



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

PRÓ-REITORIA ACADÊMICA

COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

MICHELLE CALHEIROS LIMA

TDA/H: UMA LEITURA POSSÍVEL

RECIFE

2016

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
LABORATÓRIO DE PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

MICHELLE CALHEIROS LIMA

TDA/H: UMA LEITURA POSSÍVEL

Orientadora: Prof.^a(a). Dra. Elizabete Regina Almeida de Siqueira

Recife

2016

MICHELLE CALHEIROS LIMA

TDA/H: UMA LEITURA POSSÍVEL

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da UNICAP como exigência parcial para a obtenção do título de MESTRE em PSICOLOGIA CLÍNICA, na linha de pesquisa em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise.

Orientação: Prof.^a(a). Dra. Elizabete Regina Almeida de Siqueira.

RECIFE

2016

Para meus avós Adalberto e Clerilda que desde sempre alimentaram o sonho deste mestrado.

AGRADECIMENTOS

A minha filha Nichole que soube compreender as minhas ausências e torcer em cada adversidade.

A minha família por acreditar e valorizar o meu desejo. Em especial: Á minha tia Eliane pelo afeto, ao meu irmão Daniel pelo amor fraterno que emitiu, à minha cunhada Belkiss por sua eterna torcida, ao meu tio Dennis pelo dengo e ao meu pai Carlos Ivan pelos aplausos.

A querida Nanette Zmeri Frej (*in memoriam*) pela sabedoria e delicadeza com que conduziu nossa pesquisa.

A orientadora Elizabete Siqueira por aceitar e contribuir com a pesquisa em andamento frente às contingências, e pelo rigor de sua leitura que me ofereceu segurança para avançar.

Aos professores Doutores Edilene Queiroz e Ivo de Andrade Lima por aceitar e participar da banca examinadora.

Ao professor Marco Túlio pelas contribuições no momento da qualificação.

A Davi Beltrão por significar tanto nos momentos cruciais desta caminhada.

A Vânia Sampaio pelas inúmeras acolhidas e pelos valiosos incentivos.

As amigas: Raquel de Souza companheira de mestrado pela parceria, Adriana Maria pela escuta e Rosa Matilde pelo carinho dedicado.

A Martha Pimenteira pelas reflexões inesquecíveis proporcionadas dentro e fora da universidade.

Ao CPPL de Recife pela oportunidade da troca de aprendizagem da clínica com crianças, que traduzo em algumas linhas na pesquisa.

Às vezes, diagnósticos são dados ao acaso, por aquele fortuito comentário familiar, na observação desavisada de um professor ou como resíduo de um amor inconcluído. Mas não é pelo seu caráter contingente que eles pesam menos, às vezes como um destino sobre a fronte de um condenado.

(Dunker; 2015, p. 39)

RESUMO

A psiquiatria classifica os aspectos da psicopatologia por meio do manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Este manual ao longo de sua história, passou por muitas modificações e variadas versões. O objetivo da presente pesquisa é fazer uma análise crítica do diagnóstico de TDA/H, conforme descrito pelo manual tomando como referência a psicanálise. A escolha da psicanálise como elemento norteador dessa leitura crítica deve-se à importância dada pela mesma à história individual e a singularidade como inerentes ao sujeito, ao buscar ouvir e ofertar a palavra a cada um. Este trabalho tem como objetivos específicos: discutir como as evidências dos sinais e sintomas ajudaram na reflexão sobre o diagnóstico do TDA/H; demonstrar a compreensão psicanalítica da dimensão subjetiva e do aparelho psíquico; apresentar o paralelismo entre as modificações no social e a produção de novos sintomas subjetivos. Para realizar essa proposta optamos por utilizar o DSM-V, em sua edição mais recente, assim como o Manual para Diagnóstico e Tratamento do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H, terceira edição. Considerar o social e sua ideologia consumista, atravessado por mudanças na lei simbólica é fundamental para a pesquisa, uma vez que, os postulados da pós-modernidade desconsideram a subjetividade, exaltam todos os tipos de excesso e contribuem para o apagamento do limite. O questionamento sobre o modo diagnóstico do TDA/H justifica-se em virtude de se servir de uma metodologia meramente estatística e da falta de uma etiologia para o referido transtorno. Assim como, a desconsideração da singularidade do sujeito e sua submissão a processos inconscientes que buscam satisfação, uma vez que a organização mental e a economia pulsional são particulares e únicas. Sabe-se do potencial organizador de certa renúncia pulsional, da restrição de gozo que impõe sacrifícios e gera algum mal-estar, mas que é fundamental e estruturante para o sujeito. Esta é uma pesquisa de caráter teórico, que utiliza a análise crítica para pensar o diagnóstico de TDA/H, conforme descrito pelo DSM-V sob a ótica da psicanálise. Busca-se oferecer outra leitura possível para pensar o TDA/H.

Palavras-chave: DSM; TDA/H; diagnóstico; psiquiatria; psicanálise.

ABSTRACT

The psychiatry classifies the aspects of psychopathology by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. This Manual, throughout its history, passes through many changes and variety versions. The object of this research is making a critical analysis about the ADHD diagnosis, as described by the psychiatry taking as reference the psychoanalysis. The choice of psychoanalysis as guiding element of this critical reading is due to the importance of consider the unique history and the singularity as inherent to the subject, while seek to listen and offer the word for each one. This paper have these specific purposes: discuss how the signs and symptoms evidence helped on the reflection about the ADHD diagnosis; demonstrate the psychoanalytical understanding of the subjective dimension and the psychic apparatus; present the parallelism among the modifications on social and production of new subjective symptoms. To achieve this proposal we have opted to use the DSM-V, in the most recent edition, as well as “Manual para Diagnóstico e Tratamento do Transtorno de Deficit de Atenção/Hiperatividade – TDA/H”, third edition. However, consider the social in its consumer ideology, crossed by modifications at the symbolic law is fundamental for the research, after all, the postulates of post-modernity ignore the subjectivity, exalt all kinds of excess, contributing to erase the limits. The questioning about ADHD diagnosis mode is justified because it is served by merely statistical methodology and the lack of an etiology for referred disorder. As well as, the disregard of the subject singularity and his submission to unconscious processes that seeks satisfaction, because the mental organization and pulsional economy are individual and unique. It is know that the organizer potential of certain pulsional resignation, of joy restriction that impose sacrifice and creates unease, however it is fundamental and structuring for the subject. This is a research with theoretical character, that use as method the critical analysis of ADHD, according to presented in DSM-V, under viewpoint of psychoanalysis. It seeks to offer other achievable reading to think the ADHD.

Key Words: DSM. ADHD. Diagnosis. Psychiatry. Psychoanalysis.

SUMÁRIO

Introdução	10
Capítulo 1: Contextualização histórica da psiquiatria, do DSM e do TDA/H nas suas variadas nomenclaturas e descrições	14
1.1. Breve histórico da psiquiatria	14
1.2. Visitando os métodos e critérios do DSM	19
1.3. Percurso do TDA/H: múltiplas descrições	26
Capítulo 2: A dimensão subjetiva para a psicanálise	33
2.1. A posição do homem no iluminismo	33
2.2. Passagem do homem para o sujeito	36
2.3. O <i>status</i> do pensamento inconsciente como avesso da ciência	42
2.4. A criança, seu aparelho psíquico e a constituição subjetiva	54
Capítulo 3: A influência do cenário social na subjetivação	63
3.1. As instituições sociais	63
3.2. A instituição sociedade em tempos de pós-modernidade	67
3.3. A restrição de gozo em uma sociedade que goza com seus excessos	73
3.4. Os novos sintomas	78
Capítulo 4: A leitura crítica do TDA/H a partir da psicanálise e do social	81
4.1. O excesso do hiperativo no mundo atual do excesso – sociedade, sintoma e consumo	81
4.2. A evidência da psiquiatria na imprecisão dos critérios diagnósticos do TDA/H	85
4.3. Discussão acerca dos efeitos do diagnóstico	87
Considerações Finais	90
Referências Bibliográficas	93

Introdução

O tema dessa dissertação advém da experiência profissional da pesquisadora no trabalho com crianças de escolas particulares e com famílias assistidas pelo Centro de Referência em Assistência Social¹ (CRAS). Contemplou a escuta de falas dos professores, dos pedagogos e dos pais acerca das crianças ditas impulsivas e inquietas.

Essas crianças possuíam o rótulo de “crianças hiperativas”. Dentro de sala de aula e no serviço de proteção básica (CRAS) são descritas como “crianças impossíveis” e “doentes dos nervos”². Verificamos que a queixa de estar diante de uma criança hiperativa, encontrava-se nas diversas camadas sociais, nos encaminhamentos do serviço à família, no núcleo familiar, nas escolas particulares, nos professores e nos pais. A insistência e a proliferação vertiginosa desse diagnóstico de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade (TDA/H) passou a fazer parte de nossa inquietação.

De um modo geral, os discursos daqueles que se ocupavam com essas crianças eram pouco favoráveis, marcados por um desinvestimento na própria educação e no afeto, utilizando-se de punições e castigos para cooptar a atenção e garantir alguma autoridade para os responsáveis.

Outro aspecto que nos chama a atenção é a forma como está construído o método de classificações diagnósticas legitimado pelo DSM-V (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – versão V). Segundo o próprio manual, o DSM-V (2014) é uma referência para a prática clínica na área de saúde mental ao longo dos últimos 60 anos. Desde sua criação, torna-se um instrumento importante para a psiquiatria, que auxilia no diagnóstico e no tratamento dos transtornos. Vale ressaltar que a psiquiatria, como uma especialidade da medicina, não se restringe apenas ao objeto sobre o qual nos debruçamos a pesquisar, o DSM. Aqui, interrogamos a metodologia utilizada no manual, e não a psiquiatria.

¹ Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social, através da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o CRAS – Centro de Referência em Assistência Social é um centro baseado na política de assistência social, legalmente reconhecida como direito social e dever e inserida como uma política pública em articulação com a seguridade social. A política aparece em forma de proteção social básica, com ações preventivas, que reforçam a convivência, a socialização, acolhimento e têm o objetivo de prevenir situações de riscos no fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários na população com vulnerabilidade social. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/cras>, acesso em 15 de maio de 2015.

² Expressão utilizada pelos usuários do serviço de proteção básica (CRAS), cujo público alvo eram famílias que se encontravam em vulnerabilidade social.

O olhar histórico no percurso da psiquiatria, interessa-nos para compreender como esta especialidade contribuiu para elaboração do conhecimento sobre a loucura, em um momento específico em que o isolamento era a melhor conduta. Segundo Amarante (1995), a psiquiatria tem a sua origem e primeira expressão na França, em 1793. Com Pinel³, é considerada uma ciência médica responsável por descrever, classificar e tratar as enfermidades mentais. Nessa tentativa de situar as enfermidades, Burkle (2009) aponta que Pinel, em 1792, utiliza a terminologia da medicina hipocrática para nomear e diagnosticar algumas formas de loucura da época.

Nessa perspectiva, situar as enfermidades surge da necessidade de suplantar outras explicações de cunho religioso, sobrenatural ou mítico sobre a patologia mental, como também tratar de dar conta da totalidade da loucura e possibilitar que, em cada época e lugar, domine a descrição, organização e classificação.

Desse modo, optamos por realizar uma análise crítica do DSM-V, especificamente do TDA/H, uma vez que o diagnóstico é do âmbito da psiquiatria. As questões epistemológicas têm sua expressão na classificação e, como Jerusalinsky & Fendrik (2011) nos lembram, o tratamento sugerido é sobre as condutas descritas e não sobre as causas das doenças, já que não há doenças, mas transtornos de comportamento. Não é nosológico, e tampouco tem a pretensão de explicar as patologias.

A prática psicanalítica, diferentemente, busca a causa do sintoma no psiquismo, na subjetividade, ao situar a questão no plano do sujeito, do sintoma, da pulsão e do gozo⁴. Para a psicanálise, o sintoma é uma das formas de manifestação do inconsciente, da história singular do sujeito. Sobre isso, Quinet (2009) interroga: "Por que o sintoma não cessa de se escrever?" E responde; o sintoma, de acordo com Freud, é um derivado do recalque como um dos destinos da pulsão, a qual está constantemente, devido à sua força, tendendo a satisfazer-se. A partir dessa perspectiva, o sintoma tem relação com o gozo na medida em que, além de ser uma força constante e insistente na economia psíquica, é também partilhado por uma sociedade de consumo que não se ocupa de impor o mínimo de limite ao sujeito.

Tomar a psicanálise como outro olhar para pensar o TDA/H é privilegiar a experiência vivida e o contexto social, considerando que as transformações no tempo trazem novas formas

³ Médico Francês que considerou que os seres humanos que sofriam de perturbações mentais deveriam ser tratados como doentes e desacorrentados.

⁴ Valas (2001) explica que o uso comum do vocábulo *gozo* faz dele sinônimo de prazer, porém Lacan se opõe a essa ideia e o considera tanto um excesso insuportável de prazer, como uma manifestação no corpo que traga sofrimento.

de sofrimento psíquico. Um exemplo do sofrer ser particular de sua época são as histéricas⁵ de Freud, cujos sofrimentos são interpretados por duas vertentes, a saber, um problema médico ou problema moral. É quando Freud demonstra, ainda no final do século XIX, que os sintomas da histeria dizem respeito à subjetividade.

A escolha dos postulados da psicanálise: sintoma, sujeito e gozo como elementos norteadores dessa leitura crítica do DSM e do diagnóstico de TDA/H surge da prática diária da pesquisadora como psicóloga de crianças e que as escuta segundo as premissas da psicanálise, considera a importância da história individual e se inquieta com os excessos de diagnósticos e prescrições de medicamentos com os quais atualmente são tratadas essas crianças. De um lado temos uma proposta que leva em conta tão somente a hegemonia de um sistema classificatório e objetivo, e do outro uma prática baseada na escuta da singularidade de cada um.

Nessa dissertação temos como objetivo geral fazer uma análise crítica do diagnóstico de TDA/H, conforme descrito pelo DSM-V tomando como referência à psicanálise. Para isto, delineamos como objetivos específicos: Discutir como as evidências dos sinais e sintomas ajudam à reflexão sobre o diagnóstico do TDA/H; demonstrar a compreensão psicanalítica da dimensão subjetiva e do aparelho psíquico; apresentar o paralelismo entre as modificações no social e a produção de novos sintomas subjetivos.

Para alcançar tais objetivos, iniciamos contextualizando a história da psiquiatria e como surgiu a utilização do DSM, o aparecimento do TDA/H e ainda a influência das transformações sociais no sujeito e seu sintoma. Apresentamos nos resultados como os critérios do instrumento utilizado na pesquisa (DSM-V) são imprecisos e vazios, deixando vazio para qualquer sujeito identificar-se como os sintomas elencados.

Na sequência, a partir da revisão bibliográfica na perspectiva freudiana, discorreremos sobre o aparelho psíquico, como a psicanálise concebe a subjetividade, e como a pulsão em sua força constante participa de maneira absolutamente singular em cada sujeito humano e a importância de considerar a história e como o sintoma está ligado a isso.

Importante frisar que a pulsão é um conceito desenvolvido por Freud e articulado aos momentos originais do aparelho psíquico. Checchinato (2007) explica o conceito como aquilo que move o ser humano, uma força ininterrupta que age na interface do psíquico e do físico,

⁵ Histeria: derivada da palavra grega hystera (matriz, útero), em psicanálise refere-se a uma neurose de sintomas variados. Estes se caracterizam por manifestações sintomáticas de ordem teatral e de sintomas corporais, tais como ataques ou convulsões semelhantes à epilepsia e também a paralisias e contraturas, estes últimos tendo caráter mais duradouro do que os primeiros (Rudinesco & Plon, 1998).

que pensamos ser um conceito fundamental para elucidar ou mesmo questionar aspectos desse estudo teórico.

Já que a pesquisa partiu das experiências nas instituições, lugar que opera o laço social e sofre influência do cenário pós-moderno, recorreremos aos psicanalistas e filósofos voltados ao trabalho de análise do social para desenvolver o terceiro capítulo. Contexto onde se observa os eventos de sofrimento e se realiza o diagnóstico.

Apresentamos as mutações dos laços em decorrência das demandas de uma sociedade imperativa, consumista e individualista. Este modo de funcionamento é apresentado por autores como Lebrun, Dufour e Bauman, cujas ideias nos ajudam a explicar e acompanhar a engrenagem dos ditos *novos sintomas articulados* com as mudanças ocorridas na pós-modernidade.

Optamos por adicionar o social e suas mutações, por entender que o sujeito é atravessado pela cultura e pertence a um social que endereça demandas, interdições e desejos ao mundo simbólico e a história de cada um. O que se apresenta como sintomas do TDA/H, não seria um funcionamento singular decorrente de um modo de vida excessivo e agitado? Para Lebrun (2008), a infância é um tempo de aprendizado progressivo da condição humana, da descoberta do real, da vida em sociedade. Dunker (2015) argumenta sobre essa influência “Esta patologia chamada O social” (p.35).

Assim, ao contemplar essas questões pertinentes, desaguamos na evidência de critérios diagnósticos distintos para a psicanálise e para a psiquiatria. A racionalidade diagnóstica dos sinais do TDA/H, equivale ao campo do conhecimento de cada um, a evidência do corpo biológico e a evidência do inconsciente. Nesse sentido, apontamos que os critérios diagnósticos de déficit de atenção/hiperatividade utilizado pelo DSM-V, nem utiliza do campo do conhecimento da psiquiatria nem da psicanálise, partem da hipervalorização dos advérbios de intensidade que não garantem clareza e fixam-se em comportamentos observáveis na listagem de seus próprios critérios.

Por fim, elaboramos as considerações finais dessa pesquisa de caráter teórico, reunindo os pontos mais significativos sobre o tema, a fim de ousarmos lançar algumas contribuições à clínica com crianças. É sobre essas questões que procuramos abrir uma indagação entre o que temos de atual para trabalhar com o TDA/H e o que poderemos encontrar de novas considerações para outra leitura.

1. Contextualização histórica da psiquiatria, do DSM e do TDA/H nas suas variadas nomenclaturas e descrições.

1.1. Breve histórico da psiquiatria

O exercício de reconstrução do percurso da psiquiatria procura delinear o modelo psiquiátrico, a fim de estabelecer as relações históricas e metodológicas, desde o nascimento até as propostas que temos hoje. A história da psiquiatria aparece com um enredo não linear, ou seja, desenvolve-se descontinuamente, ligando-se aos fatos que pensamos ser fundamental para a compreensão do trabalho como um todo e não apenas ao distinto capítulo. No decorrer dos anos, podemos notar a passagem de uma visão trágica da loucura para uma visão crítica. Essa mudança de paradigma ocorre devido à introdução do olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento.

Cada momento histórico tem sua forma de compreender e tratar a loucura. Conforme Amarante (1995) durante a Idade Média, a percepção social desse fenômeno era baseada em uma prática de internamento, de proteção e guarda, ou seja, os hospitais eram habitados pelos pobres e por aqueles que ofereciam risco à sociedade. Neste período, não se tem uma elaboração de conhecimento sobre a loucura e, como anuncia o mesmo autor,

O hospício tem uma função eminentemente de ‘hospedaria’. Na afirmação de Amarante (1995) “Os hospitais gerais e santas casas de misericórdia representam o espaço de recolhimento de toda ordem de marginais: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, todos aqueles que simbolizam ameaça à lei e à ordem social”. (p.24).

A prática social do internamento inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e sua relação entre práticas, saberes e discursos. Porém, apenas em 1793, com Philippe Pinel na França, é que se pensa a loucura como uma possibilidade de reconhecimento da doença e um possível tratamento. Para Silveira (2003), é a partir desse momento que é fundada a psiquiatria, ciência médica responsável por descrever, classificar e tratar as enfermidades mentais.

Amarante (1995) aponta que Pinel organiza o espaço asilar e começa a observar a sucessão de sintomas e descrevê-los. Essa racionalidade da medicina mental vai servir de base para o método classificatório, o mesmo que é utilizado nos dias atuais. Sobre a racionalidade o próprio autor enfatiza : “A esta não interessa localizar a sede da doença no organismo, mas simplesmente atentar para sinais e sintomas, a fim de agrupá-los” (p. 25).

Com a mudança do cenário da loucura, que avança de uma prática baseada no aprisionamento, como o próprio Amarante destaca “[...] depositário dos inadaptados ao convívio social”, para uma internação de caráter médico de relação tutelar, a psiquiatria passa a ter como fundamento teórico as ciências naturais, pautada no modelo cartesiano⁶, centrada na medicina biológica. É com Pinel, segundo Amarante (1995), que se inicia a primeira reforma psiquiátrica, influenciada pelo iluminismo e tem por base os ideais de liberdade, igualdade e fraternidade.

No século XIX, conforme apresenta Amarante (1995), surge Esquirol, discípulo de Pinel e que apresenta classificações mais precisas e delimitadas, ampliando a nosografia das enfermidades mentais. Neste mesmo século, Sigmund Freud (1996[1893]) nomeia e descreve a neurose através dos *Estudos sobre a histeria*, demonstrando que a causa não estava no corpo biológico e, sim no psiquismo, na subjetividade. Burkle (2009) esclarece essa condição ao afirmar que, na neurologia, o paciente tem uma doença em seu sistema nervoso que justifica o sintoma, já na psicopatologia o paciente se encontra doente, de si mesmo, de sua intencionalidade.

O modelo da psiquiatria baseada nas descrições dos distúrbios nervosos fornece credibilidade e uma representação social da loucura. Para Fendrik e Jerusalinsky (2011), o conjunto de conhecimentos transmitidos pela ciência serve de referência para os saberes, um paradigma que tende a eliminar outras explicações de ordem religiosa, sobrenaturais ou míticas, e tratar de dar conta da totalidade da loucura em qualquer época e lugar.

A crise deflagrada pelas revoluções do século XVIII na Europa contribui para os avanços científicos, sendo certo que as hipóteses etiológicas para as doenças mentais avançam na mesma proporção. O levantamento do estado da arte⁷, no estudo das perturbações mentais, Burkle (2009) aponta que Morel, ao afastar a racionalidade social da loucura, parte para uma abordagem biológica. Neste momento histórico, a degeneração das células do sistema nervoso é considerada a causa para doenças mentais. Posteriormente, no final do século XIX, ainda seguindo o caminho desenvolvido pelo mesmo autor (2009), aparece Kraepelin, que cria uma classificação de doença psiquiátrica, logo em seguida o psiquiatra Jaspers com inclinações filosóficas e com influência kraepeliniana, escreve, *Psicopatologia geral (1913)*, baseada na fenomenologia descritiva dos fenômenos psicopatológicos. A psicopatologia descritiva ou a

⁶ O modelo cartesiano será discutido com mais detalhes no segundo capítulo desta dissertação.

⁷ Segundo Ferreira (2002), definida como de caráter bibliográfico, o estado da arte traz o desafio de mapear e de discutir certa produção acadêmica em diferentes épocas e lugares, um levantamento sobre determinado assunto já produzido a partir de dissertações de mestrado, teses de doutorado, publicações em periódicos e comunicações em anais de congressos e de seminários.

fenomenologia tornou-se reconhecida por trabalhar apenas com os fenômenos vividos pelos pacientes, propunha que as descrições e delimitações dos mesmos deveriam ser realizadas por meio de parâmetros exteriores observáveis, modelo utilizado até hoje.

A psiquiatria, como saber médico, sofre influência da revolução francesa no plano político, industrial e econômico, corroborando para os avanços da prática. Paralelo às mudanças ocorridas na Europa, o Brasil também passa por grandes transformações socioeconômicas e políticas. A corte portuguesa muda para o Rio de Janeiro, e devido às tropas napoleônicas, o país deixa de ser colônia. A necessidade de melhoramentos resulta em medidas que trazem rápidos progressos.

Lima (2005) chama atenção que a prosperidade econômica experimentada nos anos do pós-segunda guerra (1960) traz consigo um cenário de muitas dificuldades no contexto social americano: a família enfraquece e começa a dar evidentes sinais de crise. O referido autor destaca o aumento de divórcios, de suicídios e de uso de tranquilizantes, enquanto a contracultura e o movimento *hippie* se disseminam. A sociedade americana clama por explicações para os distúrbios de comportamento e para as dificuldades escolares vividas naquela época. Desta maneira, apoiam e passam a contar com a categoria diagnóstica do manual americano (DSM)⁸, produzido pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association* – APA). A aceitação do manual é positiva e logo ganha popularidade pela praticidade da utilização em fornecer diagnósticos.

O Brasil nos anos 60, conforme ensina Lima (2005), passa a reforçar a intervenção de psiquiatras e psicólogos nas instituições e a patrocinar a emergência de especialidades, como a psicopedagogia, para ajudar nas dificuldades específicas da aprendizagem. A inclusão de profissionais responsáveis pela saúde mental no Brasil é o reflexo do movimento de reforma que vem acontecendo na psiquiatria.

Freire Costa (2007) nos mostra a reforma psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática. No Brasil, até a segunda guerra, o que se tinha em voga era uma proposta higienista, que diz respeito ao projeto de medicalização social no qual a psiquiatria surgia como instrumento tecnocientífico de poder, “[...] sua prática se institui por meio de um tipo de poder denominado disciplinar, auxiliar nas organizações das instituições [...] como um dispositivo de controle político e social” (Amarante, 1995, p. 88).

⁸ Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los (DSM-V; 2014).

Naquele momento, o Brasil estaria na conjuntura dos últimos anos do regime militar, a população assistia ao fim do milagre econômico. A estratégia autoritária caminhava para a sua derrocada e se deparava com o surgimento de uma democracia, ao tempo em que o afrouxamento da censura fazia transparecer as insatisfações e aumentava a participação política dos cidadãos. Foi neste contexto que surgiram as primeiras e importantes manifestações no setor da saúde.

A década de 80 foi outro momento significativo, marcou o movimento em direção a mais uma reforma, como nos lembra Amarante (1995). Teve como causa a trajetória sanitária, uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista. A influência das diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde fez-se sentir com maior ênfase neste período. Um marco da época foi a cogestão⁹, implantada pelos Ministérios da Saúde e o da Assistência e Previdência Social para a reestruturação dos hospitais. Surgiram também iniciativas para gerenciamento de sistemas e/ou serviços públicos, preparo para o que futuramente seria chamado de SUS (Sistema Único de Saúde). Sobre a cogestão:

No auge do sucesso da cogestão e das experiências locais de integração interinstitucionais, vem consolidar este período; pois significa a participação efetiva da previdência social – maior arrecadador e financiador do sistema de saúde – nas políticas públicas de assistência médica. (Amarante, 1995, p. 91).

Em meio às privatizações, discussões e movimentos políticos na promoção de práticas transformadoras, advém uma nova política que finda por ocasionar a extensão da psiquiatria ao espaço público, organizando-a com o objetivo de prevenir e promover a saúde mental e proporcionar, ao portador da loucura, acesso à sociedade da qual faz parte. Deste movimento, nasce o SUS e o CAPS. O Ministério da Saúde, com a autoridade que tem, informa através da Cartilha de Informações Básicas (2006) que o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde, criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, e abrange de um simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda população do país. No que se refere ao centro de atenção psicossocial (CAPS), segundo o Ministério da Saúde¹⁰, são serviços destinados a prestar atenção diária a pessoas com transtornos mentais. Os CAPS oferecem atendimento à

⁹ Cogestão, segundo o Ministério da Saúde, significa a inclusão de novos sujeitos nos processos de gestão (análise de contexto e problemas; processo de tomada de decisão). Assim, seria exercida não por poucos ou alguns (oligo-gestão), mas por um conjunto mais ampliado de sujeitos que compõem a organização, assumindo-se o predicado de que “todos são gestores de seus processos de trabalho” (Brasília, 2009).

¹⁰ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br>, acesso em 11 de maio de 2015.

população, realizando acompanhamento clínico e a **reinserção social** dos usuários¹¹ pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Apoiar usuários e famílias na busca da **independência** e responsabilidade para com o seu tratamento. Sobre a implantação da nova política, Amarante assegura:

Com este novo protagonismo, o do próprio louco, ou usuário, delineia-se, efetivamente, um novo momento no cenário da saúde mental brasileira. O louco/doente mental deixa de ser simples objeto de intervenção psiquiátrica, para tornar-se, de fato, agente de transformação da realidade, construtor de outras possibilidades até então imprevisíveis no teclado psiquiátrico [...] passam a edificar um sentido de cidadania que jamais lhe foi permitido (1995, p. 121).

As mudanças no campo teórico-assistencial da psiquiatria, que ora se demonstra, apresentam o fortalecimento da rede pública de cuidados, assistência, saúde e atenção. Tais ações e preocupações têm como objeto o direito dos cidadãos, na disponibilização de tratamento e com a ressocialização dos mesmos. No entanto, vale ressaltar que a diferença entre cidadão (sujeito de direito) e sujeito (regido pelo inconsciente) é de ordem diferente. É necessário que haja espaço para o sujeito da psicanálise, que tem sua singularidade preservada, pois conforme Silveira (2008), o sujeito da saúde é atravessado pelo inconsciente, não reconhecê-lo poderá ser causa de maiores danos.

O sujeito atravessado pelo inconsciente, ou seja, o reconhecimento do comportamento humano como produto de motivações, mesmo, quando não haja a consciência de cada motivação era a perspectiva da psiquiatria dinâmica, que vigorou boa parte do século XX influenciada pela psicanálise. A psiquiatria dinâmica apontava que a personalidade desenvolve-se a partir de interações do organismo com particularidades únicas individuais. A psiquiatria que considerava a psicodinâmica difere da psicanálise pelo fato de a primeira ponderar sobre o uso legítimo de medicamentos, contudo, as ideias de conflitos internos, de mensagens contraditórias emitidas ou recebidas e de experiências mais infantis precoces no desenvolvimento de reações e percepções da vida adulta são herança da psicanálise que oferecia à psiquiatria dinâmica, uma evidência no modo inconsciente e automático pela utilização de vários mecanismos de defesa.

A influência da psicanálise logo foi substituída pela crescente força do comportamentalismo, das evidências do cérebro no enfoque biológico, considerando a possibilidade de uma lesão de natureza orgânica ou de um distúrbio fisiológico cerebral. Essas evidências serviram de base para a elaboração de uma ferramenta de ordenamentos nosológicos, utilizada na prática do saber médico e que tem como escopo garantir

¹¹ A expressão *usuário* surge em substituição a *louco*, *doente mental* ou *cliente*, que passam a ser consideradas restritivas e inadequadas (Amarante, 1995).

confiabilidade, o chamado DSM. Para este trabalho, há interesse não no instrumento em si, mas nos critérios empíricos, objetivos e comportamentais usados para diagnosticar o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, que têm como tratamento as condutas descritas e não as causas das doenças, como lembra Jerusalinsky e Frenndrik (2011) “[...] não há doenças, mas transtornos de comportamento” (p. 17).

1.2. Visitando os métodos e critérios do DSM

Aqui se apresenta o DSM, *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, em sua quinta e última versão. É um sistema desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*), com várias publicações. O DSM, descreve as condições psiquiátricas e é usado mundialmente como referência para diagnóstico dos transtornos mentais. Torna-se um objeto importante na medida em que fixa e universaliza os comportamentos observados e apresentados em cada transtorno. Abaixo será trabalhada uma perspectiva histórico-crítica, visitando o método e critério utilizados pelo manual.

A necessidade de identificar os sinais do comportamento é o impulso inicial da psiquiatria, como demonstrado no capítulo anterior, onde as descrições dos transtornos fornecerá credibilidade e uma representação social da loucura. Seguindo a história para compreender a necessidade de classificação, Christian Dunker (2014), no artigo *Questões entre a psicanálise e o DSM*, aponta que a necessidade de recolher informação estatística é o impulso inicial para o desenvolvimento de uma classificação de transtornos mentais. No século XIX, seguindo o levantamento de Burkle (2009), surgiram as classificações produzidas por Esquirol, discípulo de Pinel, mais aprimoradas e delimitadas. É, então, conforme o autor citado, que Esquirol estende o campo, dividindo a nosografia da alienação em quatro grandes grupos: demência, idiotia, mania e monomanias, apresentando quatro categorias diagnósticas. A influência da proposta higienista faz a APA, junto com a comissão nacional, começar a utilizar categorias para facilitar o diagnóstico. Dunker (2014) sinaliza a produção de um guia para os hospitais psiquiátricos, chamado *Manual estatístico para uso de instituições de insanos*, que inclui 22 classificações.

Safatle, Iannini, Teixeira, Dunker, Bazar e Costa Pereira (2013) apontam que o objetivo principal do manual era alcançar uma confiabilidade, no estabelecimento de uma determinada etiqueta diagnóstica correspondente no campo clínico, em particular no que se refere aos sintomas apresentados pelo paciente. Dessa forma, diferentemente da medicina, o diagnóstico psiquiátrico é clínico, não dispendo de métodos laboratoriais, genéticos ou por

imagens de suas categorias nosográficas. Correlativamente, o uso do DSM como única referência central para a prática psiquiátrica contemporânea, empobrece a prática clínica levando ao reducionismo. A nomeação de um sintoma, uma doença, um quadro ou uma síndrome produz, segundo Dunker (2015) uma visibilidade da dor e do sofrimento que podem ser partilhado por todos. Como também, o diagnóstico psicopatológico que poderia significar algo temível, às vezes irreversível, agora tem se tornado um poderoso e disseminado meio de determinação e de reconhecimento, quando não de **destituição da responsabilidade de um sujeito**. Nas palavras de Dunker (2015) o diagnóstico é utilizado também como “instrumento útil para articulação de demandas e direitos, em certas circunstâncias, ter um diagnóstico significar cruzar a tênue linha que pode nos separar do acesso à cidadania.” (p.33).

Em meio a uma sociedade, segundo Jerusalinski e Fendrik (2011) aflita por respostas para as consequências dos estragos psíquicos que a Segunda Guerra Mundial produziu nos soldados, em suas famílias e no conjunto da população civil, a Associação Americana de Psiquiatria propõe a construção de uma ferramenta confiável. Trata-se de um pequeno livro, que continha critérios inovadores para a psiquiatria, muitos deles inspirados na psicanálise. Nesse período as questões subjetivas faziam parte dos estudos e da etiologia para se pensar os transtornos, com efeito, o primeiro DSM legitima dentro da psiquiatria sintomas chamados psiconeuróticos, cujo, traço característico é a ansiedade, nomações provenientes da psicanálise.

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) na década de 50 era formada por psiquiatras dinâmicos, ou seja, influenciados pela psicanálise. Conforme Jerusalinski e Fendrik (2011) nomações e definições próprias da psicanálise tais como: ansiedade, defesas, neurose de angústia, paranoia, a psicose maníaco-depressiva e muitas outras, passam a ser termos oficiais da primeira versão do DSM. Surgia, assim, o primeiro manual orientado para pôr fim à confusão entre organicistas e psicodinâmicos. Dunker (2013) aponta que existiam três grupos clínicos que orientavam o reconhecimento daquilo que se comportava no interior dos transtornos, e que possuíam origens, das quais eram; psicogênica (a causa é conhecida, ainda que psíquica), causa tangível (causa a ser descoberta) ou mudança estrutural (interação difícil ente causa e efeito devendo consideração à lógica da transformação clínica, ex. classe dos transtornos).

O **DSM-I** nasce em 1952, com **132** páginas e **106** categorias diagnósticas, e tem a influência da psicanálise na construção do saber, sobretudo em conceitos importantes como

neurose¹² e mecanismos de defesa¹³. Na narrativa de Jerusalinsky e Fendrik, “Em 1952, viu a luz o primeiro *DSM*, que vigerá até 1968.” (2011, p. 29). Em suas páginas, encontramos o termo *reação* em todo o manual, que significa ato ou efeito de reagir, modo de agir em face de ameaça, oposição e resistência, definições de influência nítida da psicanálise.

Sobre essa influência Dunker (2014) esclarece, durante os anos 1900-1950, a psicanálise passou a orientar os fundamentos da classificação norte-americana das doenças mentais. Nessa primeira versão, encontramos certos tipos de sintomas chamados psiconeuróticos, cujo traço característico é a ansiedade como sinônimo de angústia. Jerusalinsky e Fendrik (2011) destacam o uso da psicanálise no DSM-I para explicar que ansiedade pode se expressar em comportamentos ou em mecanismos de defesa, podendo ser de natureza inconsciente. Assim, os conceitos psicanalíticos coroam esse momento de criação da primeira versão deste instrumento.

Conforme Rocha (2000), Freud apresenta as psiconeuroses como expressão típica de uma série de distúrbios psíquicos relacionados com a defesa, tais como: a histeria, a fobia e a neurose obsessiva, ligadas à pulsão. No vocabulário freudiano, seguindo o mesmo autor, como na língua portuguesa não existe uma distinção clara entre ansiedade e angústia, articulam-se a ideia de carência, de falta, de restrição, bem como o estado de exagerada aflição, tormenta e agonia. Como poeticamente recita Rocha:

É compreensível, pois, que, enquanto elemento constituinte e estruturante da existência humana, a angústia se manifeste nos registros que estruturam o sujeito humano, vale dizer nos registros do corpo, da alma e do espírito (2000, p. 19).

Em 1968, É publicado **DSM-II**, contendo **182** transtornos mentais em **134** páginas, mantendo sua metodologia ancorada na psicanálise. Contudo, o termo *reação* é abandonado e afasta-se a ideia dos transtornos mentais como reações transitórias às situações adversas da vida cotidiana. Mas o termo neurose ainda continua. O aumento das categorias diagnósticas ocorre, segundo Dunker (2014), devido aos sistemas de coleta de recenseamento e estatísticas de hospitais psiquiátricos, bem como das vicissitudes surgidas no contexto da guerra.

¹² Bergeret (2006) esclarece que a neurose é o produto do recalçamento, um recalçamento que concerne essencialmente à sexualidade. Em geral, um mal-estar em que se confundem avidez e frustração.

¹³ Bergeret (2006) descreve que os mecanismos de defesa, são mecanismos elaborados para defender Eu e as diferentes instâncias da personalidade (Isso, Supereu, Ideal- de -Eu e Eu- ideal) de um conflito que pode nascer entre elas, ou provenientes da realidade exterior).

Foi nessa época que a definição de hiperatividade apareceu na nomenclatura diagnóstica oficial, da segunda edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais, o DSM-II. Segundo Barkley (2008) com o nome de **reação hipercinética da infância**. As características que definiam a hipercinese eram: impulsividade, pobre capacidade atencional, baixa tolerância a frustração, distração e agressividade.

As mudanças e abandonos de termos psicanalíticos anunciam a intenção de romper com a teoria psicodinâmica. Afastando a neurose da categoria clínica, inicia, assim, um processo de universalização dos fenômenos com base nas neurociências, genética e farmacologia como forma de sustentação para o saber psiquiátrico. Sobre a mudança da neurose no cenário clínico, Jerusalinsky e Frenrik comentam “[...] as neuroses, porque remetem a uma série de problemas psíquicos ambíguos, de caráter ‘não objetivo’, ou seja, não observáveis nem quantificáveis, e de etiologia confusa” (2011, p. 30).

Em 1980, surge o **DSM-III**, com **265** transtornos mentais em **494** páginas. Suas páginas contêm listas longas e detalhadas de critérios observáveis que deveriam ser encontrados nos pacientes no ato do diagnóstico. É a partir da terceira versão que a psiquiatria padronizada é desvinculada de qualquer abordagem teórica, baseando-se apenas nos fenômenos observáveis para a elaboração do diagnóstico. Utilizando uma metodologia de abordagem descritiva, os aspectos clínicos são identificados.

A chegada do DSM-III (1980) acompanha o processo de desinstitucionalização dos loucos e dos movimentos em prol da reformulação das políticas de saúde mental. Ceder aos critérios da nascente medicina baseada em evidência e influenciada pelo início da revolução científica mostra como um momento histórico de mudanças da política de saúde voltada ao processo de crítica asilar, acompanhado da psiquiatria em espaços públicos, bem como o momento de cogestão interferem nas práticas vigentes da sociedade.

O DSM-III promoveu uma reviravolta no campo psiquiátrico, que se apresentou como uma salvação da profissão. Não se tratava apenas de disputas teóricas internas ou de progresso científico. Segundo Aguiar (2004) “Ele surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde”. (p. 42)

A chegada do DSM-III traz consigo o rompimento com a psicanálise, a observação empírica, a multiplicação das categorias diagnósticas e a reconceituação da reação hipercinética para Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, o TDA. O manual retirou as hipóteses etiológicas baseadas em fatores parentais, familiares e a história individual, para considerar uma prática clínica classificatório-avaliativa.

Em 1989, é publicado o **DSM-III-R**, contendo **292** transtornos mentais em **597** páginas. O aumento no número de categorias diagnósticas em relação ao DSM-III é de 27 categorias, o que representa um crescimento de quase 10% nos transtornos mentais listados na edição de 1980. Nesta edição do Manual, o termo 'neurose' deixa de ser usado definitivamente, não aparecendo nem mesmo entre parênteses, tal como acontecia no DSM-III. No DSM-III-R, a classificação do transtorno mental deve ser baseada apenas em fenômenos observáveis clinicamente e estes são descritos sem fazer referência a nenhuma teoria específica. A objetividade e a universalidade deste manual garantem um 'bom' diagnóstico, enquanto a abordagem psicanalítica trata os casos singulares a partir de sua perspectiva teórica “[...] uma série de problemas psíquicos ambíguos, de caráter não objetivo [...]” (Jerusalinsky & Fendrik, 2011, p. 30). Buscando eliminar a palavra do paciente dada pela psicanálise, a “década do cérebro”, marcada pelo governo de George Bush, os anos 90, eliminam definitivamente nomenclaturas provenientes da teoria freudiana a partir desta versão em diante. É assim que Dunker se refere a retirada da neurose.

Mas o problema crucial que se perde de vista com a exclusão da neurose como categoria diagnóstica é que os diferentes sintomas de um sujeito exprimem e se articulam em uma narrativa de sofrimento. Conforme Dunker (2015) o sofrimento em sua narrativa, se embaralha com a história de vida das pessoas, com seus amores e decepções, com suas carreiras e mudanças, com seus estilos e escolhas de vida, com suas perdas e ganhos.

Nessa revisão (DSM-III-R) o TDA é mais uma vez renomeado e passa por mudanças nos critérios diagnósticos. Seriam incluídos dois transtornos comportamentais: desatenção e hiperatividade. Apresentado para essa versão como Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, TDAH. A década de 1980 conforme descreve Barkley (2008) testemunhou uma quantidade maior de pesquisas sobre o impacto sociológico dos sintomas do TDAH em crianças. Essas investigações exploraram os efeitos de medicamentos que desde o DSM-II com o diagnóstico de reação hipercinética vinham sendo ministrados, agora essas investigações eram sobre os medicamentos estimulantes no tratamento.

Em 1994, é publicado o **DSM-IV**, contendo **374** transtornos mentais em **886** páginas. Esta versão conta com alguns novos transtornos e a eliminação de outros. Uma versão com texto revisado aparece em 2000, o DSM-IV-TR, que sofre poucas modificações em relação à versão anterior. Essa versão é criada para diminuir a lacuna entre o DSM-IV e o futuro DSM-V. A proposta é corrigir a defasagem de alguns anos, ou seja, de 12 anos entre uma publicação e outra.

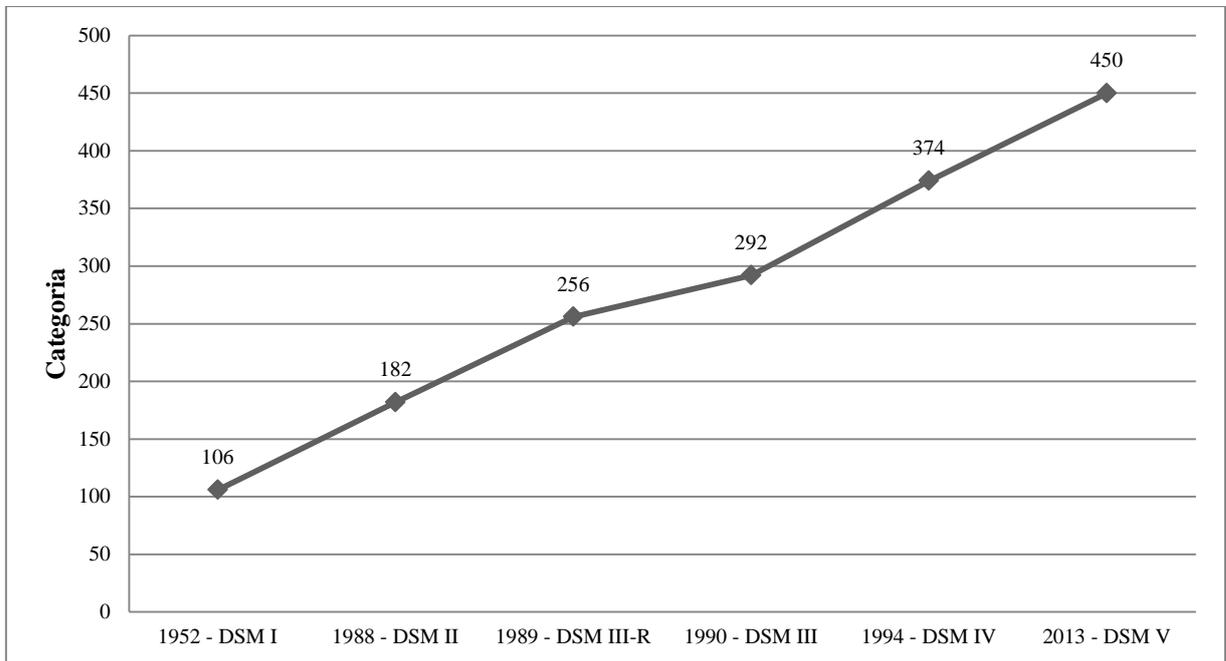
Como mostra Dunker (2014), é no espaço de 20 anos que separam o DSM-III (1974) do DSM-IV (1994), que se rompe a longa tradição, em vigor desde Pinel, na qual a caracterização das formas de sofrimento se faz acompanhar da fundamentação ou da crítica filosófica. Rompe-se também o casamento entre psicanálise e psiquiatria, sobretudo o compromisso com a psicodinâmica. O que se nota nesse processo de mudança é a mutação da própria razão diagnóstica, da fundamentação psicológica para a biológica e comportamental. O rompimento com a psicanálise desconsidera que as patologias mentais derivam dos modos de subjetivação e socialização, e assim dissertam Jerusalinsky e Fendrik “Definitivamente o manual de classificação psiquiátrico nada tem a ver com os psicanalistas. Nós psicanalistas podemos nos desprender tranquilamente da psiquiatria. Nossos propósitos são outros, nossos objetivos diferem” (2011, p. 18). A psicanálise tem sua nosografia, contudo, apenas para localização de estrutura de personalidade e não como um diagnóstico a ser carregado pelo sujeito.

Dessa forma, nos interessamos pelo papel que a psicanálise pode assumir no contexto contemporâneo da psicopatologia, a fim de escapar da objetividade lançada a um sujeito em diagnósticos através de fenômenos comportamentais, que não considera a história individual, os desejos, os medos e, conseqüentemente, a subjetividade. Sobre o DSM, Dunker “[...] é o sintoma maior da supressão individual” (2014, p. 88). O processo de constituição subjetiva¹⁴ é descartado, estando o processo intimamente relacionado com uma trama de relações pré-existentes ao nascimento, necessárias para a estruturação do sujeito, fator determinante para a psicanálise que se contrapõe não só à razão cartesiana, mas sobre a razão diagnóstica do manual.

O **DSM-V** é lançado em maio de 2013, com **948** páginas e constando **450** categorias diagnósticas. No percurso da história do desenvolvimento do DSM, destacamos o crescente aumento do número de páginas e das categorias diagnósticas. Com tantas categorias, Dunker (2014) destaca que um paciente como o “Homem dos Ratos”, atendido por Freud (1980 [1907]), receberia hoje, facilmente, sete ou oito diagnósticos sobrepostos em vez da única e genérica neurose obsessiva. Essa abordagem puramente categórica dos transtornos considera apenas a presença ou ausência de um determinado sintoma, ignorando a gravidade da manifestação do sintoma para cada paciente.

¹⁴ Sobre a psicanálise e a constituição subjetiva foi destinado o segundo capítulo desta dissertação.

Polígono de Frequência Ano/DSM X Categoria



O gráfico acima ilustra o aumento do número de transtornos mentais de 106 na primeira versão, para 450 na sua última edição. Destacamos aqui, que o **excesso** de transtornos no DSM, é metaforicamente, o próprio sintoma apontado no TDA/H. Na **impulsividade** de produzir cada vez mais transtornos, na **pobre capacidade atencional** da etiologia, na **hiperatividade** das variadas versões e na **distração** em não reconhecer a experiência subjetiva de cada um, o DSM padece de TDA/H.

A inclusão da experiência subjetiva dos pacientes é o que tanto a psicanálise prioriza e defende. Deve-se entender que as questões subjetivas ajudam os clínicos a compreender melhor a experiência dos seus pacientes, permitindo um movimento de ação em sua própria vida contra uma inércia perante o estado do adoecimento, que necessita de diagnóstico e medicação. O sintoma para Freud é solução encontrada para o conflito, um enigma a ser decifrado e que aparece no corpo. Sobre essa questão, Rocha (2000) salienta que o corpo é mais do que um dado biológico, ele é em sua totalidade intencional, afinal, corpo é o instrumento de que se serve o sujeito para exprimir a linguagem de seus afetos e desafetos. Como exemplifica o mesmo autor “O psiquismo é o palco, por excelência, onde se encenam os dramas e tragédias da angústia humana” (2000, p. 21).

1.3. Percurso do TDA/H: múltiplas descrições

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H), classificação encontrada no DSM-V, como também perturbação da atividade e atenção (F90.0) e o transtorno de conduta hipercinética (F90.1), ambos pela CID-10, não estabelecem o campo da psicanálise, fazem parte dos diagnósticos que aparecem com mais frequência em crianças com idade escolar. Essas crianças, segundo o instrumento que formaliza a identificação do transtorno, apresentam problemas quanto à atenção, tipicamente com impulsividade e atividade excessiva. A população acometida pelo TDA/H é bastante heterogênea, desde a idade que se inicia às variações no grau do sintoma, como também não existe relação com a situação socioeconômica e sua incidência.

Freud, ao escrever o texto sobre *O inconsciente* (2006 [1915]), apresenta o homem dotado de motivações inconscientes recalcadas e que interferem na consciência. No estado da arte efetuada para a pesquisa, Duarte (2009), toma um fragmento clínico da psiquiatra Ana Beatriz Silva, do livro *Mentes Inquietas*, que pensamos ser bastante válido para ilustrar o que Freud referiu-se sobre motivações inconscientes. Diz respeito a uma jovem universitária chamada Diana, que nos momentos de aula ou supervisão olha para o rosto da supervisora e vê muitas imagens e pensamentos passando como uma tela de computador, isso a distrai completamente. Assim, algo se opõe a consciência racional de estar atenta. Kaufmann (1996) assinala que o interesse da atenção está ligado ao investimento narcísico, o interesse no objeto externo que não seja a si próprio.

O TDA/H, tal como apresenta o DSM-V (2014), é baseado em fenômenos observáveis e classificáveis que permitem agrupar e definir o comportamento a partir da inclusão ou exclusão da conduta. Refere-se a um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade – impulsividade que interfere no funcionamento e no desenvolvimento. Em destaque nos critérios de desatenção e de hiperatividade/impulsividade aparece “[...] os sintomas não são apenas uma manifestação de comportamento opositor, desafio, hostilidade ou dificuldade para compreender tarefas ou instruções” (p. 59). Para o diagnóstico de desatenção, devem conter seis ou mais dos seguintes sintomas:

- a. Frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligencia ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. Frequentemente tem dificuldades de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas).

- c. Frequentemente parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- d. Frequentemente não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local de trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- e. Frequentemente tem dificuldades para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldades em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter matérias e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldades em cumprir prazo).
- f. Frequentemente evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex., trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatório, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. Frequentemente perde as coisas necessárias para tarefas ou atividades (p. ex., matérias escolares, lápis, livros, instrumentos, carteiras, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. Com frequência é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. Com frequência é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados) (DSM-V, *American Psychiatric Association*; 2014, p. 59).

Para a hiperatividade e impulsividade devem conter também seis ou mais dos seguintes sintomas, seguindo o mesmo propósito do critério anterior:

- a. Frequentemente remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. Frequentemente levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do lugar em sala de aula, no escritório ou em outro lugar de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).
- c. Frequentemente corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (nota: em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude).
- d. Com frequência é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer e calmamente.
- e. Com frequência ‘não para’, agindo como se estivesse ‘com o motor ligado’ (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).
- f. Frequentemente fala demais
- g. Frequentemente deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).
- h. Frequentemente tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).
- i. Frequentemente interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle o que outros estão fazendo) (DSM-V, *American Psychiatric Association*; 2014, p. 60).

Ainda no manual, pode-se determinar o subtipo, que são três: apresentação combinada contendo critérios de desatenção com hiperatividade e impulsividade, apresentação predominantemente desatenta contendo critérios referentes a esses sintomas e apresentação predominantemente hiperativa/impulsiva, contendo os referidos sintomas.

O DSM-V (2014) destaca que são traços específicos do TDA/H menores níveis de inibição comportamental com controle à base do esforço ou de contenção. Apresenta como fatores de risco ambientais para o transtorno: muito baixo peso ao nascer (menos 1.500 gramas), tabagismo na gestação, reações a aspectos da dieta, história de abuso infantil, negligência, múltiplos lares adotivos, exposição à neurotoxina (chumbo), infecções ou exposições ao álcool no útero. Os fatores de risco genético e fisiológico são: hereditariedade como substancial, parentes biológicos de primeiro grau com o transtorno, deficiências visuais e auditivas, anormalidade metabólica, transtornos do sono, deficiências nutricionais e epilepsia.

As consequências funcionais do transtorno estão associadas, segundo o DSM-V (2014), ao baixo desempenho escolar, sucesso acadêmico reduzido e rejeição social. Crianças com TDA/H têm maiores chances de apresentar transtorno da conduta na adolescência e transtorno da personalidade antissocial na idade adulta, risco para posterior uso de substâncias ilícitas e probabilidade aumentada de obesidade. O manual também aponta que as relações familiares podem se caracterizar por discórdia e interações negativas e que, em média, pessoas com esse transtorno têm escore intelectual reduzido na comparação com seus pares.

Com toda a descrição comportamental para identificar o TDA/H, é possível verificar a falta de uma etiologia do DSM-V para o transtorno, conforme assegura sua introdução “[...] um guia prático” (p. 19). Contudo, tentamos buscar em Barkley (2008) a história do TDA/H, que nem sempre atendeu por esse nome, bem como suas diversas formas de identificar a causa que leva as crianças a serem impetuosas, desafiadoras, excessivas e inquietas. Para eles, o alicerce encontra-se nos baixos níveis de inibição e autorregulação e, assim, as origens do TDA/H começam.

Barkley (2008) faz referência a uma criança com hiperatividade no ano de 1865, identificada por um médico chamado Heinrich Hoffman que escreve em forma de poema a respeito dessa criança por ele atendida em sua prática médica. Todavia, segundo o mesmo autor, o crédito científico ficou para George Still e Alfred Tredgold, que dedicam atenção clínica a esse comportamento infantil. Crianças hiperativas são exageradamente ativas, agressivas, demonstram ter pouca volição inibitória e manifestam em seu comportamento malevolência e crueldade.

Seguindo a origem da história do TDA/H, Barkley (2008) destaca que Still, em 1902, acredita que as crianças “danadas” possuem um “defeito moral” e uma insensibilidade, pois mesmo punidas, repetem as mesmas infrações em questão de horas. Sua primeira hipótese é a existência de um defeito em decorrência de doença cerebral aguda, depois propõe uma

predisposição biológica a essa condição comportamental, que é hereditária em certas crianças, mas resultado de lesões pré-natais ou pós-natais em outras. Posteriormente, no desenvolvimento da contextualização do TDA/H, Barkley (2008) menciona que Tredgold, em 1908, passa a usar essa teoria para explicar as deficiências de comportamento na aprendizagem.

A história do interesse pelo TDA/H corresponde a uma crise epidêmica de encefalite no período de 1917–1918. Na época, as crianças que sobrevivem a essa infecção apresentam sequelas comportamentais e cognitivas significativas, igualmente semelhantes às características que hoje encontramos ao conceito TDA/H. A deflagração dessa crise veio corroborar a hipótese de que existe uma predisposição biológica a essa condição comportamental, considerando-a realmente resultado de uma lesão cerebral, que leva ao “[...] distúrbio comportamental pós-encefalítico” (Barkley, 2008, p. 17).

Influenciados pela associação de uma doença cerebral às patologias do comportamento, estudos são direcionados a causas de mesma natureza, como apontam Barkley (2008): os traumas natais, infecções além da encefalite, sarampo, a toxicidade do chumbo, a epilepsia e traumatismos cranianos são estudados em crianças e associados a diversos comprometimentos comportamentais e cognitivos. Assim, encontram outros termos para atribuir a essas características “motivação orgânica” e “síndrome de inquietação”.

Com todos os estudos voltados para hipótese etiológica de lesão cerebral, Barkley (2008) mostra que, em 1947, o conceito nasce com Strauss e Lehtinen, e é atribuído a crianças com essas características de comportamento, apresentando ou não evidências de patologias cerebrais. Para os pesquisadores, as perturbações psicológicas em si já são comprovações de lesões cerebrais, sem necessidade de uma confirmação. Então, devido à ausência de sinais dessas lesões, o termo evolui para o conceito de “lesão cerebral mínima” e depois para “disfunção cerebral mínima”.

Na década de 50, começam as investigações sobre os mecanismos neurológicos presentes na disfunção cerebral mínima. Contudo, a mais nova mudança para a etiologia do conceito que temos hoje de TDA/H acontece no cenário das hipóteses: é postulada uma deficiência no sistema nervoso central, mais especificamente no tálamo¹⁵. A nova concepção permite chamar de “transtorno de impulso hipercinético”. Nesse contexto, acredita-se que o transtorno poder ser tratado com medicamentos e, assim, inicia-se os resultados encontrados com psicofarmacologia. Entretanto, essa pesquisa tem o marco na história do transtorno,

¹⁵ O tálamo é um centro de organização cerebral (Barkley, 2008).

devido sua delimitação do que ocorre organicamente no cérebro, os patamares corticais baixos ou superestimulação. Uma psiquiatria baseada nas evidências do corpo físico, neuronal e químico.

Um desses desenvolvimentos foi o rápido aumento no uso de medicamentos estimulantes com crianças hiperativas em idade escolar. Esse uso, sem dúvida, foi causado pelo aumento significativo de pesquisas que mostravam que os estimulantes tinham efeitos drásticos sobre o comportamento hiperativo e desatento dessas crianças (Barkley, 2008, p. 25).

O período de 1960 a 1969 é marcado por movimentos de reforma na psiquiatria. Nesse trilhar, o termo “disfunção cerebral mínima” é substituído pelo conceito de “síndrome de hiperatividade”. Segundo Barkley (2008), “[...] a criança hiperativa é aquela que conduz suas atividades em uma velocidade acima da normal observada na criança média, ou que está em constante movimento, ou ambos” (p. 20).

A década de 70 e 80, por sua vez, conta com o interesse científico sobre o tema e, conforme descreve Barkley (2008), apresenta mais de dois mil estudos publicados sobre a hiperatividade. O aumento exponencial em pesquisas culmina na reconceituação radical para TDA. Para o diagnóstico, as crianças precisam apresentar três dos sintomas que se referem à desatenção. Além disso, destaca-se a incidência do transtorno antes do sete anos:

1. Com frequência não consegue terminar tarefas que começa.
2. Com frequência parece não escutar.
3. Distrai-se facilmente.
4. Tem dificuldades para se concentrar em trabalhos escolares ou tarefas que exijam atenção prolongada.
5. Tem dificuldades para se ater a uma atividade lúdica (Russell & Barkley, 2008, p. 32).

Para o diagnóstico de impulsividade, a criança deve apresentar três dos sintomas abaixo mencionados:

1. Com frequência age antes de pensar.
2. Muda excessivamente de uma atividade para outra.
3. Tem dificuldade para organizar o trabalho (isso não se deve a limitações cognitivas)
4. Precisa de muita supervisão.
5. Fala com frequência na classe.
6. Tem dificuldade para esperar a sua vez em jogos ou situações de grupo. (Russell & Barkley, 2008, p. 32).

No que diz respeito ao diagnóstico de hiperatividade, a criança deve apresentar três dos seguintes sintomas:

1. Corre ou escala objetos excessivamente.
2. Tem dificuldade para ficar sentado ou mexe excessivamente.
3. Tem dificuldade para permanecer sentado.
4. Mexe-se excessivamente durante o sono.
5. Sempre está “saindo” ou age como se “movido por um motor” (Russell & Barkley, 2008, p. 32).

Em 1987, com a revisão do DSM-III para o DSM-III-R, o resultado é a modificação do nome do Transtorno de Déficit de Atenção com e sem Hiperatividade, TDA para Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, TDAH, apresentado no primeiro item do capítulo anterior. Agora, os critérios diagnósticos passam a ser incorporados em relação à versão anterior, precisando conter oito dos seguintes sintomas:

1. Mexe com as mãos ou pés ou agita-se no assento (em adolescentes, pode se limitar a sentimentos subjetivos de inquietação).
2. Tem dificuldade para permanecer sentado quando lhe pedem.
3. Distrai-se facilmente com estímulos externos.
4. Tem dificuldades para esperar sua vez em jogos ou situações de grupo.
5. Frequentemente responde questões antes de serem concluídas.
6. Tem dificuldades para seguir instruções de outras pessoas (não devida a comportamento de oposição ou falta de compreensão) p.ex., não termina deveres.
7. Tem dificuldade para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
8. Muda com frequência de uma atividade para outra.
9. Tem dificuldade para brincar em silêncio.
10. Costuma falar excessivamente.
11. Costuma interromper os outros, p. ex., metendo-se nos jogos de outras crianças.
12. Parece não ouvir o que está sendo dito.
13. Perde itens necessários para tarefas ou atividades na escola ou em casa (p. ex., brinquedos, lápis, livros, tarefas).
14. Muitas vezes envolve-se em atividades fisicamente perigosas sem considerar as consequências possíveis (não para o propósito de buscar emoções) (Russell & Barkley, 2008, p. 33).

No período de 1990 a 2000, os avanços que ocorrem na história do TDAH são o aumento na pesquisa sobre a base neurológica e genética do transtorno, todas em uma tentativa de encontrar ‘algo’ que justifique o comportamento: um desvio cortical, uma dessimetria nos hemisférios, um código genético alterado e, assim, a busca pela estrutura biológica continua na intenção de ser científica. A pesquisa com tomografia para detectar estados de atividade cerebral e sua localização dentro dos hemisférios cerebrais avançam junto com a ressonância magnética para avaliar a estrutura cerebral. Contudo, nada aparece de concreto para definir e explicar a causa. Barkley (2008) pontua que nas pesquisas com neuroimagem as crianças com TDA/H têm regiões corticais anormalmente pequenas, em especial o lado direito, e não possuem assimetria frontal normal entre os lados direito e esquerdo, porém o autor não desenvolve maiores considerações sobre a descoberta. Nas

pesquisas atribuídas à genética, aponta-se a questão hereditária e parentes biológicos como base para o transtorno.

O que podemos compreender com todo esse conteúdo histórico sobre a natureza do TDA/H é a falta de evidência em situar a etiologia do transtorno. Como anuncia Barkley (2008), a visão predominante do final da década de 90 permanece no século XXI, ou seja, mais pesquisas publicadas sobre hereditariedade, genética molecular e neuroimagem. Assim, permanece o diagnóstico a partir dos sinais comportamentais visíveis e desconhece-se a causa para as manifestações dos sintomas, vale destacar que não há nenhum problema em torno dos sinais biológicos ou comportamentais, **o problema** é apenas atribuir ao corpo biológico e ao comportamento a causa do transtorno eliminando o sujeito singular, o sujeito do desejo.

Tomando apenas os fenômenos observáveis do comportamento para situar um diagnóstico, tem como consequência uma porcentagem alta de seus habitantes sofrendo deste ou daquele transtorno. O encontro objetivo de tal instrumento é feito à custa de uma exclusão da subjetividade, exclusão necessária ao diagnóstico. Em contrapartida, a psicanálise oferece a escuta, e inclui sobre os sinais do TDA/H aquilo que a psiquiatria exclui, a saber, o inconsciente e seus sinais. O que nos interessa e o que nos confronta em nosso exercício diário da prática clínica é a subjetividade, visto que esta é a causa das questões do homem. Não podemos, portanto, ser alheios às especificidades da história singular, da influência do inconsciente e da questão desejo.

2. A dimensão subjetiva para a psicanálise.

2.1. A posição do homem no iluminismo

A dimensão subjetiva para a psicanálise é a característica de uma atitude marcada por sentimentos, impressões ou preferências pessoais. Segundo Santiago e Mezêncio (2013) é a capacidade do homem de se inserir como sujeito, aquele que tem a sua particularidade em relação aos desejos, suas demandas, suas escolhas, sua história de vida dentro do contexto social. Ao levar em conta a particularidade e a singularidade, a subjetividade é capaz do reconhecimento de cada um nas suas diferenças, ou seja, é na diversidade que alguém manifesta sua subjetividade em relação ao outro.

A introdução da dimensão subjetiva mostra a natureza indissociável da relação: homem, inconsciente e mundo externo na circulação dos desejos e dos afetos. Assim, o capítulo trata de demonstrar como ocorreu a passagem do homem do iluminismo para o sujeito da psicanálise. Para Rouanet (1987) o uso do termo Iluminismo para designar uma tendência intelectual, não limitada a qualquer época específica, que combate o mito e o poder a partir da razão. Tendência esta, que levou à dissolução dos mitos e a substituição da imaginação pelo saber racional e científico. Dessa forma, terminada a era das explicações metafísicas, a racionalidade acabava por tomar seu lugar com sentido único e absoluto para a validação do conhecimento humano, É certo que o renascimento semeou o campo da filosofia, como o iluminismo o da ciência. Essa razão que manifestava nas ciências, era marcada pela racionalidade em suas teorias, especialmente as científicas. Uma ideia de um universo totalmente acessível ao racional, assim como uma concepção de uma humanidade guiada pela razão.

Tratava-se de uma época de grande desenvolvimento da ciência que levou a conhecer separados os objetos de conhecimento uns dos outros, ponto de vista clássico, consolidado por Descartes, que divide o todo em partes e as estuda separado, chamado também de reducionismo cartesiano. Baseado em evidências verificáveis o método científico, produziu um discurso que fomenta a produção do que vinha a ser ciência, e o homem passa ser pensando através da razão.

O homem pensado através da razão em sua faculdade de raciocinar é legitimado pelo, dicionário *Aurélio* da Língua Portuguesa¹⁶, definido como ser sociável que se distingue de

¹⁶ Ferreira, A.B, (1980 [1910], p. 288).

todos os outros animais pela faculdade da linguagem e pelo desenvolvimento intelectual. O homem, em seu existir, é o principal motivo das reflexões filosóficas desde épocas remotas, como também da filosofia pré-socrática¹⁷. Conforme Paulo e Texeira de Godoy¹⁸ (2010) nos ensinam, os filósofos pré-socráticos esboçam os princípios do pensamento teórico evolucionista e são denominados naturalistas, procurando a verdade da vida na natureza. Estes realizam experiências com magnetismo e demonstram experiências com geometria na busca de pensar o homem a partir da consciência e da razão.

No contexto de evolução das ciências, alguns princípios gerais do conhecimento verdadeiro são considerados: as fontes e as formas do conhecimento (sensação, percepção, imaginação, memória, linguagem, raciocínio e intuição intelectual), como também a ideia do homem como estrutura corporal-espiritual, como destacam Melo e Naves (2008). Os objetos de reflexão dessa época, da Grécia Antiga, voltam-se para a ciência, o método, os valores, a religião e o próprio homem.

A ciência alcança progressos matemáticos nos séculos XV e XVI, com a simplificação de sinais algébricos e a unificação da noção de número. Segundo Lima Vaz (2004), começa um movimento na Europa de sociedades científicas em torno de certas personalidades. Neste vasto universo de pesquisas, encontramos Galileu, que cria a mecânica. Além disso, aparece a astronomia com Copérnico e tantos outros grandes nomes. Com o avanço das ciências concretas, as reflexões filosóficas tentam obter consistência firme, tal como o método utilizado pela matemática, porém os fundamentos filosóficos não possuem essa cientificidade.

Na busca por um conhecimento sólido, a filosofia, como referência para entender nosso *estar no mundo*, fornece por meio de Descartes, um método baseado na razão. Com influência das ciências concretas, o método utilizado por Descartes segue o propósito do método matemático, que segundo as convicções do filósofo, é o único certo e infalível. Conforme mostra Lima Vaz (2004), ao discorrer sobre a época, a matemática é uma fonte de inspiração, um modelo ideal, pois é um conhecimento puro e simples atingido pelo exercício da razão. Então, ao invés de considerar suas regras apenas à mecânica, como fazem seus contemporâneos, o filósofo as aplica na busca pelo conhecimento verdadeiro.

Descartes rejeita que o conhecimento verdadeiro advenha dos sentidos e toma a consciência de si como ser pensante, com a proposição do cogito: '*Penso, logo sou*'¹⁹, a ideia

¹⁷ Nome pelo qual são conhecidos os filósofos da Grécia Antiga. Como sugere o nome, estes antecedem Sócrates (Oliveira, R. 2011).

¹⁸ Paulo & Teixeira de Godoy, (2010). História do pensamento geográfico e epistemologia em Geografia [online], São Paulo, UNESP.

¹⁹ *Cogito ergo sum*, tradução mais recente (Fink, 1998).

que a própria existência deve-se ao fato de pensar. Inicia-se, a partir daí, uma ciência prática, inspirada no rigor matemático e racionalista, com o método hipotético-dedutivo, que acaba estabelecendo as bases da ciência moderna e contemporânea. Ainda segundo Lima Vaz (2004), trata-se de um método lógico por excelência, relacionado com a experimentação e usado na área das ciências naturais. Deve-se frisar que, uma teoria, para ser científica, precisa permitir que sua hipótese seja provada.

O homem da idade cartesiana é assinalado por dois traços peculiares: o moralismo e o chamado humanismo devoto, que para Lima Vaz (2004) configuram-se no próprio moralismo característico do século XVII e uma nova sensibilidade religiosa em face da razão cartesiana. Descartes, segundo a leitura de Guilherme (2013), aponta que “Deus, alma e mundo são alcançáveis ao pensamento humano, bem como deles temos a oportunidade de tornar nossa natureza digna de si.” (p. 11), ou seja, defende que a dignidade do homem reside no pensamento.

A revolução científica do século XVII, que encontra no modelo cartesiano e mecanicista²⁰ seu paradigma epistemológico fundamental, atinge todos os campos do saber e da cultura em geral. As concepções filosóficas sobre o homem obedecem a suas influências. Vale ressaltar que o homem (para a filosofia) e o homem (para ciência) assumem métodos de definições bastante semelhantes nos campos do conhecimento. Já o homem, para a psicanálise, assume outra concepção. Compreender a ideia adotada pela psicanálise nos é útil devido às incansáveis e diferentes construções da ciência para pensar o homem.

Por meio do caminho erguido para se pensar o homem e, *à posteriori*, a ciência, Freud subverte o pensamento da modernidade, baseado no cogito cartesiano – que tinha o rigor matemático como base para raciocínio e as evidências que ele proporciona, colocando em dúvida tudo o que não seguisse os métodos expostos para comprovação da verdade. Barbosa, sobre a rigidez do método, pensa que “[...] o fenômeno natural não mais se apresenta como aquele que pode ser observado pelos sentidos, mas esse fenômeno é produto de aparelhos, é produtos de técnicas altamente elaboradas” (2011, p. 85).

Nietzsche adverte “A ciência nos obriga a abandonar a crença na causalidade simples” (2013, p.33). Esse princípio empírico por excelência não cabe ao conjunto de proposições axiomáticas nas quais a ciência está baseada, que considera que toda afirmação deve buscar a aprovação científica de reconhecimento e a solução para o problema. Fink (1998) considera a ciência como um conjunto fixo de procedimento de verificação e refutação, com métodos de

²⁰ A perspectiva do modelo mecânico é analisar tudo através de teorias físico-matemáticas (Guilherme, 2013, p. 21).

construção de modelos e processos de formulação de conceito que se baseiam no rigor das ciências concretas.

2.2. Passagem do homem para o sujeito

Na contramão do pensamento moderno, ou seja, do pensamento iluminista que tinha como fundamentos a crença no poder da razão humana de compreender nossa verdadeira natureza e de ser consciente de nossas circunstâncias, Freud defende um sistema de maior valor, que chamou de inconsciente, presente em todos, rompendo com a compreensão que se tinha na época do homem como ser racional e centrado na consciência²¹. O pai da psicanálise enfatiza:

Nosso direito de supor a existência de um psiquismo inconsciente e de trabalhar cientificamente com essa suposição tem sido contestado por muitos. Podemos responder que a suposição do inconsciente é necessária e legítima e que dispomos de numerosas provas de sua existência. Ela é necessária, porque os dados da consciência têm muitas lacunas. Tanto em pessoas sadias quanto em doentes ocorrem com frequência atos psíquicos que, para serem explicados, pressupõem a existência de outros atos para os quais, no entanto, a consciência não fornece evidências (Freud, 2006 [1915/1920], p. 19).

A psicanálise nasce em um momento muito específico, quando o pensamento europeu encontra-se impregnado pelas ideias de Descartes e sua evidência científica, em que a certeza se constrói quando a existência é garantida e está assegurada pelo pensar da natureza consciente. A proposição freudiana do inconsciente descentra o homem, que a partir desse ponto não pode mais ser definido como pensamento consciente e, assim, o pai da psicanálise abre um caminho fecundo, rompendo com a certeza do *cogito*, a certeza do eu, para estruturar o inconsciente. Assim, Freud, em sua metapsicologia²², atribui ao inconsciente a regência da vida psíquica, exposta em *A interpretação dos sonhos* (Freud, 2001 [1900]), *A psicopatologia da vida cotidiana* (Freud, 1996 [1901]) e *Os chistes e sua relação com o inconsciente* (Freud 1980 [1905]). Ao contrário do que preconiza o sujeito cartesiano, o mestre vienense renega as

²¹ Aqui destacaremos duas definições para consciência: segundo o dicionário da língua portuguesa, trata-se do atributo pelo qual o homem pode reconhecer e julgar sua própria realidade; conhecimentos imediatos da sua própria atividade psíquica (Ferreira, A.B. 1980 [1910]). E, segundo as próprias notas de Freud, consiste em “estar ciente” ou “estar consciente” (2006 [1915]).

²² O termo Metapsicologia, segundo Kaufmann (1996), aparece pela primeira vez em 1896, em uma de suas cartas a Fliess, acreditando ser o ideal para sua psicologia que penetra aquém da consciência. A palavra metapsicologia tem uma tríplice acepção: serve para reunir suas hipóteses e especulações a respeito do inconsciente, os textos de 1915 aparecem com esse título e, finalmente, o termo designa toda a descrição de um processo mental segundo as três dimensões identificadas como dinâmica, tópica e econômica.

bases hipotético-dedutiva da racionalidade e afirma: “[...] o eu não é senhor em sua própria casa” (Freud, 1996 [1917/1918], p.153), a evidência da psicanálise era a evidência do inconsciente. Sobre isso, Fink nos diz:

Freud [...] apresenta o inconsciente como uma instância completa, uma instância aparentemente dotada de suas próprias intenções e vontades – um tipo de segunda consciência construída, de alguma forma, de acordo com o modelo da primeira. Embora certamente apresente o inconsciente como aquele que interrompe o fluxo normal dos acontecimentos (1998, p. 63).

Contudo, nos *Artigos sobre a metapsicologia*, Freud destaca que “[...] uma representação inconsciente é, portanto, aquela que não percebemos, mas cuja existência admitimos, com base em outros indícios e evidências.” (Freud, 2004 [1912], p. 84). E evoca, por meio de alguns exemplos, como o inconsciente se desvela, como no caso da sugestão pós-hipnótica, quando uma pessoa é colocada em estado de transe e, posteriormente, desperta. Tudo parece indicar que voltou à consciência, todavia a sugestão de ação do médico impõe-se, e o que foi ordenado em estado hipnótico é executado conscientemente, sem que a pessoa saiba por que o faz ou tenha recordação do ocorrido.

No mesmo texto, o pai da psicanálise considera que o inconsciente se manifesta em todos, destacando que aparecem em indivíduos saudáveis lapsos na linguagem, tais como: esquecimentos de nomes, erros de memória e erros na fala. Esses lapsos e atos falhos não devem ser entendidos por meros acasos, são provenientes da ação de ideias inconscientes. Assim como os sonhos que Freud, orgulhosamente, atribui ao trabalho mais completo da sua jovem ciência pautada no inconsciente, a evidência desta atividade psíquica é demonstrada também nos esquecimentos e erros acima citados. Freud, em *Conferências introdutórias sobre a psicanálise I e II* (1996 [1915/1916]) considera:

Em um lapso de língua a intenção perturbadora pode, em seu conteúdo, estar relacionada à intenção perturbada, caso em que ela a contradiz, corrige ou suplementa [...] o orador decide não expressá-la verbalmente e, após isso, ocorre o lapso de língua: após isso, quer dizer, que a intenção, que foi repelida, é expressa em palavras, contra a vontade de quem fala, seja alterando a expressão da intenção permitida, seja confundindo-se com essa expressão, ou realmente tomando seu lugar. Este é, pois, o mecanismo do lapso de língua (p. 98).

Freud, no texto sobre *O inconsciente* (2006 [1915]), conclui – por meio das experiências cotidianas mais pessoais – que todos nós entramos em contato com evidências que não são produtos da consciência, como mencionados acima, adicionando também as ideias que ocorrem súbita ou espontaneamente: os sonhos, os sintomas psíquicos e as manifestações obsessivas nos doentes. Para o autor, todos esses atos permanecem incoerentes

e incompreensíveis se explicados à luz de processos que ocorrem dentro de nós e, por intermédio da consciência, ou seja, o argumento sustenta que nem tudo que ocorre na psique²³ necessariamente é do nosso conhecimento. E considera:

A teoria mais provável que podemos formular no estágio atual de nosso conhecimento é a seguinte: o inconsciente é uma fase inevitável que ocorre regularmente nos processos que constituem nossa vida psíquica, e todo ato psíquico começa como um ato inconsciente e pode assim permanecer, ou pode desenvolver-se em direção à consciência, dependendo de encontrar ou não resistência (Freud, 2004 [1912], p. 87).

Ao promover um corte paradigmático, a psicanálise rompe radicalmente com as ideias vigentes, fundamentadas no pensamento cartesiano ou mesmo positivista²⁴, e que representam tão bem o pensamento ocidental. A ruptura epistemológica²⁵ promovida gera um complicador, raciocina para além da ciência convencional. Aqui, podemos situar as histéricas, na questão do seu sintoma, em que a doença aparece não como parte de um adoecer, privilegiando anatomia patológica. Freud, desloca o lugar da certeza do homem como um ser puramente biológico e afirma que as histéricas sofrem de reminiscências:

O mundo interno do paciente histérico está recheado de representações psíquicas ativas, mas inconscientes; todos os seus sintomas originam-se delas. Uma das características mais marcantes da mente histérica é o fato de ser dominada por representações inconscientes (Freud, 1996 [1893], p. 85).

Em *Estudos sobre a histeria* (1996 [1893]), Freud, como referido anteriormente, utiliza o método da sugestão hipnótica que consiste em tornar consciente o inconsciente, significa tornar manifesto e reconhecido pela consciência o fator traumático causal que se encontra na base da produção dos sintomas histéricos. A prática clínica com as histéricas comprova que as emoções penosas despertadas pelos eventos traumáticos permanecem estreitamente vinculadas à sua lembrança, tal como exposto por Breuer & Freud (1996 [1893]) “[...] é necessário hipnotizar o paciente e provocar, sob hipnose, suas lembranças da época em que o sintoma surgiu pela primeira vez; feito isso, torna-se possível demonstrar a conexão causal da forma mais clara e convincente” (p. 20).

²³ *Psique* no contexto freudiano não se refere à alma, mas à psique ao psiquismo, e é lido em alemão como um termo sem a carga espiritual e mística de alma (Freud, 2006 [1915]).

²⁴ Corrente filosófica que surge na França no começo do século XIX. O positivismo defende a ideia de que o conhecimento científico é a única forma de conhecimento verdadeiro (Barbosa, 2011).

²⁵ A expressão “ruptura epistemológica” é um conceito fundamental no interior da epistemologia de Gaston Bachelard, filósofo francês que designa e explica as rupturas ou as mudanças súbitas que acontecem ao longo do processo científico na busca de uma crescente objetividade, em que o racional, que é construído, se vai sobrepondo num esforço constante ao consciencial, que é subjetivo (Barbosa, 2001).

No texto *O mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos* (1987 [1893]), período do método da sugestão hipnótica, Freud observa que os sintomas histéricos desaparecem quando ab-reagidos, isto é, desaparecem quando, por meio do recurso à palavra, ocorre a descarga das emoções penosas associadas aos acontecimentos traumáticos. De acordo com Freud (1987 [1893]), uma cena só se torna traumática quando transformada em lembrança a partir de sua evocação por meio da repetição de uma cena análoga. A lembrança do evento traumático permanece registrada no aparelho psíquico, mas quanto à eficácia de sua ação na produção dos sintomas, o paciente nada recorda.

Com o fortalecimento da noção que as histéricas não se lembram da cena traumática e, mesmo assim, elas existem, Freud anuncia com convicção "[...] as histéricas sofrem de reminiscências." (1996 [1893], p. 48). E, assim, introduz a teoria do recalque²⁶ para explicar o inconsciente. Neste momento, recusa a sugestão hipnótica e inicia a associação livre, que consiste no método de investigação da cura pela fala, sem a utilização de qualquer outro recurso que não seja a palavra. Sua técnica passa a ser a partir da escuta e disserta: “após um vago pressentimento, resolvi substituir a hipnose pela associação livre” (Freud, 2004 [1914], p. 29).

Ao renunciar aos métodos da hipnose e da sugestão para adotar a técnica de associação livre como regra fundamental da psicanálise, Freud estabelece um método para chegar ao inconsciente. A técnica da associação livre tem por objetivo fazer com que o paciente fale tudo o que atravessar a sua mente, com ou sem sentido, qualquer conteúdo, mesmo que de natureza constrangedora. Torna-se o princípio básico do método investigativo freudiano. A psicanálise inaugura uma modalidade de homem e cria a modalidade de sujeito do inconsciente que não está mais determinado pelo predomínio dos atos da consciência ou pela autodeterminação da vontade, subvertendo o dualismo cartesiano de corpo e mente, ou seja, o saber psicanalítico ultrapassa a consciência filosófica moderna e rompe a unidade hegemônica da ciência, juntamente com a unidade do homem formulada pelo cogito cartesiano.

É por meio do material fornecido pelos *Estudos sobre a histeria* (1996 [1893]) que Freud, ao observar como o inconsciente se inscreve por intermédio do sintoma, percebe que diante da situação traumática, ou seja, os traumas psíquicos oriundos do mundo interno das histéricas, estas sofrem uma dissociação do conteúdo consciente. A esta dissociação dá-se o

²⁶ Segundo as notas de Freud “[...] empurrado para o lado, manter afastada a manifestação de uma ideia incômoda com movimentos de empurrar na direção do consciente ou do inconsciente ([1915] 2004, p. 61).

nome de atividade de defesa do ego²⁷ e ela é, fundamentalmente, um sistema de inibição e defesa, excluindo para o exterior tudo aquilo que experimentado como inconciliável ao seu campo representativo.

É assim, pois, que Freud introduz o conceito de recalque, como causa da divisão psíquica e como processo por meio do qual as representações de desejo são expulsas do campo da consciência, vindo a inscrever-se no campo do inconsciente. A força de sua ação não torna uma representação inócua e inativa; ao contrário, garante a sua indestrutibilidade ao torná-la inacessível à consciência. Segundo Freud, “[...] temos fortes evidências de que mesmo permanecendo inconsciente a ideia recalçada é capaz de continuar a produzir efeitos sobre a psique e de que alguns dos seus efeitos acabam por alçar-se à consciência do sujeito” (2004 [1915], p. 19).

O abandono da teoria dos estados hipnoides (Breuer & Freud, 1996 [1893]) em defesa do processo do recalque e do dispositivo analítico da livre associação dá lugar à nova designação clínica. Segundo Barbosa (2011), uma mudança epistemológica é conferida na retificação para a construção do conhecimento. É este ato freudiano que funda o método propriamente denominado psicanalítico de acesso ao inconsciente, e a segurança do homem moderno cartesiano está comprometida. Contudo, Freud nos lembra de que a teoria e a técnica da hipnose ensinam muito sobre o tema, ao tempo em que nos mostra a necessidade de insistimos na técnica, porém “[...] é um produto de laboratório, um fato criado artificialmente” (Freud, 2004 [1912], p. 85). Em *A História do Movimento Psicanalítico* de (Freud, 1996 [1914]), o autor justifica sua mudança epistemológica:

A teoria do recalque é a pedra angular sobre a qual repousa toda a estrutura da psicanálise. É a parte mais essencial dela e todavia nada mais é senão a formulação teórica de um fenômeno que pode ser observado quantas vezes se desejar se se empreende a análise de um neurótico sem recorrer à hipnose. Em tais casos encontra-se uma resistência que se opõe ao trabalho de análise e, a fim de frustrá-lo, alega falha de memória. O uso da hipnose ocultava essa resistência, por conseguinte, a história da psicanálise propriamente dita só começa com a nova técnica que dispensa a hipnose (Freud, 1996 [1914], p. 26).

Portanto, ao observar que nos dados da consciência existem muitas lacunas – dos esquecimentos à formação do sintoma – esta descoberta **mostra que do inconsciente algo**

²⁷ Em *As Neuropsicoses de Defesa* (1996 [1894]), o termo defesa aparece pela primeira vez, o mesmo também ocorrendo com os termos “conversão” e “fuga para a psicose”. A elaboração teórica aponta para a importância atribuída por Freud ao papel da sexualidade e para a natureza do inconsciente, partindo de um ponto comum “uma representação incompatível com o ego”. Formula uma construção teórica em que a produção de uma “cisão da consciência” advém de um esforço da vontade e descreve de que maneira esse esforço estaria relacionado com a produção de sintomas conversivos na histeria, de ideias obsessivas e fóbicas, e de alucinações nas psicoses.

escapa e se desvela, involuntariamente. Para Freud, a vida psíquica e os fenômenos inconscientes não estão tão visíveis e conscientes, fogem aos preceitos da ciência. Ele disserta “[...] no que tange às suas características físicas, eles nos são totalmente inacessíveis; não há conceito fisiológico nem processo químico que nos possam dar a menor noção acerca de sua natureza” (2004 [1914], p. 21). O percurso desenvolvido até aqui nos mostra como Freud rompe com o homem cartesiano, apresenta o mundo dos desejos inconscientes, e como este é subterrâneo, desconhecido e obscuro, repellido pelas instâncias mentais conscientes. Para tanto, busca localizar como ocorre a subversão epistêmica da compreensão do homem, estabelece um método de tratamento no campo da fala, baseado na palavra e na escuta. Ao conferir voz ao paciente, Freud descentraliza o homem da razão e mostra que a experiência psíquica é singular, e é no seu inconsciente que algo vai se desvelar. Darmon ilustra essa questão com um exemplo: “[...] quando eu disse a você ‘minhas felicidades’ no lugar de ‘minhas condolências’ eu não pensava certamente [...] nessa palavra que me escapou, se manifesta o inconsciente, o lugar onde não sou” (1994, p. 192).

Ao promover o corte paradigmático surgem duas perspectivas epistemológicas, o sujeito cartesiano com sua evidência científica produzindo o discurso da racionalidade e o sujeito da psicanálise com sua evidência do inconsciente valorizando o discurso da singularidade. A psicanálise com sua “clínica da palavra” (Santiago & Mezêncio, 2013, p.28) diverge da clínica do olhar, utilizada pela psiquiatria que tem como instrumento o DSM, no caso específico da pesquisa o TDA/H. A objetividade dos critérios diagnósticos do TDA/H privilegiam fenômenos mensuráveis, a observação empírica e não delimita uma teoria ou corrente para explicar as patologias e transtornos, tomando como **evidências padrões esperados de conduta social**. O que Freud apresentou para o pensamento cartesiano foi que a experiência subjetiva orienta a clínica, ou seja, escutar o que o paciente tem a dizer, assim como fez com as histéricas.

Pensar o sujeito em sua singularidade irredutível. Seria possível, e pertinente, considerarmos apenas os fenômenos psicopatológicos em termos descritivos e exclusivamente biológicos, excluindo de sua definição qualquer referência ao mundo social e ao mundo do sujeito? Ou, ao contrário não seria o momento fecundo para fazer uma análise crítica dos diagnósticos na prática psiquiátrica? Afinal, o fundamento dessa prática é o sujeito, e, o sujeito como vimos é dotado de um inconsciente que se manifesta involuntariamente, preservando e guardando tudo o que foi um dia vivido.

Dessa maneira, uma análise crítica do diagnóstico de TDA/H a partir da perspectiva da psicanálise procura não apenas evidenciar as diferentes concepções epistêmicas, mas também

pensar as diferenças e, quem sabe, possibilitar um diálogo entre elas, evitando cair na questão reducionista de outrora. Afinal, uma categoria classificatória não contempla o singular, o singular defendido pela psicanálise só pode ser privilegiado na escuta clínica, na fala, nos tropeços e no furo do discurso.

2.3. O *status* do pensamento inconsciente como avesso da ciência

No curso da mudança operada pelo descentramento da consciência, a concepção freudiana do inconsciente, de uma irracionalidade *versus* a racionalidade da consciência, aponta para duas ordens distintas. Segundo Garcia-Roza (2000), desde Descartes o homem possui um lugar privilegiado do conhecimento e da verdade, operado pela consciência. A psicanálise vai de encontro à intelectualidade da época, e começa a investigar fenômenos da vida afetiva que fogem da racionalidade dominada pela razão. De acordo com o mesmo autor, “[...] sem dúvida alguma, a psicanálise produziu uma derrubada da razão e da consciência do lugar sagrado em que se encontravam [...] ao fazer da consciência um mero efeito do inconsciente, Freud operou uma inversão no cartesianismo” (Garcia-Roza, 2009, p. 20). Para o pai da psicanálise, o mundo do homem pensado racionalmente é escorregadio e não oferece explicações para certos fenômenos.

É a partir das sutilezas dos processos mentais que Freud estrutura o psiquismo. Conforme avança em suas elaborações teóricas, avança na direção do que mais tarde Lacan dará ao sujeito²⁸. Embora Freud nunca tenha feito menção sobre o termo tal como considerado aqui, esse conceito perpassa em toda teoria freudiana. Cabas (2009) aponta que esse conceito aparece em seu legado, explícita ou implicitamente, pois o núcleo central de sua trajetória é o fundamento clínico, o próprio sujeito. Freud coloca em cena a concepção de um sujeito dividido, não centrado em torno da consciência. De fato, a psicanálise propõe falar do homem como um ser singular, por meio da escuta do sujeito, de sua verdade e de sua experiência subjetiva, tudo aquilo que é recusado pelo positivismo é positivado pela psicanálise. Por isso, sempre nos referimos ao sujeito e não mais à noção de homem que é incompatível com a hipótese do inconsciente.

O conceito de inconsciente, como já vimos, é o ponto central da teoria freudiana e revela que a vida psíquica possui pensamentos determinantes, embora inconscientes, de onde

²⁸ Segundo Kaufmann, “[...] o termo sujeito, introduzido por Lacan na psicanálise, está aí para tornar possível operar com a hipótese do inconsciente sem aniquilar sua dimensão fundamental de não sabido [...] dizemos sujeito do inconsciente e não ‘eu’ do inconsciente [...] poderíamos dizer que Lacan retoma literalmente a expressão ‘hipótese do inconsciente’ e substitui ‘hipótese’ por ‘sujeito’.” (1996, p. 502).

se originam os sintomas, tal como acontece com as histéricas descritas anteriormente. O inconsciente faz parte da primeira tópica²⁹ do aparelho psíquico, construída a partir da *Interpretação dos sonhos* (2001 [1900]). A explicação tópica refere-se ao lugar que ocupa dentro do aparelho, assim o inconsciente só pode ter acesso à consciência por meio do pré-consciente, como nos diz Kaufmann: “Assim o Pcs, instituído como uma instância tampão entre o Ics e o Cs [...]” (1996, p. 265). A passagem dos conteúdos é submetida às exigências do sistema consciente. A descrição desse processo psíquico é demonstrada por Freud na *Interpretação dos sonhos*. Garcia-Roza (2009) aponta que a proposição da interpretação dos sonhos possui duas afirmações: a primeira é que os sonhos não são absurdos, mas possuem um sentido; e a segunda é que os sonhos são realizações de desejos.

Freud, ao utilizar o termo *interpretação*, considera a sua *hermenêutica*, segundo o Dicionário de Filosofia (1994 [1912]), esta significa a expressão de um pensamento, algo em si mesmo. “A hermenêutica é muito próxima de uma teoria geral dos símbolos, mas seu objeto principal continua sendo uma interpretação e uma decifração de expressões e textos de alguma maneira cifrados” (Ferrater, 1994 [1912], p. 1326). Estabelece, no caso dos sonhos, uma relação de compreensão das figuras oníricas como a história da pessoa que sonha, baseada em um prévio conhecimento dos dados (históricos e filológicos) da realidade que se pretende compreender e dar sentido. A psicanálise retira do conteúdo do sonho a marca de uma manifestação divina ou de um alerta antecipatório do futuro. Por isso, Freud não explica os sonhos, a explicação, segundo Ferrater (1994 [1912]), é tornar claro, a partir de quatro suposições: modelo dedutivo (como na lógica matemática), explicação probabilística (com a obtenção de enunciados prováveis de uma premissa), explicações teológicas (relacionadas aos mistérios da fé, que podem ser explicados, mas não compreendidos) e as explicações genéticas (um sistema que se transforma em outro sistema). Sobre a decifração, Freud escreve: “Os sonhos se valem desse simbolismo para representação disfarçada de seus pensamentos latentes” (2001 [1900], p. 20).

Os sonhos, como fenômenos psíquicos, são produções e comunicações do próprio sujeito: “O pressuposto de Freud é que a pessoa que sonha sabe o significado do seu sonho, apenas não sabe que sabe, e isso ocorre porque a censura a impede de saber” (Garcia-Roza, 2009, p. 63). A função da interpretação do sonho é a de produzir sentido no que aparece distorcido e velado. Portanto, o que temos aqui é uma forma disfarçada de realização de

²⁹ A representação tópica é exposta no capítulo VII de *A interpretação dos sonhos*, e efetua-se a partir da recusa da localização anatômica. A primeira tópica é inspirada pela análise dos sonhos com seu valor descritivo. A base de sua tópica tem como objetivo ordenar as localizações dos sistemas (inconsciente, pré-consciente e consciente) no aparelho psíquico (Kaufmann, 1996).

desejos do inconsciente e o que nessa medida se impõe, uma censura na mudança e na distorção das imagens oníricas, cujo objetivo é proteger o sujeito do caráter ameaçador dos seus próprios desejos, o que é ratificado por Freud no capítulo IV da *Interpretação dos sonhos*: “[...] o sonho é uma realização (disfarçada) de um desejo (suprimido ou recalcado)”. (2001 [1900], p. 193), ou seja, o sonho é a via real que leva ao conhecimento das atividades inconscientes da mente:

Os desejos provenientes do sistema inconsciente encontram-se em permanente disposição para uma expressão consciente, no que são impedidos pela censura. Esta, no entanto, pode ser burlada na medida em que o desejo inconsciente transfira sua intensidade para um impulso do consciente cujo conteúdo ideativo funcione apenas como indicador do desejo original. Uma das características fundamentais do desejo inconsciente, assim como de qualquer conteúdo do Ics, é a indestrutibilidade. A nível de sistema inconsciente, o passado se conserva integralmente, e como o sonho é um fenômeno regressivo, são os desejos mais infantis os que funcionam como indutores permanentes de seus conteúdos (Garcia-Roza, 2009, p. 85).

Conforme o supracitado autor, a noção de regressão equivale a dizer uma reprodução alucinatória da experiência original. É no próprio conceito de regressão que se encontra a razão pela qual o sonho manifesto se apresenta como uma história distorcida, desconexa e confusa, uma tentativa de passagem para a extremidade consciente, para assim alcançar o prazer. O fenômeno regressivo no sonho, segundo Garcia-Roza (2009), será o resultado da atração exercida pelas marcas mnêmicas³⁰ das experiências infantis que lutam por encontrar uma expressão atual na consciência. Assim, os traços mnêmicos, como nos diz Kaufmann “[...] traços de acontecimentos, cenas e sensações, coisas vividas e ouvidas, experiências de satisfação, assim como de dor ou pavor [...] podem ser reavivados” (1996, p. 547).

O *status* do pensamento inconsciente que estamos cuidadosamente descrevendo, com sua tendência de reproduzir experiências de prazer, envolve a descrição metapsicológica, descrições do processo mental na dimensão dinâmica (conflito entre forças), tópica (funcionamento psíquico supondo lugares) e econômica (considera os processos psíquicos através da circulação e distribuição de energia). Bergeret (2006) considera que se encontram nessa metapsicologia os princípios, os modelos teóricos e os conceitos fundamentais dos quais a clínica psicanalítica precisa para se construir em um todo coerente:

Creio que vale a pena dotar de um nome específico essa tripla forma de compreensão dos fenômenos, pois ela é a consolidação mais plena daquilo que procuramos na pesquisa psicanalítica. Sugiro chamar toda a descrição do processo

³⁰ Segundo Kaufmann (1996), Freud utiliza a expressão traço mnêmico para caracterizar um resto ou resíduo de percepção, contido em seus trabalhos sobre *Afasia* (1891), *Estudos sobre a histeria* (1895), *A interpretação dos sonhos* (1900) e em alguns outros artigos. No texto, Garcia-Roza utiliza a palavra *marca* ou invés de *traço*, devido à influência da perspectiva lacianiana em seus trabalhos. Contudo, a ideia permanece a mesma utilizada por Freud.

psíquico que envolva as relações dinâmicas tópicas e econômicas de descrição metapsicológica (Freud, 1996 [1915], p. 52).

Cada processo psíquico é considerado a partir desses três pontos de vista: dinâmico, econômico e tópico. Aqui, iremos situar esses pontos segundo a leitura de Bergeret (2006). O ponto de vista dinâmico considera os fenômenos psíquicos como resultados de uma composição, de uma combinação de forças mais ou menos antagônicas, ou seja, a oposição entre as forças do inconsciente (que buscam se manifestar) e a repressão do sistema consciente (que tende a se opor a essa manifestação). Já o ponto de vista econômico considera a energia psíquica sob um quantitativo, como circula essa energia, como ela é investida e se reparte entre os diferentes sistemas, os diferentes objetos ou as diferentes representações³¹. No tocante ao ponto de vista tópico, já descrito no início do capítulo, este se refere à proposição de um aparelho psíquico composto de três sistemas: inconsciente (abreviado Ics), pré-consciente (abreviado Pcs) e consciente (abreviado Cs).

E assim, ao falar do aparelho, faz-se necessário apresentar os processos ocorridos na estruturação da subjetividade. Temos, então, o inconsciente como regente do psiquismo. Os processos psíquicos advindos desse sistema são regulados pelo princípio do prazer, ou mais precisamente na evitação do desprazer, procurando a experiência de satisfação como uma tentativa de diminuição da tensão. Como coloca Freud: “[...] o trabalho do aparelho psíquico visa manter a quantidade de excitação em nível baixo, então tudo aquilo que for suscetível de aumentá-la será necessariamente sentido como adverso ao funcionamento do aparelho, isto é, como desprazeroso” (2006 [1920], p. 136).

A representação tópica possibilita a distinção entre os sistemas Ics e Pcs, que corresponde à distinção de dois processos que se sobrepõem: o primário e o secundário. O princípio do prazer (processo primário) corresponde a esse modo mais primitivo de funcionamento do aparelho, encontrado em mais tenra idade, porém devido às exigências do mundo exterior, esse princípio deve ser substituído pelo princípio da realidade (processo secundário). Sem abandonar o propósito de obtenção final de prazer, ele percorrerá o caminho da renúncia, da postergação e da tolerância, ou seja, adiando a satisfação devido à aquisição cultural, mas nunca perdendo sua finalidade. Teremos o esquema do aparelho psíquico a partir da primeira tópica segundo a ilustração de Bergeret (2006, p. 56).

No *Projeto para uma psicologia científica* (1996 [1895]), Freud formula a hipótese de uma **vivência de satisfação**, que é estruturante do funcionamento psíquico normal. Tal

³¹ O termo designa o conjunto da representação e da carga afetiva ligada ao inconsciente, representações de coisas que sofreram o processo do recalque (Bergeret, 2006).

vivência consiste na satisfação de uma necessidade – fome, frio ou dor. Essa experiência de satisfação é buscada por meio de uma ação específica: o choro do bebê, quando este ainda não possui o campo da linguagem, por exemplo, sua finalidade é o término do desprazer, portanto um modo de funcionamento primário. Nos processos inconscientes ou processo primário regido pelo princípio do prazer, a excitação se encontra em estado livre, ou seja, sua atividade está dirigida para a livre descarga das quantidades de excitação³², procurando sempre a satisfação. Esta descarga encontra duas vias de acesso: uma mais rápida e alucinatória (processo primário) e outra mais controlada e estável (processo secundário). Assim, Garcia-Roza descreve o processo primário:

Nessa fase, o organismo não é capaz de realizar a ação específica destinada a eliminar a tensão decorrente da estimulação interna. Um recém-nascido com fome não tem nenhuma condição de se satisfazer, seu desamparo permite apenas que ele grite e esperneie impotentemente. Gritar e agitar as pernas não elimina, porém, o estado de tensão decorrente da necessidade. Um estímulo externo, dependendo de sua natureza, poderia ser eliminado através dessa conduta, mas a excitação decorrente de uma necessidade interna age de forma contínua e só é eliminada pela ação específica que o recém-nascido é incapaz de executar. Essa ação só pode ser empreendida através de auxílio externo (a mãe ou a pessoa responsável pelo fornecimento do alimento) e somente através desse auxílio o bebê atinge a “experiência de satisfação” que põe fim ao estímulo interno (2009, p. 87).

Conforme Caropreso (2006), após a vivência de satisfação, o ressurgimento da estimulação endógena faz surgir uma tendência a ocupar a representação do objeto desejado com toda sua intensidade, de forma que esse objeto é alucinado, isto é, são produzidos movimentos associados à satisfação que, nesse caso, são em vão. Podemos observar esses movimentos ao objeto alucinado, no recém-nascido, na movimentação de sua boca (o sugar) sem estar diante de fato da realização da necessidade. Freud, no texto *Projeto para uma psicologia científica* (1996 [1895]) destaca que organismo humano é, a princípio, incapaz de satisfazer e atender a sua necessidade e apresenta a ação específica de descarga como uma importantíssima função de comunicação. Ele escreve: “Ela se efetua por ajuda alheia, quando a atenção de uma pessoa experiente é voltada para um estado infantil por descarga através da via de alteração interna” (Freud, 1996 [1895]). Em *Projeto para uma psicologia científica* (1996 [1895]), o mestre vienense introduz a tentativa de representar os processos psíquicos por meio das catexias associadas na percepção, atenção e pensamento consciente com o dispêndio motor, fazendo da atenção psíquica, *a priori*, biologicamente determinada. Freud exemplifica o processo na narrativa “[...] a própria notícia do grito serve como característica do objeto. Portanto esta associação é um meio para tornar as recordações que excitam

³² Expressão descrita por Freud no *Estudo sobre a histeria* (1996 [1895]) e na *Interpretação dos sonhos* (2001 [1900]).

desprazer conscientes e objeto da atenção: foi criada a primeira classe de recordações conscientes.” (1996 [1856], p. 81).

Assim é que, em seu *projeto para uma psicologia científica* (1996 [1895]) já podemos observar que Freud ao se referir ao mecanismo de atenção psíquica, vincula como protótipo na experiência de satisfação. Como argumentam Santiago & Mezêncio “A atenção é responsável por gerar o estado de expectativa pela qual se busca investir todas as percepções.” (2013; p.60). Abre-se aqui, uma clareira para pensar a desatenção, sinal assinalado pelo DSM-V para diagnosticar o TDA/H, objeto de nossa pesquisa. A atenção não é, por si, um fenômeno quantitativo, mas uma função estritamente ligada aos modos de satisfação de um sujeito.

Os dois princípios do funcionamento psíquico aparecem como tema da atenção. Ao examinar a relação entre processo primário e processo secundário – que não é uma relação de substituição, mas a de um incremento na eficácia da consecução de um mesmo objetivo – Freud reflete sobre os efeitos das qualidades sensórias, oriundas do mundo exterior, as qualidades de prazer e desprazer que orientam o funcionamento psíquico. A capacidade normal de focar e sustentar a atenção sejam, por razões transitórias (conflitos internos) ou fisiológicas, em virtude de fadiga, da direção voltada ao mundo interno, do tédio ou de atividades complexas dependem do desejo, é relevante assinalar que a distração é um sinal para psiquiatria e um sintoma para a psicanálise. Seguimos assim, dissertando sobre os processos ocorridos no funcionamento psíquico que a posteriori resultarão na subjetividade do sujeito.

O processo secundário resulta na inibição do processo primário e, portanto, é posterior a esse. Garcia-Roza (2000) destaca que o processo secundário resulta de uma modificação do processo primário, sendo que jamais ocorre a substituição do primeiro pelo segundo, mas apenas um aumento crescente das exigências desse último em face do escoamento das excitações do primeiro. Do ponto de vista econômico, a distinção entre os dois processos se dá, primeiro, pela via de energia livre (processo primário) procurando a descarga da maneira mais rápida e direta possível, isto é, procurando reinvestir as representações ligadas à experiência de satisfação de forma alucinatória; e, segundo (processo secundário), de energia ligada; escoando-se para a descarga de forma mais controlada e investindo de maneira mais estável nas representações:

Chamei de “processo psíquico primário” esse gênero de processo que se encontra em ação no inconsciente, para distingui-lo do processo psíquico secundário, que vigora em nossa vida normal de virgília. Como todas as moções pulsionais

[*Triebregungen*] iniciam seu trabalho nos sistemas inconscientes, não seria nenhuma novidade dizer que elas obedecem ao processo primário; (Freud, 2006[1920], p. 158).

Em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]), aparecem as primeiras linhas da descrição da segunda tópica. Segundo Bergeret (2006), essa mudança intervém no interior de um remanejamento bastante geral da teoria psicanalítica, não colocando tanta ênfase sobre os traços mnêmicos, as representações, mas essencialmente sobre a noção de conflito. Como a primeira tópica, a segunda é uma trilogia³³ entre o Isso, Eu e Supereu.^{34/35}

O Isso tem como correspondente o Ics. Conforme Bergeret (2006), o Isso se define como pólo pulsional do aparelho psíquico. Nas *novas conferências introdutórias sobre a psicanálise* (1996[1932]), sobre o Isso, Freud escreve: “É a parte obscura, a parte inacessível de nossa personalidade [...]” (p. 32). Evidentemente, as leis que regem são aquelas mesmas já anunciadas para o inconsciente, a saber: o processo primário, princípio do prazer. Vale ressaltar que os processos que nele se desenvolvem não obedecem às leis lógicas do pensamento, defendido pela razão e pela consciência. O Isso ignora os juízos de valor, o bem, o mal, a moral.

Segundo Bergeret (2006), o Eu na metapsicologia freudiana é um polo defensivo entre as exigências do Isso, as imposições da realidade exterior e as exigências do Supereu, do qual falaremos logo a seguir. O Eu tem seu núcleo representado pelo sistema percepção-consciência, se forma, se modela, na sequência de identificações sucessivas a objetos exteriores, que são assim interiorizados e incorporados ao Eu. Assegura a função da consciência e as funções precedentes ao pré-consciente.

É preciso destacar que, nessa segunda tópica, o Eu aparece com uma parte Ics, presente nos mecanismos de defesa, por exemplo: nos comportamentos obsessivos, quando o sujeito ignora, de fato, o motivo e os mecanismos de seu comportamento. Contudo, esses mecanismos, em seu aspecto compulsivo e repetitivo, são considerados como regidos pelo processo primário.

³³ Expressão utilizada por Bergeret (2006).

³⁴ Segundo Kaufmann (1996), o emprego que Freud faz do termo é de empréstimo de Groddeck, que equivale também a Id, Ego e Superego.

³⁵ Optamos por Isso, Eu e Supereu devido à função do Isso ter sido empregada por Kant, em oposição ao Eu consciente, e encontrar-se em conformidade com toda a temática da razão, ciência e inconsciente que estamos aludindo em toda a pesquisa.

O Supereu se constitui a partir da renúncia ao objeto de amor (pai ou mãe) no conflito edipiano³⁶. Em *o Ego e o Id* (1977[1923]) Freud atribui ao Édipo o processo de identificação e proibição: “Quando éramos criancinhas, conhecemos essas naturezas mais elevadas, admiramo-las e tememo-las, e, posteriormente, colocamo-las em nós mesmos” (p. 24). Não se trata, de fato, de uma identificação com o Eu dos pais, mas na assimilação dos juízos de valores e na atitude educativa. Para Kaufmann:

O supereu é então o herdeiro do complexo de Édipo (tese desenvolvida em a dissolução do complexo de Édipo). Estabelece-se portanto um equilíbrio entre os dois aspectos do super (Über): a superioridade se manifesta, ao mesmo tempo, na aspiração a ‘ser como’ e na consciência moral como instância judicativa (1996, p. 512).

Ao propor uma representação tópica para o aparelho psíquico, Freud considera que a vida psíquica liga-se à energia que circula na carga de afeto das representações. A quantidade de energia psíquica ligada a uma representação mental, ou a um objeto exterior real, é chamada de investimento³⁷. Esse modo próprio de funcionar a partir da energia psíquica permite a Freud a elaboração da noção de pulsão, encontrada em *Artigos sobre a metapsicologia* (2006[1915]), especificamente no texto *Pulsões e seus destinos*, quando considera que “[...] o núcleo do ics é composto de representações pulsionais desejosos de escoar sua carga de investimento – em outras palavras, é composto de impulsos de desejos.” (Freud, 2006 [1915], p. 37).

Freud, no texto *Artigos sobre a metapsicologia* (2006 [1915]) constrói o que chama de teoria pulsional. A pulsão nunca age como uma força momentânea de impacto, mas sempre como uma força constante, localizada no corpo. Do ponto de vista etimológico, Freud fez questão de diferenciar pulsão e instinto, destacando suas diferenças, uma vez que ambos têm o mesmo significado e origem. A pulsão (*trieb*) refere-se a impulsionar, empurrar. Freud prefere esse termo para não reduzir o conceito à natureza biológica, embora apareça como tal nos fundamentos orgânicos das necessidades de sede ou de fome: “[...] o estímulo pulsional não provém do mundo externo, mas do próprio interior do organismo” (Freud, 2004 [1915], p. 146).

³⁶ O conflito edipiano é, para Freud, um conflito sexual da neurose. No menino, decorre da rivalidade com o pai no projeto de conquistar a mãe, então esse projeto é abandonado, em função ao mesmo tempo dos sentimentos ternos existentes pelo pai e do medo de uma medida de retaliação (castração). A proibição do pai é internalizada, ao mesmo tempo em que a identificação com o pai se projeta (Bergeret; 2006).

³⁷ Segundo dicionário Alemão Michaelis (2011) o termo *besetzung* se traduz por ocupação. Porém pode se observar que o termo *investimento*, proveniente das ciências econômicas, tem sentido da coisa investida e do investidor, permitindo total coerência ao termo utilizado.

Para Freud (2004 [1915]), a pulsão é um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático; ou ainda é o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente. Ele enfatiza: “[...] uma pulsão nunca pode tornar-se objeto da consciência” (Freud, 2006 [1915], p. 28). Outros termos são utilizados em conexão com o conceito de pulsão, tais como: fonte, pressão, objetivo e objeto. Para definirmos essas referências, utilizamos a leitura de Garcia-Roza (2009) sobre a metapsicologia freudiana. A fonte da pulsão é corporal, porém com algumas variedades de fontes apontadas. Nos *Três ensaios sobre a sexualidade* (1977 [1905]), Freud apresenta como fontes da sexualidade infantil, além da excitação das zonas erógenas, as excitações mecânicas, a atividade muscular, os processos afetivos e até mesmo a concentração da atenção numa tarefa intelectual. Freud (1977 [1905]) também aponta que as pulsões são inteiramente determinadas por sua origem numa fonte somática, entendendo-se por *fonte somática* ou *fonte orgânica* tanto o órgão do qual provém a excitação, como o processo físico-químico que constitui essa excitação.

A pressão é a segunda dimensão da pulsão, é sua própria atividade, seu fator dinâmico. É a marca distintiva do funcionamento do aparelho psíquico, demonstrada desde a primeira tópica, na quantidade de energia proveniente do acúmulo ou por meio da descarga. A pressão é o elemento motor que impele o organismo para a ação específica responsável pela eliminação da tensão. O objetivo é o terceiro elemento descrito por Freud. O objetivo da pulsão é sempre a satisfação, decorrente da redução de tensão provocada pela pressão. O objeto da pulsão é a coisa em relação à qual ou por meio da qual a pulsão é capaz de atingir seu objetivo. Freud esclarece:

O objeto da pulsão é aquilo em que, ou por meio de que, a pulsão pode alcançar seu objetivo. Ele é o elemento mais variável na pulsão e não está originariamente vinculado a ela, sendo-lhe apenas acrescentado em razão de sua aptidão para proporcionar satisfação. Em rigor, não é preciso ser um outro objeto externo, pode muito bem ser uma parte de nosso próprio corpo. Ao longo dos diversos destinos que a pulsão conhecerá, o objeto poderá ser substituído por intermináveis outros objetos, e a esses movimentos de deslocamento da pulsão caberão os mais significativos papéis (Freud, 2004 [1915], p. 149).

A princípio, Freud propôs a distinção de dois grupos dessas pulsões originárias, o das *pulsões do eu* ou de *autoconservação* e o das *pulsões sexuais*. A diferença básica entre os dois tipos de pulsões é que elas se encontram sob o predomínio de diferentes princípios de funcionamento. As *pulsões de autoconservação*, que têm por fim à conservação da espécie, só podem satisfazer-se com um objeto real, o princípio que rege seu funcionamento é o princípio

de realidade. Já as *pulsões sexuais* podem satisfazer-se com objetos fantasmáticos e se encontram sob o predomínio do princípio de prazer. Kaufmann, assim, ilustra as pulsões:

De uma maneira geral, são os mesmos órgãos e os mesmos sistemas de órgãos que estão à disposição das pulsões sexuais e das pulsões do eu. O prazer sexual não está ligado simplesmente à função dos órgãos genitais; a boca serve tanto para o beijo quanto para comer e para comunicar a falta, os olhos não percebem somente as modificações do mundo externo importantes para a autoconservação da vida, mas também aquelas propriedades dos objetos que alçam à categoria de objetos da escolha amorosa, isto é, seus 'atrativos' (1996, p. 439).

Uma pulsão não pode ser destruída nem inibida, procura de forma coercitiva a satisfação. Como explica Garcia-Roza (2000), aquilo sobre o qual vai incidir a defesa são os representantes psíquicos da pulsão, os quais vão conhecer destinos diversos. A pulsão tem dois representantes psíquicos: o representante ideativo, que é um dos registros da pulsão no psiquismo, caracterizando-se como o que constitui, propriamente, o conteúdo do inconsciente; e o afeto, outro registro em que se faz a representação psíquica, é a expressão qualitativa da quantidade de energia pulsional. O afeto e o representante ideativo são independentes. Vale destacar que não se pode, a rigor, falar em afeto inconsciente, a nível inconsciente o afeto tem que se ligar a uma ideia (representante ideativo).

Cada representante psíquico obedece a mecanismos diferentes de transformação, os destinos do representante ideativo são: transformações em seu contrário³⁸ (amor/ódio³⁹), redirecionamento contra a própria pessoa (sadismo/masochismo) (*voyeurismo*-exibicionismo), recalque⁴⁰ e sublimação⁴¹. Mostra-se que a vida mental se rege por meio de três polaridades: sujeito (Eu)-objeto (mundo exterior), prazer-desprazer; ativo-passivo. Essas três polaridades articulam-se entre si e são responsáveis pelo destino da pulsão. Nas palavras de Freud:

Do todo que foi apresentado, podemos então destacar que os destinos da pulsão consistem essencialmente em que as *moções pulsionais estão submetidas às influências das três grandes polaridades que dominam a vida psíquica*. Dessas três polaridades, poderíamos caracterizar a da atividade-passividade como a *biológica*, a do Eu – mundo exterior como a *real* e, por fim, a de prazer – desprazer como a *econômica* (2006[1915], p. 162).

³⁸ A transformação em seu contrário se desmembra em dois processos distintos: no redirecionamento da atividade para passividade e na inversão do conteúdo (Freud, (2006[1915])).

³⁹ Reversão do conteúdo (Freud, (2006[1915])).

⁴⁰ Repressão, desalojado, empurrado para o lado a manifestação de uma ideia incomoda; Freud combina com força passagem/empurrar (Freud, (2006[1915])).

⁴¹ No dicionário enciclopédico de psicanálise, Kaufmann (1996) aponta a sublimação como um tipo particular de destino da pulsão, cujo papel fundamental é a aceitação no domínio cultural.

No texto *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]) ocorre uma modificação, o objeto dessa especulação é a vida e a morte. Até então a teoria freudiana explica a vida psíquica pela vertente dos processos submetidos à satisfação, evitando as tensões desagradáveis. O princípio de realidade é concebido como um princípio de regulação psíquica que impõe à procura de satisfação desvios, paradas, substituições e, sobretudo, renúncias. Freud, nesse texto, por meio de sua clínica, observa que o predomínio do princípio da realidade sobre o princípio do prazer é ilusório, existe uma força que empurra o sujeito para algo que se opõe à vida. Essa força que empurra, chamada pulsão, não só tem como finalidade a autoconservação da vida, mas possui também algo de natureza mortífera, que se estabelece por meio do que o autor chamou de *compulsão a repetição*⁴².

Como nos mostra Bergeret (2006), a nova conceituação do campo pulsional surge como corolário de uma série de exigências lógicas oriundas das observações clínicas. A *pulsão de morte* é postulada como uma contestação do princípio do prazer pela compulsão à repetição, apontados por Freud nos sonhos angustiantes e repetitivos da neurose traumática, no eterno retorno a situações penosas e até mesmo em brincadeiras de criança. Freud, em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]), conta a história de uma criança de um ano e meio que tinha o hábito de apanhar quaisquer objetos que estivessem ao seu alcance e de jogá-los atrás dos móveis para, em seguida, apanhá-los. Essa atividade era sempre acompanhada de um ‘oohh’ e de um ‘da’ que foram identificados como representando os advérbios alemães *fort* e *da* (que significam aproximadamente “ir embora” e “ali”). Freud conclui que a criança brincava de “ir embora” com os objetos, o que foi confirmado no dia em que ela brincava com um carretel de madeira amarrado com um pedaço de barbante. Em vez de simplesmente puxar o carretel pelo barbante como se fosse um carro, o menino segura a ponta do barbante e arremessa o carretel por sobre a borda de sua cama de modo a fazê-lo desaparecer, no que exclamava ‘*fort*,’ e em seguida puxa o carretel e, quando este aparece, exclamava alegremente ‘*da!*’, e isso se repete incansavelmente. A brincadeira é uma encenação que representa simbolicamente a saída e a volta da mãe.

Um dos pontos centrais para pensar a criança diagnosticada TDA/H pela psiquiatria, é o campo pulsional. Dominar a angústia que se expressa no corpo no modo hiperativo de ser, na dimensão da pulsão e do gozo, tal como, encenação que a criança utiliza para se haver com a falta e com a angústia. Com efeito, se o destino da pulsão é encontrar satisfação, a criança dirige seu impulso para uma saída que lhe seja própria. Para Freud na *Psicopatologia da vida*

⁴² Conceito essencial da teoria psicanalítica, representa a tendência a retornar sempre ao mesmo lugar (Kaufmann, 1996).

cotidiana (1996 [1901]) os lapsos não resultam de uma diminuição quantitativa da atenção, mas a perturbação por um pensamento alheio à demanda. A teoria freudiana demonstra que o caminho do investimento libidinal, com suas exigências perturbadoras na busca da satisfação, situa o inconsciente, a pulsão, o gozo e o sintoma na subjetividade do sujeito.

A repetição por parte da criança de uma experiência desagradável leva Freud a pensar sobre uma obediência ao princípio de prazer, pois é exatamente para superar e dominar o desprazer que a criança revive e encena a saída e a volta da mãe. A compulsão à repetição se manifesta pela repetição de uma experiência traumática, ao invés de simplesmente recordá-la como algo pertencente ao passado. A experiência é vivida como estando ligada a algo presente e não ao material inconsciente que lhe dá origem. Em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]) Freud conclui “[...] a compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação [...]” (p. 78). Segundo Bergeret (2006), essa compulsão à repetição é a tentativa do Eu de dominar afetos penosos.

Surge, assim, uma nova proposição sobre a teoria pulsional, contudo a própria definição da pulsão não é alterada por isso. Em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]), Freud propõe um aparelho psíquico ordenado por duas pulsões contrárias, não mais sexuais e de autoconservação, conforme encontradas no texto *As pulsões e seus destinos* (2006[1915]), porém, de *vida* e de *morte*: A primeira une, é erótica; a segunda desagrega, é agressiva e destrutiva: “Evidentemente, não é fácil aos homens abandonar a satisfação dessa inclinação para a agressão. Sem ela, eles não se sentem confortáveis” (Freud, 1996 [1930], p. 120). Com efeito, a pulsão tende a manter sua natureza conservadora. Checchinato (2007) destaca que a pulsão se representa sem cessar, nunca se codifica de maneira igual, mas sempre de maneira absolutamente singular, determinando cada sujeito. Esta é a premissa que utilizaremos como fundamento para o presente trabalho, uma leitura da clínica com crianças que seja norteadas pelos conceitos psicanalíticos, especificamente o da pulsão. Sobre o conceito, finalizamos:

Um conceito capaz de exprimir a especificidade daquilo que move o ser humano. À energia que move o ser humano, ele simplesmente denominou de *Trieb*, que traduzimos por pulsão. O que é pulsão? Freud a define como *konstante Kraft*, força constante. Ela é simplesmente uma força ininterrupta, mesmo quando dormimos ou estamos em coma. Freud explicita a ideia de pulsão: trata-se de uma força que age na interface do psíquico, animando a ambos na forma de um mesmo ser. A pulsão é uma força absolutamente neutra, não é boa nem má. É uma força que procura unicamente encaminhamentos, trilhamentos, para se satisfazer. Em si, é uma força solta, indeterminada. É puro *appetitus*. É por isso que necessita de aviamentos, precisa de balizas, para que aquele ou aquela que ela anima, aos poucos transforme-se em sujeito, isto é, humano, civilizado (Checchinato, 2007, p. 18).

Assim, em nosso percurso para delinear o estatuto do pensamento inconsciente, vimos que a história da psicanálise é atravessada pela dualidade. Por pares antitéticos: consciente-inconsciente, princípio de prazer-princípio de realidade, ativo-passivo, pulsões sexuais-pulsões de autoconservação, pulsão de vida-pulsão de morte e assim por diante. O que nos interessa aqui é o aparelho psíquico, movido pela energia pulsional, que será o elemento crucial da subjetividade, aquilo que impulsiona o sujeito apesar do seu desconhecimento. Assim, todo o desenvolvimento da vida mental e a força constante da pulsão conforme acabamos de descrever, permitem à psicanálise postular a singularidade como inerente do sujeito, uma vez que a organização mental e economia pulsional é singular a cada um. E assim sendo, diante dos postulados da pós-modernidade⁴³ que desconsideram a subjetividade, e da ciência com todo seu rigor (conforme exposto no capítulo anterior), como seus manuais diagnósticos, por exemplo, a psicanálise continua a ser o seu avesso, proporcionando outra leitura possível do sujeito.

2.4. A criança, seu aparelho psíquico e a constituição subjetiva

Antes de começar a falar da criança e de seu aparelho psíquico, é necessário fazer um breve histórico do conceito de infância, e compreender as mudanças ocorridas e as influências de Freud na construção desse conceito. Em *História social da criança e da família* (2006 [1914/1984]), Ariès aponta que a concepção que se tem de criança na Idade Média é a de um pequeno adulto, sem características que a diferenciem. Ela não é considerada como alguém merecedor de cuidados especiais. As crianças reproduzidas em pinturas surgem como adultos, tanto na indumentária como nos gestos, somente percebe-se se tratar de uma criança devido ao seu tamanho reduzido: “[...] até o fim do século XIII, não existiam crianças caracterizadas por uma expressão particular, e sim homens de tamanho reduzido. Essa recusa em aceitar na arte a morfologia infantil é encontrada, aliás, na maioria das civilizações arcaicas” (Ariès, 2006 [1914/1984], p. 18).

Partindo da Idade Média para contextualizar a trajetória do infantil, Pacheco (2012) define a infância como um período a ser ultrapassado, não existindo na Idade Média consciência da particularidade infantil, tampouco adjetivos referentes à inocência. Na referida época, as crianças rapidamente se inserem no mundo dos adultos e não se distinguem mais

⁴³ O conceito de pós-modernidade será abordado no próximo capítulo deste trabalho.

deles. Para Ariès (2006[1914/1984]), a falta de sentimento em relação à criança é devido ao alto índice de mortalidade infantil por causa das precárias condições higiênicas e sanitárias.

Costa (2010) anuncia que, a partir da Renascença, ocorre a privatização do espaço doméstico, uma diferenciação entre o espaço público e o privado, e a família se estabelece como um grupo coeso. Nesse momento, a criança passa a ser vista como o centro do grupo familiar e a infância é considerada um período de preparação para o futuro. O referido autor ainda destaca que no século XVIII predomina a noção de uma inocência infantil que precisa ser preservada e a educação torna-se uma preocupação constante das famílias, dos homens da lei e dos educadores. No entanto, cabe ressaltar que este sentimento moderno em relação à infância está apenas começando. As teorizações acerca do universo infantil são bastante recentes, a construção surge devido às transformações ocorridas no tempo, como afirma Pacheco:

A ideia contemporânea que temos de criança como um ser em desenvolvimento está longe de ser universal, tanto em termos culturais quanto históricos. A criança enquanto objeto de estudo da medicina, da pedagogia, da psicologia, do direito etc., não existe a priori como um dado de realidade; antes, trata-se de uma construção criada ao longo das transformações sócio-históricas e econômicas que foram se dando no mundo ocidental a partir da idade média (2012, p. 43).

No século XVIII, com o surgimento do discurso filosófico iluminista, a criança nasce inocente, pura, e tem maneiras de pensar e sentir que são próprias à sua idade. Paralelamente, os valores cristãos vão se introduzindo, e é sob a influência desses valores, da criança desprovida de toda sexualidade, que a sociedade se edifica. Costa (2010) chama atenção que neste século o capitalismo está em ascensão e a burguesia tem seus privilégios, ou seja, os valores individuais ganham cada vez mais importância, e com isso a criança se torna um investimento lucrativo em longo prazo. Trata-se de preparar a criança para que a sociedade tenha homens bons e produtivos. Nesse momento histórico que acabamos de descrever, em que um novo olhar é dirigido à criança, surge a psicanálise.

É a partir de Freud que a criança vai se delineando, saindo da pureza e da candura – firmada por meio dos valores cristãos – para a existência de impulsos sexuais, aparecendo de modo mais enfático nos *Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade* (1977 [1905]). Já no primeiro parágrafo, Freud afirma:

Faz parte da opinião popular sobre a pulsão sexual que ela está ausente na infância e só desperta no período da vida designado da puberdade. Mas esse não é apenas um erro qualquer, e sim um equívoco de graves consequências, pois é o principal culpado de nossa ignorância de hoje sobre as condições básicas da vida sexual. (p. 123).

Como insiste Costa (2010), esse é um momento teórico muito importante no desenvolvimento da teoria psicanalítica, no qual relevantes não são mais os fatos da infância, mas a realidade psíquica, constituída pelos impulsos inconscientes e pelas fantasias a eles vinculados, tendo como pano de fundo a sexualidade infantil. Atribui-se ao sujeito, desde o seu nascimento, impulsos sexuais derivados da pulsão. Freud considera esses impulsos como autoeróticos. Assim, o autoerotismo satisfaz-se no próprio corpo e não necessita do mundo externo, encontrando prazer no sugar dos dedinhos, partes da pele ou mucosa e, também, no seio materno, que a princípio o bebê acredita ser uma parte dele. Freud enfatiza: “[...] diríamos que os lábios da criança comportam-se como uma zona erógena” (1977 [1905], p. 169). Com efeito, qualquer parte do corpo pode ser tomada como zona erógena, e Freud destaca a influência da sedução nas atitudes transgressoras da criança, denominando-a de disposição perversa-polimorfa: “É instrutivo que a criança, sob a influência da sedução, possa tornar-se perversa polimorfa e ser induzida a todas as transgressões possíveis” (Freud, 1977 [1905], p. 128).

O conceito de pulsão descrito acima demonstra que a criança usa uma parte de seu próprio corpo como fonte de prazer. Freud (1977 [1905]) descreve a amamentação do bebê para exemplificar a separação do instinto e da pulsão. Se, em termos instintivos, biologicamente pré-determinados, a sucção do peito tem por finalidade a obtenção do alimento, a pulsão, apesar de se apoiar nessa função nutritiva, dela se afasta, na medida em que visa o prazer que foi experimentado pela excitação dos lábios e da língua no contato com o seio no momento da primeira amamentação. Aduz Freud:

A primeira e mais vital das atividades da criança — mamar no seio materno (ou em seus substitutos) — há de tê-la familiarizado com esse prazer [...] A princípio, a satisfação da zona erógena deve ter-se associado com a necessidade de alimento. A atividade sexual apoia-se primeiramente numa das funções que servem à preservação da vida, e só depois torna-se independente delas. Quem já viu uma criança saciada recuar do peito e cair no sono, com as faces coradas e um sorriso beatífico, há de dizer a si mesmo que essa imagem persiste também como norma da expressão da satisfação sexual em épocas posteriores da vida. A necessidade de repetir a satisfação sexual dissocia-se então da necessidade de absorção de alimento [...] (1977 [1905], p. 142).

Neste ponto, o recém-nascido é incapaz de distinguir o seu Eu do mundo externo como fonte de sensações. O bebê realiza-se nos cuidados que lhe são assistidos, como também direciona seu desprazer de fome, frio e dor contra a mãe e o ambiente, em uma tentativa de retomar o estado de plenitude anterior. A ação mecânica realizada provém do interior do corpo e chega ao psiquismo como uma exigência: satisfação. Assim, como

esclarece Kaufmann “[...] todas as pulsões orgânicas que estão em nossa alma podem ser classificadas, segundo as palavras do poeta, em ‘amor’ e ‘fome’” (1996, p. 439). A diferenciação entre si e o mundo externo é apreendida de forma gradual, o bebê começa a perceber que alguns objetos prazerosos advêm do mundo externo e que determinados desprazeres são provenientes do seu próprio corpo, em uma relação de continuidade. O Eu, que ainda não está presente, precisa ser construído a partir de uma nova ação psíquica que incide sobre o autoerotismo, provocando integração da imagem corporal e identidade do Eu por meio do que Freud chamou de narcisismo:

É uma suposição necessária a de que uma unidade comparável ao Eu não esteja presente no indivíduo desde o início; o Eu precisa antes ser desenvolvido. Todavia, as pulsões autoeróticas estão presentes desde o início, e é necessário supor que algo tem de ser acrescentado ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se constitua o narcisismo (2004 [1914], p. 99).

Kaufmann (1996) esclarece que o narcisismo assume toda a importância na teoria psicanalítica a partir do momento que indica uma fase necessária na evolução da libido, antes de o sujeito se voltar para um objeto sexual externo. Freud (2004 [1914]) apresenta o narcisismo como o modo de escolha de objeto da fase autoerótica. O sujeito desliza para o autoerotismo pela via narcísica de escolha. Freud faz referência, embora não explicitamente, à distinção entre narcisismo e autoerotismo ao assinalar que o que distingue a satisfação autoerótica da escolha objetual é a constituição do Eu como imagem de si.

Esse Eu investido de libido terá que repassar uma parte dessa libido para os objetos, e passar a se interessar pelo mundo externo (pessoas e coisas) para formar sua constituição subjetiva. O Eu inaugura-se com o narcisismo, de um ser meramente biológico, que busca a satisfação das necessidades ligadas à sobrevivência, agora inicia um movimento de investimento da libido em outros objetos, promove a inserção da cultura, por meio do olhar do outro, e alavanca mais uma sucessão de renúncias e substituições que moldam o ser pulsional de outrora. De certo, o amor por si mesmo que é desfrutado pelo Eu em uma fase mais primitiva do desenvolvimento psíquico, não pode manter-se, pois as repressões próprias do humanizar-se, ou seja, da educação, bem como a capacidade interna de ajuizar, perturbam tal intenção de onipotência. Nesse novo movimento da libido em direção a um objeto externo, que é uma tentativa de recuperar a parcela de narcisismo perdida, surge um investimento libidinal que Freud desenvolve em conceitos.

Na evolução das explicações sobre tema do narcisismo em *o Caso Schreber* (2010 [1911]), *Introdução ao narcisismo* (2004 [1914]) e na *Conferência Introdutória Sobre a*

Psicanálise (1996 [1916]), Freud passa a considerar os investimentos libidinais com a introdução dos termos *libido do Eu* ou *narcísica* e *libido de objeto*. Kaufmann (1996) afirma sobre as libidos: “[...] em geral, uma oposição entre a libido do Eu e a libido do objeto. Quanto mais uma absorve, mais a outra se empobrece” (p. 348). Nesse contexto de enriquecimento teórico, Freud introduz também os conceitos de *ideal do Eu*, como uma observação de si, o que serve de base para a estruturação do *supereu*, instância responsável, na segunda tópica, pela moral.

Na verdade, foi a influência crítica dos pais que levou o doente a formar seu ideal-de-Eu, que lhe é transmitido pela voz e tutelado pela consciência moral; mais tarde somaram-se a esse ideal as influências dos educadores, dos professores, bem como de uma miríade incontável e indefinível de todas as outras pessoas do meio (os outros, a opinião pública) (Freud, 2004[1914], p. 114).

Na *Introdução ao narcisismo* (2004 [1914]) o *ideal-de-eu* aparece como a imagem acústica imposta a partir de fora e o sujeito procura satisfação pela realização desse ideal. Essa imagem é da ordem das representações culturais e éticas que o sujeito reconhece como um modelo para si próprio. É nesse momento que a criança consegue separar e nomear o eu e o outro. Nesse empobrecimento em favor do objeto, o sujeito volta a enriquecer-se tanto por meio das satisfações promovidas pelo próprio objeto, como pela via da realização do *ideal-de-eu*, ou seja, a realização de satisfação narcísica substitutiva. Este ideal, além de sua parcela individual para formação do Eu, apresenta inseparavelmente sua parcela social e cultural. Escreve Freud: “O ideal de Eu abre uma importante via para a compreensão da psicologia das massas. Esse ideal tem, além de sua parcela individual, uma parcela social, o ideal comum de uma família, de uma classe e de uma nação” (2004 [1914], p. 118).

Nos tempos atuais, a formação do Eu nele incluído o *ideal-de-eu* encontra os excessos promovidos pela sociedade. Uma sociedade hiperativa, com sobrecarga de informações, na velocidade no processo de comunicação através da internet e na atenção flutuante devido aos variados estímulos. A criança é invadida por milhares de informações advindas do mundo exterior além das naturalmente advindas do seu mundo interior. Assim, não só o ritmo é acelerado como a seletividade da atenção também é comprometida. Na pós-modernidade, há uma questão ideológica preponderante que diz respeito ao apagamento dos desejos e das diferenças com a finalidade de uniformizar, especialmente as demandas, da qual o DSM é um exemplo.

Santiago e Mezêncio (2013) faz uma pergunta pertinente em seu livro: “Como esperar de um adolescente – acostumado a toda sorte de estímulos na internet – a atenção solicitada

para uma aula de 50 minutos na qual o professor usa como recurso apenas a fala, o giz e o quadro negro?” (p.69). Se a imagem do sujeito (ideal-de-eu) é da ordem das representações culturais e éticas, os ideais da cultura assujeitam o eu, passando mensagens subliminares de *excesso, de mais, sempre mais*. Encontramos um nome hoje para caracterizar esses sintomas de excesso na psiquiatria, TDA/H assim, esses excessos serão atribuídos como modelo para si próprio. É na tentativa da realização narcísica substitutiva que o sujeito se agita e se inquieta para se satisfazer.

O narcisismo propõe outra via formulada nos *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade* (1977 [1905]) que aponta o conflito psíquico como resultado da luta entre as pulsões sexuais e as pulsões de autoconservação. A oposição entre libido do Eu e libido de objeto entra no lugar do conflito pulsional entre pulsões sexuais, que precisamente levam o sujeito a abrir mão de parte de seu narcisismo em benefício do objeto, e pulsões do Eu, essencialmente conservadoras. A compreensão do narcisismo, segundo Kaufmann (1996), abre um caminho para explicar as patologias da organização do Eu. Considerando a mobilidade da libido voltada ora para o Eu e ora para o objeto, podemos entender, de fato, a partir do relato de Freud sobre paixão amorosa, que ocorre o transbordamento da libido do Eu em proveito da libido de objeto, como também podemos perceber a fragilidade que resulta para o Eu desprovido de narcisismo. Este exemplo ilustra como as pulsões de autoconservação, encarregadas de controlar o esvaziamento do fluxo libidinal do Eu, mantêm-se em oposição a sua função, e acontece o esvaziamento narcísico, por isso a célebre frase de Freud “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudemos amar.” (2004 [1914], p. 106).

A passagem pela patologia permite a Freud pensar o estado originário da libido como uma afecção capaz de manifestar o desinteresse do mundo externo, acompanhado do completo fechamento em si mesmo. A partir das patologias observadas por Freud, encontramos – seguindo a dualidade freudiana – o narcisismo primário, estado de onipotência do Eu, e o narcisismo secundário, retorno dos investimentos de objetos para o Eu, evidenciados pelo processo esquizofrênico e pelos delírios de grandeza. O narcisismo secundário permite entrever o processo por outra via, que não seja o processo normal para a estruturação do aparelho psíquico, a estados patológicos, a estados de dor orgânica, o desejo de dormir e a preocupação hipocondríaca, uma atenção totalmente voltada para o Eu, como se esse desfrutasse novamente da onipotência que o caracterizava outrora.

A contribuição importante da *Introdução ao narcisismo* (2004[1914]) envolve a formação do Eu e a apreensão do objeto, fornecendo também o conhecimento para indagar as patologias (de individualidade narcísica – preocupação hipocondríaca, e as parafrenias – esquizofrenia) e aponta que os pontos de fixação e ocasiões de regressão para um sujeito vítima do desinvestimento do mundo externo é um fechamento total em si mesmo, ou seja, tornar a si mesmo objeto de amor. O narcisismo não resulta somente do investimento libidinal, de caráter egoísta e autônomo do comportamento encontrado no autoerotismo, mas em todo o processo de investimento e de desinvestimento responsável pela formação da imagem de si mesmo. Freud (2004[1914]) revela a influência dos pais no desenvolvimento de Eu e no distanciamento do narcisismo primário, para a formação de uma imagem imposta a partir de fora. A posição dos pais diante do bebê, colocado na posição de majestade, representa todo o universo do desejo dos pais, como anuncia Freud “A criança deve satisfazer os sonhos e desejos nunca realizados dos pais [...]” (2004[1914], p. 110). E prossegue “[...] o comovente amor parental [...] não é outra coisa senão o narcisismo renascido dos pais [...]” (Freud, 2004[1914], p. 110).

Até aqui tentamos descrever a formação do aparelho psíquico na criança, percorrendo os mecanismos do psiquismo. Freud mantém o dualismo entre pulsões, mesmo frente às dificuldades acrescentadas pela descoberta de que o Eu também é objeto da libido. O investimento de objeto é imprescindível para a vida, na interação com o outro e na promoção da vida social. A criança como um ser pulsional precisa postergar a satisfação. No narcisismo, o Eu recebe a libido não apenas como expressão da pulsão de vida, mas também como expressão da pulsão de morte, pois o amor e o ódio pelo objeto voltam-se ao Eu, contudo a volta sobre si do narcisismo não leva à satisfação plena, deixando o caminho aberto para pulsão e sua força constante. E, quando essa força tem um dos destinos, o recalque, o sintoma aparece em uma tentativa de satisfazer essa pulsão, afinal, Freud afirma: “[...] uma pulsão ama o objeto por meio do qual aspira obter satisfação” (2004 [1915], p. 160).

Partindo da concepção aqui formulada do sujeito mantendo-se capaz de considerar a realidade por meio do Eu na formação da imagem de si mesmo e nas identificações com o objeto, ainda assim, o sujeito é invadido pelo fluxo pulsional. Nas palavras de Checcinato: “[...] a pulsão é uma força constante [...] uma energia permanente que ativa e repousa o ser humano, segundo as determinações que lhe foram impostas desde seu nascimento” (2007, p. 55). O sintoma ressurgue como um impulso incontrolável que não cessa de se inscrever, ou seja, que tem uma verdade particular derivada de um sujeito singular, norteador por um ponto de vista dinâmico e econômico e ligada as suas próprias experiências. Por isso é pertinente,

como propõe a psicanálise, preciso dá-lhe a palavra, a fim de que possa dar forma à sua verdade.

A criança nomeada TDA/H pela psiquiatria se apresenta para psicanálise como alguém com um funcionamento próprio, submetida a uma exigência que Freud chamou de pulsão, ou seja, o desejo de satisfação inconsciente caminha ao encontro da expectativa de prazer, evitando o desprazer. O desprazer se refere à tensão sentida como angústia. A agitação e a desatenção de um sujeito, como vimos no decorrer do capítulo, está implicada com a circulação da energia pelas diferentes instâncias psíquicas (Isso, Eu, Supereu/ consciente, pré-consciente, inconsciente) dependendo da energia acumulada, haverá aumento ou diminuição no funcionamento do sujeito, o aumento promove uma agitação na tentativa de escoar o excesso de energia e a diminuição influencia na intensidade de manter a atenção.

Duarte (2009) descreve a atenção como uma função psíquica, cuja tarefa exploratória antecipa o que será percebido do mundo externo, com o objetivo de apreender algo que possa confirmar as representações psíquicas ou mesmo para buscar impressões e registrá-las na memória. A atenção problemática no TDA/H, também está submetida ao desejo na manutenção e tenacidade de permanência da mesma. Assim, a capacidade de permanecer atento, de focar a atenção, varia de acordo com os estímulos externos, os fatores subjetivos, os estados afetivos, os graus de motivação e as demandas de respostas.

A Angústia como um afeto perturbador da atenção, decorrentes de fatores subjetivos, tem uma posição privilegiada, na construção teórica freudiana, e sua definição será sempre recorrente em sua metapsicologia. Ao longo de sua obra a angústia aparece em diversos momentos, relacionadas com o recalque, marcada na primeira tópica e aprofundada na segunda visão do aparelho psíquico.

Para a psicanálise, a angústia produz sintomas sobre o corpo como um convite à fala. Segundo Santiago & Mezêncio “as crianças classificadas como hiperativas não são apenas agitadas, inquietas, impulsivas, impossíveis. Se são Falasseres, há algo que se agita” (2013; p.97). Por isso Freud e a psicanálise privilegiam a fala, aquilo que agita o corpo, não é fácil definir pela clínica do olhar. Ao oferecer a escuta, a palavra pode contornar o sintoma, produzindo efeitos apaziguadores sobre o corpo e o sujeito. Ao considerar as causas dos sintomas com ênfase na dimensão subjetiva valoriza-se a história individual, a fala e o inconsciente. Para melhor ilustrar como a história está ligada ao sintoma, Safatle et al. (2013) escreve:

Por exemplo, a situação familiar problemática: os pais brigam (violentamente), ou há problemas de depressão ou de vício. Essas diferentes situações podem produzir grandes angústias nas crianças, bem como um investimento maciço de energia física

dos mecanismos de defesa, para que a atenção não seja continuamente pega por essa ameaça de drama. Associados, essas angústias e seus mecanismos de defesa podem, portanto, levar a problemas – de sono, alimentação, de comportamento na escola e etc. – quer dizer, uma série de sintomas que poderiam se qualificar como transtornos ou fobias. No quadro parcialmente descrito, a tendência médica atual, prescrita pelo DSM, é, então, a de recortar e isolar esses transtornos do resto vivido. Ora, tratar o transtorno ou a fobia sem levar em consideração seu contexto etiológico faz com que se perca o sentido do sintoma. (Safatle et al., 2013).

3. A influência do cenário social na subjetivação.

3.1. As instituições sociais

O cenário social oferece um mundo simbólico com lei simbólica, ou seja, o mundo da cultura. Tomando como referência Lacan, em *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise* (1998), a função do símbolo é ordenar o modo de funcionamento de uma cultura e influenciar o comportamento do indivíduo organizando suas relações como, por exemplo; a proibição do incesto que gera as regras de casamento, os sistemas de parentesco e os interditos aos excessos. Por isso, a necessidade de considerar o social e suas instituições reguladoras na subjetivação, afinal é possível afirmar que as relações naturais são substituídas por relações sociais.

Poderíamos, então dizer que as relações sociais, enquanto formadora de laço social, permitirão endereçar ao sujeito elementos que constituem a sua dimensão subjetiva: O saber inconsciente, constituído através dos fragmentos que compõem o mito individual e das narrativas da história de cada um. O rompimento que Freud produz na concepção do homem cartesiano, engendrado pelas evidências da ciência, promove um processo de escuta do saber produzido pelo próprio sujeito da psicanálise. Na escuta da vida coletiva, autores contemporâneos (Bauman⁴⁴, Lebrun⁴⁵, Dufour⁴⁶) vêm apontando uma mudança na dinâmica social e o reflexo disto nos sujeitos. Na verdade, qual a influência desse social na história de uma criança hiperativa, desatenta e impulsiva? Afinal, o veredito do TDA/H nada diz acerca da sua conjuntura etiológica.

A descrição clínica dos sinais do TDA/H, testemunha em seu discurso o modelo médico, explorado nos capítulos anteriores. Aqui, enfatizaremos o sujeito em sua dimensão psíquica atravessado pela cultura, e como para psicanálise a história individual é parte integrante dos sistemas consciente, pré-consciente e inconsciente. O social representado nas instituições como sistema de vínculo, e que regula nossas relações, preexiste e se impõe a nós, devendo assim considerá-lo.

Como reguladoras do laço social, as instituições, na definição de Lebrun (2009), designam o conjunto das formas ou estruturas fundamentais de organização social, ação de

⁴⁴ 2001

⁴⁵ 2008; 2009

⁴⁶ 2008

instruir e de formar pela educação. Recorrendo ao dicionário *Aurélio*⁴⁷, encontramos duas definições: “O conjunto das leis, das normas que regem uma sociedade política” e “O conjunto das estruturas sociais estabelecidas, especialmente as relacionadas com a coisa pública” (1993, p. 309). Assim, temos como instituição não apenas um *locus*⁴⁸ específico, erguido por paredes e coberto por um teto, mas também um sistema de vínculo do qual o sujeito faz parte. Assim, temos a instituição família, escola, política, jurídica, religiosa, entre muitas outras.

A etimologia da palavra instituição, como também nos apresenta Lebrun (2009), vem do latim *institutio*, do verbo *instituere*. Trata-se de uma disposição, de uma arrumação, de uma instrução. Para isso, é preciso considerar uma hierarquia, para que as leis e as normas sejam respeitadas e seguidas. Freud, em *O futuro de uma ilusão* (1996 [1927/1931]), mostra como o homem, renunciando a pulsão pela via do sagrado e através das proibições, possibilita a vida em sociedade: “A civilização pouco tem a temer das pessoas instruídas e dos que trabalham com o cérebro” (p. 48).

A civilização encontra sua existência nas instituições que a compõem, garantindo que a vida coletiva seja possível. Afinal, Freud (1996 [1927/1931]) define a civilização como a soma integral das realizações e regulamentos que distinguem nossas vidas das de nossos antepassados animais, e que servem a dois intuitos: o de proteger e o de ajustar. O poder da coletividade precisa prevalecer em oposição ao poder individual, Freud no texto *O mal-estar na civilização* (1996 [1927/1931]) entende que a essência da comunidade reside no fato de os membros restringirem a satisfação.

Para introduzir a ideia de uma passagem histórica de natureza pulsional para uma organização cultural, ou seja, de uma ordem primitiva para a sociedade humana estruturada por leis, Freud (1996[1913]) recorre ao mito⁴⁹ do pai da horda para ilustrar um pai tirânico que possui todas as mulheres, enquanto aos filhos tal acesso é interdito. No desfecho, o pai é assassinado, e um pacto fraterno se institui: nenhum filho jamais ousará dispor das mesmas regalias do pai, por temor de receber a morte como punição a essa proibição, ou seja, ter o mesmo fim do pai tirânico.

A interdição sinaliza a inscrição da lei que rege os homens e organiza a sociedade humana. Lei que opera tanto externa quanto internamente, pois ao ser internalizada, a

⁴⁷ Ferreira. A.B. (1993[1910], p. 309).

⁴⁸ Palavra do latim que significa literalmente ‘lugar’ (Ferreira, A.B. (1993[1910])).

⁴⁹ Conforme Eliade (2000), os mitos não são explicações destinadas a satisfazer a curiosidade: são ingredientes vitais da civilização humana, pois longe de serem fabulações vãs, teóricas, abstratas ou fantasias artísticas, são realidades vivas às quais se recorre incessantemente.

interdição regula também os comportamentos sociais. Para Derrida e Roudinesco (2004), “Um sujeito, qualquer que seja (indivíduo, cidadão, Estado), só se institui a partir desse medo, que tem sempre a força protetora ou a forma protetora de uma barragem” (p. 214). O mito sobre a origem da civilização destaca que as forças pulsionais eróticas e destrutivas estão no cerne da natureza do sujeito, e se faz necessária a renúncia pulsional como condição de instalação da cultura. Sendo assim, crime, castigo (culpa) e interdição encontram-se impregnados na civilização e estabelecem uma constante tensão entre as exigências pulsionais individuais e as exigências coletivas e sociais que possibilitam o laço social. Nas palavras do próprio Freud:

A primeira exigência da civilização, portanto, é a da justiça, ou seja, a garantia de que uma lei, uma vez criada, não será violada em favor de um indivíduo [...] O resultado final seria um estatuto legal para todos – exceto os incapazes de ingressar numa sociedade – contribuíram com um sacrifício de seus instintos, que não deixa ninguém – novamente com a mesma exceção – à mercê da força bruta (1996[1930], p. 103).

Reconhecida uma legitimidade à instituição, logo o respeito será conferido, e a transmissão dos valores, das normas e todas as regras necessárias para se viver em sociedade será passada pela via da tradição. Lebrun (2009) nos lembra que a instituição está em posição de terceiro, daquele responsável pela lei e pelos interditos. Contudo, Freud alerta que (1996[1927/1931]) “[...] quanto aos povos primitivos que ainda hoje existem, pesquisas cuidadosas mostram que sua vida instintiva não é, de maneira alguma, passível de invejada por causa de sua liberdade. Está sujeita a restrições de outra espécie, talvez mais severas do que aquelas que dizem respeito ao homem moderno” (p. 121).

O *mal-estar na civilização* (1996[1930]) que descreve como a cultura se edifica sobre a renúncia pulsional, representa segundo Dunker, “uma verdadeira mudança de paradigma etiológico em Freud.” (2015; p.201). De certo, além de pensar a formação do sintoma pelo recalçamento e o retorno da angústia como seu fracasso, atribui que a dinâmica das pulsões, nos sintomas, nas repetições e nos sofrimentos são articulados com processos culturais, “a cultura forma nosso caráter, como letras impressas em nosso espírito.” (Dunker, 2015, p. 202).

A cultura como processo civilizador procura a satisfação pela fuga do desprazer no ideal-de-eu e no contrato social da liberdade pela segurança, regulações sociais necessárias para a vida coletiva. O contraste do discurso coloca, de um lado os instintos mais primitivos

do sujeito, e de outro, a cultura como **educação**. O destaque, é a vida social em consonância com o limite e com a concessão da renúncia pulsional frente as exigências do coletivo.

A vida em sociedade⁵⁰ consiste em assumir o ato da existência do outro e respeitá-lo, assim como respeitar um sinal vermelho no trânsito. Para Forget (2011), a qualidade do laço social dependerá da restrição do gozo, pensando com Freud no esclarecimento do termo. Dito de outro modo, baseia-se na renúncia de impulsos agressivos e impulsos de natureza sexual, retratados no mito do chefe, herdeiro de uma tragédia filogenética. O objetivo é garantir a obediência às leis que possibilitam a vida humana como vida coletiva.

Freud (1996[1927-1930]), em seus textos *O futuro de uma ilusão* e *O mal-estar na civilização*, evidencia, por meio de seus achados clínicos, que as interações entre a natureza humana e o desenvolvimento cultural a partir de um mito fundador são uma tentativa de investigar as origens da religião, da moralidade e da lei da proibição do incesto (restrição do gozo) na transmissão da lei. Assim, por mais primitiva que sejam as instituições, sociedade, família e religião, o pilar sempre será a proibição e a lei.

A horda patriarcal foi substituída, em primeira instância, pela horda fraterna, cuja existência era assegurada pelo laço consanguíneo. A sociedade estava agora baseada na cumplicidade do crime comum; a religião baseava-se no sentimento de culpa e no remorso a ele ligado; enquanto que a moralidade fundamenta-se parte das exigências dessa sociedade e parte na pertinência exigida pelo sentimento de culpa (Freud, 1996 [1913], p. 174/175).

Freud (1996 [1927-1931]) aponta que a função do sentimento de culpa, sentimento de caráter **inconsciente**, é como bem diz Kaufmann (1996) “[...] ao reforçar o sentimento de culpa por meio de proibições exógenas, a civilização limita a eventualidade de uma violência generalizada” (p. 109). Assim, a teoria psicanalítica da culpa pertence ao domínio da psicanálise do sujeito em sua relação singular com a cultura, efeito da hostilidade reprimida face à autoridade, na dirigida figura de um pai, de um Deus, que pode se voltar contra os semelhantes com uma fúria impiedosa. O preço de renúncia às pulsões é o equilíbrio do grupo (da vida coletiva) no progresso da cultura.

Como um sistema de vínculo, a instituição regula as relações e transmite a herança cultural. Assim como recebemos de herança dos nossos ancestrais a cor dos olhos, a cor da pele, a etnia e assim por diante, recebemos das instituições heranças próprias do humanizar-se. Daí a afirmação de Freud (2011 [1921]) de que toda psicologia individual é também, a um só tempo, uma psicologia social. Justamente porque narrar a história de uma instituição

⁵⁰ O conceito de sociedade será apresentado no próximo item 3.2.

implica a instrumentalização de conceitos que foram, inicialmente, criados para dar conta da estrutura psíquica.

No entanto, autores contemporâneos como Lebrun, Balman, Lipovetsky e Dufour vêm apontando mudanças na dinâmica social e o reflexo ocorrido nos sujeitos num cenário que demarca a transição de uma sociedade antes estruturada sobre a lei, a proibição e o coletivo. Essa questão da destituição da lei, conseqüentemente da função educativa aparecem nas palavras de Jerusalinks e Fendrik (2011) “A falta de consenso entre pais e professores na identificação da criança hiperativa e desatenta foi considerada como uma falha na capacidade perceptiva deles, que é justificada, nos pais, como decorrentes da falta de noções gerais para uma boa criação em função de fatores psicossociais” (p.143).

3.2. A instituição sociedade em tempos de pós-modernidade

De acordo com o dicionário *Aurélio*⁵¹, sociedade é um agrupamento de seres que vivem em estado gregário, sob normas comuns; grupos de pessoas submetidas a um regulamento. Bauman (2008) nos lembra que Aristóteles destaca que um ser solitário, fora da sua polis, só pode ser um anjo ou uma fera. A referência do filósofo não está às voltas com uma visão maniqueísta⁵², mas no destaque de que os ‘mitos’ não são personagens reais das sociedades humanas. Assim, só a sociedade é capaz de libertar das forças primitivas e não-pensantes.

A perspectiva sociológica a respeito da sociedade refere-se a um sistema específico de relações sociais nas sociedades humanas. Para Giddens (1991), as sociedades são um sistema muito claramente delimitado, com suas próprias unidades internas na promoção da ordem, determinante na questão de integração. Nesse sistema, o “todos contra todos” (Giddens, 1991, p.18) dos interesses individuais são castrados em benefício da ordem coletiva. As sociedades são também entrelaçadas com conexões que perpassam o sistema sociopolítico do estado e da cultura.

A vida em sociedade só é possível ao preço de uma restrição de gozo de cada um, ou seja, do reconhecimento da proibição e do respeito às leis. Freud (1996[1927/1931]), sempre atento aos males da alma e da cultura, reconhece que a renúncia da satisfação produz o mal-estar, sendo este parte da civilização e ativo na constituição do sujeito. No entanto, uma

⁵¹ Ferreira, A.B. (1980[1910], p. 511).

⁵² Segundo o dicionário *Aurélio*, maniqueísta significa uma filosofia religiosa sincrética e dualística que divide o mundo em bom e mau, Deus e Diabo. É fundada nos princípios opostos.

mudança no social pode ser verificada no enfraquecimento das instituições enquanto organizadoras das relações coletivas e individuais. Como argumenta Lebrun (2009), o social reconhece como evidente um lugar de transcendência, lugar de exceção, lugar do *ao-menos-um*⁵³, aquele que Deus ocupava, ou rei, chefe, pai, mestre – lugar da autoridade.

Ao falarmos da pós-modernidade nesse trabalho, situamos todas as passagens e atravessamentos que nos dias atuais carregam marcas primitivas, medievais, modernas e pós-modernas, ao mesmo tempo em que conservam a herança no tempo, visto que cada tempo tem o seu valor.

Optamos por utilizar o conceito de pós-modernidade autorizado por autores como Lipovetsky (1983) e Dufour (2005), que definem respectivamente a pós-modernidade como um momento histórico preciso, em que todos os freios institucionais que se opunham à emancipação individual se enfraquecem e desaparecem, dando lugar à manifestação dos desejos subjetivos, da realização individual e do amor-próprio. Uma época caracterizada pelo enfraquecimento da autoridade e da tradição, como o desenvolvimento do individualismo. Nas palavras do sociólogo Giddens “A pós- modernidade se refere a algo diferente [...], isto significa que a trajetória do desenvolvimento social está nos tirando das instituições da modernidade rumo a um novo e diferente tipo de ordem social” (1991, p. 45).

Dufour (2005) compreende que uma mutação histórica da condição humana está acontecendo em nossa sociedade. Isso acontece por influência de alguns acontecimentos, a saber, a mundialização da economia, o crescimento do individualismo, os excessos da tecnologia e o aumento da violência passaram a transformar a condição subjetiva. Simultaneamente, temos, conforme comenta Lebrun (2004), o desaparecimento de ritos e papéis, uma família não mais regida como uma instituição, mas por meios de pactos privados. Prossegue em sua afirmação destacando que “[...] nesse movimento, o que haveria de mais lógico senão assistir ao declínio tanto da autoridade quanto da legitimidade daquele que precisamente tinha o encargo de manter uma posição de terceiro” (p. 15).

O movimento de declínio das instituições, para Lipovetsky (1983), consiste em arrancar da sociedade as normas culturais rígidas do passado, dar a luz a uma sociedade mais flexível, mais diversa e mais individualista. Sobre a importância do passado Giddens (1991) comenta:

⁵³ Segundo Lebrun (2004), Lacan utiliza o termo com referência à exceção que funda a regra, que permite introduzir uma dialética entre a exceção e os outros – entre o *ao-menos-um* e os outros. É preciso que o lugar da exceção exista para que a identidade do grupo possa se constituir.

Nas culturas tradicionais, o passado é honrado e os símbolos valorizados porque contém e perpetua a experiência de gerações. A tradição é um modo de integrar a monitoração da ação com a organização tempo-espacial da comunidade. Ela é uma maneira de lidar com o tempo e o espaço, que insere qualquer atividade ou experiência particular dentro da continuidade do passado, presente e futuro, sendo estes por sua vez estruturados por práticas sociais recorrentes (1991, p. 38).

Como efeito próprio da pós-modernidade, do enfraquecimento das instituições reguladoras e do fortalecimento do estado livre, bem como do princípio da política liberal e da proclamação de direitos individuais, possibilita-se que uma mutação social se fortaleça e cresça. Como Goldeberg (1997) explica, a característica primeira e mais fundamental do liberalismo é considerar que os sujeitos possam ter a liberdade de organizar suas vidas como bem entendem. Notemos que o sistema econômico, político e social da pós-modernidade sustenta-se na liberdade individual e está na contramão do que Freud em (1996[1930]) propôs “[...] o impulso de liberdade, portanto, é dirigido contra formas e exigências específicas da civilização ou contra a civilização em geral” (p. 103).

No princípio do liberalismo, tudo se passa como se a autossuficiência estivesse voltada para o grande sistema de trocas. Isso nos leva a deduzir que a instituição social e econômica favorece a supremacia do interesse individual sobre o coletivo, motivando o egoísmo nas relações. “O poder do dinheiro não é novo, mas o que é novo, em contrapartida, é o tipo de laço social, ao privilegiar o interesse, lhe deixa o caminho inteiramente livre” (Lebrun, 2009, p. 133). Livre aos direitos e aos interesses do sujeito todo-poderoso e àquele que não é depositário das proibições. Esses são os princípios dessa política econômica.

Pensando com Goldenberg (1997), a crítica ao liberalismo não consiste em uma denúncia sobre as classes dominantes, mas “[...] os efeitos da proclamação do direito individual de gozar sem freios do ‘trabalho vivo’ e dos objetos que esse trabalho produz” (p. 100). A principal consequência consiste na manutenção do laço social com o outro e no enfraquecimento das instituições, passando para uma relação pautada no objeto que o mercado oferece e que o capital pode comprar, inclusive a negação de um limite.

Lebrun, na *Clínica da instituição* (2009), nos alerta que não existe agrupamento humano que não seja organizado sem uma referência que o comande, e destaca que o fato hierárquico é primeiramente o modo de afirmar ou significar a preeminência da ordem coletiva através da autoridade. Neste ponto, sentimos a necessidade de diferenciar a palavra **autoridade**, **poder** e **autoritarismo** a partir de Lebrun (2009). O **poder** designa, sobretudo, as vantagens que supomos ter aqueles que ocupam determinado lugar; a **autoridade** é o reconhecimento de uma diferença de lugares, ou seja, o valor reconhecido legitimado no

tempo e no lugar hierárquico que ocupa e, por fim, autoritarismo, que é uma forma de governo caracterizada pela obediência absoluta ou cega à autoridade, um forma forçada de obediência passiva. Vale ressaltar, conforme o mesmo autor, que a autoridade não implica em nenhum autoritarismo, e é essencialmente da ordem coletiva.

Recorrendo à etimologia da palavra **autoridade**, esta “[...] vem do latim *auctoritas*, que vem de *auctor* e designa tanto o fundador e o responsável por uma obra como pela instituição” (Lebrun; 2009, p. 112). O trecho de autoria do filósofo Gadamer (2009[1998]), citado por Lebrun (2009), retrata a confusão encontrada na configuração social em tempos pós-modernos:

Aquele que se compromete com as decisões, discursos e ações para adquirir autoridade, quer no fundo poder, e se engaja no caminho de um poder autoritário. Aquele que precisa recordar sua autoridade, seja pai em sua família ou um professor em sala de aula, não tem nenhuma autoridade (p. 118).

A mudança ocorrida no social é o que há de original na pós-modernidade, as subversões já detalhadas tornam patentes um funcionamento que faz crer que não é preciso considerar o lugar da autoridade como processo instituído que instaura as regras fundamentais para a existência social. Vimos que o pai gozador da horda que acessa o todo-poder é insustentável, pagando por isto com sua vida, posto que o interdito, a proibição, as regras viabilizam a vida em sociedade. O laço social também se apresenta modificado na relação com os artefatos, influência da política econômica capitalista, que identificamos como patrocinadora da individualidade e do gozo dos objetos que o trabalho produz.

Partindo do viés da influência da economia capitalista, antes gostaríamos de destacar o limite acerca da discussão. Não é nosso objetivo traçar um painel da situação do capitalismo nem da situação da economia. Interessa-nos pensar como ficam as instituições reguladoras sujeitas a essa política econômica, numa sociedade que consome artefatos como um processo que media relações e práticas sociais. Lebrun (2008) alerta que diante de uma sociedade consumista existe uma crise de referências que estaríamos todos devedores, até mesmo as crianças, sem ter a quem recorrer para barrar seus impulsos na busca do princípio do prazer. O efeito advindo da economia, do sistema e da transformação cultural foi a angústia, afetando nossa subjetividade, um bom exemplo; são as manifestações sintomáticas do TDA/H.

Esse corpo inquieto e que se recusa a obedecer as demandas que lhe são feitas, recebe uma homogeneização de diagnóstico e o resultado dessa objetividade é o apagamento do sujeito. Uma sociedade movida pelos excessos, na falta de impor limites e nesse apagamento

acaba por fabricar sintomas para dar conta da ansiedade e da angústia, na contramão do mal-estar do sujeito, o sintoma como ênfase da dimensão subjetiva é desconsiderada, a sociedade consumista introduz objetos na forma de medicalização e faz do sintoma um mero transtorno do organismo, o que promove uma fixidez da etiologia do mesmo.

Contudo, para Barbosa⁵⁴ consumir supérfluos ou necessidades básicas é uma atividade presente em toda e qualquer sociedade humana. Para a autora, o termo *sociedade de consumo* refere-se a esse ato de consumir, porém um consumo particular, associado a sentimentos de insaciabilidade, presença da moda e de diferenciação social. Nesse sentido, Barbosa (2004, p.7) sinaliza que todas as sociedades humanas consomem para manipular artefatos e objetos da cultura material com fins simbólicos de diferenciação, atribuição de *status*, pertencimento e gratificação. A fragilidade dos valores humanos e das instituições sociais se embotam hoje, dando origem à mutação do laço, que encontra razão na falta de alguém que ocupe um lugar no discurso de autoridade, organização e hierarquia. “O homem é um ser social que não prescinde do outro e cria regras e condutas de convivência com finalidades específicas” (Quinet, 2012, p. 47).

Adentramos nessa questão porque autores com Bauman (2001) e Lipovetsky (1983) atribuem a cultura do consumo à cultura da sociedade pós-moderna, uma relação íntima e quase casual entre consumo, estilo de vida, reprodução social e identidade. Esses autores, assim como nós, investigam como o consumo se conecta com a dimensão subjetiva e em que medida atua na mudança da configuração do laço social.

A passagem do consumo familiar para o consumo individual sinaliza para a individualidade exercida pela sociedade. Como destaca Barbosa (2004), a roupa, o corpo, o lazer, a comida, o carro, a casa, entre outros bens são vistos como indicadores de uma individualidade, propriedade de sujeito específico. Bauman (2001) fala sobre o assunto como uma lesão cerebral coletiva causada pela ‘indústria cultural’, a substituição de ‘ser’ por ‘ter’, como valores mais altos.

A indústria do consumo com o discurso da tecnociência, submetido à lógica do capital, organiza a crença mercantil que associa demanda e produto – no caso, o TDA/H é usado estimulante como tratamento – numa relação de evidência supostamente controlável. Segundo (Safatle et al., 2013) a psicofarmacologia dá a pílula uma roupagem do discurso da ciência. Destacamos neste ponto, que o tratamento específico para grande parte dos transtornos mentais, inclusive o TDA/H, seria justamente aquele proposto pela indústria farmacêutica, ou

⁵⁴ Doutora em Antropologia Social pelo PPGAS/ UFRJ (2004, p. 68).

seja, pela sociedade consumista, criando o efeito ‘curto-circuito’, via efeito apaziguador através do consumo farmacêutico.

A condução do tratamento via psicofármacos permite refletir criticamente sobre a ideologia do consumo e o materialismo do homem. A necessidade de vender objetos gera o ímpeto de consumir, a tentativa de solucionar os problemas dispensa elucidações teóricas sobre os sintomas, “É a cultura em que vivemos e são suas demandas sendo atendidas, constituindo um mercado de bens e serviços”. A concepção psicanalítica de sujeito surgirá justamente para interrogar esse sujeito da pós-modernidade que tem suas relações ancoradas nos excessos produzidos pela falta de uma restrição de gozo e interdição, “Estamos diante de uma total ausência de limites para a libertação das paixões e pulsões de posse e dominação, em outras palavras, da avidez”. (Dufour; 2013, p.22).

Segundo Jerusalinsky e Fendrik (2011) a produção de modos de subjetividade que funcionam nos moldes de um imperativo de gozo ligados ao consumo, convoca paliativos que desviam a implicação do sujeito do seu mal-estar para a solução imediatista, no arsenal socializante que a indústria farmacêutica oferece de antidepressivos, ansiolíticos, etc. A pós-modernidade consumista com seus excessos transforma o paciente em usuário que deve sair satisfeito, uma lógica circular estimulando o consumo, afinal na hiperatividade de uma sociedade assim, priorizar tempo e atenção para falar de si, da sua história, do seu sintoma, parece andar na contramão do que se tem em voga.

Bauman (2001) utiliza o termo fluidez para delinear a pós-modernidade, na qualidade de líquido, que se move facilmente, da mobilidade e da inconstância. Essas definições são razão para usar a metáfora e, assim, apontar a fluidez e o enfraquecimento da tradição. O autor narra:

[...] vós que entráis no mundo da modernidade fluida. Chegou o tempo de anunciar, como recentemente Alain Touraine, o fim da definição do ser humano como um ser social, definido por seu lugar na sociedade, que determina seu comportamento e ações. Em seu lugar, o princípio da combinação da ‘definição estratégica da ação social que não é orientada por normas sociais’ e ‘a defesa, por todos os atores sociais, de sua especificidade cultural e psicológica’ pode ser encontrada dentro do indivíduo, e não mais em instituições sociais ou princípios universais (Bauman, 2001, p. 32).

O enfraquecimento das instituições sociais como reguladoras do laço social e das normas, já tão delineado neste trabalho, tem a finalidade de fundamentar a compreensão de que novos tempos produzem novos sujeitos e novas formas de subjetividade, a hiperatividade aparece hoje com grande incidência, e como a psicanálise considera a dimensão subjetiva,

será necessário considerar a cultura, pela qual somos atravessados. As mudanças em voga no social sinalizam os efeitos colaterais negativos do apagamento da autoridade, visto ser ela quem garante a regulação social e a segurança destacada por Freud (1996 [1927/1931]), permitindo a vida coletiva e dando limite à pulsão. Caso contrário, as instituições família, escola, religião e muitas outras, que ajudam o sujeito na constituição do seu mundo interno, entram em conformidade com a música e *a casa*, que utilizaremos como metáfora para ilustrar o apagamento das instituições na pós-modernidade:

Era uma casa;
Muito engraçada;
Não tinha teto;
Não tinha nada;
Ninguém podia;
Entrar nela, não!
Porque na casa;
Não tinha chão!

Ninguém podia;
Dormir na rede;
Porque na casa;
Não tinha parede;
Ninguém podia;

Fazer pipi!
Porque penico;
Não tinha ali;

Mas era feita;
Com muito esmero;
Na Rua dos Bobos;
Número Zero.⁵⁵

3.3. A Restrição de gozo em uma sociedade que goza com seus excessos

A sociedade de consumo e seu convite central de consumir, favorece o tudo é permitido fazendo com que, a ética do desejo dê lugar unicamente ao fardo pesado do imperativo de gozo, Lebrun (2008, 2010) nos adverte que não restringir o gozo é o manifesto do discurso social atual, que deixa parecer que o impossível é uma possibilidade. Contudo, a teoria psicanalítica propõe que a constituição do humano, bem como da organização do mundo social é efeito de uma perda, de uma subtração de gozo. Estado que Dufour (2013, p.36) esclarece quando propõe que:

⁵⁵ Música “A casa”, de Vinicius de Moraes, disponível em: <http://letras.mus.br/vinicius-de-moraes/49255/>, acesso em 07 de outubro de 2015.

A pós-modernidade, assim, caracteriza-se – e é este um de seus traços decisivos – pelo fato de não estarmos mais às voltas com uma fala proibitiva, escorada pelas grandes narrativas, mas com uma fala incitadora, proferida pelas pequenas narrativas, uma fala que não para de dizer: ‘Gozem!’ (Dufour, 2013, p.36).

O gozo é um conceito lacaniano. Optamos, para este trabalho, recorrer a esse conceito por considerarmos que se articula diretamente à questão do excesso, importante para a leitura que desenvolvemos. Iniciaremos, então, destacando que em *Além do princípio do prazer* (2006 [1920]), Freud observa a existência na vida psíquica de uma tendência à repetição que contraria as leis do princípio de prazer. Freud não fez do gozo um conceito, mas este aparece no campo freudiano demarcado pelo desejo inconsciente que se opõe ao prazer, como mais além do princípio do prazer. Enquanto o prazer regulado por esse princípio visa reduzir as excitações do psiquismo, diminuindo ao máximo possível as tensões, o gozo é referido enquanto um aumento da tensão, uma tensão máxima.

O prazer e o gozo não pertencem ao mesmo registro. Valas (2001) esclarece que o prazer é uma barreira contra o gozo, que se manifesta sempre como excesso em relação ao prazer, confinando na dor. E assim Lacan no seminário 20 (1985) escreve “O que é o gozo? Aqui ele se reduz a ser apenas uma instância negativa” (p. 11). Sobre isso, Nasio (1993) nos adverte que o gozo é uma palavra para expressar a experiência de vivenciar uma tensão intolerável. Sobre a diferença entre gozo e prazer:

Tomemos o exemplo da brincadeira infantil: existe gozo na criança que cercada de coleguinhas, sobe num telhado íngreme e se deixa embriagar pelo risco de cair. Isso é da ordem do desafio. Ela goza não apenas com o desafio lançado a seus semelhantes, mas com o fato de por a prova seus próprios limites. O prazer é exatamente o contrário. Suponhamos essa mesma criança, agora relaxada, deixando-se embalar pelo movimento agradável de um balanço (Nasio, 1993, p. 40).

Assim, o mesmo autor considera: “O gozo é a energia que se desprende quando o inconsciente trabalha” (p. 33). O inconsciente é um saber estruturado pelo sistema da linguagem que faz de um indivíduo (aquele que não se divide) um sujeito, que lhe dá um inconsciente, habitado por uma linguagem que o significa, ou também representado por uma fala que possui atropelos (Lacan, 1985).

Enquanto seres falantes, não somos só constituídos pela linguagem, mas atravessados por ela. O tempo todo a linguagem modifica o corpo e é responsável por inscrever no corpo biológico a dimensão de um corpo pulsional, demarcando o campo da divisão, comandado por uma outra cena, o inconsciente, que segundo Lacan (1985) é estruturado como uma linguagem. Para Freud, as representações inconscientes, os atos falhos (esquecimento, erro),

os chistes (piada) e os sonhos possuem uma forte relação com a linguagem. Dor (1989) aponta que Lacan observa uma analogia entre o funcionamento dos processos inconscientes e o funcionamento da linguagem, e segue o caminho dos estudos da linguística e do estruturalismo⁵⁶ para fundamentar seus achados.

Lebrun (2008), por sua vez, explica que falar implica não estar mais em simbiose com as coisas, não estar mais apenas no imediato, na urgência. A psicanálise identifica após Freud (com seu método de cura pela fala) e Lacan (com seu inconsciente estruturado como uma linguagem) que somos seres de fala e linguagem. “A linguagem é como um sistema no qual o indivíduo humano deve entrar se quiser assumir seu lugar entre seus pares” (Lebrun, 2008, p. 51).

Para Nasio (1993), “[...] onde a fala fracassa aparece o gozo” (p. 12). O autor quer nos lembrar que Lacan liga o conceito de gozo ao de resto e ao de excesso. Siqueira (2009), em sua dissertação em Psicopatologia Fundamental e Psicanálise pela UNICAP, sobre *O estatuto contemporâneo das identificações em sujeitos com marcas e alterações corporais*, explica que a fala é um recurso exclusivamente humano e destinado a temperar e minimizar o gozo que, em si mesmo, é catastrófico e mortífero, e segue sua narrativa pontuando que a linguagem vai contra o gozo é diferente dele, existindo um resto desse gozo que não se deixa apreender pela cadeia de significante⁵⁷ da linguagem.

Na sequência, a autora (2009) remonta a cena do bebê em seu estado inicial de vida e sua dependência no desejo o Outro primordial⁵⁸, assim começa sua narrativa. Ao nascer, o bebê é uma promessa de sujeito, nada nele está apto à manutenção da vida. Depende totalmente de um lugar no desejo do Outro primordial, só pode viver se for cuidado, amado e protegido. “Ele é puro instinto de vida” (Siqueira, 2009, p. 111), demanda urgência na satisfação, modalidade inicial de gozo. Nas palavras de Queiroz, a modalidade de gozo aparece na mãe:

[...] As necessidades da criança são atendidas ou não pela mãe, conforme a interpretação que esta faz dos sinais corporais do seu bebê. Isso acontece pela via do olhar [...] se, ao nascer, ele perde a intimidade do corpo materno, em contrapartida, ganha o olhar – olhar do Outro primordial. Ele existe, identifica-se e se reconhece no olhar da mãe, do qual se associam o odor e o toque. O olhar materno banha de

⁵⁶ Para Felizola (2009), o estruturalismo é uma abordagem que veio a se tornar um dos métodos mais extensamente utilizados para analisar a língua, a [cultura](#), a [filosofia da matemática](#) e a [sociedade](#) na segunda metade do [século XX](#). É uma corrente de pensamento nas [ciências humanas](#) que se inspira no modelo da [linguística](#) e que apreende a realidade social como um conjunto formal de relações.

⁵⁷ Segundo Dor (1989), a cadeia significante para Lacan é a estruturação do eixo da linguagem. Ele considera a supremacia do significante (representação psíquica do som) sobre o significado (o conceito que corresponde).

⁵⁸ Mãe ou pessoa que exerça a função (Queiroz, 2007).

erotismo o corpo do bebê, transformando-o de sensitivo em erógeno. Ela é, para o sujeito, o lugar e o objeto das primeiras identificações e dos investimentos; das primeiras excitações e angústias; das primeiras separações e perdas (2007, pp. 76-77).

O Outro primordial é assimilado a esse modo inicial de gozo. O bebê experiencia as sensações invasivas presentes nos modos de satisfação das primeiras necessidades, ele sente e os outros traduzem, dão nome, tentando traçar equivalência entre o nome (dor, fome, sono) e a causa do choro. A mãe segue tentando, produzindo sentido à queixa de seu filho, buscando satisfazê-lo. E nesses encontros e desencontros o bebê vai sendo convidado a articular seu desejo com a fala, e assim vai se inserindo na cultura e na palavra. Nesse percurso, é apresentado às normas e às leis da cultura e do grupo social no qual está inserido.

Logo, é a partir da inserção na cultura e na palavra que o discurso dos pais é construindo no inconsciente de um sujeito, mas o inconsciente não é só familiar, ele também é social. A incorporação da linguagem implica a subtração de gozo, e favorece a reorganização das pulsões (sob o primado do ideal-de-eu), a renúncia ao objeto de amor primeiro, a atualização do funcionamento auto-erótico e desta forma, permite fazer parte de um grupo de organização chamado sociedade, bem como sair do todo-poder imaginário para um sujeito do desejo orientado pela lei.

As leis da cultura não permitem o bebê e, *a posteriori*, a criança satisfazer todas suas demandas. Ao homem cabe aceitar as barreiras necessárias para se humanizar na manutenção da vida coletiva e na preservação da espécie. O gozo tem que ser barrado, e será barrado na linguagem, que tem como finalidade minimizar o gozo.

A linguagem vai contra o gozo na mesma proporção que o interdito e a proibição operam. As normas e a lei da cultura põe limite aos **excessos** e estabelece a repressão. Porém, a clínica mostra que, embora eficaz, os limites impostos pela cultura e pela lei não conseguem resolver efetivamente o problema do gozo, que é da ordem da pressão, do insuportável e do descontrole. Como se vê, temos de um lado a pulsão (descrita no segundo capítulo) como aquilo que impulsiona e que não cessa e, do outro lado, o gozo, como aquilo do desgoverno. Desse modo, a função orgânica é habitada pela pulsão e, por meio do circuito pulsional, os órgãos e as funções biológicas se inscrevem enquanto funções de gozo. Santiago e Mezêncio (2013) apontam que, por meio do objeto, voz ou olhar, incide o gozo. Sobre isso, Quinet explica:

O objeto qualquer da pulsão, ao qual Freud se refere, é um objeto empírico do mundo sensível que afeta a percepção de um dado sujeito; é um objeto fenomênico

apreendido no mundo regido pelo imaginário. Esse objeto é indiferente à satisfação pulsional, qualquer um serve, por exemplo seio, dedo, chupeta, são alguns objetos que a criança usa para sua satisfação oral. Esses objetos vêm ocupar o lugar de uma falta, lá onde está o objeto *a* que nada mais é que a presença de um oco, de um vazio. O objeto-fenômeno da pulsão deve, portanto, ser distinguido do objeto *a*, que não é nem fenomênico nem numérico, pois sua substância é de gozo, mesmo que episódica e surge da satisfação pulsional (2004 [1951], p. 84).

Apresentada a distinção, seguimos para compreender a necessidade da restrição de gozo no social. Lacan, no seminário *20 Mais, ainda* (1985[1901/1981]) destaca “A cultura enquanto distinta da sociedade, isto não existe. A cultura é, justamente, que nos pega” (p. 73). Uma sociedade estremecida pelo enfraquecimento de suas instituições reguladoras, de sua tradição, da autoridade, pelo excesso de individualismo, pela política econômica, ou seja, uma sociedade organizada na autoafirmação dos indivíduos, na qual o foco está voltado para o direito de cada um escolher, à vontade, seus próprios modelos de felicidade e modo de gozar a vida. Siqueira (2009), no capítulo *O estatuto contemporâneo das identificações*, escreve “O que se observa é uma expansão identificatória horizontal e uma decadência da identificação vertical ao líder da obra freudiana [...] identificações horizontais frágeis com os que mantêm o mesmo traço de gozo” (p. 104). A autora aponta que a inconsistência do líder com sua autoridade e o imperativo do gozo invade o sujeito, gerando novos sintomas na tentativa de interditar os excessos de uma sociedade que precisa de limite.

É através da interdição, como já vimos, que Freud marca a passagem da natureza à cultura. Em seu texto *O mal-estar na civilização* (1996 [1927/1931]) aponta um inter-relação entre constituição subjetiva e o desenvolvimento da civilização, e demonstra que à medida em que o individual opera no processo civilizatório, o psíquico sofre contribuição da civilização. Todo tempo, Freud adverte para essa tensão, da ambivalência, da linha tênue e necessária que constitui o sujeito e a sociedade. Desse modo, podemos afirmar que a sociedade é tributária das renúncias às satisfações pulsionais e dos acordos pactuados na vida coletiva.

No entanto, o que temos hoje é um enfraquecimento da interdição que tem ressonâncias no laço social. Os sujeitos recusam a instância da autoridade, e pensam que o laço social pode organizar-se sozinho, sem renúncias. O *entodamento* descrito por Lebrun (2008), representante deste tempo, ressalta a não existência de uma renúncia de gozo individual em favor coletivo. O gozo se tornou um direito para cada um, como também do consumo, pode ser atingido sempre e por toda parte e estar ao alcance das mãos.

Como mostram Lebrun (2008), Dufour (2005), Bauman (2000) e Siqueira (2009), a sociedade pós-moderna carente de uma organização mais conforme à ordem simbólica, produz um acréscimo de angústia e uma crescente falta de perspectiva, pois já não há mais a

lei para balizar o gozo. Conforme afirma Siqueira (2009), “O produto final é a geração de verdadeiras patologias do laço social, que marcam nitidamente a relação entre liberdade em relação ao Outro e desorientação” (p. 106). Nessa vertente, o TDA/H pode aparecer pela via do gozo, que concerne verdade ao sujeito, a agitação, sintoma da hiperatividade opera como uma excitação que invade e deixa-se levar por patamares até o gozo. O sintoma assim como a sociedade é da ordem do excesso, a consequência disso é um sujeito hiperativo, adepto dos estimulantes (bebidas, remédios, energéticos), do imediatismo, do consumismo que se representa pelas suas poses, na forma de narcisismo primitivo, ou seja, modo individual de satisfação e egoísmo que não encontra limite no direito de outro e nem nas regras sociais. Os sintomas são produzidos para veicular a angústia, contudo ela termina aparecendo sem possibilidade de simbolização, porém, como mostra a teoria psicanalítica, é apenas quando lhe é possível abordar, por meio da palavra, o que lhe é excessivo e, mesmo traumático, que a angústia pode tocar o ponto de verdade da subjetividade.

3.4. Os novos sintomas

O conceito de sintoma é importante por demarcar o início da psicanálise. No início, Freud (1996 [1893]) começa pelos sintomas, e demonstra no final do século XIX que as elaborações acerca do que afetava as histéricas era algo que dizia respeito à subjetividade. “Nossas experiências, porém, têm demonstrado que os mais variados sintomas, que são ostensivamente espontâneos e, como se poderia dizer, produtos idiopáticos da histeria, estão tão estritamente relacionados com o trauma desencadeador [...]” (Breuer e Freud, 1996, p. 40). Foi, então, por intermédio do sofrimento que aparece no corpo que Freud entende o sintoma como um fenômeno subjetivo.

Falar de sintomas no âmbito da psicanálise é considerar aquilo que orienta sua prática. Ao longo da obra de Freud, o sintoma aparece como uma mensagem inconsciente da expressão de um conflito psíquico na procura da satisfação pulsional. Assim, o pai da psicanálise em *Inibições, Sintomas e Ansiedade* (1996 [1925]) lembra a definição “Um sintoma é um sinal e um substituto de uma satisfação pulsional que permaneceu em estado jacente; é uma consequência do processo de recalque” (p. 95). Checcinato localiza o sintoma como:

Em psicanálise, porém, segundo sua episteme, o sintoma seria sempre de ordem psíquica, ele é efeito de uma causa inconsciente, de núcleos patógenos, até mesmo o sintoma epistemossomático. Mas há três maneiras desse sintoma se manifestar. Ele pode ficar essencialmente no mundo psíquico, é o caso da loucura aberta (delírios,

alucinações) ou, segundo, é o caso das neuroses, como fobia, o pânico, etc. Mas, não raro, o sintoma, embora de origem psíquica, não encontra saída senão no nível do corpo, elegendo membros ou órgãos que fazem parte da ‘anatomia ideacional’ (Freud), ou seja, do mito familiar, da história com que cada família, através das gerações, encara o corpo, a vida, a saúde (2007[1936], p.138).

A medicina compreende o sintoma como uma mudança provocada no organismo por uma doença, como por exemplo, uma bactéria, um vírus, um traumatismo, um acidente. De todo modo há um agente etiológico relacionado à biologia. O sintoma em ambas as práticas, medicina e psicanálise, será sempre efeito de causas distintas. Checcinato (2007[1936]) observa “O sintoma é algo precioso para nós, pois ele é a presença do ausente, isto é, a presença do inconsciente, único objeto da prática psicanalítica” (p. 140).

A psicanálise, em si mesma, é a prática da experiência singular que o sujeito constitui com base no seu inconsciente. Essa singularidade nós não conhecemos a não ser pelas manifestações inconscientes; nos atos falhos, nos esquecimentos, nos chistes, nos sonhos e nos sintomas. Conforme Checcinato (2007[1936]), “[...] trata-se da desocultação do sujeito encoberto pelo sintoma” (p. 142). Como vemos, o processo de individualização influenciado pelo princípio liberal, pelo capitalismo, modifica o mundo que vivemos. A família se dilui e o autoridade enfraquece. Se a função da psicanálise é acolher o paciente (ou a família) em seu sofrimento, o mal-estar gerado pela mutação do laço social atual (miséria, violência, imperativos da lei de mercado, consumismo, falta de limite) estão imersos na massa humana que se transforma para atender a esse social, sintomas irão surgir, produzindo os chamados novos sintomas.

Os novos sintomas da pós-modernidade são apontados como: síndrome do pânico, anorexia, bulimia, depressão, casos borderline, TDA/H, TOC, toxicomanias, dentre outros. Esses sintomas, como explica Miguez (2009), são neuroses clássicas, velhas conhecidas da psicanálise, apesar da **sintomatologia parecer nova**. Para o autor, a depressão é um sintoma que pode estar presente em diversas perturbações psíquicas, como em neuroses, perversões, psicoses; pode, porém, ser encontrada, com facilidade, em situações corriqueiras, como lutos, problemas de saúde, fracassos profissionais, dentre outros.

Dufour (2005) atribui os novos sintomas às transformações da condição subjetiva nas nossas democracias. Em outras palavras, na crise atual das sociedades, o sujeito hoje se apresenta sob uma modalidade bastante sensível, diferente do que era antes. “A dimensão subjetiva também está submetida à historicidade [...]” (p. 24). Os pacientes de Freud também apresentavam questões relativas a seu tempo, embora diferentes das atuais, mas historicamente contextualizadas. Os sintomas, por sua vez, têm um sentido e se relacionam

com as experiências do sujeito. Assim, nota-se que os sintomas contemporâneos são utilizados como meio para manejo do mal-estar colocado pela civilização, porém não deixam de ser velhos conhecidos da psicanálise.

4. A leitura crítica do TDA/H a partir da psicanálise e do social.

4.1. O excesso do hiperativo no mundo atual do excesso – sociedade, sintoma e consumo

Assim como um dicionário psiquiátrico, o DSM classifica os mais diversos distúrbios mentais e oferece parâmetros para cada transtorno. A quinta edição cataloga 450 categorias diagnósticas. Hiperdiagnóstico em tempos de hiperatividade, fazendo uma analogia com nosso objeto o TDA/H, poderíamos atribuir ao DSM o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Do ponto de vista da descrição fenomenológica, o transtorno é identificado principalmente através da agitação excessiva, se pararmos para analisar o aumento crescente de critérios diagnósticos e números de páginas do DSM, podemos encontrar essa semelhança descritiva da agitação excessiva atribuída ao TDA/H no DSM.

Com o empréstimo das descrições do comportamento próprias do transtorno, muitas das características atribuídas a um TDA/H, estão presentes de algum modo em todos nós, e naquilo que é exigido de nós também no mundo atual dos excessos. O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, validado no mundo inteiro, com seus três sintomas: hiperatividade, déficit de atenção e impulsividade buscam uma etiologia que ainda não se encontra, contudo já dispõem do tratamento, baseados nas evidências da psiquiatria.

As evidências da psiquiatria estão sendo procuradas no corpo biológico que têm o seu tripé: na genética, nas neurociências e na psicofarmacologia como instrumentos responsáveis para validar o discurso da ciência, no que diz respeito ao processo de legitimar o TDA/H. Por enquanto, o universo das evidências psiquiátricas procuram a causa no metabolismo de um neurotransmissor (Dopamina), fala-se também da carência da ferritina (proteína globular do fígado), outros estudos como apresenta Jerusalinski e Fendrik (2011) acrescentam um defeito na inibição da resposta que perturba a função executora. A genética, ainda seguindo o mesmo autor, mediante estudos de gêmeos e de crianças adotadas, situa em ter 60 e 98% à evidência de genes suspeitos, ligados ao metabolismo da dopamina, mas não identificou ainda o gene da hiperatividade. Em conclusão, “a abundância de causas manifesta a ausência de causa” (Jerusalinski & Fendrik; 2011, p.48). O diagnóstico para o transtorno é clínico descritivo, a partir dos sinais excessivos visíveis que o sujeito apresenta socialmente. Safatle (2013) esclarece que a sociedade organiza seus modos de intervenção no corpo e nos afetos por meio do campo da doença e das patologias. No caso do TDA/H a intervenção para o transtorno está em “padrões esperados de conduta social de forte conotação moral” (Safatle et al., 2013, p. 22/23). Santiago e Mezêncio (2013) atribui que os padrões esperados de conduta nos tempos

atuais, está vinculado ao imperativo de normatização, sustentado em uma ideologia da anulação das diferenças individuais.

A descrição comportamental de um transtorno como o TDA/H conseguiu acesso a todas as camadas sociais e culturais, hoje está tão bem difundindo os critérios diagnósticos para ser um TDA/H, que muitas crianças já chegam aos consultórios psiquiátricos e psicológicos com o diagnóstico trazido por seus pais, familiares ou professores. Afinal, o diagnóstico é tributário da clínica do olhar, baseado em características comportamentais. Contudo, a ciência continua, na tentativa de encontrar alguma disfunção baseadas em suas evidências de alteração neuroquímicas no cérebro para justificar a agitação, a impulsividade e o desinteresse de atenção de algumas crianças. Nesse ponto, o texto de Gilson Ianinni e Antonio Teixeira (2013) destacam que a racionalidade científica é mais ideológica do que epistêmica, e escrevem: “Eles bem sabem que quem hoje se vale do discurso da ciência passa a gozar de uma autoridade inquestionável, posto que não existe nenhuma instância extracientífica que nos autorize a questionar o seu veredicto” (p.27).

A ideologia citada acima, é uma ideologia consumista como um processo imaginário de alienação ao modo de produção, representa um imperativo. Os objetos, portanto, passam ao lugar de comando na medida em que **devem ser consumidos**, deixando duas opções ao sujeito: comprar ou ser comprado/consumir ou ser consumido. O tratamento proposto para o TDA/H, vem fabricado, e, retroalimentado pela ideologia consumista em tempos pós-modernos, pois antes mesmo de saber a causa já se iniciou o tratamento medicamentoso. Os laboratórios comercializam como tratamento eficaz o metilfenidato, a medicação aumenta a disponibilidade do neurotransmissor de dopamina no sistema nervoso central; um psicoestimulante. Para Bazan (2013), o psicoestimulante é um dopante, cujo princípio de ação é comparável àquela da cocaína. O metilfenidato se torna, assim, o parceiro ideal para quem tem TDA/H, apresentando uma melhora na conduta social e da atenção.

Dispor do tratamento antes de mesmo de uma etiologia que não se encontra é um reflexo, dos excessos, da chamada sociedade em tempos pós-modernos. Lacan (1974) faz uma provocação insinuando que ninguém escapa aos efeitos do capitalismo, a farmacologia entra como capitalista, estimulando o consumo, partindo para uma lógica circular que não deixa saída, a não ser: consumir para não ser consumido, de fato, assujeitar o eu a oferta de bens de consumo, na garantia de aplacar o mal-estar advindo das mensagens subliminares de uma sociedade de excessos, **de mais, sempre mais**. Uma sociedade agitada, impulsiva e desatenta com suas próprias questões subjetivas, são os efeitos do capitalismo no social e consequentemente no sujeito.

Desta forma, em *Radiofonia*, Lacan (1970) sinaliza que os sujeitos devem endereçar-se aos objetos de consumo para pedir contas da exploração que sofrem, refletindo com relação ao mundo do hiperdiagnóstico hoje, o consumo vai conduzir a libertação de todo sofrimento, sem a implicação do sujeito nesse processo do mal-estar. Os objetos fetiche⁵⁹, portanto, marcam as relações entre sujeitos, que configuram no gozo da lógica circular do consumo, fazendo laço com o objeto e não tendo mais que se haver com a falta e com seu sintoma.

A psicanálise entende os sintomas do TDA/H como correlatos à subjetividade, portanto, é importante compreender como o sujeito sabe do seu sintoma, que não seja apenas o resultado da descrição de marcadores biológicos específicos. O sofrimento é uma forma de oferecer e de pedir algo, de estabelecer contra o desamparo, uma troca entre obediência e lei, proteção e segurança. Safatle et al. (2013) nos diz:

“há várias experiências de sofrimento que não vivenciamos como doença, mas como conflitos relativamente naturais em processos globais de transformação e de desenvolvimento. Na verdade, há uma dimensão na qual estar doente, no que diz respeito à saúde mental, aparece como sofrimento advindo da limitação na capacidade de ação e de fixidez em certos comportamentos”. (p. 23)

Assim, a psicanálise com sua ênfase no inconsciente e seus efeitos na subjetividade, trata de dar ao sujeito e a sua história uma legitimidade própria ao que causa seu estado. Propõe de pensar a questão: o que acontece comigo? Para além dos marcadores biológicos ou manifestações fenomenológicas do comportamento, pensar o sujeito com sua singularidade. É preciso dar a chance para o sujeito falar a respeito de si, de sua visão de mundo, do que se passa em torno dela, de seu mito familiar, ou seja, de sua versão sobre cada um dos seus pais, de seus interesses, de seus conflitos e da esfera de seus novos interesses e desejos. Isso deve ser valorizado por aquele que a escuta. A psicanálise propõe uma clínica singularizada, colocando-se contra a tentativa de homogeneizar, normatizar e controlar o sujeito, pois acredita que cada sujeito deve ser respeitado em sua singularidade.

É preciso demarcar aqui, que a psicanálise não é contra o fato de existir um manual diagnóstico, o DSM. Afinal, constitui uma ferramenta eficaz para os fins que foi construído, em sua intenção de assegurar o bem-estar e o direito a saúde, que é da ordem da universalidade e equidade segundo política de saúde nacional, ou seja, um direito de todos. A questão concerne ao uso exclusivo e as consequências da utilização apenas desse instrumento, para dar conta de uma natureza tão complexa como o sujeito e sua dimensão inconsciente.

⁵⁹ Segundo Sgarioni (2013) a palavra fetiche tem sua etimologia francesa que deriva do português feitiço, a palavra feitiço por sua vez, encontra sua raiz no latim *facticius*, ou seja, aquilo que é feito, ou aquilo que é produzido pelo homem, não tendo assim, existência natural, mas sim artificial.

Não se tem intenção de negar a conjunção entre o corpo como organismo, a mente com seus neurônios e a ciência positivista com seu discurso dominante. Contudo apontamos, para uma outra posição epistemológica e clínica, acerca do TDA/H, para não esbarrarmos no reducionismo culminando em regimes totalitários, porque um campo apenas do conhecimento não dá conta da questão do sintoma (psicanálise) e do transtorno (psiquiatria).

Como a psiquiatria e a psicanálise têm marcado posições epistemológicas, clínicas e éticas diferentes. Ambas, tomaram o significante **evidência**, para contribuir na consolidação dos seus enunciados, marca as divergentes perspectivas adotadas por cada uma delas. A evidência do cérebro *versus* a evidência do inconsciente, cada posição epistemológica pensa e opera a partir de uma diagnóstica. Dunker (2015) define diagnóstica como uma racionalidade que pensam seu próprio diagnóstico proveniente de duas especialidades distintas, neste caso; psiquiatria e psicanálise, aplicada para a teoria social.

A psiquiatria forclui a ficção e o sujeito, a psicanálise inclui o ficcional e a singularidade para pensar o sofrimento. A articulação entre essas duas perspectivas na construção das respectivas diagnósticas as fazem percorrer caminhos diferentes na condução do método de tratamento. Ao considerar a psiquiatria, e o que rege o TDA/H, a investigação está no que aparece como consciente, e conta com a evidência científica para legitimar o discurso e a prática, desaguando sua diagnóstica no comportamento observável e no discurso capitalista de uma sociedade imediatista do consumo. Já psicanálise, privilegia a história pessoal no sintoma, bastante enfatizado em todo o trabalho. A generalização do diagnóstico de TDA/H, na atualidade com propostas de medicalização para eliminar esse transtorno, despreza o que existe de importante nos sinais do sintoma, a dimensão subjetiva, bem como aquilo que é inerente a causa e a efeito.

Dunker (2015) descreve sobre dar a palavra àquele que sofre, na tentativa de contornar o sintoma e nomear a coisa, ou seja, só o próprio sujeito pode fazer a articulação entre sofrimento e sintoma. Assim, o psicanalista inicia suas investigações diagnósticas na escuta oferecida e na fala concedida ao sujeito:

“cada pessoa que nos procura tem uma idade diferente, territórios simbólicos distintos, mundos imaginários e histórias que, de tão reais, parecem inventadas. Mas nos primeiros encontros há sempre esta pergunta, raramente enunciada: ‘O que eu tenho? Qual é o nome dessa coisa que atrapalha minha vida, que transforma minha maneira de amar, que é a razão do meu fracasso e a causa de meus desencontros?’”.
(P.19)

4.2. A evidência da psiquiatria na imprecisão dos critérios diagnósticos do TDA/H

O DSM considera o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, com referência em padrões esperados de conduta social e moral, o sintoma em sua forma de manifestação, perturba a ordem estabelecida socialmente. No DSM-V (2014) o diagnóstico é baseado em fenômenos observáveis, apresentado com bastante redundância aqui, os vários sintomas utilizados como critérios diagnósticos comungam de uma particularidade inquestionável, ao reproduzir a listagem de sintomas do DSM-V, um advérbio impreciso se destaca nos critérios – frequentemente – pelo excesso de repetições como também, pelo vazio de seu significado. Assim, para o diagnóstico de desatenção podemos notar:

- a. **Frequentemente** não presta atenção ou comete erros por descuido em tarefas escolares, no trabalho ou durante outras atividades (p. ex., negligência ou deixa passar detalhes, o trabalho é impreciso).
- b. **Frequentemente** tem dificuldades de manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas (p. ex., dificuldade de manter o foco durante as aulas, conversas ou leituras prolongadas).
- c. **Frequentemente** não segue instruções até o fim e não consegue terminar trabalhos escolares, tarefas ou deveres no local do trabalho (p. ex., começa as tarefas, mas rapidamente perde o foco e facilmente perde o rumo).
- d. **Frequentemente** parece não escutar quando alguém lhe dirige a palavra diretamente (p. ex., parece estar com a cabeça longe, mesmo na ausência de qualquer distração óbvia).
- e. **Frequentemente** tem dificuldades para organizar tarefas e atividades (p. ex., dificuldades em gerenciar tarefas sequenciais; dificuldade em manter matérias e objetos pessoais em ordem; trabalho desorganizado e desleixado; mau gerenciamento do tempo; dificuldade em cumprir prazo).
- f. **Frequentemente** evita, não gosta ou reluta em se envolver em tarefas que exijam esforço mental prolongado (p. ex.; trabalhos escolares ou lições de casa; para adolescentes mais velhos e adultos, preparo de relatórios, preenchimento de formulários, revisão de trabalhos longos).
- g. **Frequentemente** perde as coisas necessárias para a tarefa ou atividades (p. ex., matérias escolares, lápis, livros, instrumentos carteiros, chaves, documentos, óculos, celular).
- h. **Com frequência** é facilmente distraído por estímulos externos (para adolescentes mais velhos e adultos, pode incluir pensamentos não relacionados).
- i. **Com frequência** é esquecido em relação a atividades cotidianas (p. ex., realizar tarefas, obrigações; para adolescentes mais velhos e adultos, retornar ligações, pagar contas, manter horários agendados. (DSM-V, *American Psychiatric Association*; 2014, p.59).

Para o diagnóstico de hiperatividade e impulsividade o advérbio de modo aparece da mesma maneira em termos imprecisos como nos critérios de desatenção, como descrito abaixo:

- a. **Frequentemente** remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na cadeira.
- b. **Frequentemente** levanta da cadeira em situações em que se espera que permaneça sentado (p. ex., sai do lugar em sala de aula, no escritório ou em outro

lugar de trabalho ou em outras situações que exijam que se permaneça em um mesmo lugar).

c. **Frequentemente** corre ou sobe nas coisas em situações em que isso é inapropriado. (nota: em adolescentes ou adultos, pode se limitar a sensações de inquietude).

d. **Com frequência** é incapaz de brincar ou se envolver em atividades de lazer e calmamente.

e. **Com frequência** ‘não para’, agindo como se estivesse ‘com o motor ligado’ (p. ex., não consegue ou se sente desconfortável em ficar parado por muito tempo, como em restaurantes, reuniões; outros podem ver o indivíduo como inquieto ou difícil de acompanhar).

f. **Frequentemente** fala demais

g. **Frequentemente** deixa escapar uma resposta antes que a pergunta tenha sido concluída (p. ex., termina frases dos outros, não consegue aguardar a vez de falar).

h. **Frequentemente** tem dificuldade para esperar a sua vez (p. ex., aguardar em uma fila).

i. **Frequentemente** interrompe ou se intromete (p. ex., mete-se nas conversas, jogos ou atividades; pode começar a usar as coisas de outras pessoas sem pedir ou receber permissão; para adolescentes e adultos, pode intrometer-se em ou assumir o controle o que outros estão fazendo) (DSM-V, *American Psychiatric Association*; 2014, p. 60).

Na classe gramatical das palavras o advérbio de modo é palavra que não possui um sentido preciso para determinar algo, sua utilização se faz para aumentar ou diminuir uma intensidade. A imprecisão do termo recorrente na listagem do diagnóstico, diverge da proposta estabelecida pelo manual de clareza em seus critérios, impressiona exatamente a falta de especificidade, os sintomas do quadro clínico são tão amplos e imprecisos que poderia englobar praticamente qualquer sujeito com o mínimo de senso de autocrítica.

O mínimo que se pode dizer frente aos sintomas do TDA/H, expostos pelo DSM, é que tal quadro nada diz sobre o sofrimento psíquico, diz a respeito aos padrões disciplinares e morais esperados pela sociedade, porém ainda assim, de maneira vazia o termo **frequentemente**, não possui uma medida de escala para especificar o advérbio, no momento da utilização do mesmo, como critério para o diagnóstico, devido sua conotação com a imprecisão. Por isso, Dunker (2015) diz, de forma tão contundente, que o paciente como o ‘Homem dos Ratos’ de Freud que sofria de uma genérica neurose obsessiva, passaria por um hiperdiagnóstico de sete ou oito transtornos detectados.

Além da imprecisão do termo frequentemente empregado em toda listagem do sintoma, podemos destacar situações como “frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros ou descuido(...)” ou “(...) é esquecido em relações a atividades cotidianas (...)” (DSM-V, *American Psychiatric Association*; 2014, p. 59), aqui, estamos diante do efeito do inconsciente, da lógica inversa do homem cartesiano, a evidência da psicanálise de que os lapsos e atos falhos possuem uma intenção perturbadora em seu conteúdo, ou seja, de algo que escapa, involuntariamente. Neste sentido, há de se interrogar quantas pessoas não seriam

reconhecidas apresentando os sintomas do TDA/H? Comportamentos cotidianos de uma sociedade pós-moderna que faz o corpo se agitar frente as demandas, como na incapacidade de se concentrar em um único objeto ou atividade e no adiamento de uma satisfação imediata em prol de realizações posteriores (princípio do prazer prevalecendo sobre o princípio da realidade), são os efeitos do social na vida psíquica do sujeito.

Ao dispensar a subjetividade e a vida coletiva como correlato ao sintoma, o sujeito vira consumidor, particularmente, de novos produtos da indústria farmacêutica. Através dos manuais diagnósticos e protocolos de tratamento, a psicofarmacologia sustentada na ideologia consumista, busca propagar a normatização. A psiquiatria goza na contemporaneidade de um relativo sucesso via referida normatização, pois desresponsabiliza, o sujeito de se implicar com os sintomas e seu mito individual.

Ao que concerne o diagnóstico, Bauman (2000) utiliza o significante ‘líquido’ para definir a pós-modernidade como um processo de mobilidade, onde os padrões são maleáveis. Contudo, essa fluidez está presente nos sinais elencados pelo DSM, para diagnosticar o TDA/H, porém destacamos a solidez da marca do diagnóstico. Como escreve Dunker (2015) “é uma solidez que não se desmancha no ar, produz um tipo de convicção, de práticas de consumo, de autorização de modulação química de experiências subjetivas jamais vista”. (p. 189).

4.3. Discussão acerca dos efeitos do diagnóstico

O diagnóstico tem um valor determinante em nossa atual forma de vida, diagnosticar não é apenas um ato de nomeação clínica de uma condição de adoecimento. É uma classificação que insere o sujeito em um grupo, e esse grupo, passará a representá-lo, não mais, por suas próprias características individuais, mas sobre o nome que foi fixado seu sofrimento. Neste ponto, o sujeito passa ser o diagnóstico; Eu sou um TDA/H, e, o seu nome próprio, na solidez do diagnóstico se transforma em substância volátil. Os efeitos produzidos não são apenas da ordem do próprio sujeito, repercutem em outros setores; econômico, jurídico e moral.

As políticas públicas baseiam-se cada vez mais em diagnósticos, pois não há medicalização sem ele. Os diagnósticos orientam as intervenções sociais, definindo uma prática de autoridade para a forma de sofrimento detectada. Como exemplo, temos a instituição escola que necessita e convoca dos pais o diagnóstico, para assim, entrarem com as

intervenções sociais e educacionais, e até mesmo inclusivas naquela criança, antes disso, nada é realizado.

O diagnóstico de TDA/H, não é apenas um fato clínico do qual decorrerá tratamento medicamentoso. Ele possui o que, Dunker (2015) chamou de racionalidade diagnóstica, ou seja, substituição da psicopatologia como campo de confluência das diferentes narrativas sobre o sofrimento, mais precisamente, como cada conhecimento entende o sofrimento e o conduz. A racionalidade diagnóstica da evidência psiquiátrica promove uma formação de alianças, entre os vários setores da vida pública, no investimento de pesquisa científica, com laboratórios farmacêuticos e na gestão da saúde mental.

A aliança estabelecida ao modelo de racionalidade diagnóstica da psiquiatria se adaptada às exigências do capitalismo, de fato, nas esferas das relações interpessoais como na troca econômica, o ideal consumista prevalece, na crença que exista um objeto de direito sempre disponível, com a condição de poder comprá-lo e livrá-lo do sofrimento que se encontra. Esse idealismo no consumo vem contribuir para reforçar esse sentimento, fornecendo meios para o sujeito interferir nas demandas das pulsões, apenas com seu capital, sem implicação nenhuma nesse sofrimento. Parafrazeando Freud (1996 [1927]) o sofrimento nos ameaça a partir de três direções; do mundo externo, da relação com os semelhantes e de nosso próprio corpo que não pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência.

Ao parafrasear Freud sobre a advertência do sofrimento, tivemos a intenção de aludir como a psicanálise maneja o diagnóstico em sua prática clínica. Conforme Dunker:

Em psicanálise, o diagnóstico não é uma nomeação dada pelo analista, referido em posição de autoridade, visando à naturalização do mal-estar ou ao reconhecimento de um tipo de sofrimento. A psicanálise é uma clínica, pois advoga a autonomia dos sintomas que lhe dizem respeito como método de tratamento.” (2015; p.37).

A psicanálise não utiliza o diagnóstico como a ciência médica, mas como um organizador do pensamento, trabalhando com hipóteses diagnósticas, ou seja, tecendo estratégias de intervenções para agir e conduzir o tratamento. Contudo, não se deve inocular nem incutir no paciente seu vocabulário psicopatológico. O diagnóstico é percebido em psicanálise como permitindo uma comunicação e compreensão do sujeito, porém sem insistir muito nessa condição de engessamento, na ameaça de perder a singularidade existente em cada um. Sobre isso Dunker escreve:

O diagnóstico, ou seja, a prática de nomeação da relação regular entre grupos, famílias e espécies de signos, traços e sintomas, em sua copresença e em sua evolução ao longo do tempo, supostamente gerada por uma rede de causas e determinações comuns e eventualmente afetável por certos procedimentos ou certas intervenções terapêuticas. O diagnóstico jamais deveria separar-se de sua semiologia, de sua etiologia e de sua terapêutica. (2015; p.38)

A questão que aqui concerne, são os efeitos do diagnóstico na esfera do sujeito e do social, mais precisamente, nas formas de representar ou operacionalizar esse diagnóstico. O instrumento 'diagnóstico' vai além dos reflexos no próprio sujeito; na falta de implicação com sintoma e na destituição da responsabilidade. O instrumento operacionaliza as demandas e direitos. Ter um diagnóstico significa voltar a ter acesso à cidadania. Como sabemos, os fatores socioeconômicos (pobre, analfabeto, negro e etc.) marginalizam os cidadãos. Inversamente, certos diagnósticos podem se tornar um modo de se livrar da marginalidade e desigualdade, porque universaliza pessoas.

A inclusão à cidadania vai garantir direitos estabelecidos por lei, através do diagnóstico, que darão acesso à saúde, educação e lazer. Há um tempo atrás, o diagnóstico era recebido como algo negativo, penoso e até mesmo vergonho por parte da sociedade. Hoje os benefícios sociais de ser portador de um transtorno vão garantir justificativas e flexibilidade, afinal “sou um TDA/H é não consigo permanecer muito tempo em um emprego.”

Considerações finais.

A elaboração da presente dissertação surge da excessiva incidência de diagnósticos de TDA/H descrito pela psiquiatria, que tomou conta tanto das instituições sociais, como do discurso vigente da ciência, baseada na ideologia do consumo. A psicanálise entende o sujeito e tem sua prática clínica ancorada em favor da subjetividade, onde a história, o romance, a trama e o sofrimento estão atrelados ao psiquismo e escapam involuntariamente, para outro nome e lugar dentro do próprio sujeito, essa é condição da economia psíquica, restaurar padrões primário de satisfação, controlar a tensão e o mal-estar.

A atualidade do tema, entretanto, permitiu que explorássemos o campo de conhecimento e atuação da psiquiatria, especificamente, o manual diagnóstico e estatístico de doenças mentais, o DSM-V, como instrumento responsável por enquadrar e situar o diagnóstico para o TDA/H. As manifestações dos sintomas enunciados pelo DSM-V, tornaram-se objeto de estudo e reflexão, conduzidos assim, a um diálogo com a teoria psicanalítica, possibilitando a produção de uma crítica que servisse em benefício á prática clínica no manejo com crianças. Contudo, as indagações propostas dentro do texto da dissertação, tem uma grande riqueza, apesar de permanecerem sem resposta, impulsionando a necessidade do contínuo aprimoramento das elaborações acerca do TDA/H, do diagnóstico, do sintoma e do consumo de medicamento.

Neste sentido, rastreamos que os distintos campos epistemológicos da psiquiatria e da psicanálise fornecem modalidades diagnósticas diferentes, numa tentativa de sancionar sua terapêutica. Tivemos o cuidado, de sempre enfatizar o nome do instrumento utilizado na pesquisa no caso DSM-V, para que não houvesse confusão entre o objeto (DSM) e o campo do conhecimento (psiquiatria), ou seja, a psiquiatria não se resume ao manual estatístico e diagnóstico de doenças mentais.

Apoiamo-nos numa análise crítica do diagnóstico do TDA/H com referência na psicanálise, enfatizando a necessidade de ouvir o sujeito, considerando que o sintoma está implicado na subjetividade. Seguindo a linha do que nos diz Dunker (2015) sobre a dimensão subjetiva “um sintoma não pode ser separado de seus modos de expressão e de reconhecimento social nem dos mitos que constroem a escolha de seus termos nem das teorias e dos romances dos quais ele retém a forma e o sentido.” (p.31).

Estabelecemos articulações entre os sinais do TDA/H descritos pelo DSM com a dimensão do inconsciente, da pulsão e do gozo. Neste sentido, utilizamos a teoria freudiana do aparelho psíquico, considerando que a vida psíquica liga-se à energia que circula, na carga

de afetos das representações encontrada nas pulsões. Essa força constante da pulsão, localizada no corpo é que tentamos empreender como fator responsável por agitar uma criança, por abstrair a atenção e se fixar em seu próprio mundo repleto de exigências perturbadoras e por impulsionar o sujeito a se satisfazer.

A regulação psíquica vai percorrer caminhos para obter a satisfação, assim como que ocorre no mecanismo da fome gerador de desprazer; o bebê movido por sua pulsão, procura através de uma ação específica - o choro- a descarregar a tensão de desprazer e buscar a satisfação do alimento. E assim, essa vivência de satisfação será revivida com toda sua intensidade sempre que obtiver seu resultado.

Neste sentido, ao postergar, renunciar, sublimar e desviar a satisfação da pulsão devido às exigências do mundo, uma angústia dominará o sujeito promovendo uma submissão do corpo e da mente. Com uma força impiedosa, a pulsão, invade a criança e comanda sua atenção, movimentos e impulsos para veicular a angústia, deliberadamente para controlar a tensão que circula no sujeito. De certo, como apresentamos a capacidade de permanecer atento, focar a atenção, varia de acordo com os estímulos externos, os fatores subjetivos, os estados afetivos e os graus de motivação.

Além da vida psíquica, ser parte integrante da subjetividade, e conseqüentemente dos sintomas, aqui o TDA/H. Destacamos um outro fator desencadeador da angústia endereçada ao corpo, as heranças sociais decadentes, com o predomínio do discurso da ciência, que carrega a ideologia do consumo, atrelado a promoção da saúde. Optamos por seguir recomendações de autores como Lebrun, Dufour e Bauman, na expectativa de apontar que também no social o sujeito se inquieta e se agita frente aos excessos produzidos no social, como uma angústia frente ao interdito, numa sociedade que desconsidera a tradição e os limites na vida coletiva. A busca pelo sujeito é a prerrogativa da psicanálise e a universalização de padrões da psiquiatria, que conta com a indústria farmacêutica em sua terapêutica.

O consumo específico de medicamento, favorece o sistema capitalista que tenta fazer laço social com o objeto, visando o lucros e funcionando em uma lógica circular de consumo. Através da análise crítica do diagnóstico do TDA/H desaguamos nos objetos de consumo em nossa sociedade. O consumo de psicofarmaco para a dissolução dos sinais (psiquiatria) e sintomas (psicanálise) do TDA/H é tentativa do sujeito e dos 'ditos' nossos novos tempos, a não se haver com a falta, e com as frustrações diante da vida. Este movimento da ciência em parceria com o sistema econômico não resguarda as marcas da história de cada personagem em seu drama particular, a implicação disso no seu sintoma.

Abordamos a questão relativa aos efeitos do diagnóstico no social, que aparentemente, surge como exemplo paradigmático de obter direitos e um lugar no seio de uma sociedade enfraquecida via lugares de tradição. O diagnóstico, mostrou-se fundamental para compreendermos a relação entre sintoma e consumo, no desalojar do sofrimento e no ‘controle das pulsões’.

Compreendemos assim, que a psicanálise como método terapêutico prega a cura pela fala, segundo seu criador, Freud. Assume a posição de escutar as particularidades da relação estabelecida entre cada sujeito e seu sintoma, de forma a encontrar a singularidade enlaçada no campo pulsional e seus investimentos libidinais que buscam por satisfação. Neste sentido, a agitação excessiva procura uma via para restaurar os padrões energéticos suportáveis, não precisando necessariamente de sinais comportamentais para descobrir se um sujeito é portador de um transtorno inquietante como o TDA/H, basta dar a palavra para contornar o sintoma e conhecer a verdade do sujeito.

Desejamos, portanto, que possamos ir além de um manual descritivo no que diz respeito ao sintoma, valorizando o campo do sujeito e sua singularidade. Com isso, não estamos querendo anular nenhuma área do conhecimento, apenas atestar a fragilidade do diagnóstico do manual utilizado por alguns psiquiatras que não consegue abarcar a totalidade do ser sujeito, que, longe de determinar essa ou aquela diagnóstica como verdade imutável, encontramos aqui, uma possibilidade de uma produção diferenciada de pensar o TDA/H, utilizando a psicanálise que nos indica, toda relação do sujeito com o mundo é mediada pela realidade psíquica, daí a importância de considerá-la. A contribuição pertinente é compreender que o manual utilizado, enquadra os sintomas de TDA/H, em sua descrição comportamental do transtorno não possui uma consistência suficiente para fechar um diagnóstico. Categorias diagnósticas não englobam o singular, deixando de fora aquilo que existe de importante no sujeito que é sua história. A problemática não é tanto a classificação em si, mas sim, o uso dessa ferramenta como único referencial, descartando a escuta do sobre o sofrimento. Conforme Queiroz (2005), a clínica é um ato simbólico que permite a metaforização da experiência psicanalítica, servindo de base para as construções metapsicológicas, de modo a elaborar um novo saber para psicanálise. Assim, ao permitir o sujeito, falar de seu drama particular, lembramos que um drama não é uma tragédia e, segundo Checchinato (2007), trata-se de um episódio real ou imaginário, mas de modo violento, disruptivo, implantado no inconsciente, terá uma força de retorno diante de situações precisas. Uma prática corajosa e criativa orientada pelo desejo possivelmente, proporcionará o escoamento da angústia sentida no corpo e representada no sintoma.

Referências Bibliográficas

Aurélio, B. (1993). *Minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Amarante, P. (1995). *Loucos pela vida: a trajetória psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-5)* (5a ed., rev.) Porto Alegre: Artmed.

Ariès, P. (2006[1014/1984]). *História Social da Criança e da Família*. (2ª ed.) (D. Flaksman, trad.) Rio de Janeiro: LCT.

Barbosa, E. (2011). *Gaston Bachelard: O novo espírito científico*. Universidade Federal da Bahia, Bahia. Disponível: <http://www.UEFS.br/nef/Elyana.pdf>.

Barbosa, L. (2004). *Sociedade de consumo*. Rio de Janeiro: Zahar.

Barkley, R. (2008). *Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Manual para diagnóstico e tratamento*. Porto Alegre: Artmed.

Baudrillard, J. (1991). *Simulacros e simulação*. Trad. Maria João da Costa Pereira- Lisboa, Portugal: Relógio d'água.

Bauman, Z. (2000). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

Burkle, T. S. (2009). *Uma reflexão crítica sobre as edições do manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Cabas, A G (2009). *O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan, da questão do sujeito em questão*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Checchinato, Durval (2007). *Psicanálise de pais: crianças, sintomas dos pais*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.

Darmon, M. (1994). *Ensaio sobre a topologia lacaniana*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Derrida, J. & Roudinesco, E. (2004) *De que amanhã...diálogo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Dor, J. (1989). *Introdução à leitura de Lacan: O inconsciente estruturado como linguagem*. Trad. Carlos Eduardo Reis. Porto Alegre: Artmed.

Duarte, L. T. M. (2009). *Distraídas, dispersas, hiperativas, apáticas: que escuta fazer desses sujeitos?* Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Dufour, R. (2005). *A arte de reduzir as cabeças: sobre a nova servidão na sociedade ultraliberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

Dufour, D-R. (2013). *A cidade perversa: liberalismo e pornografia*. Trad. Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Dumas, J.E. & Assunção, F.B. (2011). *Psicopatologia da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artmed.

Dunker, C.I.L. (2000). *Clínica, linguagem e subjetividade. Distúrbios da comunicação*. V.12, (1), p.39-61.

Dunker, C. I. L. (2014). *Questões entre a psicanálise e o DSM*. *Jornal da Psicanálise*, 47 (87), 79-107.

Dunker, C. I. L. (2015). *Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. São Paulo: Boitempo.

Ferrater Mora, J. (1994 [1912]). *Dicionário de filosofia*. Barcelona: Ariel.

Ferreira, N S A. (2002) *As pesquisas denominadas “estado da arte”*. Educação e Sociedade, 23 (79), 257-272. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/es/v23n79/10857.pdf>, acesso em 11 de maio de 2015.

Fink, B. (1998). *O sujeito lacaniano: entre a linguagem e o gozo*. Rio de Janeiro. Zahar.

Forget, J.M. (2011). *Os transtornos do comportamento: onde está o rolo?*. Trad. Maria Folberg. Porto Alegre: CMC.

Freire Costa, J. (2007). *O Risco de cada um: e outros ensaios de psicanálise e cultura*. Rio de Janeiro: Garamond.

Freud, S. (1977 [1901/1905]). *Um caso de histeria, três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1901-1905).

Freud, S. (1977 [1923]). *O Ego e o Id, e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1923).

Freud, S. (1980 [1905]). *Os chistes e sua relação com o inconsciente*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 8). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (trabalho original publicado em 1905).

Freud, S. (1987 [1893]). *Sobre o mecanismo psíquico dos fenômenos histéricos: uma conferência*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1893).

Freud, S. (1996 [1893/1895]). *Estudo sobre a histeria*. In Breuer e Freud (Orgs.), (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 2). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1893-1895).

Freud, S. (1996 [1895]). *Publicações pré-psicanalíticas r esboços inéditos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.1). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1895).

Freud, S. (1996 [1901]). *Sobre a psicopatologia da vida cotidiana*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol.6). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1901).

Freud, S. (1996 [1913]). *Totem e tabu e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 13). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (1996 [1914/ 1916]). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1913).

Freud, S. (1996 [1915/1916]). *Conferências introdutórias sobre psicanálise*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 15). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1916).

Freud, S. (1996 [1917/1918]). *Uma neurose infantil e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 17). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1917-1918).

Freud, S. (1996[1925/1926]). *Um estudo autobiográfico, inibições, sintomas e ansiedade: Análise leiga e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1925/1926).

Freud, S. (1996 [1927/1931]). *O Futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1927/1931).

Freud, S. (1996 [1932/1936]). *Novas conferências introdutórias sobre a psicanálise e outros trabalhos*. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 22). Rio de Janeiro: Imago. (trabalho original publicado em 1983).

Freud, S. (2001 [1900]). *A interpretação dos sonhos*. (Edição Standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, Vol. 4). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (trabalho original publicado em 1900).

Freud, S. (2004 [1911/1915]). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (2006 [1915/1920]). *Escritos sobre a psicologia do inconsciente*. (Obras Psicológicas de Sigmund Freud, Vol. 1). Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (2010 [1911/1913]). *Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia relatado em autobiografia “O caso Schreber”: Artigos sobre técnica e outros textos*. (P. C. de Souza, trad.). (Vol. 10). São Paulo: Companhia das letras.

Freud, S. (2011 [1920/1923]). *Psicologia das massas e análise de outros textos*. (P. C. de Souza, trad.). (Vol. 10). São Paulo: Companhia das letras.

Garcia-Roza (2000). *Introdução à metapsicologia freudiana*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Giddens, A. (1991). *As consequências da Modernidade*. São Paulo: Unesp.

Godoy, P. R. T. (2010). *História do pensamento geográfico e epistemologia em geografia*. São Paulo: Cultura Acadêmica.

Goldenberg, M. (1997). *A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais*. Rio de Janeiro: Record.

Guillherme, I.M. (2013). *O desenvolvimento da concepção de homem em René Descartes e seu debate filosófico sobre a condição da natureza humana*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Filosofia, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.

Jerusalinsky, A. & Fendrik, S. (2011). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. Organização Jerusalinsky/Fendrik. São Paulo: Via lettera.

Kaufmann, P. (1996) *Dicionário enciclopédico de psicanálise: o legado de Freud e Lacan* (V. Ribeiro & M. L. X. A. Borges, trad.) Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Keller, A. J. (2011) *Michaelis dicionário escolar alemão*. (2. Ed). São Paulo: Melhoramentos.

Lacan, J. (1970). *Radiofonia*. In:_____.Outros Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1985). *O Seminário, livro 20: Mais ainda*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1996). *O Seminário, livro 17: O avesso da psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998). *Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lebrun, J.-P. (2004). *Um mundo sem limite: ensaio para uma clínica psicanalítica do social*. Rio de Janeiro, RJ: Companhia de Freud.

Lebrun, J-P. (2008). *A perversão comum: viver junto sem outro*. Rio de Janeiro, RJ: Campo Matêmico.

Lima, R.C. (2005). *Somos todos desatentos?:O TDA/H e a construção de bioindentidades*. Rio de Janeiro, RJ: Relume dumará.

Lima, Vaz (2004). *Antropologia filosófica*. Vol.I. São Paulo: Loyola.

Mattos, P. (2001). *No mundo da lua: perguntas e respostas sobre o transtorno de déficit de atenção com hiperatividade em crianças, adolescentes e adultos*. São Paulo, SP: Lemos.

Melo, L. F. B e Naves, G. S. (2008). *Antropologia filosófica do ser: Reflexões sobre os pensamentos de Sócrates e Heidegger*. Revista da Católica, 3(5). Recuperado de <http://catolicaonline.com.br/revistadacatoloca2/artigosV3n5/artigo12.pdf>

Nasio, J.D. (1993). *Cinco lições sobre a teoria de Jacques Lacan*. Trad. Vera Ribeiro. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.

Nietzsche, F. (2013). *Aurora*. São Paulo: Escala

Oliveira, R. (2011). *Filosofia: Investigando o mundo da prática*. Fortaleza: Jovem.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10:Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre: Artmed.

Plon, M. & Roudinesco. E. (1998). *Dicionário de Psicanálise*, Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Queiroz, E. F. (2005). *A trama do olhar*, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Quinet, A. (2009). *A estranheza da psicanálise: a escola de Lacan e seus analistas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Quinet, A. (2012). *Os outros em Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Rocha, Z. (2000). *Os destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo. Escuta.

Rosenberg, A.M.S. (1994). *O lugar dos pais na psicanálise de crianças*. Perdizes: Escuta.

Rouanet, S. (1987) *As razões do iluminismo*. São Paulo: Companhia das Letras.

Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?*. Trad., Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Safatle, V. Iannini, G., & Teixeira, A. Dunker, C. I. L. Bazan, A. Costa Pereira, M. E. (2013, outubro). *Dossiê: O poder da psiquiatria: o que está por trás da psiquiatrização da vida cotidiana*. *Revista Cult*, 184.

Santiago, A. & Mezêncio, M. (2013). *A psicanálise do hiperativo e do desatento*. Belo Horizonte: Scriptum.

Silveira, D.P. (2003). *Sufrimento psíquico e serviço de saúde: Cartografia da produção do cuidado em saúde mental na atenção básica em saúde*. (Dissertação de mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Siqueira, E. R. A. (2009). *O estatuto contemporâneo das identificações em sujeito com marcas e alterações corporais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica de Pernambuco, Recife.

Teixeira, M. A. (2007). *A violência no discurso capitalista: uma leitura psicanalítica* (Tese de Doutorado) Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Valas, P. (2001) *As dimensões do gozo: do mito da pulsão à deriva do gozo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.