

# Estudo psicanalítico sobre Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância

## *Psychoanalytic study on Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood*

---

Miriam Izolina Padoin Dalla Rosa\*  
Geovane dos Santos da Rocha\*\*

### **Resumo**

A grande incidência do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância transforma esse transtorno em uma das psicopatologias típicas do século XXI. A fim de problematizar as especificidades de seu diagnóstico, realizou-se um estudo comparativo entre dois casos de crianças diagnosticadas inicialmente com TDAH. Tal estudo conduz à afirmação de que esta psicopatologia é composta por uma série de sintomas que podem ser considerados manifestações do inconsciente na psicomotricidade. Constatou-se, portanto, que o TDAH é uma resposta subjetiva da criança frente aos entraves em sua constituição psíquica, expressados por meio da agitação psicomotora e pelas dificuldades psicoafetivas nas relações com os outros.

**Palavras-chave:** TDAH. Estudo comparativo. Psicomotricidade.

### **Abstract**

*The high incidence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in childhood makes this psychopathology one of the typical ones of the 21st century. In order to call into question the specificities of its diagnosis, a comparative study was conducted between two cases of children initially diagnosed with ADHD. This study leads to the assertion that that psychopathology is composed of a series of symptoms that may be considered manifestations of the unconscious in psychomotricity. Therefore, it has been pointed out that ADHD is a subjective response of the child to the obstacles in his/her psychic constitution; and these being expressed through psychomotor agitation and psycho-affective difficulties in relationships with others.*

**Keywords:** ADHD. Comparative Study. Psychomotricity.

---

\* Professora docente na Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Graduada em Psicologia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ). Especialista em Metodologia do Ensino Superior pelo Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN). Especialista em Psicanálise Clínica e Cultura. Mestre em Educação pela UAA. Mestre em Filosofia pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE). Toledo, PR, Brasil. miriam.rosa@pucpr.br

\*\* Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Pós-graduando em Psicanálise Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Psicólogo escolar atuante na Secretaria da Educação da Prefeitura Municipal de Realeza/PR. Realeza, PR, Brasil. geovanesdarocho@outlook.com

## Introdução

Dentre as psicopatologias infantis, o Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) se destaca pela grande incidência desse diagnóstico no século XXI. Tal psicopatologia é considerada uma disfunção manifestada por sintomas específicos que incluem padrões persistentes de desatenção e/ou hiperatividade, perturbando o funcionamento e o desenvolvimento das atividades de interação social e de aprendizagem nas crianças. Além do mais, consoante Hockenberry (2014), o TDAH compromete as funções de atenção, memória, autocontrole e planejamento. Contudo, é somente por meio do desdobramento de investigações sobre a etiologia dessa psicopatologia – individual para cada criança – que se torna possível traçar com precisão a hipótese diagnóstica. Por outro lado, no sentido psicanalítico, o qual não objetiva a precisão e sim o trabalho com a singularidade, questiona-se tal diagnóstico para pensá-lo a partir da constituição subjetiva da criança.

O *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*, produzido pela American Psychiatric Association (2014), classifica o TDAH como um transtorno do neurodesenvolvimento, classe que também abrange as deficiências intelectuais, de comunicação, aprendizagem e do espectro autista. Além disso, reconhece três grandes categorias à psicopatologia, classificadas com base no número e na natureza dos sintomas apresentados: a classe predominantemente desatenta; a classe predominantemente hiperativa e/ou impulsiva; e a outra que combina desatenção e hiperatividade/impulsividade.

Conforme expõem Sadock, Sadock e Ruiz (2017), o TDAH foi identificado inúmeras vezes durante seu perpassar histórico, sob diversos termos. No início do século XX, as crianças impulsivas, desinibidas e hiperativas eram agrupadas sob o rótulo de síndrome hiperativa. Já em 1960, as crianças que apresentavam má coordenação, incapacidade de aprendizagem e labilidade emocional foram descritas como tendo uma lesão cerebral mínima. Desde então, várias outras hipóteses foram levantadas para explicar a origem do transtorno. Atualmente, o TDAH é habitualmente diagnosticado nos primeiros anos da escola, momento em que a criança se depara com exigências sociais de que sejam dominadas suas ações e emoções.

Segundo Marcelli (1998), pode-se observar que a vida urbana atual não é muito adaptada às necessidades de catarse motora das crianças, sendo intolerante à instabilidade ou agitação própria da psicomotricidade necessária na infância. Cita-se como exemplo os ritmos escolares, a frequente exiguidade dos apartamentos, a ausência de espaços verdes ou áreas de lazer, entre outros.

Além disso, a instabilidade reativa é encontrada após intervenções cirúrgicas, separações, dissociações familiares, etc. Por vezes, outras psicopatologias associam-se à instabilidade, tal como enurese, distúrbios do sono, dificuldades escolares, comportamentos agressivos, entre outros. Silva (2014), por sua vez, descreve que a impulsividade sentida por crianças com TDAH pode causar incômodos sociais cotidianos, principalmente em meios que exigem controle e manejo de impulsos.

A psicanálise, neste encadeamento, destaca-se como um campo do saber que pode ser utilizado para discutir as especificidades do TDAH, uma vez que considera cada sintoma como sinônimo de resposta subjetiva. Jerusalinsky (2006), nessa perspectiva, explana que realmente existem crianças hiperativas, com problemas de memória, atenção, linguagem, aprendizagem e com distúrbios psicomotores. Contudo, em tais situações, trata-se de crianças que apresentam dificuldades para se representarem no campo do outro e na linguagem. Essas complicações advêm da falha no corte subjetivo, corte que tem efeito simbólico na criança, que também é denominado como castração ou lei paterna.

De modo convergente, Levin (2011) relata que a operação do corte não é bem-sucedida em crianças com instabilidade psicomotora, pois há complicações no recorte de sua forma, de seu próprio corpo. A dificuldade da criança para recortar sua superfície corporal resulta, por sua vez, em impasses na diferenciação com os outros. Por meio da instabilidade psicomotora, elas buscam diferentes modos que lhe informem acerca de seu próprio corpo, por temor de perdê-lo ou porque está perdido, não diferenciado. Dessa forma, as crianças tentam construir um corpo, criar o seu espaço, mas fazem isso de forma instável, realizando tentativas compulsivas e agressivas que perpetuam uma situação sem cortes.

A necessidade de movimento é psiquicamente complexa. A agitação corporal é endereçada ao ver do Outro, do qual a criança não consegue se separar. Esta situação cria uma posição subjetiva própria: a criança procura não aparecer em cena como ela mesma, encobrando sua posição como sujeito desejante – posição que depende do Outro para ser assumida. Este último aparece em cena prevendo, antecipando e controlando as ações da criança (o que ela dirá, fará, brincará, montará, desmontará, etc.); o que engloba o corpo e o espaço dela. Como resultado, a criança ocupa um lugar de objeto com o qual se goza. Esse lugar – deve-se destacar – é o de um objeto revoltoso que precisa ser olhado constantemente (LEVIN, 2011).

Nesse sentido, interrogamos: o que o Outro, cujo lugar é ocupado inicialmente pela mãe – ou o principal cuidador – deseja em relação ao sujeito/criança?

De acordo com Freud (1917/1996), se for analisada profundamente a neurose de uma mulher, nos depararemos com um desejo recalcado de possuir o falo. Em algumas mulheres o desejo direciona-se para o desejo de ter um bebê. Embora isso não possa ser compreendido como motivo, parece que tais mulheres internalizaram que a natureza lhes dá bebês como substituto do falo que lhe foi negado.

Convergente a isso, Mannoni (1999) acredita que um filho ocupa um lugar específico, um lugar entre os sonhos perdidos encarregados de preencher o vazio que fica no seu próprio campo do Outro, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa “real” do filho. Esse filho de sonho possui o objetivo de reparar o que na história da mãe foi sentido como uma falta, ou o de prolongar aquilo a que ela teve de renunciar. Assim, no plano fantasmático o vazio é preenchido pelo filho imaginário. Esse é um processo psíquico complexo que segue caminhos singulares que se expressam por meio dos aspectos do desenvolvimento infantil, dentre os quais está a atenção.

Concernente à atenção e distração, Jerusalinsky (2006) destaca que a falha no corte subjetivo incide na função psíquica da atenção, ou seja, o TDAH seria um não saber a que dirigir a percepção, não conseguir produzir no percepto um ato de nominação que lhe dê extensão simbólica. Esta falta é oriunda da impossibilidade de o objeto passar pelo campo do Outro, não chegando a ter uma significação, motivo pelo qual a criança não persiste.

Acreditamos que a atenção está situada no Eu, considerando a concepção de sujeito psíquico proposto por Jacques Lacan: a de um sujeito dividido entre inconsciente e consciente. Portanto, não é um Eu originário, mas sim um Eu que precisa se constituir e que demora algum tempo nesse processo. Segundo Gouveia (2004) pode-se concluir que a atenção não existe desde sempre e se desenvolve concomitantemente à constituição psíquica do sujeito, na primeira infância. Assim, quando se dirige atenção ao mundo externo, existe a expectativa de encontrar o objeto satisfatório, ou seja, o desejo orienta os investimentos pulsionais da criança no mundo externo.

A partir disso, investigamos as causas inconscientes da criança com hiperatividade e desatenção. Neste trabalho realizamos um estudo comparativo de dois casos – crianças diagnosticadas inicialmente com TDAH – atendidos e supervisionados em uma Clínica Escola de Psicologia localizada no oeste do Paraná. Para tanto, o método escolhido incide na análise documental de relatos clínicos, fruto de tratamentos psicológicos na teoria psicanalítica. Destaca-se que é por meio do relato clínico que se fundamenta a construção teórica e o método psicanalítico, ou seja, é a partir do relato da história da criança e das intervenções clínicas que se torna possível decantar o caso.

## Metodologia

O presente estudo se constitui num Projeto de Iniciação Científica na graduação em Psicologia, desenvolvido em 2016 e 2017<sup>1</sup>. Tem cunho de pesquisa qualitativa, e objetiva abordar as especificidades do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) em psicanálise. Trata-se de um estudo comparativo entre dois casos infantis atendidos em uma Clínica Escola de Psicologia localizada no oeste do Paraná. Cabe ressaltar que a referida instituição fornece serviços psicológicos à população da região, sendo uma clínica de referência para atendimentos no âmbito da saúde mental.

O método empregado incide na análise documental de relatos clínicos – oriundos de tratamentos psicológicos fundamentados na teoria psicanalítica. Segundo Minayo (2016), esse tipo de estudo não produz dados visíveis, necessitando de indicação e examinação por parte dos pesquisadores. Sublinha-se, no presente momento, que todo o processo de coleta de dados foi realizado somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), e que este estudo foi desenvolvido na modalidade de Iniciação científica/PIBIC.

A seleção dos dois casos foi realizada a partir dos prontuários infantis – 3 e 12 anos – encerrados e arquivados até julho de 2016. O critério utilizado para a escolha dos relatos clínicos incidiu no número de sessões realizadas, sendo dada preferência àqueles com maior número de sessões. De tal forma, participaram da pesquisa as crianças aqui denominadas: Flash, atendido no ano de 2011 em quarenta e duas sessões; e Quick, atendida nos anos de 2011 e 2012 em trinta e seis sessões. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi obtido no início do processo psicoterápico, tendo os responsáveis dos envolvidos neste estudo autorizado voluntariamente a utilização de dados para pesquisas científicas. Os nomes empregados no presente texto são fictícios, a fim de garantir o anonimato dos participantes.

Com referência à coleta de dados, utilizaram-se as seguintes variáveis: queixa inicial; transferência estabelecida entre a criança e o estagiário; impasses encontrados no tratamento; as manifestações da impulsividade/desatenção em diferentes ambientes; diferentes modos de expressão da impulsividade da criança; foco de atenção da criança (critérios de desatenção); presença de um sinal patognomônico de TDAH; lugar que a criança ocupa no desejo/fantasmática dos

---

<sup>1</sup> Nosso texto é decorrente de uma pesquisa iniciada desde o desenvolvimento de um primeiro projeto de iniciação científica, na graduação. Depois disso a pesquisa continuou e culminou na elaboração deste artigo, conforme Rocha e Rosa (2019).

pais; e condução e evolução do tratamento. Todas as informações foram colhidas nos relatos clínicos dos indivíduos participantes e, posteriormente, dispostas em gráficos e tabelas para a análise de conteúdo. Em sequência, interpretaram-se os resultados alcançados com auxílio da fundamentação teórica deste estudo.

## **Apresentação dos casos estudados**

Em síntese, Flash, um menino de 11 anos, foi encaminhado para a Clínica Escola de Psicologia pelo departamento de saúde mental do município onde residia. O encaminhamento foi embasado, principalmente, em episódios de hiperatividade no âmbito escolar. Flash, na época dos atendimentos, cursava a quinta série do ensino fundamental. Havia utilizado, anteriormente, o fármaco metilfenidato – empregado para aumento da atenção e diminuição da inquietação – e usufruída, à época, de fluoxetina – antidepressivo manuseado para tratamento da ansiedade e, da mesma maneira, para a hiperatividade. Por meio da análise dos dados colhidos, constatou-se que Flash tinha um pseudo-diagnóstico de TDAH, hipótese a ser debatida adiante.

Em sucessão, conforme informações coletadas, o sistema familiar de Flash, compõe-se pelo seu pai, sua mãe e seu irmão de cinco anos. As relações familiares foram descritas como conturbadas e com a presença de episódios de confronto da criança com seus pais. Relativo à queixa inicial, colhida no momento da triagem, destaca-se que Flash apresenta dificuldades na escola relacionadas à aprendizagem, devido à falta de atenção ou aos relacionamentos estabelecidos com os colegas. Os significantes atribuídos a ele são: briga, empurra, xinga, faz gestos e é vítima de *bullying*. A criança também é descrita como hiperativa, com dificuldades de aceitar limites, e ansiosa, principalmente quando fica longe da mãe.

Além do mais, o pai relata: “*não dou muito carinho ao (Flash); são poucos os momentos agradáveis entre nós [...] eu grito muito com ele... tenho dificuldades para pegá-lo no colo*”. Em relação aos relatos de *bullying*, o genitor explana: “*teve um ano em que passei de sala em sala defendendo o (Flash). Disse que ele fazia tratamento e que tivessem paciência com ele*”. Por sua vez, a mãe de Flash relata: “*não me sinto mãe dele desde a separação (com o ex-marido). Eu engraidei para segurar o (pai de Flash), mas eu queria uma menina, tinha certeza de que era uma menina [...]. O (Flash) é terrível, faz manha, faz pirraça*”.

Correspondentes à transferência estabelecida entre Flash e o estagiário, alguns pontos podem ser descritos: quando iniciam algum jogo, ele diz, na maioria das vezes, para o estagiário começar; em determinada ocasião o geni-

tor relata que o filho está bravo com ele, pois veio no seu horário da terapia (na ocasião em que os pais foram chamados); demonstra interesse por assuntos relacionados ao estagiário, como procurar saber o que ele faz depois da terapia; e continuou os atendimentos com o estagiário, em clínica particular, quando este se formou. Já em relação aos impasses encontrados no tratamento, verifica-se a ocorrência de faltas sem justificativa, não sendo identificados outros momentos de possíveis resistências.

Quanto aos dados clínicos de Quick, uma menina de 9 anos – ressalta-se encaminhamento de uma Unidade Básica de Saúde, situada no município de sua residência, à Clínica Escola de Psicologia. A justificativa para o encaminhamento foi um laudo de diagnóstico elaborado por neurologista evidenciando os quadros de TDAH, Atraso na Linguagem e Síndrome de Asperger<sup>2</sup>. Além disso, evidenciava dificuldades para socializar (outras crianças a deixavam de lado por não compreender brincadeiras); dificuldades de coordenação motora; difícil compreensão de sua fala; desconhecimento de leitura e escrita (conhecia somente algumas letras); presença de déficit auditivo; e comportamentos autoagressivos.

Quick, no período do processo psicoterápico, tinha também consultas pediátricas, psiquiátricas e neurológicas. Também fazia uso de metilfenidato (Ritalina) – fármaco de maior emprego em casos de hiperatividade e desatenção. Além do mais, de acordo com as informações coletadas, o sistema familiar de Quick era constituído por seu pai, sua mãe e sua avó, sendo as relações familiares descritas como harmoniosas. Por meio da análise realizada a partir dos relatos clínicos da criança, constatou-se que Quick tem diagnóstico de TDAH, hipótese a ser debatida adiante.

O pai relata: *“quando eu tenho que falar do problema de (Quick), quando alguém fala ‘ela não parece que tem alguma coisa’ e daí a gente tem que explicar, tem vezes que eu não consigo falar. Eu travo, não sei nada”*. Por sua vez, a mãe de Quick relata que ela e seu marido sabem:

*o quanto ela tem dificuldades em fazer as coisas, e eu vejo que eles não tratam ela igual outra criança da idade dela, eles tratam diferente [...]. Deus dá a cruz que cada um pode carregar, ela veio para mim porque Ele sabia que eu iria dar conta de cuidar dela, de enfrentar isso (mãe de Quick).*

---

<sup>2</sup> O referido laudo foi elaborado em data anterior à publicação do DSM-5 (2014), estando presente o quadro de Síndrome de Asperger. Atualmente pertence à categoria de Transtorno do Espectro Autista.

No tocante à transferência estabelecida entre Quick e o estagiário, alguns pontos podem ser descritos: a mãe relata que há dias – sem terapia marcada – em que a criança solicita vir para atendimento; com o decorrer das sessões, começa a falar mais e desenvolve seu discurso; e demonstra interesse por produções (desenhos e afins) do estagiário. Conexo aos impasses encontrados no tratamento podem ser destacados diversos momentos em que Quick não respondia às perguntas que lhe eram dirigidas.

A partir das conjecturas apresentadas, percebe-se que Flash e Quick apresentem sintomatologias próprias do diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) conforme o DSM. Para a identificação dos sintomas, foram levados em consideração o comportamento das crianças durante a psicoterapia, seus discursos e o relato dos responsáveis, todos identificados por meio da análise documental dos relatos clínicos. Neste aspecto, faz-se necessária uma interrogação: como identificar as causas inconscientes, em cada criança, que as fazem responder desse lugar às demandas do Outro e dos outros?

## Um corpo que se agita

Convergente às queixas da maioria dos pais das crianças que procuram um processo psicoterápico, Flash e Quick chegam à Clínica Escola de Psicologia devido a uma demanda de alívio a determinado mal-estar que é vivenciado por eles ou por pessoas de sua convivência. Em razão de suas idades – e por questões legais – as referidas crianças são representadas por terceiros, ou seja, a presença de seus pais é evidenciada desde o início. Nesse âmbito, a triagem psicológica, realizada por meio dos responsáveis, faz com que a demanda inicial não seja realmente da criança, mas sim dos Outros. Lacan trata da demanda em *Duas notas sobre a criança* (1969/1986). A partir desse texto inferimos que os sintomas de Flash e Quick podem representar a verdade do casal parental, estando no lugar de responder ao que existe de sintomático no sistema familiar.

Já na semiologia médica o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é pensado de outro modo. Com base em Barlow e Durand (2015), um transtorno psicológico pode ser definido como uma disfunção psicológica – interrupção no funcionamento cognitivo, emocional ou comportamental – associada a angústia e a diminuição da capacidade adaptativa. De tal maneira, os fenômenos de uma psicopatologia podem ser divididos em sinais objetivos passíveis de serem averiguados por meio de observação direta, pois

são visíveis; e sintomas, correspondentes às vivências subjetivas identificadas no discurso do sujeito.

Nesse encadeamento, o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-5*, produzido pela American Psychiatric Association (2014), com uma perspectiva operacional-pragmática, apresenta seus critérios de maneira objetiva, não questionando a natureza dos sinais característicos de cada psicopatologia. Assim, o diagnóstico de TDAH é orientado a ser realizado com base em observações empíricas: distratibilidade, esquecimento de atividades cotidianas, dificuldade em esperar a “sua vez”, fala demasiada, entre outros.

Em relação aos casos, visivelmente, Flash se remexe, batuca as pernas durante os atendimentos, descreve ansiedade em algumas situações (antes de viagens e sessões), é percebido como preguiçoso e desorganizado (por não arrumar o quarto) e exibe problemas comportamentais como birra e manha. É perceptível que Quick fica ansiosa em diversas situações, não consegue esperar, é distraída, tem acentuada distratibilidade, apresenta fuga visual das atividades, não responde perguntas e esquece materiais. Sinais como os destacados abarcam alguns critérios descritos no DSM-5 (2014) como necessários para o diagnóstico de TDAH. Porém, individualmente, não bastam para explicar a etiologia e a vivência subjetiva que lhes é intrínseca.

Foucault (2010) faz uma crítica sobre isso. Para ele um dos elementos da psiquiatrização se configura por demandas sociais de controle de comportamentos que, em outros períodos, eram considerados normais e cotidianos. Em outras palavras, considera-se a psicopatologização como mais pedida pela população do que imposta a ela. Portanto, manuais nosográficos elaboram categorias para classificar os transtornos considerados patológicos na época, cabendo, por decorrência, aos profissionais que elaboram os diagnósticos – que podem empregar variadas compreensões – analisar a trama envolvida e, com isso, empregar tratamentos ou encaminhamentos.

Nessa lógica, a psicanálise freudiana nos oferece conceitos que se mostram eficazes para identificar a etiologia do TDAH. Sua fundamentação teórica permite que seja reconhecido, no sofrimento psíquico, o estatuto de um sujeito que se expressa por meio do afeto, representante da pulsão convertida em manifestação corporal. Nessa concepção teórica, os fenômenos observáveis do TDAH são nomeados como “sinais de angústia” ou indicadores da presença de um conflito interno. Tais indícios podem, com auxílio do processo terapêutico, ser elevados à categoria de sintoma analítico.

O sintoma, na abordagem psicanalítica, é pensado como uma resposta, uma solução de compromisso para um conflito entre forças contrárias – cons-

cientes e inconscientes – que vem à tona como uma forma de satisfação distorcida. Nesta perspectiva, crianças que são realmente acometidas por problemas psicomotores e de atenção apresentam dificuldades de se representarem no campo da linguagem e do outro. De tal modo, a operação de corte na relação de alienação do sujeito com o Outro não é terminada, fazendo com que a criança apresente dificuldades de recortar sua forma corporal e de se diferenciar dos outros.

Em relação ao exposto, pode-se perceber que Quick apresenta dificuldades relativas à linguagem, sendo exemplificadas pelo seu laudo-diagnóstico de Atraso na Linguagem; pela incapacidade de abstração, demonstrada, por exemplo, na falta de compreensão de brincadeiras; pelo difícil entendimento de sua fala, que pode estar sendo agravada pelo seu déficit auditivo; pelo discurso quantitativamente diminuído; e pela não alfabetização, uma vez que só conhece algumas palavras, não sabendo ler ou escrever.

Além disso, Quick apresenta problemas de atenção, não consegue focar em atividades que demandem esforço, o que gera, por consequência, grande distratibilidade; e frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra. Relativo a isso, a criança presta mais atenção a personagens de desenhos animados, ou seja, seu desejo orienta os maiores investimentos de atenção ao mundo externo.

Quando não relacionado a formas de satisfação mais arcaicas, pode-se perceber que não sabe a que dirigir a percepção, uma vez que não há produção simbólica, o que acarreta a não persistência da criança. Ademais, somam-se os problemas psicomotores – com a presença de grande dificuldade de coordenação motora – e as dificuldades referentes à aprendizagem, pertinentes, em grande parte, aos outros problemas relatados.

Como destacado, essa sintomatologia é decorrente da falha no corte subjetivo com o Outro, estando relacionada também com a posição subjetiva ocupada por Quick na relação com o casal parental. Além disso, com base em Mannoni (1999), o nascimento de um filho vem ocupar um lugar entre os sonhos perdidos, um sonho que é encarregado de preencher o vazio que fica no próprio passado da mãe, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa “real” do filho.

Esta relação pode ser percebida no discurso da mãe de Quick em momentos em que diz, por exemplo, que a sogra poderia fazer o “sacrifício” de ficar com sua filha, ou quando relata que é determinada professora quem “suporta” Quick na escola. O pai, por sua vez, também tem lugar nessa relação, tendo como exemplo específico a sua fala de falta de significantes para descrever o

“*problema*” da filha. Sobre isso, Freud (1917/1996) aponta que o que nos pais não pode ser resolvido ao nível da experiência de castração, será então vivido, como eco, pelo filho que, nos seus sintomas, muitas vezes não fará senão falar da angústia materna e paterna.

Assim, se evidencia uma relação fantasmática do casal parental com Quick, que apresenta dificuldades para se representar no campo do Outro. Estas relações de Quick são reimpressas diversas vezes durante a sua vida, como uma forma de atualização do inconsciente. Tal dinâmica é associada por Freud (1912/1996) ao conceito de transferência, sendo que, em tais situações, a libido recorre a protótipos pré-estabelecidos compostos por ideias retidas ou inconscientes.

Isso pode ser observado na relação da criança com o estagiário (Outro), em que se percebe que há transferência positiva, composta de sentimentos amigáveis, ternos e afetuosos. Logo, faz-se presente um desejo que evidencia tentativas de Quick de achar um espaço para si, de se posicionar como sujeito. Flash, por sua vez, pode ter demonstrado resistências ao tratamento – outra face da transferência – através de faltas. Entretanto, também é notório o estabelecimento de relações transferenciais positivas com o estagiário.

Adiante, Flash apresenta, em comparação com Quick, divergências nas relações com o casal parental. Aqui os sintomas são diretamente correspondentes a fantasmas em que a criança está envolvida, ou seja, os sintomas expostos são ditos como pertencentes a Flash, mas nota-se neles a própria subjetividade do casal. O pai, por exemplo, já passou de sala em sala defendendo o filho e pedindo que tivessem paciência com ele. Isto demonstra angústias vivenciadas pelo genitor, o que – ao mesmo tempo – reprime o lugar de sujeito de Flash pelo excesso de zelo, fazendo com que fique dependente a ele.

Do mesmo modo, os problemas comportamentais como brigas com os colegas, podem ser oriundos da separação do casal parental que – talvez por falta de explicações e apoio egoico ao filho – provocam angústias que Flash não consegue expressar por meios socialmente aceitos. Este indicativo ganha força ao se considerar o relato da mãe de que não é realmente mãe de Flash desde que o seu marido a traiu e, em consequência disso se separaram.

Neste âmbito, os sinais apresentados por Flash, e retratados como forma de hiperatividade, podem ser descritos como oriundos de demandas familiares ou sociais. Assim, a angústia referente às sessões encontra explicação nas relações transferenciais e, em outras situações, era apreendida como sinais de angústia, como em viagens ou diante do afastamento da mãe; a birra, pirraça e manha são formas de ser visto pela mãe, que não fornece suporte emocional; e

sua preguiça e desorganização relacionadas à bagunça do quarto, são algo corriqueiro em crianças e adolescentes.

Assim, da mesma forma como se realiza superestimulação da infância, também se exige controle e disciplina dos que passam por essa etapa do ciclo vital. Àqueles que não conseguem aprender a controlar seus impulsos, suas pulsões, há a difusão de medicamentos que anunciam soluções rápidas e práticas. Ao contrário de Quick que pode melhorar sua atenção com o uso de metilfenidato, o emprego de fármacos para Flash demarca psicopatologização e exclusão da subjetividade no processo de sofrimento psíquico.

Isso encontra visualização, por exemplo, na posição contrária da escola de Flash na interrupção do uso de medicamentos, conforme há destaque nos relatos clínicos. Esta decisão pode ser decorrente da melhora da conduta de Flash na escola, uma vez que o fármaco promove diminuição nos níveis de ansiedade, possibilitando melhor controle comportamental na instituição. Contudo, trata-se do uso de medicamentos para atender às demandas sociais de controle dos estímulos, não se relacionando com uma necessidade subjetiva de controle corporal. Sendo a agitação uma forma de expressão de Flash pelo corpo, o emprego de fármacos nesse caso parece se relacionar com uma psicopatologização de sua individualidade.

A metodologia educacional brasileira, inclusive, se conserva como extremamente tradicional, sendo que ocupações escolares orientadas para práticas esportivas e de lazer, por exemplo, ainda são mínimas. Neste âmbito, realizam-se inúmeras e diversas demandas para o público infantil, provenientes tanto dos pais, dos amigos, de sua família, entre outros. Contudo, deve-se destacar que as variáveis relacionadas à vida moderna, com metodologias educacionais tradicionais, espaços reduzidos para lazer, superestimulação infantil, etc., não configuram as causas principais para *hiperatividades e des-atenções*.

Revisões literárias, como aquela realizada a partir de Foucault (2010), permitem a percepção de descrições históricas de crianças incorrigíveis, indóceis, que resistiam à disciplina e apresentavam comportamentos interpretados como anormais. De tal maneira, percebe-se que os sinais de angústia de crianças variam de acordo com o contexto histórico; entretanto, todos eles são expressões de conflitos entre forças contrárias conscientes e inconscientes.

Portanto, diante de um estímulo que pulsa e do qual não pode fugir, a criança não encontra outra solução que não seja pela psicomotricidade, satisfazendo pulsões através de um ato psicomotor. Logo, o “não parar” de Flash na escola, por exemplo, ganha um patamar de estatuto metafórico, sendo, assim, uma forma de o inconsciente produzir um discurso por meio do corpo.

## Considerações finais

A infância está rodeada, notoriamente, por grandes demandas provenientes de diferentes esferas e, ao mesmo tempo, por exigências de concentração, controle e inibição das pulsões. Isto demonstra que a vida na contemporaneidade não se encontra adaptada às necessidades das crianças. Neste âmbito, qualquer desvio na conduta deve ser consertado, qualquer comportamento que cause angústia social deve ser trabalhado, toda desatenção e hiperatividade devem ser revertidas.

Com a difusão de medicamentos que dizem solucionar de modo rápido e fácil as inadequações apresentadas pelas crianças, o início do século XXI é marcado por uma epidemia de hiperativos e desatentos. Tal dinâmica indica, em consequência, a exclusão da subjetividade no processo de sofrimento psíquico. De tal maneira, os profissionais que trabalham em situações como as destacadas aqui devem estar atentos para as motivações inconscientes do sujeito para expressão de sintomas psicomotores. A técnica psicanalítica, nessa relação, pode ser utilizada, por reconhecer um sujeito por meio de seus significantes.

Em relação aos dois casos deste estudo, ambas as crianças foram classificadas com diagnóstico inicial de Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH). Contudo, como destacado, por meio da história de cada criança e das intervenções clínicas é que se torna possível decantar o caso. Por meio da leitura de relatos clínicos, considera-se que Quick apresenta elementos que confirmam um diagnóstico verdadeiro de TDAH, enquanto Flash apresenta características compatíveis com um pseudodiagnóstico desta psicopatologia.

Ao observar a semiologia do referido transtorno nessas crianças, constata-se que Quick evidencia os aspectos orgânicos descritos pelo DSM-5 (2014), com disfunções na função psíquica da atenção. Além disso, apresenta atraso na linguagem, o que demarca uma posição especial com o simbólico: a falha entre o sujeito e aquilo que sustenta a diferença do ficcional (imaginário) e o modo como se representa no outro (simbólico). Esta falha incide, inclusive, sobre a atenção de Quick. De tal modo, além de apresentar os sinais e sintomas necessários para a definição diagnóstica apontada no DSM-5 (2014), Quick também exhibe etiologia da psicopatologia que vai ao encontro dos pressupostos encontrados no arcabouço teórico psicanalítico – algo essencial para a compreensão do sujeito que se expressa por meio dos atos de desatenção e/ou hiperatividade.

Flash, por outro lado, apresenta sinais que não se relacionam a aspectos orgânicos ou de dificuldades de representação no campo do Outro, mas sim referentes a inaptações sociais e, principalmente, manifestações do inconsciente na psicomotricidade. Flash exibe sinais compatíveis com os critérios diagnósticos apontados no DSM-5 (2014) como necessários para a delimitação do quadro de TDAH, porém, a etiologia destes sinais psicopatológicos não encontra subsídio na teoria psicanalítica no que se refere à psicopatologia em questão. Nesse sentido, a existência de tais sinais desponta como uma resposta – manifestada por meio do corpo – às situações vivenciadas por Flash no seu contexto familiar e social.

Do mesmo modo, o uso de psicofármacos corrobora a discussão levantada. Enquanto a utilização de metilfenidato pode melhorar o foco de atenção de Quick, por inibir os transportadores de dopamina e noradrenalina, a utilização deste por Flash não é recomendada como coadjuvante a outros tratamentos. Da mesma maneira, o emprego do antidepressivo fluoxetina, além de evidenciar uma psicopatologização do sofrimento subjetivo, pode trazer efeitos colaterais provenientes tanto do uso do fármaco (orgânicos) quanto relacionados à evolução de intervenções psicológicas, educacionais e sociais.

Logo, a utilização de outras metodologias de tratamento pode se mostrar mais eficaz para Flash do que a medicamentosa. Dentre elas, citamos as atividades recreativas, ocupacionais, esportivas e, principalmente, a continuidade da psicoterapia. Da mesma forma, Quick também pode se beneficiar das atividades referidas, sendo essencial que possa usufruir da terapia empregada por profissionais da psicologia. A psicanálise, nesse encadeamento, demonstra-se ser uma abordagem que considera o sujeito por trás dos sintomas. Por meio de tal perspectiva, torna-se possível identificar caminhos possíveis para o tratamento, compatíveis com as necessidades do caso.

Neste aspecto, referente aos atendimentos realizados na Clínica Escola participante do estudo, em 36 sessões Quick pôde experimentar atividades lúdicas e passar por mudanças em sua posição subjetiva, recortando um espaço como seu. Inicialmente, Quick se apresentava como um objeto do desejo do Outro, não tendo um espaço e um corpo particularmente seus. Sua sintomatologia circunscrevia-se a um não saber a que dirigir a atenção, dependendo da presença ou atenção vindas do Outro. Somente conteúdos com grande nível de atração e encanto eram capazes de concentrar a criança por períodos maiores de tempo. Estímulos usuais ou atividades que exigiam atenção para resolução eram normalmente desinteressantes a ela, e, então, rejeitados.

Os atendimentos despendidos puderam proporcionar a Quick um espaço para descobrir suas particularidades, ascendendo como um sujeito de desejo. Isso aconteceu pela reelaboração das situações vivenciadas, em que Quick assumiu um papel ativo e delimitou um espaço para si mesma. É notório, inclusive, o desenvolvimento de sua fala e o estabelecimento de alguns atos, como o de sorrir, que não era visto no início do tratamento.

Da mesma forma, Flash apresentou, devido a 42 sessões, melhoras significativas em seu sofrimento subjetivo, incidindo, inclusive, sobre sua “hiperatividade”. Uma vez que a etiologia de seus sintomas hiperativos se referia principalmente a situações vivenciadas no âmbito familiar e escolar, os atendimentos oferecidos proporcionaram momentos de reelaboração dos fenômenos vividos. Seu inconsciente que até então se manifestava sobremaneira por meio de atos motores de agitação, pôde se manifestar de formas diferentes. A brincadeira de faz de conta, por exemplo, proporcionou a Flash momentos de reelaboração das situações por ele experienciadas, isto é, tornou-se possível ao inconsciente se manifestar em situações adaptadas e com cunho terapêutico à criança. A própria agitação pôde ser despendida no contexto dos atendimentos, não sendo mais necessária sua emissão em outros ambientes – em que seriam considerados desviantes da norma social. De modo geral, proporcionou-se um ambiente de expressão a Flash.

Portanto, o estudo realizado com os relatos clínicos de Flash e Quick certifica o que a literatura apresenta no DSM-5 (2014): os sinais do TDAH abarcam, efetivamente, os aspectos visíveis e objetivos desta psicopatologia, sendo necessário observá-los para a realização de um diagnóstico. Entretanto, quando os entraves na constituição subjetiva na criança são investigados abrem-se possibilidades de que comportamentos que são próprios da infância, ou seja, provenientes das relações subjetivas da criança com o Outro, não sejam vistos como psicopatológicos. Por fim, a hiperatividade e a desatenção, à vista da psicanálise, não compõem nenhuma novidade do século XXI: a psicanálise as considera formas subjetivas de constituir um corpo simbólico e expressar-se de maneira instável, por meio de atos psicomotores superinvestidos libidinalmente.

### **Tramitação**

Recebido 10/07/2019

Aprovado 10/09/2020

## Referências

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BARLOW, D. H.; DURAND, V. M. *Psicopatologia: uma abordagem integrada*. 5. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2015.
- FOUCAULT, F. *Os anormais*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2010.
- FREUD, S. (1912). *A dinâmica da transferência*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 12).
- \_\_\_\_\_. (1917). *As transformações do instinto exemplificadas no erotismo anal*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (ESB, 17).
- GOUVEIA, D. C. Uma visão psicanalítica do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Rev. Psicopedagogia*, v. 21, n. 64, p. 69-71, 2004.
- HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. W. *Fundamentos da enfermagem pediátrica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.
- JERUSALINSKY, A. *Diagnóstico de déficit de atenção, o que pode dizer a psicanálise?* In: Conferencia proferida en la Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia, abril 2006, Buenos Aires, Argentina.
- LACAN, J. (1986). Duas notas sobre a criança. Tradução de S. Sobreira. *Revista do Campo Freudiano*, 37. Disponível em: <<http://www.acpsicanalise.org.br/docs/duas-notas-sobre-crianca.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2017
- LEVIN, E. *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.
- MANNONI, M. *A criança retardada e a mãe*. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MARCELLI, D. *Manual de psicopatologia da infância de Ajuriaguerra*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.
- MINAYO, M. C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 2016.
- SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A.; RUIZ, P. *Compêndio de psiquiatria: ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.
- ROCHA, G. S.; ROSA, M. I. P. D. Diagnóstico psicanalítico do Transtorno de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na infância. *Psicologia Argumento*, v. 37, n. 96, p. 230-247, 2019.
- SILVA, A. B. B. *Mentes inquietas - TDAH: desatenção, hiperatividade e impulsividade*. São Paulo: Gente, 2014.