianças com essa designação, muitas vezes sem abrigar outras concepções, como, por exemplo, a psicanálise.

Se o educador, possível interlocutor desse pensamento, interessar-se pela psicanálise ao ponto de deixá-la atravessar a sua prática, não será a decisão pelo melhor método, mas a abertura para outra visão.

CAPÍTULO 2 – O TDAH COMO UM *SINTOMA ESCOLAR*

Uma ilusão não é a mesma coisa que um erro, tampouco é necessariamente um erro (...). O que é característico das ilusões é o fato de derivarem dos desejos humanos. (FREUD, 1927/1969, p. 44)

Neste capítulo pretende-se abordar a idéia do TDAH como *sintoma escolar*, sob o pressuposto de que as questões da inclusão, *lato sensu*, tocam de perto algumas especificidades da prática educativa de crianças com esse diagnóstico neuropsiquiátrico. A suposição do TDAH como um *sintoma escolar* tem como referência as idéias de Legnani e Almeida (2004) acerca do uso de rótulos diagnósticos pela escola, o que é traduzido como uma *psicopatologização* das dificuldades das crianças. Nessa mesma linha, seguem as formulações de Jerusalinsky (1999b) sobre a “pedagogia do sintoma” e as de Lajonquière (1999) acerca do “espírito (psico)pedagógico” que assume “a cena educativa” com atores “extra e para-educativos” (p. 161). Sob essa ótica o sintoma aparece não ao lado da criança, mas da escola, pelo fato de esta ter-se tornado cúmplice do saber médico, sobretudo na medicação da infância. Assim, o discurso médico vem sendo incorporado como uma verdade absoluta e necessária para sustentar uma prática pedagógica planejada para atender àqueles que apresentam dificuldades, o que está se consagrando como uma tentativa homogeneizante de minimizar os impasses educacionais.

Segundo Santiago (2005), desde o início do século XX, a partir da qualificação de “debilidade mental”, observa-se essa incorporação da semiologia médico-psiquiátrica ao campo da pedagogia e da psicologia, sendo utilizada dentro da instituição escolar. Aconteceu esse encontro da pedagogia com a psiquiatria, formando uma espécie de “pedagogia psiquiátrica”, destinada a educar sujeitos diagnosticados como “idiotas”, de acordo com a noção de idiotia apresentada no século XIX por Pinel e desenvolvida por Esquirol. Em seguida, os psiquiatras Seguin e Voisin repensaram o conceito de idiotia, apontando que o idiota seria normal, inteligente e educável. Seguin dedicou-se ao retardo mental, sustentando a possibilidade de uma reeducação para crianças alienadas, o que seria educação especializada. Essas idéias de Seguin refletem o ensino de seu professor Jean-Marc-Gaspard Itard, pedo-psiquiatra que se tornou conhecido pela história do “selvagem de Aveyron”, o pré-adolescente Victor, encontrado vivendo

isolado numa floresta. Quando foi levado a Paris, esse garoto não se comunicava com o mundo civilizado e foi diagnosticado por Pinel como “idiota”. Itard supôs que Victor fosse um menino normal e passou a reabilitá-lo com métodos que desenvolvessem suas funções cognitivas, com um resultado positivo surpreendente. Mesmo assim, o selvagem de Aveyron nunca deixou de ser considerado como deficiente (SANTIAGO, 2005).

Seguiu tenta sem sucesso demarcar em campos distintos o normal e o patológico, com a empreitada de retirar as chamadas deficiências intelectuais da classificação das idiotias. Por outro lado, ao longo do século XIX, a idiotia ganha espaço no campo da educação pelas dificuldades de aprendizagem que lhe são correlatas, tornando-se o aspecto semiológico que melhor caracteriza as patologias da inteligência (SANTIAGO, 2005).

O impasse entre o normal e o patológico, somado a uma educação com base no critério de inteligência, culmina em 1909, na abordagem psicométrica dos psiquiatras humanistas Alfred Binet e Théodore Simon, que vão estabelecer diagnósticos de inteligência como condição para a criação de classes especiais no sistema escolar francês, conforme a legislação francesa de 1904, que condicionava o ingresso da criança em classe especial a um exame médico e pedagógico (SANTIAGO, 2005).

Na década de 70 do século passado, Mannoni (1973/1977) dizia que a escola havia se tornado o lugar predileto para a fabricação da neurose, ela mesma criando o tratamento cuja aplicação cabe às “escolas paralelas”, chamadas “hospitais de dia” (p. 37). Essa adaptação escolar, segundo Dolto (1970/1980), cumpre um sintoma de neurose da escola. Os analistas acolhem então uma forma de *doença* que não é para ser tratada: a inadaptação dos alunos. Essa recusa à adaptação deve ser vista como um sinal de saúde da criança, colocando-se contra “essa mentira mutiladora em que a escolaridade a aprisiona. Envia-se esse tipo de criança a engrossar as fileiras dos disléxicos e retardados escolares...” (MANNONI, 1973/1977, p. 37), dos hiperativos etc.

Essa adaptação de outrora foi se tornando menos segregante e transformando-se na prática inclusiva de hoje.

A educação especial foi reconhecida legalmente no Brasil em 1961, por meio da Lei das Diretrizes e Bases da Educação (Lei 4.024/61, em FONTOURA, 1968). Antes

disso, todas as crianças com deficiência eram atendidas em clínicas e instituições privadas de caráter assistencialista (COUTINHO e AVERSA, 2005).

Já a noção de incluir surge, em 1972, sob o termo “integração escolar”. Essa concepção aparece com Wolfensenberger, na Escandinávia, através do *princípio da normalização*. A idéia era integrar para normalizar. Mas o conceito de integração resultava circunscrito às possibilidades de cada pessoa, atribuindo-se apenas ao portador de necessidades especiais a responsabilidade por sua inserção. Assim, o termo “inclusão” veio substituir a “integração”, pois se traduz em uma noção mais ampla, no sentido de chamar a sociedade para participar desse processo de inserção (BATISTA e ENUMO, 2004).

A prática da inclusão é defendida pelos sistemas educacionais das sociedades mais desenvolvidas, e foi amparada pela Convenção de Salamanca, na Espanha, em 1994. A Convenção reuniu diversas entidades preocupadas tanto com o desenvolvimento do aprendizado quanto com a inserção social do deficiente. Desse encontro internacional nasceu a *Declaração de Salamanca*, um dos mais importantes documentos de compromisso e garantia de direitos educacionais. Sua relevância se constata na criação das escolas regulares inclusivas como o meio mais eficiente de combate à discriminação, definindo-se que tais instituições devem acolher TODAS as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais ou emocionais.

O atendimento educacional ao aluno com deficiência é assegurado pela Constituição da República Federativa do Brasil, que garante a todos o direito à educação, preferencialmente em ensino regular. Porém, como ressaltam os Parâmetros Curriculares Nacionais (1999), é necessário atentar para a questão da formação dos professores, sobretudo das classes regulares, destacando-a como meta principal na concretização de um processo inclusivo que de fato atenda às necessidades dos alunos, com qualidade.

Eis a definição de inclusão estabelecida no Relatório do Parecer CNE/CEB n. 17/2001, que fundamenta a Resolução n. 02 de 11/09/2001:

A garantia do acesso continuado ao espaço comum de vida em sociedade, em uma sociedade orientada por relações de receptividade à diversidade humana e às diferenças individuais,

em um esforço de equidade de oportunidades desenvolvimentais, em todas as dimensões da vida. (MEC/SEESP, 2001, p. 20)

A inclusão escolar é correlata ao movimento antimanicomial, pois ambos abrem espaços na sociedade antes vetados pela segregação, tiram os adultos *loucos* do asilo e colocam crianças deficientes no ensino regular (COUTINHO e AVERSA, 2005).

Voltolini (2005), ao falar da prática inclusiva, aponta paradoxos e impasses de difícil resolução, o que torna a inclusão atual menos panfletária e mais reflexiva diante de suas práticas. Talvez porque agora esteja mais exposta à *realidade* e mais distante da *ilusão*.

2.1 Escolarização em TDAH: práticas inclusivas ideais

Para atender aos anseios de uma prática inclusiva, no meio escolar a criança passou a ter a mesma nomenclatura médico-psicológica, sendo designada, conforme seu diagnóstico, como *hiperativa* ou *desatenta*. Na verdade, em muitos casos, parece haver uma inversão: primeiro, a escola emite seu *diagnóstico* e pede a sanção do especialista, que então lhe devolve a criança com laudo e devidamente medicada.

A partir do momento em que a escola acolhe as características fenomenológicas designadas como transtorno e déficit pela psiquiatria, como neste caso do TDAH, tem como meta elaborar técnicas e práticas inclusivas, com esse parâmetro, para crianças assim diagnosticadas.

Ao menos esse é o objetivo proposto pela noção de inclusão. Para exemplificar essa idéia tem-se uma situação que ocorreu, em 2007, na rede pública de ensino do Distrito Federal. Um aluno, diagnosticado como portador de TDAH, sob uso de Ritalina, teve sua matrícula cancelada por motivo disciplinar. O Conselho de Educação do Distrito Federal, por intermédio de um dos seus relatores, emitiu um parecer com base na bula da Ritalina, da qual destacava em negrito:

Ritalina é indicado como parte de um programa de tratamento amplo que tipicamente inclui medidas psicológicas, educacionais e sociais, direcionadas a crianças estáveis com uma síndrome comportamental caracterizada por distractibilidade moderada a grave, déficit de atenção, hiperatividade, labilidade emocional e impulsividade. (...) O diagnóstico correto requer uma investigação médica, neuropsicológica, educacional e social.

(Parecer Técnico 2007-DODF, Processo nº 410.006355/2007, p. 8 – Ref.: Bula do medicamento Ritalina – Registro nº M.S. 1.0068.0080., marca registrada pelo laboratório Novartis AG, Basileia, Suíça [NOVARTIS Biociências S/A])

Foi com esse fundamento que o parecerista argumentou pela “ampla necessidade do aluno portador de TDAH ser inserido no processo educacional inclusivo” (FERRARI, 2007, p. 8). Acrescentou, ainda, que uma escola sob as normas da proposta de inclusão, ao “oferecer, receber e aceitar” a matrícula de crianças com perfil inclusivo, tem uma “ádua tarefa”, mas que foi aceita como “missão e desafio”. Postulava o parecer: “cabe à escola promover no contexto do seu ambiente, de suas dependências, de sua metodologia, do seu quadro profissional, funcional e docente, a interação do aluno neste processo” (FERRARI, 2007, p. 9).

O parecer é pertinente por determinar que a criança seja aceita como aluno regular e que sua conduta seja vista como característica do TDAH, o que, ao contrário de provocar sua expulsão, teria de ser o argumento de sua inclusão. Mas o ideal de que a escola esteja preparada técnica e pedagogicamente para incluir talvez não se configure na realidade. Há uma idéia de que nesse tipo de prática educativa a escola precisa abrigar especialistas para alcançar a meta que lhe é proposta.

Neste sentido, questiona-se: quais seriam os tipos de apoio oferecidos a crianças com TDAH na proposta inclusiva? Como em todas as *deficiências*, há o tipo de apoio centrado no aluno, cuja crença é a de que a aprendizagem deve se enquadrar no ensino de acordo com um currículo padronizado. O outro tipo é mais abrangente, assumindo que o alvo não são os alunos em si, mas “as instituições e os seus atores, sua cultura organizacional, condições concretas” - por exemplo, material pedagógico - “instâncias educativas e administrativas” que abrangem o sistema escolar (COSME, 1998). Essa idéia corrobora a visão de Coelho (2004) sobre a inclusão como um processo dinâmico e inter-relacional, no qual operam os vários atores, instituições e instâncias educativas.

Uma das professoras que participou da pesquisa realizada por Silveira (2004), ao referir-se à escola especial, relata:

Aqui nós temos um grupo, uma equipe diagnóstica, que tá ali trabalhando, tem os coordenadores, as professoras, a direção; todos dão um apoio, um alicerce para a gente. Porque a criança especial, ela precisa de um atendimento diferenciado, ela necessita de um fisioterapeuta, fonoaudiólogo, especialista, ela necessita. (p. 133)

Dessa forma, ela sugere em seu relato que há uma rede de apoio aos professores somente nas escolas especiais e não nas de ensino regular, inclusivas.

Ribeiro (2002) vai além, alertando que, junto à capacitação dos recursos humanos, fazem-se necessárias adaptações curriculares que incluam outros atendimentos: psicopedagógicos, fonoaudiológicos, ensino de libras, braile etc. Em países como Alemanha e Espanha, lembra Kelman (2001), o professor conta com uma equipe interdisciplinar para orientação e atendimento, além de um professor de apoio, auxiliando no planejamento de atividades. Ainda segundo esse autor, no Brasil o professor vivencia uma sensação de desamparo, refletido numa prática educativa que pouco atende aos alunos incluídos. No Distrito Federal, o atendimento a esses alunos acompanha os parâmetros nacionais, sendo destinado a crianças a partir de quinze dias de vida, em programas de Estimulação Precoce. A partir dos quatro anos, após uma avaliação dos próprios professores, elas podem ser remanejadas para salas de ensino regular, classes inclusivas ou classes especiais (SILVEIRA, 2004). De acordo com o Governo do Distrito Federal, as classes inclusivas funcionam em escolas de ensino regular, que contam com uma *sala de apoio* onde um professor permanece à disposição para eventuais problemas. Há também orientação aos professores, no horário de aula da criança ou em *sala de recursos*, com o objetivo de auxiliar o professor em planejamentos e operacionalização de materiais pedagógicos.

Como um quebra-cabeça, à inclusão ainda faltam peças, na medida em que, de acordo com Werneck (1997),

a inclusão é mais uma questão de formação que informação. Areladas à falta de formação e informação dos profissionais e pais, as proposições baseadas em discursos angariados do senso comum fazem das práticas pedagógicas especiais um mar sem fim de mitos e preconceitos, onde a pessoa com necessidades educativas especiais é percebida como um aluno do qual não se deve esperar muito. (p. 37)

Se do aluno não se deve esperar muito, o que dizer da escola que o acolhe? Também dela não se deve esperar muito?

2.2 Educação inclusiva em TDAH: *pedagogia corretiva do sintoma e ilusão (psico)pedagógica*

Apesar de a inclusão escolar ser preconizada como acolhimento da diversidade humana, garantindo as modificações necessárias, tais como alterações no currículo, nas estratégias de ensino, na organização física e ambiental, que assegurem a permanência do aluno, com qualidade e oportunidades para que se possa realizar um processo efetivo de aprendizagem (Unesco, 1994, em SILVEIRA, 2004), para Silva e Vizim (2001) os objetivos da educação especial não têm sido alcançados.

Eis a premissa da prática inclusiva:

A aceitação das diferenças individuais, o acolhimento das diversidades humanas e a aprendizagem por cooperação, sendo assim premente a modificação da sociedade e, nesse sentido, de todas as instituições que dela fazem parte, a fim de providenciar o incremento das potencialidades de desenvolvimento e cidadania da pessoa com necessidades educacionais especiais. (SILVEIRA, 2004, p. 30)

Enfatiza-se que, de acordo com Glat (1995), a deficiência é um fator de grandes entraves e conflitos emocionais, tanto para a própria pessoa como para os que com ela convivem.

As concepções sociais da deficiência, do desenvolvimento, da aprendizagem e da educação inclusiva são marcadas pela crença na incapacidade do aluno, do professor e da própria escola que inclui, dificultando “o processo de inclusão da pessoa com necessidades educacionais especiais” (SILVEIRA, 2004, p. 37). Não se espera muito do aluno com necessidades especiais, pois, além de haver falta de informação e formação dos professores e pais, há crenças baseadas no senso comum, o que gera uma infinidade de mitos e preconceitos (WERNECK, 1997). No entanto, como afirma Mantoan (1997), a escola deve ser um espaço social onde seus profissionais estejam preparados para atender às diversidades, e não uma escola que “oferece tudo a todos” (PÁEZ, 2001, p. 48).

Ainda assim, a construção e implementação de um projeto de educação escolar de natureza inclusiva deve caracterizar-se por recusar tanto a homogeneização das práticas educativas dos professores, como a aceitação implícita de um **aluno ideal**, capaz de ser entendido como uma espécie de medida padrão (COSME, 1998). Assim

como as pessoas são singulares e não uniformes, de forma análoga tampouco deveriam ser homogêneas as práticas pedagógicas. A ação pedagógica deveria ser estruturada a partir das vicissitudes de cada aluno, de suas competências e saberes, mas não necessariamente de suas necessidades e dificuldades. A cultura escolar, de uma forma geral, preconiza a utilização de um currículo padrão e inflexível, cujo equivalente seria um **aluno ideal**. Os alunos nessa perspectiva estariam carentes de apoio para interagir num ambiente inclusivo, tanto na relação com os colegas quanto na relação ensino-aprendizagem, estabelecida com o professor, pois seriam vistos como desviantes desse padrão (COSME, 1998).

A educação inclusiva formatada como uma *educação ideal*, além de ser uma falácia, pode se constituir num perigo para alunos e professores. Tal afirmação encontra respaldo nos seguintes termos estabelecidos por Petri (2003):

Educação ideal é um mandato imaginário, que pretende ter respostas para tudo; não há espaço para o imprevisto, para a criação, enfim, para o desejo: quem recebe o mandato fica no lugar de objeto que deve completar o Outro mandante. O ideal de uma educação é de ordem simbólica, articula uma demanda que é enigmática, sem proibição, abrindo a possibilidade para o desejo, para o imprevisto, para o improvisado, para o surgimento do sujeito.
(p. 25)

Parece que a inclusão, nos casos de TDAH e de uma forma geral, para alcançar esse ideal tem-se configurado como *pedagogia corretiva do sintoma e ilusão psicopedagógica*, nos termos expostos a seguir.

A pedagogia corretiva do sintoma, de acordo com Jerusalinsky (1999b), é a que parece desconsiderar a posição do sintoma da criança a ponto de corrigi-lo, desconhecendo que há ali um sujeito que fala, que produz sentido ao fazer seu sintoma.

Freud (1913/1969) supunha que, se os educadores se familiarizassem com as descobertas da psicanálise, afastar-se-iam de uma *pedagogia produtora do sintoma neurótico*. Ele argumentava que os professores reconciliar-se-iam com certas fases do desenvolvimento infantil, a ponto de não se arrisarem a “superestimar a importância dos impulsos instintivos socialmente imprestáveis ou perversos que surgem nas crianças”. Apostava Freud (1913/1969): “Tudo o que podemos esperar a título de profilaxia das neuroses no indivíduo se encontra numa pedagogia psicanaliticamente esclarecida” (p. 225).

Ainda que distante dessa idéia de uma pedagogia produtora do sintoma neurótico (ou não), o atual papel da educação ao tentar escolarizar a criança com problemas é mesmo procurar silenciar o sintoma, como nas práticas inclusivas baseadas na patologização e medicalização da infância.

Lajonquière (2006) afirma que “educar é transmitir marcas simbólicas que possibilitem ao pequeno sujeito usufruir um lugar, a partir do qual seja possível se lançar às empresas impossíveis do desejo” (p. 4). Desta maneira, o resultado de um processo educativo “pressupõe, na origem, que o adulto receba a criança como se fosse um estrangeiro” (LAJONQUIÈRE, 2006, p. 4), a fim de que esta não se torne um objeto manipulável e previsível, resultado de uma ilusão perfeita e sem falhas, gerada a partir dos desejos parentais.

A ilusão psicopedagógica que Lajonquière (2006) aponta é formatada “como um dos avanços da pedagogia moderna, cujo objetivo é a certeza de que haveria uma adequação natural entre a intervenção educativa e o suposto nível psicológico da criança, que implica uma forclusão do desejo” (pp. 4-5).

Aqui, quando Lajonquière fala em forclusão do desejo, parafraseando a noção lacaniana de *forclusão*² do Nome-do-Pai, está apontando a perda do momento essencial para a entrada do desejo na constituição subjetiva (do sujeito do inconsciente).

2.3 Uma escola para crianças sem *limites*: o saber e a verdade na inclusão em TDAH

² O mecanismo da forclusão foi utilizado por Lacan (1955-1956/2002) para designar a psicose enquanto estrutura e não como uma patologia. Forclusão (*forclusion*), nomenclatura jurídica, cuja melhor tradução para o português é preclusão, significa a situação na qual uma testemunha, chamada em juízo, perde o prazo para ali comparecer, sem outra oportunidade de fazê-lo. Lacan pega de empréstimo esse termo jurídico, para explicar o momento na constituição do sujeito, a saber, na dissolução do Édipo, em que a Lei – o significante do Nome-do-Pai (representante da função paterna) fica do lado de fora da estrutura, sem a possibilidade de entrada em qualquer tempo. Na teoria lacaniana, o pai aparece enquanto função. O pai não seria somente o *Nome-do-Pai*, mas o que representa simbolicamente sua posição. No seminário dos “*Nomes-do-Pai*”, de 1963, Lacan indica que o pai não tem nome próprio, é antes uma função. No Seminário 5, “*As formações do inconsciente*” (1957-1958/1999), pode-se vislumbrar, a partir dos três tempos do Édipo e da noção de metáfora paterna, a idéia esboçada nessa conferência de 1953: o pai como função simbólica (o que será visto mais detalhadamente no Capítulo 3).

Legnani (2005) afirma que a escola se refere aos alunos com TDAH como *crianças sem limites*. A inclusão tem a proposta de ser uma escola para a criança *sem limites* em que sentido? Inserir os *sem limites* ou estabelecer-lhes os limites?

Ora, uma das funções primordiais da escola junto à família é a regulação do gozo, pois, como instância que introduz os interditos, a Lei, ela contribui para o processo civilizatório (LAJONQUIÈRE, 1999).

Ao se submeter ao pensamento médico-psicológico, estaria a escola no seu lugar de representante da Lei³, como aquele que estabelece limites, ou estaria simplesmente se acomodando à falha nos limites? Supostamente o sintoma da escola é desconhecer a subjetividade de seus alunos, nessa busca pelo conhecimento da ciência sobre as doenças e não sobre as pessoas. Assim os educadores alienam-se ao saber de Outros e reforçam a importância dos limites químicos, cedendo espaço para que os medicamentos fiquem soberanamente nesse lugar de Lei. Ou, ainda, desenvolvem práticas pedagógicas que se adaptam a essas *crianças sem limites*. Há também educadores ou mesmo escolas que se tornam especialistas numa determinada deficiência *para não deixar a desejar*. A criança passa a ser objeto da ciência, e a posição da escola se inscreve pelo registro do gozo⁴, o que compromete o *desejo de saber* do professor sobre a subjetividade, enquanto *verdade* do seu aluno, oculta no sintoma.

Lacan (1969-1970/1992) teoriza sobre o saber e a verdade do inconsciente a partir de quatro posições discursivas: do universitário, do mestre, da histérica e do analista, dispostas em quatro fórmulas (abaixo reproduzidas).

$$\begin{array}{cccc}
 \text{U} & \text{M} & \text{H} & \text{A} \\
 \frac{S_2 \rightarrow}{S_1} \quad \frac{a}{\$} & \frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a} & \frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2} & \frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}
 \end{array}$$

(Lacan, 1969-1970/1992, p. 37)

³ O limite e a Lei em psicanálise estão relacionados à função paterna. O pai como interditor do incesto e agente da castração estabelece um limite, uma proibição do acesso direto à mãe na relação com o filho (assunto que será desenvolvido no Capítulo 3).

⁴ O conceito de gozo na teoria lacaniana é complexo e extenso. No sentido aqui pretendido, faz um contraponto com desejo. Enquanto o gozo opera para obturar a falta, o desejo a revela e não cede na tentativa de saber sobre a verdade que há por trás dela.

Como Lacan (1969-1970/1992), aqui se toma primeiramente o discurso do mestre ou do senhor (M). O senhor é aquele que não sabe o que quer; o saber do discurso do senhor é a parte do escravo, que, aliás, “sabe muita coisa, mas seu maior saber é sobre o que quer o seu senhor” (p. 30). A dominante, de onde se emite o discurso do mestre, é S_1 (significante mestre), que se chama *a lei*. O saber aqui aparece como meio de gozo, que significa um saber sobre tudo e que ao mesmo tempo implica a verdade de que o mestre é castrado, enquanto *assujeitado à lei*.

Eis o que se configura como a dominante (\$) no discurso da histérica (H): a castração⁵, o sujeito barrado, o que aparece como forma de sintoma. O saber também surge no discurso da histérica como meio de gozo, mas para fazê-lo servir à verdade do mestre que ela encarna, que não é outra senão a verdade de que o mestre é castrado. Então, neste discurso não se trata de qualquer saber, mas um saber sobre a verdade, que é a verdade do desejo.

Simetricamente oposto ao discurso do mestre tem-se o discurso do analista (A), cuja dominante é o objeto *a*⁶, o que significa dizer que o analista fica na posição de causa do desejo do analisante: eis o que consagra a transferência. Diz Lacan (1969-1970/1992):

O que impressiona, com efeito nesta instituição do discurso analítico que é a mola mestra da transferência, não é, como alguns pensaram ter escutado de mim, que o analista, seja ele colocado na função do sujeito suposto saber. Se a palavra é tão livremente dada ao psicanalista – é justamente assim que recebe essa liberdade –, é porque se reconhece que ele pode falar como um mestre, isto é, como um estouvado, mas isto não dará resultados tão bons quanto no caso de um verdadeiro mestre, de quem se supõe que conduz a um saber – um saber do qual se torna penhor, refém, aquele que aceitar de antemão ser produto das cogitações do psicanalista, ou seja, o psicanalista – posto que, como tal produto, está ao final destinado à perda, à eliminação do processo. (p. 35)

Por fim, tem-se no discurso universitário (U) a produção de um saber absoluto, que é o mesmo que um saber nenhum, representado pela dominante S_2 . Lacan (1969-

⁵ A castração, que será mais bem discutida no capítulo seguinte, é uma operação simbólica que aparece como resolução do Complexo de Édipo para os meninos e como entrada no Édipo para as meninas. A Lei se faz mediante a ameaça de castração.

⁶ O objeto *a* é designado por Lacan (1962-1963/2005) como objeto dos objetos, a causa do desejo, o que será visto de forma mais aprofundada no Capítulo 4 – O TDAH como um *sintoma analítico*.

1970/1992) destaca pelo menos três exemplos deste tipo discursivo, que são o discurso político, a burocracia e a ciência.

No caso do TDAH pode-se pensar num exemplo clássico de discurso universitário: o saber médico-psicológico, que figura como Outro imaginário (um saber todo) que, ao enunciar um nome que designa a criança, tornando-a um rótulo, o faz no nível de S2, mas como se fosse um significante mestre. O diagnóstico neuropsiquiátrico e o psicodiagnóstico, como pressupostos da inclusão escolar, não elucidam sobre o sujeito, mas oferecem um manual sobre o TDAH, sendo esse saber opaco fonte de angústia, sobretudo para o professor.

As crianças, os alunos de uma forma geral, alienam-se no saber do professor, o que, como identificação imaginária, serve para depois serem capazes de construir seu próprio saber (e não saber). Mas os alunos com TDAH parecem permanecer nesta alienação, assim como a escola, que deveria ser a primeira a promover a desalienação.

O diagnóstico surge como algo que fala antes e pelo aluno. É necessário que os pais falem de seus filhos, ou seja, que a criança (aluno) esteja inscrita no campo do Outro e que ela se aliene na fala do Outro, se reconheça nesta fala, para depois estranhá-la. Esse é o processo de subjetivação e de criatividade. O diagnóstico tem ocupado o lugar do Outro imaginário, onipotente, e o professor tem-se visto enredado em sua teia, o que inclusive dificulta seu poder criativo.

Lacan (1992/1969-1970) reiteradamente afirma que a verdade é um *semi-dizer* e institui que o saber também assim se caracteriza. O amor à verdade, de que fala Lacan (1992/1969-1970), deve surgir como “uma coisa que zomba da falta a ser da verdade (...). O amor à verdade é o amor a essa fragilidade cujo véu nós levantamos, é o amor ao que a verdade esconde, e que se chama castração” (p. 49).

O que se passa no *ato educativo* diante desse discurso é uma estranheza que balança o edifício das relações imaginárias na educação, e os ideais narcísicos do professor são postos à prova. Ora, talvez seja no confronto com esse discurso do TDAH que o educador tenha a oportunidade de rever sua prática criando um espaço de transmissão-ensino, proclamado por Almeida (2002) como um desafio a ser colocado para o educador: o de ficar numa posição subjetiva que lhe permita suportar um saber-não- todo, um saber-furado.

Poder suportar subjetivamente a angústia de uma posição discursiva que implica renunciar à onipotência narcísica e aos ideais de grandeza e de perfeição, fazer semblante de saber, ocupando o lugar do Mestre, eu diria do Mestre barrado, para que o ensino e a transmissão sejam possíveis e realizáveis. Estar na posição de um ser em falta que deseja o desejo de saber (de aprender) do aluno. Por ser esta uma posição difícilíssima de ser sustentada, atribuo a essa dificuldade grande parte daquilo que faz sintoma na educação e no educador. (ALMEIDA, idem, p. 105)

Parece que esta angústia, que faz sintoma na educação, intensifica-se diante do TDAH, diante do *real* que ela impõe, do saber-não-todo. A incompletude e a castração, sobrepostas a uma sensação de despedaçamento do corpo do conhecimento, representado pelo corpo do docente, confrontam esse *ideal de educação* e evidenciam o fracasso constitutivo do ato educativo, enquanto *discurso universitário*.

Seja na proposta inclusiva ou no ensino regular, o projeto pedagógico, de uma forma geral e em TDAH, precisa se *reposicionar*, configurar-se não como um discurso universitário, mas como o discurso da histórica, no sentido de posicionar o professor no lugar de \$, que questiona o saber e a verdade do inconsciente e da criança, e não só busca o conhecimento científico do especialista. Só a possibilidade de se colocar como não-saber sobre a subjetividade do sintoma de seu aluno é que poderá se tornar na possibilidade de vir a *saber* algo sobre a *verdade* escamoteada no sintoma.

A passividade imposta pelo atendimento do desejo do Outro, presente nas atividades educativas, impede que a criança assuma uma posição desejante diante da elaboração que a aprendizagem demanda. Neste contexto, parece coerente pensar na eclosão das dificuldades de aprendizagem.

Mannoni (1979/1980) alerta para o fato de que -

se existem dificuldades escolares de origem puramente pedagógica – também não deixa de ser verdade que esse sintoma encobre quase sempre outra coisa. É não entendendo ao pé da letra o pedido dos pais que o psicanalista permitirá que a porta se entreabra para o campo da neurose familiar, dissimulada, fixada no sintoma de que a criança se torna apoio. (p. 35)

Para Françoise Dolto (1970/1980), a escuta psicanalítica faz toda a diferença e “não mostra a menor semelhança com nenhuma outra abordagem em relação aos psicólogos, educadores ou médicos” (p. 11) que se destinam a corrigir e reeducar.

Nesta abordagem, as práticas educativas podem abrir seus ouvidos para que o aluno fale e encontre seu espaço de subjetividade na escola. Portanto, propõe-se que a escuta psicanalítica se estenda além dos limites da análise em âmbito estrito, com a finalidade de rever práticas de reabilitação que fazem lembrar a reeducação, nos termos ressaltados por Dolto (1970/1980).

O que seria a revisão dessas práticas? Talvez uma abertura para o “não-saber”, numa tentativa de saber alguma coisa sobre a criança enquanto sujeito em constituição. Para isso não é preciso desconsiderar o conhecimento médico e o pedagógico, mas talvez apontar questionamentos indicando outras formas de ver o mesmo *sintoma*. Esse é o alicerce que subsidia a elaboração do próximo capítulo.

CAPÍTULO 3 – TRANSTORNO, DÉFICIT E ATENÇÃO

Não é fácil lidar cientificamente com sentimentos. (FREUD, 1930[1929]/1969, p. 82)

Na conferência de abertura do *Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões*, Coriat (1998), ao defender o estudo do desenvolvimento infantil entre os psicanalistas lacanianos, diz:

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

Do outro lado do mirante, as outras disciplinas também não parecem avançar mais que a psicanálise em alguns conceitos que, supostamente, são próprios do organismo e estranhos ao campo psíquico, sobretudo ao inconsciente.

O TDAH, tão estudado entre desenvolvimentistas, aparece como uma causa orgânica sem correlações com a constituição do sujeito do inconsciente.

As definições do TDAH como um *transtorno do neurodesenvolvimento* (VASCONCELOS, WERNER JR., MALHEIROS *et al.*, 2003), ou *distúrbio neuropsiquiátrico* (FREIRE e PONDÉ, 2005), ou *transtorno mental* (ROHDE, MIGUEL FILHO, BENETTI *et al.*, 2004), assim como suas conseqüências apontadas - problemas acadêmicos e sociais - indicam uma ligação entre o médico, o pedagógico e o psicológico. Poder-se-ia pensar numa *síndrome interdisciplinar*, na qual a hegemonia do saber médico é aceita, sem críticas, sendo comum a todas as disciplinas a categoria nosográfica de *distúrbio* ou *transtorno e déficit*.

Freud partiu da neurologia e Lacan da psiquiatria para pensar o sujeito como produto da cultura, forjado a partir do desejo na relação com o Outro. De acordo com o pensamento laciano, o homem é um ser de fala, um ser da cultura, e não apenas um organismo.

É a partir dessa visão que se pretende pensar como a psicanálise compreende a terminologia organicista que escreve o nome do sintoma aqui estudado: TDAH.

O que a psicanálise tem a dizer sobre essa nomenclatura, qual o sentido de classificar algo como uma patologia ou um sintoma? Qual o significado de transtorno, déficit e atenção para a psicanálise?

3.1 Transtorno: efusão

O conceito de transtorno no Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa tem as seguintes acepções: ato ou efeito de transtornar; situação que causa incômodo a outrem; contratempo; situação imprevista e desfavorável; contrariedade, decepção; leve perturbação orgânica. Lévin (1991/2004), a partir da *Enciclopedia ilustrada de la lengua castellana* (1959), afirma que “a palavra transtorno significa: dar voltas em torno de uma coisa. Transpor. Perturbar. Dominar com persuasão o ânimo de alguém, fazendo-o mudar de propósito” (LÉVIN, 1991/2004, p. 153). O autor continua buscando outras definições, como “ação de transtornar, inverter a ordem natural das coisas” (La Fuente - Dicionário da língua espanhola, 1962, em LÉVIN, 1991/2004, p. 153). Em francês, assegura que *trouble* designa “inquietação, agitação produzida por uma emoção, agitação tumultuosa, desinteligência, desunião. Mas também é considerado como estado afetivo penoso, com angústia, atividade mental excessiva, descontrolada” (LÉVIN, 1991/2004, p. 153).

Com isso, Lévin (1991/2004) faz uma combinação com o termo psicomotor, e, num jogo de palavras, pensa num *transtorno psicomotor*, que poderia “ser um estado afetivo penoso, uma inquietação causada no corpo por uma emoção, que dá voltas em torno de uma coisa, tentando dominar com persuasão o ânimo de alguém, fazendo-o mudar de propósito” (p. 153). Ao seguir sua linha de raciocínio, Lévin afirma que no século XIX a palavra *trouble* servia para nomear “as modificações patológicas das atividades do organismo ou do comportamento do ser vivo, como transtornos psíquicos, visuais, funcionais etc.” (p. 153).

Depois, cita Lacan (1962-1963/2005) fazendo uma análise etimológica da palavra *trouble*, ao detectar em sua origem uma relação com a palavra “*Emoi* – perturbação, comoção, desassossego, efervescência, tumulto, desnorreamento etc.” (LACAN, 1962-1963/2005, NT, p. 20).

Em português, o termo francês *emoi* foi traduzido como efusão. Lacan (1962-1963/2005) diz que “efusão nada tem a ver com emoção” (p. 21). Enquanto emoção (*émouvoir*) está relacionada a *Regung*, cujo sentido “é estimulação, chamamento à desordem ou até motim (*émeute*)”, o que pode ser visto como potencializador da ação, “a efusão ao contrário é uma queda da potência, uma perturbação mais profunda na dimensão do movimento” (pp. 21- 22).

Lacan (1962-1963/2005), ao comentar sobre a emoção enquanto movimento desordenado, uma reação catastrófica, como o que não se pode conter, questiona se a angústia poderia ser uma emoção. Em seguida ele afirma que a angústia é um afeto que não engana.

Lacan, nesse mesmo seminário, circunscreve a *emoi* (efusão) a um quadro no qual tenta articular a tríade freudiana: Inibição, Sintoma e Angústia.

A importância de verificar esse quadro (Figura 1), aqui reproduzido, está em sua vinculação direta não só com a busca pelo significado do termo *transtorno*, presente em TDAH, mas por sua representação nos tipos hiperativo e desatento.

Ora, Lévin (1991/2004), ao classificar o sintoma psicomotor em duas categorias (instabilidade e inibição), afirma que ambas se apresentam como uma evidência, no *real do corpo* da criança, de uma ausência de *limite*, de corte, isto é, de *simbólico*. No caso particular dos dois tipos previstos pela nosografia do déficit de atenção, talvez a instabilidade pudesse se relacionar com o tipo hiperativo, e a inibição, mais com o tipo desatento.

	DIFICULDADE		
	INIBIÇÃO	IMPEDIMENTO	EMBARAÇO
(ESTADO?)	EMOÇÃO	SINTOMA	X
MOVIMENTO	EFUSÃO	X	IMPEDIMENTO

Figura 1 - (LACAN, 1962-1963/2005, p. 22)⁷

⁷ Ao longo de sua exposição, Lacan encontra os termos que ele deixa em suspenso com esses dois X: o que fica na linha emoção-sintoma é a *passagem ao ato* e o outro, entre efusão e impedimento, é o *acting-out*.

Lévin (1991/2004) fala da criança com um sintoma motor como se estivesse impedida de ser sujeito de seu próprio corpo e lembra que “impedido” vem do latim *impedicare*, que, dentre outros significados, quer dizer: “ser pego numa armadilha”. Diz: “a criança que possui um sintoma psicomotor caiu numa armadilha, na captura narcísica que a impede de conquistar seu próprio espaço separado do Outro” (p. 158). A *captura narcísica* de que fala Lévin (idem) está relacionada diretamente às questões narcísicas do Outro materno.

Lacan (1962-1963/2005), antes de Lévin, toma o *impedicare* (impedimento) designando-o como a captura narcísica, porém a coloca ao lado da inibição. Nesses termos, Lacan afirma que a inibição, desde Freud, “está na dimensão do movimento no sentido mais amplo desse termo e que se trata da paralisação do movimento. (...) Estar impedido é um sintoma. Ser inibido é um sintoma posto no museu” (p. 18).

Parece que as crianças com transtorno do déficit de atenção ficam impedidas, sobretudo aquelas diagnosticadas como *desatentas*, ou mesmo que nas consideradas hiperativas há um impedimento de outra ordem do movimento - o que fica mais nítido quando essas crianças, por exemplo, fazem uma inibição intelectual, com questões de dificuldade de aprendizagem: existe aí um impedimento para o conhecimento. Assim, parece fazer mais sentido quando Lévin (1991/2005), apesar de separar a instabilidade da inibição psicomotora, afirma que o impedimento é algo característico do sintoma psicomotor.

Mas, conforme o registro do quadro, Lacan (1962-1963/2005) avança nessa idéia do impedimento, para alcançar um termo mais expressivo dessa detenção do movimento: o embaraço. *Imbaricare* é exatamente o \$, sujeito revestido da *bara*, barra. Lacan lembra que o termo *embarazada* em espanhol designa a mulher grávida e comenta que a gravidez “é uma outra forma bastante significativa de colocar a barra em seu lugar” (p. 20).

Nessa seqüência de impedimento e embaraço pode-se pensar em déficit ou deficiência.

3.2 Déficit e debilidade mental

A etimologia da palavra déficit, derivada do francês, revela que está relacionada *ao elemento que faz falta num inventário*, ou ainda, advinda do latim, “*deficio*”, significa *abandonar, fazer falta a, extinguir-se, falecer etc.* Sobre deficiência, etimologicamente, tem-se, do latim, “*deficientia*”, *falta, enfraquecimento*, que deriva de “*deficiens*”, “*deficere*”, que significam *abandonar, faltar*⁸.

A deficiência em psicanálise foi amplamente estudada por Mannoni e descrita na sua obra clássica “A criança retardada e a mãe” (1964/1999). Das crianças “retardadas graves ou mongolóides” trazidas à análise, que tinham de fato uma questão orgânica, Mannoni dizia:

Mesmo nos casos em que entra em jogo um fator orgânico, a criança não tem que fazer face apenas a uma dificuldade inata, mas ainda à maneira como a mãe utiliza esse defeito num mundo fantasmático, que acaba por ser comum às duas. (p. XVI)

Mannoni não diagnosticava essas crianças como débeis: recebia-as já com esse “rótulo”, estabelecido pelos médicos, aceitava-o como um veredicto, para fazer disso uma questão. Para efeito de estudo ela passou a classificá-los a partir do critério de gravidade, por exemplo, como o *débil simples*, ou então situá-los na estrutura psicótica, tomando a debilidade como uma suplência, isto é, a deficiência mental suportando uma psicose indecida.

A debilidade passa a ser explicada através da teoria da *fusão de corpos* elaborada por Mannoni, segundo a qual a mãe, na relação dual com o filho, aprisiona-o em sua *fantasia fundamental*⁹. Essa teoria surge a partir do caso de uma criança considerada débil analisada por Françoise Dolto, que questiona o déficit de inteligência de seu paciente. Como resultado da análise, a criança apresenta uma melhora significativa, inclusive no desempenho escolar, mas a mãe adocece, o que é interpretado como se a doença do filho a protegesse da angústia (Santiago, 2005).

⁸ Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa

⁹ A fantasia ou o fantasma fundamental, que se escreve através da fórmula $\$ \diamond a$ (sujeito barrado desejo de *a*), foi estabelecida por Lacan (1957-1958/1999), no Seminário 5, para pensar a relação do sujeito neurótico com seu desejo.

Segundo Santiago (2005), Lacan (1964/1998) valorizou o trabalho de Mannoni, mas fez uma retificação à teoria da fusão de corpos, ao apresentar a holofrase também como uma *fusão*, mas ao nível do significante. A holofrase é a solidificação da primeira dupla de significantes, S1 e S2, pela falta de intervalo entre estes. Isso acontece quando a mãe da criança débil a coloca, “num termo obscuro”, no lugar reduzido de suporte do seu desejo (Lacan, 1964/1998, p. 225)¹⁰.

A posteriori, Lacan (1971-1972) retoma a questão da debilidade na lógica discursiva, afirmando que o débil se recusa a colocar no lugar da verdade qualquer um dos quatro termos do discurso: \$, S1, S2 e *a*.

A teoria dos quatro discursos - do analista, da histérica, do mestre e do universitário - foi formulada por Lacan (1969-1970/1992) no Seminário 17, “*O avesso da psicanálise*”, com a finalidade de discutir onde o sujeito situa o saber, a verdade e o gozo a partir de sua posição discursiva, o que foi visto ainda nesta dissertação num outro contexto (Capítulo 2).

Com esse parâmetro, Lacan (1971-1972/2000 *apud* Santiago, 2005) afirma que o débil é o que “erra o alvo (*a côté de la plaque*), quer dizer que entre dois discursos ele flutua”¹¹ (p. 176), ou seja, está à margem do discurso, de uma posição em que poderia instalar-se como sujeito do desejo.

Para avançar mais nessas formulações teóricas será preciso situar o leitor em conceitos basilares da teoria psicanalítica. O item seguinte, além de propor uma visão da noção do déficit atrelada a conceitos-chave da psicanálise, é uma espécie de introdução dos termos que serão utilizados ao longo desse trabalho.

3.3 Déficit: Lei e desejo

Uma outra noção de déficit, enquanto falta, é aquela que o associa ao desejo, tema central de toda questão psicanalítica, que remete diretamente a outro tema central: a Lei.

Poder-se-ia afirmar que também ela constitui-se num assunto nuclear no TDAH, no que se refere aos limites ou à falha na interposição destes, inclusive na própria

¹⁰ Essa questão de a criança ser colocada pela mãe como suporte do seu desejo será mais detalhada no Capítulo 4.

¹¹ Tradução de Santiago (2005).

configuração do sintoma como psicomotor, conforme afirmação de Lévin (1991/2004) discutida acima. Nessa perspectiva a falha no limite, enquanto Lei, simbólico, seria responsável tanto pela *inquietação* quanto pela *inibição*. Mas é importante ressaltar que a falta está ao lado do feminino, do Outro materno.

Na constituição do sujeito há um momento anterior a essa introdução do limite, que é designado por Lacan (1949-1998) como estágio de espelho, período situado entre os seis e os dezoito meses, vivido pelo *infans* como experiência do [eu] *moi*. Quando a criança nesse estágio de *infans*, marcado por uma imaturidade motora e dependência da amamentação, faz a *assunção jubilatória* do corpo próprio pela imagem especular, manifesta primordialmente a matriz simbólica do [eu] *moi*, pois antecipa a relação dialética de sua identificação com o outro e sua função de sujeito, outorgada pela linguagem.

Em resumo, Lacan (1949-1998) define o estágio de espelho como

um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação – e que fabrica para o sujeito, apanhado no engodo da identificação espacial, as fantasias que se sucedem desde uma imagem despedaçada do corpo até uma forma de sua totalidade que chamaremos de ortopédica - para a armadura enfim assumida de uma identidade alienante, que marcará com sua estrutura rígida todo o desenvolvimento mental. (p. 100)

Esse estágio foi elaborado por Lacan, a partir do ensino de Wallon, para pensar a constituição subjetiva em seus momentos iniciais, numa fase que o próprio Freud (1931/1969) denominou como pré-edipiana, na qual ainda não se presentificava o limite. Nessa fase pré-edipiana a mãe é o único objeto de amor tanto para o menino quanto para a menina. É na entrada do Édipo que vai começar a se instituir um outro objeto de amor e, com este, a idéia de limite.

Essa noção de limite em psicanálise tem como ponto central a posição do Pai na estruturação subjetiva e na produção dos sintomas. O pai enquanto função já traz em si aquilo que introduz a Lei, que é o nome do limite.

O pai assume um lugar privilegiado na psicanálise freudiana, o que é representando em dois mitos explorados em sua obra. O primeiro deles refere-se à tragédia de Sófocles, *Édipo Rei*, história essa que integra a herança da civilização

ocidental, a história da família maldita dos Labdácidas, enquanto o segundo refere-se ao mito da refeição do pai totêmico.

Lacan (1962-1963/2005) afirma: “O mito do Édipo significa que o desejo do pai é o que cria a lei (...), o desejo do outro produz a lei” (p. 120). A castração enquanto Lei que interdita a mãe ao filho, operação feita pelo pai enquanto função, tem um grande foco da teoria de Lacan. Essa noção de Lei da castração adveio de “*Totem e Tabu*” (FREUD, 1913[1912]/1969), que novamente coloca o pai no centro da problemática do sujeito: “O totem nada mais é que o representante do pai” (p. 176).

Com o mito da horda primitiva, Freud lança luz acerca das neuroses ao estabelecer um elo entre Lei e desejo. A Lei vem coibir dois tabus, dois desejos cruciais para toda a humanidade: assassinato do pai e incesto com a mãe. Essa Lei é referendada por Lacan (1957-1958/1999) como o Nome-do-Pai ou função paterna. Quando Freud anuncia o totem como representante do pai, ele estabelece aquilo que Lacan começa a definir como o pai enquanto função. Para assim fazê-lo, Lacan (1963/2005) estabelece a noção do “sujeito anterior à questão”. Comenta:

miticamente – e é o que quer dizer mítica mente – o pai só pode ser um animal. O pai primordial é o pai anterior ao interdito do incesto, anterior ao surgimento da Lei, da ordem das estruturas da aliança e do parentesco, em suma, anterior ao surgimento da cultura. Eis por que Freud faz dele o chefe da horda, cuja satisfação, de acordo com o mito animal, é irrefreável. (idem, p. 73)

Lacan (1975-1976/2007) fala do amor como vindo do pai justamente por ser o agente da castração, enquanto aquele que interdita o incesto. Ainda nesse Seminário, Lacan, ao se referir à Lei, diz que ela é a pai-versão¹², isto é, a lei do amor. Afirma que a melhor tradução para seu nó borromeano – que ele chama de nó bo¹³ – “é que o amor, e ainda por cima o amor que podemos qualificar de eterno, se endereça ao pai, em nome disso, de ele ser o portador da castração” (LACAN 1975-1976/2007, p. 146). Sua idéia parte da primeira horda de Totem e Tabu, no sentido de “que privados de mulher os filhos amam o pai” (p. 147).

¹² Lacan, como de costume, faz um chiste com *pérversion* (perversão) e *péversion* (pai-versão).

¹³ “Chamá-lo de nó bo faz pensar em alguma coisa que é evocada em algum lugar por Joyce – onde sobre o monte Nebo a Lei nos foi dada” (LACAN, 1975-1976/2007, 140).

Foi exatamente a partir dessa concepção freudiana da Lei, sobretudo da dissolução do Édipo com a resolução da castração, que Lacan, fundamentado no estruturalismo de Lévi-Strauss, propôs uma reformulação da fenomenologia psiquiátrica, que descrevia os fenômenos psíquicos pela via psicopatológica. Diferentemente da psiquiatria, Lacan introduz a noção de que a psicose, a neurose e a perversão não são doenças, mas sim estruturas.

3.4 O RSI e as estruturas: o diagnóstico em psicanálise

Lacan (1975-1976/2007), ao pensar o inconsciente estruturado como uma linguagem, o fez a partir de uma noção topológica representada pelo nó dos borromeus, com três elos: o Real, o Simbólico e o Imaginário (RSI), atados uns aos outros, sem primazia entre eles e considerados absolutamente distintos.

Em “*O Simbólico, o Imaginário e o Real*”, de 1953, Lacan (1953/2005) define o real como *o que nos escapa*. Depois, no Seminário 2 (1954-1955/1985), “*O Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise*”, diz que *o real é sem fissura* e só se pode apreendê-lo por intermédio do simbólico. No Seminário 3, “*As psicoses*” (1955-1956/2002), ele designa o real como o que volta sempre ao mesmo lugar, como os astros, as estrelas. Ao tratar do conceito de *Verwerfung*¹⁴ de Freud, Lacan vai definir o real como o que escapa à simbolização, afirmando: “na relação do sujeito com o símbolo, há a possibilidade de uma *Verwerfung* primitiva, ou seja, que alguma coisa não seja simbolizada, que vai se manifestar no real” (p. 98). Esse é o centro da questão na psicose, o fato de que algo não foi simbolizado e retornará no real. Aqui ele já começa a articular a noção de *Verwerfung* em Freud com o registro do real. *A posteriori*, Lacan (1957-1958/1999) retoma essa noção de real. No Seminário 4, “*A relação de objeto*” (1956-1957/1995), cujo tema central é a falta de objeto, Lacan afirma que “o Real é pleno, basta a si mesmo”. No Seminário 5, “*As formações do inconsciente*” (1957-

¹⁴ “O termo *Verwerfung* é traduzido freqüentemente por forclusão, preclusão, rejeição, e ainda por repúdio, recusa e condenação. (...) conotativamente, o termo alemão evoca a idéia de descartar e eliminar um material rejeitado. (...) Lacan procurou ressaltar diferenças no emprego freudiano de *verdrängen*, *verleugnen* e *verwerfen*, correlacionando-se a neurose, perversão e psicose, entendidas por Lacan como estruturas. *Verwerfung* seria um tipo de *negação* pertinente à psicose. Consistiria em rejeitar ao nível do processo primário algo que deveria ser simbolizado. A *Verleugnung* pertenceria ao processo de *negação* que ocorre na perversão e consistiria em negar a evidência da percepção. Ambos os processos se referem à negação da castração. A *Verdrängung* seria a defesa preponderante da neurose.” (HANNIS, 1996) Esses termos serão vistos logo a seguir, em relação ao diagnóstico em psicanálise.

1958/1999), e em textos correlatos, há uma conexão entre a linguagem e o real. A “invenção do real” é tomada por Lacan no Seminário 23 (1975-1976/2007) no sentido de apontar a ex-sistência¹⁵ deste registro.

Nesse sentido, Vorcaro (2004, p. 68) situa a dimensão do real da seguinte forma:

O real é isso em que o inconsciente se sustenta, portanto, a coisa inapreensível, este cúmulo de sentido que constitui enigma, o único quinhão de saber que se tem. Enquanto dimensão pura de existência (“Há”), é o obstáculo do qual nada pode ser deduzido. A incessante possibilidade de se dizer disso qualquer coisa faz com que esse existente sustente a repetição do indefinível.

Apesar de não haver um destaque entre os três elos, no processo da constituição subjetiva há uma precedência do simbólico ao próprio sujeito. Uma criança nasce muito antes de seu nascimento real e até mesmo de sua concepção. O nascimento simbólico da criança ocorre primeiro no desejo dos pais, dos avós ou até antes desses (JERUSALINSKY, 2001). Já existe uma matriz simbólica antes de o *infans* se tornar sujeito de seu desejo. É a isso que Lacan chama de simbólico: a possibilidade de inserção na cultura pela via do significante. O homem é um ser de linguagem porque existe o simbólico.

O imaginário e o real são nomeados a partir do simbólico. Eis a dimensão do simbólico segundo Vorcaro (2004a):

O que faz com que o real possa ser tomado como ponto mergulhado e situável num lugar do espaço é o simbólico (“Há discernível”). O termo que o escreve em sua ausência, que lhe confere incidência no campo discursivo, sem o qual nada se diria, permite a veiculação cifrada que o envolve, produzindo o deslizamento significante substitutivo deste inapreensível, coincidindo com ele, sem equivaler a ele: a um. (p. 68)

O imaginário foi situado primeiro na obra lacaniana a partir do estágio de espelho, da visão antecipada que o *infans* tem do seu próprio corpo. Em seguida, a partir da tríade imaginária mãe-falo-criança, Lacan propôs a noção de especularidade nas relações, no sentido de que são permeadas por ideais, sobretudo o Ideal do eu. Traduz-se que sempre, nas relações, quando se coloca um objeto no lugar da coisa em si, aquele

¹⁵ A ex-sistência é postulada por Lacan numa referência ao real, como aquilo que está “fora de todo campo demarcável” (KAUFMANN, 1993/1996, p. 445).

assume o estatuto de representação imaginária dessa coisa. O ideal é sempre representacional.

O reflexo dessa coisa, pelo que a representação responde, suspendendo esse deslizamento com uma intuição, com um sentido que toma corpo. Trata-se do Imaginário, que, no homem, faz consistência do que o rodeia, na mesma relação de reificação em que é capturado pela imagem do seu corpo¹⁶. O imaginário é a condição de representação desse ponto e de sua circulação, no que ele é “como se fosse x”, parecido com os outros e, portanto, dessemelhante a outros: Há semelhança. É o que lhe atribui uma relação definível, que o liga a outros, consistindo numa rede de semelhança e dessemelhanças. A realidade deste representável é o que lhe permite deslocar-se da representação, onde refrata o discernível em propriedade de semelhança e dessemelhança. (Vorcaro, 2004, p. 68)

Essas dimensões do RSI são imprescindíveis à concepção das estruturas, em questão no diagnóstico psicanalítico.

Quinet (1991/2007) afirma que a classificação das estruturas subjetivas ocorre através de um diagnóstico diferencial, o qual só pode ser buscado no registro do simbólico, onde são articuladas as funções essenciais do sujeito que ocorrem com a passagem do Complexo de Édipo. A inscrição do Nome-do-Pai é feita no simbólico, e tem por efeito a produção da significação fálica, que permite ao sujeito inscrever-se na partilha dos sexos.

Este diagnóstico estrutural ocorre através da análise dos três modos de negação do Édipo. Uma dessas formas nega o elemento conservando-o no inconsciente como ocorre no recalque (*Verdrängung*) do neurótico. Já a outra nega o elemento conservando-o no fetiche, verificado no desmentido do perverso (*Verleugnung*). A última é um tipo de negação que não deixa nenhum traço ou sinal da inscrição da Lei, eliminando-a, como ocorre na forclusão – *Verwerfung* - realizada pelo psicótico. Com isso, o registro não acontece, pois o psicótico rejeita e não admite nenhum sinal da existência da castração. Assim, os dois modos que conservam o elemento implicam a admissão do Édipo no simbólico, o que não ocorre com a forclusão (QUINET, 1991/2007).

¹⁶ Aqui Vorcaro (2004a) está citando Lacan (1975/1988) na “*Conferencia en Ginebra sobre el sintoma*”.

Nesta perspectiva, é importante revelar que cada forma de negação tem sua forma de retornar o que foi recalcado, que por sua vez se exprime de maneira articulada nos sintomas, como mostra o Quadro 1. Então, o sintoma neurótico nada mais é do que o retorno do que foi negado no registro do simbólico, e que retorna sob a forma de sintoma neurótico. O fetiche elaborado pelo perverso é o retorno do que foi negado no desmentido, retornando no *simbólico, sob a forma de sintoma perverso* (LACAN, 1954-1955/1985).

Estrutura clínica	Forma de Negação	Local do retorno	<i>Fenômeno</i>
Neurose	Recalque (<i>Verdrängung</i>)	Simbólico	Sintoma
Perversão	Desmentido (<i>Verleugnung</i>)	Simbólico	Fetiche
Psicose	Foraclusão	Real	Alucinação

Quadro 1. Extraído de Quinet, 1991/2007, p. 19.

Na psicose, o que é negado pela foraclusão retorna no real e este retorno dá-se sob a forma de alucinação, provocada pelo automatismo mental¹⁷. O que o psicótico evita de forma inconsciente é que se tenha acesso ao seu registro simbólico, pois este irá atualizar a sua ameaça de castração. Com isto, o que foi recalcado permanece próximo e se organiza para surgir sob a forma de um sintoma que, no caso da psicose, é a alucinação (QUINET, 1991/2007).

O sintoma, como visto, por seu caráter metafórico, é uma formação característica da neurose, muito embora se use o termo sintoma na perversão e na psicose.

¹⁷ Automatismo mental: Lacan (1955-1956/2002) faz referência a essa expressão muito usada na neurologia, onde “qualifica certos fenômenos de liberação, mas sua retomada analógica em psiquiatria continua sendo pelo menos problemática. É, contudo, o termo mais justo na teoria de de Clèrambault, se vocês pensam na distinção hoje completamente esquecida que faz Aristóteles entre o automaton e fortuna. (...) Vemos que o automaton é o que verdadeiramente pensa por si mesmo, sem vínculo com este além, o ego, que dá seu sujeito ao pensamento. Se a linguagem fala sozinha, está aí justamente a oportunidade, ou não, de utilizar o termo automatismo, e é o que dá ao termo que de Clèrambault usava sua ressonância autêntica, seu lado satisfatório para nós”. (p. 345)

3.4.1 As estruturas nos tempos da infância

Calligaris (1989) afirma que só após o quarto tempo, ou seja, na saída da puberdade é que se pode falar em preclusão da Lei. Ainda neste mesmo sentido, Jerusalinsky (1993) refere uma provisoriedade da estruturação subjetiva que ocorre no tempo da infância.

Segundo Jerusalinsky (1993), existe um caráter provisório na estruturação subjetiva que ocorre na infância, fazendo com que as psicoses infantis muito precoces, normalmente, sejam consideradas como não decididas.

Coriat (1997) propõe que a partir do significante “psicose infantil” um outro seja interpretado: “passível de ser modificada” (p. 222). Pois, quanto menor for a criança, maiores serão as suas chances de ocorrer uma mudança na instauração da Lei, o que se torna mais crítico com a dissolução do Édipo (CORIAT, 1997).

Mannoni (1987) considera que o modelamento do psicótico se faz a partir da maneira pela qual foi excluída, por um dos pais, a possibilidade de entrada em uma situação triangular. Desde o nascimento a criança fica presa num quadro de palavras, que a reduz ao estado de objeto parcial. Segundo esta mesma autora, a criança psicótica está inserida num mal-estar que é o efeito de um discurso coletivo. E, para iniciar um tratamento, precisa que o sistema de linguagem no qual está aprisionada se modifique, pois a direção do tratamento se dá a partir das transformações que deverão ocorrer no nível da palavra da criança, que precisa se separar do discurso dos pais (Mannoni, 1967/1999). Na psicose infantil, está em jogo uma palavra absoluta, de uma mãe ou de um pai, que lhe oferece um sentido único e que rouba da linguagem a sua flexibilidade (CORDIÉ, 1994). Para Coriat (1997), a forclusão instala-se quando se conclui a infância. Assim, pode-se afirmar que indícios de psicose na infância não confirmarão necessariamente um adulto psicótico. Postula-se, então, que antes da puberdade não se pode confirmar a existência de uma estrutura psicótica, pois a forclusão no sujeito só será exibida após a puberdade. Nesta concepção fica claro que, a depender da idade e do tempo em que for descoberta a incidência de sintomas psicóticos, trata-se de uma criança que está psicótica, e não que é psicótica (CORIAT, 1997).

Assim como se fala de psicose não decidida ou passível de ser modificada, é possível falar em neurose e perversão não decididas. Na infância tudo está por

acontecer. É no presente contínuo ou ainda no presente pretérito da infância que as estruturas se constroem. Como diz Chico Buarque, na canção “João e Maria”: “Agora eu era...”, uma forma de as crianças se colocarem na linguagem e no tempo.

Esse tempo estrutural do inconsciente poderia deixar o *infans* fora do plano da analisabilidade, sob o argumento de que não há inconsciente. Ao que Vorcaro (2004b), falando sobre a clínica com crianças, argumenta:

Não se advoga aqui que não haja estruturas, nem que elas não sejam definitivas, nem que o modelo classificatório das estruturas seja um meio suficiente para a orientação do clínico na direção diagnóstica do tratamento. Ressalta-se apenas que, para que haja neurose, psicose e perversão, é necessário que uma estrutura tenha se constituído: e o participio presente, que localiza a temporalidade expressa em sua própria denominação, deixa entrever que as formações do inconsciente de uma criança são seu inconsciente em formação. (p. 13)

Ainda segundo Vorcaro (1999), a deficiência mental e o autismo podem ser vistos como modalidades estruturais, o que pode levar a pensar que essas *estruturas* não são indecidas, mas sim precocemente decididas na infância¹⁸.

O tema das estruturas, como se pode ver, está intimamente relacionado com a questão da castração; é só a partir desta que se pode falar em definição em termos estruturais.

Desde o início da psicanálise, com a experiência analítica da neurose, o tema central é a castração. Lacan (1956-1957/1995) chama atenção para o fato de que, nos tempos de Freud e seus seguidores, sempre se pensou que se falava mais da castração, quando na verdade o assunto central era a frustração. Depois, Lacan (1956-1957/1995) aponta outra noção que pode ser confundida com castração e frustração: a privação. Esses três níveis tratados na análise - a castração, a frustração e a privação - referem-se à noção da falta de objeto.

3.5 A teoria da falta de objeto

¹⁸ As questões de estrutura são revisitadas no próximo capítulo, para que sejam discutidas em relação com o TDAH.

Segundo Lacan (1956-1957/1995), desde o *Entwurf*¹⁹, primeiro esboço da teoria freudiana, Freud insiste na idéia de que na experiência analítica toda *Findung* do objeto é uma *Wiederfindung*, isto é, toda maneira de o homem encontrar o objeto não passa de um reencontrar o objeto perdido. Não se trata do objeto que funda o homem numa realidade adequada, que prova a maturidade, a saber, o objeto genital. Lacan (1956-1957/1995) destaca que, ainda nesse momento de construção da teoria da evolução instintual, baseada nas primeiras experiências analíticas, Freud aponta que o objeto é apreendido através da busca do objeto perdido. Mas que objeto é esse? É aquele “que corresponde a um estágio mais avançado da maturação dos instintos, (...) é o objeto reencontrado do primeiro desmame, o objeto que foi inicialmente o ponto de ligação das primeiras satisfações da criança” (LACAN, 1957-1958/1995, p. 13). Com isso, a formulação lacaniana aponta para uma tensão no centro da relação sujeito-objeto, no sentido de que aquilo que é apreendido jamais é encontrado no mesmo lugar. Portanto, trata-se de uma *relação conflitual do sujeito com o mundo* (LACAN, 1956-1957/1995). Eis a primeira forma com que pode ser vista a relação de objeto em Freud.

Depois, Freud indica que o objeto seria reencontrado sobre o fundo da angústia. Sob essa ótica, o objeto seria uma espécie de enfeite, de máscara da angústia sentida pelo homem na sua relação com o mundo. O exemplo clássico do objeto como maquiagem da angústia seria a fobia.

Lacan (1956-1957/1995) discorda dessa idéia, argumentando que na prática analítica o que se observa é que esse objeto se reduz ao real, o reencontro ocorre no real, não sobre o fundo da realidade angustiante, mas da realidade comum. Com o avanço da análise percebe-se que não há por que ter medo do objeto; o medo precisa ser diferenciado da angústia.

Ainda seguindo os passos de Freud, Lacan (1956-1957/1995) apresenta uma terceira forma de conceber o objeto, a saber, a da “reciprocidade imaginária” (p. 25), cujo significado se traduz na identificação do sujeito com o objeto, ou seja, o lugar do objeto pode ser ocupado pelo sujeito.

Essa última proposição da doutrina freudiana sobre o objeto é mais interessante para Lacan, pois a partir daí ele formula sua teoria da falta de objeto.

¹⁹ Trata-se do “Projeto para uma Psicologia Científica” (FREUD, 1950[1895]), texto que, segundo Lacan (1956-1957/1995), Freud não fazia questão de publicar.

Mas como ocorreria a identificação com o objeto? Ainda no mesmo Seminário, Lacan questiona se o objeto seria real. De imediato ele aponta o falo como sendo esse objeto e o faz primeiramente no esquema inaugural da constituição subjetiva - a tríade imaginária: mãe-falo-criança. Em seguida, ao criticar a teoria do objeto transicional, tal como é apresentada por Winnicott, afirma que, na ausência da mãe, qualquer que seja o objeto que fica para representá-la, de um acessório materno até um brinquedo da própria criança, não se trata da satisfação do objeto real, mas sim da falta de objeto.

Na relação objetal, é justamente dessa falta de objeto que se trata na relação do sujeito com o mundo. Assim, com a experiência da análise, Lacan (1956-1957/1995) observa três modalidades da falta de objeto: a castração, a privação e a frustração (Quadro 2).

AGENTE	FALTA	OBJETO
Pai real	Castração simbólica (dívida simbólica)	Falo imaginário
Mãe simbólica	Frustração imaginária (dano imaginário)	Seio real
Pai imaginário	Privação real (furo real)	Falo simbólico

Quadro 2 – Condensação dos quadros construídos por Lacan (1956-1957/1995), pp. 59 e 274

A castração está relacionada à lei primordial na interdição do incesto e na estrutura do Édipo. Freud coloca a castração no desfecho da questão edipiana, cujo agente é o pai real, colocando essa falta na categoria de *dívida simbólica*, e o objeto, o falo, é imaginário. O sujeito no qual incide a castração fica para sempre como devedor de quem estabeleceu o limite, o pai enquanto função, o Nome-do-Pai.

Sobre a frustração, Lacan (1956-1957/1995) diz que é um *dano imaginário*, porque se refere àquilo que é desejado sem nenhuma possibilidade de satisfação. A frustração é “o domínio das exigências desenfreadas e sem lei” (p. 36). Por mais imaginária que seja a frustração, seu objeto é real. Como isso se configura? A falta que a criança sente é sempre de um objeto real - por exemplo, o seio. No desmame, é a mãe como agente simbólico que frustra a criança da possibilidade de satisfação. Por que a

mãe é dessa forma um agente simbólico? Na verdade, a mãe não é desde sempre um agente simbólico. Freud (1920/1969) começou a vislumbrar essa possibilidade de simbolizar a mãe quando esta se faz ausente, o que ele percebe a partir do *Fort-Da*.

Em seu ensaio "*Além do princípio de prazer*", Freud (1920/1969) descreve um jogo construído por seu neto (aos 18 meses) que, devido à ausência da mãe, repetia o movimento de vaivém com um carretel amarrado a uma linha. A criança acompanhava esses movimentos com a forma vocal "o-o-o-o" prolongado, na qual podiam-se reconhecer os significados alemães *fort* (fora) quando o carretel desaparecia e *da* (aqui) quando este reaparecia. Essa seqüência se repetiu por várias vezes, parecendo sempre ocasionar grande prazer. A interpretação de Freud para a conduta do menino foi a seguinte: o carretel representava a mãe. Quando este se ocultava, significava a ausência dela; já quando ele era resgatado, significava o retorno materno, o que por sua vez proporcionava grande prazer à criança.

Lacan (1956-1957/1995), no Seminário 4, ratifica a idéia de Freud de que a mãe não é um objeto primitivo, e de que ela nasce para o *infans* a partir dos jogos simbólicos, tais como esse do carretel. Depois, no Seminário 11, Lacan (1964/1998) elabora seu argumento apontando que a mãe não era o objeto perdido na borda do berço: esse objeto é o pequeno *a*, nome da álgebra lacaniana²⁰. Também a mãe, como agente da frustração, não é somente a ausência e sim o par presença-ausência. Esse acoplamento presença-ausência se inscreve no registro do apelo, pela vocalização. Como isso ocorre?

Quando a mãe está ausente, ela não pode satisfazer a criança, por não estar ali. A criança, então, reclama por sua presença; mas há situações em que a mãe, estando presente, não a satisfaz, não lhe entrega o objeto da satisfação: assim, a criança permanece rejeitada. O exemplo clássico que se pode ter é quando a mãe que amamenta sai e a criança chora para mamar. A mãe não está ali para lhe dar o seio, mas, logo que chega, satisfaz o filho. No desmame, a mãe está presente, mas não oferece o seio.

Essa escansão do par presença-ausência possibilita conciliar a relação real com a relação simbólica. Ora, quando a mãe atende ao chamado do filho, o objeto está no plano do real e seu estatuto é de objeto de satisfação; no momento em que a mãe não responde ao apelo da criança, torna-se uma potência e o objeto passa a ser uma

²⁰ O objeto *a* será melhor visto no Capítulo 4.

concessão, um objeto de dom. Em que sentido? A mãe, como potência, torna-se a única via de acesso ao objeto, e concedê-lo acede ao estatuto de dom. Desta forma a mãe se torna real e o objeto, simbólico. Mas é importante destacar que a criança não tem noção dessa onipotência da mãe, que figura assim como a mãe arcaica, que tudo pode.

Lacan (1956-1957/1995) propõe ver essa situação por outro ângulo: a mãe real, como onipotência, não pode dar tudo porque não tem tudo - à mãe falta o falo. Antes de avançar nesta questão, tão importante para os desdobramentos do próximo capítulo, segue-se com a noção de privação, para *a posteriori* abrir novamente espaço à questão da falta fálica na mãe.

Quando o objeto não está no seu lugar, instaura-se uma privação, pois algo é retirado do real, instalando-se o simbólico. “O real tem por propriedade carregar seu lugar na sola dos sapatos” (p. 38). Por isso o objeto na privação é simbólico, faz-se mediante um furo, uma falta real. Essa falta está no real porque não está no sujeito. Para ter acesso à privação o sujeito terá de simbolizar o objeto. Mas como o sujeito o simboliza? O pênis é o objeto em causa na privação, mas como só se tem acesso a essa privação, enquanto falta real, pela via da simbolização, o pênis torna-se simbólico. O agente é com isso o pai imaginário, uma vez que o pai real é o agente da castração e o pai simbólico, segundo Lacan (1956-1957/1995), é o Nome-do-Pai. Eis a definição lacaniana de pai imaginário:

O pai imaginário é aquele com que lidamos o tempo todo. É a ele que se refere, mais comumente, toda a dialética, a da agressividade, a da identificação, a da idealização pela qual o sujeito tem acesso à identificação ao pai. (...) Se o chamamos de imaginário é porque ele está integrado à relação imaginária que forma o suporte psicológico das relações psicológicas com o semelhante, que são, falando propriamente, relações de espécies, que estão no fundo de qualquer captura libidinal, como no fundo de qualquer ereção agressiva. (...) É o pai assustador que conhecemos no fundo de tantas experiências neuróticas, e que não tem de forma alguma, obrigatoriamente, relação com o pai real da criança. (LACAN, 1956-1957/1995, p. 225)

“Pai simbólico” é um conceito lacaniano introduzido em 1953 para designar o significante da função paterna, definido como elemento do discurso que determina os atos e as palavras do sujeito. Nesta perspectiva, o pai assume uma função essencialmente simbólica, que nomeia e, através deste ato, encarna a Lei.

Lacan (1957-1958/1999) centralizou a questão edípica sob a ótica da metáfora paterna entendida como a substituição de um significante primordial (S₁), que é Outro materno, por um outro significante ideal (S₂), que se constitui como a função do pai no inconsciente do sujeito.

As figuras do pai imaginário, do pai real, do pai simbólico, da mãe simbólica e da mãe enquanto representantes da falta são articuladas por Lacan (1957-1958/1999) nos três tempos do Édipo.

3.6 Os três tempos do Édipo

Lacan (1957-1958/1999) afirmou que no primeiro tempo, ou no tempo do *to be or not to be* o objeto de desejo da mãe, a criança e a mãe encontram-se numa relação simbiótica, num processo de completude imaginária. Essa relação é concebida inicialmente por Lacan (1956-1957/1995) como uma tríade imaginária: mãe-falo-criança, que será, “com tudo o que esta tem de problemático” (p. 28), o referencial para toda relação imaginária.

Fazer-se de falo e permanecer como tal é seguir pela via imaginária, cujo ponto de chegada pode ser o da perversão ou da psicose. Assujeitar-se a essa posição de falo, enquanto objeto de desejo da mãe, é estar no tempo do primeiro significante; aceder a essa posição é estar no tempo da metáfora paterna, é seguir pela via simbólica que conduz ao efeito neurotizante da dissolução do Édipo. Nesse caminho, o pai faz função no Complexo de Édipo tornando-se um significante que substitui o primeiro, o significante materno, cujo delineamento é simbólico, embora se inscreva no imaginário. É simbólico porque a criança está imersa no simbólico e desde cedo aprende a simbolizar.

Quais as implicações de se colocar como objeto de desejo da mãe? Vale ressaltar que se trata, aqui, do primeiro dos tempos do Édipo, em que há a primazia do falo, em que basta ao sujeito saber-se falo. Conforme mencionado anteriormente, há implicações perturbadoras (psicose ou perversão) quando o sujeito permanece nesse tempo. Essa permanência é uma resposta à forclusão do Nome-do-Pai ou à falha da Lei.

O segundo tempo é, “no plano imaginário, aquele em que o pai intervém como privador da mãe” (LACAN, 1957-1958/1999, p. 199). É nesse tempo que a mãe pode

ser vista como dependente de um objeto que não é o filho, mas o falo, um objeto que o Outro tem ou não tem.

É também nesse estágio que se remete à mãe uma lei que não é dela, mas de um Outro, e a mãe vê o objeto de seu desejo ser “soberanamente” possuído por esse Outro. Ou seja, a mãe fala de uma lei que não é dela e é obediente a essa lei. A relação aqui é com a Lei, enquanto palavra do pai, como o que foi instituído por ele e que o representa ainda que na sua ausência.

Já no terceiro tempo, a mãe percebe e permite que o pai realize sua função e dá espaço para que a castração aconteça. Lacan (1956-1957/1995) define que o pai enquanto representante da Lei surge na passagem do segundo para o terceiro momento. Essa terceira etapa é importante porque dela depende a saída do complexo de Édipo. Se o pai no segundo tempo privava a mãe do falo, enquanto seu objeto de desejo, aqui, no terceiro tempo, ele é o pai real e potente, por isso pode dar à mãe o que ela deseja: porque o possui. A identificação com o pai se faz justamente quando este intervém como aquele que tem o falo. O pai é internalizado no sujeito como *Ideal do eu*²¹, e a partir daí há o declínio do Complexo de Édipo.

3.7 A falta de atenção

As modalidades da falta na construção do Édipo até sua dissolução foram aqui discutidas com o propósito de pensar as relações de objeto no TDAH, com suas implicações na formação desse sintoma.

Na seqüência pretende-se debater o que seria a falta no TDAH, especificada no nome desse sintoma enquanto *falta de atenção*.

O que seria a atenção em TDAH?

Segundo Jerusalinsky (2003), do ponto de vista das neurociências não há uma definição pronta para a atenção. Não há tantos avanços em termos de conhecimentos neurológicos como acontece em outras funções cognitivas, como a memória, a

²¹ Ideal do eu ou Ideal do ego: “Expressão utilizada por Freud no quadro de sua segunda teoria do aparelho psíquico. Instância da personalidade resultante da convergência do narcisismo (idealização do ego) e das identificações com os pais, com seus substitutos e com os ideais coletivos. Enquanto instância diferenciada, o ideal do ego constitui um modelo a que o sujeito procura conformar-se”. (LAPLANCHE e PONTALIS, 2001, p. 222)

percepção, a linguagem ou mesmo a sexualidade. Por isso, não há como afirmar que a atenção teria um correlato neurobiológico.

A atenção em psicanálise foi inicialmente concebida como lei biológica, constituindo-se num mecanismo que permitia ao eu “o controle de seus afetos e os investimentos dos dados da percepção” (KAUFMANN, 1993/1996, p. 53). Depois, na segunda tópica freudiana, a atenção se configura no aspecto pulsional do processamento cognitivo. É assim que ela aparece inibida nas formações do inconsciente, como o ato falho, o lapso, o chiste. O conceito de atenção ganha espaço no tratamento psicanalítico quando Freud (1912/1969) institui apenas uma regra que está ao lado do analisante, que é a associação livre, enquanto ao lado do analista a técnica da escuta deve ser a da *atenção uniformemente suspensa*. Do ensino de Freud (1912/1969) se interpreta que prestar atenção demais, de forma enviesada, ensurdece o analista ao ponto de comprometer a condução da análise. Dessa forma a sublimação, que faz da atenção um ato voluntário, com alvos e objetos específicos, deve ser flexibilizada na escuta analítica.

A falta de atenção em TDAH também pode ser vista como uma manifestação do inconsciente, como algo que quer revelar a verdade cifrada no sintoma. É justamente na falha que o inconsciente se manifesta. Assim Freud (1901/1969) concebeu sua teoria das formações como o retorno do recalado nos atos falhos, chistes e sonhos. Lacan (1957/1998; 1975-1976/2005), ao formular sua teoria de que o inconsciente é estruturado como uma linguagem, diz que é a partir da *lalangue* que fala o sintoma, isto é, a linguagem do inconsciente.

O déficit de atenção é a riqueza sintomática do TDAH pela possibilidade de ser escutado como aquilo que o inconsciente quer dizer. Pode-se até afirmar que o TDAH é psicanalítico por excelência, pois aquilo que se constitui na sua essência – a falha na atenção – revela o inconsciente.

No TDAH a desatenção não seria explicada por uma falta do lado da criança, mas do lado do Outro materno. É a partir de como ocorreram na mãe essas operações das três modalidades da falta, sobretudo a castração, que se pode pensar como se configura o sintoma da criança, e mais particularmente o TDAH.

Lacan (1964/1998) associa o automatismo da repetição àquilo *que não cessa de não se escrever*, o que em TDAH parece estar relacionado à hiperatividade, mas comparece também na desatenção e na impulsividade.

Ainda sobre a repetição, Lacan (1964/1998) retomou os comentários sobre o *Fort-Da*, citando que o objeto que o *infans* vê desaparecer na borda do berço e que se constitui na primeira marca do sujeito, objeto este denominado “o pequeno *a*” na álgebra lacaniana, não é o representante da mãe. Esse objeto desde sempre perdido é aquele que, longe da infância real, vai-se tentar reencontrar.

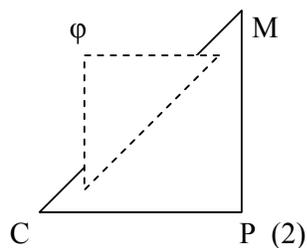
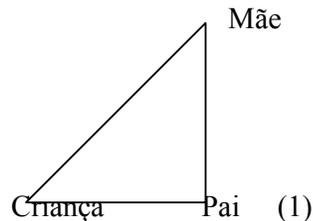
O sintoma da criança ainda não está relacionado a esse pequeno *a* da criança, mas sim ao da mãe, sobretudo como o filho está identificado a esse objeto na fantasia materna.

Certa vez em análise uma garota “desatenta” disse que “as crianças têm falta de atenção porque recebem a falta de atenção da mãe” (sic). Com essa definição a menina estava formulando uma queixa relacionada às ausências da mãe, o que no primeiro momento poderia ser interpretado como se esse sintoma da criança fosse um ressentimento pela ausência materna. Não se trata de uma falta *da* mãe, mas de uma falta *na* mãe. A menina se queixava da ausência da mãe *percebendo* que a via imaginária, caminho inicial de sua constituição subjetiva, chegava ao fim e avançava em direção à via simbólica, que é a via da metáfora paterna.

Para a criança contornar sua própria falta, primeiramente precisa ficar alienada ao Outro materno nesse lugar da falta na mãe, representado pelo falo imaginário; mas, para realmente situar essa falta como sua, a criança terá de sair desse lugar de falo imaginário, o que só será possível com a introdução da metáfora paterna, do Nome-do-Pai. Assim, a tríade imaginária mãe-falo-criança deverá ser substituída pela estrutura ternária do Édipo.

A estrutura ternária do Édipo é a essência da metáfora paterna. O desenho da estrutura é um triângulo, cujo esboço é imaginário (*pontilhado em 2*), e a inscrição, simbólica (*linha contínua em 1 e 2*). A base desse esboço não é apenas homólogo à base do triângulo mãe-pai-filho, como também se confunde com ele e é ao mesmo tempo a relação do corpo despedaçado e função unificadora da imagem total do corpo. A base do triângulo imaginário é a relação do eu com a imagem especular.

No outro lado, o ponto que se opõe à base é o falo, “com o qual o sujeito se identifica imaginariamente, e o reduz à idéia de objeto parcial” (p. 165). É justamente neste ponto, no falo, que se verifica o efeito da metáfora paterna.



(Lacan, 1956-1957/1999, pp. 163 e 165)

Segundo Lacan (1956-1957/1999), quando Freud (1920/1969) enuncia no *Fort-Da* essa simbolização, compreende-se o significado (x) na relação com a mãe, que não é outro senão a antecipação da metáfora paterna, algo que fica no lugar do primeiro significante. A criança interpreta as idas e vindas da mãe como: “eu gostaria que fosse a mim que ela quer, mas está muito claro que não é só a mim que ela quer” (LACAN, 1956-1957/1999, p. 181). Nesse momento há reconhecimento do desejo materno e a astúcia de se fixar nesse lugar de falo. No entanto, não é a criança quem decide se vai ficar ou não ali. O mais intrigante e complicado é entender que, embora imersa no simbólico, a criança não mexe as cordas do simbólico e, portanto, não pode ser responsável por escolher a via imaginária. Justamente porque a criança *não mexe as cordas do simbólico*, seu sintoma está relacionado a uma falta no Outro. Essas idas e vindas da mãe remetem a um desejo materno, há uma falta na mãe que ela quer suprir. A escolha está do lado do Sujeito investido de fala e não do *assujeito*.

Nesse sentido, será que a criança não faz sintoma, e este seria dos Outros parentais? Ou será que faz sintoma, mas este está relacionado aos Outros? Talvez a melhor questão seja: qual a finalidade da criança, o que ela quer, ao fazer seu sintoma?

Essa questão será melhor examinada na discussão em torno do sintoma da criança, no Capítulo 4.

CAPÍTULO 4 - O TDAH COMO UM *SINTOMA ANALÍTICO*

...O sintoma é puramente o que a lalingua condiciona...
(LACAN, 1975-1976/2007, p. 163)

Na afirmação de Lacan (1957-1958/1999), o que é analisável é o sintoma, não o sujeito. Mas a analisabilidade não é um atributo imanente ao sintoma, e sim a condição necessária para o início da análise. Dessa forma, quando alguém endereça uma queixa ao analista, pedindo para se desvencilhar do seu sintoma, não significa ainda que *este* seja analítico. Talvez aí haja o gérmen de uma transferência que só começará a se constituir quando essa pessoa, ainda em entrevistas preliminares, endereçar ao analista a pergunta sobre o significado de seu sintoma. O analista então fica no lugar de *sujeito suposto saber* sobre a verdade do sintoma de quem o interroga. O discurso da análise então passa a ser o discurso da histérica, pois o sujeito se posiciona como impotente (\$) diante de sua sintomática e, assim, supõe que um mestre (S1) produza um saber (S2) sobre o gozo e a verdade (*a*) escondidos no sintoma (QUINET, 1991/2007). Eis o surgimento do *sintoma analítico*. Nesse sentido faz-se válido o aforismo lacaniano segundo o qual *o analista completa o sintoma*.

$$\begin{array}{c} H \\ \$ \rightarrow S1 \\ \overline{a} \quad \overline{S2} \end{array}$$

Fórmula do discurso da histérica (Lacan, 1969-1970/1997)

Com base nessa formulação, aponta-se que o TDAH não é desde sempre um sintoma analítico, a não ser quando alguém, movido pela transferência, supõe que um analista saiba qual a verdade que esse sintoma suporta. Nessa direção, os questionamentos levantados neste capítulo têm por base as definições de sintoma para a psicanálise, sobretudo o sintoma da criança, e particularmente como se configura o TDAH nesta concepção.

4.1 Do sintoma-metáfora ao Sinthoma como Nome-do-Pai

Freud (1916-1917/1969) apontou para o sentido e a subjetividade do sintoma, pois percebeu que havia uma lógica para o surgimento sintomático e que isso se verificava na particularidade da experiência de cada um dos seus pacientes. Lacan (1953-1954/1986) afirma que o sintoma é a pista da história do sujeito. Apagá-lo, portanto, seria alienar o sujeito de si e perder a possibilidade de analisá-lo. Na concepção psicanalítica, o sintoma jamais deve ser expurgado como um corpo exógeno e invasivo, estranho à história do paciente - história essa que deve ser entendida como uma fantasia, como *mito individual do neurótico* (LACAN, 1975-1976/2007; 1953/2008) constituído, na trama edípica, pelo desejo incestuoso pela mãe, a interdição pelo pai e todos os sintomas que daí advêm.

O caminho que conduziu a essa descoberta foi correlativo à fundação da psicanálise e surgiu com Joseph Breuer (1883/1969), na análise de Ana O. Com esse caso, Freud elaborou a primeira hipótese da formação do sintoma histérico, designada como Teoria da Sedução, segundo a qual as conversões na histeria eram produto de um trauma ou abuso sexual efetuado, supostamente, pelo pai. Depois, a partir do Caso Dora, Freud (1905[1901]/1969) propôs a Teoria da Fantasia, afirmando que o sintoma é fruto do desejo (*Wunsch*), como defesa do eu ou censura do super-eu, diante da impossibilidade de sua realização. O sintoma surge como uma formação de compromisso do eu, que se coloca no lugar da realização do desejo. O núcleo do sintoma histérico se constitui naquilo que Freud chamou primeiro de *complexo nuclear das neuroses*. No rascunho N da carta 64, a Fliess, Freud narra um sonho que teve com sua filha, a partir do qual pôde detectar o pai como produtor das neuroses. Na carta 69 da mesma correspondência, Freud propõe uma reformulação significativa na sua obra, que é justamente a passagem da Teoria da Sedução para a Teoria das Fantasias, mudança essa eivada de sua visão sobre um *complexo parental*. Mas é na carta 71 que Freud faz uma referência expressa ao mito de Édipo e anuncia a Fliess o caráter universal do desejo pela mãe e ciúmes pelo pai, o que seria descrito com o termo *Complexo de Édipo* num texto de 1910 (“*Sobre um tipo especial de escolha de objeto no homem*”) e referido, especificamente, em 1924, no seu trabalho intitulado “*A dissolução do Complexo de Édipo*” (ROUDINESCO, 2002/2003).

Não é sem propósito que Lacan (1975-1976/2007) apresenta o Complexo de Édipo como um sintoma, pois coloca o sujeito diante do seu desejo em relação à castração, com uma dissimetria para os sexos feminino e masculino. Nas meninas, o Complexo de Édipo se inicia pelo horror à castração materna, produzindo um amor pelo pai como aquele que pode lhe dar o falo. Nos meninos, a visão da castração materna os faz pensar que pelo desejo se perdeu o falo real. Assim, abandonam o amor pela mãe e se identificam com o pai, para serem portadores de suas insígnias, dentre as quais a mais relevante: o falo simbólico (LACAN, 1957-1958/1999).

Pela resolução da castração e nas outras modalidades da falta (frustração e privação) se constrói o cenário da produção dos sintomas neuróticos.

Pensar no Édipo como sintoma é seguir pela trilha do raciocínio de Lacan (1975-1976/2007) para chegar à idéia de que o sintoma *ex-siste* “ao laço enigmático do imaginário, do simbólico e do real” (p. 21). Supõe-se que o Complexo de Édipo (Pai do Nome) é o sintoma que *ex-siste* ao Nome-do-Pai, este entendido como Sinthoma, quarto elo do nó borromeano, que sustenta a estrutura amarrando os três registros (RSI). O Sinthoma como Nome-do-Pai é a *perversão* (versão em direção ao pai), o que faz Lacan (1975-1976/2007) afirmar: “o Pai é um sintoma ou um sinthoma se quiserem” (p. 21).

Nesse mesmo seminário, ao falar do sintoma a partir de Joyce, Lacan esclarece a distinção entre o Nome-do-Pai e o pai do nome.

O pai, como nome e como aquele que nomeia, não é o mesmo. O pai é esse quarto elemento – evoco aí alguma coisa que somente uma parte dos meus ouvintes poderá considerar – esse quarto elemento sem o qual nada é possível no nó do simbólico, do imaginário e do real.

Mas há um outro modo de chamá-lo. É nisso o que diz respeito ao Nome-do-Pai, no grau em que Joyce testemunha disso, eu o revisto hoje com o que é conveniente chamar de sinthoma. (p. 163)

A idéia lacaniana é que o homem, enquanto portador da idéia de significante, representa sintaticamente o que ele consagra como *lalíngua*, cuja característica em destaque é a possibilidade do equívoco (LACAN, 1975-1976/2007). Dessa forma, o que marca o significante na língua é que ele pode ser dúbio, provocando equívocos ao convocar mais de um significado, o que não é peculiar apenas ao sintoma, mas também às outras formações do inconsciente - o lapso, o chiste (a tirada espirituosa) e o sonho. Para Lacan (1953-2005), assim como o sonho, o sintoma exprime algo “estruturado e

organizado como uma linguagem”, e nunca é unívoco, a começar por aquela que considera a sintomática mais simples: o sintoma histérico. Antes é “plurívoco, superposto, sobredeterminado”, há uma superposição de símbolos e de imagens, tal qual acontece na manifestação onírica e “numa frase poética, que vale ao mesmo tempo por seu tom, sua estrutura, seus trocadilhos, seus ritmos e sua sonoridade. Tudo se passa em diversos planos e tudo é da ordem da linguagem” (p. 24).

No entanto, pode-se argumentar que no sintoma esse caráter *falso* do significante (porque suscetível a mais de um significado) configura-se como uma colagem mais difícil de desfazer. Não é em vão que Lacan (1975-1976/2007) estabelece um *falso furo* feito pela linguagem no real, consagrando o sintoma neste lugar, que também é o espaço do simbólico no nó borromeano.

O *verdadeiro furo* fica entre o real e o imaginário, onde *não há Outro do Outro* (LACAN, 1975-1976/2007, p. 130). É assim que neste lugar não há possibilidade para metáfora, é o lugar da forclusão do significante. Espaço impossível de elaboração da metáfora da qual derivam todas as outras - a saber, a metáfora paterna, que é justamente a possibilidade de haver um Outro para o Outro. Ora, a metáfora paterna consiste em dizer que o pai é um significante que substitui o significante materno. Esta é a função do pai no Complexo de Édipo: atuar como representante da Lei, barrando o incesto (LACAN, 1957-1958/1999).

Lacan (1975-1976/2007), ao qualificar como falso furo o conjunto constituído pelo sintoma e pelo simbólico, afirma que “é por estar engajado na linguagem que o sintoma subsiste, ao menos se julgamos que podemos modificar alguma coisa no sintoma pela manipulação dita interpretativa, isto é, jogando com o sentido” (p. 39).

O sintoma como metáfora aparece na obra freudiana desde “*Little Hans*”. Freud (1926[1925]/1969) afirmou que não podia descrever o medo, que fazia parte da fobia de Hans, como um sintoma. Se o menino, porque estava apaixonado pela mãe, tinha medo do seu pai, teria apenas uma “reação emocional” muito pertinente.

O que a transformou numa neurose foi apenas uma coisa: a substituição do pai por um cavalo. É esse deslocamento, portanto, que tem o direito de ser denominado sintoma, e que, incidentalmente, constitui o mecanismo alternativo que permite um conflito devido à ambivalência ser solucionada sem o auxílio da formação reativa. (FREUD, 1926[1925]/1976, p.125)

Essa substituição, esse deslocamento é exatamente a metáfora.

Se o sintoma é metáfora por excelência e só o \$ (sujeito barrado) pode fazê-lo, isso o consagra como típico da neurose e complica sua formação nos outros tipos estruturais. Porque se desconhece a castração pela forclusão do Nome-do-Pai, como ocorre na psicose, ou por desmenti-la, como na perversão, ou, também, por nem ao menos se conseguir acedê-la, como na debilidade mental e no autismo. Porém, quando não se está no terreno da psicose, da perversão, da debilidade e dos autismos, e há um arranjo do inconsciente que parece desconhecer a metáfora, ou seja, supostamente situado fora do simbólico, qual sua designação e seu conceito?

4.2 A *Fixierung*: o sintoma no real do corpo?

Justamente porque a natureza do sintoma é languageira, metafórica, Vorcaro (1999), a partir de Lacan, não nomeia como sintoma, e sim como fenômeno, aquilo que pertence à ordem da psicossomática.

Lacan (1975/1988 *apud* VORCARO, 1999) assim estabelece sobre o *fenômeno psicossomático*:

*Tudo se passa como se algo estivesse escrito no corpo, alguma coisa que se oferece como um enigma (...) signatura, algo para se ler, diante do qual freqüentemente “boiamos” (...) um doente psicossomático assemelha-se mais a um hieróglifo do que a um grito (...) se evoquei algo de congelado, é porque existe, efetivamente, esta espécie de fixação. Também não é por acaso que Freud emprega o termo *Fixierung* – é porque o corpo se deixa levar para escrever algo da ordem do número. (p. 39)*

Nesta perspectiva o corpo assume, como na linguagem, o lugar do Outro. Diferente do corpo das histéricas, cujas conversões eram metáforas do desejo, o paciente psicossomático não substitui o corpo pela fala, mas usa o corpo em detrimento da letra. É a experiência orgânica sem significação, o puro Real.

É como se o fenômeno *não parasse de não se escrever*, fosse uma espécie de *sintoma* no real do corpo. Seria um sintoma constituído no *verdadeiro furo*? Na verdade poder-se-ia pensar na impossibilidade da formação do sintoma pela precariedade da metáfora ou sua ausência, o que deixaria a psicossomática mais próxima da psicose.

Seria o fenômeno uma espécie de ex-sistência do sintoma, como o que estaria fora do campo representacional? Lacan (1975-1976/2007), em “*Joyce, o sintoma*”, afirma que a limitação e o limite do sintoma é o nó borromeano, justamente porque o sintoma se enoda ao corpo (ao imaginário), também se enoda ao real e ao inconsciente, como terceiro. Assim, o nó é o campo representacional, o que enquadra a manifestação do sintoma, em algum lugar no ponto de enodamento dos três registros, pois, ainda que haja entrelaçamento entre o real, o simbólico e o imaginário, mesmo assim há o espaço de sua impossibilidade, como no verdadeiro furo, entre o imaginário e o real. Poder-se-ia pensar, também, que o nó faz o limite da estrutura do sujeito. Esta é a função do nó no complexo de castração, que Lacan anuncia nas primeiras linhas de “*A significação do falo*” (1958/1998) e comenta no Seminário 23, destacando que em 1958 ainda não sabia do nó dos borromeus.

É interessante ressaltar que essa amarração faz o complexo de castração na neurose, e que o sintoma é uma metáfora dessa neurose para deflagrar no simbólico a falha na entrada do significante Nome-do-Pai, ou seja, no atamento do nó.

Como visto no Capítulo 3, a questão estrutural foi elaborada por Lacan (1957/1998) para estabelecer o diagnóstico em psicanálise, e aqui se reintroduz essa temática com o objetivo de pensar a formação do sintoma nas estruturas indecidas da infância. A finalidade é subsidiar a discussão desses casos em relação ao TDAH.

4.3 O sintoma da criança

Segundo Bernardino (1997), Freud e Lacan concebem o sintoma neurótico como um *apelo ao pai*, o que pode ser visto na análise que Freud (1910/1969) faz de uma lembrança da infância de Leonardo da Vinci, situação em que ele era ainda um bebê e um abutre chegava ao seu berço, lambendo-lhe o corpo. Freud erige essa evocação de da Vinci ao valor de fantasia, ao interpretar que o abutre seria representativo da fantasia de uma mãe devoradora.

O sintoma em Hans, ao construir sua fobia por cavalos, também é um *apelo ao pai*, na medida em que esta fobia pode ser interpretada como um pedido para não se deixar capturar pelas fantasias narcísicas de uma mãe que não se via castrada.

A castração começa com a percepção de que a mãe é castrada (LACAN, 1957-1958/1999). Uma falha narcísica na mãe, que lhe impeça o auto-reconhecimento da castração, como no Caso Hans, pode produzir sintomas não só neuróticos. Permanecer capturado na relação narcísica com a mãe, sem a devida interdição, pode resultar numa estruturação perversa ou psicótica.

Desde o pequeno Hans (FREUD, 1909/1969) o sintoma neurótico da infância é visto como sintoma do casal parental. Dolto (1979/1980) acrescentava, a partir dos estudos de Mannoni, que é a neurose extrema dos adultos, vistos como mestres e exemplos, que torna patológica a estrutura da criança em constituição. Ainda mais,

é a criança que suporta inconscientemente o peso das tensões e interferências da dinâmica emocional sexual inconsciente em ação nos pais, cujo efeito de combinação mórbida é tanto mais intenso quanto mais se guarda ao seu redor o silêncio e o segredo. (p. 13)

Ora, é pela via do sintoma que a criança acede à sua condição de sujeito. “A criança é responsável pelos seus sintomas, pois são eles que a constituem como sujeito de sua própria palavra, mesmo que surjam no inconsciente parental” (VORCARO, 1999, p. 13).

Na concepção de Lacan (1969-2003), a função residual da família não está relacionada à satisfação das necessidades imediatas ou futuras que os pais e seus ascendentes possam deixar enquanto legado. Antes, a transmissão na ordem familiar está relacionada à *constituição subjetiva*, e, portanto, a um desejo que não seja anônimo.

Ainda assim, é através dessas necessidades palpáveis e cotidianas que se podem presentificar as funções materna e paterna. A primeira pode ser vista nos cuidados ou mesmo nas faltas da mãe ou de quem exerça sua função. Já a função paterna é a de quem estabelece os limites, proclamando as negativas, efetivando-se como *Lei no desejo*.

Para Lacan (1969/2003), o sintoma da criança é uma resposta ao que existe de sintomático na estrutura familiar, portanto, nesse arranjo entre a função materna e a função paterna. O sintoma se torna assim o representante da verdade do casal parental. Pode acontecer que a predominância do sintoma esteja relacionada a um dos lados: da função materna ou da função paterna.

Quando o sintoma se relaciona à mãe, a criança *realiza* o que Lacan identifica como objeto *a* na fantasia ($\$ \diamond a$) materna.

Foi a partir da leitura do texto de Freud – “*Bate-se numa criança*” – que Lacan (1957-1958/1999) formulou o matema da fantasia (fantasma) fundamental - $\$ \diamond a$, o qual se lê: S barrado desejo ou punção de *a*. Esse matema tem dois pólos pulsionais (ativo e passivo) ou dois elementos heterogêneos: do lado ativo tem-se o sujeito da falta, do desejo, marcado pela barra da Lei, e do lado passivo tem-se o objeto *a*, “objeto dos objetos, lugar central da função pura do desejo” (LACAN, 1962-1963/2005, p. 136).

Calligaris (1983/1986) propõe a seguinte leitura da fórmula do fantasma: “ao Outro desejante (ou melhor, como Sujeito atribuído ao desejo) $\$$, cada um se oferece ou oferece seu corpo como objeto (*a*), o losango (\diamond) marca a impossível colagem dos heterogêneos” (p. 28). Na seqüência do seu texto, Calligaris esclarece como atamento do fantasma a homogeneidade entre o desejo do Outro e o corpo, enquanto objeto ofertado a esse desejo. A finalidade é trazer para o Outro uma completude, isto é, produzir o gozo. É ao gozo do Outro que esse corpo serve, mas é interessante notar, conforme o ensino de Lacan, que antes, como um pré-requisito para servir ao gozo do Outro, o corpo tem de ficar na função da causa de desejo (objeto *a*).

Lacan (1953/2005) afirma que o objeto *a* é igualmente o que caiu do sujeito na angústia e objeto causa de seu desejo, o que fica por trás do seu desejo. Ao falar do pequeno *a* na fantasia, diz que a função deste é

ser suporte do desejo, na medida em que o desejo é o mais intensivo do que é dado ao sujeito atingir no nível da consciência, em sua realização de sujeito. É nessa cadeia que mais uma vez se afirmam as relações de desejo em relação ao desejo do Outro. (pp. 60-61)

O objeto *a* é sempre semblante, algo de imaginário, nunca o real em si. Para Lacan (1969-1970/1992) a verdade é sempre um semi-dizer, há uma impossibilidade de dizê-la toda – S (*A*). Portanto a verdade é um semblante, uma aparência. É assim que Lacan (1972-1973/1985) se refere tanto ao gozo quanto ao amor: ambos se dirigem ao semblante, à suposição de que o objeto com o qual se relacionam encarna a causa do desejo. O ser amado é supostamente o pequeno *a*, objeto causa de desejo. Justamente por ser suposição é que responde a algum imaginário. O *a* é envolvido pela imagem, o

que o torna suspeito, porque não é *exatamente* a causa do desejo, mas sim *supostamente*. O fracasso do *a* está em *realizá-lo*, ou seja, poder sustentar-se na abordagem do real, pois só se sustenta enquanto imaginário. É só a partir do simbólico que na fantasia pode-se fazer uma distinção do imaginário e do real. “O simbólico ao dirigir-se ao real nos demonstra a verdadeira natureza do objeto *a*” (Lacan, 1972-1973/1985/, p. 128).

O *a* é sempre uma aparência de sê-lo (LACAN, 1972-1973/1985, p. 135), a verdadeira causa do desejo é o que esconde o *a*. O pequeno *a* é a aparência da verdade, é a forma de poder dizê-la não totalmente.

Desse ângulo, a criança, no lugar de objeto *a* na fantasia materna, “satura a modalidade de falta em que se especifica o desejo (da mãe), seja qual for sua estrutura especial: neurótica, perversa ou psicótica. Ela aliena em si qualquer acesso possível da mãe à sua própria verdade, dando-lhe corpo, existência e até a exigência de ser protegida” (LACAN, 1969/2003, p. 370). Com isso, Lacan (1969/2003) postula ser esta a natureza do **sintoma somático**.

Haveria uma diferença entre o fenômeno psicossomático e o sintoma somático? Em que termos? Talvez haja uma distinção pela via da angústia. Ora, nos termos em que Lacan (1969/2003) situa o sintoma somático - enquanto *realização* do objeto *a* - ele o define como angústia, pois, de acordo com o ensino lacaniano, sabe-se que esse afeto não é sem objeto (LACAN, 1963/2005). Já o fenômeno psicossomático, conforme discutido anteriormente, é marcado pela falta de objeto.

Mas pode-se pensar também que Lacan, ao falar do sintoma somático em 1969, não havia feito a distinção entre sintoma e fenômeno, o que só vem a fazer em 1975, na “*Conferência em Genebra sobre o sintoma*”, conforme citação anterior.

4.3.1 O fantasma materno e o sintoma da criança

Antes mesmo de Lacan (1964/1998; 1969/2003), Mannoni já havia apontado a relação fantasmática da mãe com seu filho ao estudar a debilidade mental. Ao falar dessa função de suporte do desejo atribuída pela mãe à criança, Mannoni (1964/1999) sustentava que o filho imaginário seria para a mãe aquele que recompensaria as insatisfações da sua própria infância e ocuparia o lugar vazio dos seus sonhos perdidos.

Quando o filho real nasce imperfeito, *doente*, aquilo que no plano fantasmático era preenchido por um filho imaginário atualiza na mãe suas perdas e poderá complicar ou mesmo impedir a resolução de sua castração.

Nos relatos de caso de Mannoni (1964/1999), as mães surgem muito angustiadas frente aos filhos e querem resolver a sua própria falta através do objeto em que a criança se torna. Assim, uma das mães gostaria que os médicos fizessem uma neurocirurgia para inserir algo no cérebro imperfeito de seu filho; em outro caso a mãe se vê numa angústia, “de certo modo mascarada pela preocupação de ter que 'pôr qualquer coisa onde não há nada’” (p. 74).

O que é um filho destinado a resolver a falta da mãe?

(...) não tem outra significação se não existir para ela e não para si próprio. Responder à demanda da mãe é por assim dizer criar sempre um mal entendido, visto que para além do que a mãe formula, é outra coisa que ela visa – mas ela não tem consciência disso. E toda pretensão do filho à autonomia vai corresponder imediatamente ao desaparecimento, para a mãe, do suporte fantasmático de que ela tem necessidade. O que ela quer exatamente do filho? Ela não sabe, ignora que sua demanda é o invólucro do seu desejo perdido. (...) A criança não sabe que é chamada a desempenhar um papel para satisfazer o voto inconsciente da mãe (papel do superdotado, do débil, do doente). Sem saber ela é “raptada” no desejo da mãe. (MANNONI, 1964/1999, p. 56)

Esse lugar de captura narcísica em que fica o filho não é peculiar apenas à debilidade. O próprio Lacan (1969/2003) apontava como resultado disso o sintoma somático. Depois, Miller (*apud* SANTIAGO, 2005), ao comentar esse artigo de Lacan – “*Nota sobre a criança*” –, afirmou que, dependendo de como a criança fique compactada nessa fantasia, além do sintoma somático poder-se-ia verificar uma psicose ou uma perversão.

Mannoni (1964/1999) supunha que em alguns casos a debilidade poderia ser equivalente a um processo psicossomático, a suplência de uma psicose ou de uma perversão.

Mas o que ocorreria de particular na relação da mãe com o filho, em cada um desses casos, para que se pudesse fazer o diagnóstico diferencial?

A resposta não pode ser dada como uma fórmula, pois será preciso verificar em cada caso como se pode designar um fenômeno psicossomático ou uma questão estrutural – psicose e perversão, e uma debilidade ou até mesmo um autismo.

Calligaris (1983/1986), ao falar d'A Mãe como Outro primordial, afirma que, ao se compreender melhor essa figura, será possível saber por que o neurótico tem de recorrer ao Nome-do-Pai. Talvez se possa pensar no diagnóstico diferencial a partir das versões que cada um fará do seu lugar como causa de desejo d'A Mãe.

O destino do psicótico não é *invocar* um terceiro para interditar um incesto. No final da castração imaginária ele não será objeto de uma “relação malograda”, mas o objeto capturado e perdido na imagem materna. Já o neurótico teme perder-se n'A Mãe, por isso pode apelar com seu sintoma para o Nome-do-Pai (o que se vê nas fobias desde Freud, em Hans e no Homem dos Lobos). Entre essas duas alternativas em relação à Mãe - chamar o pai ou perder-se nela - o perverso acrescenta uma terceira possibilidade: através do desmentido da castração e da interdição, ele acredita que pode permanecer como objeto de gozo sem ser capturado pela Mãe (CALLIGARIS, 1983/1986).

Na extensão do pensamento de Calligaris pode-se estabelecer que, no fenômeno psicossomático, por se tratar de um tipo estrutural que pode freqüentar qualquer uma das três estruturas, a escritura do desejo d'A Mãe que se fixa no corpo do filho pode ser uma confirmação de que ele foi capturado, ou um apelo ao Outro da metáfora para livrá-lo desse rapto, ou ainda a certeza de que pode ficar no lugar da captura sem perigo.

Um diagnóstico diferencial entre a debilidade mental e a psicose é mais complexo, porque parece que em ambas a criança é tomada pela Mãe, resultando na realização da causa de seu desejo.

Mas Lacan (1971-1972/2000), como visto no Capítulo 3, propõe uma distinção importante entre a debilidade e a psicose em relação à posição discursiva. Se o psicótico, embora na linguagem, está fora do discurso, pela impossibilidade de se posicionar o débil flutua entre dois discursos.

Como seriam todas essas questões em relação ao diagnóstico em TDAH? Como situá-lo nas estruturas?

4.4 O TDAH e as estruturas

Seja a criança diagnosticada hiperativa ou desatenta, não se pode encerrar o TDAH em uma estrutura, e, em psicanálise, jamais se pode conceber uma *co-morbidade* TDAH e psicose, TDAH e autismo. Além disso, se o TDAH for concebido como um sintoma nos tempos da infância, sabe-se que existe aí uma indecisão nas estruturas.

Se o TDAH fosse observado dentro de uma estrutura perversa ou mesmo da debilidade, seria exatamente o que se estabelece na relação fantasmática materna, mas com a possibilidade de se situar no discurso pela introdução da metáfora paterna. A metáfora possibilita que a criança saia de sua condição de “assujeito” da dependência materna para a condição de sujeito do desejo (LACAN, 1957-1958/1999).

Na psicose, como a criança está obturando a falta da mãe, totalmente amalgamada nesse lugar de causa de desejo, acaba se tornando objeto de gozo materno, ficando fora do discurso por desconhecer a metáfora paterna.

Enquanto sintoma de uma neurose em estruturação, como se poderia pensar o sintoma em TDAH?

Eis aí uma situação controversa em que se embaraçam a idéia de ser o TDAH um sintoma psicomotor (LÉVIN, 1991/2004) e aquela que o coloca como um sintoma somático ou um fenômeno psicossomático.

Teria o TDAH alguma relação com esta questão fantasmática porque, enquanto sintoma psicomotor, poderia ser considerado um sintoma somático? Se assim fosse, estaria a criança com TDAH também destinada a ficar no lugar do objeto *a* (como causa de desejo) na fantasia materna?

A hipótese aqui veiculada consiste em que o TDAH, situado na neurose, enquanto sintoma somático e sintoma da criança, decorre da subjetividade da mãe (ou de quem exerça sua função), implicando a criança no lugar de objeto *a* na sua fantasia, mas, ao contrário da debilidade, da perversão ou da psicose, há algo que faz com que a criança não se deixe capturar pela mãe.

Se o TDAH fosse pensado pela psicanálise como uma debilidade, com base na sua denominação psiquiátrica enquanto transtorno e déficit, a hipótese seria de que a criança estaria resignada neste lugar do pequeno *a*. Mas a impulsividade, a hiperatividade e a desatenção são um bloco de resistência a essa posição e um apelo ao

pai da metáfora, portanto um sintoma-metáfora, o que colocaria o TDAH mais próximo da neurose.

A suposição é que a criança hiperativa ou desatenta, com seu sintoma, negue-se a ficar no lugar da causa de desejo da fantasia materna. O sintoma neurótico em TDAH também seria um apelo ao pai para tirá-la desse lugar da captura narcísica materna. Seria a requisição do limite e da Lei, a denúncia de que algo falhou no atamento do nó bo (nó do RSI).

O trio sintomático em TDAH pode ser visto, como na fobia de Hans, como o medo da mordida do cavalo, sendo este uma metáfora do pai - o que foi interpretado por Lacan (1956-1957/1995) como o pedido de intervenção de um *phallus dentatus*, estando o falo ao lado do que morde e fere, livrando-o da *vagina dentata* que é a mãe devoradora.

Em TDAH trata-se de pensar a falta/déficit de atenção como uma falta na mãe e não uma falta no pai ou do pai.

A priori poder-se-ia pensar que o TDAH é um resultado do *declínio da função paterna* ou mesmo do *declínio social* dessa função, no sentido de que seria consequência da falta de limites ou da Lei no desejo. Isso acontecerá, mas não como causa direta da desatenção, da impulsividade e da hiperatividade.

Ora, com o declínio da função paterna a criança estaria exposta a todas as capturas fantasísticas da mãe. Na falha ou mesmo na ausência de uma função paterna, a criança volta-se para a *falta*, como única possibilidade de ter uma posição. Portanto, diante da dificuldade de aceder como sujeito caberia a ela forçosamente a posição do pequeno *a* no fantasma da mãe. Surge então o sintoma como apelo à função paterna.

Enquanto *sintoma somático*, o TDAH se constitui na tentativa de *realização* da fantasia materna. O TDAH seria assim um sintoma da criança que se insurge contra o lugar onde supostamente a coloca o Outro materno para preencher a sua falta de ser. A criança com TDAH posiciona-se como porta-voz da verdade e do desejo materno, um desejo ao qual está alienada e do qual nada sabe - mais ainda, algumas crianças parecem não querer saber, não há desejo de saber. Por exemplo, nos casos em que o TDAH resulta em dificuldade de aprendizagem, parece que as crianças fazem uma inibição intelectual, relacionando-se com o conhecimento como o fazem com o saber do inconsciente: não sabem e não querem saber. Nessas situações parece que a inibição

como sintoma se constitui numa proteção à verdade do Outro materno. Seria assim mais uma resistência a ficar nesse lugar de raptó do desejo materno. O sintoma seria uma forma de a criança encontrar sua posição discursiva, deflagrando uma insuficiência no simbólico.

Diante de uma ausência ou de uma insuficiência do simbólico, a criança fica à mercê das fantasias do Outro primordial, encarnado pela mãe. É a partir desse Outro que a criança ocupa um lugar de *objeto* em movimento, com o qual se goza, pois repetidamente não se pode desviar o olhar, tamanha a sua inquietude (LÉVIN, 1991/2004). A hipercinesia da criança com TDAH seria o real do corpo, como aquilo que não pára de não se inscrever. Poderia ser visto como o gozo, o *automatismo da repetição*.

Essa instabilidade do objeto revela no real do seu corpo que há um desconhecimento sobre seu lugar metafórico, isto é, sobre sua subjetividade.

Cordié (1996), ao falar do fracasso escolar, corrobora essa mesma idéia da criança no lugar de objeto, “como parte interessada das pulsões, dos fantasmas e dos desejos de seu pai e de sua mãe” (p. 26).

Destaca-se que tanto Lévin quanto Cordié partem da insuficiência do simbólico para situar a criança no lugar de objeto.

A criança de quem não se pode desviar o olhar, tamanha sua inquietude, ou que “não olha por onde anda”, por estar excessivamente desatenta ou hiperativa, precisa do olhar do Outro para existir. O olhar é justamente a causa do desejo, não é sem propósito que Lacan (1964/1998) o inscreve como um dos nomes do objeto *a*. “A criança olhada, ela o tem, o *a*. Será que ter o *a* é sê-lo?” (LACAN, 1972-1973/1985, p. 135).

É por essa trilha que se segue investigando o TDAH como sintoma analítico. A criança que tem o olhar do Outro ficaria alienada ao gozo desse Outro, encarnando o *a*, ou teria ela mesma a causa do desejo, como sujeito desejante?

Parece que a criança com TDAH fica nessa posição fronteira entre ser o *a* e ter o *a*. Como seria isso? Ora, em TDAH, não com exclusividade, o sintoma da criança se constitui num paradoxo que oscila entre fazer o semblante de atender à demanda da mãe (ao se traduzir como um déficit, parecendo ser o objeto *a* da fantasia materna) e ser, verdadeiramente, um apelo ao Nome-do-Pai, para livrá-la dessa captura fantasmática.

Essa conformação de báscula do sintoma denuncia uma dificuldade da criança em encontrar uma posição enquanto sujeito desejante. Por isso, ou ela se agita muito na busca dessa posição, ou impulsivamente se coloca antes desse lugar ou, ainda, desatentamente só aparece depois e fora do tempo e do espaço. Com a desatenção, será que as crianças encontrariam no imaginário a possibilidade de desejar?

É nesse lugar que a criança supõe existir no desejo dos pais, principalmente do Outro materno, por isso precisa do déficit para fingir que atende à demanda. A finalidade é demandar amor.

4.5 O TDAH e a dialética demanda-desejo

Algo que se sabe sobre a demanda de amor, em qualquer caso,  que se correlaciona com a experiência de desejo (LACAN, 1958/1998) e que o desejo é sempre desejo do Outro (LACAN, 1964/1998).

A demanda de amor só pode padecer de um desejo cujo significante lhe é estranho. Se o desejo da mãe é o falo, a criança quer ser o falo para satisfaz-lo. Assim, a divisão imanente ao desejo já se faz sentir por ser experimentada no desejo de Outro, por já se opor a que o sujeito se satisfaça em apresentar ao Outro o que ele pode ter de real que corresponda a esse falo, pois o que ele tem não vale mais que o que ele não tem para sua demanda de amor que quereria que ele fosse.

Essa experiência do desejo do Outro, a clínica nos mostra que ela não é decisiva pelo fato de o sujeito nela aprender que ele mesmo tem ou não o falo real, mas por aprender que a mãe não o tem. É nesse momento da experiência sem o qual nenhuma consequência sintomática (fobia) ou estrutural (pennisneid) que se refira ao complexo de castração tem efeito. Aí se assina a conjunção do desejo, dado que o significante flico  sua marca, com a ameaça ou nostalgia da falta-a-ter. (LACAN, 1958/1998, pp. 700/701)

É curioso esse quadro tríplice do TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade, porque isso, além de ser uma manifestação de desejo sob a máscara da deficiência, é um pedido de desculpas e uma demanda de amor.

É como se a criança dissesse: será que você me ama, mãe, mesmo sabendo que apronto ou fico com a cabeça nas nuvens para que um terceiro se coloque entre nós como um limite, livrando-me da armadilha de ser apenas a realização do seu desejo?

Desculpe, mãe, eu preciso do seu amor, mas quero estar além do seu desejo, eu posso desejar!

No moderno conto infantil “Mamãe, você me ama?” (JOOSSE, 1991/1995), toda demanda de amor materno, feita por uma menina travessa, parece tratar reiteradamente de desculpar-se junto à mãe por traição, no sentido de desejar e assim não ser apenas seu objeto de gozo.

*Mamãe, você me ama? (...) E se eu jogasse água na nossa
lâmparina? (...) E se eu fosse o urso polar, e fosse o urso mais
bravo que você já viu, e tivesse dentes brilhantes e afiados, e
perseguisse você até sua tenda e você chorasse?
Aí eu ficaria muito espantada e com muito medo. Mas, ainda
assim, dentro do urso, você seria você, e eu amaria você.*

Como se vê no conto, mãe e filha sempre se reconciliam porque a mãe ainda reconhece sua filha no sujeito desejante.

Com essas noções teóricas segue-se agora pelo caminho das vinhetas da clínica, no relato da análise do garoto Nizan, um exemplo da condução psicanalítica de um caso diagnosticado como TDAH, definido aqui como um sintoma da neurose nos tempos da infância.

4.6 Nizan: TDAH como neurose nos tempos da infância

Nizan, em atendimento há um ano e sete meses, chegou à clínica psicanalítica, aos 11 anos, com diagnóstico psiquiátrico de TDAH desde os “5 ou 6 anos”. Fez uso de Ritalina entre os 9 e os 10 anos, ocorrendo interrupção da administração do remédio por iniciativa da mãe, devido a manifestação letárgica como efeito colateral. Segundo a mãe, a própria escola sugeriu que a medicação fosse suspensa, tamanha a apatia em que o garoto se encontrava. Nizan chamava o medicamento de “ritinha” e não foi informado de que se tratava de um controle do TDAH. Soube de sua *hiperatividade* pelos primos, porque na família se comentava sobre sua *agitação*. A mãe justifica que não contou ao filho sobre o TDAH para que ele não se sentisse como um doente. Confessa que até hoje não sabe como abordar o assunto e sempre disfarça quando se fala sobre hiperatividade na frente de Nizan.

Aqui já se pode pensar no lugar que essa criança veio ocupar na fantasia materna: o doente. Ele precisa não saber disso, até mesmo para aí permanecer? Parece que sim.

O casal Tarsila e Paulo, pais de duas meninas, adotou o garoto Nizan aos cinco meses, e somente aos 7 anos ele soube de sua adoção, narrada pela mãe adotiva de forma alegórica, através de personagens de histórias infantis. “Ele imaginava que era adotado porque as crianças da Associação lhe falaram que ele tinha outros pais” (sic). Assim, a adoção se torna o primeiro significativo que marca a filiação dessa criança como uma série de não-ditos ou ditos disfarçadamente, como a hiperatividade. Já se pode ver que há uma dificuldade de caráter narcísico da mãe em lidar com sua própria castração, antes de tudo por não ter gerado um filho e depois na tentativa de disfarçar para ele a falta dela.

Nizan chegou muito doente à Associação (orfanato) coordenada pela avó materna (mãe de Tarsila). Estava com “infecção generalizada, anemia profunda e desnutrição” (sic). Ao se recuperar desse quadro, ainda quando bebê teve o diagnóstico de epilepsia, com uso de gardenal, devido a convulsões associadas a febre alta.

Quanto aos pais biológicos, com quem Nizan mantém um contato superficial, sabe-se que supostamente a mãe é deficiente mental e o pai, alcoólatra, com informações de que durante a gestação espancava a esposa quando estava alcoolizado. Não há outros registros sobre a gravidez e quanto ao parto, sabe-se apenas que foi cesáreo. Os pais reais são realização da deficiência de Nizan, procurada por Tarsila no momento da adoção e do reconhecimento dessa criança.

Em ambas as famílias (natural e adotiva) Nizan é o caçula, sendo o único filho homem de Tarsila e Paulo.

Na primeira sessão de entrevista com os pais, à qual só comparece a mãe (Tarsila), esta se queixa da oposição e desatenção do filho, sobretudo na escola, e diz que veio pela hiperatividade e pela falta de controle no trato com ele. “Eu sinto que sou bem falha em relação ao limite, eu quebro as regras (...). Não tenho muito tempo dedicado a ele, é um trabalho que demanda tempo. Acho que o que realmente falta é tempo”. Ao longo da análise Tarsila vai dedicando ainda mais tempo ao filho e percebe que essa não é a questão.

Sobre a adoção, fala que ainda podia ter filhos, mas gostaria de adotar uma criança. Conta que o marido queria muito ter um filho homem e que, quando ela viu o menino, doente e indefeso, reconheceu de imediato que era seu filho, dando-lhe o nome Nizan. Achou que esse era o filho que ela e o marido teriam de cuidar.

Eis aí algo importante no relato, que faz um eco na teoria lacaniana como estabelecida anteriormente. O filho, como falo imaginário, vem sempre para suprir a falta da mãe. A escolha pela criança *deficiente* se deu pelo reconhecimento dessa falta. Desde esse momento já se pode pensar que Nizan foi colocado nesse lugar de causa de desejo da fantasia de Tarsila. O desenvolvimento dessa criança e seu processo de subjetivação foram marcados por várias doenças alérgicas, respiratórias etc., pela agitação psicomotora e pela dificuldade de aprendizagem. Esse quadro foi situando Nizan como *deficiente*. Em muitos momentos ele se intitula como “doente” e “burro”. Ao longo das sessões, Nizan aparece com torções, fraturas; por várias vezes desmarca a sessão e falta à escola devido a otite, faringite, febre alta.

Ainda no final da primeira entrevista, Tarsila solicita à analista que a informe “tecnicamente” sobre a hiperatividade, porque nada sabe sobre *isso*. A analista lhe diz que não sabe quem é Nizan, por isso pede para deixar em suspenso a hiperatividade, para que a mãe fale mais sobre seu filho e este possa também falar sobre si.

Na primeira sessão com Nizan, quando perguntado por que veio à análise, inicialmente responde que a mãe lhe disse, mas esqueceu, e depois fala: “acho que pode me ajudar na recuperação”. O menino faz alusão à recuperação escolar, mas é claro que a demanda analítica é por uma *recuperação*, um pedido para sair do seu lugar de deficiente, lugar da falta, ou melhor, da causa de desejo materno.

Na segunda sessão, Nizan oferece um significante precioso que fala dessa *recuperação*. Ainda sob o tema da vinda ao psicólogo, Nizan assegura que é para “melhorar em tudo: em casa, na escola... Porque eu sou muito *atentado*. Atento meus colegas e minha prima mais nova que mora lá em casa”. A analista lhe diz que soube por sua mãe que ele tem problema de atenção - e como poderia um garoto desatento ser “atentado”? Responde: “Não sei, só sei que fico agoniado quando fico quieto. Aí eu preciso me mexer para ver se a agonia passa”. A analista lhe pergunta: “Passa?”. “Não, mas aí todo mundo fica agoniado também”, diz. Pontua a analista: “Então, você faz isso

para que você não fique incomodado, os outros é que ficam incomodados com você”. Responde, mudando de assunto: “É. A gente pode jogar? Eu estou com sono!”.

Ao fazer as notas da sessão, a analista procura o significado da palavra *atentado*, e, na seqüência, dos termos *atentar* e *tento*. De acordo com o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, “atentado” é a designação de quem tem tento, aquele que é atento, prudente, ponderado. É interessante notar que o próprio Houaiss indica que, no regionalismo brasileiro, “atentar” significa causar aborrecimento, irritar e importunar. Atentar é também o ato de cometer crime contra pessoa, patrimônio ou instituição, mas pode ser ainda simplesmente empreender ou cometer algo. Para “tento” tem-se desde cuidado especial, atenção, capacidade de realizar as coisas com bom senso e clareza, juízo, tino etc., até a varinha que o pintor encosta à tela e que serve para apoiar a mão que segura o pincel (portanto o que serve como apoio, e permite dar à obra de arte um sentido mais acurado).

Nizan tentava se recuperar através de seu sintoma da hiperatividade. Era uma forma de deixar todos *atentos* ao que estava lhe acontecendo, já que ele mesmo não conseguia deixar de prestar atenção nisso. A sua “atenção flutuante”, sua impulsividade e sua hiperatividade eram a marca de seu inconsciente daquilo que “não parava de não se escrever”. Eis a tradução desse sintoma da hiperatividade: uma dificuldade de encontrar uma posição enquanto sujeito desejante.

Na escola *isso* (o inconsciente) era visto de forma consciente, pela via da cognição. O TDAH era um problema na atenção, enquanto função cognitiva, e a dificuldade de aprendizagem derivada disso se agravava pela defasagem de conteúdo.

Nizan circulou entre muitas escolas desde sua alfabetização, não menos difícil. As queixas escolares eram muitas, os professores não sabiam como lidar com a agitação e a dificuldade de encontrar um lugar na sala para Nizan.

Àquela época a escola, não só em reunião com a analista como em outros momentos, solicitou à mãe o diagnóstico de hiperatividade, para que Nizan pudesse fazer parte do programa dos TDAHs, cujas avaliações de conteúdo tinham, por exemplo, enunciados mais diretos, para evitar a dispersão dos alunos ao responder às questões.

Da parte da analista, foi dito que esta não faria o relatório que fixava essa marca do TDAH, mas que outro profissional poderia fazê-lo. Não se tratava de desconsiderar

essa hipótese diagnosticada, mas de tratá-la de uma outra forma, tomando como base as particularidades da história de Nizan.

A coordenadora se mostrou aberta a essa abordagem, desde que tivesse acesso a essa história. Foi-lhe sugerido que houvesse reuniões com os pais e professores para que eles entendessem o processo de subjetivação do garoto. Não houve êxito nessa tentativa. Nizan perdeu o ano e novamente ingressou numa outra escola.

As sessões se passavam sempre com jogos como combate, xadrez etc. Em todas as partidas vencidas por Nizan, ele ficava eufórico. Fazia questão de contar à mãe ou de mostrar-lhe suas vitórias. Seria uma possibilidade de *combater* com êxito a deficiência. Assim também tinha prazer em contar à analista quando tirava uma boa nota, principalmente em matemática, a matéria que mais ratificava sua deficiência.

Na 13ª sessão Nizan falou sobre sua dificuldade em ficar parado em um lugar; que, por exemplo, não gostava do seu lugar na sala e que agora os professores estavam-no colocando na primeira fila. “Então você é o primeiro da sala”, disse a analista. “Só se for na bagunça, porque eu sou burro. O professor de matemática jogou o apagador em mim e disse que eu era burro”, contou o garoto.

“Por que ele fez isso?”

“Porque me mandou sentar e ficar quieto. Aí ele jogou o apagador e disse que eu não tinha jeito e que era por isso que eu era burro.”

“O professor podia estar cansado com outras coisas, mas ele não podia fazer isso com você. Mas parece que você o provocou. Acho que você queria que ele tomasse uma atitude mais forte, talvez como seu pai.”

“É, meu pai me bate quando eu fico atentando todo mundo lá em casa.”

Sem dúvida há uma necessidade da intervenção do limite, mas nesse momento parece que o professor exagerou não só por jogar o apagador, mas por ratificar a deficiência. Isso o desautoriza no lugar de Lei invocada por Nizan.

Ainda nessa sessão Nizan fez o mapa de sua sala, marcando sua posição. Depois fez também o da sua casa, apontando seus lugares. Há uma nítida dificuldade de se posicionar, de encontrar uma posição discursiva. Isso ocorre tanto pela falha na metáfora paterna quanto pelo desconhecimento das suas origens, do enigma sobre o desejo das mães que tem. Aquela que o gerou, por que não o desejou? E a que o adotou, por que o desejou? Qual o lugar dele no fantasma dessas mulheres?

Na 22ª sessão, Nizan não comparece, mas a mãe pede para ser atendida e conta que o menino se encontrou com os pais *reais*, mas ficou distante principalmente da mãe, a quem jamais se referiu com essa palavra. “Ele me abraçava, depois abraçava Nely (mãe *real*), e me chamava de mãe. Como se dissesse: a minha mãe é Tarsila.”

Na sessão seguinte, a analista conta a Nizan que esteve com sua mãe. Ele diz:

“Quem? Tarsila?”

“Sim, você tem outra mãe?”

“Não.”

“Ela me disse que você viajou para o lugar onde mora seu pai.”

“É.”

Silêncio.

“Não quer saber sobre o que conversamos?”

“Já sei. Ela falou que eu vi eles.”

“Eles quem?”

Silêncio maior ainda.

“Seus pais biológicos?”

Nizan olha assustado para a analista.

“Como é o nome da sua mãe?”

“Tarsila.”

“Sim, eu sei. Pergunto o nome da outra mãe.”

“Não sei... Ah, Maria.”

“E o seu pai, sem ser Paulo?”

“João.”

“Engraçado, João e Maria. Iguais aos da história?”

“É...”

Nizan se mantém fiel à história alegórica da adoção, contada pela sua mãe Tarsila. João e Maria²² não são os verdadeiros nomes de seus pais biológicos, são os nomes que a criança lhes dá, são personagens, os meninos que se tornaram presa da bruxa devoradora, porque foram deixados de propósito na floresta pelos pais que não tinham como sustentá-los. Assim, Nizan mistura o mito das suas origens ao mito das

²² Esses nomes se mantiveram como no relato da criança, para não se perder a interpretação feita na narração do caso.

origens de seus pais *reais*, tornando-os *imaginários*. Seus pais *simbólicos* são Tarsila e Paulo, é com estes que ele vive o drama edípico. Corso e Corso (2006) comentam, no conto de João e Maria, que o forno era o destino de ambos, pois ser devorado não é um privilégio da relação com o filho homem. Mas na história os dois tiveram papéis diferentes diante do possível destino de devoração. Enquanto João está preso numa posição passiva, cuja saída é não comer para nunca ser a refeição desejada, Maria trabalha, por isso se torna mais independente e parte dela a possibilidade de reação.

A relação desse conto de fadas com o caso Nizan e com o TDAH, da forma como é aqui estabelecida quanto ao fantasma materno, é lastreada com o que dizem textualmente Corso e Corso (2006):

Muitas patologias graves do vínculo mãe-bebê, que vão redundar em psicoses infantis e em certos quadros de demência em adultos, são frutos dessa bruxaria que costumamos chamar de simbiose. São filhos engaiolados, não têm olhos para floresta alguma, só vivem para e através de um vínculo umbilical com sua mãe. (...) Buscar seus próprios objetos, de alguma forma trabalhar, não é a única maneira de romper o fascínio de ser cuidado, descobrir que é possível discordar do adulto, que ele não é tão poderoso e onipresente, como se acreditava, também é importante. A tarefa é dar-se conta do quanto se é independente do desejo da mãe: não adianta a bruxa querer lhe empurrar comida, fazendo de João um porquinho, ele lhe responderá com sua magreza (pp. 44 e 45).

Foram muitas as sessões de escuta da mãe, que falava sobre sua angústia e sua incapacidade para lidar com Nizan. Tarsila falou do seu medo de que o menino seguisse no caminho das drogas ou da delinqüência; dizia-se muito cansada na vã tentativa de serenar o filho e fazê-lo se interessar pelos estudos. Com o tempo ela foi percebendo que não tinha como dar limites ao filho, essa não era a sua função. Queixava-se da ausência de Paulo e via nitidamente o quanto precisava dele no dia-a-dia, pois era o único a quem Nizan obedecia. À medida que seu desânimo aumentava, em proporção direta aumentavam a hiperatividade, a impulsividade, a desatenção e as dificuldades de aprendizagem de Nizan. A interpretação que se faz é no sentido de que, cada vez mais associado a esse lugar de causa de desejo materno, Nizan resiste com seu sintoma. Ele vem fazendo um arranjo entre ficar no lugar de objeto *a* da fantasia materna e apelar ao pai para que não o deixe ser capturado na armadilha desse fantasma. O menino

reconhece a Lei no pai, há uma incidência da metáfora, mas é falha. À medida que teme o pai e chama por ele, com seu sintoma, sabe o quanto a mãe é devoradora.

O pré-adolescente Nizan chega à análise num tempo da latência, no período em que supostamente a estrutura já se decidiu. A suposição é de que se trate de uma neurose em instalação.

Atualmente a análise segue com sessões conjuntas entre mãe e filho, na tentativa de que alguns enigmas da história de Nizan possam ser nomeados pela mãe, possibilitando que o menino também os conheça e que ele se sinta menos ameaçado nesse lugar de captura fantasmática da mãe, precisando menos do seu sintoma para se *recuperar*. Na seqüência, o que se pretende é conduzi-lo em outras sessões com o pai, depois com as irmãs.

O trabalho na escola ainda não foi retomado.

CAPÍTULO 5 – A CONCLUIR...

Agora era fatal que o faz de conta terminasse assim. Pra lá deste quintal era uma noite que não tem mais fim... (Trecho da canção “João e Maria”, de CHICO BUARQUE e SIVUCA, 1977)

Espera-se que com esse trabalho se possa olhar para crianças com TDAH menos sob o estigma do déficit e do transtorno, como uma doença, e mais como uma tentativa desses aspirantes a sujeitos de se organizarem no seu lugar de desejo. O que foi apresentado talvez seja uma forma inusitada de se pensar o sintoma em TDAH, até mesmo entre os analistas, mas não é uma invenção dentro da teoria psicanalítica. Na psicanálise, o sintoma da criança como apelo ao pai, que nasceu da análise dos quadros de fobia, desde Hans e o Homem dos Lobos, pode ser ainda apresentado como hipótese em outros casos atuais.

Não se pretendeu converter alguém a uma prática, para abandonar outras, como se houvessem sido encontradas todas as soluções. A meta foi fazer pensar. Deixou-se a desejar em muitos aspectos porque a pesquisa não chegou ao fim, nem se pretendeu um “saber todo”. Foi e é um saber que se mostra na única certeza do erro e da dúvida.

As questões apontadas não estão presas ao TDAH. Há muito que pensar e com o que se *afetar* nas questões da infância e do sintoma no âmbito da escola e no sintoma que se faz analítico. O que são mesmo esses fenômenos, esses sintomas apresentados pelas crianças? O que dizer quando tudo parece tão orgânico, mas o psíquico irrompe com uma força iconoclasta?

Enfim, quanto ao TDAH, inicia-se, com a conclusão desse texto, uma discussão que carece de aprofundamento para que tentemos repensar alguns dos impasses - por exemplo, as dificuldades de aprendizagem, os problemas de conduta etc. peculiares às crianças com esse sintoma.

Há muitos entraves nas questões da prática inclusiva que reclamam por revisão. Será que salas especiais, práticas pedagógicas específicas e laudos têm realmente modificado a aprendizagem, a relação professor-aluno etc. dessas crianças diagnosticadas como portadoras de TDAH? Não estaríamos com isso voltando à adaptação escolar e à escola paralela, tão condenáveis no ensino de Mannoni e Dolto?

Deixar a questão em suspenso é de extrema importância para pensar os lugares do professor e do analista, como também as relações entre eles, no tratamento e na

escolarização - mais ainda, na inclusão da criança desatenta e hiperativa. Tanto é assim que deste ponto pode-se lançar uma outra questão: será que um tratamento e uma escolarização com a psicanálise como referência colocariam o professor e o analista, *mutatis mutandis*, num lugar de confluência, num lugar em que poderiam *invocar* o sujeito na criança?

Freud (1937/1969) sustentou a possibilidade de educadores utilizarem a psicanálise como esteio de sua prática, desde que estes passassem por uma “experiência vivida” de análise. Não se pode afirmar que esta seja a única possibilidade de uso da psicanálise entre educadores, mas aqueles que já passaram ou ainda vivem essa experiência de análise sabem da sua importância individual e de sua repercussão no laço social. Portanto, fica essa questão como uma preocupação com a psicanálise, no que diz respeito à sua transmissão, sobretudo a educadores (ALMEIDA, 2007). Viver, aprender e utilizar a psicanálise deve ser um compromisso ético, que a todo tempo deve buscar a coerência. Esta dissertação é uma tentativa de transmitir a psicanálise, mas não no sentido estrito do que aqui se escreve em relação a um diagnóstico psiquiátrico presente na clínica psicanalítica. Se, a partir deste texto, quem o escreve e quem o lê começar a se questionar sobre o que é um sintoma, uma criança etc., mas tendo em mente que a resposta sempre se abrirá para outras questões, talvez tenha-se começado a pensar psicanaliticamente.

Coloca-se agora um **ponto** neste trabalho com a letra freudiana. São essas as palavras de Freud (1909/1969) no tempo de conclusão da análise de Hans:

Quanto ao resto, nosso jovem investigador simplesmente chegou um pouco cedo à descoberta de que todo conhecimento é um monte de retalhos, e que cada passo à frente deixa atrás um resíduo não resolvido. (p. 107)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S. F. C de (2002) *Psicanálise e Educação: revendo algumas observações e hipóteses a respeito de uma (im)possível conexão*. Em Lajonquière, L. de e Kupfer, M. C. M. *Psicanálise, Infância e Educação. Anais do III Colóquio do LEPSI*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Lugar de Vida, pp. 95-106.

ALMEIDA, S. F. C de (2007) *Transmissão da psicanálise a educadores: do ideal pedagógico ao real da (trans)missão educativa*. Em *VI Colóquio do LEPSI IP/FE-USP Psicanálise, Educação e Transmissão*, São Paulo.

BARKLEY, R. A. (2002). *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): guia completo e atualizado para os pais, professores e profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artmed.

BATISTA, M. W. e ENUMO, S. R. F. (2004) *Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros*. *Estud. psicol. (Natal)*. [online]. vol. 9, n. 1. Retirado em 07/05/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>

BERNARDINO, L. M. F. (1997) *Sim, Toma!* Em Bernardino, L. M. F. (organizadora) *Neurose infantil versus neurose da criança. As aventuras e desventuras em busca da subjetividade*. Coleção *Psicanálise da Criança: Coisa de Criança*, vol. I, nº 9. Salvador, BA: Ágalma-Psicanálise, pp. 53-68.

BRASIL. MEC/SEESP (2001). *Direito à educação: necessidades educacionais especiais: subsídios para atuação do Ministério Público*. Brasília: MEC, SEESP.

BREUER, J. e FREUD, S. (1969) *Casos Clínicos. Caso 1. Sr^a Anna O*. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. II. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp.57-78. (Trabalho original publicado em 1893)

CALLIGARIS, C. (1986) *Hipótese sobre o fantasma na cura psicanalítica*. Tradução de Élide Valarine. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1983.)

CALLIGARIS, C. (1989) *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. Porto Alegre: Artes Médicas.

COELHO, C. M. M. (2004) *Concepções sobre o processo de inclusão: a expressão de seus atores*. Faculdade de Educação. Universidade de Brasília. In *Linhas Críticas*, vol. 9, nº 16, pp. 87-104.

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL (1998). Em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

CORDIÉ, A. (1994) *Un niño psicótico*. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión.

CORDIÉ, A. (1996) *Os atrasados não existem: psicanálise de crianças com fracasso escolar*. (S. Flach e M. D'Agord Trad.) Porto Alegre: Artmed.

CORIAT, E. (1997) *Psicanálise e clínica de bebês. A psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas*. Tradução de Julieta Jerusalinsky. Porto Alegre: Artes e Ofícios Ed.
CORIAT, E. (1999) De que se trata... uma criança. *Trata-se uma criança. I Congresso Internacional de Psicanálise e suas conexões*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

CORSO, D. L e CORSO, M. (2006). *Fadas no divã: psicanálise nas histórias infantis*. Porto Alegre: Artmed.

COSME, A. (1998) *Escola Inclusiva – O contributo dos dispositivos de apoio educativo para a definição de um projeto de educação escolar inclusivo: uma questão a discutir entre as margens da autonomia das escolas*. Universidade do Porto. *Jornal A Página*, n. 67, Ano 7, p. 21.

COUTINHO, A. B. V. e AVERSA, P. C. (2005) Sobre a experimentação da loucura no campo escolar. Em Colli, F. A. G. e Kupfer, M. C. M. (organizadores) *Travessias inclusão escolar: a experiência do Grupo Ponte Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA E LINHA DE AÇÃO. Brasília, 1994.

DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Retirado da Biblioteca do <http://uol.com.br>

DOLTO, F. (1980) Prefácio. Em Mannoni, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Tradução de R. C. Lacerda Trad. Rio de Janeiro: Campus. pp. 9-30 (Trabalho original publicado em 1979)

FERRARI, M. S. (2007) Parecer Técnico 2007-DODF, PROCESSO nº 410.006355/2007.

FONTOURA, A. (1968) *Diretrizes e bases da educação nacional : introdução, crítica, comentários, interpretação*. Rio de Janeiro: Gráfica Editora Aurora.

FREIRE, A. C. C. e PONDÉ, M. P. (2005) Estudo piloto da prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade entre crianças escolares na cidade do Salvador, Bahia, Brasil. *Arq. Neuro-Psiquiatr.*, São Paulo, v. 63, n. 2b. Retirado em 07/05/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>

FREUD, A. (1971) O tratamento psicanalítico de crianças. Tradução de marco Aurélio de Moura Matos. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda. (Trabalho original de 1926)

FREUD, S. (1969). A psicopatologia da vida cotidiana. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. VII. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1901)

FREUD, S. (1969). Fragmentos da análise de um caso de histeria. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. VI. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1905[1901])

- FREUD, S. (1969). Análise da fobia de um menino de cinco anos. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol X. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp. 13-156 (Trabalho original publicado em 1909)
- FREUD, S. (1969). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância . Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XI. Tradução de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp. 53-124 (Trabalho original publicado em 1910)
- FREUD, S. (1969) Recomendações aos médicos que exercem a psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XII. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp. 146-159. (Trabalho original de 1912)
- FREUD, S. (1969). Totem e tabu. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIII. Tradução de Órizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, pp. 13-71 (Trabalho original publicado em 1913[1912])
- FREUD, S. (1969). O interesse educacional da psicanálise. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIII. Tradução de Órizon Carneiro Muniz. Rio de Janeiro: Imago, pp. 224-226 (Trabalho original publicado em 1913)
- FREUD, S. (1969). Algumas reflexões sobre a Psicologia Escolar. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIII. Rio de Janeiro: Imago, pp. (Trabalho original publicado em 1914)
- FREUD, S. (1969). Conferência XII. O sentido dos sintomas. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVI. Tradução de José Luiz Meurer. Rio de Janeiro: Imago, pp. 305-322 (Trabalho original publicado em 1917[1916])
- FREUD, S. (1969). Além do Princípio do Prazer. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XVIII. Tradução de Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, pp. 13-88 (Trabalho original publicado em 1920)
- FREUD, S. (1969). A dissolução do Complexo de Édipo. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIX. Rio de Janeiro: Imago, pp. 215-226 (Trabalho original publicado em 1924)
- FREUD, S. (1969). Inibições, Sintomas e Ansiedades. Em: *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XX. Tradução de Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Imago, pp. 95-204. (Trabalho original publicado em 1926[1925].)
- FREUD, S. (1969). O futuro de uma ilusão. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, pp. 12-71. (Trabalho original publicado em 1927.)

- FREUD, S. (1969). Dostoievski e o parricídio. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*. Vol. XXI. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, pp. 203-230 (Trabalho original publicado em 1928[1927].)
- FREUD, S. (1969). O mal-estar na civilização. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Tradução de José Octavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, pp. 81-171. (Trabalho original publicado em 1930.)
- FREUD, S. (1969). A sexualidade feminina. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1931)
- FREUD, S. (1969). Análise terminável e interminável. Em *Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud*, Vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago Editora, pp. 239-288. (Trabalho original publicado em 1937)
- FREUD, E. e MENG, H. (1998) *Cartas entre Freud & Pfister (1909-1939). Um diálogo entre a psicanálise e a fé cristã*. Tradução de Karin Hellen K. Wondracek e de Ditmar Junge. Viçosa: Ultimato.
- GLAT, R. A. (1995) *Integração social dos portadores de necessidades especiais – uma reflexão*. Rio de Janeiro: Sete Letras.
- GRAEFF, R. L.; VAZ, C. E. (2006) Personalidade de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) por meio do Rorschach. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 3. Retirado em 07/05/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- HANNS, L. A. (1996) *Dicionário comentado do alemão de Freud*. Rio de Janeiro: Imago Ed.
- JERUSALINSKY, A. (1993) *Psicose e autismo na infância. Uma questão de linguagem*. *Psicose*, 4 (9). Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 1993.
- JERUSALINSKY, A. (1999a) *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil: enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.
- JERUSALINSKY, A. (1999b) *O outro do pedagogo. Ou seja, a importância do trauma na educação*. *Revista da APOA (Associação Psicanalítica de Porto Alegre)* Ano IX, n. 16, pp. 7-13.
- JERUSALINSKY, A. (2001) *O nascimento do sujeito: da voz à letra*. Seminários I. Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Lugar de Vida.
- JERUSALINSKY, A. (2003) *Diagnóstico de Déficit de Atenção e Hiperatividade, O Que Pode Dizer A Psicanálise? Conferência proferida na Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, Centro Dra. Lydia Coriat, em Buenos Aires. Transcrição: Norma Filidoro (revisada pelo autor)*.

- JERUSALINSKY, A. (2005) Gotinhas e Comprimidos para crianças sem história. Uma psicopatologia pós-moderna para a infância. *Textura: Revista de Psicanálise*, 5(5), 4-11.
- JOOSSE, B. M. (1995) *Mamãe, você me ama?* Ilustrações Barbara Lavallee. Tradução de Gilda Aquino. Rio de Janeiro: BRINQUE – BOOK. (Trabalho original publicado em 1991)
- KAUFMANN, P. (editor) (1996) *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud a Lacan*. Tradução Vera Ribeiro e Maria Luíza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1993)
- KELMAN, C. A. (2001) Adequações curriculares em uma escola exclusiva. Em Governo do Estado do Rio de Janeiro/SERJ/SDE/SE/CES. Escola: Excluindo Diferenças. Rio de Janeiro.
- LACAN, J. (1985) *O Seminário: Livro 2 o Eu na teoria de Freud e na técnica da Psicanálise escritos técnicos de Freud*. Tradução de Marie Christine Laznik Penot e Antonio Luiz Quinet de Andrade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original de 1954-1955.)
- LACAN, J. (1985) *O seminário, livro 20: mais ainda*. Tradução de M. D. Magno. 2ª edição revista. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1972-1973).
- LACAN, J. (1986) *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Tradução de Betty Milan. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Trabalho original de 1953-1954.)
- LACAN, J. (1988) *Conferencia en Ginebra sobre el sintoma. Intervenciones e texto 2*. Buenos Aires: Manantial. (Trabalho original de 04/10/1975)
- LACAN, J. (1992) *O seminário, livro 17: o avesso da psicanálise*. Tradução de Ary Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1969-1970).
- LACAN, J. (1995) *O seminário, livro 4: a relação de objeto*. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (Trabalho original de 1956- 1957).
- LACAN, J. (1998) O estádio de espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica. Em Lacan, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 96-103. (Trabalho original de 1949.)
- LACAN, J. (1998) A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. Em Lacan, J. *Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 496-536. (Trabalho original de 1957.)
- LACAN, J. (1998) A significação do falo. Em Lacan, J. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 692-703. (Trabalho original de 1958.)
- LACAN, J. (1998) *O seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicose*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.. (Trabalho original de 1964.)
- LACAN, J. (1999) *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., (Trabalho original de 1957-1958).

- LACAN, J. (2002) *O seminário, livro 3: as psicoses*. Tradução de Aluisio Menezes. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1955-1956).
- LACAN, J. (2003) Nota sobre a criança. Em Lacan, J. *Outros Escritos*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., pp. 369-370. (Trabalho original de 1969.)
- LACAN, J. (2005) *O seminário, livro 10: a angústia*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1962-1963.)
- LACAN, J. (2005) *Nomes-do-Pai*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (O “O simbólico, o imaginário e o real”, conferência de 8 de julho de 1953, e “Introdução ao Nomes-do-Pai”, conferência de 20 de novembro de 1963.)
- LACAN, J. (2005) *O triunfo da religião, precedido de Discurso aos católicos*. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (O “Discurso aos católicos” foram duas conferências de 9 e 10 de março de 1960 em Bruxelas e “O Triunfo da Religião” foi uma entrevista coletiva realizada em Roma, em 1974.)
- LACAN, J. (2007) *O seminário, livro 23: o sinthoma*. Tradução Sergio Laia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original de 1975-1976.)
- LACAN, J. (2008) *O mito individual do neurótico, ou a poesia e a verdade na neurose*. Tradução de Claudia Beliner. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Conferência proferida no Collège Philosophique em 1952.)
- LAJONQUIÈRE, L. de (1999). *Infância e ilusão (psico)pedagógica: escritos de educação e psicanálise*. Petrópolis: Vozes.
- LAJONQUIÈRE, L. (2006) A infância, a escola e os adultos. *Colóquio do LEPSI IP/FE – USP*, 5. São Paulo. Retirado em 05/12/2006, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- LAPLANCHE, J. (1998) *Vocabulário da psicanálise*. Laplanche Pontalis. Sob a direção de Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamen. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1982)
- LEGNANI, V. N. (2003) *Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: um estudo psicanalítico*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, UnB, Brasília, DF.
- LEGNANI, V. N. e ALMEIDA, S. F. C. (2004). A construção da infância: entre os saberes científicos e as práticas sociais. *Estilos da clínica* 16(9), Retirado em 01/12/2006, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- LEGNANI, V. N., ANDRADE, M. F. de, CAIRUS, R. C. dos R. *et al.* (2006) Impasses na construção da noção de alteridade nos processos de subjetivação das crianças com o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (tda/h). In: *COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP*, 5., São Paulo. Retirado em 07/05/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- LÉVIN, E. (2004) *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Tradução de Julieta Jerusalinsky. 6ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes. (Trabalho original publicado em 1991)

- LISPECTOR, C. (1998) *Uma aprendizagem ou o livro dos prazeres*. Rio de Janeiro: Rocco. (Trabalho original publicado em 1969)
- MANNONI, M. (1977) *Educação Impossível*. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Trabalho original publicado em 1973)
- MANNONI, M. (1980) *A primeira entrevista em psicanálise*. Tradução de R. C. Lacerda. Rio de Janeiro: Campus. (Trabalho original publicado em 1979)
- MANNONI, M. (1999) *A criança retardada e a mãe*. Tradução Maria Raquel Gomes Duarte. São Paulo: Martins Fontes (Trabalho original publicado em 1964)
- MANNONI, M. (1999) *A criança, sua doença e os outros*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1967)
- MANTOAN, M. T. E. (1997) *A integração da pessoa com deficiência: contribuições para a reflexão sobre o tema*. São Paulo: Memnon.
- MILLOT, C. (2001) *Freud antipedagogo*. Tradução Ari Roitman. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 1987)
- OLIVEIRA FILHO, O. S. (2001) *Expressões Imagético-Simbólicas e organizacionalidade antropolítica: um estudo cultural analítico com professores de uma escola-parque em Brasília*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília.
- PÁEZ, S. M. C. (2001) *A integração em processo: da exclusão à inclusão*. Escritos da criança (6), pp. 29-39.
- PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS (1999). Em <http://portal.mec.gov.br>
- PASTURA, G. M. C.; MATTOS, P.; ARAUJO, A. P. Q. C. (2005) Desempenho escolar e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 32, n. 6. Retirado em 11/04/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- PETRI, R. (2003) *Psicanálise e Educação no tratamento da psicose infantil: quatro experiências institucionais*. São Paulo: Annablume: Fapesp, 2003.
- QUINET, A. (2007) *As 4 + 1 condições da análise*. 11ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (1ª edição de 1991)
- RIBEIRO, J. C. (2002) *Deficiência mental leve; um estudo sobre as concepções da deficiência frente à perspectiva inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.
- ROHDE, L. A. et al. (2004) Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade na infância e na adolescência: considerações clínicas e terapêuticas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 31, n. 3. Retirado em 17/05/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>

- ROUDINESCO, E. (2003) *A família em desordem*. Trad. André Telles, Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Trabalho original publicado em 2002)
- SANTIAGO, A. L. (2005) *A inibição intelectual na psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. (Campo Freudiano do Brasil).
- SEGENREICH, D. e MATTOS, P. (2007) Atualização sobre co-morbidade entre transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e transtornos invasivos do desenvolvimento (TID). **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, n. 4. Retirado em 11/04/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- SILVA, S. e VIZIM, M. (Orgs). (2001) *Educação Especial: múltiplas leituras e diferentes significados* (p. 163-177). Campinas. Mercado de Letras: Associação de Leitura do Brasil.
- SILVEIRA, F. F. (2004) *Deficiência múltipla ou múltiplas diferenças: um estudo sobre as concepções de pais e professores sob uma perspectiva inclusiva*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.
- STAHL, M. S. (2002) Ampliadores Cognitivos. Em Stahl, M. S. *Psicofarmacologia. Base Neurocientífica e Aplicações Práticas*. Tradução de Irismar Reis de Oliveira e Pedro Antônio do Prado Lima. 2ª Edição. Rio de Janeiro: MEDSI. (Trabalho original publicado em 2000)
- VASCONCELOS, M. M. *et al* (2003) Prevalência do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade numa escola pública primária. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo, v. 61, n. 1. Retirado em 11/04/2008, do SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), <http://www.scielo.br/ptp>
- VOLNOVICH, J. (1993). *A psicose na criança*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- VOLTOLINI, R. (2005) A inclusão é não toda. Em Colli, F. A. G. e Kupfer, M. C. M. (organizadores) *Travessias inclusão escolar: a experiência do Grupo Ponte Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- VORCARO, A. (1999) *Crianças na Psicanálise: clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- VORCARO, A. (2004a) *A criança na clínica psicanalítica*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- VORCARO, A. (2004b) Apresentação. Em Bernardino, L. M. F. *As psicoses não decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo (pp. 11-16).
- WERNECK, C. (1997) *Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva*. Rio de Janeiro: WVA. 1997.

