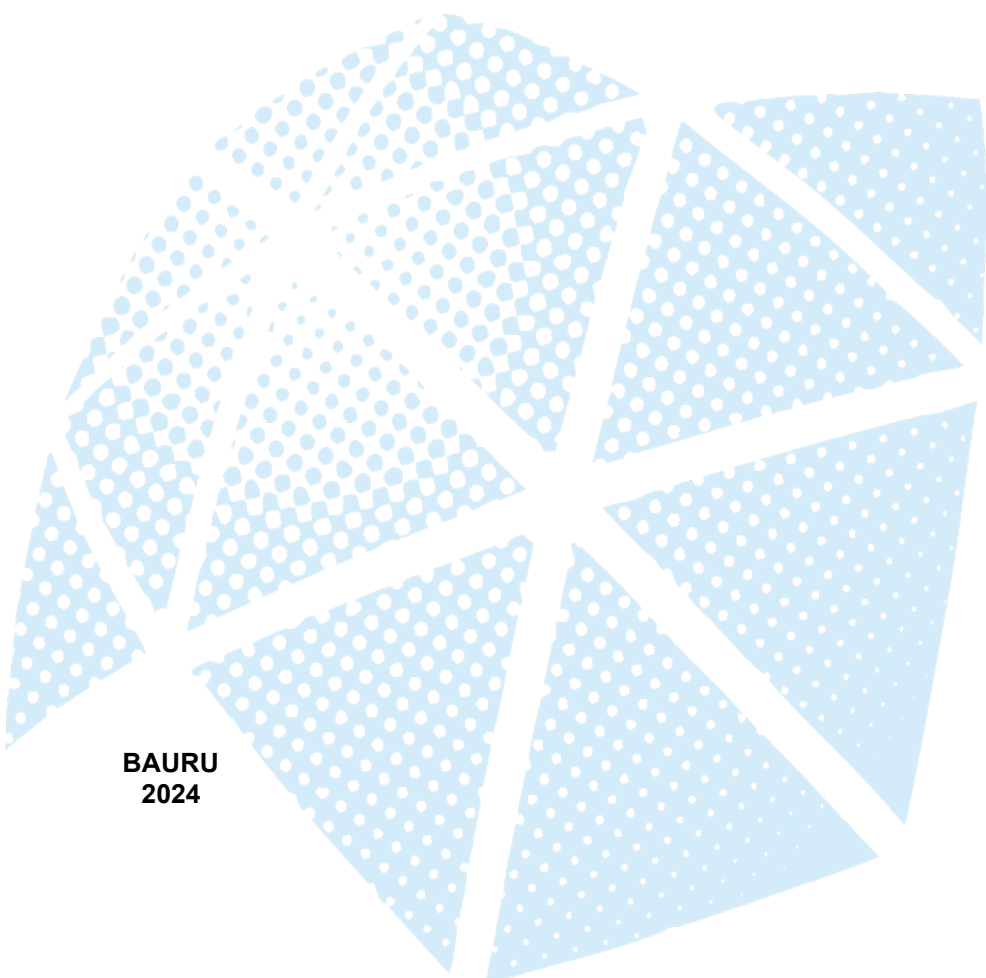


UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JÚLIO DE MESQUITA FILHO – UNESP
Faculdade de Ciências
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem

Ana Karina Barbosa Moura

**A MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
DE TDAH - UMA VISÃO PSICANALÍTICA**

BAURU
2024



ANA KARINA BARBOSA MOURA

**A MEDICALIZAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES A PARTIR DO DIAGNÓSTICO
DE TDAH - UMA VISÃO PSICANALÍTICA**

Tese apresentada como requisito à obtenção do título de Doutora à Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - Programa de Pós-Graduação Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Faculdade de Ciências, linha de pesquisa Desenvolvimento: Comportamento e Saúde, sob a orientação da Prof. Dr. Érico Bruno Viana Campos.

**BAURU
2024**

.	Moura, Ana Karina Barbosa
M929m	A Medicalização de Crianças e Adolescentes a partir do Diagnóstico de TDAH : Uma Visão Psicanalítica / Ana Karina Barbosa Moura. -- Bauru, 2024 241 p. : il., tabs. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências, Bauru Orientador: Érico Bruno Viana Campos 1. medicalização. 2. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. 3. psicanálise. 4. estudo longitudinal. 5. reflexões teórico-clínicas. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp. Dados fornecidos pelo autor(a).

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA TESE DE DOUTORADO DE ANA KARINA BARBOSA MOURA, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM, DA FACULDADE DE CIÊNCIAS - CÂMPUS DE BAURU

Aos 29 dias do mês de novembro do ano de 2024, às 10h, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de TESE DE DOUTORADO de ANA KARINA BARBOSA MOURA intitulada “*A Medicalização de Crianças e Adolescentes a partir do Diagnóstico de TDAH - uma Visão Psicanalítica.*” A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS (Orientador(a) - Participação Presencial) do(a) UNESP/FC - Bauru, Profa. Dra. JOSIANE CRISTINA BOCCHI (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências de Bauru, Prof. Dr. SÉRGIO SÓCRATES BAÇAL DE OLIVEIRA (Participação Virtual) do(a) Departamento de Psicologia / Universidade Federal do Amazonas, Dra. JACQUELINE MARIA REGIS LIAO (Participação Presencial) do(a) Ambulatório de Saúde Mental do Adulto / Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Profa. Dra. PATRICIA PORCHAT PEREIRA DA SILVA KNUDSEN (Participação Presencial) do(a) Departamento de Psicologia / Faculdade de Ciências (Unesp - Campus Bauru). Após a exposição pela doutoranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: APROVADO. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Documento assinado digitalmente
ERICO BRUNO VIANA CAMPOS
Data: 05/12/2024 09:21:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. ERICO BRUNO VIANA CAMPOS

Para as mulheres que resistem.

Para João Pedro, todo meu amor e esperança na verdade.

O presente trabalho foi realizado com o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.

AGRADECIMENTOS

À Sofia, Júlio, Alice e Luís Otávio, pela confiança, encontros, reencontros e oportunidade.

A minha família, por todo amor em forma de gestos de cuidado, apoio, torcida, orações, vibrações. Obrigada Zizi pelas orações superpoderosas. Obrigada pai, pelo exemplo, você sempre esteve em mim. Obrigada Bárbara por todos os socorros logísticos e torcida. Obrigada Ana Christina pelos incentivos certos. João Pedro por me lembrar que a vida deve ser alegre e leve. Márcio, meu amor, obrigada pelos incontáveis apoios práticos, amorosos e graduados. Duda e Neto, obrigada pela torcida amorosa e esperançosa do fim.

Ao meu orientador Érico Bruno Viana Campos, que com sua presença gentil mudou e ressignificou toda a história, obrigada por todo o holding, iluminação e afeto com que me guiou até o fim.

As queridas amigas Mônica Paes, Sandra Sposito, Laís Jerônimo e Carolina Miranda pela parceria de vida, resistência, incentivos.

Aos queridos companheiros de jornada acadêmica do Núcleo de Estudos Extensão e Pesquisa em Psicanálise (NEPPSICA) da UNESP de Bauru, pelas sensíveis e atentas leituras e torcida amorosa.

À Professora Josiane Bocchi, pelas ricas reflexões e recepção no Projeto de Extensão “A escuta psicanalítica no serviço escola: corpos e sofrimentos contemporâneos.

À Professora Vera Lúcio Messias Fialho Capellini pelas contribuições na ocasião da qualificação do mestrado.

À querida Maria Neuma Carvalho de Barros pelas contribuições preciosas, carinho e generosidade durante a qualificação e em nossa convivência, e aos amigos do EPSI.

À professora Patrícia Porchat pelas contribuições nas bancas de qualificação e defesa do doutorado.

À querida Jacqueline Maria Regis Liao por sua presença generosa nesta jornada e banca de defesa.

Ao Professor Sérgio Sócrates Baçal de Oliveira por sua prontidão e generosidade para compor a banca de defesa.

Ao programa de Pós Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista de Bauru- SP, pelas oportunidades e acolhimento.

Aos funcionários da pós graduação em Psicologia por todo apoio e cuidado, especialmente a funcionária Thamires Nascimento Parussolo.

Lição de Filho

Recebi uma lição de um de meus filhos, antes dele fazer 14 anos.

Haviam me telefonado avisando que uma moça que eu conhecia ia tocar na televisão, transmitido pelo Ministério da Educação. Liguei a televisão, mas em grande dúvida. Eu conhecera essa moça pessoalmente e ela era excessivamente suave, com voz de criança, e de um feminino – infantil. E eu me perguntava: terá ela força no piano? Eu a conhecera num momento muito importante: quando ela ia escolher a “camisola do dia” para o casamento. As perguntas que me fazia eram de uma franqueza ingênua que me surpreendia. Tocaria ela piano?

Começou. E, Deus, ela possuía a força. Seu rosto era um outro, irreconhecível. Nos momentos de violência apertava violentamente os lábios. Nos instantes de doçura entreabria a boca, dando-se inteira. E suave, da testa escorria para o rosto o suor. De surpresa de descobrir uma alma insuspeita, fiquei com os olhos cheios de água, na verdade eu chorava. Percebi que meu filho, quase uma criança, notara, expliquei: estou emocionada, vou tomar um calmante. E ele:

-Você não sabe diferenciar emoção de nervosismo? Você está tendo uma emoção.

Entendi, aceitei, e disse-lhe:

-Não vou tomar nenhum calmante.

E vivi o que era para ser vivido.

(Clarice Lispector)

Moura, A. K. B. **A Medicalização de crianças e adolescentes a partir do Diagnóstico de TDAH- Uma Visão Psicanalítica**. 241 f. Tese (Doutorado em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Bauru, 2024.

RESUMO

O número de crianças e adolescentes diagnosticados e medicados em decorrência do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é cada vez maior. Investiga-se, neste estudo, as implicações do diagnóstico e tratamento farmacológico do TDAH em crianças e adolescentes, com foco nos impactos na subjetividade em desenvolvimento e nas lacunas de mentalização e simbolização presentes na sintomatologia, além de discutir proposições teóricas e clínicas para o acompanhamento psicanalítico desses casos. Dentre as diferentes pesquisas apresentadas, há um estudo longitudinal de dois jovens adultos, anteriormente diagnosticados com TDAH e medicados na infância, revisitados pela pesquisadora após doze anos de uma primeira entrevista, o que proporciona uma análise rica e ímpar sobre as consequências do diagnóstico e da medicação em seus desenvolvimentos, apontando para a internalização da crença de que o sucesso acadêmico e social dependia da medicação. Complementando essa análise, a tese apresenta uma revisão integrativa da literatura psicanalítica nacional e internacional sobre o TDAH, abordando concepções psicopatológicas, manejo clínico e medicalização; no total, vinte e dois estudos foram analisados. Posteriormente, o protocolo de atendimento organizado pelo Estudo de Prevenção de Frankfurt (Alemanha), de atendimento psicanalítico do TDAH, é considerado como uma proposta pertinente e significativa para a ampliação clínica e a integração da psicanálise em políticas públicas de saúde mental, que possibilitariam o reposicionamento não só com relação ao uso da medicação como também da medicalização do TDAH. A autora propõe uma fundamentação teórica psicanalítica para a compreensão do diagnóstico médico de TDAH e suas possibilidades de manejo na perspectiva das relações de objeto, com foco no desenvolvimento da capacidade de mentalização e simbolização. Os resultados indicam a necessidade de adequações técnicas no manejo clínico do TDAH e destacam a importância de se investigar o lugar que o diagnóstico e o tratamento farmacológico ocupam na vida dos sujeitos, considerando a influência da medicação em suas autopercepções. A perspectiva psicanalítica, por sua vez, oferece uma compreensão mais profunda das dinâmicas subjacentes ao TDAH, ressaltando a importância de abordagens terapêuticas que valorizem a singularidade do sujeito e suas relações precoces. Nesse sentido, uma das contribuições da tese reside em demonstrar como a psicanálise, por meio da investigação dos vínculos e das relações precoces, pode oferecer uma compreensão privilegiada da singularidade de cada sujeito, impactando positivamente o manejo clínico do TDAH. A tese oferece respaldos teóricos e técnicos para o desenvolvimento da capacidade de mentalização e simbolização em pacientes com TDAH, contribuindo para a compreensão das dificuldades relacionadas a essa condição.

Palavras Chaves: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; Medicalização; Psicanálise, Estudo Longitudinal, Revisão Integrativa da Literatura e Reflexões teórico – clínicas.

Moura, A.K.B. **The medicalization of children and adolescents based on the diagnosis of ADHD - a psychoanalytic view.** 241 p. Thesis (Doctorate in Developmental and Learning Psychology) - São Paulo State University Júlio de Mesquita Filho, Faculty of Sciences, Bauru, 2024.

ABSTRACT

The number of children and adolescents diagnosed and medicated for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) is increasing. This thesis investigates the implications of ADHD diagnosis and pharmacological treatment in children and adolescents, focusing on the impacts on developing subjectivity and the gaps in mentalization and symbolization present in the symptomatology. It also discusses theoretical and clinical propositions for the psychoanalytic follow-up of these cases. Among the different research projects presented, there is a longitudinal study of two young adults, previously diagnosed with ADHD and medicated in childhood, revisited by the researcher after twelve years from an initial interview. This provides a rich and unique analysis of the consequences of diagnosis and medication on their development, pointing to the internalization of the belief that academic and social success depended on medication. Complementing this analysis, the thesis presents an integrative review of national and international psychoanalytic literature on ADHD, addressing psychopathological conceptions, clinical management, and medicalization; in total, twenty-two studies were analyzed. The study examines the care protocol organized by the Frankfurt Prevention Study (Germany) for the psychoanalytic treatment of ADHD. It is considered a relevant and significant proposal for clinical expansion and the integration of psychoanalysis into public mental health policies, which would enable a repositioning not only regarding the use of medication but also the medicalization of ADHD. The author proposes a psychoanalytic theoretical foundation for understanding the medical diagnosis of ADHD and its management possibilities from the perspective of object relations, focusing on developing the capacity for mentalization and symbolization. The results indicate the need for technical adjustments in the clinical management of ADHD and highlight the importance of investigating the place that diagnosis and pharmacological treatment occupy in the lives of subjects, considering the influence of medication on their self-perception. The psychoanalytic perspective, in turn, offers a deeper understanding of the dynamics underlying ADHD, emphasizing the importance of therapeutic approaches that value the singularity of the subject and their early relationships. In this sense, one of the thesis' contributions lies in demonstrating how psychoanalysis, through the investigation of bonds and early relationships, can offer a privileged understanding of the singularity of each subject, positively impacting the clinical management of ADHD. The thesis offers theoretical and technical support for developing mentalization and symbolization capacities in patients with ADHD, contributing to overcoming the difficulties related to this condition.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; Medicalization; Psychoanalysis; Longitudinal Study; Integrative Literature Review and Theoretical-Clinical Reflections.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma PRISMA	50
Figura 2 - Desenho de Sofia em 2007	108
Figura 3 - Desenho de Sofia em 2019	110
Figura 4 - Desenho de Júlio em 2007	128
Figura 5 - Desenho de Julio em 2019	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo dos principais dados analisados por artigo	50
Tabela 2 - Modos de pensamentos pré-mentalizantes	158

SUMÁRIO

Apresentação.....	15
1 INTRODUÇÃO	19
2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS GERAIS.....	38
3 A PSICANÁLISE DIANTE DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	45
3.1 Método	49
3.2 Resultados e Discussão	54
3.3 Considerações	69
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONCEITOS PARA COMPREENDER O TDAH.....	71
4.1 Esther Bick e a pele psíquica	76
4.2 Donald Meltzer e identificação adesiva	78
4.3 Donald Winnicott e a natureza psicossomática do self	79
4.4 Victor Guerra e o falso self motor	85
4.5 Silvia Bleichmar e a necessidade de neogênese nos transtornos mentais	89
4.6 André Green e o narcisismo negativo	93
4.7 René Roussillon a simbolização primária e o meio maleável	95
4.8 Peter Fonagy e a mentalização.....	99
4.9 Considerações	103
5 ESTUDOS DE CASO: ENCONTROS COM JÚLIO E SOFIA.....	105
5.1 Caso Sofia	105
5.1.1 Conhecendo a história de Sofia.....	105
5.1.2 Reencontro com Sofia na nova pesquisa	109
5.1.3 Devolutiva com Sofia ao final da nova pesquisa	119
5.1.4 Discussão Geral do Caso	121
5.2 Caso Júlio.....	125
5.2.1 Conhecendo a história de Júlio	126
5.2.2 Reencontro com Júlio na nova pesquisa	129
5.2.3 Devolutiva com Júlio na nova pesquisa.....	138
5.2.4 Discussão Geral do Caso.....	142
5.3 Considerações sobre os estudos de caso.....	144
6 PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS PARA PRÁTICAS CLÍNICAS DO TDAH .	146

6.1 Estudo de Prevenção de Frankfurt.....	147
6.2 Abordagem a partir da Mentalização.....	152
6.3 Enquadres e Estratégias Terapêuticas	155
6.4 Uso da Medicação e Posição quanto à medicalização	161
6.5 Reflexões teórico-clínicas sobre a clínica do TDAH.....	163
6.6 Considerações.....	171
CONSIDERAÇÕES FINAIS	173
Referências	178
Anexo I: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa.....	190
Anexo II: entrevista com Sofia.....	193
Anexo III: entrevistas com Júlio.....	213

Apresentação

O objetivo de entrevistar crianças que faziam uso de medicação indicada para Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade estava claro e necessário para mim desde a submissão de meu primeiro projeto, no processo seletivo para o programa de mestrado, no ano de 2006, na Universidade Estadual Paulista, campus de Assis. Aliás, o então projeto fora elaborado, ainda que mentalmente, após uma sessão com meu primeiro paciente do consultório particular, em 2005, um menino de 5 anos, medicado com Ritalina desde os 3 anos de idade. Na referida sessão, a personagem de nossa brincadeira recebe uma injeção, chamada de “remédio bomba”. Impactada com a nomeação dada, questiono de forma desconcertada: “O que acontece agora que ela tomou a injeção?”. A resposta: “Ela morre! O meu mundo acaba e o seu também. Vou aplicar em todo mundo e todos vão me obedecer.”.

Lembro-me do impacto deste resumo, digamos, cirúrgico, do jovem paciente sobre as questões abarcadas. É preciso que se diga: de fato, nosso mundo juntos sempre esteve prestes a acabar. A genitora havia deixado claro desde o primeiro contato que a busca por psicoterapia acontecia por insistência da escola do menino, considerando que, em sua compreensão, o remédio cumpriria a função a que se destinava: manter o menino obediente. Entre tantas questões suscitadas, a questão do lugar ocupado pela medicação me saltou aos olhos: uma bomba! Para mim, tornava-se uma questão a mais para cuidar, mas como?

Iniciei uma longa busca, objetivando entender o que a psicanálise poderia oferecer nessas situações, de forma teórica e técnica. Aquele paciente, na sua movimentação excessiva, em nada me lembrava os casos encontrados na literatura psicanalítica, até então; sem contar sua afirmação a respeito do consumo de um remédio bomba, destruidor. Quais as consequências para o desenvolvimento desta subjetividade, a submissão a um medicamento, percebido aparentemente como destruidor? Estamos atentos a isso? Temos condições de cuidar disso também?

Com tantas questões, decidi pesquisar, concretamente, em um programa de mestrado. Veio então a escrita do projeto. Durante a entrevista, ainda no transcorrer do processo seletivo, uma das indagações fora: “Por que você não usa como sujeito da pesquisa, seu paciente? Um estudo de caso!”.

A minha proposta era entrevistar crianças diagnosticadas e medicadas, uma única vez, além de um outro único contato com seus pais, no intuito de me

inteirar, ainda que pontualmente, da história de cada uma até o diagnóstico e prescrição medicamentosa. Na ocasião, meu argumento era de que exatamente meu paciente, ao oferecer uma imagem tão clara da medicação (“remédio bomba”), nos contava de algo que necessitava ser indagado, algo que impactava a subjetividade em formação e, aparentemente, não parecia ser nosso objeto de investigação, mas que indiscutivelmente deveria ser. Temia discutir tais questões a partir de um estudo de caso e suscitar a ideia de que o que foi visto só o foi porque tivemos tempo, uma vez que estaríamos falando de um paciente. Entendia que isso iria na contramão do que movimentava internamente o projeto de pesquisa: é algo tão impactante que, ao ser questionado, será exposto!

Ou seja, entrevistar os pais, se inteirar de como chegaram até o diagnóstico de seus filhos, questionar essas crianças a respeito da forma como compreendem o que estão vivendo, uma medicação diária, muitas vezes administrada por mais de uma vez ao dia, nos forneceria indicações importantes para a compreensão de parte do impacto dessas vivências nessas subjetividades em formação. Para tanto, não seria necessária uma relação prévia, de paciente e psicoterapeuta, embrenhado nos detalhes de diferentes sessões e interações; a disponibilidade em perguntar, considerava, já seria o suficiente para acessarmos parte importante desta complexa e urgente questão.

Assim, o ingresso no programa de mestrado trouxe a oportunidade de perguntar, para Júlio e Sofia, como compreendiam seus diagnósticos e suas medicações. E, diante de suas genitoras, entender a trajetória dessas famílias até o diagnóstico de seus filhos. O que começou como uma aposta, surpreendeu até mesmo a pesquisadora mais otimista, no caso, eu. Cada um me direcionou para questões encantadoramente complexas e delicadas. Questões que permaneceram comigo e me impulsionaram a reencontrá-los, passados 12 anos. Agora, no doutorado, os revisito e sou revisitada por eles.

Nos reencontramos em 2019 e em 2023 por ocasião da devolutiva com ambos. Em 2019, replicamos a mesma forma encontrada para abordar a questão do diagnóstico e uso da medicação na ocasião de nosso primeiro encontro (2007): através do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, pedi a Júlio e Sofia que desenhassem uma pessoa agitada, para em seguida instigá-los a criar uma história a partir de seus desenhos.

Com as produções de Júlio e Sofia em mãos, assim como as entrevistas com suas respectivas mães, segui, através da teoria psicanalítica, em busca de compreensão para as questões que já ansiava saber e as que vieram, intrinsicamente, com as histórias de Júlio e Sofia. Em 2019, ao reencontrá-los, pudemos repetir a proposta inicial: os então universitários Júlio e Sofia desenharam mais uma vez pessoas agitadas e, sobre essas, desenvolveram suas narrativas. Tanto em 2007 quanto em 2019, os dois compreenderam que a proposta de desenhar uma pessoa agitada implicava em desenhar-se. Em 2019, no entanto, puderam falar em primeira pessoa, disseram de si, com total consciência do fato, realizaram um retrospecto de suas histórias com o diagnóstico e a ingestão da medicação. Finalmente, em 2023, por ocasião da devolutiva, pude agradecer a ambos, uma vez mais, e trocar com eles as percepções e reflexões advindas de nossos encontros (2007 e 2019) e a teoria psicanalítica.

Começo contando essa história para dizer que o cerne desta tese é a necessidade de desenvolver reflexões e estratégias para o atendimento desse tipo de caso, no qual tantas questões da clínica contemporânea estão presentes, como a dimensão psicossomática e a medicalização, das quais me ocuparei. Mas também para ressaltar que, embora a pesquisa de doutorado tenha seguido por vários caminhos, o trabalho girou em torno da retomada e ressignificação desses casos emblemáticos de meu percurso. A retomada se deu efetivamente em 2018, quando ingressei no programa de mestrado da Universidade Estadual Paulista, agora campus de Bauru - SP. Dentro do programa, transformou-se em um doutorado direto. Neste percurso, dentro desta instituição, pude experimentar a diversidade e a riqueza da vida acadêmica. Além da grade curricular do programa, os encontros e estudos no Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisas em Psicanálise (NEEPPSICA), os atendimentos no Projeto de Extensão: “A escuta psicanalítica no serviço escola: corpos e sofrimentos contemporâneos”, e as disciplinas ministradas para o curso de graduação em psicologia, através de dois estágios docência, além dos artigos publicados e trabalhos apresentados em congressos, permitiram a integração de conhecimentos e contribuíram para a minha identidade pessoal e profissional.

Enfim, é isso que eu gostaria de compartilhar sobre a minha trajetória e a construção desta tese. Espero que tenha ficado claro o meu percurso e as motivações que me levaram a investigar o TDAH e as implicações do diagnóstico e da

medicalização. Agradeço a oportunidade de apresentar meu trabalho e espero que ele possa contribuir para a discussão sobre esse tema tão importante.

1 INTRODUÇÃO

O diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) se popularizou com grande rapidez, a ponto de se notar que mesmo em meios não especializados, as pessoas o reconhecem e/ou se reconhecem como possíveis portadoras do transtorno.

A Associação Psiquiátrica Americana estima que, na comunidade em geral, 5% das crianças em idade escolar e 2,5% dos adultos sejam afetados pelo transtorno (Apa, 2013). A Associação compreende como característica essencial do Transtorno um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade, com interferência no funcionamento e/ou desenvolvimento. Comportamentos como os de divagar ao realizar tarefas, não persistir, apresentar dificuldades para manter o foco e se organizar, são tomados como exemplos de um padrão desatento; já o hiperativo, estaria associado à atividade motora excessiva quando não apropriada, assim como a fala em excesso.

Apesar de configurar nos manuais classificatórios de doenças mentais utilizados pela medicina desde o ano de 1957 (Sucupira, 1985), o atualmente denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade já recebeu diferentes nomenclaturas ao longo das décadas, as quais foram dedicadas às pesquisas dos comportamentos infantis de indisciplina, desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esses comportamentos vêm sendo estudados em conjunto pelas ciências médicas desde o ano de 1902 (Barkley, 2002).

Trata-se de um Transtorno que mobiliza debates e polêmicas. Sua história dentro das ciências médicas transcorre junto à história da psiquiatria moderna e o crescente uso do composto metilfenidato, remédio comercialmente chamado de Ritalina, prescrito comumente para o tratamento do TDAH. Esses medicamentos tiveram um grande impulso em suas vendas após a normatização e a divulgação do quadro nosológico TDAH, indiscutivelmente:

A Ritalina ficou conhecida nos últimos anos por sua associação ao TDAH. Entretanto, este estimulante é comercializado desde os anos 50 na Suíça, na Alemanha e nos EUA. Nesses países, sua indicação era para pessoas idosas, para diminuir a fadiga. Não havia nenhum diagnóstico específico para seu

uso. Foi somente a partir de sua associação com o TDAH que suas vendas alavancaram e a Ritalina tornou-se o estimulante mais consumido no mundo. No Brasil foram vendidas quase 1.150.000 caixas de metilfenidato somente em 2007. (Itaborahy, 2009, p. 9)

Dentre os medicamentos comumente indicados para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, os psicoestimulantes são de maior uso e o mais popular é o composto metilfenidato, comercializado com os nomes de Ritalina® e Concerta®, além do composto Lis-dexanfetamina, comercializado como Venvanse®. Tanto o composto metilfenidato como o Lis-dexanfetamina são derivados da anfetamina. Estudos na área médica a respeito do tema indicam que a medicação se transformou na principal opção de tratamento: “a terapêutica farmacológica do Transtorno é considerada o tratamento de escolha, tendo sua eficácia se revelado superior a abordagens não farmacológicas” (Guitmann; Mattos; Genes, 2001, p. 244).

Outro ponto polêmico em torno do Transtorno, antecedente a esta questão medicamentosa, que diz respeito ao diagnóstico do TDAH, é uma coleta de informações (*checklist*), feita junto a pais e a professores que convivem com a criança (Apa, 2013). Nessa lista incluem-se diferentes tipos de comportamentos, desde não parar quieto na carteira, até frequentemente responder antes da conclusão da pergunta. No total, são descritos 18 sintomas, subdivididos em desatentos, hiperativos e/ou impulsivos. Para que prevaleça um diagnóstico de transtornos do tipo desatento, por exemplo, seis ou mais sintomas devem estar presentes, em grau mal adaptativo e inconsistente com nível de desenvolvimento. Para o diagnóstico do tipo hiperativo, também seis ou mais sintomas de hiperatividade devem estar presentes; alguns destes sintomas de hiperatividade e impulsividade ou desatenção devem estar presentes antes dos sete anos de idade, assim como precisam estar presentes em dois ou mais contextos como, por exemplo, na escola (ou trabalho) e em casa.

Sendo assim, o diagnóstico se dá de forma exclusivamente clínica, ou seja, pela observação. Os exames solicitados são, na verdade, para exclusão de outros quadros e não para a confirmação do TDAH. Até o momento, portanto, não existem marcadores biológicos capazes de detectar a presença do Transtorno (Tallis, 2007).

Não há marcador biológico que seja diagnóstico de TDAH. Como grupo, na comparação com pares, crianças com TDAH apresentam eletroencefalogramas com aumento de ondas lentas, volume encefálico total

reduzido na ressonância magnética e, possivelmente, atraso na maturação cortical no sentido pósterio-anterior, embora esses achados não sejam diagnósticos (Apa, 2013, p. 61)

Esse tipo de discussão nos leva à constatação de que essa casuística constitui uma vertente importante do fenômeno da medicalização da infância e adolescência, trazendo para o primeiro plano a questão de se abordar de forma crítica o uso da medicação nos casos de TDAH. Para tanto, precisaremos passar rapidamente em revista a contextualização da medicalização da infância, nos apoiando em trabalhos anteriores.¹

O aumento do uso de medicamentos na saúde mental é crescente na sociedade de maneira geral. Os psicofármacos são utilizados para diversas funções, inclusive como alternativas para a melhorias no desenvolvimento dos indivíduos, sendo introduzidos, não raramente, desde a infância (Cunha; Melo, 2017). O que para muitos significa um avanço médico, para outros, inclusive para nós, trata-se de um fenômeno preocupante e delicado, uma vez que se medica sujeitos em pleno processo de desenvolvimento mental. Robert Whitaker ressalta que após psicotrópicos começarem a ser prescritos para crianças, a psiquiatria repensou profundamente sua visão de infância e verifica uma construção de diagnósticos para a infância desde então: “primeiro a psiquiatria materializou o TDAH como uma doença identificável; depois, determinou que a depressão aguda e o transtorno bipolar atingem regularmente crianças e adolescentes” (Cunha; Melo, 2017, p. 226).

O referido autor, um jornalista norte-americano premiado com o melhor trabalho jornalístico e investigativo em 2010 pelo Investigative Reporters & Editors - cuja tradução, feita pela psicanalista Vera Ribeiro, foi lançada no Brasil em 2017 pela Editora FioCruz e intitulada “Anatomia de uma Epidemia” - apresenta um contexto de denúncia e debate sobre a medicalização da vida cotidiana que percorre os caminhos que transformaram o tratamento psiquiátrico dominante, tanto para diferentes

¹ As considerações históricas gerais já foram abordadas em BARBOSA (2008) e parte mais substancial das reflexões sobre o fenômeno da medicalização da infância no caso do TDAH a partir da psicanálise foram desenvolvidas em um outro trabalho (Moura; Gallucci; Ribas; Campos, 2020).

transtornos quanto para situações de mal-estares cotidianos até a criação de falsas enfermidades.

Entre as reflexões e denúncias trazidas pelo autor em torno das prescrições de psicotrópicos para crianças, Whitaker demonstra, citando diferentes estatísticas e estudos científicos, que a epidemia de bipolaridade infantil e juvenil cresceu e crescerá conjuntamente com a prescrição de estimulantes e antidepressivos para crianças. Os dados são alarmantes e as equações matemáticas realizadas a partir dos estudos publicados dão conta de prever que “agora dispomos de números que nos falam de uma epidemia iatrogênica: quatrocentos mil crianças bipolares chegando pela via de acesso do TDAH e, pelo menos, outro meio milhão pela via de acesso dos antidepressivos” (Whitaker, 2017, p. 247).

A equação matemática diz respeito às práticas desenvolvidas nos Estados Unidos, mas nos dão a dimensão da gravidade “ignorada” em torno das prescrições de estimulantes, entre eles a Ritalina (metilfenidato), comumente prescritos para os diagnósticos de TDAH, e os antidepressivos receitados para a população infanto-juvenil.

Tais dados nos trazem a incômoda percepção de que estamos, ao que tudo indica, em um ciclo mortífero: remédios que induzem a quadros psiquiátricos graves, mas que são cada vez mais prescritos e aceitos como o único tratamento disponível para as dificuldades de crianças e adolescentes, ou seja, prescreve-se uma primeira medicação inicialmente destinada a um tratamento de Transtornos de Déficit de Atenção e/ou Hiperatividade ou a quadros depressivos e, como consequência, instala-se um novo e grave quadro de Transtorno de Humor, no qual há oscilação entre um estado deprimido e outros de mania, nos quais são comuns as manifestações de euforia, dificuldades para dormir e perda de contato com a realidade.

À medida que avançamos nessas reflexões, diferentes questionamentos inquietam-nos. Além das já referidas indagações com relação ao lugar ocupado pelo diagnóstico e pela medicação na dinâmica psíquica de cada sujeito em constituição, inquirimos a respeito dos fatores que contribuem para essa normatização de práticas medicalizantes para crianças e adolescentes em nossa sociedade.

Há um processo global de medicalização que recorta e separa as vivências dos sujeitos e as caracterizam como normais ou patológicas. Trata-se de um processo complexo e que envolve diferentes atores estudados em diferentes perspectivas dentro das ciências sociais, médicas, pedagógicas e psicológicas, entre outras. Gostaríamos de destacar, ainda que brevemente, o percurso histórico desse processo de medicalização e seu encontro com a infância, mais especificamente com relação ao histórico do denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, assim como as construções teórico-práticas da teoria psicanalítica em relação ao referido transtorno.

O conceito de medicalização vem sendo amplamente discutido no campo das Ciências Humanas e Sociais desde a década de 1970. Em 1972, Irving Kenneth Zola, sociólogo, publica um artigo descrevendo o processo histórico que transforma a medicina em uma instituição de controle social, destacando o termo *medicalização da sociedade*. Ele compreende que a medicina intima os indivíduos de forma coletiva e individualmente, e o faz por meio de uma mudança paradigmática, pois as doenças passam a ter causas multifatoriais e não somente uma única casualidade. A medicina incorpora diferentes pontos da vida humana e nada mais lhe escapa, cabe a ela, inclusive, determinar o normal e o patológico. As vivências humanas mais variadas convertem-se em objetos das especialidades médicas.

Na modernidade, a medicina vai progressivamente desempenhando o papel de reguladora social e vai ocupando os lugares antes ocupados pela igreja e pela lei que, como apontam os trabalhos de Michael Foucault, controlavam os corpos a partir da repressão. A medicina, no entanto, exerce o controle de forma positiva:

O que faz com que o poder se mantenha e seja aceito, é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir (Foucault, 1979, p. 8).

O discurso médico, portanto, faz parte de um quadro de poder que incide sobre as construções subjetivas. Podemos vislumbrar esse poder à medida que raramente conseguimos falar sobre nossos corpos sem que nos utilizemos de palavras provenientes do vocabulário médico, por exemplo. Para Birman (2007), partindo das ideias de Foucault, a medicina passa a não só regular os corpos, como todas as fases

do desenvolvimento humano passam a ser objeto dessa biopolítica. Foucault, em seus estudos, esteve interessado nesses discursos e práticas que regulam o humano, e é nesse contexto que a medicina, e particularmente a psiquiatria, entram como um dos elementos de seus interesses enquanto atores da regulação política e estatal de controle social e de indivíduos.

Outros autores que se dedicaram desde o início a debater as questões médicas, especificamente, direcionaram seus estudos para a expansão da influência das ciências médicas em campos que até então não se relacionavam com a medicina. Para Conrad (1992), a centralidade da medicalização está na definição de problemas a partir de uma linguagem médica e ela é compreendida por uma racionalidade proveniente da medicina, ou seja, relaciona-se com o saber médico a definição, nomeação e tratamento dos mais variados comportamentos e ou vivências humanas.

Nesse contexto debate-se atualmente ampliações ainda maiores desse poder médico. A medicina tornou-se um bem de consumo quando ofereceu a possibilidade de adquirir determinado padrão de beleza, potência e/ou juventude. Nikolas Rose (2007) prevê para o século XXI uma nova ética do capitalismo baseada no biocapitalismo, considerando este como a exploração dos cuidados com a saúde, bem como a pesquisa genética e o surgimento de novos empreendimentos ligados a patologias específicas. Trata-se de um novo cenário eugênico que já não se baseia apenas na distinção entre normal e patológico, mas também na otimização da normalidade.

O que aqui destaca-se como discurso médico possui, no entanto, materialidade. Os saberes das ciências médicas concretizam-se nos diagnósticos, e estes, por sua vez, possibilitam a fabricação de medicamentos que serão prescritos pelos médicos. Essa é uma potente engrenagem da medicalização, do biocapitalismo contemporâneo.

Para que a indústria farmacêutica tenha êxito na expansão de seus negócios é imprescindível a criação de novos doentes. E para que esses novos doentes sejam criados é imperioso o papel do médico. Porém, sua presença não está limitada à relação dual com o paciente, na medida em que o médico é o intermediário, por excelência, entre a indústria farmacêutica e o doente- ou seja, o indivíduo, o conjunto de indivíduos agrupados segundo as categorias de diagnóstico e a sociedade como um todo (Freitas; Amarante, 2017, p. 33, grifo dos autores).

A história da psiquiatria moderna e a indústria farmacêutica estão interligadas indiscutivelmente como descrito adiante: uma medicação só poderá ser testada mediante a testes que prescindem de pacientes diagnósticos, e obviamente de diagnósticos claros, para a seleção desses indivíduos. A medicação, após criada e disponibilizada no mercado, não terá uma circulação livre como as demais mercadorias e, mais uma vez, o médico desempenhará um importante papel de intermediário, como destacam os autores citados. Gostaríamos de destacar, ainda que brevemente, esse mecanismo com relação ao diagnóstico e a medicação prescrita para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

O Manual Diagnóstico e Estatístico em Psiquiatria (DSM), produzido pela Associação Americana de Psiquiatria (APA), referência na psiquiatria contemporânea desde sua criação em 1952, já passou por diferentes revisões e globalizou-se. Suas influências não se restringem aos EUA: “Ao exportar seus conceitos e tratamentos dos transtornos mentais, aquele país igualmente exporta os processos de medicalização” (Freitas; Amarante 2017, p. 44).

Em sua primeira versão, a psicanálise era uma forte influência e as doenças eram classificadas a partir da divisão proposta por Freud: psicose, neurose e desordens de personalidade. Assim como o DSM II, em 1958, em ambos os diagnósticos não eram compreendidos de forma fechada, ou seja, quando tais sintomas equivalem à determinada doença ou síndrome, pelo contrário, não existiam limites demarcados entre diferentes síndromes, sintomas diferentes poderiam corresponder a uma mesma síndrome ou vice-versa (Russo; Venâncio, 2006). Nesse modelo de atuação, interessava mais desvendar os sintomas e suas relações com a história de vida de cada paciente, o que afastava a psiquiatria da racionalidade médica, pois o diagnóstico não estava determinado, fechado, e sim seria uma “construção” feita pelo médico.

É de fundamental relevância histórica lembrarmos que o advento dos medicamentos psicotrópicos se inicia em 1952 com a descoberta da clorpromazina, e logo vieram os antidepressivos, ansiolíticos e o lítio, usado para a psicose maníaco-depressiva (Aguiar, 2004). A indústria farmacêutica, no entanto, necessitava de delimitações precisas entre o normal e o patológico não só para poder definir para

quem estaria indicado o seu produto como para desenvolver os testes exigidos para a aprovação da medicação.

Em 1980 surge a terceira edição da classificação americana, o DSM III, que delimita o sano do doente, traz a descrição de cada transtorno, uma nomenclatura única e, principalmente, uma única lógica classificatória. O manual passa a ser essencialmente descritivo e de posição atórica, ou seja, se antes, nas versões I e II, em cada descrição havia conceitos inferidos, sobretudo por clínicos psicanalíticos que possuíam concepções etiológicas para as perturbações mentais, nessa versão não se questionavam causas, mas sim agrupavam-se sintomas em determinados quadros diagnósticos.

Os estudiosos da história da psiquiatria moderna estabelecem o DSM III como um marco, uma ruptura diante de um modelo diagnóstico que anteriormente baseava-se na fala de cada paciente e na construção médica diante desse relato.

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. 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 (Aguiar, 2004, p. 42).

A necessidade de consenso nos diagnósticos, primordial para a indústria farmacêutica, é atingida e se mantém, posteriormente. A Associação Americana de Psiquiatria lança a quarta edição (DSM IV) em 1994 e, finalmente, em 2013, a atual versão, DSM V. Essas edições, posteriores à terceira, mantiveram a ampliação do número de quadros diagnósticos e se propõem a atuar como suporte educativo nos ensinamentos da psicopatologia (Aguiar, 2004).

Sabe-se que foi em 1902 a primeira vez que condutas infantis, tais como agressividade, indisciplina, desatenção e impulsividade, ganharam descrição médica em jornal especializado (Barkley, 2002). O pediatra George F. Still apresenta seus estudos com um grupo de 20 crianças que, apesar de terem sido criadas com bons cuidados parentais e com ambiente externo satisfatório, apresentavam, além das condutas citadas acima, outros comportamentos como o de não submissão às regras,

a voluntariedade e atitudes desafiadoras. Still também verificou algumas patologias como alcoolismo e depressão em alguns familiares dessas crianças e, em outros membros da família, observou os mesmos comportamentos presentes nas crianças. Tais constatações levaram o pesquisador a formular uma hipótese patológica a respeito desses comportamentos, a qual denominou “defeito no controle moral”, herdado geneticamente de seus pais (Barkley, 2002).

Posteriormente essa hipótese de uma causa biológica para tais comportamentos infantis ganhou maior credibilidade com o a partir do que Holman, em 1922, denominou de “desordem pós-encefalítica do comportamento” (LIMA, 2005). Tanto a denominação quanto a suposição desse quadro patológico se originam de uma epidemia de encefalite ocorrida nos EUA entre os anos de 1917 e 1918. Durante esse período e nos dez anos seguintes as crianças que sobreviveram à encefalite passaram a apresentar comportamentos hiperativos, perturbadores e impulsivos (Lima, 2005).

No ano de 1918, um neurologista americano chamado Strauss tenta cunhar o termo “lesão cerebral mínima” partindo do princípio de que distúrbios do comportamento e, com menor destaque, os de aprendizagem, poderiam ser consequência de uma lesão, hipótese esta que, entretanto, naquele momento, não foi muito acolhida no meio científico (Moysés; Collares, 1992). Porém, em 1947, a expressão “lesão cerebral mínima” é consagrada por Strauss e Lehtinen, que partiam do mesmo conceito proposto em 1918, agora ampliado para os casos de crianças que não passaram pela encefalite, mas que apresentavam comportamentos semelhantes aos dos sobreviventes. Alegava-se algum dano na estrutura cerebral responsável por tais comportamentos, somando-se a esse dano dificuldades de linguagem e aprendizagem (Cypel, 2001).

No ano de 1957, o conceito de lesão cerebral mínima, ou síndrome hipercinética, ou, ainda, hiperatividade, estrutura-se na medicina. Assim, ao se tornar um conceito nosológico (uma doença), passa a ser entidade clínica passível de tratamento medicamentoso (Sucupira, 1985).

Em 1962, no simpósio internacional promovido pela *Spastic Society*, em Londres, pesquisadores que se detinham no estudo da “lesão cerebral mínima”

apresentaram resultados semelhantes (Moysés; Collares, 1992; Lima, 2005). Embora tivessem empregado todos os métodos de investigação disponíveis, inclusive estudos anatomopatológicos do cérebro de pessoas identificadas como portadoras da referida lesão, nada fora encontrado, ou seja, nenhuma lesão fora detectada. Diante dessas dificuldades propôs-se outra nomenclatura para o quadro patológico: Disfunção Cerebral Mínima – DCM (Moysés; Collares, 1992; Lima, 2005). Desse modo, a definição estabelecida pelo U.S. Department of Health, Education and Welfare (DHEW), em 1966, citada por Wender (1974, p. 107), informa:

O termo “disfunção cerebral mínima” refere-se a crianças com inteligência geral próxima da média, média ou superior à média, com distúrbios de aprendizagem e/ou de comportamento, que variam de grau leve a severo, associados a desvios de funcionamento do sistema nervoso central. Esses desvios manifestam-se por variadas combinações de déficits na percepção, conceituação, linguagem, memória e controle da atenção, dos impulsos ou da função motora. Essas anomalias podem ser decorrentes de variações genéticas, irregularidades bioquímicas, sofrimento perinatal, moléstias ou traumas sofridos durante os anos críticos para o desenvolvimento e maturação do sistema nervoso central ou de causas desconhecidas. A definição admite a possibilidade que privações severas precoces possam resultar em alterações permanentes no sistema nervoso central. Durante os anos escolares, uma variedade de incapacidades de aprendizagem constitui a mais importante manifestação do que é definido por disfunção cerebral mínima.

A partir dos anos 1970 as pesquisas começaram a se deslocar da questão da hiperatividade para as dificuldades de atenção e do controle dos impulsos. Barkley (2002) aponta a pesquisadora Virgínia Douglas, que identificou quatro déficits envolvidos na síndrome: na manutenção de atenção e esforço, na inibição do comportamento impulsivo, na modulação dos níveis de alerta e no adiamento de recompensas, acarretando uma inclinação para buscar reforço imediato. Essa descrição feita pela pesquisadora aliada a outros trabalhos foi fundamental para que, no DSM III, em 1980, a entidade fosse renomeada para “Distúrbio de Déficit de Atenção (DDA)”. Essa mudança acarretou em uma abrangência do diagnóstico, pois possibilitou a inclusão de crianças sem nenhuma hiperatividade, mas que apresentavam dificuldades de concentração na execução de tarefas escolares, por exemplo. E os adultos também passaram a figurar entre os portadores desse transtorno (Lima, 2005).

Em 1987, com a revisão do DSM III, a hiperatividade volta a ter destaque sob a denominação: “Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade”. A quarta edição, de 1994 – DSM IV – apresenta o transtorno tal como nos é definido atualmente, mantendo a denominação do DSM III, mas especificando três subtipos: um predominantemente desatento, outro hiperativo/impulsivo e um combinado (desatento e hiperativo/impulsivo).

Na última edição do DSM V, de 2013, além dos tipos hiperativo, impulsivo e combinado, agrega-se o não especificado, que agora pode estar presente com outro quadro evasivo do desenvolvimento, ou seja, atualmente é possível uma criança ter o diagnóstico de autismo, por exemplo, e TDAH. Para que o diagnóstico seja preenchido, espera-se a presença de seis ou mais sintomas dentre dezoito listados. Tais sintomas variam entre: frequentemente não presta atenção em detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, no trabalho ou durante outras atividades; com frequência é facilmente distraído por estímulos externos e/ ou frequentemente fala demais.

O diagnóstico é, portanto, essencialmente clínico e baseado nessa lista de dezoito sintomas. São checados quais a criança apresenta e, dessa forma, é definido o diagnóstico. Muito embora tenha se configurado como uma classificação psiquiátrica desde 1957 na forma de uma entidade nosográfica (como um quadro diagnóstico e passível de indicação medicamentosa), não há nenhum marcador biológico e nenhum exame capaz de detectá-lo, até porque suas causas continuam desconhecidas para a psiquiatria moderna (Moysés; Collares, 1992; Lima, 2005).

O metilfenidato, substância que dá origem ao medicamento vendido comercialmente como Ritalina, foi sintetizado em 1944 e sua estrutura é semelhante à da anfetamina. Esse composto foi aprovado pela FDA em 1961 para ser administrado em crianças com problemas comportamentais (Aguiar, 2004).

Sabe-se que em 1937, Charles Bradley publicou o artigo “The behavior of children receiving benzedrine”, no qual relatou os resultados da administração de uma combinação de levo e dextroanfetamina a 30 crianças entre 5 e 14 anos que apresentavam desde instabilidade emocional até problemas de conduta, o que interferia no rendimento escolar. Segundo sua publicação, os resultados foram uma

melhora acadêmica para a maioria das crianças e tiveram uma boa “resposta emocional”, pois elas se tornaram mais dóceis em suas relações sociais. Em 1950, Bradley repetiu sua experiência com 275 crianças e relatou melhoras entre 60 e 70% delas.

Porém, seus trabalhos permaneceram praticamente desconhecidos até meados dos anos 60, quando várias pesquisas clínicas com a Ritalina e o Dexedrine (ambos derivados anfetamínicos), sedimentaram os estimulantes como as drogas de eleição no tratamento do que posteriormente viria a ser chamado de TDAH. (Diller, 1998 apud , Lima 2005, p. 98).

Estima-se que em 1970 cerca de 150 mil crianças nos Estados Unidos fizeram uso da Ritalina. Em 1980, esse número saltou de 270 mil para cerca de 540 mil crianças, chegando a 750 mil, em 1987. Entre os anos de 1990 e 1997, seu uso se elevou em 700%, o que levou o lucro das companhias farmacêuticas envolvidas em sua produção a sofrer um aumento superior a 500% (Diller, 1998 apud Lima, 2005).

Compreendemos que o TDAH carrega em sua história questões muito significativas com relação às discussões referentes ao processo de medicalização da psiquiatria e sua expansão para a infância. Quanto aos padrões americanos para a psiquiatria, são amplamente difundidos e adotados e, nesses parâmetros, as causas são frequentemente orgânicas, os sintomas listados são comportamentos amplos e comuns e o tratamento de escolha é medicamentoso.

Com o tempo, a globalização desse discurso científico que estabelece quadros descritivos e diagnósticos chega aos comportamentos dos alunos, agora compreendidos como sintomas, propondo a reabilitação dos alunos supostamente identificados como desviantes a partir de uma perspectiva objetiva, de uniformização e conformidade, seguindo critérios naturalizados e, portanto, isentos de qualquer determinação histórica, contextual e subjetiva. Assim, os comportamentos desviantes carregam algum tipo de déficit químico e/ou neuronal, algo que, enquanto tratamento, inclui-se um psicofármaco já pesquisado e utilizado.

A medicalização da vida de crianças e adolescentes articula-se com a medicalização da educação na invenção das doenças do não aprender. A medicina afirma que os graves- e crônicos – problemas do sistema educacional seriam decorrentes de doenças que ela, medicina, seria capaz de resolver; cria, assim, a demanda por seus serviços, ampliando a medicalização (Moysés; Collares, 2010, p. 73).

Parece que a simples nomeação atua como um tranquilizador para a sociedade. Quase que como um automatismo, ao nomear um diagnóstico é como se ele já estivesse em parte resolvido, o que, aliás, advém da ideia de que, ao se saber o diagnóstico, sabe-se o que fazer com ele (Jerusalinsky, 2011). É como se cuidado fosse sinônimo de diagnóstico. Ao proferi-lo, ele já está recebendo o cuidado necessário. Todavia, quando a intervenção se dá exclusivamente na dimensão medicalizante, o saber em jogo é o saber do outro, da Ciência, aquele que nada quer considerar para além do organismo em detrimento da subjetividade. Estamos fadados, assim, a fixar a criança em um lugar de objeto, impossibilitada de dizer algo que venha a se constituir como próprio, muitas vezes amansada e domada, contida em “camisas químicas” – versão contemporânea da camisa de força, outrora usada para refrear agitação violenta.

O progresso da nossa civilização torna-se sinônimo de redução de sofrimento, mediante a tentativa de eliminação ou sedação de dores e sintomas e controle dos riscos e doenças crônicas. Assim, a dor, a doença e seus riscos começam a ser vistos primeiro como a condição dos homens a quem a corporação médica não concedeu o benefício de sua caixa de ferramentas.

Mesmo diante de tantas questões, encontramos diversos estudos psicológicos que ilustram a prevalência do discurso hegemônico médico em relação às práticas interventivas para o referido transtorno, tal qual, de modo emblemático, descrevem Souza e Ingberman (2000, p. 27): “o critério médico deve prevalecer sobre pressões de pais e professores, embora estes possam contribuir para a decisão da medicação”.

A psicologia científicista estaria, portanto, endossando o espírito intelectual contemporâneo? A afirmação das autoras nos sugere um distanciamento das questões subjetivas, que são próprias das ciências psicológicas.

Entendemos que, enquanto ciência, que possui entre seus objetos de estudo o desenvolvimento mental dos indivíduos, a Psicologia deve investigar as consequências tanto do diagnóstico, quanto da medicação para essas subjetividades em formação, assim como ampliar a compreensão dos sintomas denominados “Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade” e a estruturação psíquica presente nestes casos.

Diante dessa perspectiva, inferimos que a teoria psicanalítica nos possibilitaria a construção de uma compreensão psicodinâmica a respeito da sintomatologia presente nos quadros diagnosticados como TDAH e, conseqüentemente, subsidiaria a elaboração de intervenções pertinentes a esses casos. Uma vez que, desde sua origem, a teoria psicanalítica vem se ocupando das investigações da estruturação do psiquismo humano construído por meio do outro. A posição da psicanálise, desde sua fundação por Freud, diferencia-se dos outros campos de saberes construídos na modernidade por compreender os sintomas como uma comunicação de um sujeito único que se constrói, por meio do outro e em um contexto (ambiente) específico, como nos lembra Winnicott (1896 - 1971), psicanalista inglês:

[...] o psiquiatra infantil enxerga no sintoma uma organização de extrema complexidade, produzida e mantida graças ao seu valor. A criança precisa do sintoma devido a algum empecilho ocorrido em seu desenvolvimento emocional. [...] O psiquiatra, portanto, não é um ‘curador’ de sintomas. Ele reconhece no sintoma um SOS que justifica uma investigação completa da história do desenvolvimento emocional da criança em relação ao seu ambiente e à cultura. O tratamento é direcionado à necessidade da criança de emitir um SOS (Winnicott, 2000, p.169).

O autor refere-se ao psiquiatra infantil por tratar-se de um contexto no qual a psiquiatria estava alicerçada nas teorias e práticas psicanalíticas; diferente do que acontece na atualidade, em que a psiquiatria e a psicanálise partem de referenciais diferentes, e muitas vezes antagônicos, a respeito da constituição da subjetividade e dos mal-estares humanos. Em psicanálise as investigações consideram impreterivelmente a história de cada sujeito, compreendendo que essa se constitui em suas relações com os demais e a cultura. Desta forma, a psicanálise permanece, desde sua fundação, em ampliação, como ressalta Françoise Dolto no prefácio da obra de Maud Mannoni, em 1981:

Ciência do homem por excelência, a Psicanálise está, desde Freud, o seu fundador, em perpétua investigação e o seu campo de estudo vê os limites se ampliarem cada vez mais a desordens da saúde mental, da conduta e da saúde somática (p.11).

Assim, ao se deparar com crianças com diferentes dificuldades, por exemplo, desde não sustentar a atenção durante a situação de aprendizagem, ou se moverem aparentemente sem objetivos e de forma excessiva, até as frequentes atuações de modo impulsivo; que na maioria dos casos, já chegam aos consultórios com o diagnóstico psiquiátrico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade; a clínica psicanalítica contemporânea se questiona e busca compreender, a partir da constituição singular de cada criança, as funções possíveis para tais dificuldades. Ou seja, a respeito do que nos comunicam tais manifestações.

Diferentes estudos apontam para “transtornos na constituição psíquica”, falhas estruturais que seriam responsáveis por disfuncionalidades; isto é, falhas dos mecanismos básicos da constituição do psiquismo e, neste sentido, não estariam portando um signo ou, melhor dizendo, uma representação direta ou figurada de uma ideia ou conflito, de um desejo inconsciente, o que, em psicanálise, classicamente se definiria como um sintoma. Para que ocorra um sintoma, pressupõem-se um aparelho psíquico que já organiza as percepções, no qual existam formações inconscientes que fazem funcionar a repressão originária, como problematizou Silvia Bleichmar (1944 - 2007) ao longo de sua obra:

(...) finalmente, e tendo em vista a questão do diagnóstico diferencial, antes que ocorra a repressão original, não há sintomas em sentido estrito, mas transtornos. Porque os sintomas são formações de compromisso, efeito da existência e relação de ambos os sistemas e não podem ser pensados psicanaliticamente antes da fixação do inconsciente na barreira da repressão e da recusa por parte do ego de uma satisfação pulsional (1994, p.123).

A autora em questão constrói um percurso metapsicológico que investiga os primeiros tempos da infância, desde sua constituição até às intervenções sobre esses “tempos”. Na clínica psicanalítica, parte dos textos freudianos e seus pressupostos de que o inconsciente não é dado desde as origens, articulando-os com conceitos desenvolvidos por Jean Laplanche, seu orientador de doutorado.

Considerando essas diferenciações entre perturbações na estruturação psíquica e sintomas, a psicanálise contemporânea traz importantes questões para a

compreensão das manifestações classificadas como TDAH: os movimentos caóticos de algumas crianças, por exemplo, podem estar associados, como ressalta Janin (2011), com as dificuldades em diferenciar pulsão e estímulo. A pulsão é algo constante e da qual não podemos escapar, como no caso da sensação de fome, já o estímulo é intermitente e dele seria possível nos desviarmos, como quando fechamos os olhos frente a uma luz forte. Pode ocorrer, no entanto, de uma criança ser exposta a um estímulo permanente e perder, assim, essa diferenciação entre o que é regular e o que é variável, promovendo uma confusão entre o que provém do interno e o que provém do externo. Tal confusão pode ocasionar, portanto, o movimentar-se sem objetivos aparentes, com o intuito de se livrar do incômodo.

Isso leva a algumas crianças a se movimentarem de forma indiscriminada frente a exigências internas, como sede ou fome, por terem as confundidas com estímulos que derivam do mundo e dos quais podem-se, de fato, escapar (Janin, 2011, p. 38).

Assim, poderíamos pensar que não há, de fato, um simbolismo nessas manifestações, como os encontrados nos sintomas e sobre os quais a psicanálise pode construir muito de seus direcionamentos teórico-práticos, principalmente com relação à clínica psicanalítica com crianças. Em seu livro “A Psicanálise de Crianças”, Melanie Klein (1932) funda a técnica psicanalítica com crianças a partir do simbolismo presente no brincar das crianças, equiparando-os com a associação livre necessária à técnica psicanalítica com adultos, ou seja, o brincar era, e é considerado uma narrativa, matéria prima para o trabalho analítico. Na atualidade, no entanto, essa narrativa em muitos casos, como os descritos até o momento, fica impossibilitada: não há brincar, não existe envolvimento temporal o suficiente com o brinquedo ou com outro material disponível no consultório e, assim, o que acontece pode ser caracterizado por uma troca constante de objetos.

Vê-se, portanto, que as novas formas de sofrimento da atualidade exigem, inclusive da teoria psicanalítica, um posicionamento. De que forma ela responde a essas demandas atuais? As produções neste campo teórico se caracterizam de que forma? São expansões das conceitualizações vigentes ou estamos diante de um novo ordenamento metapsicológico? Silvia Bleichmar (1993) é enfática:

É necessário trocar, totalmente, a perspectiva desde a qual focalizamos a questão dos tempos de infância e, a partir disso, revisar os movimentos fundantes do aparelho psíquico para que os transtornos graves com os quais

nos vemos confrontados na clínica possam encontrar uma via de resolução (Bleichmar, 1993, p. 10, grifo da autora).

No afã de responder às demandas atuais, cada ciência lança mão de seus recursos. Os recursos disponíveis para a psicanálise são: o estudo detalhado de cada caso clínico e, concomitantemente, a análise criteriosa de seus enunciados teórico-práticos. A medicina, em sua prática ao longo dos anos, se apropriou tanto das formas de sanar e adoecer, como também das formas de viver e morrer. O discurso médico higienista inclui as mais diferentes práticas, saberes e profissões, ligadas, de uma maneira ou de outra, ao campo da saúde. Indiscutivelmente, existem muitas questões a serem respondidas e formuladas a respeito do diagnóstico e tratamentos propostos para o TDAH.

Julgamos indispensável uma leitura mais crítica deste contexto no qual crianças e adolescentes são medicados e, muitas vezes, rotulados como hiperativos. Tal rótulo parece ter se tornado abrangente a qualquer tipo de agitação, mesmo que estas possam ser provenientes de diferentes situações e vivências e/ou problematizações do contexto sócio histórico dos indivíduos, dos processos educacionais, familiares e demais fatores qualitativos implicados na manifestação dos sintomas enquadrados como TDAH.

Para além desta leitura mais crítica a respeito da massificação de diagnósticos TDAH, faz-se necessário investigar, minuciosamente, a respeito da estruturação psíquica presente nestas crianças e adolescentes que são enquadrados neste referido quadro nosológico, e se desenvolvem submetidos a terapêuticas farmacológicas, bem como as possibilidades interventivas propostas pela prática psicanalítica e suas produções teórico-metodológicas para esse panorama.

O presente trabalho contribui para essas questões, ao propor uma tese composta da compilação de diferentes estudos em torno dessa temática, abrangendo tanto a fundamentação teórica em termos metapsicológicos e psicopatológicos, quanto questões metodológicas e clínicas em termos de manejo e propostas de atuação.

Esta tese tem como objetivo geral investigar as vivências de pacientes diagnosticados com TDAH e sua relação com a medicação, à luz da psicanálise, buscando aprofundar a compreensão da sintomatologia e de sua influência na estruturação psíquica. Os objetivos específicos são:

1. Mapear e analisar a produção científico-acadêmica em psicanálise, nacional e internacional, sobre o TDAH, com foco na medicalização e nas modalidades de atendimento e intervenção.
2. Realizar um estudo longitudinal sobre as vivências de pacientes com TDAH em relação ao diagnóstico e à medicação.
3. Investigar os aspectos psicodinâmicos de pacientes com TDAH, com ênfase na relação com a medicação e seu impacto na construção da identidade e nas relações sociais.

Para tanto, propõe quatro estudos. O primeiro e o segundo são de natureza teórico-conceitual. O primeiro consiste em uma revisão integrativa de literatura que busca analisar a produção científica, em diferentes países, por mais de uma década (2008-2022), quanto às suas influências dentro da teoria psicanalítica e seus manejos clínicos e se estes consideram a medicação e sua integração psíquica. O segundo consiste em um capítulo de fundamentação teórica em formato mais ensaístico, que visa aprofundar na caracterização a partir da apresentação de recortes e escolhas de modelos e concepções de autores ligados à tradição das relações de objeto e da psicanálise contemporânea. O terceiro e o quarto estudos são de natureza propriamente clínica. O terceiro estudo consiste propriamente em uma pesquisa empírica qualitativa, na qual revisitamos dois estudos de caso inicialmente trabalhados em pesquisa de mestrado. Eles perscrutam as vivências e significados atribuídos ao diagnóstico e medicação de duas crianças (de 8 e 10 anos), que após doze anos da primeira investigação, se reencontram com a pesquisadora, e suas histórias com o TDAH e a medicação, proporcionando um retrospecto rico e impactante destes aspectos e suas influências no desenvolvimento subjetivo de cada um. Essa pesquisa foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual Paulista, campus de Bauru- SP, nº 2.997.698, como protocolado em anexo.

Por fim o percurso teórico-conceitual e os vislumbres clínicos levam a um quarto estudo, onde se buscou abordar mais especificamente as questões do manejo clínico e modelos de atuação em psicanálise para TDAH, com destaque para os estudos desenvolvidos em Frankfurt (Alemanha) com o acompanhamento psicanalítico de pais, professores e crianças em creches municipais, como ilustração de um modelo estruturado de protocolo de atuação atualmente presente na literatura internacional. A compilação dessas diferentes perspectivas nos permitiu tecer considerações finais de conjunto, visando discutir e encaminhar algumas questões sobre a compreensão teórico-clínica geral desses casos, suas especificidades de manejo e propostas de atuação, bem como da necessidade de considerar o significado e o uso da medicação em seu acompanhamento clínico.

2 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS GERAIS

Antes de adentrarmos pelas discussões referentes às estratégias teóricas metodológicas que compõem este trabalho, gostaríamos de destacar a perspectiva intersubjetiva e intrapsíquica como indissociável da teoria e, conseqüentemente, da pesquisa psicanalítica, uma vez que em seus pressupostos teóricos e técnicos compreende o que é vivido como simultâneo e reconhece a alteridade como elemento constituinte da subjetividade. Essa consideração é importante para situar nossa posição epistemológica e mesmo ética na psicanálise contemporânea, para sustentar uma concepção de subjetividade que seja constituída a partir da alteridade e compreendida em uma perspectiva necessariamente psicossocial. Entendemos que esse tipo de posicionamento é importante para sustentar uma concepção de clínica que não se restrinja a um modelo de abordagem psicoterápica individual e a concepções metapsicológicas restritas à dimensão intrapsíquica.

Dentro de uma diversidade de conceituações, definições e utilizações desse conceito de intersubjetividade na filosofia, psicologia e psicanálise, apontamos para a organização e debate lançados por Figueiredo e Coelho Junior (2012), que apresentam quatro matrizes intersubjetivas e suas diferentes dimensões da alteridade, que se suplementam nos diferentes processos da constituição subjetiva. Eles destacam a intersubjetividade transubjetiva, traumática, interpessoal e intrapsíquica.

Diante de uma diversidade que confunde, tornou-se para nós urgente um esforço no sentido de conceber e organizar quatro matrizes que favorecessem uma melhor clarificação da pluralidade de funções descritivas e operacionais do fenômeno da intersubjetividade (FIGUEIREDO; COELHO JUNIOR, 2012, p. 26).

Compreendemos que a intersubjetividade e o intrapsíquico devem estar juntos, pois somente assim poderemos alcançar com maior abrangência o psiquismo. Green (2004) pontua, inclusive, que a psicanálise tem na intersecção desses dois paradigmas sua originalidade.

Isso posto, podemos afirmar que a presente pesquisa se respaldou em um paradigma qualitativo de pesquisa, ou seja, não sustentou seus métodos de coleta de dados em uma medição numérica. Ao contrário, considerou suas descrições e observações alicerçadas em uma teoria específica. “O enfoque qualitativo pode ser pensado como um conjunto de práticas interpretativas que torna o mundo “visível” [...]” (SAMPIERI, 2013, p. 35).

Os pressupostos da teoria psicanalítica foram utilizados para as análises de dados e observações desta pesquisa, tratando-se, portanto, de uma pesquisa acadêmica psicanalítica. Nesse sentido, caracteriza-se por um espaço intermediário entre o singular e o coletivo, nesse campo qualitativo, escapando totalmente da objetividade do modelo quantitativo e de suas generalizações de hipóteses, preferindo a abordagem de estudos de caso.

Toda a pesquisa psicanalítica é qualitativa, ou seja, trabalha em profundidade em casos específicos. É o mergulho na sua singularidade que permite extrair deles tanto o que lhes pertence com exclusividade quanto o que compartilham com os outros do mesmo tipo: por isso o caso ganha um valor que se pode chamar de exemplar (MEZAN, 2002, p. 380).

Dentro dessa perspectiva metodológica geral e considerando os objetivos propostos, esta pesquisa materializou-se a partir da compilação de diferentes estudos: revisão integrativa da literatura, a partir de publicações em três bases de dados (Psycinfo, PEP e Bivipsi) entre os anos 2008 a 2022; dois estudos de caso longitudinais com intervalo de 12 anos entre as avaliações propostas, considerações teóricas para a apreensão dos comportamentos comumente apresentados e diagnosticados como TDAH, e finalmente um estudo de práticas clínicas na perspectiva psicanalítica para o TDAH. Os estudos teóricos são de natureza ensaística, sem maiores necessidades de detalhamento metodológico, já a metodologia da revisão integrativa de literatura encontra-se descrita no próprio estudo.

Revisão integrativa da literatura, tendo em vista os estudos psicanalíticos, nacionais e internacionais publicados entre 2008 e 2022 com os descritores: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, psicanálise e estudo ou relato de caso, em português e inglês, nas bases de dados: Psycinfo, Psychoanalytic Electronic Publishing (PEP) e a Base latinoamericana de Psicanálise (Bivipsi). Foram incluídos

estudos que versaram a respeito de um estudo de caso orientado pela teoria psicanalítica, foram analisados 22 artigos, quanto a sua orientação dentro da teoria psicanalítica, a dimensão metapsicológica e psicopatológica oferecidos ou não para o TDAH dentro da psicanálise e em relação à medicalização, se essa foi discutida e ou considerada em algum aspecto no estudo.

Os estudos de fundamentação teórica e práticas clínicas psicanalíticas para o TDAH descrevem parte dos resultados das investigações desenvolvidas ao longo destes anos, com destaque para os estudos e pesquisas desenvolvidas pelo Instituto de Pesquisa em Psicanálise e suas Aplicações - Sigmund Freud de Frankfurt na Alemanha. Como fundamentação teórica, conceitos desenvolvidos por diferentes autores da teoria psicanalítica são explanados, assim como, as relações ao denominado TDAH.

Já os estudos de caso merecem melhor descrição e esclarecimento, até porque se configuram como uma reavaliação pontual de dois estudos de caso previamente apresentados em pesquisa anterior de mestrado da autora (Barbosa, 2008).

O delineamento da pesquisa empírica foi clínico-qualitativo de caráter exploratório. Construímos dois estudos de caso a partir de avaliações e entrevistas pontuais, de forma a construir uma perspectiva longitudinal sobre os mesmo replicando com cada participante o Procedimento de Desenho-Estória com Tema (Aiello-Vaisberg; Ambrosio, 2013) em anexo, tal como realizado anteriormente (Barbosa, 2008), bem como realizando novas entrevistas semiestruturadas para uma maior compreensão de suas experiências com relação ao diagnóstico e medicação, inclusive ao longo desses onze anos passados desde a primeira aplicação do instrumento acima citado.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg; AMBROSIO, 2013) trata-se de uma estratégia investigativa desenvolvida diretamente a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1997) e sua aplicação pode ser feita individualmente ou de forma coletiva. Consiste em solicitar um desenho temático para o participante, a quem são oferecidos os seguintes materiais: lápis de cor, lápis preto e folha sulfite branca. Após o término do desenho, pede-se para que o participante invente uma história sobre o mesmo, e o pesquisador, então, em caso de

aplicação individual, toma nota da história no verso da folha do desenho. Como ressalta Ribeiro (2007), a autora desse procedimento não o compreende como projetivo, mas sim como apresentativo-expressivo, pois o compreende a partir de uma perspectiva transicional, ou seja, transita entre o mundo real e imaginário. Trata-se de uma *forma sofisticada de brincar*. O paradigma não é mais do teste psicométrico, mas o da hora ludo-diagnóstica e o jogo do rabisco.

O Jogo do Rabisco foi introduzido pelo psicanalista Winnicott em uma de suas consultas terapêuticas, como uma forma de comunicação. Ele consistia em fazer um rabisco em um papel e requisitar que o paciente o completasse, e assim sucessivamente. “Para Winnicott, os desenhos do Jogo do Rabisco falam de estados de self, de sentidos do si mesmo e não de objetos parciais” (Mazzolini, 2007, p.505).

Especificamente nesta pesquisa, o pedido feito aos participantes replica, como já citado, o anterior e, portanto, fora solicitado, uma vez mais o desenho de uma pessoa agitada. Após a execução do desenho, o pedido para a formulação de uma história diante do mesmo. A pesquisadora tomou nota da história e, na sequência, estabeleceu um inquérito, a respeito das produções (desenho e história) no intuito de investigar as relações de ambas as produções, bem como as fantasias inconscientes mobilizadas nos participantes diante das solicitações feitas. A entrevista semi estruturada foi gravada em áudio com o consentimento de ambos os participantes.

O Procedimento de Desenho-Estória com Tema foi desenvolvido por Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2013) na década de 1990. Trata-se de uma estratégia investigativa, que derivou dos Procedimento de Desenhos-Estórias de Walter Trinka (1972). Foi concebido como um procedimento mediador da experiência emocional e, à medida que propõe um tema e produções (desenho e história), traz para as vivências materialidade.

O procedimento consiste em solicitar um desenho do tema escolhido. No caso dessa pesquisa, o pedido foi: desenhando uma pessoa agitada. Em seguida, pede-se uma história para o desenho e, finalmente, é possível dialogar a respeito dessas produções. Na pesquisa anterior (Barbosa, 2008), enquanto o procedimento era aplicado, a pesquisadora pediu um título para a produção. Essa não é uma indicação de Aiello-Vaisberg e Ambrosio (2013), mas a pesquisadora entendeu ser importante

naquele momento, portanto, na replicação, a pesquisadora solicitou mais uma vez um título. Os participantes do *estudo longitudinal* são, atualmente, dois jovens que na infância foram medicados e diagnosticados em decorrência do TDAH. Foram selecionados por terem participado, na época, de uma primeira pesquisa realizada pela pesquisadora sobre o tema (Barbosa, 2008). Para a presente pesquisa, ambos os participantes foram encontrados pela pesquisadora através de uma rede social. A pesquisadora não fez solicitação de amizade em tal rede para os participantes, apenas dirigiu-se a eles pelo serviço de mensagem privada dessa rede. Tanto o jovem Júlio (20 anos) quanto a jovem Sofia (22 anos) aceitaram prontamente participar da pesquisa. Posteriormente, a pesquisadora dirigiu-se até a cidade natal de ambos os participantes para então realizarem o procedimento de Desenho–Estória com Tema. A pesquisadora sublocou uma sala de um consultório psicológico da cidade para servir de ponto de encontro e, assim, pode replicar o procedimento uma vez mais. Na ocasião da devolutiva, uma vez mais a pesquisadora sublocou uma sala em consultório psicológico e esteve presencialmente com estes para lhes comunicar os resultados.

Além dos participantes do estudo de caso longitudinal, a pesquisadora ofereceu acompanhamento psicoterápico em abordagem psicanalítica, para dois pacientes que buscaram atendimento no Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus Bauru, desde março de 2019. Esses participantes foram escolhidos a partir de alguns pré-requisitos, a saber: possuíam diagnóstico médico para TDAH, faziam uso de medicação como forma de tratamento para o diagnóstico em questão, e buscavam por acompanhamento psicoterápico. Os atendimentos ocorreram dentro do projeto de Extensão “A escuta psicanalítica no serviço escola: corpos e sofrimentos”, desenvolvido nesta universidade. Trata-se de Alice, que iniciou o acompanhamento aos 8 anos, e Luís Otávio que iniciou aos 12 anos. Inicialmente os atendimentos ocorriam no CPA, após o período de confinamento devido a Covid 19, os atendimentos foram retomados no consultório particular da pesquisadora, a menina ainda é atendida em sessões semanais, o menino decidiu interromper o processo psicoterápico em 2023 aos 16 anos. Ambos os casos, sustentam as discussões trazidas no último estudo compilado nesta tese, a respeito da prática clínica com o TDAH, e são citados de forma mais direta em vinhetas clínicas.

As análises e construções feitas a partir do conteúdo das entrevistas, Desenho - Estória com tema e ou atendimentos, segue a livre associação de ideias em entendimento com a teoria psicanalítica. Essa concepção parte da ideia de comunhão, do encontro de dois, momento em que as experiências são contadas e vividas. Granato e Aiello-Vaisberg (2004) usam a metáfora da revelação de uma fotografia para exemplificarem as narrativas psicanalíticas. Assim, entendem que o *click*, o momento de captura da imagem, se inicia na entrevista, mas esse momento não é suficiente para revelarmos uma fotografia. Para que tenhamos em mãos posteriormente a imagem capturada, é preciso revelá-la. Isso se dá se nos trancarmos em uma câmara escura. Qualquer luz nesse momento prejudicaria a revelação, e é preciso certo tempo imerso em substâncias para que o material comece a se transformar naquilo que se denomina de negativo. Aí sim é preciso deixar a luz entrar, na analogia das autoras com a pesquisa psicanalítica:

[...] este parece ser aquele momento em que diante de nossos registros e estudos, deparamo-nos com movimentos alternados de claro-escuro, entre medo de nada encontrar e a esperança de que algo se revele. É importante lembrar que, também aqui, não se pode apressar o processo (Granato; Aiello-Vaisberg, 2004, p. 267).

Para que o negativo passe para um papel fotográfico e finalize-se o processo, é preciso acontecer a ampliação. A marca deixada no filme migra para o papel fotográfico e o negativo, sob o foco de uma luz, é que fará a impressão no papel, antes em branco. Na verdade, por um certo tempo ele ainda parece estar em branco, “mas sabemos que a fotografia lá está, ou pelo menos esperamos que esteja” (GRANATO; AIELLO-VAISBERG, 2004, p. 267). Para que a imagem enfim se revele, é preciso permanecer em uma sala iluminada apenas por uma fraca luz vermelha e três substâncias diferentes, cada qual com sua função. Na primeira mergulha-se o papel e a imagem se revela, na segunda, interrompe-se o processo de revelação para que não se exceda e, finalmente, na terceira substância que permitirá a fixação da imagem. Esse terceiro momento de ampliação pode ser pensado como a construção da narrativa psicanalítica, momento em que a tela em branco é marcada pelas vivências dos encontros.

Esta pesquisa teve seu projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Bauru, São Paulo, e, somente após sua aprovação, iniciou-se a coleta de dados. Os participantes receberam todos os esclarecimentos necessários e, após anuência, assinaram o Termo de Consentimento Informado. Como consta em anexo no parecer de numeração: 2.997.698.

Nos dois estudos de caso longitudinais, além das entrevistas realizadas, os participantes receberam devolutivas com relação aos resultados encontrados em todo o processo da pesquisa, e mais uma vez a pesquisadora se colocou à disposição para esclarecimentos posteriores e ou acompanhamento, caso os diálogos e questões suscitadas durante a pesquisa causasse algum tipo de incômodo ou dúvida.

3 A PSICANÁLISE DIANTE DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Apesar de configurar nos manuais classificatórios de doenças mentais utilizados pela medicina desde o ano de 1957 (Sucupira, 1985), o atualmente denominado Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade já recebeu diferentes nomenclaturas ao longo das décadas, as quais foram dedicadas às pesquisas dos comportamentos infantis de indisciplina, desatenção, hiperatividade e impulsividade. Esses comportamentos vêm sendo estudados em conjunto pelas ciências médicas desde o ano de 1902 (Barkley, 2002).

No Brasil, as pesquisas revelam uma prática de diagnósticos e consumo de psicoestimulantes em ascensão: entre 2009 e 2011, a venda e prescrição do metilfenidato aumentou em 75% para crianças e adolescentes entre 6 e 16 anos. Somos o segundo país com maior consumo de psicoestimulantes (Anvisa, 2014), sendo que os Estados Unidos ocupam a primeira posição no mercado consumidor deste composto. Pesquisas em diferentes localidades do país apontam para a adoção da medicação como principal tratamento para o TDAH (Vizzotto; Ferraza, 2017). Através de prontuários de crianças e adolescentes atendidos em um serviço de saúde da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), em uma cidade do sudoeste paulista, entre 2013 e 2014, e encaminhadas por suas dificuldades escolares de diferentes naturezas (social, aprendizagem e comportamental), chegou-se a números preocupantes: dos 121 pacientes, 120 receberam prescrição medicamentosa; o único prontuário sem registro de prescrição não compareceu no retorno pediátrico, embora 97% dos que receberam a indicação medicamentosa o receberam na primeira consulta, 80% receberam o diagnóstico de TDAH e 20% receberam a indicação medicamentosa sem um diagnóstico registrado.

Entre tantas controvérsias colecionadas em torno do TDAH, existe o posicionamento a partir das práticas baseadas em evidência de considerar as Terapias Cognitivas-Comportamentais (TCC) como tratamento de escolha para complementação à terapia medicamentosa (Knapp *et al.*, 2002). Cabe mencionar que a psicanálise se manteve, por muito tempo, distante destas controvérsias do mundo científico não psicanalítico, como apontam Marianne Leuzinger-Bohleber, Jorge Canestri e Mary Target (2010, p. 09): “Uma retirada para a torre de marfim

psicanalítica é geralmente mais conveniente do que nos confrontarmos com os intensos discursos controversos no campo científico não psicanalítico”. Não obstante, Laezer (2015, p. 124) traz os resultados de uma pesquisa desenvolvida na Alemanha, onde grupos de crianças diagnosticadas eram atendidos em psicoterapia psicanalítica, em que se defende que: “A psicoterapia psicanalítica intensiva e longa sem metilfenidato ofereceu um alívio para toda a família”.

A prática psicanalítica diante desses casos se questiona e busca compreender, a partir da constituição singular de cada criança, as funções possíveis para tais dificuldades Conway (2012), em uma revisão sistemática de literatura a respeito das psicoterapias de orientação psicodinâmica do TDAH, analisou um total de 21 estudos, entre estudos de casos, análise de prontuários e pesquisas teórica. A autora pontua 4 questões como foco da revisão: 1. Concepção do diagnóstico psicodinâmico do TDAH; 2. Orientações teóricas de base e como guiam a identificação de questões centrais para o tratamento; 3. Concepções da teoria da técnica sobre a mudança terapêutica; 4. Aspectos técnicos do manejo com os pacientes. Os resultados foram organizados em uma tabela com categorias que refletiam essas questões, além de caracterizações gerais sobre o público atendido, o delineamento metodológico e o local do estudo. Desse modo, uma primeira categoria abordava a questão do diagnóstico a partir do DSM e da psicopatologia psicanalítica. A segunda categoria indicava a orientação teórica geral. Uma terceira categoria de análise abordava os conflitos centrais e âmbitos de funcionamento dinâmico apontados nos estudos. Uma quarta categoria indicava as técnicas e práticas explicitadas nos artigos e a quinta indicava a concepção de mudança terapêutica em jogo, de maneira geral o tempo médio de tratamento em psicoterapia para os casos relatados foi de 19 meses e a frequência de sessões variou entre uma e quatro vezes por semana (média de 1,57).

Na categoria de abordagens teóricas, a preponderância é da Psicologia do Ego e das Relações de Objeto, com presença relevante do referencial da teoria do apego. Essas perspectivas teóricas influenciaram a forma como foi concebido o diagnóstico do TDAH e a caracterização das questões centrais do tratamento. Na visão da Psicologia do Ego, os sintomas decorrem de dificuldades na capacidade de síntese, organização e integração de experiências por parte do ego e esse distúrbio das funções egóicas decorre primariamente do déficit de funções executivas do cérebro. Essa perspectiva de integração entre diagnóstico sintomatológico do DSM e a equiparação entre funções do ego e funções executivas do córtex pré-frontal é uma

tônica na abordagem da psicologia do ego e tem destaque na literatura norte-americana, com autores de referência bem estabelecidos, como Gilmore (2000). Nesse quadro de referência, os aspectos relacionais são considerados, mas de forma mais contextual. As questões centrais do trabalho terapêutico nessa perspectiva focam no fomento ao teste e adaptação à realidade bem como ao estabelecimento de foco e atenção às demandas. Já no âmbito das teorias de relação de objeto, a compreensão se dá majoritariamente por meio de concepções de traumas precoces e rupturas no estabelecimento inicial dos vínculos emocionais. A concepção relacional e intersubjetiva nessa perspectiva vai além do mero contexto psicossocial e ambiental e se volta para a internalização de objetos e de vínculos, bem como a atualização dessas experiências emocionais no âmbito da transferência.

No que diz respeito a questões para focar no trabalho terapêutico, há uma variação de aspectos práticos a atentar, para além do cerne de cuidado com os estados emocionais e cognitivos do paciente. De todo modo, as técnicas descritas apontaram para algumas indicações também genéricas e tradicionais, tais como empatia, suporte, interpretar a transferência e técnica do brincar, mas com algumas indicações específicas e relevantes na amostra: *desenvolvimento do ego*, *espelhamento*, *prestar atenção* e *mentalização*. Já nas concepções de mudança terapêutica, a categorização nem sempre foi efetiva, mas destaca-se também o desenvolvimento da capacidade de mentalização e restauração das funções do ego, bem como a internalização e elaboração das relações com os objetos. Estas teorias de cura, por assim dizer, foram condizentes também com a orientação teórica preponderante em cada artigo. Portanto, na psicologia do ego a primeira e nas teorias relacionais a segunda.

A revisão conclui que, entre as teorias psicanalíticas utilizadas para a compreensão da sintomatologia e, conseqüentemente, manejo do transtorno, os psicoterapeutas valeram-se da Psicologia do Ego e das Relações de Objeto, sendo destacada a associação comum entre essas duas tradições: “Apesar de se inscreverem mais fortemente em uma das teorias mais predominantes, alguns aderiram a ambos” (Conway, 2012, p. 10). Quer seja no âmbito das funções egóicas, quer seja no âmbito das relações objetais, há também uma tendência a compreender que o cerne da condição é um déficit muito arcaico ligado a experiências traumáticas de diversas ordens, desde fatores psicossociais até relações parentais. Por isso, os estudos convergem em considerar a condição como multifatorial e que o quadro

sintomatológico expressa e evidencia a falha na elaboração e contenção dos estímulos no nível sensorio-motor: necessidade de agir impulsivamente, estado de hiperalerta e impossibilidade de oferecer a atenção para além das questões físicas, entre outras.

Em trabalho anterior (Barbosa, 2008), verificamos as crenças de duas crianças medicadas e diagnosticadas em decorrência deste referido transtorno. Ambas atribuíam seus bons desempenhos à medicação, mas o estudo mostrou que o uso da medicação tinha um lugar importante na configuração da identidade dos pacientes e na própria modulação de seus sintomas. Outros trabalhos abordam o fenômeno da medicalização em transtornos psiquiátricos, onde os amparos sociais são pautados prioritariamente pelo poder e saber médicos. Particularmente na literatura nacional no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, há um debate intenso e posicionamentos já bem estabelecidos sobre o abuso na prescrição de medicamentos, a medicalização do social (CRP-SP, 2019) e a humanização dos tratamentos de saúde (CFP, 2015).

Nesse ponto, a psicanálise tem em geral abordado de forma crítica essa faceta do jogo de poderes nos cuidados contemporâneos à saúde mental (Moura *et al.*, 2020). Curiosamente, a revisão da literatura internacional apresentada acima não aborda especificamente a categoria do uso da medicação e do fenômeno da medicalização, assim como nos focos de tratamento não aparece a questão da compreensão do lugar do medicamento como objeto da fantasia dos pacientes e de seus familiares.

Para além de debates controversos, a psicanálise, compreendemos, é chamada a se posicionar enquanto quadro teórico importante da constituição psíquica e técnica terapêutica. Questionamos se a teoria psicanalítica seria capaz de responder adequadamente às novas formas de sofrimento na atualidade. De que forma ela responde a essas demandas atuais? As produções neste campo teórico se caracterizam de que forma? São expansões de conceitualizações já vigentes ou estamos diante de um novo ordenamento metapsicológico? Independentemente ou não dos debates lançados sobre as questões de medicalização, qual é o olhar da psicanálise para as subjetividades medicadas?

Partindo dessas considerações, propomos neste trabalho realizar uma revisão de literatura, buscando mapear os modelos teóricos psicanalíticos elencados pelos psicanalistas para a compreensão do TDAH, buscando avaliar se chegam a uma

construção metapsicológica ou caracterização psicopatológica mais específica sobre o fenômeno a ponto de poderem ser consideradas um avanço dentro da teoria psicanalítica. Além disso, buscaremos discutir se os trabalhos chegam a abordar de forma mais crítica a implicação subjetiva no uso da medicação e por parte de pacientes, familiares e equipe de saúde, bem como considerar o fenômeno da medicalização.

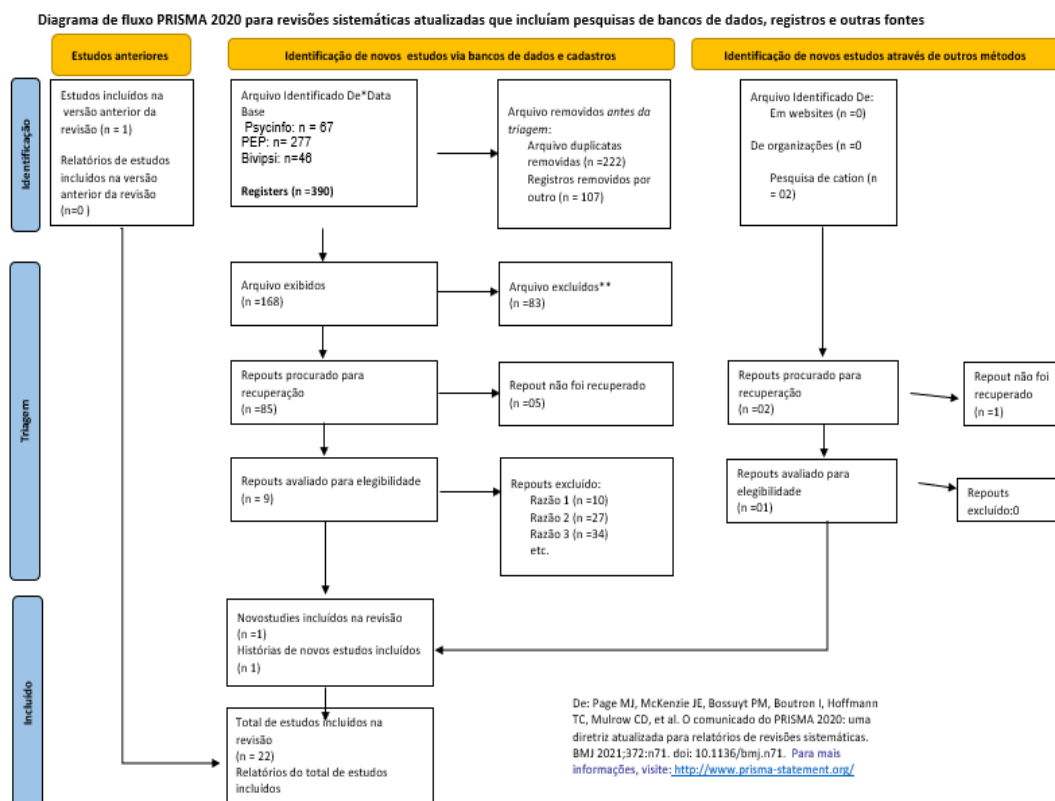
3.1 Método

Trata-se de um delineamento de revisão integrativa de literatura na área de estudos da psicanálise, considerando que esse tipo de proposta de sistematização se adequa melhor a pesquisas de cunho clínico-qualitativo em saúde (Campos; Campos, 2021). O estudo tem como pergunta norteadora buscar compreender como os trabalhos de psicanálise sobre o TDAH caracterizam, em termos metapsicológicos, psicopatológicos e técnicos, os casos diagnosticados com essa síndrome, além de como abordam a questão do uso da medicação e o fenômeno da medicalização no contexto do tratamento.

Foram realizadas buscas em três bases de dados: Psycinfo, Psychoanalytic Electronic Publishing - PEP e a Base latino-americana de psicanálise Bivipsi. O levantamento adotou os descritores: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade; psicanálise e estudo de caso. Tais descritores foram utilizados tanto em português quanto em inglês. Foram critérios para a inclusão na revisão em questão estudos que versassem a respeito de um estudo de caso orientado pela teoria psicanalítica, bem como ter a data de publicação no intervalo entre os anos de 2008 e 2022.

O resultado global da busca indicou a existência de 390 referências. Após a verificação de duplicidades e identificação de textos incompletos, resumos insuficientes, editorial, resenha e carta ao editor, chegou-se a um total de 168 textos, como exposto no fluxograma Prisma anexado abaixo (Figura 1). Procedeu-se, num segundo momento, à leitura dos resumos para aplicação dos critérios de inclusão condizentes com o interesse da pesquisa, estudos de casos psicanalíticos, publicados a partir de 2008 até 2022, redigidos em língua inglesa, português e/ou espanhol. Os critérios de exclusão foram produções que não fossem artigos originais de pesquisa empírica e artigos que não fossem relatos ou estudo de caso. Com base nesses critérios, foram identificados 22 trabalhos, lidos integralmente.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: elaborado pela autora.

Os 22 artigos analisados foram dispostos em formato de tabela, como forma de organizar as informações posteriormente discutidas (Tabela 1).

Tabela 1 - Resumo dos principais dados analisados por artigo

Número De referencia	Ano	Autor	País	Título do Artigo	Orientação psicanalítica/ Autores	Medicalização	Dimensão metapsicológica	Categorização psicopatológica dentro da teoria psicanalítica
01	2008	Seitler, B. N	EUA	Successful Child Psychotherapy of Attention Deficit/Hyperactive Disorder: An Agitated Depression Explanation.	Relação de objeto/ Psicologia do Ego/ Kohut, Klein e Winnicott	Sim, aponta criticamente para o fato de a medicina oferecer estimulantes a crianças agitadas. Solicita que o paciente não esteja medicado na sessão.	Reafirma e defende a possibilidade da análise oferecer um lugar de livre expressão e em contrapartida a continência ...	Não, cita a agitação como defesa a depressão.
02	2010	Jones, B & Allison, E.	Inglaterra	An integrated theory for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD].	Relação de Objeto/ Psicologia do Ego/Peter Fonagy Bion, Freud, Klein, Winnicott	Medicamento visto como aliado do tratamento e do fardo pesado do analista. Embora reconheça que prescrever é um ato simbólico.	Técnica ativa.	Não
03	2011	Jones, B	Inglaterra	The Reality-Sampling Deficit and ADHD: Indication for an Active Technique	Psicologia do ego Peter/ Fonagy Esther Bick Ferenczi	Não	Descreve as adaptações que o analista deve realizar – em três fases detalhadas.	Não
04	2011	Gensler, D.	EUA	Trouble Paying Attention	Neuropiscanalise e psicologia do Ego. Anna Freud. Freud	Não – destaca a necessidade de intervenção farmacológica	Não há detalhes técnicos.	Não
05	2011	Seitler	EUA	Is ADHD a Real Neurological Disorder or Collection of Psychosocial Symptomatic Behaviors?	Psicologia do ego/Não traz autores clássicos.	Sim- afirma que a medicação impede abordagens psicodinâmicas	Analista adapta-se ao paciente chegando a construir um jogo para o paciente.	Não
06	2011	Salomonsson	Suécia	Psychoanalytic Conceptualizations of the Internal Object in an ADHD Child	Relação de objeto (Freud/Klein/ winnicott) e os autores alemães.	Não	Traz observações referentes a possibilidade da criança receber psicoterapia – a depender do estado de seu objeto interno, danificado ou não.	Não
07	2012	Scharff, S	EUA	Neurotic Factors beyond Learning Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder.	Psicologia do Ego/Peter Fonagy, Gilmore	Não- Os remédios são úteis para corrigir fraqueza na cognição e atenção.	Discute as defesas neuróticas e como a psicoterapia psicodinâmica podem adaptá-las.	Não

08	2012	Pozzi-Monzo, M	Inglaterra	Ritalin for whom? Revisited: further thinking on ADHD.	Neuropsicologia, teoria do apego/relação de Objeto. Bick, Bion, Klein.	Sim, questiona o excesso de medicação prescrita.	Se detém na discussão de uma etiologia multicausal.	Não.
09	2012	França	Brasil	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento.	Relação de Objeto. Bick, Bion, Freud, Meltzer, Winnicott, Ogden, Alvarez	Sim, coloca os riscos da medicação tanto do ponto de vista corporal quanto mental.	Aponta para as dificuldades na formação do psiquismo que levariam aos sintomas classificados como TDAH.	Não.
10	2012	Legnani, V. N	Brasil	Efeitos Imaginários do diagnóstico de TDAH na subjetividade da criança.	Lacan.	Há um debate do diagnóstico aprisionar a criança no "problema neurológico"	Caso em questão situa-se em uma estrutura neurótica.	Não
11	2014	Günter	Alemanha	Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): An Affect-Processing and Thought Disorder?	Psicologia do Ego. Peter Fonagy,	Sim, cita que esse ponto também é controverso, além da etiologia e diagnóstico.	Sim, estudo de caso discute a especificidade do atendimento.	Não
12	2014	Waska, Robert	E.U.A	Attention deficit disorder or object detachment disorder: a brief	Relação de Objeto/Gilmore, Klein	Autor questiona a busca pelo remédio e compara esse fenômeno com a	Tese de um objeto interno serevo/mau.	Não

				psychoanalytic case study		conhecida geração Prozac		
13	2015	Laidlaw, C & Howcroft, G	África do Sul	Encountering a cartwheeling princess: relational psychoanalytic therapy of a child with attachment difficulties and ADHD	Psicanálise Relacional, Relação de Objeto. Freud, Balint, Klein, Winnicott, Fairbairn e Peter Fonagy-	Não	Estudo de caso traz questões específicas do caso, mas não do manejo de forma metapsicologia.	Não
14	2016	Yanof	EUA	Treating Children with Affect Dysregulation: Discussion of Dr. Wendy Olesker's Analysis of Matt	Psicologia do ego /Relações de Objeto. Winnicott, Freud, Fonagy.	Não	Desregulação Afetiva. Traz exemplos de modificação da técnica de um caso apresentado por outrem e que na visão da autora se encaixaria no diagnóstico de TDAH.	Não
15	2017	Salomonsson, B	Suécia	Interpreting the inner world of ADHD children: psychoanalytic perspectives	Relação de Objeto. Bion, Freud, Klein, Winnicott.	Cita a medicalização mas não se posiciona	Caso clínico com os manejos específicos	Não

16	2018	Germain	EUA	Finding the Body of the Mind: Integrating Occupational Therapy's Theories of Mutual Regulation and Dysregulation into Psychotherapy	Winnicott, neuropsicanálise, teoria do apego e terapia ocupacional (capacidade reguladoras sensório motora)	Não	Não. Discussão de estudo de caso.	Não
17	2019	Lusk, S L	EUA	A Psychoanalytic Approach to the Complexity of Understanding and Treating Patients with ADHD Beyond Childhood: The Experiences of Two Psychoanalytic Candidates: An Introduction to the Section. Psychoanal.	Psicologia do Ego/ Freud, Gilmore, Jones	Não	Alerta para o fato de que se as dificuldades dos pacientes forem interpretadas como resistências, esses revisitaram a sensação de defeito que o TDAH já o impuseram.	Não
18	2019	Sugarman, A	EUA	The Importance of Considering Development When Analyzing Patients with Adult ADHD: Commentary on Whiteside. Psychoanal	Psicologia do Ego/Relações de Objeto Fonagy, Gilmore	Não	Aponta para diferentes questões técnicas que influenciam diretamente o processo psicoterápico, como o interpretar	Não

							dificuldades como resistência, esperar e interpretar o não uso do divã.	
19	2019	Gilmore, Karen	E. UA	Psychoanalytic Treatment at the Crossroads of ADHD and Emerging Adulthood: Reflections on DR. Whitman's Case Presentation.	Psicologia do Ego/ Erik Eriksson	Ao iniciar o texto a autora cita que os quadros diagnósticos estabelecido pelo DSM V são apenas aproximações da complexidade humana.	Destaca as adaptações feitas pelo Dr. Whitman para atender o paciente em questão.	Não
20	2019	Whitman, L	EUA	Using a Spoon to Claw Your Way Out of a Steel Cage": A Candidate Works with the Frustration and Defeatism of a College Student with Inattentive ADHD and Depression. Psychoanal.	Psicologia do Ego Fonagy, P.	Não há debate algum a respeito da medicalização em si, a própria analista prescreve medicamentos para os sintomas mais graves do paciente- cita que seu supervisor estava de acordo apenas.	Apresenta estudo de caso, apontando para os manejos específicos provenientes das discussões a partir do TDAH.	Não
21	2020	Sapountzis, Ionas	EUA	From Jackson Pollock to Psychic Blades: Climbing the Semiotic Ladder in Working With	Relação de Objeto. Anne Alvarez	Cita pesquisa comparativa de tratamento psicodinâmico x farmacológico e	Manejo com relação a transferência e transferência das crianças TDAH	Objeto interno mau e déficit semiótico.

				Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder		comportamental. E salienta as poucas publicações de tratamentos psicodinâmicos para o TDAH		
22	2020	Miriam Izolina Padoin Dalla Rosa e Geovane dos Santos da Rocha	Brasil	Estudo psicanalítico sobre Transtorno de Deficit de Atenção e/ou Hiperatividade (TDAH) na Infância.	Lacan	Sim, autores consideram a subjetividade excluída à medida que o remédio é prescrito.	Não	Dificuldade de se representarem no campo do Outro e na linguagem.

3.2 Resultados e Discussão

Uma análise preliminar dos resultados buscou descrever e categorizar os delineamentos metodológicos, referenciais teóricos, proposições técnicas e posicionamentos quanto ao uso de medicação e o fenômeno da medicalização em cada um dos artigos da amostra. Dos trabalhos analisados, nota-se, assim como Conway (2012), dois principais campos teóricos psicanalíticos em cena: a denominada Psicologia do Ego e a psicanálise das Relações de Objeto. Considerando a totalidade dos artigos analisados (22), onze são de estudiosos dos Estados Unidos da América, dois provenientes da Alemanha, dois da Suécia, três da Inglaterra, três do Brasil e um da África do Sul.

Dentre os estudos elaborados entre os americanos, encontramos a grande maioria dentro do referencial da psicologia do ego. As ponderações de Sugarman (2019), por exemplo, incluem a necessidade de os institutos de psicanálise treinarem seus analistas para uma compreensão do desenvolvimento psíquico de forma dinâmica e não linear, para que possam ajustar a técnica para então reconhecerem no adulto o TDAH, pois, para o autor, esses pacientes se desenvolvem sem a percepção de que suas representações mentais não correspondem à realidade, uma vez que existem falhas constitucionais em seu funcionamento executivo. O autor discute um caso apresentado por uma analista candidata na Associação Americana de Psicanálise e suas reflexões sobre o abandono prematuro pelo paciente da análise. Acredita Sugarman que a primeira opção diante destes pacientes não é a interpretação de conflitos, estratégia comum em psicanálise:

É essa interação entre funções mentais interrompidas e conflitos intrapsíquicos que torna esses pacientes tão desafiadores. Em geral, acredito

que a maneira mais útil de analisar esses pacientes é criar uma estrutura flexível onde o paciente possa externalizar suas funções mentais interrompidas na transferência, observe sua própria mente em ação, observe suas funções interrompidas à medida que ocorrem, lembre-se de entender as maneiras e razões pelas quais faça-o para dominar as perturbações e obter um senso de domínio consciente de sua mente e um senso abrangente de si mesmo como agente ativo (Sugarman, 2019, p. 124, tradução nossa).

Interessante que o autor ressalta, posteriormente: “Essa abordagem parece semelhante à ênfase Kleiniana ou Bioniana contemporânea em promover a simbolização” (Sugarman, 2019, p.126). Embora os cite, ele não faz nenhuma consideração de que as diferentes correntes psicanalíticas, ou escolas, poderiam ser utilizadas para a compreensão do TDAH. De todo modo, consideramos que este autor parte de concepções do paradigma pulsional mais próprio da psicologia do ego, mas considera as contribuições das relações de objeto em sua proposta prática, no que se refere à clínica do TDAH. Suas conclusões sugerem que os institutos de psicanálise americanos integrem seu ensino e proporcionem discussões sobre o desenvolvimento infantil na formação geral e não apenas para os candidatos que buscam uma formação na clínica infantil.

O estudo de Gensler também se mantém apenas com autores utilizados pela psicologia do ego, revisando os conceitos de atenção a partir da neuropsicologia e psicanálise:

O córtex pré-frontal medeia habilidades que a psicanálise chama de funções do ego, como planejamento e intenção. As áreas corticais posteriores medeiam habilidades que a psicanálise chama de outras funções do ego, como a sensação.” (Gensler, 2011, p. 107, tradução nossa).

Em sua prática clínica, o autor relata que comparece às escolas, reúne-se com as mães frequentemente, propõe que as escolas cobrem do paciente a presença e as tarefas escolares, limitando a atuação da mãe neste sentido. Sua imposição de restrições está focada apenas em temas relacionados aos cuidados e rotinas da casa, o que compreendeu ter diminuído a ansiedade materna. O caso de um paciente de 12 anos é apresentado para ilustrar diferentes formas utilizadas por este para fugir de seus sentimentos, concluindo com a afirmação de que são diversos os fatores que contribuíram para as dificuldades de atenção do paciente, assim como diferentes estratégias terapêuticas eram necessárias para a conduta em casos similares (terapia psicofarmacológica, intervenções escolares e familiares, bem como psicoterapia dinâmica).

Gilmore (2019), uma autora frequentemente citada nos trabalhos provenientes dos Estados Unidos, também se mantém alinhada à psicologia do ego, sem citar outras teorias psicanalíticas, ao menos neste trabalho analisado. Seus apontamentos também convergem para as adaptações técnicas necessárias, por meio do comentário ao caso de um jovem de 20 anos:

Marcos foi sobrecarregado por psicopatologias que interferiram diretamente em sua capacidade de enfrentar os desafios do seu desenvolvimento. Sua desesperança, evasão, baixa motivação e constrangimento social são os produtos de seu TDAH e depressão, dificuldades de aprendizado e falta de recursos adequados de parentalidade. Ele não é o único, porém, a exigir que um psicanalista seja muito prático e direto e até confronto sobre sua fuga, suas más decisões e sua vulnerabilidade a maus conselhos (Gilmore, 2019, p. 105-106, tradução nossa).

Não há neste trabalho, no entanto, um debate propriamente psicanalítico sobre a etiologia dos sintomas de TDAH presentes no caso apresentado.

Nesse sentido, Scharff (2012), também discute as funções egóicas comprometidas, afirmando que apenas uma psicoterapia psicodinâmica é capaz de abordar esse tipo de “comprometimento neurótico” (p. 238), sem, contudo, entrar em maiores detalhes sobre a categorização psicopatológica.

Já Seidler (2008; 2011) é a exceção entre os trabalhos americanos analisados; em primeiro lugar por não citar a psicologia do ego em suas reflexões, mas, sim, teóricos da vertente das teorias da relação de objetos, em especial Winnicott. O mais interessante é que faz indicações mais específicas sobre a prática, direcionando a conduta do tratamento para o fomento e valorização da localização e nomeação dos sentimentos por parte dos pacientes. Também traz uma indicação etiológica mais circunscrita, compreendendo que o TDAH seria uma forma de depressão agitada:

Por quase 40 anos, tenho trabalhado com crianças em ambientes de tratamento residencial, centros de saúde mental, no setor de escolas públicas e em consultório particular. Percebi, de maneira consistente, que há uma coisa em particular que crianças que parecem ter TDAH apresentam. A única coisa que eles têm em comum são *sentimentos profundos de tristeza*, que frequentemente se manifestam em algum momento do tratamento. A princípio, a tristeza não é óbvia à superfície, mas, no decorrer do tratamento, é regularmente descoberta. Tantas vezes se manifestou na minha experiência com essas crianças, que não posso considerar a tristeza meramente inconsequente ou coincidente (Seidler, 2008, p. 280, grifos do autor, tradução nossa).

O estudo de Germain (2018) exemplifica e debate a utilização de técnicas de terapia ocupacional na clínica psicanalítica, destacando a intersubjetividade. Mais uma vez Winnicott é o principal autor citado. O objetivo dessas técnicas seria proporcionar, inclusive aos pais, uma ressignificação do comportamento da criança:

Meu objetivo adicional neste artigo é demonstrar, através de exemplos clínicos e discussões, como familiaridade do clínico psicodinâmico e atenção à dinâmica sensorial e regulatória podem levar a insights sobre comportamentos de apego não adaptativos por parte de pais e filhos. Os exemplos clínicos mostrarão que, ao fazer perguntas de outra forma, não podemos fazer e apresentar perspectivas que os pais talvez não ouçam, podemos estimular o desenvolvimento de capacidades que, por sua vez, nos permitirão mudar os atributos dos pais e abordar questões relacionais de maneiras novas (Germain, 2018, p. 296, tradução nossa).

A proposta do autor parece ir além de ressignificar, uma vez que para tanto é preciso acontecer uma certa orientação aos pais, oferecendo-lhes, inclusive, informações técnicas. Não há, contudo, no trabalho, a discussão ou esclarecimento a respeito de como esse tipo de treinamento é feito. Por fim, também não há uma exploração etiológica dos sintomas a partir da teoria psicanalítica.

Waska (2014), por sua vez, traz o relato de caso de uma jovem atendida por ele em oito sessões. Sua abordagem terapêutica para o caso concentrou-se no referencial da teoria kleiniana, em que a interpretação da transferência é central. Nota-se que o autor não dispôs de tempo o suficiente para exercê-la tal como as discussões teóricas sugerem, uma vez que a paciente abandonou a análise. Nesse sentido, o autor cita algumas de suas reações contratransferenciais e analisa, mesmo que brevemente, a disputa pelo controle de sessão entre ele e a paciente. Contudo, a discussão não traz um aprofundamento na compreensão teórica e etiológica dos quadros de TDAH.

Yanof (2012) também pontua as dificuldades contratransferenciais diante de paciente agressivo. Em seu artigo, no qual detalha o caso de Matt, atendido por uma analista a quem a autora supervisionava, afirma:

A resposta normal ao comportamento agressivo é querer controlá-lo. Mas, em situações como essas, o costume do analista mostra que técnicas não funcionam. Além disso, as opções do analista para fazer o contato se tornam estreitas no momento em que ela ainda não tem uma boa compreensão da criança ou seu comportamento. Talvez o mais importante, o analista deve desativar muito de sua própria contra-agressão, a fim de relacionar-se com a criança de maneira predominantemente benigna. Dra. Olesker percebeu que o problema de Matt é multideterminado: o resultado de trauma, conflito, e interferência no desenvolvimento (Yanof, 2012, p.110, tradução nossa).

Como se pode notar, as indicações técnicas e compreensão etiológica permanecem em um nível muito genérico de abordagem, o que se observou constituir uma tônica geral dos relatos de caso da literatura de origem americana.

Passando para os trabalhos de origem britânica, a revisão selecionou dois artigos ligados a instituições londrinas: Jones (2011) e Jones e Allison (2010). Esses autores também partem de referências ligadas à tradição da psicologia do ego, mas o destaque maior é para os trabalhos na interface entre psicanálise e desenvolvimento humano, que tem o Instituto Anna Freud como referência. Nesse sentido, destaca-se o aporte de teorias do apego e de relações de objeto, bem como a interface com as neurociências em uma abordagem mais ampla a essas questões, tendo o trabalho de Peter Fonagy, do University College of London, como referência principal. Os trabalhos partem da ideia geral de tentar trazer uma perspectiva psicanalítica para as falhas nas funções executivas mentais, buscando, no primeiro artigo, apresentar uma teoria integrada para o transtorno e, no segundo, a indicação de uma técnica ativa adequada para essa condição. Do ponto de vista da fundamentação teórica, Jones e Allison (2010) vão buscar na metapsicologia das regulações do ego as fontes para pensar os mecanismos específicos dessa condição. Retomam a teoria freudiana inicial sobre os sistemas psi, phi e omega, bem como os aportes da segunda teoria pulsional e modelo estrutural da personalidade para pensar a questão do excesso de estímulos gerando influxos traumáticos sobre a estrutura do aparelho psíquico. Basicamente, trata-se da noção de um ego tomado por excesso de estímulos além das possibilidades de contenção do escudo protetor e das barreiras de contato, afetando a capacidade de elaborar e canalizar os estímulos, tendo como consequência uma perturbação no nível mais fundamental do controle de influxos sensoriais e descargas motoras. Esse fundamento geral é utilizado para descrever as características de hiperatividade, atenção e impulsividade próprias do quadro e para indicar que esse nível de regulação das funções mentais é da ordem de um ego ou *self* primário.

A proposição metapsicológica específica consiste em indicar que os componentes de pensamento e linguagem próprios do processo secundário são essenciais para a elaboração e ampliação dessa condição originária por meio do desenvolvimento *self autobiográfico*, marcado por perspectivas de temporalidade e

intersubjetividade próprias de uma estrutura egóica, ou seja, uma representação de si mesmo ou um senso identitário do ego, para além de seus aspectos funcionais:

Nos últimos anos, Peter Fonagy e colegas conceituaram as capacidades de controle da atenção, distinção confiável entre realidade psíquica e realidade externa, regulação emocional e auto-representação (culminando na representação do self autobiográfico como estendido no tempo) como aspectos da capacidade de mentalizar, isto é, pensar sobre os impulsos e comportamentos próprios e dos outros em termos de estados mentais subjacentes (Jones; Allison, 2010, p. 287, tradução nossa).

Este é o cerne da concepção de uma abordagem aos processos de *mentalização*, que os autores dessa vertente de pesquisa e trabalho vão sustentar nos estudos da teoria do apego e de abordagens psicológicas e neurocientíficas ao desenvolvimento humano, mas também aproximar do referencial teórico da escola de psicossomática de Paris, em termos de falhas de simbolização que implicam em formas mais operatórias de pensamento e conduta. Essa abordagem aos processos de mentalização indica a importância dos cuidadores primários no desenvolvimento dos recursos de mentalização como um fator de proteção para distúrbios dessa ordem, sendo esta a base para a proposição de uma técnica psicoterapêutica ativa para esses casos.

No segundo artigo, Jones (2011) inclui de forma mais expressiva autores da matriz de relações de objeto como Bion, Bick e Winnicott, para fundamentar a noção geral da contenção corporal e metabolização mental como tarefas básicas do cuidado parental no sentido de integração psicossomática e constituição de um ego propriamente dito. Remontam, também, ao pioneirismo das contribuições de Ferenczi para a proposição de uma abordagem mais ativa em psicoterapia. A proposição técnica específica consiste em uma abordagem dividida em três fases detalhadas: a fase da *fusão*, em que o analista deve habitar entre o funcionamento primário e secundário, operando como um “espelhamento” contingente do estado mental da criança; depois a fase de *separação*, na qual o foco deve incidir sobre a elaboração da ansiedade de separação e o luto pelo objeto primário, permitindo reforço na introjeção narcísica de objetos na constituição do ego e, finalmente, uma fase de *adaptação à realidade*, em que o foco é no reconhecimento do princípio de realidade e na constituição de estratégias mais flexíveis e resilientes de enfrentamento dessa condição social mais ampla. Trata-se, portanto, de uma técnica mais ativa do que a adotada habitualmente por psicanalistas, pois o autor considera que, diante das

dificuldades egóicas da criança, o analista precisa ajudá-la a representar suas experiências afetivas internas, como um verdadeiro ego auxiliar. Para tanto, condutas de manejo da ordem da *nomeação* dos gestos e das palavras são privilegiadas.

Por sua vez, os trabalhos provenientes da Alemanha (Günter, 2014; Leuzinger-Bohleber *et al.*, 2011), discutem, a partir de uma teoria propriamente psicanalítica, as diferentes etiologias possíveis para o TDAH. Do ponto de vista psicopatológico, optam pela discussão no plano da dinâmica do conflito e compreendem que tais conflitos podem se originar em diferentes momentos e/ou circunstâncias da formação psíquica. No geral, esses artigos partem da hipótese específica de que, nos casos de TDAH e de outros transtornos cujos sintomas estão no nível do controle de impulsos e da regulação sensório-motora, a etiologia esteja relacionada a falhas estruturais em funções de autorregulação e dos processos primários de simbolização.

Para Günter (2014), são três as possibilidades: TDAH como formação de defesa reativa a distúrbios precoces na formação das relações de objeto; distúrbios na triangulação edípica marcados pela ausência de inscrição da figura paterna com falhas na instauração de defesas contra a castração; estresse emocional e experiências traumáticas no âmbito das circunstâncias atuais de vida.

Já o trabalho de Lauzinger-Bohleber e colaboradores (2011), sugere que, do ponto de vista psicanalítico, não haveria uma etiologia monocausal e consideram sete possibilidades prevalentes na casuística: crianças com problemas orgânicos cerebrais; crianças negligenciadas emocionalmente; crianças traumatizadas; crianças provenientes de outras culturas; crianças extraordinariamente talentosas; crianças enlutadas ou depressivas e crianças que se desenvolveram com mães emocionalmente distantes. Além dessas indicações gerais, os autores debatem os primeiros resultados e trazem vinhetas de dois casos atendidos em estudos *extraclínicos* - assim denominados porque os analistas prestaram seus atendimentos em jardins de infância na cidade de Frankfurt.

Os dois estudos em questão são: Estudo de Prevenção de Frankfurt e o Estudo EVA (Avaliação dos Projetos de Prevenção Antecipada - Primeiros Passos). O Estudo de Prevenção de Frankfurt foi desenvolvido entre setembro de 2003 e agosto de 2006, tendo como principal hipótese de desfecho que a prevenção e a intervenção psicanalítica sem intervenção farmacológica, por um período de dois anos, resultaria em uma diminuição estatisticamente significativa no número de crianças que sofrem de distúrbios psicossociais (particularmente o TDAH). Ao todo, o estudo interveio

semanalmente em 14 jardins de infância públicos na cidade de Frankfurt, oferecendo psicoterapias individuais e acompanhamento de pais para as crianças, além de supervisões semanais para as equipes de funcionários e professores das escolas. Já o EVA trouxe a avaliação dos efeitos diferenciais de dois outros programas de prevenção, desenvolvidos pelo mesmo grupo de pesquisa e ligados ao Instituto Sigmund Freud de Frankfurt. Esses projetos de prevenção também se apoiaram na tese psicanalítica, já citada, de que o TDAH está ligado a deficiências estruturais em mecanismos de auto-regulação de impulsos. É importante destacar que o grupo de pesquisadores de Frankfurt chegou a sistematizar uma proposta de prevenção e intervenção na forma de um manual de técnica psicanalítica voltada para o tratamento de TDAH em crianças e adolescentes, editado em alemão, como ressaltam no artigo em questão:

Está além dos limites deste artigo descrever o livro que um grupo de experientes analistas infantis de Frankfurt escreveram descrevendo a técnica específica para o tratamento psicanalítico de crianças com TDAH (ver STAUFENBERG et al., 2006; STAUFENBERG, no prelo). Esse texto era o terreno comum para todos os 17 tratamentos oferecidos a crianças que sofriam de TDAH no âmbito do Estudo de Prevenção de Frankfurt e os em andamento no estudo de EVA. Não conseguimos resumir nossas experiências clínicas em detalhes aqui, mesmo assim, esperamos comunicar que nossas observações clínicas e nossos achados empíricos sustentaram nossa opinião de que a psicanálise contemporânea, devido à sua riqueza de conceituações e experiências clínicas, levando em consideração fatores neurobiológicos e sociais, ao mesmo tempo, deve ser considerada um campo atraente para entender e tratar crianças com TDAH. (Leuzinger-Bohleber et al., 2011, p. 48, tradução nossa).

É importante ressaltar que os artigos desses dois grupos de pesquisa não só indicam proposições originais e sistemáticas de pesquisa do TDAH, como também se integram em diversos níveis. Tanto os trabalhos britânicos quanto os alemães se preocupam em operar uma inclusão mais ampla de diferentes referenciais teóricos na psicanálise e de abordagens do desenvolvimento humano e das ciências da saúde, buscando avançar em uma compreensão teórica para o quadro nosográfico psiquiátrico, que indique concepções metapsicológicas e mecanismos psicodinâmicos próprios, mas sem buscar restringir o quadro sintomatológico a uma estrutura clínica específica. Ambos os trabalhos estão referenciados às tendências de trabalho, pesquisa e assistência do Instituto Anna Freud. Os trabalhos do grupo de Frankfurt redundaram em um manual propositivo específico (Staufenberg, 2011), bem como um livro posterior compilando a íntegra dos estudos extraclínicos (Leuzinger-Bohleber et

al., 2014). Além disso, os trabalhos de ambos os grupos resultaram em um livro, que traz além de contribuições desses dois grupos, alguns colaboradores vinculados, mas trabalhando na Argentina, EUA, Canadá e Suécia (Leuzinger-Bohleber; Canestri; Target, 2010).

Ainda no contexto dessa convergência de perspectivas de trabalho que foi observada na literatura internacional, cabe incluir os dois artigos publicados na Suécia por Solomonsson (2011; 2017). Este autor também tem colaborado com os grupos de pesquisa que visam a abordar o TDAH a partir de uma perspectiva interdisciplinar em saúde, sendo, inclusive, um colaborador do livro citado acima.

O autor, em seus artigos, parte de uma convergência de referenciais psicanalíticos da psicologia do ego e da teoria das relações de objeto, com hipóteses dinâmicas em torno das falhas de mentalização e simbolização. As intervenções clínicas também giram em torno da capacidade de elaboração em transferência desses elementos não simbolizados, que o autor denomina de *capacidade semiótica do ego*, como se pode constatar na citação a seguir:

[...] concentro-me em um fenômeno que descobri ao tratar várias crianças com TDAH: eles trazem um objeto interno ruim e não contido, que é facilmente despertado no intercâmbio analítico e exorta a criança a expulsar as palavras do analista. Este objeto é afetado pela transferência presente e este também possui repercussões diretas no funcionamento do ego da criança. Vou me concentrar em um aspecto não listado entre os sintomas comuns do TDAH: a capacidade semiótica do ego, ou seja, sua capacidade de usar sinais para pensar e comunicar pensamentos e sentimentos. Essa capacidade pode de repente desmoronar em uma criança com TDAH. No tratamento, pode-se observar como é sua capacidade semiótica continuamente influenciada pelo estado emocional dentro da transferência. Isso afetará como ele recebe intervenções analíticas (Salomonsson, 2011, p. 9, tradução nossa).

Assim como outros estudos, o autor destaca as intensas contratransferências que esses pacientes podem provocar no analista, que deve estar atento para o que lhe é projetado. Sentimentos de irritação, desespero e tristeza estão entre os mais comuns.

Finalmente, o trabalho proveniente da África do Sul apresenta uma perspectiva teórico-clínica dissonante em relação aos demais de língua inglesa, que partem de um nicho mais tradicional da psicanálise inglesa e norte-americana. Trata-se, como muitos dos outros artigos da amostra revisada, essencialmente de um relato de caso clínico. Portanto, o aprofundamento teórico e técnico tem papel secundário. Não obstante, explicitamente se intitula como um trabalho a partir da perspectiva da

*psicanálise relacional*². Segundo os autores, trata-se de um movimento abrangente “incorporando relações objetais, psicanálise interpessoal, teoria do apego, auto-psicologia, feminismo psicanalítico e teoria da intersubjetividade” (Laidlaw; Howcroft, 2015, p. 06).

O que a princípio nos pareceu ser uma reunião de diferentes escolas psicanalíticas e psicológicas com uma intenção interdisciplinar, ao longo do trabalho se mostrou como uma reunião de concepções muito díspares e de práticas notadamente contraditórias que reconhecem já de partida a necessidade de uma posição mais interventiva por conta de uma demanda de urgência e um interesse pragmático, conforme a citação a seguir:

Para liderar a mudança de comportamento e alívio dos sintomas, devido à urgência do sofrimento da criança, os terapeutas relacionais permaneceram abertos a outras modalidades terapêuticas, como técnicas de terapia cognitivo-comportamental [...] (Laidlaw; Howcroft, 2015, p. 07, tradução nossa).

De qualquer forma, o artigo traz o relato de caso de uma menina de sete anos com sintomas de TDAH e dificuldades relacionais. A criança foi atendida por sete meses, tempo compreendido como insuficiente, mas assim estabelecido desde o início do tratamento, considerando aspectos circunstanciais de mudança de moradia já previstos. A compreensão do caso se deu em torno da concepção de apego inseguro, marcado por traumas transgeracionais. Os sintomas de TDAH são compreendidos nesse quadro de referência maior, que consistiu, então, no foco das intervenções:

As crianças que atendem aos critérios de TDAH também podem apresentar um quadro subjacente de apego inseguro e é essa patologia relacional que pode ser efetivamente tratada com um recurso terapêutico quando o clínico prioriza o ajuste das configurações relacionais da criança em um espaço terapêutico previsível (Laidlaw; Howcroft, 2015, p. 07, tradução nossa).

² A psicanálise relacional é uma abordagem originariamente americana de psicoterapia psicanalítica que se desenvolveu já no contexto mais contemporâneo do movimento psicanalítico naquele país (final dos anos 1980). Seu intuito era trazer uma perspectiva mais intersubjetiva e contextual ao quadro de referência mais tradicional da abordagem psicodinâmica em psicologia e psiquiatria. Foi um movimento que se constituiu externamente às instituições de formação psicanalítica ligadas à IPA, sendo impulsionado pela divisão de Psicanálise da Associação Americana de Psicologia e pelo programa de pós-doutoramento em psicoterapia e psicanálise da Universidade de Nova York (Gomes, 2007).

Cabe indicar que o artigo não apresenta muitos detalhes da condução e manejo do caso. Para além da indicação do apego inseguro e de componentes transgeracionais, não há também maior especificação da dinâmica e etiologia do caso.

Por fim, o artigo pela psicanalista brasileira França (2012), propõe fazer um panorama de compreensão dos comportamentos classificados como TDAH a partir de uma perspectiva das teorias das relações de objeto. Seu trabalho parte da constatação comum nos trabalhos revisados, a saber, de que o quadro sintomatológico do transtorno não constitui uma entidade psicopatológica específica do ponto de vista psicanalítico, mas representa uma falha mais originária na constituição do aparelho psíquico, particularmente a contenção das forças pulsionais intensas que ameaçam o narcisismo da criança. Nesse sentido, a hipótese de deficiências na simbolização e retraimento narcísico ao funcionamento psicossomático é também aventada para explicar a hiperatividade, impulsividade e falta de atenção. A fundamentação dessas suposições é feita recorrendo a autores clássicos das relações do objeto, tais como Bion e Winnicott, mas acrescidos das considerações de Bick, Meltzer e Tustin sobre as peles psíquicas, a adesividade identificatória e as barreiras autísticas. Autores mais contemporâneos como Ogden e Alvarez também são citados, para indicar os mecanismos de mortificação traumática e a necessidade de convocação intersubjetiva no campo transferencial, como forma de produção de experiências de autenticidade e vitalidade. Como conclusão é indicada a necessidade de um manejo técnico em que a constituição do continente psíquico aos impulsos possa ser fomentada e assegurada. As vinhetas clínicas não têm tanto a função de apresentar a condução dos casos, mas problematizar o diagnóstico e a posição do paciente frente aos cuidadores e escola. Assim o foco da discussão recai mais sobre a prevenção do que sobre o tratamento e uma prevenção em que o atendimento psicanalítico não é a linha de frente. Nesse sentido, as conclusões apontam mais para diretivas gerais de como um olhar psicanaliticamente orientado e criticamente fundamentado poderia contribuir para a prática social e em saúde. Cabe, inclusive, destacar que esse artigo é um dos que mais problematizam a questão do TDAH em sua inserção psicossocial e diante das condutas de medicação, como veremos adiante.

Os outros dois trabalhos brasileiros presentes na amostra analisada, Legnani (2012) e Rosa e Rocha (2020), partem de um referencial psicanalítico lacaniano,

consideram os sintomas apresentados, nos casos estudados, como respostas subjetivas frente aos entraves de suas constituições psíquicas. São indicadas as manifestações inconscientes na psicomotricidade, de forma geral, mas não são especificados os manejos clínicos, tampouco questões etiológicas. Contudo, a questão da medicalização é considerada por ambos, como destacado adiante.

Um último tópico de análise diz respeito ao uso do medicamento e a consideração de fenômenos de medicalização na prática terapêutica. O TDAH é de fato uma temática polêmica, como ressaltaram boa parte dos artigos aqui revisados. Tais polêmicas não parecem se concentrar exclusivamente em torno de sua etiologia e/ou intervenções terapêuticas, ao contrário, todos os elementos que o compõem - gênese, psicodinâmica e tratamento - são sempre alvos de debates acalorados, entre ciências diferentes e/ou semelhantes. O TDAH parece espelhar nossa cultura ocidental: sobrecarregada de estímulos, oferece diagnósticos instantâneos e psicoestimulantes como tratamento para crianças e adolescentes em formação.

A psicanálise, também mergulhada nesta cultura, mas desde seus primeiros passos contestando o olhar científico vigente e, a partir de tal contestação, trilhando um caminho singular para a compreensão do psiquismo, hoje vê-se trilhando diversos caminhos, como discutimos acima. Nesta revisão integrativa, além das questões teórico-técnicas desenvolvidas pela teoria psicanalítica diante do denominado TDAH, interessa-nos verificar se os trabalhos perpassam a medicalização nos termos aqui citados e anteriormente debatidos (Moura et al., 2020), ou seja, se há alguma forma de menção a este fenômeno e se, ao ser presentificado, através do medicamento, o psicanalista direciona seu olhar para o lugar ocupado por este na dinâmica do paciente.

Encontramos trabalhos que colocam a questão da medicalização no centro dos debates, tanto ao discutirem a etiologia quanto o tratamento e, conseqüentemente, questionam-se a respeito do lugar que a medicação pode ocupar. Nesses trabalhos os autores apontam para o discurso frequente em muitos estudos, de que os psicoestimulantes são benéficos a todas as crianças, mas desconsideram uma cultura contemporânea da aceleração e da prescrição medicamentosa. Lauzinger- Bohleber *et al.* (2011, p. 39) alertam que: “[...] o TDAH parece ter se tornado uma ‘moda ou melhor um diagnóstico de cesto de lixo’ para todos os tipos de problemas diferentes, além de manifestação de comportamento hiperativo e desatento”. E, mais adiante, pontuam que com frequência a verdade inconsciente da criança ao ser medicada é:

“há algo de errado no meu cérebro. Tem algum tipo de ‘defeito’. Eu não sou normal...” (Lauzinger- Bohleber *et al.*, 2011, p. 48).

Do mesmo modo, o tratamento multimodal padrão (terapia cognitivo-comportamental e medicação) é criticado por alguns dos artigos da amostra, inclusive indicando diferenças culturais na prescrição. É notável que nos trabalhos dos grupos britânicos e alemães o uso de medicação seja preconizado principalmente para casos mais graves e o foco seja o trabalho preventivo, onde caberia o acompanhamento psicoterapêutico. Não obstante, Waska problematiza a questão da medicação e diagnóstico do TDAH:

Eu acho que a indústria farmacêutica combinada com nossa cultura de solução rápida e um desejo universal de evitar problemas complexos e questões inconscientes para problemas externos fáceis de explicar servem tornar o transtorno do déficit de atenção do adulto a mais popular lente atual através da qual filtrar problemas desconhecidos e assustadores. Este é semelhante ao fenômeno "Prozac Nation" há vários anos atrás. Embora seja bom que a depressão seja avaliada com muito mais frequência e embora seja útil ter medicação para casos mais graves, cerca de dez anos atrás, todos pareciam ter subitamente corrigido um desequilíbrio cerebral facilmente por meio de um produto químico com a ingestão vitalícia de Prozac. Então, eu claramente tenho um viés dessa maneira. Mas, meu maior preconceito vem do meu trabalho clínico direto. Nos últimos 25 anos, eu tenho atendido muitos pacientes em vários estados de sofrimento e houve um número grande nos últimos dez anos que vieram se identificando com um diagnóstico de ADD de um médico, terapeuta ou de suas próprias pesquisas on-line e de livros de auto-ajuda (Waska, 2014, p. 369, tradução nossa).

De fato, a ideia de uma cura fácil, através de uma medicação, parece também ser um dos motores a movimentar ainda mais o controverso TDAH. Durante o processo analítico ou psicoterápico, que tipo de relação o psicanalista estabelece com a medicação prescrita ao paciente? Jones e Allison parecem estabelecer uma relação também de gratidão:

A atividade necessária por parte do analista é um fardo pesado. Agradecidamente, agora temos a moderna abordagem psiquiátrica para recorrer para nos ajudar nesse esforço difícil. Ao promover o mecanismo de entrega do prazer através de aumentando a disponibilidade de dopamina, os medicamentos podem diminuir as demandas dos instintos, que são prematuramente quimicamente saciados e dão ao desenvolvimento do ego um "porto seguro" da demanda endógena sobre ele. Como o desenvolvimento continua e o ego cresce em força, a ansiedade pode ser melhor tolerada e a 'barreira química' pode eventualmente chegar a um ponto de redundância e ser retirado. Obviamente, prescrever medicamentos é um ato simbólico. Medicação deve ser usada criteriosamente. Prescrever unicamente para suprimir as reclamações dos pais pode ser visto como uma representação do desejo de gratificação imediata, realizada no nível sistêmico. É improvável que facilite nossas tentativas de promover o funcionamento do processo secundário. A prescrição precisa ser

explicitamente enquadrada como um gesto para facilitar o desenvolvimento do ego (Jones; Allison, 2010, p. 282, tradução nossa).

Os autores partem de um parâmetro psicodinâmico para a prescrição medicamentosa; afirmam que prescrever medicamentos é um ato simbólico, de fato, para aqueles que prescrevem e para os que recebem a prescrição, pois não compreendemos ser possível uma prescrição que não integre a dinâmica interna do paciente.

Contudo, entre os trabalhos analisados, há os que parecem ter introjetado a lógica da medicalização, como se não houvesse questões a se pensar no uso da medicação. É o caso de Yanof (2016), ao pontuar a medicação como parte do tratamento, em algum momento, atual ou futuro, de uma criança com o diagnóstico de DDA ou TDAH, e Laidlaw e Howcroft (2015), que, no transcorrer das sessões com a criança (Allegra), ofereciam o medicamento para Wolf, o bicho de pelúcia considerado um coterapeuta dentro do processo analítico. Os autores alegam que se tratava de normalizar a medicação e verificar a adesão:

Para normalizar a medicação, o co-terapeuta do terapeuta, Wolf, passou a tomar uma pílula diária para auxiliá-lo com sua 'lúpus morsus homauris'. Allegra sabia disso como o comportamento de Wolf de morder as orelhas dos humanos espontaneamente. Isso se tornou uma maneira não ameaçadora de verificar a adesão à medicação, por exemplo, "Lobo pegou seu lúpus morsus homauris pílula hoje (...) como está a sua?". O resultado do tratamento de Allegra tomando medicação não pode ser medido com precisão, pois Allegra não recebeu a medicação de forma consistente durante o processo terapêutico. (Laidlaw; Howcroft, 2015, p. 240, tradução nossa).

Já Whitman (2019) também prescreve a medicação ao seu analisando, salientando que tal ato possuía a ciência de seu supervisor. Assim, para além da normalização do uso de medicamentos para o chamado TDAH, tais trabalhos apontam para a inclusão da medicação no processo psicoterápico psicanalítico, de uma forma conceitual e concreta. Nesse sentido, outros trabalhos também advogam que a medicação é benéfica com relação à capacidade de atenção, como Salomonsson (2011), Gensler (2011) e Sapountzis (2020).

Por outro lado, dentre os vinte e dois trabalhos analisados para a composição desta revisão integrativa, cinco autores se posicionaram contra o uso de medicação. Seitler (2008) requisitou que a criança atendida por ele na ocasião não recebesse a medicação nos dias da sessão de psicoterapia, com a justificativa de que esta poderia

mascarar sentimentos, fantasias e o comportamento em geral da criança (p. 293). No texto seguinte, do mesmo autor, analisado na amostra (Seitler, 2011), o autor continua defendendo a ideia de que o uso de remédios para o tratamento do TDAH impediu o acompanhamento psicodinâmico.

Os demais trabalhos, França (2012), Legnani (2012) e Rosa e Rocha (2020), todos de autoras brasileiras, debatem a medicalização sob diferentes perspectivas (sociais, escolares) e apontam a medicação como uma forma de silenciamento e exclusão da subjetividade no processo de sofrimento psíquico. A grande maioria dos trabalhos, dentre os analisados, no entanto, embora cite ao menos uma perspectiva da complexa questão envolvendo a medicalização e o TDAH, consideram a prescrição medicamentosa como um aliado da psicoterapia psicodinâmica. Destes trabalhos, dois chamam a atenção em especial, pois chegam a citar que o paciente se recusou a ingerir a medicação prescrita. É o caso de Jones (2011) e Monzo (2012), que descreve o desejo expresso (em palavras), pela criança de não tomar a medicação. Chama a atenção que, embora estejamos falando de trabalhos que partem da teoria psicanalítica, a recusa do paciente em ingerir e o desejo expresso de não ingestão não foram analisados.

Ao questionarmos a relação da psicanálise com a medicalização, partimos do pressuposto de que a teoria psicanalítica, desde sua origem, constituiu-se como um espaço de resistência às tentativas de reduzir a complexidade humana a parâmetros biológicos e químicos. A psicanálise valoriza a linguagem e a comunicação como vias privilegiadas para a compreensão do sujeito, em contraponto a abordagens que priorizam intervenções farmacológicas e tecnológicas. Embora estas possam oferecer benefícios em termos de qualidade de vida, corre-se o risco de silenciar as dimensões mais subjetivas e singulares da experiência humana.

É importante destacar que, apesar dessas indicações e considerações, uma visão mais crítica do processo de medicalização não foi um ponto relevante e significativo dos trabalhos revisados. Por outro lado, a literatura internacional revisada vem confirmar um alinhamento mais consistente da prática psicanalítica com práticas multiprofissionais e interdisciplinares em saúde. Preocupações pragmáticas e técnicas específicas ganham destaque nessa busca de integração, podendo fazer frente e até contraposição a práticas medicalizantes, como, por exemplo, com o desenvolvimento de estudos e programas de prevenção, ou o desenvolvimento de

evidência empírica da eficácia de tratamentos psicoterápicos psicodinâmicos em relação a uso de medicação.

3.3 Considerações

Considerando a totalidade dos resultados descritos e discutidos, podemos observar que o TDAH é abordado pela Psicanálise a partir de alguns pontos principais. O principal destaque é a primazia de uma compreensão a partir da psicologia do ego e de uma visão interdisciplinar de desenvolvimento humano. Nessa perspectiva, a sintomatologia do transtorno indicaria dificuldades em funções mentais executivas, que podem se relacionar com as dificuldades com a noção de tempo, processamento de impulsões e a distinção entre fantasia e realidade. Um contraponto importante e também significativo é uma compreensão a partir das diversas teorias de relações de objeto, sendo que as manifestações do transtorno seriam consequências da estruturação das relações interpessoais a partir dos vínculos objetivos introjetados, o que incluiria as relações precoces (primeiras relações), pais ausentes, mães superprotetoras e invasivas, experiências traumáticas e vulnerabilidades narcísicas. Nesse âmbito, discussões envolvendo a teoria do apego também foram comuns, como os conceitos do estilo de apego desorganizados e transferência transgeracional. Porém, o que mais se destaca nessa segunda perspectiva é a compreensão a partir de concepções em torno de falhas na mentalização e processos de simbolização.

Do ponto de vista diagnóstico, não há referência a uma estrutura psicopatológica específica, sendo considerado em geral uma condição que pode atravessar diversos arranjos e que, na verdade, persiste como o déficit em um nível mais basal e arcaico de funcionamento psíquico. Um único artigo refere os sintomas de TDAH à constelação neurótica de funcionamento psíquico e outros indicam a sua condição de certa reatividade a estados depressivos. O que mais se destacou foi a indicação de uma problemática narcísica mais fundamental do ego ou self, no nível mesmo da constituição da integração psicossomática, onde hipóteses de adesividade e continência corporal, bem como reações no nível sensório-motor a intrusões ambientais se colocam. Assim, os resultados indicam que o nível de funcionamento neurótico e seus mecanismos defensivos assentados em formas de simbolização elaboradas não é a tônica dos quadros de TDAH, sendo necessário de fato pensar em uma nova forma de configuração do sintoma. Nesse sentido, as considerações

inicialmente citadas de Silvia Bleichmar (1993; 1994) sobre a diferença entre transtorno e sintoma precisam ser tomadas em consideração como forma de fazer avançar a compreensão metapsicológica para abarcar esses níveis basais e originários do funcionamento psíquico.

Essa reorientação teórica se reflete na teoria da técnica e no manejo. Isso porque todos os estudos de casos analisados mencionam adaptações técnicas, principalmente com relação à técnica clássica – interpretar conflitos – e, assim, são unânimes em pontuar que os pacientes com tais sintomatologias requerem uma disposição analítica não só mental, como corporal. O papel do analista como verdadeiro ego auxiliar do paciente se impõe, quer seja a partir de uma perspectiva mais pedagógica e diretiva, quer seja de uma perspectiva mais continente e empática.

Apesar do tom às vezes genérico e de proposições às vezes um tanto ecléticas, pode-se perceber uma consistência muito grande no corpo de estudos que tem sido publicado sobre o tema ao longo do século XXI. Cabe destacar que os resultados desta revisão reiteram as tendências apontadas há uma década na revisão de Conway (2012) e que já há grupos de pesquisa e trabalho muito bem estruturados dentro da comunidade científica psicanalítica. Estudos amplos como os de Frankfurt levaram à proposição de protocolos de prevenção e intervenção e a colaboração dos grupos de pesquisa redundou em livros que compilam esses trabalhos.

Há, portanto, uma evolução teórica e prática em curso, ainda que muitas vezes confusa e outras vezes contaminada pela lógica da medicalização. Compreendemos que considerar as lógicas da medicalização e investigar o símbolo que a medicação carrega tanto para analista quanto para paciente é fundamental e não retira da psicanálise o que ela tem de mais autêntico e rico: a possibilidade de dar voz a toda complexidade da subjetividade humana e o seu compromisso com uma ética do cuidado. Nesse sentido, sugerimos que se integre melhor a essas iniciativas a possibilidade de ultrapassar visões dicotômicas entre uma psicanálise pura e a que faz concessões à ordem médica que muitas vezes ainda se colocam, principalmente no âmbito mais ideológico e dos jogos de poder sobre as práticas de cuidado à saúde.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONCEITOS PARA COMPREENDER O TDAH

A psicanálise, ao longo de sua história, construiu diferentes formulações teóricas tanto para compreender as vicissitudes que compõem o psiquismo humano como, conseqüentemente, para intervir terapêuticamente neste. Essa diversidade teórico-conceitual parte muitas vezes de concepções inconciliáveis. Em outras, os conceitos se complementam em uma vasta e complexa trama, o que ocorre tanto com relação a conceitos já estabelecidos, estudados há muito pelos autores, quanto com temas contemporâneos, como é o caso do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), objeto desta tese.

Dentre as razões para essa diversidade e complexidade, estão desde a configuração do campo por Freud até as diferentes dispersões ocorridas ao longo da história do movimento psicanalítico. O pensamento freudiano foi construído de forma dialética e obstinada, o que por si só favoreceu diferentes leituras dentre os dedicados à psicanálise ao longo dos anos. Para além das idas e vindas de suas concepções, a história da psicanálise conta com diferentes e importantes dispersões a transformar teoria e prática clínica, como discorre Renato Mezan (2019), para quem é preciso considerar as dimensões geográfica, doutrinária e institucional.

Resumidamente, o movimento psicanalítico migrou para diferentes culturas, que influenciaram suas concepções e, conseqüentemente, seu modo de atuação, surgindo diferentes perspectivas ou escolas psicanalíticas. Se entre 1895 e 1918 a psicanálise, como destaca o referido autor, “é essencialmente sinônimo de pensamento de Freud” (Mezan, 2019, p. 48), entre 1918 e 1939, mesmo com a presença freudiana que ainda construía e alterava significativamente seu legado, focos autônomos de produção psicanalítica já surgiam e mobilizavam importantes debates internos ao campo psicanalítico, acerca de questões teóricas, clínicas e institucionais. Se anteriormente as discussões situavam-se entre a psicanálise e os demais saberes, neste momento se voltam para a própria teoria. Assim, a partir de diversos fatores, tais como as inovações no tratamento (análise infantil), a maior institucionalização e surgimento de diferentes grupos e a ampliação do alcance geográfico da psicanálise, surgem diferentes vertentes de interpretação da obra freudiana, cada qual reivindicando para si o legado do pai da psicanálise. Com a morte de Freud (1939) e início da Segunda Guerra Mundial, o nazismo quase extinguiu a

psicanálise dos países de língua alemã e forçou a migração de muitos analistas para países da Europa Ocidental e Américas. Isso fez com que a psicanálise passasse a ser desenvolvida cada vez mais na língua inglesa, trazendo um deslocamento do seu centro para os EUA e Reino Unido. Assim, durante o pós-guerra até meados de 1970-1975, temos o que Mezan (2019) denominou “era das escolas”, quando a diversidade que já se apresentava foi intensificada e os embates nas associações nacionais eram frequentes. Nesse período destacam-se quatro grandes correntes de pensamento: a psicologia do ego, a teoria kleiniana, a escola das “relações de objeto” e o lacanismo.

A era das escolas em psicanálise foi responsável pela circunscrição de corpos doutrinários dentro do campo psicanalítico. Mezan (2019) reconhece na clássica divisão entre a psicologia do ego, as diversas teorias de relação de objeto e o movimento lacaniano três paradigmas distintos: o pulsional, o objetal e o subjetal. Já Figueiredo e Coelho Junior (2018) indicam que esses paradigmas e modelos teóricos distintos se assentam em matrizes fundamentais de compreensão do adoecimento psíquico: uma voltada para o adoecimento por defesas ativas contra os afetos e outra para formas passivas de lidar com o traumatismo. Se a tradição freudiana e kleiniana desenvolveu-se particularmente no primeiro âmbito, é com Ferenczi e alguns autores que carregam o seu legado (como Winnicott) que se configurou a segunda.

Essa segunda vertente nos parece particularmente pertinente para pensar as falhas de simbolização e desorganizações psicossomáticas, características distintivas dos quadros de TDAH. Assim, nossos estudos dentro da teoria psicanalítica buscam aportes dessa matriz ferencziana descrita por Figueiredo e Coelho Junior (2018), por dizerem respeito a formulações teóricas que se detêm em formas de adoecimento psíquico mais precoces e graves do que as discutidas por Freud e ou Melanie Klein (matriz freudo-kleiniana). Ou seja, diferentemente dos casos denominados neuróticos, em que o adoecimento muitas vezes ocorre pelo excesso de defesas, estamos nos referindo a uma modalidade de adoecimento psíquico que tem suas bases em formas passivas do funcionamento mental “[...] decorrentes de traumas precoces trazem a marca das cisões e aspectos mortíferos [...]” (Figueiredo; Coelho Junior, 2018, p. 125), ou seja, estruturas mentais deixam de se formar ou são paralisadas, inibidas e desorganizadas.

Finalmente, o período de meados dos anos 1970 até os dias atuais configura a era contemporânea da história da psicanálise. Nela, Mezan (2019) ressalta duas grandes vertentes: uma que mantém ainda um tom muito próximo ao da era das

escolas, onde os autores rogam para si a missão de manter o legado de uma abordagem teórica específica - portanto, algo da ordem do doutrinário e dogmático - e uma segunda vertente, composta por diferentes autores, que, para construírem suas reflexões, transitam por diferentes campos e escolas psicanalíticas em uma perspectiva mais plural e interdisciplinar. Nessa segunda vertente, revisita-se Freud e diversos autores, das diferentes escolas, para compor uma compreensão teórica e técnica que melhor atenda as mudanças percebidas nas formas de sofrimento.

Nesse novo contexto, a psicanálise parece resgatar seus clássicos, como é o caso do psicanalista Sándor Ferenczi (1873-1933), o mais íntimo colaborador de Freud, a quem os psicanalistas da época definiam como entusiasta, inteligente e sensível (Haynal, 1995), mas que ainda assim parece ter pagado um alto preço pela “desobediência” a Freud. Ernest Jones, psicanalista e biógrafo oficial de Freud, no Vol. III da *Vida e Obra de Sigmund Freud* (1989), afirma que as contribuições finais de Ferenczi (técnica ativa) eram fruto de uma deterioração mental a partir de um quadro de psicose progressiva, difamação que custou descrédito e distanciamento da obra ferencziana por muitos anos. Como destacado por Bonomi (1999), a invenção de Jones não foi autoria de um só homem; contou com uma comunidade psicanalítica, provavelmente incomodada com colocações e argumentos do autor, que defendia a escuta e consideração das críticas dos pacientes, em um momento em que as falhas do analista não eram consideradas; um exemplo considerável do que Mezan (2019) denominou dispersão doutrinária.

O fato é que os contornos da atualidade não estão definidos como antes. Além desse momento mais interdisciplinar e menos dogmático próprio ao movimento psicanalítico, o contexto atual das práticas de saúde transforma-se rapidamente, diante da diversidade, modelos e políticas de assistência que prezam cada vez mais pela ampliação da concepção de clínica e de saúde, com a participação de diferentes perspectivas profissionais. Nesse âmbito impera o excesso de informações e a demanda imperativa de critérios diagnósticos e protocolos de intervenção, em que ganham destaque a proposta de integração entre terapias por meio de medicamentos e as psicoterapias de abordagem cognitiva e comportamental.

Nesse contexto, Libermann pontua que, a partir dos anos 2000, aproximadamente, os artigos, livros e debates psicanalíticos começam a se referir de forma mais sistemática a um conjunto de distúrbios psíquicos com características psicodinâmicas semelhantes, centrados no conceito de “patologias atuais”

(Libermann, 2010, p. 41). Esse movimento é fruto de um debate que permeia a era contemporânea do movimento psicanalítico, em torno dos quadros e estados limítrofes da personalidade, que se situam nos limites entre as concepções tradicionais de neurose, psicose e perversão, bem como os próprios limites tradicionais de compreensão da integração psicossomática. Autores como Jean Bergeret e André Green reconhecem já nos anos 1970 a necessidade de constituir uma compreensão metapsicológica e psicopatológica que unifique esse campo de sintomatologias tão diversas, tais como: os quadros depressivos, as organizações psicossomáticas, as adicções, transtornos alimentares, bem como personalidades borderline e narcisistas.

André Green (2008) tem um trabalho bastante consistente sobre os quadros e estados limítrofes, desenvolvendo uma metapsicologia dos limites em que os destinos do narcisismo se colocam como centrais para a consideração da constituição das saídas sintomatológicas em que as descargas no corpo e no ato substituem as formações simbólicas do conflito inconsciente neurótico. Já Bergeret (1974) define a entidade nosográfica das organizações limítrofes, como forma de reconhecer esse campo intermediário e lábil de formas de adoecimento que se caracterizam por não se constituírem com estruturas consistentes e bem definidas, mas antes como organizações frágeis e instáveis, apoiadas em mecanismos diversos e inespecíficos. O que as unifica são os padrões de relação de objeto de caráter narcísico e as angústias de perda e separação, implicando uma ameaça constante de difusão identitária. Do ponto de vista etiológico, por sua vez, estão referidos a traumas desorganizadores precoces.

Liberman (2010), por sua vez, organiza as patologias atuais a partir de três eixos: fenomenológico, metapsicológico e sociológico. Do ponto de vista fenomenológico, também considera a diversidade da descrição sintomatológica dessa casuística, mas, do ponto de vista metapsicológico, pontua os mecanismos comuns de reforço de defesas narcisistas e a substituição da atividade simbólica por manifestações voltadas para o corpo e para o ato, bem como a ação no lugar do pensamento. Por fim, considera que, do ponto de vista social, o contexto de avanços científicos e tecnológicos, embora tenha trazido vantagens, também proporciona a ilusão de satisfação imediata dos ideais narcísicos. Nesse sentido, o autor considera as influências e mudanças sociais, mas não acredita que estamos diante de patologias

atuais, mas, sim, de uma psicanálise atual, ou seja, foram os acréscimos teóricos que nos permitiram uma compreensão e atuação técnica maior.

De todo modo, novas patologias ou nova psicanálise, a complexidade da mente humana não nos permite receitas únicas, não em psicanálise. O mal-estar humano exige o olhar atento para a construção e as possibilidades de reconstrução, individualmente. Assim, rema-se constantemente contra a maré das ciências médicas, que com seus manuais classificatórios, diagnósticos e medicamentos, traça um caminho único para tamanha diversidade.

Cabe destacar nesse breve panorama que os modelos e debates na psicopatologia contemporânea incidem justamente sobre o que escapa dos modelos de estruturas clínicas tradicionais e que, nesse movimento, muitas condições vêm sendo acrescidas a um olhar propriamente psicanalítico. Além da crescente preocupação com a dimensão corporal na constituição e manutenção da subjetividade, que implicou um olhar renovado para as chamadas doenças psicossomáticas e para os distúrbios da imagem do eu, também se passou a considerar os chamados distúrbios globais do desenvolvimento, onde a constituição da unidade psicossomática e a integração do eu em sua diferenciação da realidade compartilhada e dos objetos primários está em questão. Nesse sentido, é bem conhecido e trabalhado o aporte que a perspectiva psicanalítica tem trazido para a compreensão das diversas formas de autismo. Não obstante, o TDAH, que também é considerando, do ponto de vista da psicopatologia psiquiátrica, uma condição dessa natureza, não tem encontrado o mesmo aprofundamento.

Diante disso, o presente capítulo tem como objetivo aprofundar a compreensão teórico-conceitual em torno do TDAH a partir de um referencial psicanalítico. Entendemos que embora a revisão de literatura que apresentamos traga indicações importantes sobre a configuração de como este fenômeno tem sido abordado por trabalhos de abordagem psicanalítica, o aprofundamento metapsicológico e psicopatológico é ainda necessário. Isso se dá por vários motivos, dentre eles a diversidade teórico-conceitual do campo psicanalítico contemporâneo, mas, principalmente, o fato de que não há na psicopatologia psicanalítica uma abordagem unívoca e um modelo específico e consistente para compreender os casos de TDAH. A compreensão desses casos, como vimos, é quase sempre estabelecida a partir de transposições e similaridades com outros quadros psicopatológicos e condições psicodinâmicas, especialmente em torno das falhas de simbolização e curto-circuitos

psicossomáticos. Diante disso é que nos propomos a fazer uma articulação teórico-conceitual mais própria, buscando em autores da literatura psicanalítica contemporânea alinhados com a perspectiva das relações de objeto elementos comuns para a compreensão metapsicológica e psicopatológica dos casos de TDAH sob uma perspectiva psicanalítica.

Desse modo, reunimos aqui conceitos, modelos e possibilidades de caminhos técnicos dentro da teoria psicanalítica, que julgamos úteis para o cuidado com o sofrimento que se apresenta no TDAH. Diante do quadro sintomatológico do excesso de atividade motora e verbal, da impulsividade e até no aparente desligamento da atenção, buscamos trazer conceitos e ampliações teóricas de diferentes autores, clássicos e contemporâneos de diferentes “escolas”. Diálogos que tecemos ao longo dos anos, entre dúvidas, angústias e pesquisas. Consultório, mestrado e doutorado se entrecruzam, no esforço para compreender e intervir no que se apresenta de mais urgente: o sofrimento.

Adotando uma estrutura de tópicos por autores, nos deteremos em conceitos que colocam a atenção nos primeiros tempos da constituição do psiquismo e, conseqüentemente, nas dificuldades de integração e posterior simbolização. Se no modelo e níveis de funcionamento neurótico da personalidade a defesa dominante é o que Freud chamou de recalque ou, de forma absolutamente resumida, os esforços engendrados para manter uma ideia, lembrança e/ou desejo, no inconsciente, sem o acesso consciente do sujeito, mas que podem de alguma forma serem acessados, quando nos referimos a traumas precoces, estamos diante de conteúdos que jamais serão evocados, pois ocorreram em um tempo onde o psiquismo não dispunha de aparato simbólico para que ainda minimamente o representasse. Nesse nível, que alguns autores (Green, 2008; Minerbo, 2009) mais recentemente têm denominado de não-neurótico do funcionamento da personalidade, ao contrário, as defesas disponíveis seriam cisões e clivagens do próprio aparelho psíquico em formação.

4.1 Esther Bick e a pele psíquica

Esthera Lifsza Wander, nasceu na cidade de Przemyśl, no império Austro-Húngaro, em 1902. Seus pais eram judeus ortodoxos e, antes de cursar a faculdade de Psicologia em Viena, trabalhou em creches. Em 1936, adotou o sobrenome do marido Phillip Bick e passou a assinar Esther Bick e, em 1938, emigrou para Inglaterra,

onde iniciou sua análise pessoal com Michael Balint e sua supervisão com James Strachey e Melanie Klein. Em 1947, iniciou sua formação no Instituto de Psicanálise da Sociedade Britânica de Psicanálise (Lang, 2022). Sua experiência possibilitou a criação do Método de Observação de Bebês, que consistia em observações sistemáticas dos bebês e suas mães, em suas casas, em visita semanal com a duração de uma hora, por um ano. Ao observador caberia apenas estar presente na cena, sem interações, e posteriormente transcrever o que observara. Em 1948, a Observação de Bebês foi integrada à formação de psicoterapeutas de crianças da Clínica Tavistock em Londres e, a partir de 1960, passou a integrar a formação no Instituto de Psicanálise Britânica, como pré-requisito para a formação analítica (Bick, 1964).

Ao longo de sua prática, Esther Bick compreendeu que o contato da pele da mãe com a da criança e vice-versa adquire uma importância fundamental em termos de estruturação psíquica. Hinshelwood, pontua sobre isso:

O brilhantismo de Bick foi perceber que o contato e as sensações da pele têm equivalentes psicológicos – a experiência de um limite e de coerência com o self. No primeiro caso, a criança depende de que a sua pele seja estimulada desta forma. A representação mental dessas sensações cutâneas é sentir-se unido por alguma “coisa”, um limite. Cria uma sensação de espaço, espaço limitado – ou uma “pele interna”. Esse espaço permite os processos e fantasias de entrada e saída de objetos - projeção e introjeção (Hinshelwood, 1997, p. 309).

Como sua compreensão de que o primeiro objeto é aquele que fornece à criança a sensação de existência, de identidade, observava que choros e desconfortos no recém-nascido se apresentavam quando esse era despido, seu rosto era lavado ou se segurado de forma precária durante a alimentação, ao passo que, ao ser envolto em cobertores ou em uma contenção física segura, não manifestava desconforto.

Apesar desta construção conceitual ser extremamente relevante para a teoria e prática psicanalíticas, as ideias da autora não foram assim consideradas por seus pares dentro da psicanálise kleiniana. Isso se deu por uma conjunção de fatores: muitos não consideravam a prática de observação de bebês como uma prática psicanalítica, mas, sim, como algo comparável às atividades desenvolvidas pela psicologia experimental em seus laboratórios, além do fato de que seus achados apontam para uma passividade do bebê diante do objeto e enfatizam demasiadamente a relação interpessoal, pontos que contrariavam as ideias

sustentadas por Klein e seus sucessores, além de que uma técnica que não atingia os níveis de comunicação verbal desafiava a técnica psicanalítica em si (Hinshelwood, 1997).

Compreendemos que, para além da “dispersão” doutrinária existente entre os próprios kleinianos, Bick também escreveu poucos artigos sobre suas ideias e percepções. Ao todo são seis artigos, sendo que ao primeiro, datado de 1948, não se tem mais acesso e o último, de 1975, foi publicado postumamente apenas em 1986, três anos após a sua morte (Lang, 2022). Embora suas ideias não tenham sido amplamente divulgadas por seus pares, como apontado, muitos de seus supervisionandos e admiradores partiram de suas formulações para desenvolverem conceitos importantes na compreensão da nossa formação psíquica, como é o caso da identificação adesiva, que será destacado a seguir.

Ao longo destes anos de estudos a respeito da perspectiva psicanalítica do TDAH, notamos o quanto as formulações de Bick e seus sucessores são caras ao tema. Além dos casos expostos nesta tese e em estudo anterior (Barbosa, 2008), diferentes autores os destacam, como Staufenberg (2011), responsável pela edição alemã do Manual de Psicoterapia e Psicanálise de Crianças e Adolescentes com TDAH, única obra dedicada ao tema a que tivemos acesso e que iremos comentar na sequência.

4.2 Donald Meltzer e a identificação adesiva

Americano de nascimento (1922) e formado em Medicina com especialidade em psiquiatria infantil nos Estados Unidos, Donald Meltzer emigrou para Londres em 1954 para realizar sua formação psicanalítica. Analisou-se com Melanie Klein até a morte desta em 1960 e por muitos anos fez supervisões com Esther Bick. Chegou a ser expulso da Sociedade Britânica de Psicanálise, por divergências quanto ao sistema de ensino-aprendizagem de candidatos à formação psicanalítica, sendo posteriormente reintegrado. Com inúmeras contribuições originais à teoria psicanalítica e releituras de alguns aspectos da obra de Freud, Klein e Bion, o autor permaneceu atuante até sua morte em 2004. Suas ideias foram bastante apreciadas na América do Sul e na Europa.

Em 1975, o autor publicou um artigo no qual descreveu a construção do conceito de identificação adesiva, partindo das ideias de Bick a respeito das

formações de pele secundária e de suas próprias observações de pacientes com capacidades de simbolização comprometidas. Bick (1968,1986) havia sugerido a ideia de uma identificação adesiva como um estado mental defensivo, anterior à identificação projetiva classicamente descrita por Melanie Klein (1946), que buscava evitar a desintegração. Nessa posição, a experiência de espaço entre os indivíduos não é só negada, como substituída por uma ilusão de unidade. A partir disso, Meltzer desenvolve a conceituação de um tipo de identificação com a superfície externa do objeto onde não há espaço mental para a introjeção do objeto e tampouco para a projeção de conteúdos, como deveria ocorrer na concepção de identificação projetiva. Tratava-se, antes, de um tipo de identificação narcísica, em que o acesso ao mundo interno fica prejudicado, uma vez que são as experiências com o objeto que mantêm uma unidade da personalidade, dão a dimensão de um espaço interno. Em estados de não integração, esse espaço interno não se estabelece e, conseqüentemente, o processo de introjeção fica comprometido. Meltzer apontava que tais pacientes não pareciam aprender a partir do acesso às experiências, mas pela imitação.

Autores contemporâneos, tais como Eekhoff (2016; 2018), consideram as reações somáticas vivenciadas na relação contratransferencial como exemplos de identificação adesiva e compreendem que toda identificação envolve um aspecto projetivo, ainda que este não envolva uma interioridade, apenas a superfície, como na identificação adesiva. Do mesmo modo, R  th e Ehrenreich (2024), argumentam que a identificação adesiva n  o deve ser vista como um mecanismo de defesa cl  ssico, mas, sim, como a representa  o de uma tentativa de autorregula  o em uma determinada situa  o atrav  s da compensa  o pela falha na comunica  o do processo prim  rio. Os autores alem  es apontam para a utiliza  o da identifica  o adesiva como uma forma poss  vel de comunica  o, exaustivamente explorada pela m  dia atualmente. Essa   ltima observa  o, inclusive, nos parece muito interessante por indicar caracter  sticas presentes nas formas de relacionamento intersubjetivo e comunica  o pr  prias da cultura contempor  nea, que podem estar relacionadas a fatores que influenciem nas condi  o  es de manuten  o da aten  o ps  quica.

4.3 Donald W. Winnicott e a natureza psicossom  tica do self

Donald Winnicott (1896-1971) j   dispensa apresenta  o  es mais espec  ficas. Um dos autores mais prestigiados e reconhecidos do grupo independente da sociedade

britânica de psicanálise, foi responsável por conciliar aspectos da tradição freudiana e kleiniana em uma abordagem original sobre o desenvolvimento emocional humano em que as relações intersubjetivas entre mãe e bebê ganham uma nova perspectiva, na qual as provisões e cuidados do ambiente ganham destaque. Compreendendo os processos de constituição subjetiva a partir das relações com o objeto, defendia que o ambiente - onde incluía os cuidados maternos e paternos -, ao promover o atendimento das necessidades psíquicas do bebê, permitiria um desenvolvimento gradual da integração da experiência de si e da diferenciação em relação aos objetos da realidade. Assim, para este autor “[...] a ruptura na continuidade de ser não é determinada pela sexualidade e sim por um fracasso ambiental” (Figueiredo; Coelho Junior, 2018, p. 151).

Para Winnicott (2000), desde as primeiras relações e interações com o ambiente, o bebê encontra-se em um estado de não integração, prevalecendo as sensações corpóreas. Uma de suas necessidades é integrar essas sensações corpóreas com os estímulos provenientes do ambiente e suas capacidades motoras nascentes, por meio da decodificação destes elementos pela mãe, que o faz ao se adaptar ao gesto espontâneo do bebê.

A mãe que desenvolve este estágio ao qual chamei de “preocupação materna primária” fornece um contexto para que a constituição da criança comece a se manifestar, para que as tendências ao desenvolvimento comecem a desdobrar-se, e para que o bebê comece a experimentar gestos espontâneos e se torne dono de sensações correspondentes a esta etapa inicial da vida (Winnicott, 2000, p. 403).

Winnicott descreve uma teoria do desenvolvimento que tem como eixo fundamental a passagem de uma dependência absoluta para uma independência relativa e cujos momentos iniciais de constituição da integração psicossomática e da personalização de um sentimento de *self* e da configuração de estruturas e funções psíquicas depende de um conjunto de tarefas que ele descreve como *holding*, *handling* e apresentação do objeto (Dias, 2000).

Nesse contexto de passagem do estado de não-integração para a diferenciação bem estabelecida entre o eu e outro, o que se destaca é a necessidade de instituição de uma vivência e de um espaço de continuidade e autenticidade, que possa ser a fonte da criatividade e de um senso de singularidade. Para tanto, é preciso que essa transição possa ser vivida como um espaço lúdico, o que envolve o respeito aos

fenômenos transicionais e uma apresentação do objeto que resguarde a criatividade mágico-onipotente da ilusão. Isso se dá por meio da noção de que a mãe suficientemente boa é aquela que falha na justa medida e, principalmente, que apresenta o objeto da forma e no momento em que a criatividade do bebê a cria, dando uma espécie de materialização e realização para o movimento imaginário, alucinatório e, sobretudo, espontâneo deste. Assim, é preciso que se instaure a ilusão da criação do objeto primário para a manutenção de um verdadeiro *self* como núcleo da personalidade.

Assim, a adaptação ao gesto espontâneo do bebê envolve, para este autor, que a mãe não seja intrusiva em seus cuidados, ou seja, não impondo ao bebê seus gestos, mas colocando-se à disposição das necessidades e dos gestos dele. Essa sensibilidade é vital, pois neste momento as invasões são sentidas como ameaça de aniquilamento. Cabe à mãe acolher, conter e legitimar o gesto espontâneo do bebê, instaurando um espaço potencial que conecte esses polos da relação mãe-bebê. Se essa tarefa falha, o bebê submete-se ao gesto materno, sua área de ilusão entra em colapso e este acaba por criar um falso *self*.

Ao submeter-se às exigências do ambiente, o bebê perde a espontaneidade e o processo que leva à capacidade de usar símbolos é interrompido. O principal aspecto do falso *self* é a submissão e a imitação, pois o bebê constrói um conjunto de relacionamentos falsos. Por meio de introjeções, se torna igual à figura dominante externa do momento, como forma de adaptar-se e preencher suas expectativas e obter seu amor (Knijnik, 2011, p. 83).

O falso *self* é, portanto, uma consequência da falha ambiental que leva o bebê a submeter-se ao gesto do outro: trata-se de uma reação defensiva. Winnicott (2000) ressalta que a intenção é defender o verdadeiro *self*, que fica, então, isolado e cortado do resto da personalidade. Ao ser implementado, o falso *self* manifesta-se em vários aspectos e níveis do comportamento e do senso de identidade da pessoa real em suas atitudes concretas. Desde traços de caráter específicos até atitudes e sensações difusas, o falso *self* expressa tanto aspectos defensivos como o sentimento geral de inautenticidade, desvitalização e vazio. Os componentes de falso *self* normalmente permitem uma adaptação relativamente boa das pessoas às exigências da realidade, em especial das condutas que respondem às demandas do meio. Suas falhas e dificuldades surgem em situações em que se espera uma pessoa inteira, espontânea e autêntica, ou seja, quando o que se deseja é sua afirmação como um sujeito criativo.

As contribuições do autor a respeito das falhas ambientais, em um momento em que a condição do bebê é de dependência absoluta, apontam para diferentes consequências para esse sofrimento sem bordas, sem uma mente com condições mínimas de elaboração, denominados pelo autor de “impensável”, exatamente por esse motivo. Winnicott (1974-1994) descreve, além do falso self, como essas agonias podem assumir diferentes formas a depender do desenvolvimento de cada um. O autor lista a agonia e seu respectivo estado defensivo: retorno a um estado não integrado, a defesa seria a desintegração; cair para sempre, a defesa self-holding; perda do conluio psicossomático, a defesa seria a despersonalização; perda do senso do real, a defesa seria a exploração do narcisismo primário e finalmente a perda da capacidade de se relacionar com objetos, a defesa seriam estados autísticos apenas relacionados ao self (Winnicott, 1974 p. 72). A conquista de um eu integrado (mente e corpo), requer uma união em tempo e espaço, de experiências integradoras vividas no ambiente desde o útero, no caso em que as etapas iniciais enfrentam interrupções e a vivência de agonias impensáveis, como as acima citadas, tem-se a ruptura na construção da integração psique-soma e o bebê será incapaz de integrar experiências.

Como se pode perceber, as contribuições winnicottianas para o desenvolvimento são bastante originais para pensar a constituição do eu e das relações de objeto, trazendo para além de um fundo vitalista, romântico e quase existencialista na consideração do que é o essencial da natureza humana, uma visão menos dicotômica na compreensão das posições de sujeito–objeto e de eu-outro. Nesse sentido, cabe destacar também a sua compreensão particular de como se configuram as relações entre psique e soma, bem como o surgimento dos processos de simbolização.

Winnicott tem uma visão também menos dualista das relações entre mente e corpo, pois parte da ideia fundamental de que a natureza humana é psicossomática, ou seja, que a condição humana é de uma experiência integrada e contínua entre essas vivências, que são moduladas e configuradas ao longo do desenvolvimento e que só se apresentam de formas muito marcadas e opostas em casos de adoecimento. Para ele, antes de haver um sentimento de eu, há o sentimento de continuidade de ser que é base do verdadeiro self e esse sentimento é função de experiências corporais. É na contenção (*handling*) e manejo (*holding*) que a experiência de unidade psicossomática se dá. Não se trata de um mero corpo

biológico, mas de um corpo expressivo e senciente que é, desde o início, psicossomático. As tarefas de integração, personalização e realização se dão em um contínuo de processos que irão constituir os diferentes âmbitos do que costumamos chamar de psiquismo.

Nesse sentido, o autor traz uma série de diferenciações que lhe são próprias e que ultrapassam as ideias tradicionais de corpo e mente. Nas suas palavras: “a natureza humana não é uma questão de corpo e mente – e sim uma questão de psique e soma inter-relacionados, que em seu ponto culminante apresentam um ornamento: a mente” (Winnicott, 1990, p. 44).

Assim, para Winnicott, a existência é psicossomática, embora precise ser realizada e modulada. O *soma* nada mais é do que esse corpo vital e expressivo de onde brotam as sensações e gestos, que precisam ganhar uma elaboração imaginativa por meio das tarefas de cuidado materno citadas. A essa elaboração imaginativa das funções corpóreas, o autor chama de *psique*. Nesse sentido a psique é um aspecto fundamental e inerente à existência psicossomática humana, pois na medida em que é saudável, a experiência e os limites do soma e da psique se integram em uma unidade. Já a mente é um aspecto secundário que se desenvolve a partir dessa condição psicossomática e diz respeito a um conjunto mais ativo de funções e processos já então mentais, no sentido psicológico do termo. Todavia, a mente, para o autor, é essencialmente uma função ou conjunto de funções que a criança desenvolve para suportar as falhas ambientais da mãe e se torna um meio ou instrumento para dar conta das exigências da realidade (Winnicott, 2000).

É, portanto, no âmbito da mente que se desenvolvem as funções de simbolização, responsáveis por uma mediação mais abstrata e representacional com a realidade. Winnicott localiza o desenvolvimento do que hoje chamamos de processos de simbolização junto aos momentos finais do período de dependência relativa, em contraponto ao que, do ponto de vista kleiniano, se chama de elaboração da posição depressiva. Como é sabido, a teoria kleiniana considera que a simbolização verdadeira e propriamente dita é um ganho da elaboração dessa posição, onde a elaboração da angústia de perda do objeto primário advinda da constituição de um funcionamento em regime de objetos totais enseja um movimento de reparação. A reparação é o movimento de superação do luto pela construção de um objeto substituto que simboliza a reparação pelo objeto morto (Segal, 1975). Portanto, é do remorso e culpa em relação ao sadismo dirigido ao objeto interno que

pode advir a condição de um pensamento simbólico e a entrada em relações de objeto triangulares, portanto, de passagem de um complexo de Édipo primitivo para o propriamente dito.

Winnicott (1955) discorda da interpretação kleiniana, pois considera que a depressividade não deriva primariamente de um remorso de natureza sadomasoquista, mas da constituição de um sentimento de preocupação (*concern*) que advém do reconhecimento da sobrevivência e da resiliência do objeto primário em relação a ataques agressivos que são antes de tudo vorazes e sem a devida noção de seus efeitos e, de certa maneira, impiedosos (*ruthless*). O fantasiar sádico e suas elaborações masoquistas são efeitos da falha na contenção e elaboração por parte dos cuidados maternos e, portanto, de caráter secundário. De todo modo, é a partir do reconhecimento dessa falha que se configuram a ausência e a culpa que produzem o sentimento de depressividade, que, nesse sentido, é o que mobiliza a elaboração de processos mentais como forma de sustentar o potencial de realização do verdadeiro *self*. Portanto, para Winnicott, é na elaboração da perda do objeto primário que se podem localizar as funções de simbolização da mente. Podemos dizer que, nos termos desse autor, as falhas de simbolização são uma questão do âmbito mental: os recursos que a mente tem de lidar por meio de funções e representações com as falhas ambientais.

Já os adoecimentos psicossomáticos estão ligados ao nível da psique, ou melhor, da integração psicossomática e, portanto, seu ponto de constituição é anterior em um plano de desenvolvimento emocional. A falha na integração psicossomática é o cerne do adoecimento psicossomático, portanto no nível da integração e personalização. Curiosamente, Winnicott (1994) chama essas condições de *distúrbios* (*disorder*), justamente por entender que são enfermidades que estão aquém de conflitos simbólicos e representacionais do nível de intervenção da psicanálise clássica. O distúrbio psicossomático é fruto de um sistema defensivo da ordem de cisões e dissociações que se expressa como a negatividade do que deveria se constituir como uma positividade, que seria a conquista da integração psicossomática e da instauração de um verdadeiro *self*. O distúrbio insere uma cisão fundamental e essencial no *self* do sujeito, que dissocia os aspectos psíquicos dos aspectos somáticos, gerando um ego que não consegue produzir elaboração imaginária das funções corporais e, portanto, relegando o soma a um circuito próprio e alienado de funcionamento. É isso que gera a experiência psíquica e mental dissociada do próprio

corpo que é a tônica dos adoecimentos psicossomáticos. O distúrbio psicossomático é expressão negativa da falha dos processos de integração e personalização, mas comporta também um aspecto positivo, pois o sofrimento no corpo sinaliza o protesto e clamor por cuidado e, nesse sentido, aponta para uma demanda de reestabelecimento da saúde. Conforme o autor:

[...] portanto, o transtorno psicossomático relaciona-se a Ego fraco (a depender grandemente de uma maternagem não suficientemente boa), com um estabelecimento débil de morada no desenvolvimento pessoal; e/ou batida da retirada do EU SOU e do mundo tornado hostil pelo repúdio que o indivíduo faz do NÃO-EU para uma forma especial de cisão que ocorre na mente, mas que se dá ao longo de linhas somáticas. (Aqui, um detalhe ambiental persecutório real pode determinar a batida em retirada do indivíduo para alguma forma de cisão). Desta maneira, a enfermidade psicossomática implica uma cisão na personalidade do indivíduo, com debilidade da vinculação entre psique e soma, ou uma cisão organizada na mente, em defesa contra a perseguição generalizada por parte do mundo repudiado. Permanece na pessoa enferma individual, contudo, uma tendência a não perder inteiramente a vinculação psicossomática (Winnicott, 1994, p. 90).

Como se pode notar, a contribuição winnicottiana para entender a gênese da unidade psicossomática e dos processos mentais é bastante original e traz mais elementos para pensar essa tradição de autores na psicanálise das relações de objeto que vai buscar no suporte corporal e psicossomático, em termos de experiências relacionais e intersubjetivas, as origens dos processos de mentalização e simbolização. Veremos na sequência como essa linhagem se aprofunda e se aproxima cada vez mais na consideração do nível psicomotor da existência psicossomática e das funções mentais de controle de impulsos e de manutenção de atenção.

4.4 Victor Guerra e o falso self motor

Psicólogo e psicanalista uruguaio (1958-2017), a experiência e pesquisa de Victor Guerra sobre as relações arcaicas o levaram a ocupar um lugar de destaque na psicanálise da América Latina, assim como repercutiram internacionalmente. Foi integrante da *Asociación Psicoanalítica del Uruguay* (APU) e membro da Diretoria de crianças e adolescentes da Federação Psicanalítica da América Latina (FEPAL), de 2014 a 2016. Foi um dos principais idealizadores da Declaração de Cartagena,

apresentada no Congresso Fepal de 2016, na qual psicanalistas das sociedades de Psicanálise da América Latina declararam-se a favor do trabalho analítico com crianças e adolescentes com transtornos do espectro autista. Postulou os indicadores de intersubjetividade, considerando que o bebê e os objetos compartilham e estabelecem experiências emocionais a partir de uma linguagem não verbal, que possibilita a estruturação paulatina do self, os encontros entre a criança e os objetos se estabelecem em ritmos de uma espécie de dança. Em 2012, com o financiamento da *International Psychoanalytical Association* (IPA), algumas de suas concepções sobre os indicadores de intersubjetividade são descritas no filme³: “*Indicadores de intersubjetividad 0-12 meses: del encuentro de miradas al placer de jugar juntos*”, no qual o autor apresenta 11 marcadores no processo de construção da subjetivação, dos registros intrapsíquicos indispensáveis ao futuro sentimento de existência deste bebê; tais registros são mediados pelo ritmo das interações entre o bebê e seu ambiente, seus cuidadores.

Sua tese de doutorado realizada na França deu origem ao livro *Rythme et intersubjetivité chez le bébé*, lançado postumamente em 2019, na Universidade de Paris e Lyon (Metzner, 2021). Recentemente, a editora Blucher, reuniu diferentes textos do autor na publicação “Vida psíquica do bebê: a parentalidade e os processos de subjetivação” (Guerra, 2022). Nesta e em demais publicações feitas pelo autor, nota-se um psicanalista contemporâneo em viva interlocução com outros saberes. Encontrar sua obra, ainda que na redação final desta tese, foi motivo de alegria e esperança em uma psicanálise implicada com seu tempo. Victor Guerra desenvolveu conceitos próprios como *objeto tutor* e *complexo arcaico*, além das ideias de um *falso self motor* desenvolvidas aqui e que o autor esboçou ao refletir sobre a agitação motora de muitas crianças.

A partir das ideias de Winnicott, Guerra (2022) pontua o quanto as agitações motoras portam dificuldades em existir, como se a sensação de continuidade na existência não tivesse sido estabelecida no momento em que a estruturação psíquica se desenvolvia, ou pelo menos deveria, ao longo do primeiro ano de vida. Estamos, assim, diante dos transtornos da subjetivação arcaica e as angústias estão

³ Disponível em: <https://youtu.be/ipbFxZXCYNNA?si=GAJ4elv49OAKPDg0>.

relacionadas com a descontinuidade do *self*. Assim, considerando as colocações de Winnicott (1965), de que diante das falhas no cuidado materno uma das possibilidades é o bebê passar a “cuidar de si”, esse acaba por desenvolver de forma exagerada seu aparato mental, pois, diante das falhas ambientais, o intelecto será acionado para a sobrevivência e para a resposta às demandas do meio. Winnicott compreende isso como uma hiperatividade mental, sendo a consequência o que ele denominou de falso *self*, uma defesa à espera do ambiente nutridor, para que possa recomeçar o desenvolvimento:

O caso especial de falso self é aquele que o processo intelectual se torna a sede do falso self. Uma dissociação entre mente e a psicossoma se desenvolve, e produz um quadro clínico bem conhecido. Em muitos desses casos é provável que o paciente esteja dotado de um intelecto especialmente alto e isso pode contribuir para a formação da síndrome embora o QI alto em teste possa resultar da dissociação (Winnicott, 1983, p. 123).

Partindo dessas considerações, Guerra (2022) propõe o conceito de falso self motriz. Se no conceito winnicottiano o intelecto acaba por ser o substituto do cuidado materno, a reflexão do autor é se a movimentação excessiva não estaria sendo usada de forma semelhante. Questiona:

Por que não pensar que, em vez do intelecto, a atividade motora, o deslocamento e o “domínio” dos objetos e do espaço sejam o que proporciona a função de segurança e cuidado do self, formando-se assim um falso self motor? (Guerra, 2022, p. 64).

Além desta atividade física desorganizada, como uma substituição da dependência ao objeto materno, outras características chamavam a atenção do autor: há uma pulsão de domínio tanto com relação aos objetos como nas relações; autonomia e independência precoces e sem ou com poucas solicitações afetivas; a angústia de separação não se faz presente, as que aparecem são angústias mais arcaicas como de vazio e descontinuidade do ser; não há capacidade para experiências de relaxamento, uma vez que essas só podem ser vivenciadas a partir da ausência de atividades, ou seja, diante do vazio; sendo assim, dificuldades para adormecer e pouca tolerância para espera ou frustrar-se; dificuldades para executar tarefas que exigem maior tempo para execução ou continuidade; o brincar apresenta escassez simbólica e, por fim, o outro acaba sendo usado para seu desenvolvimento motor ao invés de ser um continente de emoções.

Assim, em uma situação de falso *self* motor, a movimentação deixa de ter uma função estruturante de oferecer sentido à existência, podendo ser intercalada com momentos de relaxamento, ou seja, de não integração, tão necessários para a metabolização das experiências vivenciadas. Na condição em destaque, o excesso de movimentação assim se apresenta por estar a serviço de uma defesa contra a angústia. Diante do desencontro - da disritmia com o ambiente, para utilizarmos as palavras do autor - a criança acaba por desenvolver um substituto da reivindicação do objeto ou ambiente acolhedor e o corpo passa a ser a fonte de descarga da excitação. Para o autor, o falso *self* motor apontaria para um transtorno de subjetivação arcaica, ou uma dessubjetivação (Guerra, 2016). Nesse sentido, indica que os tempos de aceleração da contemporaneidade trazem uma epidemia de crianças graves, marcadas por falhas em seus tempos arcaicos, primários, onde a linguagem verbal ainda não estava estabelecida.

O autor compreende que o bebê e seus objetos, primários e posteriormente os tutores (que inauguram a perspectiva intersubjetiva de uma co-construção da experiência emocional entre o bebê e seus cuidadores), vão construindo um ritmo comum, uma espécie de dança da subjetivação (Guerra, 2017a; 2017b), onde a comunicação se estabelece de diferentes formas: pela postura corporal, pelo tom de voz e pelo gesto, sendo o ritmo, a cadência destas formas de comunicação, o primeiro organizador da experiência interna do sujeito. Esse processo é o que permitirá a posterior construção da temporalidade. Assim, o ritmo permite que momentos de união e separação, continuidade e descontinuidade se intercalem, como uma dança, proporcionando alívio às angústias advindas da descontinuidade, dos desencontros com o objeto, além de também demarcar o prazer do encontro, contribuindo para a organização psíquica (Guerra, 2015). Nesse sentido, nos denominados “transtornos de subjetivação arcaica”, onde o falso *self* motor é considerado, o autor propõe uma abordagem psicanalítica com a inclusão dos pais, para que o ritmo pudesse ser reencontrado.

Victor Guerra foi tecendo suas ideias e percepções com diferentes interlocutores dentro do campo psicanalítico, entre eles Silvia Bleichmar e Renée Roussillon, que também integram nossos destaques teóricos. Além destes, podemos interpretar que sua compreensão de adoecimento parte da denominada matriz de pensamento psicanalítico ferencziana, pois apreende que traumas precoces e

experiências de ruptura acabam por promover o aniquilamento ou impedem a formação de estruturas psíquicas.

4.5 Silvia Bleichmar e a necessidade de neogênese nos transtornos mentais

Psicanalista argentina (1944-2007) que, motivada pelas necessidades de encontrar melhores fundamentos na clínica infantil, Silvia Bleichmar trouxe um modelo original de aparelho psíquico, partindo das reflexões de Jean Laplanche e dos fundamentos freudianos de metapsicologia. Concebeu a particularidade da clínica infantil, uma vez que, diferentemente de um adulto, a criança está em constituição. Assim, recomenda que o analista verifique se existe, ou não, um sistema inconsciente instalado e só a partir disso decida a forma de intervenção clínica (Morgenstern; Ferreira; Ferreira, 2013).

A autora argumenta que o pai da psicanálise apresenta duas grandes linhas de pensamento, o que conseqüentemente trouxe diferentes correntes psicanalíticas. A partir das ideias de pulsão, fantasmas originários e o eu presente na segunda tópica, tem-se uma teoria endógena da fundação do inconsciente - muito próximo, portanto, do paradigma pulsional tradicional da psicanálise. No entanto, há outra concepção de um inconsciente fundado de modo exógeno, traumático, a partir do excesso de excitação que os cuidados, a interação com o adulto, impõem ao psiquismo infantil. Aqui temos a perspectiva geral de abertura para a alteridade na constituição do aparelho psíquico, que foi desenvolvida de formas distintas pelo paradigma objetual e pelo pulsional. Bleichmar se apoia na releitura freudiana promovida por Laplanche e, nesse sentido, o seu quadro metapsicológico geral de base é a *teoria da sedução generalizada*, com a noção de uma intersubjetividade que se constitui a partir da natureza traumática da situação antropológica fundamental, a saber a sedução sexual do adulto sobre a criança que lhe implanta significantes enigmáticos como objetos-fonte da pulsão (Laplanche, 1992).

Para a autora, mais especificamente, o psiquismo humano se constitui em tempos reais, ou seja, depende das possibilidades de vivências e encontros que cada sujeito terá. Assim, ao ir em busca de satisfação para a sua fome, por exemplo, o bebê se depara com o traumático, encontra uma mãe que lhe oferece, além do leite, sua sexualidade, no sentido psicanalítico. Se essas representações advindas do

inconsciente materno são carregadas de prazer, ou seja, caso, nesse encontro, a mãe possa proporcionar ao bebê uma ligação para as excitações que produziu em seu bebê, estas irão contribuir para a posterior implantação e circulação da pulsão.

Desse modo, a cisão que possibilita a constituição e os modos de processamento do que Freud denominou de sistema Inconsciente, Pré-consciente e Consciente (Eu), ocorre a partir do recalque originário. Por modos de processamento nos referimos ao processo primário (inconsciente) e secundário (consciente). O recalque originário acontece diante das interdições primárias. Ao ser interditada em sua expressão motora, reiteradas vezes, por exemplo, a busca pelo equilíbrio psíquico irá recalcar tal pulsão, que deixa de ser algo que está consciente buscando satisfação de forma compulsiva, para se instalar no inconsciente e, a partir de então, converte-se em desejo. Assim, a busca por satisfação não se dará de forma direta, como nos modos compulsivos. A autora também considera, seguindo a ênfase laplanchiana na lógica do *a posteriori*, que essas marcas do recalque se atualizam e se ressignificam ao longo do desenvolvimento, por meio de recalques secundários. Nesse sentido, toma como central a lógica do recalque na constituição do próprio inconsciente dinâmico e das leis do processo primário que modulam os conflitos psíquicos.

Silvia Bleichmar (1994) propõe de forma mais específica que se tome por sintoma, no sentido propriamente psicanalítico, apenas as expressões e sinalizações de sofrimento que se configuram nessa lógica, em que os processos de simbolização classicamente discutidos e teorizados pela psicanálise se situam: deslocamentos, condensações, figurações e conversões de afetos ligados em representações de palavra. Já os sofrimentos em nível muito arcaico e originário do funcionamento psíquico, tais como falhas de memória e distúrbios psicomotores, vai propor que se considerem certas formas de sinalização do sofrimento como da ordem de *transtornos* e não sintomas, no sentido psicanalítico do termo. Transtorno, aqui, não remete à concepção psiquiátrica corrente de um desequilíbrio funcional do organismo sem lesão anatômica, histológica ou fisiológica, mas a uma expressão que é mais de natureza psicossomática do que mental ou simbólica. Nesse sentido, se aproxima da noção winnicottiana abordada acima.

Contudo, na acepção laplanchiana da autora, remete à noção de um nível de circulação de estímulos que se restringe aos circuitos sensório-motores, alçando apenas à condição de signos de percepção e, portanto, não chegando a uma dimensão sgnica verbal e propriamente simbólica (Bleichmar, 2005). Portanto, estaria

muito descolado ainda do regime da sexualidade pulsional e ainda apoiado fortemente nas funções de autoconservação. De todo modo, é no âmbito desse curto-circuito psicossomático que está em outra cena em relação ao regime discursivo, mas que lança indicações a ele, que se encontram as manifestações de sofrimento do âmbito do transtorno. Conforme a definição da própria autora:

E, de fato, a própria definição de **transtorno** inscreve-se em uma proposta que desenvolvi faz já alguns anos, na qual diferencio, seguindo para isso a perspectiva freudiana, entre **sintoma**, enquanto formação do inconsciente, produto transacional entre os sistemas psíquicos, efeito de uma não lograda satisfação pulsional, e algo de outra ordem, algo que não pode ser considerado como tal no sentido estrito, na medida em que o funcionamento pleno do comércio entre os sistemas psíquicos não está operando- seja por sua não constituição, como no caso que veremos, seja por seu fracasso, parcial ou total (como ocorre em certas produções psicóticas) (Bleichmar, 1994, p. 10, grifos da autora).

Contudo, esse nível de funcionamento psíquico traz uma série de desafios à técnica psicanalítica clássica, quer seja com adultos, no formato de interpretações transferenciais em regime de associação livre e atenção flutuante, quer seja com crianças, no formato de interpretações transferenciais no regime da interação lúdica, isso porque todo esse manejo pressupõe a elaboração associativa a partir de uma ressignificação simbólica do que está recalcado. Mas o que é da ordem do transtorno não está simbolizado ou representado, permanece em um regime não-representacional de compulsão traumática ou sujeito a cisões que retiram do âmbito das associações psíquicas esses impulsos. Em vista disto, a autora sugere que nos atentemos ao apresentado pelo paciente, em que lugar ocupa o mal-estar na economia psíquica, bem como a motivação que o trouxe a consulta:

Implica a possibilidade de análise ou não há análise possível? É interpretável ou não é interpretável? É passível de ser desfeito? E como questão fundamental: que lugar ocupa na economia psíquica da criança? Encontra-se a serviço do progresso psíquico? Trata-se de algo que pode encapsular-se de maneira patológica? (Bleichmar, 2005, p. 34).

As ampliações de Silvia Bleichmar dentro da metapsicologia psicanalítica nos são caras, à medida, que, dentre elas, podemos pensar nas pulsões parciais e suas descargas sem impedimento diante de uma grande excitação motora. Por exemplo, podemos supor que algo não fora recalcado e, com isso, não podemos considerar uma dominância neurótica no funcionamento psíquico, ou seja, a associação livre,

essencial para a prática psicanalítica clássica, não é aplicável. As formas compulsivas de satisfação possuem passagem direta para a motricidade, pois as excitações estão radicalmente soltas no psiquismo e não integram o inconsciente recalcado. Portanto não podem se apresentar como desejos, com possibilidades de simbolização através das representações de palavras, tão essenciais para a associação livre. Na concepção da autora, se há algum tipo de sintoma, a cisão originária do psiquismo provavelmente já foi iniciada e as defesas da ordem do recalque estão em funcionamento, ou seja, há um conflito intersistêmico. Caso contrário, se estamos no nível de um sofrimento que se configura como transtorno, as defesas são de outra natureza e as representações mentais, de outro nível. Em vez de traduzir do inconsciente para o consciente e recuperar a associação de algo que já está instalado em regime simbólico de funcionamento psíquico, como na técnica clássica, trata-se de produzir, configurar ou mesmo construir a simbolização da experiência traumática cindida. Para tanto, outros arranjos para a condução do tratamento deverão ser feitos. Assim, o trabalho não constituiria em recuperar o que já existia no psiquismo, mas articular outras recomposições psíquicas.

A partir da ideia laplanchiana de neogênese da pulsão e das indicações ferenczianas de um princípio de neocatarse, a autora propõe que se possa conduzir uma clínica dos transtornos que os articule aos encadeamentos associativos simbólicos em uma possibilidade de tradução em novo registro dessas experiências, ressignificando-as e relançando-as em uma nova chave de elaboração psíquica. A isso a autora denomina propriamente de *neogênese*, onde:

...] representações que nunca tiveram acesso ao estatuto da linguagem podem ser transcritas em palavras para a sua ligação, e sobre as representações desarticuladas, fraturadas, pode surgir um novo tecido psíquico bem menos patológico (Floresheim, 2023, p. 85).

Neste sentido, a autora defende que nenhuma análise iria apenas trabalhar com o recalcado, mas toda análise envolveria uma transformação das relações existentes entre os sistemas. Desse modo, poderiam ocorrer neogêneses parciais, incluindo verdadeiras rearticulações do psiquismo.

As considerações de Silvia Bleichmar nos parecem muito pertinentes para a compreensão dos níveis de simbolização e integração psicossomática implicados nos transtornos globais de desenvolvimento, particularmente no TDAH, no qual a

descarga psicomotora é tão patente. Em entrevista publicada na revista *Psychê*, a autora, ao citar essa condição, afirma que:

[...] os famosos transtornos de desatenção com hiperatividade (o famoso ADD), que são falhas na organização da tópica e na estrutura de ligação, que permitem a constituição da atenção e que, em última instância, é a forma pela qual o ego se permite inibir e escolher, dentro do conjunto de estímulos que recebe, acarretando evoluções posteriores muito mais graves do que as previstas. [...] Acredito que o problema atual é uma questão de como definimos, dentro de nossos parâmetros, a compreensão destes quadros, uma vez que uma parte importante dos psicanalistas aderiram à neurociência, para a própria classificação, na qual já está implicada a teoria com a qual se está trabalhando. O que fazer com a hiperatividade, por exemplo? Com a hiperatividade é necessário primeiro definir de que estrutura se trata – e há várias estruturas presentes, não é sempre a mesma (Bleichmar, 2001, p. 198).

Assim, as considerações de Silvia Bleichmar nos trazem contribuições valiosas e convergentes com o que veio sendo desenvolvido na tradição da psicanálise das relações de objeto, embora o faça por uma perspectiva de fundamentação mais freudiana e com a marca de uma vertente francesa de compreensão da constituição do sujeito, em que se destacam as origens alteritárias da pulsão, a centralidade da problemática da castração e do recalque primário, além de os processos de simbolização serem descritos a partir de um referencial mais próximo de teorias da linguagem. Isso nos possibilita a passagem para um outro conjunto de referências, que giram em torno dessa vertente da psicanálise contemporânea, mas que também trazem composições e interlocuções com a tradição das relações de objeto.

4.6 André Green e o narcisismo negativo

Tal como Winnicott, André Green (1927-2012) dispensa apresentações mais específicas. Como indicamos no início, ele se destacou por suas contribuições metapsicológicas na compreensão do circuito pulsional e na configuração dos limites do aparelho psíquico, além de ser reconhecido por suas ampliações teórico-clínicas nos casos limites, *borderlines* ou casos fronteirços. Isso o levou à proposição de organizações não-neuróticas como: “todas as estruturas psíquicas que se organizaram/desorganizaram a partir de distúrbios – maiores ou menores – na constituição do narcisismo” (Minerbo, 2013, p. 73). Além disso, para Figueiredo e

Coelho Junior (2018), André Green inaugura em 1974, por meio de um relatório apresentado para a International Psychoanalytical Association (IPA) - "*L'analyste, la symbolization et l'absence*" -, a "psicanálise transmatricial". É certamente um dos autores mais importantes e originais da psicanálise contemporânea.

Green (2002) constrói suas teorizações a respeito da constituição subjetiva a partir da centralidade da concepção de narcisismo, propondo uma ampliação em sua compreensão, indicando a necessidade de considerar um narcisismo negativo ou de morte. Como esclarece Campos: "A contribuição específica de Green está em afirmar que esse narcisismo primário pode ter um duplo destino: o *outro* ou o *nada*" (2014, p. 175, grifo do autor). Assim, o autor traz para o tempo originário da constituição psíquica as vicissitudes da pulsão de morte e a possibilidade de direcionamento da destrutividade para o objeto ou para si mesmo, mas uma destrutividade que não implica necessariamente uma circulação sado-masoquista entre eu e objeto, mas antes se expressa de forma *negativa*.

O negativo aqui não deve ser entendido no sentido de uma expressão inversa ao positivo, como por exemplo, na inversão entre amor e ódio na teoria dos afetos ou em sua derivação para a compreensão do dualismo pulsional. O negativo deve ser compreendido em seu sentido econômico absoluto, ou seja, para além do princípio do prazer, *na direção de uma tendência à completa descarga* e, portanto, ao zero e ao nada, própria do princípio de nirvana (Campos, 2014, p. 175, grifo nosso).

Desse modo, o narcisismo primário, quando em funcionamento positivo, buscaria os objetos, possibilitando o fortalecimento egoico, para posteriormente ampliar suas capacidades simbólicas e de representação, uma vez que há o investimento e a busca por ligações. No narcisismo negativo, ocorre a desobjetualização e retração do eu. Há um desinvestimento: a capacidade simbólica e a rede representacional se apresentam com falhas estruturais consideráveis e os conflitos passam a ser empurrados para fora do psiquismo, uma vez que as estruturas que os poderiam conter e/ou significá-los, não o fazem. Assim, a tendência é a descarga, ou seja, são expulsos pela ação motora.

Nesse nível de comprometimento das funções psíquicas e estruturação do eu, próprio do nível não-neurótico de funcionamento, as defesas não são da ordem do recalque. São da ordem das evacuações e descargas que encontram o corpo, na forma de somatizações, ou o outro, na forma de atuações. Esse modelo metapsicológico é utilizado para explicar a formação de uma ampla gama de sintomas

de quadro limítrofe, mas pode igualmente ser aplicado para pensar descargas psicomotoras, falhas de simbolização e falta de fixação da atenção perceptiva. Nesse sentido, é um autor que vem compor aportes para o objeto de nossa investigação.

Apesar de seguir um caminho ligeiramente distinto de Laplanche na abordagem das questões teóricas, Green se aproxima muito das posições desse autor no resgate da metapsicologia freudiana frente à abordagem lacaniana no contexto da psicanálise francesa contemporânea. Dentre suas contribuições, optamos por destacar o narcisismo negativo, por trazer um destaque para a implicação narcísica do eu nos processos de sofrimento psíquico que estamos investigando. Contudo, cabe apontar que os mecanismos do nível não-neurótico de funcionamento encontram afinidade com o que Bleichmar apontou como da ordem de *transtornos* e que, no geral, apontam para os níveis arcaicos de simbolização, que têm sido o eixo geral de nossa fundamentação teórica.

4.7 René Roussillon, a simbolização primária e o meio maleável

René Roussillon é um renomado psicanalista francês, nascido em 1947, professor de Psicologia Clínica e Psicopatologia da Université Lumière Lyon 2 desde 1989, membro titular da Sociedade Psicanalítica de Paris desde 1991. Defendeu sua tese de doutorado em 1978, com a orientação de Jean Guillaumin. Roussillon conta que, quando adolescente, não se sentia bem com seu corpo, pois havia crescido muito. Passou, então, a ler livros de psicanálise, embora quisesse uma formação em matemática. Na época, ao ver a foto do psicanalista autor do livro, vislumbrou ser psicanalista, afinal tudo pareceria no lugar naquela foto. Poucos anos depois, iniciou análise, quando foi expulso de casa. Posteriormente, o curso de graduação escolhido foi Psicologia. Seu primeiro trabalho enquanto psicólogo foi em um subúrbio perto de Lyon. Diante de inúmeros complicadores, a psicoterapia psicanalítica foi uma possibilidade para a sua atuação neste local; sua formação em psicanálise iniciou-se nesta época (SPPA, 2010). Possui diversos livros publicados em diferentes línguas, e profere diversas conferências nas Sociedades Psicanalíticas e Universidades ao redor do mundo, difundindo e desenvolvendo ideias originais advindas de sua vasta experiência clínica e docente. Coloca a psicanálise em diálogo constante com diferentes ciências, como psicologia do desenvolvimento, neurociências, antropologia, sociologia, entre outras.

Roussillon é um autor de destaque na psicanálise contemporânea, trabalhando em uma perspectiva verdadeiramente transmatricial a partir de uma preocupação com as formas de sofrimento psíquico próprias da atualidade que implicam a estruturação fundamental do eu e suas posições identitárias. Nesse sentido, introduziu o conceito de sofrimento narcísico-identitário:

Todos temos sofrimentos narcisistas, mas no caso dos sofrimentos narcísico-identitário, o impacto do sofrimento narcisista compromete, em um dado momento, o próprio sentimento de identidade do sujeito. Essa é a razão pela qual denominamos sofrimentos narcísicos- identitários, para enfatizar o fato de que não se trata apenas de uma problemática narcisista, mas que ela ameaça a própria identidade do sujeito. Poderíamos até mesmo dizer que ameaça sua possibilidade de SER sujeito, de ser sujeito de sua vida (Roussillon, 2017, *apud* Jordán-Quintero, 2017, p. 96).

Além disso, ocupa-se das reformulações técnicas necessárias para o trabalho psicanalítico nesse nível de funcionamento mental, mas também em diferentes contextos de atuação clínica. Sua obra é marcada pela busca de uma articulação entre as manifestações psicopatológicas e uma teorização sobre o desenvolvimento psíquico, onde se destaca o resgate da metapsicologia freudiana e de sua teoria da representação mental para pensar o desenvolvimento dos processos de simbolização. As contribuições das teorias das relações de objeto também têm destaque em sua teorização, em particular a obra de Winnicott. Além deste, o autor amplia conceitos caros à prática psicanalítica contemporânea, como o conceito de *Meio Maleável* da psicanalista inglesa Marion Milner⁴ (1900-1998), que, em 1952, pontuou sobre a importância de o analista moldar-se a partir da necessidade do paciente, possibilitando a este um certo grau de identificação com seu analista. Roussillon (2012) destaca as características fundamentais que um ambiente precisa reunir para oferecer um Meio Maleável ao paciente: indestrutibilidade, capacidade de transformação, disponibilidade incondicional, extrema sensibilidade e estar vivo. Para o autor, o meio maleável seria o equivalente ao objeto transicional do processo de representação.

⁴ Psicanalista inglesa iniciou sua formação em psicanálise em 1942 e, em 1954, passou a fazer parte do Grupo Independente da Sociedade Britânica de Psicanálise, grupo em que se encontravam Winnicott e Bion, após manifestar-se contrária à ideia kleiniana de inveja inata (Devito, 2015).

Ou seja, partindo da incontestável originalidade winnicottiana, que trouxe para a teoria psicanalítica o *objeto transicional* para representar a transição do mundo imaginário para a realidade - isto é, da passagem de um mundo subjetivo para um mundo compartilhado em uma área intermediária da experiência -, bem como do conceito de Marion Milner e sua experiência clínica, Roussillon (2006; 2012; 2019) teoriza sobre a necessidade de o analista ser o objeto intermediário para a construção de uma atividade representativa do paciente. Ao fornecer representantes concretos e perceptíveis de si mesmo, possibilita que este introjete suas vivências como traços simbólicos, ou seja, tenha consciência de ser. Assim, o autor compreende que são as boas experiências, vividas em sintonia com o objeto primário/ambiente, que irão oportunizar a capacidade de simbolização ao psiquismo e a integração do Eu.

Os aspectos não reconhecidos pelo ambiente irão indicar a não integração do eu. O que o autor compreende como *traumático* é justamente o que não foi integrado ao psiquismo, ou seja, o que não foi partilhado entre o sujeito e o ambiente em uma idade precoce, o que ocasionaria a paralisação da experiência subjetiva ou a reduziria “à sua mais simples expressão” (Roussillon, 2019, p. 202). Estamos diante da compreensão do sofrimento psicopatológico, como consequência das necessidades do Eu, necessidades não completamente satisfeitas ou reconhecidas de forma suficiente pelo ambiente para que pudessem ser integradas ao psiquismo. Seguindo as ideias de Green (2002) e as reflexões desenvolvidas por Ferenczi (1929), compreende que a integração da experiência virá através do seu compartilhar, mesmo que essa experiência tenha o caráter traumático aqui destacado, se o sujeito encontrar em um outro a disposição para esse partilhar. Com a possibilidade de satisfação das necessidades do Eu, as vias para se desenvolver e amparar a apropriação subjetiva do sujeito serão abertas.

Roussillon (2019) nos recorda que será através do processo de simbolização que a subjetivação do indivíduo acontece, ou seja, pela simbolização que as experiências vividas são integradas ao psiquismo. O autor compreende, que essa subjetivação “supõe que os conteúdos psíquicos puderam assumir uma forma reflexiva, que se efetua na e pela reflexividade” (p.177); assim, o tornar-se consciente dos processos psíquicos, ou reflexivo, como destaca o autor, irá depender da ligação com as representações de palavras. O autor descreve os processos de simbolização primária e secundária, que se conclui através da linguagem, pela representação palavra. Assim, para algo ser integrado ao psiquismo, para se inscrever e

posteriormente ser utilizado pelo sujeito em seu processo de simbolização, primeiro precisa ser partilhado, é necessário que se torne um “objeto comum” (p.190), para posteriormente ser narrado e integrado a atividade psíquica.

Embora o processo de simbolização secundária possa ser resumido como a tradução da forma de simbolização primária (representação coisa) para a linguagem verbal, pode também traduzir o que não foi necessariamente simbolizado no processo primário, e mesmo as simbolizações secundárias, efetivadas a partir do aparelho da linguagem verbal, não eliminam os outros níveis de linguagem como a corporal, gestual, a entonação vocal.

Quando o autor desenvolve sua teoria das patologias narciso-identitárias, se refere às patologias em que o que está em primeiro lugar é a questão do investimento do e no EU, o que inclui o corpo e as questões de autoconservação, diferentemente das questões oriundas do conflito entre o desejo e seu interdito, como nas patologias expostas por Freud.

Roussillon (2022) também pontua a importância de Winnicott para compreendermos as comunicações primitivas, que são feitas através do corpo entendido como uma existência psicossomática. Assim, não seria possível pensarmos, argumenta, que possam existir trocas verbais que não estejam acompanhadas de uma troca corporal:

A própria voz é corpo: seu tom, ritmo, timbre, toda a sua prosódia etc. Toda a voz é corporal, transmite mensagens corporais. Em todas as nossas práticas clínicas, o corpo se faz presente e é comunicador: com as crianças, com os sujeitos que possuem deficiências corporais, com aqueles que sofrem de graves desorganizações referentes à identidade, com aqueles que chamamos de psicóticos, mas também, sem dúvida, mesmo que o seja de forma menos nítida, em patologias consideradas neuróticas. Em todos os nossos encontros clínicos, uma comunicação corporal absolutamente inevitável e fundamental está envolvida (Roussillon, 2022, p. 36).

As teorizações do autor a partir das patologias narciso-identitárias contam dos desencontros ocorridos nesta primeira relação do bebê com seu ambiente, traumas advindos da não integração, que aguardam a possibilidade de representação. As manifestações, como explanado brevemente, variam consideravelmente, mas falam sempre de uma tentativa do sujeito de reintegrar o que de si ficou perdido, o que, sem dúvida, torna mais complexas essas configurações subjetivas, pois parecem travar uma luta paradoxal, sendo que a luta para ser passa pelo temor de reviver o não ser, o traumático. Desta forma, o reconhecimento das partes desintegradas, perdidas, que

o sujeito tentou organizar para sobreviver é o primeiro e fundamental passo na escuta clínica destas subjetividades.

4.8 Peter Fonagy e a mentalização

Psicólogo clínico e analista didata pela Sociedade Britânica de Psicanálise, professor de Psicanálise Contemporânea e Ciência do Desenvolvimento na University College London (UCL), onde é chefe de departamento de Pesquisa de Psicologia Clínica, além de ocupar cargos no Centro Nacional Anna Freud para crianças e famílias e no Departamento de Saúde e do NHS no Programa de Melhoria e Acesso a Terapias Psicológicas para Crianças e Jovens.

Nascido em 1952, em Budapeste, migrou com sua família para Paris em 1967, quando os pais lhe encaminharam sozinho para Londres, pois almejavam que ele tivesse uma educação inglesa. Sozinho e sem o conhecimento da língua inglesa, o então adolescente Peter Fonagy passou por um período de depressão e dificuldades acadêmicas. Por sugestão de um vizinho procurou análise pessoal, com Anne Rush na Clínica Hampstead, atualmente Anna Freud Center. O autor compreende essa análise como fundamental em sua história, não só para a superação do quadro depressivo, mas como influência em suas escolhas futuras: graduação em Psicologia e posterior formação em Psicanálise (1980).

Com doutorado em Neurociência, tendo Joseph Sandler⁵ como mentor, Fonagy percebeu que a análise clássica não fornecia a ajuda necessária para seus pacientes com transtornos de personalidade limítrofes (borderlines). Assim, desde a década de 1990, passou a desenvolver um tratamento baseado na ideia de *mentalização*, partindo de concepções da teoria do apego que lhe forneciam um rigor empírico além de uma visão do desenvolvimento psicológico, aliados aos seus conhecimentos psicanalíticos. A teoria kleiniana lhe forneceu um valioso panorama a respeito da

⁵ Joseph Sandler (1927-1998), reconhecido psicanalista, considerado como um dos pesquisadores psicanalíticos mais produtivos das últimas décadas; pioneiro na aproximação da psicanálise e pesquisa empírica, criador da conferência anual de pesquisa da IPA, no âmbito da University College de Londres. Após sua morte essa conferência recebe seu nome (Bohleber-Leuzinger, 2018).

capacidade de pensar sobre o mundo e de como essa capacidade é dependente das questões emocionais.

Ele parte da ideia de que pacientes que durante a infância receberam maus tratos chegam à idade adulta com a capacidade de pensar prejudicada, no sentido específico de que há uma intensa resistência sobre pensar a mente do outro. Essa resistência constitui-se como uma defesa contra a experiência bastante perturbadora de perceber que os pensamentos e sentimentos dos demais, especialmente as figuras de afeto, são hostis e violentos (Fonagy; Bateman, 2016).

Fonagy (2018) esclarece que o conceito de mentalização foi originalmente introduzido pelos psicanalistas franceses Marty e Demivzan em 1963 e Luquet em 1981, que notaram que seus pacientes psicossomáticos apresentavam uma falta de simbolização dos estados mentais, além dificuldades para a associação livre de ideias e uma forma de pensar muito próxima do processo primário inconsciente. O autor segue uma definição de mentalização a partir da tradição filosófica de Brentano e Denett, que a consideram uma forma de atividade mental imaginativa, principalmente pré-consciente. Ou seja, trata-se da imaginação a respeito do que as pessoas podem estar pensando e sentindo, além da capacidade de compreender a própria experiência, particularmente em situações com alto teor emocional ou reações irracionais, com motivações inconscientes, o que requer um sistema representacional simbólico para estados mentais. A capacidade para mentalizar, é, portanto, variável ao longo da vida.

Segundo o autor:

Mentalizar é a capacidade de compreender as ações de outras pessoas e de si mesmo em termos de pensamentos, sentimentos, desejos e vontades; é uma capacidade humana que sustenta as interações cotidianas. Sem mentalização não pode haver um senso robusto de identidade, nenhuma mutualidade nos relacionamentos e nenhum senso de segurança pessoal (Fonagy; Bateman, 2016, p. 19-20).

Trata-se de uma capacidade exclusivamente humana e não se configura uma condição estável, pois dentro da complexidade humana, requer diferentes capacidades estabelecidas, tais como a condição de perceber a si próprio e seus comportamentos em coerência com seus estados mentais e de diferenciar-se dos demais, sendo, assim, dependente das condições egóicas de cada indivíduo. Os traumas, apontam suas pesquisas, provocam um colapso temporário na capacidade

de mentalização, o que acarreta uma perda de consciência da relação entre a realidade interna e externa. Ressurgem modos de representar o mundo interno que precedem - em termos de desenvolvimento - a vivências mentais infantis, quando a capacidade representacional da mente ainda não existia. Assim, a mente passa a operar de uma forma inflexível e compreende que o que ela pensa existe na realidade externa, tal qual uma criança entre os dois ou três anos de idade. Isso se denominou *equivalência psíquica* (Fonagy; Target, 1996).

Além da inflexibilidade, outras características se somam a essa condição mental. Há uma onipotência da subjetividade, de tal modo que as questões externas são compreendidas como conhecidas e não existe espaço para perspectivas diferentes. O mundo interno é vivenciado de forma dissociada, não havendo ligações ou associações. Fonagy (2018) considera que a equivalência psíquica possui aspectos que se sobrepõem às descrições de formas de pensamento esquizo-paranóide, especialmente as formuladas por Bion (1963) e a equação simbólica de Hanna Segal (1957).

As relações primárias, ou de apego, são facilitadoras da aquisição da capacidade de pensar e, conseqüentemente, do que descrevemos como mentalização, da mesma forma que dificuldades nestas relações de apego, ou traumas de apego, criam uma vulnerabilidade a longo prazo e a capacidade de mentalização não é totalmente restabelecida. Fonagy (2010; 2016; 2018) afirma que o traço mais característico de traumatismos é um funcionamento mental que oscila entre a equivalência psíquica e a dissociação do mundo interno.

Fonagy e colaboradores ampliam as pesquisas em torno do conceito de mentalização, como discorrem Duschinsky e Foster (2021). Atualmente, elas consideram, por exemplo, que a associação da capacidade de mentalização ao apego desorganizado acabou por dificultar a compreensão das diferentes dimensões que podem afetar a capacidade de mentalização, como o medo, fatores constitucionais e as dissociações e perturbações do “eu”. As pesquisas e desenvolvimentos posteriores, especialmente a partir dos anos 2000, acabaram por ampliar não só as conceitualizações de mentalização, como o que se configura como não mentalização, além das ampliações na utilização do método de *Tratamento Baseado em Mentalização* (MBT).

O MBT consiste em um acompanhamento psicoterápico, de 12 a 18 meses de duração, com possibilidades individuais e de forma grupal. O objetivo, de forma

resumida, é aumentar a capacidade e qualidade de mentalização do paciente. O MBT pode ser utilizado em diferentes processos psicoterápicos, de terapias cognitivas a psicoterapias psicanalíticas. A variação estaria na extensão e na ênfase dada à mentalização enquanto objetivo do tratamento (Allen; Fonagy; Bateman, 2008). Para o autor, a capacidade de mentalizar influencia não só na percepção que o sujeito tem de si mesmo, como pode dificultar a superação de dificuldades já vivenciadas.

[...] todas as vicissitudes “comuns” da vida mental: conflitos inconscientes por agressão; desejos edípicos e defesas montados contra eles; vulnerabilidades narcisistas; conflitos em relação a objetos investidos ambivalentemente, e assim por diante. Todas as dores incontornáveis da condição humana são vivenciadas com o imediatismo da ferida aberta e desprotegida pela pele proporcionada pela mentalização. Embora alguns desses derivados interajam com o trauma sofrido, a intensidade dos sentimentos associados não deve induzir o analista a pensar que esses conflitos posteriores são a causa subjacente da angústia mental do paciente. Eles foram amplificados e prolongados pela dificuldade do paciente em processar mentalmente qualquer experiência dolorosa (Fonagy, 2018, p. 59-60).

Assim, o objetivo dentro da perspectiva psicanalítica é promover uma mentalização em relação ao *self* do paciente e não apenas em relação ao trauma em si. A partir da transferência com uma figura de apego benigna, o paciente pode recuperar ou desenvolver a mentalização através de um processo apropriado de desenvolvimento. Esse processo proporciona o fortalecimento egóico, capaz de captar os impulsos antes que eles se tornem opressores, além de monitorar e compreender suas próprias motivações e dos demais. As lacunas entre os afetos e suas representações podem ser preenchidas, especialmente com relação aos estados mentais atuais, o que, conseqüentemente, possibilita uma maior compreensão dos traumas e conflitos, bem como na construção de relacionamentos mais seguros.

Compreendemos a prática a partir do conceito da mentalização, estruturada pelo referido autor, com muitas proximidades e relações com diferentes concepções e discussões desenvolvidas por outros autores aqui destacados. É o caso de Roussillon, em torno das dimensões traumáticas de uma configuração narcísico-identitária, na ausência de continentes face às demandas pulsionais e afetos não simbolizados, ou seja, as marcas do vivido que não se transformam em experiência, condenando o sujeito a uma oscilação de estados emocionais e atuações constantes. Também como destacamos com Bleichmar, o inconsciente, nestes casos, não remete ao percebido recalcado, mas aquilo que não conseguiu encontrar um lugar no

psiquismo, que se apresenta pobre em recursos representativos capazes de simbolizar, não só suas vivências como a precariedade das relações com o objeto originário.

4.9 Considerações

Entendemos que, anterior à satisfação do desejo, a urgência psíquica do Eu é conter os estímulos, para que estes não inundem o psiquismo. A sintomatologia, organizada pelas ciências médicas como o quadro nosológico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), nos conta de tentativas de superar o excesso de estímulos circundante no aparelho mental. Os teóricos aqui destacados pontuam os efeitos de falhas essenciais e precoces nas interações iniciais e as diferentes tentativas de reorganização do psiquismo diante destas. As possibilidades teóricas e técnicas são diversas. As dispersões geográficas e doutrinárias percorridas pela teoria psicanalítica a tornaram inevitavelmente plural, como vislumbrado na revisão integrativa de literatura presente nesta tese e aprofundada neste capítulo. Muito embora as conexões teóricas e técnicas possam variar, do ponto de vista psicanalítico, trata-se de adaptações a falhas estruturais, ocasionadas, provavelmente, em momentos precoces da formação psíquica do sujeito, nos desencontros do bebê e seu ambiente inicial; assim, os comportamentos de desatenção, impulsividade, agitação motora, entre outros, são adaptações/defesas diante destas falhas estruturais que comprometem a contenção e a constituição psíquica e, conseqüentemente, a subjetividade. Nestes casos, não se trata de um sintoma, em seu sentido psicanalítico, visto que não se refere a uma formação do inconsciente ocasionada pelo retorno de um desejo recalcado, como prevê a metapsicologia freudiana; mas, sim, são manifestações de déficits estruturais, ocasionadas pelas defesas empregadas diante das angústias iniciais, que impossibilitam a posterior simbolização de experiências, as quais afetam, entre outras questões, os conjuntos de representações de si (self) e algumas funções e delimitações da estrutura egóica.

Diante do exposto, compreendemos que o tratamento psicofarmacológico proposto para o TDAH - a prescrição de psicoestimulantes - traz danos a curto e longo prazo para essas crianças e adolescentes. As entrevistas com Júlio e Sofia deixam evidente, assim como os casos expostos brevemente no capítulo seguinte desta tese:

são crianças que, através da medicação, veem pioradas as suas representações de si, além dos sofrimentos físicos ocasionados pelas reações adversas, citados por todos os participantes desta pesquisa, de cefaleias, náuseas a alucinações; entrelaçam suas identidades ao diagnóstico e à dependência psicológica do medicamento. A psicanálise tem muito a dizer e contribuir e não deve se furtar a isso, trata-se da ética do cuidado. Neste sentido, iniciativas como a desenvolvida em Frankfurt e pormenorizada no capítulo seguinte, são importantes, não só por oferecer um modelo de atendimento psicanalítico para o TDAH, como por disponibilizar o rico arcabouço teórico e prático dessa ciência para a sociedade.

5 ESTUDOS DE CASO: ENCONTROS COM SOFIA E JÚLIO

Seguindo nossa proposição metodológica para a coleta de dados empíricos, iremos agora apresentar os dois estudos de caso da tese, que constituem uma reavaliação, entrevista e devolutiva de dois casos apresentados em estudo anterior, referente à pesquisa que originou a minha dissertação de mestrado. Desse modo, descreverei os encontros com Sofia e Júlio, desde o primeiro, no ano de 2007, no contexto da dissertação, passando pelo segundo encontro em 2019 e finalizando com o encontro da devolutiva em 2023, já no contexto da tese. Nos encontros de 2007 e 2019 tanto Sofia quanto Júlio atenderam a proposta da pesquisadora: desenhar uma pessoa agitada e posteriormente criar uma história a respeito deste desenho. As interações com a pesquisadora se deram a partir destes elementos, oriundos do que se denomina Procedimento de Desenho História com Tema, criado por Tânia Vaisberg e Fabiana Ambrosio (2013) na década de 1990. Os conteúdos provenientes destes encontros são interpretados a partir da posição de escuta psicanalítica e das suas categorias teórico-conceituais.

5.1 Caso Sofia

5.1.1 Conhecendo a história de Sofia

Iniciei as entrevistas da pesquisa do mestrado em 2007, com a mãe de Sofia⁶; por intermédio do profissional de psicologia escolar atuante na escola, essencial, aliás, para que os encontros necessários à pesquisa acontecessem. Tais encontros se deram, nesse primeiro momento (2007), no ambiente escolar. Na entrevista inaugural, lembro da mistura entre apreensão e felicidade por iniciar a pesquisa; a entrevistada parecia estar à vontade e falava bastante, o que, convenhamos, ajuda muito!

Perguntei a respeito das dificuldades percebidas em Sofia. A mãe pontua que desde o início de sua vida escolar algumas dificuldades eram notadas, escrevia ao contrário, além de outros comportamentos, como o verdadeiro pânico que sentia ao

⁶ Para maiores detalhes, cf. Barbosa, 2008, p. 71-74.

ver pessoas vestidas de Papai Noel: não era possível permanecer com a filha no mesmo local, tamanho o desespero da criança. Ademais a menina não conseguia dormir sem a presença física da mãe em seu quarto, o que perdurava até aquele momento e causava transtornos na vida familiar. Atualmente, as dificuldades escolares de Sofia parecem estar mais ligadas à concentração, pois em um dia sabe fazer a tarefa, já no dia seguinte não consegue executar o que no dia anterior fizera: “Num dia ela sabe, no outro não sabe mais”.

Posteriormente a tais colocações, a mãe expõe que durante a gestação de Sofia passou por situações difíceis. E revela: “É que ela não é filha do meu marido, mas ela não sabe disso!”. Vou ficando a par do segredo de Sofia: a mãe me conta de uma gestação descoberta após o término de um conturbado relacionamento, já no início de outro relacionamento, onde ela teve que se haver por um lado com um pai biológico raivoso e descontente que resolveu por não assumir qualquer responsabilidade diante da gestação e, por outro, um então namorado incomodado, que lhe propõe que ele seja, então, o pai de Sofia, jurídica e afetivamente, mas em contrapartida aspirava que a questão biológica não fosse exposta a menina. E assim o fizeram.

Trata-se de uma história carregada de tensões e perigos, pois a família do pai biológico já procurou a mãe requisitando contato com Sofia. No caso, a avó paterna, alegando que o marido estaria severamente doente e pedindo que ele pudesse conhecer Sofia. A mãe nega, haja visto o combinado com o marido. O avô biológico falece e a mãe completa: “Mais isso para mim!”. Desde então, o pai biológico de Sofia promete que se apresentará para a filha, em qualquer oportunidade que tiver. A mãe revela, que há pouco tempo desta entrevista, a família se colocou em alerta, pois Sofia teria combinado com a avó (paterna) que ao sair da escola iria até a casa da avó. No caminho, no entanto, mudou de ideia e foi para a sua casa. A avó ao notar a demora da neta aciona os pais muito aflita, pois imaginou que a neta tivesse sido levada.

Sofia faz acompanhamento psicoterápico e a profissional verbaliza a respeito da necessidade de que essa situação seja exposta à menina. Tem convocado o pai adotivo de Sofia para conversas, mas até o momento ele havia se desviado. Anteriormente, haviam decidido revelar a questão à menina, mas descobriram a gestação da irmã mais nova de Sofia, que, na ocasião da entrevista (2007), contava com cinco anos de idade; decidiram então esperar. Passados cinco anos, Sofia ainda não tinha a informação.

Sofia recebeu primeiro a prescrição do médico neurologista de Fluoxetina em março de 2007 e, em outubro do mesmo ano, o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e a Ritalina, de 10 mg, três vezes ao dia. A mãe conta que, ao prescrever as dez gotas diárias de fluoxetina, o médico explica para a menina que se tratava de um remédio para que ela não sentisse mais medo. Já ao indicar a Ritalina 10mg 3x ao dia, ele diz a Sofia tratar-se de um remédio mágico, que a faria enxergar melhor. Sofia tem um primo de 9 anos, que é diagnosticado pelo mesmo profissional com TDAH e que a alertara a respeito, dizendo à prima para não ir ao profissional, pois ele seria “médico de louco”. A mãe conta que a menina, ao sair da consulta, afirma: “Ele não é médico de louco nada, ele nem olhou a minha cabeça!” Sofia também disse que até aquele momento percebia melhora. Comento com a mãe que ela parece estar aguardando a magia prometida do remédio.

Sofia desenhou prontamente a pessoa agitada e em seguida narrou a estória a respeito de seu desenho, a qual anotei como ela verbalizou na ocasião. O Procedimento de Desenho-Estória com tema não prevê o pedido de um título, mas na ocasião o fiz; pedi tanto para Sofia como para Júlio que atribuíssem um nome para suas estórias. Sofia intitulou sua estória de “Um passeio maravilhoso”. Desenho e estória criados por Sofia em 2007 (Figura 2):

Figura 2 – Desenho de Sofia em 2007



“Um passeio maravilhoso”: Um belo dia, uma menina chamada Mariana estava muito agitada porque iria a um passeio com a escola, e ela não sabia o que fazia, se jogava futebol, se jogava vôlei ou pensava no passeio. E sua mãe falou para ela, que era para ela pensar no passeio, mas não ficar tão agitada como ela estava. E chegou uma amiga da mãe de Mariana, e a mãe dela falou que ela estava muito agitada mesmo pelo passeio, e a mãe de Carolina falou que ela estava igualzinha, não pensava em outra coisa e não sabia o que fazer. E chegou a noite, Mariana não conseguia dormir pensando no passeio de amanhã; e a mãe de Mariana falou que ela tinha que dormir, senão ia demorar para chegar amanhã e ela ir ao passeio. Então, Mariana fechou os olhos e conseguiu dormir. Então, Mariana acordou no outro dia, e a mãe dela falou assim: “– Viu, Mariana! Você dormiu, chegou rápido o passeio”. Então, Mariana foi ao passeio, ela contou tudinho para a mãe, que foi maravilhoso o passeio, e depois que ela chegou, chamou sua amiga Carolina e Carolina foi à casa de Marina e elas brincaram uma tarde inteira (Sofia).

Iniciamos a conversa a respeito de Mariana, a personagem criada por Sofia, e, ao questioná-la a respeito de como poderia ser possível ajudá-la com tanta ansiedade, Sofia apresenta a solução de não revelar a Mariana a respeito do passeio. Pergunto como seria possível, uma vez que se tratava de um passeio escolar e, se algum recado precisasse ser dado, já bastaria para Mariana saber do passeio. E Sofia traz a solução novamente: “Mariana, vai brincar um pouquinho lá fora”. Ou seja, Sofia me conta, que há um segredo, e ela sabe disso. Existe algo que não pode ser dito em sua

presença. Lembro que na história de Mariana, a informação já estava com ela, e questiono como então poderíamos ajudá-la. Sofia diz que é preciso que a mãe a leve a um médico, que lhe dará um remédio. “Mas e Mariana?”, pergunto. “Sozinha ela não conseguirá”, me responde Sofia; e adverte: “é preciso que ela acredite que o remédio irá ajudá-la”.

Tentarei agora condensar neste espaço as percepções e reflexões pormenorizadas na dissertação de mestrado⁷. Em linhas gerais, compreendi, naquele momento, que estávamos diante de uma inibição intelectual. Aprender gerava ansiedade insuportável e Sofia recuava. Possuía os recursos, mas não conseguia dispor deles. O remédio oferecido a Sofia, nomeado pelo médico como mágico e endossado nessa posição pela família, favorecia uma defesa maníaca diante de toda a angústia vivida, o que, por sua vez, alimentava a dependência que Sofia já manifestava da medicação. Sem ele, não haveria possibilidade de não se agitar, e consequentemente, aprender. Um potente remédio seria Sofia ter acesso à parte de sua história não dita: a questão de sua paternidade biológica e o medo de que este pai a encontrasse, como prometera, gerava uma atmosfera de medo e ansiedade em todos os envolvidos, incluindo Sofia.

5.1.2 Reencontro com Sofia na nova pesquisa

Localizo Sofia através de uma rede social. Envio mensagem privada me rerepresentando, falando da pesquisa que ela contribuiu quando estava no ensino fundamental – com 10 anos de idade. Falo do meu desejo em estar com ela novamente. Sofia aceita de pronto e me questiona se eu posso lhe mostrar os resultados da pesquisa de doze anos atrás. Digo que sim; mas confesso que a angústia da pesquisadora estava na questão: “Sofia já sabe de seu pai biológico?”. Se não, como eu pontuaria os resultados? Este seria o momento, ou na ocasião da devolutiva? Sigo para o nosso encontro em sua cidade natal. A seguir o desenho de Sofia e sua história (Figura 3). Entrevista na íntegra em anexo.

Figura 3 – Desenho de Sofia em 2019

⁷Para maiores detalhes, cf. Barbosa (2008), p. 78-86.



A menina agitada: *“Era uma vez, uma menina. Gostava de fazer muitas coisas ao mesmo tempo, então ela estava sempre com o pensamento muito acelerado. “Tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo”. E isso deixava ela muitas vezes mal, por isso, porque às vezes ela tentava, tentava, fazer tantas coisas e não conseguia fazer tudo com começo, meio e fim. Então, um belo dia, essa menina decide que ela tem que se focar em algum, em alguma coisa só, e fazer aquilo antes de começar outras coisas, então ela vê que assim vai ficar melhor, que ela vai conseguir tudo que ela tem que fazer.”*

A psicanálise de casal e família vem há muito tempo se dedicando ao estudo da transmissão da vida psíquica. Freud ao longo de sua obra aborda a questão em diferentes perspectivas e escritos. Em os *Estudos sobre a Histeria* (1893-1895), discute a respeito da transmissibilidade da neurose por via psíquica. Em seu texto *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (Freud, 1996), desenvolve a ideia de construção do sintoma através do mecanismo de identificação:

Um determinado ego percebeu uma analogia significativa com outro sobre certo ponto e, sob a influência da situação patogênica, deslocada para o sintoma que o primeiro ego produziu. A identificação por meio do sintoma tornou-se assim o sinal de um ponto de coincidência entre os dois egos, sinal que tem de ser mantido reprimido. (p.117).

Interessante notar que Sofia nos coloca claramente essa identificação de seu sintoma com o sintoma de sua mãe. Quando questiono o porquê de sua agitação, qual a sua teoria para a sua agitação, ela responde: “De verdade, eu acho que a minha é hereditário, porque a minha mãe é muito ansiosa. A minha mãe teve muito isso, a minha avó também...”. Em 2007, única vez que estive com a mãe de Sofia, a mãe mostrava-se inquieta com a questão da paternidade de Sofia. A informação não dada à filha e a promessa do pai biológico de encontrar a menina e se apresentar a ela nitidamente a deixavam ansiosa. É possível dimensionar, sem grandes esforços, que cotidianamente conviver com esses fantasmas do que não é dito a Sofia e a ameaça de um possível encontro da filha com seu pai biológico a deixavam em estado de alerta constante.

O que nos parece é que de fato o não revelado, o segredo, é o ponto de coincidência entre os dois egos, entre mãe e filha, sendo o que parece provocar ansiedade em ambas. O primeiro desenho de Sofia (2007), é justamente ela e a mãe, desenhadas de forma quase idênticas. Apenas pequenos detalhes as diferenciam. Se não fossem os balões que saem de suas cabeças, ficaríamos em dúvidas de quem estaria representando quem no desenho. No balão de Sofia: “Quero ir ao passeio amanhã” e no balão da mãe: “Minha filha está muito agitada para o passeio”.

Ademais, ao ser questionada de como seria possível ajudar Mariana, a personagem de seu desenho e estória, em sua ansiedade pelo passeio, Sofia acaba revelando questões importantes: com naturalidade e prontidão, Sofia diz que não deveríamos contar a Mariana a respeito do passeio, passeio esse que ela já sabia e por isso estava ansiosa. Questiono Sofia como seria possível manter o passeio em segredo e se acaso fosse necessário a troca de informações a respeito do passeio, considerando que a sala de aula estava envolvida na atividade. Solução dada pela Sofia de 10 anos: “Mariana, vai brincar um pouquinho lá fora”. Ou seja, Sofia me conta que há um segredo e ela sabe disso. Na verdade, sabe e não sabe. Inconscientemente Sofia sabe, mas tem a clara percepção que o que há para saber, não se deve saber!

Assim, a dificuldade de aprendizagem que levou Sofia até o diagnóstico de TDAH - um dia sabe, já no seguinte não sabe mais o que antes sabia - vai ficando

mais clara para nós. Sofia parece desconfiar de suas percepções. O tempo todo é como se ela não pudesse levar até o fim suas percepções; talvez desconfiasse de si mesma. Em termos psicanalíticos, trata-se do mecanismo de defesa de negação da percepção, que se traduz normalmente por *denegação* ou *recusa*. Coelho Junior (2000, p. 90), explica que

A ambiguidade presente nesse mecanismo é fundamental: só há negação do percebido porque há percepção do objeto negado. Perceber e não poder perceber ao mesmo tempo. Há como que dois registros, ou melhor, um que procura apagar o outro; mas eles são simultâneos.

A denegação tem, portanto, a forma essencial de um desmentido, mas este mecanismo se apresenta de diversas formas e níveis, desde sua presença na negação da percepção ou do pensamento, como parece ser o caso de Sofia, até a divisão do próprio ego na relação com a castração, como Freud descreveu mais especificamente na formação do objeto fetiche (1927) e na dissociação do ego nos processos defensivos em geral (1938). No caso de Sofia havia mais uma identificação com a mãe e um conluio em torno de um segredo que produziam sintomas da ordem da inibição intelectual, mas, principalmente, do excesso de excitação psicomotora e da falta de atenção psíquica. Tudo isso indicava que era no plano do controle e ligação dos impulsos, incidindo sobre as funções de percepção e o controle psicomotor do ego, que o conflito se expressava. Entretanto, havia um conteúdo fantasístico que circulava pela via identificatória e que parecia ser o verdadeiro cerne da questão.

Voltemos, então, ao importante tema da transmissão psíquica, tal como compreendida pela Psicanálise. Há duas formas vitais de transmissão psíquica: a *intergeracional* e a *transgeracional*, ambas são formas de transferências de transmissão de conteúdos de um psiquismo para o outro através dos vínculos. Contudo, o que pode ser dito, verbalizado e representado e por isso gera transformações nas gerações futuras, denomina-se intergeracional; já aquilo que se passa sem a possibilidade de ser dito, diferenciado, transformado, é nomeado de transgeracional (Granjon, 1990). Sendo assim, a história de cada um de nós se sustenta na história da família que nos precede, a partir desta complexa rede de propagações de ditos e não ditos, pulsões e identificações.

Miriam Debieux Rosa (2009) traz importantes considerações a respeito do não-dito em psicanálise, ao explicitar as diferentes referências de não-ditos na literatura

especializada e dividi-los, em: possíveis, impossíveis e “voluntários”; neste último caberiam as escolhas “voluntárias” de omitir, ou seja, o segredo, aquilo que não se deve dizer:

Ora, se o não dito situa-se no campo do saber, mas não no do conhecimento ou da realidade, torna-se, no mínimo, um desconhecido que ameaça toda a rede de identificações que contesta a própria ideia sobre a realidade desmontando atributos essenciais sobre os quais o Eu foi construído (Debieux, 2009, p.87).

Ao me revelar sobre o não-dito a respeito do pai biológico de Sofia e sua embaraçosa situação: entre a proposta de seu marido, pai adotivo de Sofia; o pedido de contato da avó paterna para conhecer e se relacionar com Sofia, até as ameaças do pai biológico de encontrar a menina; presenciei uma mãe inundada de culpa, ansiedade, medo e dúvidas, que se questionava, quanto às dificuldades da filha, se não estariam relacionadas, de alguma forma, a uma gestação difícil.

O segredo com relação à paternidade de Sofia e as tensões provenientes desta situação podem ter comprometido drasticamente a capacidade desta mãe em conter as ansiedades primitivas de seu bebê, tarefa essa já bastante complexa e exigente em situações, digamos, “normais”, no sentido de não haver questões extras como essa. Ana Rosa Chait Trachtenberg ressalta que os segredos não só perturbam as funções parentais como promovem uma troca:

[...] uma inversão da linha geracional, pois o filho - ao contrário do que é esperado na primitiva relação mãe-bebe - passa a conter a ansiedade proveniente do irrepresentável e do não elaborado das angústias parentais (Trachtenberg, 2017, p. 85).

As dificuldades enfrentadas por Sofia em seu processo de aprendizagem e listadas por ela no decorrer de nosso reencontro em 2019⁸, como sua atenção fragmentada, dificuldade em controlar o impulso de dentro; seu TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade), que ela própria compreendia como sendo a ansiedade herdada da mãe⁹, concebo como o irrepresentável, a ansiedade realmente

⁸ Entrevista com Sofia em 2019, em anexo, p. 201.

⁹ Entrevista com Sofia em 2019, em anexo, p. 202.

herdada, que não encontra possibilidade para ser integrada ao ego, enquanto segredo.

Abraham e Torok (1986), conceituaram a ideia de criptas, em que os segredos familiares inconfessáveis ou vergonhosos são mantidos, muros intrapsíquicos, construídos para a manutenção destes segredos. Esse espaço reservado ao segredo (cripta), fica fragmentado do restante do psiquismo, não reconhece e tampouco é reconhecido pelo ego. Ou seja, não há integração e as conexões e representações de palavra se perdem, o que não significa, contudo, que não existam consequências para a subjetividade em questão; ao contrário, as manifestações do que não é simbolizado ou elaborado conscientemente são vastas e complexas, como explanado no capítulo teórico desta tese.

A transmissão do segredo a Sofia, feito sem palavras, mas com muitas percepções de perigo, deixam a marca do medo. Sofia fala disso ao me contar que, mesmo sabendo qual era o curso de graduação que gostaria de cursar, ainda assim fez um ano de cursinho preparatório para o vestibular, pois tinha muito medo: “...eu tinha muito medo de ir para uma faculdade e não conseguir”¹⁰. Sofia também conta de suas crises de pânico, por volta de três episódios, sendo o primeiro aos treze anos de idade, o que a levou a uma nova e posterior troca de medicação. Assim, além do Concerta, a Paroxetina foi adicionada.

Sabemos que o início da adolescência é um momento de intensa confusão. Somado ao crescimento físico, tem-se o desenvolvimento da sexualidade, em que a estrutura corporal adquire potências novas e assustadoras, como a experiência genital e a capacidade de destruir, matar, o que antes era apenas uma possibilidade em fantasia. Freud, em “Três Ensaios sobre a Teoria da Sexualidade” (1905), aponta para estas mudanças e seus impactos nos processos psíquicos, o incremento libidinal e a excitação sexual, reatualizando as fantasias incestuosas. As pulsões parciais da sexualidade infantil se reordenam, possibilitando uma escolha objetal fora do próprio corpo. Assim, entre os trabalhos psíquicos da adolescência, destaca-se o encontro com o outro na alteridade genital, ou seja, o reconhecimento de si e a diferenciação sexual.

¹⁰ Entrevista com Sofia em 2019, em anexo, p. 199.

Neste trabalho identitário, o adolescente terá que se haver com questões psíquicas da primeira infância, acrescidas das transformações fisiológicas e emocionais citadas, como resume Wadell (2017, p. 215):

Em outras palavras, conflitos antigos, especialmente aqueles da infância e da luta edípica estão sendo retrabalhados (no contexto de novos impulsos genitais), conflitos que testam a qualidade da continência e internalização iniciais.

Assim, mesmo uma criança que não tenha em seu desenvolvimento uma ansiedade herdada como Sofia não escaparia das ansiedades decorrentes dessa passagem; por conseguinte, o modo como o adolescente enfrenta tais mudanças depende essencialmente do padrão estabelecido na infância. O que a jovem Sofia nos conta são crises de pânico, iniciadas aos treze anos de idade.

Conjecturamos aqui que os episódios de pânico de Sofia podem estar atrelados à transmissão psíquica do perigo sem palavras, ou seja, do tipo transgeracional. Seriam o próprio estado de alerta ante ao perigo encarnado em seu corpo, de tudo o que estava percebido, mas não estava, sabia-se e não sabia, pois faltava a palavra que ligasse o percebido ao vivido. Como se nestes instantes Sofia vivenciasse uma suspensão de si, pois estava submetida a algo sem representação, algo que não podia ser formulado em palavras, mas que se fazia presente sensorialmente. Tudo isso acrescido das intensidades e ressignificações próprias da adolescência.

Esse arranjo complexo se somava ao que fora transmitido pela mãe à Sofia pela herança intergeracional e ao conluio no grupo familiar em torno de um segredo e de um perigo. Para Lima e Pennacchi (2022, p. 68):

Com isso nos referimos ao alcance da transmissão psíquica na formação do psiquismo do sujeito, proveniente da mãe, que carrega dentro de si o pai da criança e seu objeto de relação conjugal, que o sujeito também incorpora”

Portanto, compreendemos que há também duas vias de transmissão de conteúdos nesse grupo familiar - um nomeável e outro da ordem do traumático - que confluem para a construção de uma fantasia ambivalente sobre conhecer o segredo e defesas maníacas da ordem da denegação.

O reencontro com Sofia após doze anos esteve envolto por seu segredo, do começo até depois do fim. Explico: a questão perturbadora para mim, enquanto

pesquisadora, era como dizer do segredo para Sofia, sem dizer. Eram evidentes as marcas e consequências deste para a problemática de Sofia e, para além dessas, carregava desde o ano de 2007 algo que pertencia a Sofia. Ainda que o segredo envolvesse outras pessoas e a função de revelar a Sofia não coubesse a mim, eu portava a informação! E compreendia que a sua ansiedade provinha, em grande parte, das defesas que precisou engendrar para lidar com a percepção que circulava, ou seja, que havia uma informação, mas que concomitantemente precisava ser negada.

Ao me reapresentar para Sofia através de mensagem privada em uma rede social, ela mostrou-se disponível para o encontro e desejosa de informações. Questionou se eu poderia lhe mostrar o que vi em 2007 em seu desenho e respondo que sim, já inundada pela dúvida de sempre: Sofia já sabe a respeito de seu pai biológico? Ou seria o nosso encontro que lhe daria a pista derradeira? E uma vez mais: como dizer a Sofia, sem dizer?

No dia agendado segui para a cidade natal de Sofia. Desta vez, nosso encontro foi em um consultório de Psicologia que subloquei para a ocasião. Sofia surgiu pontualmente, sorridente nos olhos e lábios, exatamente como a menina de seu desenho e de minha lembrança. Receptiva, executou seu desenho e estória, conversamos por cerca de uma hora no total, entrevista que está na íntegra em anexo. Iniciamos com a confecção do desenho. Pedi a Sofia, exatamente como há doze anos: desenhe uma pessoa agitada. Ao terminá-lo, solicitei que ela formulasse uma estória, com começo, meio e fim a respeito de seu desenho e um título para essa estória. Tais produções já foram apresentadas anteriormente.

Doze anos depois de sua primeira produção, Sofia desenha a si mesma sozinha e me explica que tentou fazer movimento nos braços. Não há no desenho mãos em Sofia e o chão continua irregular, tal qual no desenho de 2007, assim como seus olhos estão fechados e ela sorri. A ausência das mãos me salta aos olhos, para quem vivia a tensão de não saber. Se Sofia sabia, o que precisava saber de si, a ausência das mãos trouxera questionamentos imediatos sobre o quanto seriam palpáveis questões tão complexas, somadas ao chão que continuava irregular e os olhos fechados. A angústia de o que e como dizer a Sofia só aumentava.

Até chegarmos ao ponto de falarmos de seu desenho de 2007 e o que vi nele - ou pelo menos parte do que vi -, Sofia não deu dica alguma se sabia a respeito de seu pai biológico. Tudo indicava que não; na verdade, até aquele momento ela tinha me contado do quanto na faculdade ela havia conseguido se arranjar com seu padrão

ansioso, focava em uma coisa de cada vez, diferente de antes, como a sua nova estória (“A menina agitada”) descreve, inclusive. Antes mesmo de lhe mostrar a sua crença na medicação, tão evidente na nossa conversa quando ela tinha dez anos, Sofia me conta que por muito tempo compreendeu que se não tomasse a medicação (Ritalina e/ou Concerta): “[...] eu não conseguiria prestar atenção na aula, não conseguiria ir bem na escola, por exemplo” (anexo 1,p.235). Em seguida, pontuou seu sentimento de vitória quando retirou a medicação prescrita para o TDAH de sua vida, pois compreendeu que ela conseguia prestar atenção mesmo sem os efeitos da medicação.

Ao me descrever o quanto a medicação influenciou a sua crença, ou descrença, melhor dizendo, em seus recursos para focar a atenção, pedi que Sofia falasse do quanto e no que ela compreendia que tanto o diagnóstico quanto a medicação influenciaram sua vida. Ela se põe a narrar a respeito de um atendimento com ela, seus pais e a psicóloga e psicopedagoga da escola que frequentou antes da terceira série do ensino fundamental. Naquela ocasião, a profissional pontuou que, diante da ansiedade e da hiperatividade de Sofia, ela não iria aprender nunca. Sofia me diz que não sabe nomear o sentimento que lhe veio naquele instante, mas que pensava naquele momento como “caiu tudo”, acrescidos do questionamento de por que, então, estava ali, se nunca aprenderia, por que frequentar a escola. Foi após este episódio que os pais a transferiram para a escola onde nos encontramos 12 anos atrás e onde ela permaneceu estudando até a conclusão do ensino médio.

Pois bem, para a pesquisadora que já se sentia em uma situação complexa, a cena trazida por Sofia pesou; afinal, uma profissional de psicologia já havia deixado uma marca negativa em sua história, a ponto de movimentar uma mudança de instituição de ensino e memórias dolorosas para os envolvidos. Por conseguinte, após essa informação, intensifico as apreensões que já trazia comigo, e vou tateando, colocando de uma forma indireta e homeopática as questões do conhecer como algo que parecia ser perigoso, que lhe causava medo e lhe angustiava. Sofia concorda e atribui tais sentimentos como advindos da situação que acabara de me narrar, incluindo os pais nestes sentimentos. Ressalta que eles a trocaram de escola no dia seguinte e que, procuraram alternativas, sem desistir dela.

Volto para a questão da medicação e, quando começo a dizer sobre a diminuição do medicamento para TDAH - pois, ao falarmos de sua dependência psicológica de tal medicação, ela cita que o psiquiatra foi reduzindo até que retirou a

medicação -, ela me interrompe e diz que atualmente toma Paroxetina, devido a crises de pânico que lhe acometeram pela primeira vez aos treze anos. Ao todo haviam sido três crises. Pergunto se acaso ela relacionava essas crises de pânico a algo. Ela me respondeu que não e que não havia parado para pensar. A essa altura, com a informação das crises de pânico, comecei a lidar com a hipótese de que Sofia ainda não tivesse a informação a respeito de seu pai biológico. Seguimos falando de suas produções com dez anos e o máximo que faço é falar que era nítido o seu desejo, a sua curiosidade por conhecer, mas um medo muito grande e pergunto “medo de quê?” e Sofia me responde que imaginava ser o medo de não aprender. Insisto discretamente sobre o curso de graduação que resolveu cursar (Psicologia), lhe digo que é uma profissão investigativa e ela me fala em escuta.

Seguimos falando de suas dificuldades escolares. Ela me diz da vergonha em tomar remédio, que ela mantinha isso em segredo e me diz que não se percebia com uma identidade própria; acabava, inclusive, se projetando nas amigas, desejando ser igual ao outro. Antes não se via com recursos, agora no curso de graduação se vê diferente, com condições, e é reconhecida pelos demais como possuidora destes recursos; mas conclui que, caso continuasse com a medicação para TDAH, estaria robotizada, pois além dos efeitos colaterais de dor no estômago e falta de apetite, o Concerta lhe trazia o desejo, que antes não tinha, de se deitar. Chegava da escola e queria se deitar, dormir e, sob o efeito da medicação na escola, ficava como uma estátua.

Encerramos nosso encontro com Sofia me contando que, quando vê uma criança recebendo essa medicação, se questiona se estaria sendo eficaz. Falamos mais um pouco de seu desenho e eu lhe falo de parte de minha angústia, de vê-la aos dez anos atribuindo a potência de aprender ao remédio e não a si. Ela diz que em meu lugar também ficaria assim. Dou-lhe uma cópia de seu desenho anterior e nos despedimos. Eu, mais uma vez, me despeço de Sofia com a dúvida: ela sabe ou não sabe? Ao mesmo tempo que um lado meu me cobrava que deveria ter dito mais, o outro tentava me tranquilizar, pois estávamos diante de uma situação bastante delicada.

5.1.3 Devolutiva com Sofia ao final da nova pesquisa

Assim, o tempo passou, inclusive o tempo pandêmico (período de reclusão social motivado pela pandemia de Covid-19), prazos estendidos, mas já não era possível estender a questão do segredo de Sofia. Para a devolutiva da pesquisa, era preciso ser mais específica, ainda que não totalmente clara. Desse modo, eu a convidei uma vez mais para conversarmos, desta vez para que pudesse lhe falar das considerações finais do trabalho. Fui até ela, em sua cidade natal, mais uma vez em uma sala sublocada de uma profissional de Psicologia. Por volta de uma hora e meia antes do horário de nosso encontro, Sofia me envia mensagem questionando se haveria possibilidade de adiantarmos nosso encontro, pois a hora agendada anteriormente por nós ela temia não conseguir chegar. Como estaria na cidade apenas para a devolutiva de Sofia e Júlio (o outro participante), não conseguiria alterar o horário, mas poderíamos remanejar para outra dia, propus. Sofia disse que iria e realmente comparece.

Ela começa me contando que terminou a faculdade, se mudou de cidade e, neste dia em que conversamos, estava fazendo novamente sua mudança para a cidade natal. Entendo melhor sua mensagem e pedido a respeito da alteração de nosso horário; ela estava envolvida literalmente com sua mudança de cidade. Sofia me conta que irá se casar no mês seguinte. Enfim, muitas mudanças em sua vida. Digo a Sofia que, diante de tantas questões, meu sentimento de gratidão pelo encontro só aumentava e que lhe devia maiores esclarecimentos a respeito das entrevistas que ela generosamente me concedeu.

Pontuei que parecia haver em sua história algo que movimentava ansiedade e que, desde criança, ela parecia perceber, mas, ao mesmo tempo, talvez não pudesse ou não deixassem e isso parecia tornar o conhecer e a busca pelo conhecimento mais complexos do que de costume. Não parecia ser uma questão interna apenas, todo o ambiente parecia partilhar desta ansiedade com relação ao conhecer, de alguma forma, era como se conhecer fosse perigoso.

Sofia faz um sinal afirmativo com a cabeça e responde que sim, que existia mesmo algo. Na sequência conta que seus pais lhe contaram em seu aniversário de quinze anos que ela era fruto de outro relacionamento de sua mãe. Sofia relembra que o pai (adotivo) lhe entregou uma carta, bastante emocionado, no consultório de sua psicoterapeuta. Também estavam presentes sua mãe e sua irmã mais nova, que

chorou bastante com a notícia dada a Sofia. Entre esses esclarecimentos, Sofia diz que não quer conhecer o pai biológico, que inclusive não se lembra do nome que lhe disseram e vai me contextualizando que a decisão de lhe revelar a verdade, naquele momento, foi motivada pelos questionamentos feitos a ela por uma professora do ensino médio, nascida na cidade natal de seu pai adotivo, a professora questionou se ela era de fato filha dele, pois ela e o pai de Sofia seriam contemporâneos e ela não se recordava deste ter uma filha com a idade de Sofia.

Os questionamentos da professora deixaram os pais em estado de alerta; compreenderam que mais cedo ou mais tarde a verdade viria até Sofia e da pior forma: por outros. Sofia diz que, para ela, não mudou nada: “Ele sempre foi meu pai, o outro não sei quem é e não quero saber”. Segue dizendo que foi alguém que não se interessou em assumir a gravidez de sua mãe. Comento que o pai que ela tem hoje escolheu ser o seu pai. Sofia concorda e complementa: “Sim, ele sempre esteve comigo, em todos os momentos, e será ele que entrará comigo na igreja em meu casamento”. Digo a Sofia que ela também o escolheu como pai! Ela sorri, concordando, com os olhos marejados e dizendo que agora mesmo o pai está sendo fundamental em sua mudança, com toda a correria e bagunça, ele está sempre disponível.

Comento de meu alívio ao saber que Sofia sabe; ela sorri e diz: “Coitada! Todos esses anos e você com isso!”. Sorrio e lhe digo que, de fato, durante esses anos, pensei muito nas coisas que a Sofia de dez anos desejava, mas temia saber. Embora estivéssemos falando, de fato, da questão central - o segredo -, notava que o clima não era de alívio, confesso. Ao tentar, neste momento, colocar em palavras, percebo o quanto parecia que pisava em ovos. Aliás, é interessante notar, quando nos encontramos em 2019, Sofia estava mais receptiva, o clima parecia mais leve, diferente deste momento. Sentia, desde a mensagem pedindo para mudar seu horário, que Sofia não viria e, embora estivesse ali, generosa como sempre fora comigo, é como se eu sentisse o quanto uma porção grande dela não quisesse estar ali.

Despeço-me fisicamente de Sofia, agradeço-lhe uma vez mais, me colocando à disposição caso ela queira conversar sobre algo suscitado pela pesquisa, mas isso sai de forma rápida, totalmente diversa das outras situações em que estivemos juntas (2007 e 2019).

Por um longo tempo me questioneei se não havia perdido o *timing*, se no encontro de 2019, quando Sofia me pede se posso lhe contar o que vi em seu desenho de criança, se ali não era o momento de dizer o que só me foi possível nesta devolutiva. Em contrapartida, se eu deixei de dizer de forma clara, é verdade, na ocasião, também Sofia não revelou nada a respeito, mesmo com minhas colocações indiretas e homeopáticas: “[...] conhecer para você realmente parecia um negócio perigoso, uma coisa que te metia medo, né!?” (p.241 do anexo 1). Na ocasião, ela concorda, e compreende que tudo o que viveu com relação à psicóloga da escola, com a sentença de que ela não aprenderia, lhe deixou, de fato, com muito medo de não aprender.

Entre tantas questões que indiscutivelmente me pressionavam, desde portar o segredo e não o ter revelado, passando pelo sentimento de traição que sentia, Sofia sempre disposta a me ajudar e eu sem revelar o que é seu por direito, cada vez mais fui vivendo um sentimento de culpa e angústia paralisantes. Escrever meus encontros com Sofia foi e é mais difícil que o habitual, iniciei e desisti do caminho incontáveis vezes. E, ainda aqui, neste ponto da escrita, retorno a leitura do que já relatei com a sensação de que não está claro, falta ou algo parecido. Foi preciso dizer disso em alto e bom som, ou seja, me ouvir falando, e ser amparada por meu orientador e companheiras (os) do NEEPPSICA (Núcleo de Estudos, Extensão e Pesquisas em Psicanálise) para começar a elaborar tais sentimentos e conseguir, enfim, transferir para o papel o possível.

5.1.4 Discussão Geral do Caso

A psicanálise sempre esteve atrelada, teórica e tecnicamente, a questões da comunicação entre os sujeitos envolvidos em seu processo (analista e analisando), estruturou-se a partir da concepção freudiana de que os sintomas comunicam algo e posteriormente considerou a relação estabelecida entre analista e analisando permeada por comunicações próprias denominadas transferência e contratransferência. A transferência, embora seja classicamente reconhecida, como apontam Laplanche e Pontalis, “o terreno em que se dá a problemática de um tratamento psicanalítico, pois são a sua instalação, as suas modalidades, a sua

interpretação e a sua resolução que caracterizam este” (2001, p. 514), percorreu um longo caminho elaborativo até alcançar esse lugar.

A primeira vez que Freud utiliza o termo foi em *A Interpretação dos Sonhos* (1900). Neste momento, transferências seriam as reimpressões das representações recalçadas no inconsciente. Como aponta Geselda Baratto (2010), ao traçar uma genealogia do conceito na vasta obra freudiana, os sonhos permitiram a Freud vislumbrar a estrutura do desejo, acionamentos, insistências e disfarces utilizados até chegar ao conteúdo manifesto. Após duas décadas, diante da compulsão à repetição e suas articulações com a transferência no *Além do Princípio do Prazer* (1920), compreendeu que, na transferência, o desejo inconsciente é atualizado através de seu deslocamento para representantes: sintomas, sonhos, chistes e na relação com o analista; assim, a psicanálise pressupõe que, na relação analítica, o analisando repetirá seus protótipos infantis de forma atualizada na figura de seu analista, e o manejo destes constituem parte do processo terapêutico.

Em contrapartida, as reações inconscientes do analista com relação ao seu analisando e as transferências deste, denominadas contratransferência, não foram elaboradas por Freud como a transferência. O criador da psicanálise via o aspecto negativo, considerando um obstáculo ao tratamento. Contudo, afirmou em seu texto *Recomendações aos médicos que exercem a Psicanálise*:

Deve ajustar-se ao paciente como um receptor telefônico se ajusta ao microfone transmissor...o inconsciente do médico é capaz, a partir dos derivados do inconsciente que lhe são comunicados, de reconstruir esse inconsciente, que determinou as associações livres do paciente (1996c, p. 129).

Para tanto, Freud adverte a respeito da necessidade de o analista estar ciente de seus próprios complexos, através de seu processo de análise, evitando, assim, que suas questões pessoais o impeçam de compreender o que seu analisando lhe coloca. O conceito de contratransferência gerou inúmeros debates e polêmicas entre os psicanalistas e as ampliações foram inevitáveis. Sándor Ferenczi (1873-1933), Paula Heimann (1899-1982), Michael Balint (1886-1970), Winnicott (1896-1971), entre outros, viabilizaram uma maior compreensão das diferentes comunicações possíveis entre os sujeitos, desde o uso da linguagem verbal até as sensações, olhares, impressões psicossomáticas. Assim, o que outrora fora um obstáculo à prática clínica,

tornou-se outro meio de comunicação para a psicanálise, caracterizando-a como um processo fundamentalmente intersubjetivo.

O 'Dicionário Enciclopédico Inter-Regional de Psicanálise do IPA¹¹' (International Psychoanalytical Association) pontua tratar-se de um tema que potencializou o conhecimento e o crescimento da teoria psicanalítica, além de ser um tema emergente comum entre os psicanalistas de diferentes escolas. Sendo assim, a comunicação não se restringe a subjetividades individuais, mas trata-se de operações psíquicas desenvolvidas a partir do vínculo, do encontro entre sujeitos. Salientou André Green (1927-2012), importante teórico da psicanálise contemporânea (2000, p. 02): “É no entrelaçamento dos mundos internos dos dois participantes da dupla analítica que a intersubjetividade se cria”.

Compreendemos os encontros transcorridos por ocasião da pesquisa aqui descrita, como dimensões deste campo intersubjetivo, onde os canais para a comunicação das subjetividades em questão são abertos e estes precedem a linguagem verbal. Roussillon (2019), importante autor da psicanálise contemporânea, compreende que a disposição de analista e analisando, sentados frente a frente, como nos referidos encontros para a pesquisa, são uma via para a passagem de mensagens transferenciais, como esclarece Eliana Rache: “Ele chama esse trabalho de ‘conversas psicanalíticas’, pois cada um dos participantes tem sua vez de falar, embora alternando-se a participação de cada um” (2017, p. 59). Para o autor, essa disposição física facilita o diálogo mimo-gesto-postural, ou seja, o analista tem a possibilidade de captar e dar sentido a linguagens corporais que não haviam sido transferidas para o aparelho verbal.

Dentre suas ampliações teórico-técnicas, o autor em questão ressalta que, diante do traumático, o aparelho psíquico lançará mão do mecanismo de clivagem, como coloca Freud em *Além do Princípio do Prazer* (1920), o que trará duas realidades psíquicas distintas, ou seja, parte das experiências e vivências do indivíduo estão integradas, podem ser elaboradas e simbolizadas através da linguagem verbal, em contrapartida outra parte escapará à possibilidade de integração. Assim, sua “especificidade está na alucinação perceptivo - motora de zonas traumáticas

¹¹ Disponível em: www.ipa.world/encyclopedia_dictionary.

submetidas à compulsão e à repetição” (Roussillon, 2017, p. 69). Como visto em nossa fundamentação teórica, René Roussillon faz em sua obra importantes ampliações e considerações a respeito das situações traumáticas, quando a experiência subjetiva não pode ser integrada e, conseqüentemente, o sujeito não se apropria da experiência vivida.

Assim, para além das sensações individuais da pesquisadora, aqui já citadas, relacionadas a suas questões individuais, a tensão, o pisar em ovos, o clima absolutamente diverso dos demais encontros com Sofia, conjecturamos tratar-se do clivado diante do traumático, as percepções negadas ou denegadas por ela ao longo de seu desenvolvimento, as ansiedades herdadas diante de um não dito, um segredo de Sofia e para Sofia. A persistência de uma tensão - sentida pela pesquisadora - mesmo após a dupla verbalizar a questão do que antes era mantido em segredo, ou seja, a respeito da paternidade de Sofia, sugere que estamos diante do que fora clivado, separado, e não pode ser ainda elaborado, integrado às vivências de Sofia.

Ao descrever a situação, enquanto pesquisadora que vivenciou o incômodo e tem uma trajetória com Sofia e sua história, ainda que de forma pontual, algumas reflexões a respeito deste me passam: o incômodo carregava uma sensação de encerrarmos o assunto. Tínhamos uma mudança concreta acontecendo, na realidade externa, mas também havia um mundo interno em mudança, com mobílias reviradas, por uma pesquisa, um recontar e refletir a respeito dos sintomas. Nesse rearranjo, imagino, encontramos a complexidade humana da ambigüidade, a gratidão por um pai adotivo tão empenhado em lhe ajudar, mas que também escolheu lhe esconder algo, um estranho, que não lhe interessa, mas que ao mesmo tempo carrega biologicamente. Enfim, muitos são os sentimentos, sensações e percepções que ainda não encontraram lugar na mudança que as informações trazidas a Sofia provocaram, e possivelmente foram remexidos com a presença da pesquisadora e suas palavras... Acompanhar parte da história de Sofia ao longo desses anos e ao mesmo tempo carregando o não dito, o segredo a respeito de sua filiação, parece ter dado uma dimensão afetiva das dificuldades apresentadas por Sofia: o não saber que se sente presente, a confusão, a impossibilidade de confiar em suas percepções e o pânico que paralisa, quando faltam as palavras e, com elas, as ligações necessárias entre o vivido, percebido e sentido. Entende-se que, à medida que questões fundamentais foram suprimidas, reduziu-se a possibilidade de identificações de Sofia, assim como as alternativas de acesso à sua origem, necessárias tanto para a

ampliação de sua capacidade egóica como para conferir sentido à existência e reconhecimento aos seus comportamentos, como próprios, como seus, Sofia tentava se ver nas amigas.

Sob uma perspectiva psicodinâmica, levantamos a hipótese de que a clivagem do traumático e a herança psíquica exercem um papel significativo na constituição do quadro clínico de Sofia. No entanto, ao tentarmos uma caracterização psicopatológica mais precisa, deparamo-nos com uma dificuldade: embora a literatura sobre clivagem e desintegração psicossomática descreva quadros mais graves de desorganização psíquica, com falhas marcantes na simbolização e descargas psicomotoras mais intensas, o caso de Sofia parece apresentar um perfil distinto. As dificuldades de Sofia parecem estar mais relacionadas a uma incapacidade de integrar percepções sobre si mesma e o mundo a sua subjetividade, gerando um ciclo vicioso de dúvidas e questionamentos.

Para além das questões já assinaladas com relação a Sofia, a presente pesquisa traz questões importantes associadas ao lugar simbólico que a medicação prescrita para o denominado TDAH ocupa na subjetividade em construção. Para Sofia, era o seu segredo a ser mantido, não revelava a ninguém, que para aprender necessitava de um remédio, remédio mantido pelo medo e pela crença de que, sem ele, não aprenderia, apesar dos difíceis efeitos colaterais: dores de estômago, esgotamento físico que lhe conduzia a deitar e dormir e a um roubo de si mesma. Sofia usa o termo “estátua” para traduzir o efeito da medicação na escola, paralisada, e conclui contando do alívio e da paz que sentiu na graduação, ao se encontrar capaz de aprender e estudar sem a medicação. Compreende que continuar o uso do medicamento a robotizaria.

O lugar da psicanálise enquanto teoria do psiquismo e suas implicações éticas também são questões suscitadas pelos encontros com Sofia, o lugar da teoria e da pesquisa psicanalítica com seus potenciais e limitações, diante da complexidade humana em uma sociedade que opta, cada vez mais, por silenciar incômodos ou dores através de medicações e diagnósticos.

5.2 Caso Júlio

5.2.1 Conhecendo a história de Júlio

Ao me encontrar com a mãe de Júlio, em 2007, ele contava com 8 anos e consumia 36 mg de Concerta durante a semana e 18 mg aos finais de semana. A mãe me conta que esse era o filho de seu desejo: “um moleque, bem moleque!”. Pois, revela que, ao descobrir a gravidez, desejou que fosse um menino e que este fosse bem moleque mesmo. “E ele é”, completa. Oferecia-me, então, exemplos de um menino que não parava quieto, que estava sempre agitado. Mesmo quando estava jogando videogame, caminhava em direção ao aparelho como se fosse adentrá-lo. A mãe imaginava que as dificuldades do filho fossem hereditárias, relatando que ela mesma foi medicada na infância (Gardenal) devido a crises nervosas. Além disso, o tio paterno de Júlio possuía diagnóstico de disritmia.

Desde o nascimento, Júlio era nervoso e irritado, fato que fez com que a mãe acabasse por dar um ultimato para o pediatra de seu filho quando este contava com três anos de idade: o profissional entendia que a criança não apresentava nada de anormal e que a mãe estaria à procura de “pelo em ovo”. Diante de sua promessa de que procuraria outro profissional, a mãe de Júlio saiu do consultório com um pedido de eletroencefalograma e, posteriormente, diante do resultado do exame, a primeira medicação é prescrita a Júlio: 5 ml de Tegretol. Este, ao ser administrado pela primeira vez, proporcionou uma noite inteira de sono para Júlio, um fato inusitado, fazendo com que a mãe verificasse a temperatura de seu filho por diversas vezes durante a noite. Posteriormente, no entanto, a medicação não fez mais diferença e, assim, ocorreu uma mudança de médico e de medicação: Júlio passou a tomar Ritalina, que tem como consequência uma agitação maior, ocasionando um aumento na dose desta medicação. Na ocasião da entrevista, Júlio estava no terceiro profissional e na terceira medicação, o Concerta.

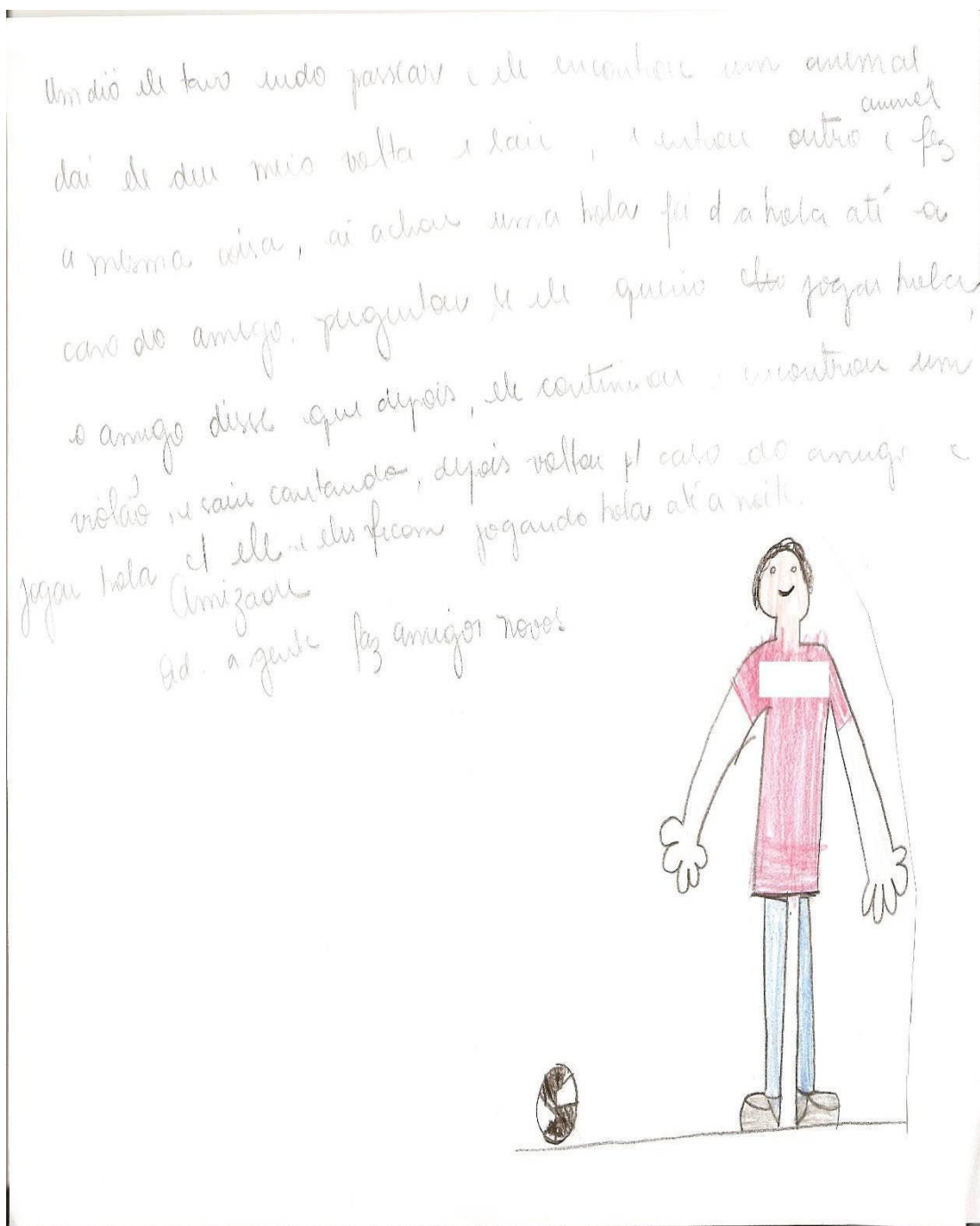
Das dificuldades destacadas pela mãe, a sociabilidade de Júlio estava bem comprometida. Ele reagia de forma agressiva com os demais e chegou a reclamar para a mãe de sua falta de amigos, além de não poder frequentar o momento do intervalo escolar com os demais colegas. A mãe pontuava para o filho que ele conseguiria ficar mais calmo com a medicação e que isso o ajudaria nessa questão. O pai de Júlio, lembra a mãe, a questionava com relação à medicação do filho; a mãe, então, pautava as suas justificativas para o contínuo uso de remédio nos argumentos médicos: “Júlio precisa se controlar, mas para isso é preciso que se acalme”. Embora

Júlio apresentasse reações agressivas, a mãe também conta de uma criança cujo choro é constante, mesmo quando não se refere a ele, e cita a situação onde o encontrou chorando porque haviam brigado com o amigo dele. Inclusive, atualmente, salienta: com a nova medicação (Concerta), Júlio não tem mais revidado o que lhe desagrada de forma agressiva, mas se dirige chorando aos funcionários da escola para narrar o ocorrido. Além destas, a mãe conta de outras características de Júlio, como a inteligência, a facilidade para a compreensão e sua criatividade, inclusive o hábito de passar durex em volta das peças de lego após encaixá-las.

Em nosso primeiro encontro,¹² Júlio aceita vir comigo e com o psicólogo da escola para uma sala na coordenação. Somos deixados a sós, apresento-me e explico que estava estudando desenhos. Sem direcionar o olhar para o meu rosto, faz um sinal afirmativo com a cabeça, após questioná-lo se ele poderia me ajudar. Ofereço-lhe papel e lápis de cor, junto ao pedido que ele desenhasse uma pessoa agitada. Júlio faz o desenho de um menino, escreve seu nome na camiseta do menino desenhado e me avisa que terminou. Elogio sua produção e lhe peço uma estória, com começo, meio e fim, do que acabara de desenhar. Digo a Júlio que a estória que ele me contar vou anotar e pego uma folha em branco. Quando termino a anotação, converso com Júlio a respeito da estória e peço o título da estória. Após algum tempo em silêncio, Júlio me diz: Amizade. Júlio desenha uma bola ao lado do menino que havia desenhado antes e me diz que deveríamos recortar o desenho e colar na minha folha (a que eu usei para anotar a estória de seu desenho). Enquanto sugere que cortemos o desenho, ele vai passando o dedo em volta do menino no papel e complementa: “Cortamos também o chão dele, senão ele sai voando!”. Olho em volta, na mesa que ocupávamos e lhe digo que temos tesoura, mas nos falta a cola. Júlio me diz que em seu armário ele possui uma cola, que podemos pegar as chaves em sua carteira na sala de aula e abrir o armário. Aceito a ideia de Júlio e assim fazemos. Enquanto Júlio cola seu desenho na minha folha de anotação questiono o que seria amizade, ele me diz que é quando fazemos amigos novos. Despeço-me de Júlio e o agradeço pela ajuda. As produções de Júlio aos oito anos (Figura 4):

Figura 4: Desenho de Júlio em 2007

¹² cf Barbosa, A. K, 2008, p. 63.



Amizade: “Um dia ele tava indo passear, ele encontrou um animal, aí ele deu meia volta e voltou, e encontrou de novo outro animal, ele fez a mesma coisa. Aí, ele encontrou uma bola, aí ele foi até a casa do amigo dele convidar ele para jogar bola, mas o amigo dele estava ocupado e disse: ‘volta depois’. Então, ele foi andando e encontrou um violão, e saiu cantando, aí ele foi até a casa dele pegou a bola e foi chamar o amigo e eles ficaram jogando bola até escurecer. Aí acabou”. (Júlio)

Na ocasião da pesquisa de mestrado (Barbosa, 2008), compreendi que Júlio, ao nascer, contemplou a realização do desejo materno: “Um moleque, bem moleque mesmo!”. O vínculo entre mãe e filho, no entanto, foi constituído com a percepção materna de que as reações de Júlio (nervosismo e irritabilidade) seriam provenientes

de uma doença, possivelmente herdada, uma vez que ela própria fora medicada na infância devido a “crises nervosas”. Assim, aos três anos de idade Júlio recebe uma primeira medicação (Tegretol), posteriormente a Ritalina e, aos oito anos, o Concerta. No encontro com Júlio, ao pedir para colar seu desenho na folha que eu utilizei, delimitando onde cortaríamos e alertando que era preciso recortar o chão, para que o menino não saísse voando, Júlio me pareceu muito claro: o chão, a sustentação para que ele se acalmasse, estaria no outro, um outro que acolhesse sua forma de ser e pudesse ajudá-lo a compreender e nomear as suas sensações, emoções e frustrações inerentes à existência humana. Retomarei essa questão, nas elaborações advindas de nosso segundo encontro, a partir do conceito de identificação adesiva. A partir deste primeiro encontro com Júlio, carreguei comigo a lembrança de um menino triste, preso às identificações projetadas sobre ele, relatando através do comportamento agressivo e do choro suas angústias e tristezas.

5.2.2 Reencontro com Júlio na nova pesquisa

Em 2019, encontro um jovem universitário, que chega pontualmente ao nosso encontro. Apresento-me e logo reconheço o menino que conheci há doze anos. Tal como aquele garoto, o jovem universitário pouco cruza os olhos com os meus e pouco fala.

Se com oito anos sua estória começava com dois animais dos quais ele se desviou temendo que pudessem atacá-lo – o que, naquela época, compreendi tratar-se de mim e do psicólogo de sua escola que me acompanhou para retirá-lo de sua sala de aula –, dessa vez, Júlio também se refere ao seu temor aos “ataques”. Antes de iniciarmos, assim que lhe passo o Termo de Consentimento da pesquisa, Júlio me indaga: “Ninguém vai me caçar por aí não, né?!”. Respondo, explicando que ele poderia, inclusive, retirar sua participação da pesquisa quando desejasse. Bastava que, para isso, entrasse em contato e, então, mostro meus dados presentes no termo.

Compreendo que Júlio, em ambas as circunstâncias, expressa sua apreensão, seu temor diante do outro, uma vez que, atacar (2007) e caçar (2019), não são comportamentos “amigáveis”. Se com oito anos ele se desviava e justificava o desvio temendo o ataque, agora, aos 20, indaga se ninguém irá caçá-lo, o que, de certa forma, eu já teria feito, uma vez que estávamos ali, um diante do outro, outra vez, porque o encontrei em uma rede social.

Seguimos para a execução do desenho e Júlio, assim que lhe peço “desenhe uma pessoa agitada”, me questiona sobre que tipo de agitado eu me referia: “*Alguém que faz várias coisas ao mesmo tempo ou agitado no sentido de alguém que para para fazer as coisas?*”. Ao explicar que o tipo de agitado era “com ele”, ou seja, que ele decidiria, Júlio fica em silêncio para depois afirmar: “*Vixe, aí você me complica*”.

De fato, Júlio vai ficando cada vez mais implicado nas questões. O pedido em si já o implicava, pois o desenho o direcionava exatamente para um ponto central: a agitação. Além disso, lhe coloquei parado, literalmente, “forçando” um foco. Os sessenta minutos que se seguem da entrevista demonstram, de certa forma, essas dificuldades e complicações (para usarmos o termo sugerido por Júlio).

Júlio faz o desenho e posteriormente relata que desenhou o agitado que, ao ter que focar, começa a fazer diferentes coisas. Seguimos falando de seu desenho e, ao ser questionado se ele, ao estudar, por exemplo, tem necessidade de realizar outras atividades concomitantemente, Júlio afirma que sim, exemplificando: “ou outras coisas, ou escutando música ou, tipo assim, balançando a perna. Eu estou sempre fazendo alguma coisa, além do que eu estou focado. É além do que eu tenho que focar em sempre fazer alguma coisa. Às vezes tipo comer, batucar, porque fiz aula de bateria, então eu fico batucando sempre, alguma coisa assim” (p. 291-292, anexo 2).

Passada a complicação do desenho, peço uma maior: invente uma história sobre o desenho. Júlio reage questionando se seria uma história com “era uma vez”. Eu digo que poderia ser e, entre expressões de dúvidas e dificuldades, diz que foi o que ele disse, se referindo a resposta destacada acima. Eu contra-argumento, lhe colocando que precisaria de uma história para repetir o estudo e ele chega a me sugerir que eu mostre o áudio, pois não sabe uma história. Insisto dizendo que ele pode, inclusive, ir me falando por associação mesmo. Júlio diz que o máximo que é possível fazer é descrever o desenho.

A história não vem. Após tentar se desviar da tarefa me sugerindo que já havia respondido ou pedindo que eu oferecesse o áudio a quem pudesse me questionar de não ter replicado o estudo, Júlio passa a dizer que eu não iria gostar que ele começasse com “era uma vez”; que isso ficaria ruim. Diante de minha sugestão de que ele, então, começasse de outra forma, ele afirma: “Nossa você me quebrou, hein?!”. Quando lhe pergunto se eu estou pedindo um negócio difícil, ele responde que não, aí ele prossegue. (p.292, anexo 2)

É interessante notar que, diante de um pedido que parece difícil - tanto que não há uma história que apareça - Júlio oscila entre a argumentação, a negação e o desdém. Nega a dificuldade do mal-estar e, como se não fosse nada, diz que prossegue, mas não prossegue. Projeta a sua insatisfação com o “era uma vez” em mim, pois sua primeira pergunta, assim que lhe peço uma história é: “Você quer uma história com era uma vez?”, para depois afirmar que eu não iria gostar que ele começasse dessa forma. Assumo a impossibilidade de não conseguir pensar em outro começo e digo ao Júlio: “Eu só consigo pensar no “era uma vez” para iniciar o negócio”. Ele me diz que isso era clichê. Sigo em tom de brincadeira, dizendo: “Certo dia...”. Rimos e Júlio, após certo silêncio e suspiro, me diz que a história que irá contar será a descrição mesmo, pois não tem muito o que falar, e segue me relatando sua descrição/estória/história. Abaixo, desenho e estória de Júlio 2019 (20 anos) (Figura 5):

Figura 5: Desenho de Julio em 2019



O agitado: “Ah, era um garoto que não conseguia... Se ele for fazer um foco ele sempre precisava fazer uma coisa a mais porque se ele só tentasse focar em alguma coisa... É... A sua cabeça... Ele não

conseguia prestar atenção porque a cabeça dele ia lotar de coisa, ele ia começar a pensar em várias coisas e ele ia perder o foco rapidamente, mesma coisa que passar uma mosca e já ficar observando. E ele achou uma solução para essas coisas, que é sempre estar fazendo alguma coisa junto, algo que não atrapalhasse, mas que também não dispersasse sua atenção”.

Após essa descrição, Júlio tem razão. Ele descreve seu desenho para construir a estória requisitada para o mesmo, mas também se descreve. Portanto, estamos falando de sua história. Quando questiono sobre que tipo de coisas lotariam a cabeça do garoto caso ele não estivesse batucando ou balançando as pernas, Júlio me conta que, se ele assim não fizesse, ao ler qualquer palavra, ela lhe faria lembrar de outra e começaria a fazer o que nominou de “montural de assimilação”, ocasionando um desvio, ou seja, “já parou de prestar atenção”. (p.293. anexo 2).

Júlio cria uma palavra que não consta em nosso vocabulário (montural) e a coloca em conjunto com a palavra assimilação, que tem como definição a ação de assimilar (absorver, apreender). É interessante que, se procuramos por montural, nos deparamos com a palavra monturo, que tem como definição: grande quantidade de lixo, aglomeração de lixo, coisas insignificantes e/ou velhas, monte de objetos desnecessários. Questiono-me se ele não estaria se referindo a um amontoado realmente de ideias desnecessárias, ao menos para a função de prestar/dar atenção à atividade proposta, mas que, em contrapartida, lhe ofereciam a oportunidade de se agarrar, absorver, colar e assim permanecer ali, de assimilação em assimilação, fixando-se. Em sua estratégia para lidar com o “montural de assimilação”, o corpo é convocado, seja para o batuque com as mãos, seja com um agito de pernas.

Quando direciono a pergunta de forma clara a ele e indago se para ler algo, por exemplo, ele necessita realizar outra coisa junto, Júlio confirma e completa: “É, por exemplo, agora mesmo” e aponta para suas pernas inquietas. Pergunto se isso não era muito gasto de energia, se não lhe custava muito. A princípio, Júlio não compreende o que quero lhe dizer, mas após a explicação, ele apenas responde: “Eu sou hiperativo”. Rimos e ele completou: “Para mim, eu acho que não faz muita diferença” e seguiu dizendo: “Acho que para mim é até mais gostoso eu estar fazendo alguma coisa do que tipo ficar parado prestando atenção, para mim é muito desconfortante”. (p. 293, anexo 2). Pergunto se o desconforto é com ficar parado e ele diz que sim, ficar parado assistindo uma palestra, por exemplo, só seria possível prestar atenção se balançar a perna. Questiono se ele já pensou o porquê e ele rapidamente responde que não.

Nas reflexões desenvolvidas a partir das primeiras produções de Júlio e na entrevista com sua mãe, em 2007, compreendemos que estávamos diante de uma criança em busca de um outro que pudesse lhe dar sustentação. As percepções de Júlio sobre colar seu desenho na folha da pesquisadora, com a clara advertência de que era necessário, inclusive, recortar o chão, pois, caso contrário, o desenho sairia voando, entre outras.

Nesse reencontro com Júlio e a partir das análises subsequentes, compreendemos que os conceitos de *segunda pele* e de *identificação adesiva* utilizados nas primeiras análises (Barbosa, 2008) são fundamentais para nos aprofundarmos nas questões trazidas e vivenciadas com Júlio. Partiremos desses conceitos e, à medida que nossas análises avançarem, gostaríamos de destacar como os compreendemos, atualmente, dentro da perspectiva psicanalítica.

Além dessa observação, Meltzer (1986) esclarece pontos que Bick (1991) cita rapidamente e nos quais acaba por não se aprofundar. As formações de segunda pele provinham, portanto, de um estado defensivo frente a uma situação de desorganização, de experiências nas quais a mãe, ou quem desempenhasse essa função, não conseguia conter e acalmar seu bebê. Diante de tais estados de desintegração desenvolvia-se uma defesa, as partes do self apegavam-se passivamente a superfícies ou a qualidades sensoriais de um objeto concreto, como que substituindo a função de contenção que teria de ser desempenhada pela pele. Clinicamente, o que era visto, posteriormente, eram sujeitos, certos pacientes que, no geral, não pareciam muito doentes, apenas em determinados momentos:

[...] eram sujeitos a estados de desintegração temporária muito semelhante àquilo que ela tinha observado nos bebês. De repente eles pareciam não ter condições para fazer nada: tinham que sentar-se e começar a tremer. Não que estivessem ansiosos como acontece comumente num ataque de ansiedade, eles apenas sentiam-se atolados, paralisados e confusos e não podiam fazer nada (Meltzer, 1986, p. 47).

Destacamos os conceitos de segunda pele e de identificação adesiva não só por estarem entrelaçados, como exposto, mas por compreendermos que, desde os oito anos, na ocasião da primeira entrevista em que fora colocado diante da situação correspondente a um tema da agitação, Júlio traz toda a complexidade que verificamos nas manifestações de hiperatividade. Em ambas as situações Júlio manifestou, de diferentes formas, a necessidade de pautar-se na pesquisadora. Se

com oito anos o faz de forma concreta, colocando seu desenho na folha utilizada pela pesquisadora, a conduzindo quase que literalmente ao conceito de Meltzer de identificação adesiva, atualmente, aos 20, Júlio ainda busca aderir-se ao outro, de forma mais discreta, é verdade, mas das vezes que fora diretamente requisitado, buscou a pesquisadora.

A busca de Júlio parecia estar para além de criar uma narrativa, ou melhor dizendo, antes de pensar em uma narrativa para o desenho, buscava captar o desejo da pesquisadora. Notamos que, em diversas situações nas quais, de fato, é preciso integrar-se para produzir, desenhando ou inventando uma estória, as verbalizações posteriores à requisição buscavam pela pesquisadora e que, em certos momentos, as angústias pareciam se somar: o desejo de atender ao pedido da pesquisadora e a “solidão” de ter que dar essa resposta sem referências.

Além dessas questões, outros destaques dados por Meltzer e Bick com relação à identidade adesiva e à formação da segunda pele são para o uso da musculatura como tentativa de se manterem coesos. Bick (1987), em suas observações de bebês, percebia que algumas mães acabavam por incentivar as atitudes agressivas de seus bebês e chegavam a rir de forma excitada quando eles lhes golpeavam com o punho fechado. Bick compreendia que os bebês estavam em busca de alívio para esses estados de ansiedade e desintegração (Meltzer, 1986, p. 47). Júlio movia as pernas durante a maior parte do tempo em que estivemos juntos. Chega a apontar para as pernas agitadas e dizer a respeito delas, enquanto explicava de sua dificuldade em se manter atento a apenas ao que lhe é proposto. Além das pernas inquietas sinalizadas pelo próprio Júlio, a dimensão corporal aparece como “solução” para o garoto agitado do desenho e da estória, que ele mesmo, antes de tentar narrar a estória, já nos adiantou. Em sua estória e história, como observa, o corpo precisa estar em ação, caso contrário sua cabeça se lota de coisas e seu pensamento se perde. Júlio exemplifica sempre esse fazer alguma coisa, que é sempre corporal, como batucar no ar e balançar as pernas. Para a cabeça executar algo, outras partes desse corpo precisam estar em ação. O desenho de Júlio também nos dá graficamente essa dimensão. A cabeça é menor em proporção ao restante do corpo, o uso da borracha, inclusive, se deu apenas na cabeça. O corpo toma conta do desenho; é essa a impressão visual e, embora Júlio não estivesse de óculos, em seu desenho o garoto retratado está de óculos e os olhos não foram desenhados.

Após esse apontamento feito por Júlio, o diálogo caminha para o questionamento com relação ao seu gasto de energia. Questionado se essa forma de ser não lhe custaria muita energia, rapidamente responde: “Eu sou hiperativo”. Nota-se um sorriso quase que orgulhoso. Júlio parece colar no diagnóstico e isso, de certa forma, o contém, o explica, isso parece oferecer uma certa integração a Júlio, além de lhe conferir uma identidade. Em outros momentos, destaca que o TDAH não chega a ser considerado por ele como um transtorno, mas como um jeito de ser que não necessariamente atrapalha, chegando a afirmar que acredita que lhe ajuda. Júlio cita, inclusive, um cantor – o vocalista da banda Maroon 5 – que, segundo Júlio, tem TDAH: - “...e muitos desacreditavam dele e ele virou uma estrela”. (anexo, p.273)

Júlio tem o diagnóstico médico do TDAH desde seus três anos de idade. Acreditamos que somente esse fato talvez já fosse um elemento mais do que suficiente para que ele tivesse essa confusão identitária com o diagnóstico. Mas, para além do fato de lhe atribuírem esse diagnóstico na sua primeira infância, ou seja, em um momento em que começava a se perceber enquanto sujeito, também notamos nas duas situações em que estivemos com Júlio sua necessidade de buscar o outro. Assim que recebe a solicitação do desenho, seu primeiro questionamento é para tentar descobrir que tipo de agitado era o “desejado” pela pesquisadora, tendo ele duas possibilidades, como ele revela: aquele que faz várias coisas ao mesmo tempo, ou aquele que não consegue parar para fazer as coisas.

Sem o posicionamento da pesquisadora sobre sua preferência com relação aos agitados propostos por Júlio, nota-se a dificuldade em produzir tanto o desenho quanto a estória requisitada.

Nesse sentido, compreendemos o que Júlio acaba por encontrar no TDAH: de fato, o diagnóstico médico parece ajudá-lo na medida em que lhe confere uma identidade, dá nome a seu modo de ser, embora fiquem evidentes ao longo da conversa os sofrimentos que esse modo de ser também lhe impõe. Mas o que gostaríamos de salientar é a forma como Júlio adere ao diagnóstico e isso nos parece uma forma eficaz de explicar para si mesmo o que tem sem necessidade de pensar a respeito. Isso chama atenção ao quanto Júlio não possui uma percepção própria de si mesmo. Ele fala do que a mãe lhe diz; teme, inclusive, os resultados que verá da pesquisa feita anteriormente, verbalizando que fica até com medo do que a pesquisadora pode dizer-lhe.

Interessante notarmos que, no decorrer de todo o encontro, Júlio oscilava entre o movimento de apoiar-se na pesquisadora, quando buscava seus desejos e orientações para, então, formular uma resposta, e a distância: Júlio ficava cabisbaixo e verbaliza o seu temor de ser caçado, como quem quer continuar livre e distante. Os sentimentos que perpassam pela pesquisadora durante a entrevista são de fato de distância, a sensação de se estar em um, mas não se encontrar, inclusive, com relação às perguntas e respostas, pois quando parecia que o diálogo iria, enfim, se estabelecer de forma mais fluente, a resposta ou a reação seguinte de Júlio era negar o que acabara de se afirmar.

O único momento em que parece que foi possível concordar com a pesquisadora, ficar próximo e inclusive olhar nos olhos, a ponto de ela visualizar seus olhos marejados, foi no momento em que lhe conta a respeito da percepção que tivera diante do Júlio de oito anos. A pesquisadora sentiu o entrevistado triste e o questionou, para entender o que deixaria alguém calmo, triste, o que ele, na época, disse não saber.

A pesquisadora diz a Júlio que o interpretou emocionado e ele lhe diz que é por lembrar das histórias. E, então, a pesquisadora lhe fala da tristeza que sentiram e sentem, os dois, há doze anos e agora, tristeza dessa dificuldade de fazer amigos e Júlio concorda.

As dificuldades já destacadas de Júlio no transcorrer de nosso encontro e sua busca pela resposta da pesquisadora nos sugerem uma manifestação de falso *self*, no sentido winnicottiano. Antes que pudesse manifestar suas opiniões (gestos espontâneos), Júlio aguardava o gesto da pesquisadora. O que já destacamos como a adesividade de Júlio, estamos agora considerando como a manifestação de um falso *self*, tal como descrito. Acreditamos que, em suas relações iniciais, Júlio não pode ser acolhido em suas angústias e agitações, até porque a mãe as considerava como uma manifestação de seus desejos, pois desejava “um moleque bem moleque” e, assim, não havia o que ser contido, ou traduzido. As manifestações corporais de Júlio seguem sendo o desejo da mãe e não de uma criança que pode estar irritada, cansada ou simplesmente buscando fisicamente a contenção. Não são raras as situações, durante a fala de Júlio, em que, ao se referir a ele e à sua história, o fez pela mãe: “minha mãe disse”, “minha mãe fala que eu era assim” etc.

Faz-se importante destacar que, muito embora Bick e Meltzer (1986) considerassem a formação de segunda pele e a identificação adesiva como defesas,

uma vez que partiam de uma concepção de estruturação psíquica kleiniana que compreende o psiquismo (desde o nascimento, um ego rudimentar, portanto), o presente trabalho avança em noções winnicottianas.

As ideias desse autor sobre a constituição de uma unidade psicossomática por meio da integração, personalização e apresentação de objeto avançam no reconhecimento das tarefas dos cuidados parentais a partir do manejo corporal. Isso vem ao encontro das ideias de Ogden sobre a posição autista-contígua, um campo subjetivo que se organiza prioritariamente em torno das sensações corporais, particularmente as providas da superfície da pele. Esse último autor se apoia nos conceitos kleinianos citados (segunda pele e identificação adesiva) para indicar a expressão corporal como recurso privilegiado para o restabelecimento da superfície sensorial sobre a qual se localiza um senso rudimentar de *self*. Assim, trata-se do momento de constituição da vida psíquica anterior a defesas da ordem da cisão e da identificação.

Retomando as discussões iniciais sobre o caso de Júlio, a partir das falas de sua mãe e nossas explorações teóricas, nos questionamos quanto ao lugar destinado a Júlio, antes mesmo de seu nascimento, pois a mãe confessa que assim que se percebeu grávida desejou que fosse um menino. O lugar reservado a Júlio é o lugar do agitado. Ele nasce e ocupa esse lugar. Interessante notar que a mãe, em sua infância, foi medicada por questões emocionais (crises nervosas), em um período, a julgar pela idade da mãe, em que medicar crianças ainda não era habitual como na atualidade.

Freud, em *“Introdução ao Narcisismo”*, ressalta, entre outras observações, que um filho é extensão narcísica dos pais: “O amor dos pais, tão comovedor e no fundo tão infantil, nada mais é senão o narcisismo dos pais renascido, o qual, transformado em amor objetal, inequivocamente revela sua natureza anterior” (1996, p. 98). Nesse sentido, pontua que os sonhos e desejos parentais reservam à criança, antes mesmo de seu nascimento, um lugar, que foi investido e revestido destes desejos e sonhos e, por isso mesmo, são transmitidos entre as gerações e através delas. A cada sujeito nascente cabe “escolher” entre seus desejos (narcisismo) e os desejos parentais (Freud, 1996). Por essa via se enraíza a questão da herança psíquica, que já abordamos no tópico anterior sobre Sofia.

Do mesmo modo, conjecturamos se Júlio não sustentaria com sua agitação infantil a mãe e, se assim o for, as possibilidades de limitar os gestos de Júlio estão

de saída já comprometidos, pois limitá-los seria limitar a si própria em sua porção mais primitiva. Júlio é medicado, tal como a mãe fora em sua infância, após a insistência da mãe diante do médico pediatra que, a princípio, não via em Júlio, uma criança de três anos, algo que lhe sugerisse um diagnóstico. A mãe considera o TDAH de Júlio algo herdado e cita suas dificuldades infantis e o diagnóstico de disritmia de um tio como heranças. Estamos, portanto, diante do lugar que fora reservado a Júlio pelo narcisismo materno.

Diante do histórico de medicação desta mãe, fantasiamos que, para essa mãe/criança, a continência para suas dificuldades e irritabilidade falhou, o que, conseqüentemente, afetará a forma com que irá manejar as irritabilidades e nervosismos do filho. Na fala da mãe sobre Júlio, ele nasce irritado e nervoso. Ela localiza no filho parte de si mesma e, ao mesmo tempo em que deseja esse filho bem moleque, parece compreender que, por ter nascido assim, não há o que fazer com isso, além de repetir o que a ela foi oferecido: uma medicação.

Nesse sentido, a parte de si mesma projetada no filho seria a explicação para o diagnóstico precoce de Júlio, uma vez que as diretrizes diagnósticas para o TDAH, na ocasião do seu diagnóstico, estabeleciam a idade mínima de 6 anos. Hipotetizamos, assim, uma dupla mãe-bebê com dificuldades. Se os movimentos de Júlio eram compreendidos como uma extensão narcísica materna, o moleque agitado de seu desejo, não haveria o que acolher, conter e/ou sensações a serem traduzidas, nomeadas.

5.2.3 Devolutiva com Júlio na nova pesquisa

Assim como fiz com Sofia, procedi com Júlio em 2023. Entrei em contato com a proposta de comunicar as percepções que nossos encontros trouxeram. Ele aceita de imediato, assim como fez em 2019, mas no caso de Júlio, eu só conseguia contatá-lo por mensagem privada na rede social, pois, diferente de Sofia, que me envia seu número de telefone celular assim que eu lhe forneço o meu em 2019, Júlio não o fizera e, muito embora temesse não conseguir encontrá-lo para a devolutiva, resolvi por não solicitar à época (2019). Explico: na ocasião, optei por aguardar nosso encontro, pois pensava em solicitar o telefone pessoalmente, mas Júlio inicia nossa conversa perguntando se não iriam caçá-lo, quando estamos mais uma vez pessoalmente. Depois de mais de uma década de nosso encontro anterior (2007), sentia um clima

de apreensão, mas também de cooperação, afinal ele estava ali diante de mim e executando exatamente o que eu lhe requisitava, o que, inclusive, não parecia ser fácil. Por diversas vezes o senti tenso e com certa ambiguidade com relação ao nosso encontro. Sendo assim, não solicitei o seu número de telefone, ainda que o lado “pesquisadora” me cobrasse e me povoasse de fantasias. Recordo que cheguei a me questionar de como faria para encontrá-lo se acaso ele desativasse a conta na rede social. A resposta era que não o faria, pois não havia outro meio de comunicação. Entre aguentar essa dúvida e a sensação de invadi-lo, requisitando algo pessoal que ele não me fornecera, optei por não correr o risco de invadi-lo. Percorrendo as nossas conversas nas mensagens privadas da rede social, percebo que em 2019 lhe envio meu número de telefone, após a combinação de data, hora e local para nos encontrarmos e, em 2023, também passo hora e endereço e meu número de telefone.

Dito isso, prossigamos para a situação da devolutiva. Júlio chega pontualmente, o recebo e começamos a conversar. Pergunto como ele passou o período de pandemia e como foi concluir a graduação nessas circunstâncias. Júlio me conta que ele acabou por gostar das aulas *online*. Achou mais fácil para ele. Inclusive, me conta que já está atuando em uma empresa ali mesmo na sua cidade natal. Ele também me pergunta como manejei meu trabalho nos tempos pandêmicos. Conto-lhe que cheguei a me surpreender também com os atendimentos *online*. Comentamos sobre o quanto fora inusitada essa situação da pandemia no mundo e em nosso país, o quanto de temores e novidades gerou.

Chega o momento em que digo para Júlio com relação à pesquisa, que se encerrava, da qual ele era um dos participantes. Júlio sorri e me diz até temer o que eu tenho para lhe contar. Sorrio também e digo que compreendo e lhe agradeço muito, pois reconhecia a generosidade dele em me ajudar desde os oito anos de idade. Participar da pesquisa envolvia também algum nível de desconforto, disse que imaginava e dimensionava isso. Júlio sorri, concordando, e diz estar tudo bem. Assim, inicio minha devolutiva com relação às percepções diante dos conteúdos que a minha pesquisa suscitou em Júlio.

Começo por lhe dizer que o diagnóstico do TDAH parecia ter lhe fornecido um nome, uma certa porção de identidade em muitos momentos, pois explicava em certa medida a agitação de seu corpo e a dificuldade para se concentrar. Digo também que ter um nome para as nossas questões é, sem dúvida, importante. Júlio concorda e sigo, então, pontuando que a pesquisa, entre outras questões, se propôs a

compreender o quanto a história de vida e a construção dos vínculos, desde antes de seu nascimento, poderiam influenciar e até possibilitar o surgimento dessas dificuldades, nomeadas como TDAH pelo conhecimento médico. Comentei que algumas possibilidades me ocorriam e queria partilhar com ele, mas peço que ele fique à vontade para discordar ou me dizer se as colocações fizessem ou não sentido para ele. Afinal, eu estava olhando para questões pontuais, em situações muito específicas (2007 e 2019) e a ideia não era ter a verdade sobre o assunto, muito menos colocar um ponto final; ao contrário, o desejo era que esse momento de devolutiva pudesse proporcionar ainda mais ampliações para ambos.

Júlio faz algumas vezes o sinal de afirmativo com a cabeça e aguarda minha fala. Embora parecesse estar mais à vontade do que em 2019, suas pernas inquietas manifestavam-se. Digo a Júlio que ele traz uma nova palavra. Ele ri e me pergunta o que havia feito, dando à pergunta um tom de brincadeira, mas como uma criança que sabe que aprontou algo. Conto que ele me disse que se ele não movimentasse seu corpo, a atenção ao que quer que fosse ficaria praticamente impossível. Júlio concorda; sigo dizendo que enquanto me explicava a respeito, disse que, se não fosse assim, sua cabeça começaria a fazer um “*montural* de assimilação”. Conto a Júlio que a palavra me intrigou. Busquei o significado e descobri que ele a inventou, ela não existe no dicionário da língua portuguesa, mas curiosamente a palavra *monturo* existe e seu significado parecia estar muito próximo do que Júlio gostaria de expressar: quantidade de lixo, *montueira*. Sendo assim, a sua palavra para mim estava correta, parecia dizer de um mural de *monturo* (*montural*), Júlio ri e concorda. Sigo dizendo que ele disse “*montural* de assimilação”, outra palavra que fazia muito sentido com tudo que havia pensado de sua história, vejo que Júlio fica intrigado com minha afirmação, me coloco então a explicar de uma forma não técnica, por assim dizer, a identificação adesiva.

Assimilação, como proveniente de assimilar, tornar-se semelhante ou igual, de fato, parecia ser esse o seu primeiro foco de atenção, de todas as coisas que pudemos conversar e viver juntos. Essa era a sensação, que ele buscava perceber e assimilar o desejo do outro, o que o outro esperava dele. Digo que isso, sim, seria o seu primeiro foco de atenção porque me dava a nítida impressão de que isso não era algo de que ele tinha consciência, era como se fosse automático. Júlio fica quieto, suas pernas também, leva a mão no queixo depois na boca, olha para mim e diz um profundo: “Sim, eu nunca pensei desta forma, mas faz sentido!”. Sinalizo para Júlio que isso

parecia ser muito trabalhoso, sem dúvida, e que talvez a agitação corporal tenha sido mesmo uma estratégia sua para sustentar a atenção em outra questão, que não o desejo do outro. De qualquer forma, a questão social, e não só questões referentes ao estudo (manutenção de atenção), era muito provavelmente mais complexa ainda para ele.

Júlio diz que sim, que agora mesmo no trabalho isso parecia fazer sentido, era como se isso lhe desse muito trabalho, mais que o próprio trabalho. Digo que posso dimensionar. Júlio me pergunta como foi que pensei nisso. Explico que quando ele pediu para colocar seu desenho na minha folha, aos oito anos, já tinha ficado uma dica e tanto e, ao nos reencontrarmos em 2019, esse traço parecia ter se mantido, pois ele parecia angustiado, preocupado mesmo com o que eu desejava, tanto para o desenho, quanto para a história de maneira geral. Júlio escuta com atenção e me pergunta o que eu sugiro que ele faça. Pontuo que ele teria muito a ganhar com um processo de psicoterapia, pois era sensível e inteligente. Sabia também que ele já tinha tido alguns ao longo de seu desenvolvimento, mas talvez o foco do trabalho não tenha sido esse. Júlio diz que não e que inclusive pouco lembra destes profissionais ou processos. Prossigo colocando que não tenho dúvidas de seus recursos, de suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento a partir deles. A psicoterapia poderia ser um caminho interessante, um bom remédio e sem efeitos colaterais tão pesados, brinco, me referindo ao Concerta, que ele deixa na adolescência por sentir mal-estar físico com o uso.

Seguimos conversando mais um pouco a respeito. Questiono Júlio se essas questões que conversamos também lhe fazem sentido com relação às dificuldades de socialização na escola, como comentado em 2019, pois ficava imaginando o quanto de sofrimento e tristeza ele sentia, uma vez que buscava se adequar, assimilar o desejo do outro, com muito empenho, como estávamos conjecturando e não ser bem-sucedido. Retomo que em nosso último encontro ele me disse que era de fato uma criança triste e que, como eu havia imaginado, ele não tinha amigos. Júlio diz que sim, que sentia muita dor, que não conseguia fazer nada certo, pensava. Concluo lhe dizendo que, de fato, essa ideia é triste e pesada demais para uma criança carregar. Júlio agradece e me diz que vai pensar em minha sugestão; eu lhe agradeço e digo que estarei na torcida.

No mesmo dia de nossa devolutiva, que fora no período vespertino, recebo uma mensagem em meu WhatsApp, de um número desconhecido. Tratava-se de um

áudio. Ao iniciar a escuta, surpreendo-me: é Júlio! Na mensagem, me diz que está entrando em contato para me passar seu número de telefone, pois percebeu que não havia passado, e que, caso eu precisasse de algo mais, ali estava seu contato. Afirma que também gostaria de agradecer pela nossa conversa ou consulta, não sabia bem como chamar, mas que fora de grande proveito. Respondo feliz, confesso que realmente nossa conversa foi muito proveitosa e eu quem lhe agradecia por toda a sua disponibilidade durante estes anos e que também estaria à sua disposição. O movimento de Júlio de, enfim, me passar seu contato, seu telefone pessoal, fechou de forma gratificante a devolutiva. Senti durante nossa conversa que Júlio estava não só atento, mas disponível. A sensação de tensão, de apreensão, que rondou nossos encontros de 2007 e 2019 não apareceu na devolutiva; ao contrário, me surpreendi com a pergunta de Júlio a respeito do que eu sugeria para ajudá-lo por e não demonstrar resistência às minhas colocações. Pelo contrário, elas pareciam se ligar a suas sensações.

5.2.4 Discussão Geral do Caso

Consideramos importantes os dados adicionais coletados nesse caso, que vêm confirmar nossas hipóteses iniciais sobre as características de funcionamento psíquico e o lugar da medicação. Assim, diante dos conteúdos e vivências com Júlio nestes dois momentos de sua vida, aos oito anos e aos vinte anos, compreendemos que a dinâmica estruturante apontada persiste e o organizou dentro de nível não-neurótico de funcionamento, como apontado por Green (2002).

Isso quer dizer que consideramos os comportamentos e manifestações corporais de Júlio, sua necessidade de movimentar-se, como expressão mais explícita de um circuito de desatenção e descarga psicomotora e, nesse sentido, uma sintomatologia mais típica do TDAH. Nesse sentido, podemos considerar ser um caso mais ilustrativo do que Bleichmar (1994) denominou de *transtorno*, como condição de uma falha de associação em redes representacionais de palavra e, portanto, fora do âmbito do conflito simbólico em torno da lógica do recalque e do retorno do recalado. Assim, mais do que um sintoma no sentido clássico do termo, a agitação psicomotora e a adesividade falam de uma lógica mais concreta de simbolização, que remete à noção geral de falhas de mentalização, como em Allison e Fonagy (2011), ou de

dificuldades na constituição do regime de simbolização secundária, como em Roussillon (2023).

A própria adesividade identificatória e a referência concreta ao outro, que se manteve presente na nova coleta de dados, remetem a uma linguagem encarnada em ato e a noção de que algo da ordem da clivagem se instaurou como reação diante do traumático. Nesse sentido, se considerarmos as formas e modalidades de compreensão dos adoecimentos psíquicos dentro das matrizes propostas por Figueiredo e Coelho Junior (2018), estamos mais próximos de dinâmicas próprias de uma matriz ferencziana.

Considerando, contudo, que, dentro dessa ideia geral de condições não-neuróticas, adoecimentos por apassivação e falhas de simbolização, cabem também diferentes hipóteses diagnósticas, não seríamos capazes de destacar qual especificamente seria a hipótese para o caso de Júlio.

Notamos, no entanto, que, diante das dificuldades que apresentava na infância, por exemplo, em suas relações sociais, aparentemente Júlio tornou-se mais flexível e adaptado à realidade. No que concerne à sua capacidade de manter atenção, ainda tem sérios prejuízos e dificuldades; ainda que entenda manejá-las, à medida que batuca e/ou remexe as pernas, esse comportamento pode afetar consideravelmente a sua capacidade de concentração.

Com relação às suas vivências diante do diagnóstico e da medicação, Júlio, embora não faça mais o uso do remédio (disse à mãe, enquanto adolescente, que não queria mais, por ficar com mal-estar proveniente do remédio), compreendemos que ainda se encontra medicalizado. Quando afirmamos que Júlio continua medicalizado, nos referimos às discussões já realizadas aqui, ou seja, Júlio compreende a si a partir de um diagnóstico. Suas dificuldades nunca foram por ele questionadas, uma vez que a explicação “sou hiperativo”, lhe define. Notamos, no entanto, a marca de dor, de mal-estar físico, relatado em função do uso da medicação e não duvidamos destas reações físicas, uma vez que todas as pesquisas referentes à substância Metilfenidato relatam diferentes mal-estares e efeitos colaterais já descritos. Mas nos questionamos, inclusive diante do exposto, sobre a tendência de Júlio a descarregar os conflitos no físico. A questão que nos salta, é: seu mal-estar com a medicação não portaria também a marca da dor, de uma dor não elaborada, e não representada por símbolos e/ou palavras, de não ser visto, não ser contido? Afinal, desde seus três anos de idade, suas expressões corporais (muito provavelmente) não eram

compreendidas e/ou recebidas como parte de suas demonstrações de estados de humor, mas, sim, como provenientes do TDAH.

5.3 Considerações gerais sobre os estudos de caso

A construção dos relatos de caso e partir de uma nova coleta de dados com desenho, história e entrevista permitiu o vislumbre de uma perspectiva longitudinal para dois pacientes. Embora seja importante ressaltar as limitações desse tipo de coleta e análise - momentos pontuais, centrados em avaliação diagnóstica, sem seguimento propriamente psicoterapêutico - também é uma oportunidade especial contar com a possibilidade de dois momentos de avaliação tão distantes e por uma mesma pesquisadora.

Nesse sentido, o que chama a atenção é a persistência de um fio narrativo sobre a história de cada um e a consistência nos dados levantados e interpretados nos dois momentos. Notamos a persistência de núcleos de conflito, embora haja um desenvolvimento da personalidade notável em ambos os casos. Nota-se também a manutenção de uma certa posição transferencial e contratransferencial mesmo na condição de encontros espaçados, o que redundou em uma oportunidade de encerramento de certas questões abertas pela primeira pesquisa.

Duas questões merecem destaque na contribuição desses casos para a compreensão do TDAH. A primeira é notar que os sintomas desse transtorno nem sempre se resumem ao nível do curto-circuito psicossomático e da falha de mentalização. Embora o caso de Júlio se integre bem a esse tipo de hipótese, o caso de Sofia indica um tipo de inibição ao saber que está mais próximo do nível neurótico de funcionamento. Além disso, a questão das marcas simbólicas não pode ser pensada como ausente, pois em ambos os casos há um peso importante de histórias e lugares não elaborados na narrativa familiar, dos quais a medicação atua como símbolo.

Essa talvez seja a maior contribuição dos estudos de caso para a presente tese, ao demonstrar o peso da marca do uso de medicação não só no tratamento psicológico, mas na própria história de vida de pacientes. Nesse sentido, cabe reiterar uma posição crítica quanto a este uso, não no sentido de descartá-lo, mas pensá-lo no contexto do caso e da inserção geral desses sujeitos na vida social e em instituições, como a escola e o trabalho. Isso nos leva ao movimento final desta tese,

a saber, considerar o manejo clínico e o trabalho interdisciplinar para lidar com esse tipo de casuística, o que nos leva para o capítulo final a seguir.

6 PERSPECTIVAS PSICANALÍTICAS PARA PRÁTICAS CLÍNICAS DO TDAH

As práticas clínicas dentro da perspectiva psicanalítica com relação ao Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, como apontamos na revisão integrativa de literatura, ainda que partam de concepções teóricas diversas, consideram que as adaptações técnicas no modelo de psicoterapia são necessárias. Assim, nomeações, confrontos e sobretudo as interpretações, devem ser utilizadas com cautela, considerando a estrutura psíquica apresentada. A prática clínica tem nos mostrado que as intervenções do analista respaldadas em interpretações profundas ou transferenciais, nos casos de falhas estruturais do ego, favorecem a organização de resistências e vulnerabilidades específicas, como a culpabilidade superegoica.

Considerando o percurso que fizemos até aqui, passando por diversas perspectivas teóricas em psicanálise e pelos estudos de caso, é chegado o momento de retomarmos a questão do trabalho clínico com esses casos. Trata-se de pensar não apenas as adaptações técnicas restritas ao manejo clínico dentro de uma prática de psicoterapia orientada pela psicanálise, mas a própria integração desse trabalho em um modelo de prática de saúde, na medida em que a abordagem multiprofissional e interdisciplinar tem cada vez mais sido uma tendência nas políticas públicas de saúde. Embora a atenção à saúde mental enquanto política pública no Brasil já preconize uma abordagem de clínica ampliada, o fato é que, pelo menos no âmbito da literatura acadêmico-científica, não encontramos a apresentação de modelos estruturados de atendimento para esse tipo de casuística. Encontramos na literatura internacional a proposta de um grupo de pesquisa e trabalho do Centro Anna Freud e do Instituto Sigmund Freud, ambos de Frankfurt, que através do modelo de mentalização proposto por Fonagy e colaboradores, elaboraram um protocolo de atendimento para a condução do processo de psicoterapia psicanalítica de crianças de 3 a 6 anos, com distúrbios de integração psicossocial, principalmente TDAH, alunos das creches do município de Frankfurt (Alemanha).

A presente seção dedicará especial atenção ao trabalho desenvolvido em Frankfurt e à estruturação de um processo psicoterápico psicanalítico a partir dos pressupostos da mentalização de Peter Fonagy. Além disso, ilustrará, por meio de vinhetas clínicas, nosso manejo proveniente de discussões teóricas de autores psicanalíticos como Winnicott, Roussillon, Bleichmar entre outros autores contemporâneos. Compreendemos que no modelo alemão se encontra uma proposta

pertinente e significativa de ampliação da clínica e sua integração com serviços de saúde e educação, saindo de abordagens ainda dicotômicas e resistentes a uma melhor integração ou colaboração entre a perspectiva psicanalítica e a médico-psiquiátrica. Entendemos também que esse tipo de abordagem pode vir a auxiliar no reposicionamento da questão do uso da medicação e mesmo da medicalização em casos de TDAH.

6.1 Estudo de Prevenção de Frankfurt

Marianne Leuzinger-Bohleber e colaboradores (2011), ao descreverem o referido estudo, contextualizam, que após um alerta de preocupação do ministério da saúde alemão, em 2001, sobre o aumento da prescrição de Ritalina® para crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), em 270% de 1997 a 2000 (Amft, Gerspach e Mattner, 2004; Mattner, 2006), os debates nos meios de comunicação e científicos intensificaram-se. No contexto psicanalítico particularmente questionava-se com relação à “medicalização de problemas psicossociais”. É importante salientar que a Alemanha mantinha proibição, por lei, de prescrição de psicoestimulantes para crianças menores de seis anos, neste período. As reflexões a partir desse alerta movimentaram diferentes pesquisas e ações, envolvendo vários estudiosos. Psicanalistas, neurobiólogos e pesquisadores do cérebro questionavam, entre outras questões, a influência medicamentosa no cérebro em desenvolvimento. Nomearemos de forma geral como o Estudo de Prevenção de Frankfurt, diferentes pesquisas¹³ e ações desenvolvidas¹⁴, neste contexto, pelo Instituto Sigmund Freud

¹³ Com o intuito de facilitar a compreensão agrupamos, nesta tese, os estudos desenvolvidos e liderados por psicanalistas com a denominação de Estudo de Prevenção de Frankfurt, assim, tanto as psicoterapias individuais, quanto o trabalho com pais e professores, que aqui denominamos de forma geral como Estudo de Prevenção de Frankfurt, recebem denominações específicas, todos desenvolvidos em cooperação com a Universidade Johann-Wolfgang-Goethe em Frankfurt, Instituto Alemão de Pesquisa Educacional Internacional (DIPF) e Institut Sigmund Freud de Frankfurt. No total são 150 cientistas envolvidos em 34 projetos, distribuídos em 7 disciplinas diferentes que lidam com os riscos sociais e neurocognitivos, através de intervenções e prevenção com as denominadas “crianças em risco”, Emde, R. N; Leuzinger-Bohleber M org. (2018) Early Parenting and Prevention of Disorder: Psychoanalytic Research at Interdisciplinary Frontiers.

¹⁴ O programa que oferece supervisão quinzenal para as equipes das creches, psicoterapia individual duas vezes na semana para as crianças e cooperação com os pais recebe o nome de Early Steps. Já o programa Faustlos de prevenção à violência, oferece treinamento a todos os educadores das

em cooperação com o Instituto Anna Freud de Frankfurt e o governo municipal de Frankfurt, com destaque, para o trabalho desenvolvido entre 2003 e 2006 em 14 creches de Frankfurt. O estudo foi financiado pela Fundação Zinnkan (principal parcela do financiamento), pela Fundação Hertie, pela Sociedade Politécnica e pelo Conselho Consultivo de Pesquisa (RAB) da Associação Psicanalítica Internacional. Os resultados dessas pesquisas foram publicados em diferentes artigos e livros, sendo que um deles foi selecionado em nossa revisão integrativa, como já apontado.

O trabalho desenvolvido nestas creches, integrou diferentes ações: atendimento em psicoterapia psicanalítica individualizada com dezessete crianças entre 3 e 6 anos de idade, (nas instalações da instituição de ensino), supervisões quinzenais para a equipe educacional, ofertas educacionais psicanalíticas semanais para funcionários das instituições e acompanhamento dos pais. A hipótese defendida era que um programa de prevenção e intervenção psicanalítica (não farmacológica) de dois anos poderia reduzir significativamente o número de crianças com distúrbios de integração psicossocial (especialmente TDAH) antes que essas crianças frequentassem seu primeiro ano letivo, no ensino fundamental.

Posteriormente, os resultados destas intervenções psicoterápicas orientadas pela psicanálise e sem o uso do medicamento, foram comparadas a um grupo controle randomizado de crianças que não receberam nenhum tratamento, assim como a um grupo de crianças que receberam tratamentos psicoterápicos a partir da abordagem cognitivo-comportamental em associação com medicamentos - atendidas na Clínica Universitária de Psiquiatria Infantil de Frankfurt. Luise Laezer (2010) traz conclusões interessantes a esse respeito, afirmando a permanência dos ganhos terapêuticos em crianças tratadas com a psicanálise por períodos maiores de tempo, assim como lonas Sapountzis (2020), como já apontamos anteriormente na revisão integrativa da literatura exposta nesta tese.

O modelo desenvolvido em Frankfurt, como citado, foi organizado e editado em Manual por Adelheid Margarete Staufenberg (2011). Além de oferecer uma visão geral

instituições participantes Early Steps. Este treinamento, tem currículo baseado na psicologia do desenvolvimento e pressupostos psicanalíticos de mentalização, para promover habilidades emocionais, divididos em 28 unidades de ensino semanais. (BAUMANN, 2019).

a respeito do diagnóstico e histórico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, pontua as possibilidades de compreensão para a referida sintomatologia dentro da teoria psicanalítica e o seu manuseio técnico nesta perspectiva. A organização deste material, posteriormente editado, fez parte do treinamento dos psicanalistas que atuaram no estudo Estudo de Prevenção de Frankfurt de 2003 a 2006¹⁵, indicado acima. Neste estudo, as crianças foram atendidas por dois anos em psicoterapia psicanalítica utilizando o método da mentalização, o tratamento psicanalítico e não farmacológico dessas crianças, pode demonstrar estatisticamente a diminuição de seus distúrbios psicossociais, especialmente o TDAH.

Dentro das possibilidades teóricas, a autora percorre de forma breve as perspectivas de diferentes escolas psicanalíticas, das teorias dos impulsos, a psicologia do ego, relações de objeto a psicologia do self, mas assim como apontamos, compreende que as discussões psicanalíticas em torno do TDAH perpassam pelos distúrbios precoces, ou seja, assim como nós, localiza a etiologia dos comportamentos comumente diagnosticados como TDAH, nas relações primitivas, precoces.

Dentre os autores e conceitos destacados, também figuram Esther Bick e suas contribuições com relação a pele psíquica, bem como Winnicott com sua teorização em torno da dupla mãe-bebê e as consequências psíquicas para repetidas invasões e ou desencontros da dupla. Além destes, outros autores, como: Freud, Anna Freud, Melanie Klein, Hanna Segal, Bion, Margaret Mahler, Daniel Stern e Peter Fonagy, são considerados. Este último, particularmente, fundamenta o modelo de atendimento que detalharemos a seguir.

O estudo, mapeou, dentre os dezessete casos, sete etiologias diferentes para crianças diagnosticadas com o TDAH: (1) crianças com problemas orgânicos/precoces; (2) as que passaram por situações repetidas de negligências emocionais; (3) traumas; (4) questões culturais (imigrantes); (5) superdotação; (6)

¹⁵ Marianne Leuzinger-Bohleber Ph.D. m.leuzinger-bohleber@sigmund-freud-institut.de, Katrin Luise Laezer Ph.D., Nicole Pfenning-Meerkoetter, Tamara Fischmann Ph.D., Angelika Wolff & Jonathan Green M.D. (2011) Psychoanalytic Treatment of ADHD Children in the Frame of Two Extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10:1, 32-50, DOI: [10.1080/15289168.2011.575703](https://doi.org/10.1080/15289168.2011.575703)

crianças em luto e/ou depressivas; e (7) crianças que se desenvolveram com o cuidador principal na condição que Green (1982) denominou mãe morta. Para que se estabeleça o diagnóstico psicanalítico, são necessárias de 5 a 8 sessões, descritas adiante como sessões de avaliação.

Os atendimentos psicoterápicos individualizados às crianças, assim como a formação educacional psicanalítica aos funcionários dessas instituições de ensino e a supervisão que foram oferecidos no referido estudo de prevenção partiram dos pressupostos teóricos de Fonagy e colaboradores para a promoção de processos de mentalização, dentro da perspectiva de psicoeducação e saúde pública. O desenvolvimento de habilidades de mentalização, com suas possibilidades de percepções de seus próprios estados psicológicos e das demais pessoas, possibilitaria aos funcionários uma melhora não só em sua própria capacidade de controle de impulsos, como ampliaria a capacidade de compreensão e manejo com relação às reações e comportamentos dos alunos, Cristiane Uhl aponta:

Os educadores devem apresentar um comportamento empático (sensível) que detecte estados de espírito, troquem informações com a criança e também as incentive a expressá-los, prestando também atenção aos sinais não-verbais e, se necessário, fazendo perguntas que estimulem o pensamento e novas atividades (2012, p. 89).

O interesse genuíno pela criança e seu processo de aprendizagem, favorece e incentiva a sua busca pelo conhecimento, além de fortalecer o vínculo com cuidadores para além de sua família nuclear. Interessante notar a abrangência do Estudo de Prevenção de Frankfurt, pois as diferentes atividades desenvolvidas consideram o contexto social e operam a partir deste, uma vez que crianças, pais, professores e funcionários receberam suporte dos diferentes profissionais envolvidos, que se deslocaram até as instituições; todas elas, localizadas em bairros urbanos com altos índices de problemas sociais: alta taxa de desemprego, famílias dependentes do apoio governamental, imigrantes e/ou refugiados (Baumann, 2019).

Compreendemos o deslocamento desses profissionais até as instituições de ensino como fundamentais para o sucesso do Programa. Ainda que se disponibilizassem em seus consultórios, a viabilidade do projeto, e consequentemente, de todas as atividades, estariam comprometidas. Isso se dá por

uma série de fatores e não só os de ordem inconsciente individual como as diferentes manifestações de resistência psicoterápica, mas os verdadeiramente psicossociais, o que envolve questões de ordem prática, como possibilidades de deslocamento, tempo e recursos financeiros, mas, principalmente, as dinâmicas grupais e institucionais. Ir até o território e desenvolver a prática no próprio dispositivo institucional faz toda a diferença, conforme defendem todos os modelos atuais de psicologia da saúde e de atenção psicossocial. Nesse sentido, a prática psicanalítica se integra a uma proposta de ampliação de seu dispositivo clínico e inserção psicossocial. Mas, sobretudo, esse tipo de psicanálise apresenta-se, aqui, lúcida e coerente com seus pressupostos teórico-metodológicos mais fundamentais, ao proporcionar a construção de relações estáveis e confiáveis para crianças no período de sua primeira infância: “Trata-se de “uma psicanálise que vai a campo para lidar com o inconsciente e seus processos individuais, grupais e em equipes- em conjunto com os educadores- para compreendê-los da melhor forma possível” (Leuzinger-Bohleber, 2013, p. 80).

Dentre os principais resultados do Estudo, as inferências estatísticas demonstraram que tanto a agressividade quanto a ansiedade das crianças do grupo de intervenção, em comparação ao grupo controle, reduziram drasticamente já no primeiro ano, assim como a hiperatividade nas meninas (Leuzinger-Bohleber, 2009, p. 183). Os resultados a curto e longo prazo trouxeram visibilidade científica e midiática ao Estudo de Prevenção de Frankfurt. Posteriormente, em setembro de 2010 às diretrizes¹⁶ para o tratamento do TDAH foram alteradas na Alemanha: o tratamento não poderia ser iniciado com a terapêutica medicamentosa, de forma que o metilfenidato só poderia ser prescrito se o tratamento não medicamentoso não apresentasse sucesso. Ainda assim, para ser utilizado, precisaria compor uma estratégia terapêutica global e multimodal, incluindo, além do psicofármaco, estratégias psicoterápicas, educacionais e sociais, afora supervisão de um especialista em distúrbios comportamentais infantis. Por fim, estipulou-se a obrigatoriedade de documentação do uso da medicação e a interrupção desta após 12 meses de uso, bem como a necessidade de reavaliação do caso para a continuidade do tratamento.

¹⁶https://api.bptk.de/uploads/20100916_AM_RL_3_Stimulantien_Zusammenfassende_Dokument_a42d2ef3b5.pdf

6.2 Abordagem a partir da Mentalização

O conceito de mentalização desenvolvido pelo grupo em torno de Peter Fonagy, como ressaltado anteriormente, descreve mecanismos intrapsíquicos e interpssíquicos individuais, como a percepção de si e dos demais, bem como o reconhecimento da relação entre pensamentos e sentimentos com a realidade externa. Seu desenvolvimento depende das interações com o ambiente, em especial com os cuidadores da primeira infância. Entende-se que a capacidade de representar a experiência como mental é uma aquisição conquistada no transcorrer do desenvolvimento. Trata-se de uma habilidade imaginativa e reflexiva, mas, ao contrário do insight, não é necessariamente um processo consciente. Embora também seja uma expressão ativa da nossa capacidade de representação de si, mentalizamos quando refletimos sobre o que se passa em nossa mente e na de outra pessoa. Compreender os próprios estados mentais internos e os dos outros facilita o controle sobre os próprios afetos, bem como a interação social (Bateman & Fonagy, 2016).

A mentalização também está envolvida no desenvolvimento de um senso de identidade própria. É uma capacidade variável, pois, mesmo após sua completa aquisição (forma madura), é possível perdê-la, ainda que temporariamente, principalmente em situações de emoções intensas e no contexto de relacionamentos de apego. Ao longo do desenvolvimento, apresenta-se de diferentes modos, denominados pré-mentalização, até que possa atingir sua forma madura, ou a denominada afetividade mentalizada, como define Staufenberg (2011):

[...] capacidade de perceber os próprios estados emocionais, reconhecer o seu significado subjetivo, refletir sobre os próprios sentimentos, processá-los, modulá-los e, assim, expressá-los de forma socialmente adequada, mas também: não ter que fazê-lo. Esta capacidade plenamente desenvolvida é descrita como afetividade mentalizada e inclui a capacidade de pensar sobre ela enquanto se encontra num estado emocional e de regulá-la neste estado agudo, “on-line” – e não apenas retrospectivamente (p. 113).

São três os modos pré-mentalistas destacados por Bateman e Fonagy (2016): modo teleológico, equivalência psíquica e simulação. O modo teleológico, ou “solução rápida”, é como se os estados mentais fossem comprovados por ações imediatas. Trata-se de uma ação regulada pela sua intenção final, tal como a ideia de um circuito

pulsional, mas orientada pela necessidade do objeto e de forma muito imediata, ou seja, existe uma crença/expectativa de que a solução está em uma ação específica, equivalente ao apaziguamento do choro de um bebê após a alimentação. Assim, quando operando em modo teleológico, a solução possível acaba sendo exigida de forma agressiva ou ansiosa. Dentre as implicações desse modo de funcionamento para a situação analítica, temos a situação de que paciente e familiares podem esperar e demandar uma ação específica e objetiva do psicoterapeuta.

A agitação psicomotora em geral e comportamentos específicos, como os de autolesão, podem ser compreendidos como funcionamentos provenientes desta forma de operar. Há uma recusa em considerar os estados mentais subjacentes aos comportamentos. Como exemplificam Midgley e colaboradores: “Quando minha mãe me dá dinheiro, é assim que sei que ela me ama” ou um pai diz: “A única solução é meu filho tomar Ritalina”; então, eles podem estar agindo de forma não mentalizante, maneira teleológica (2017, p. 49).

Já no modo equivalente psíquico, ou “de dentro para fora”, a percepção da realidade externa é distorcida por estados internos, ou seja, a realidade externa acaba sendo determinada pela realidade interna. Se o primeiro estado é marcado pelo curto-circuito pulsional e afetivo em um funcionamento muito precário de investimento em representações, aqui já há processos de simbolização em jogo, mas de forma ainda concreta, dominada por aspectos projetivos em relações marcadas pelo narcisismo. Assim, não há interesse nos estados internos de si mesmo ou dos outros, e qualquer tentativa de chamar a atenção para eles pode ser rejeitada com raiva. A inflexibilidade é constante, e os pensamentos não são explorados.

Em uma criança pequena, refere-se ao modo esperado de funcionamento, dentro da perspectiva do desenvolvimento cognitivo e afetivo dos processos de simbolização e de constituição de uma teoria da mente na primeira infância. Contudo, podem persistir como características em certos arranjos de personalidade ou se apresentar em momentos e situações específicas. Esse modo de funcionamento também é o que costuma mais facilmente ser descrito e interpretado teoricamente em psicanálise, como se pode constatar nos modelos conceituais que apresentamos anteriormente e que transitam no nível de dinâmicas marcadas por identificação projetiva, equações simbólicas, simbolização primária, etc. Então, trata-se de um simbolismo concreto, mais do que uma falha na própria constituição do circuito de simbolização.

Já o modo de simulação traz algo mais específico e interessante, pois é da ordem propriamente de uma dissociação psicossomática. Simulação, aqui, tem a conotação de “fazer de conta”, mas sem os aspectos imaginativos e dissimulados, sendo mais da ordem de uma tentativa de mimetização ou reprodução de uma realidade; por isso, a ideia de um “como se”. Assim, há “uma separação entre a atividade psíquica e a atividade física a tal ponto que a conexão entre as duas não pode mais ser alcançada” (Bateman & Fonagy, 2016, pp. 21-22). Quando o mundo mental é dissociado da realidade e se torna mais real do que a realidade, isso interfere e prejudica o desenvolvimento normal. A realidade externa fica suspensa; não há um nível de mentalização que lhe permita experimentar ou representar mentalmente algo, ou seja, a experiência ainda não possui representação mental em nível simbólico. Aqui, o brincar de faz de conta não acontece, embora, ao relatarem algo, a sensação do ouvinte é de um faz de conta, pois descrevem habilidades e planos, chegando até a narrar o quanto são admirados pelos demais, o que em nada condiz com a realidade externa; na verdade, a narrativa costuma ser contrária aos problemas vividos.

Nota-se que, em contextos de abuso, a baixa capacidade para mentalização parece aumentar ainda mais o risco de dissociação, ou o modo de simulação, nas crianças (Ensink et al., 2016). Desenvolver-se em um ambiente onde não é possível confiar em seus cuidadores as conduz a adaptações e constantes estados de hipervigilância. Diante da constante preocupação em detectar ameaças à sobrevivência, a capacidade para reflexões mais profundas é praticamente impossibilitada (Ensink, Berthelot, et al., 2014; Fonagy & Allison, 2014). As crianças podem evitar ativamente a mentalização para proteger uma relação de apego ou pelo medo de pensar e/ou compreender as intenções, provavelmente ruins, dos outros. A dissociação afeta o desenvolvimento de diferentes estratégias, como a tolerância e a integração dos afetos e a capacidade de reflexão sobre as consequências das ações, o que aumenta o risco de comportamentos desadaptados (Fonagy, 2004).

Considerando que a capacidade de mentalização se encontra em desenvolvimento nas crianças, elas já são mais suscetíveis a regressões, como pontuam Midgley e colaboradores (2017). Nos casos específicos de crianças com perturbações expansivas, tais como agitações motoras, e considerando a instabilidade da capacidade egoica, outras dificuldades se apresentam com facilidade. É o caso da regulação dos afetos e do controle dos impulsos, favorecendo atuações violentas, como aponta Staufenberg (2011). Vliegen e colaboradores (2023) destacam

que, além de capacidades de mentalização subdesenvolvidas, essas crianças muitas vezes se sentem inseguras sobre os seus próprios sentimentos e intenções, além de interpretarem mal as intenções dos outros.

6.3 Enquadres e Estratégias Terapêuticas

O objetivo da psicoterapia psicanalítica a partir da mentalização é promover a (re)emergência da capacidade de mentalização. No trabalho psicodinâmico com crianças, a brincadeira e a ludicidade são ferramentas essenciais para acessar o mundo interno da criança no transcorrer da psicoterapia individual; nesta abordagem, no entanto, abrange outras vias: além da psicoterapia infantil individual, os pais e a rede de apoio são atendidos em sessões frequentes. Por rede de apoio consideram-se os adultos que interagem constantemente com a criança, desde familiares a professores; além destes, tratamentos adicionais podem ser integrados à estratégia de tratamento, como reforços escolares, por exemplo. Borowski e colaboradores (2010) sugerem, inclusive, que as atitudes negativas com relação a estes possíveis treinamentos e/ou tratamentos adicionais, por parte da criança, possam ser abordados em seu processo psicoterápico, caso haja abertura.

Vliegen e colaboradores (2023) debatem a necessidade de que o trabalho com os pais e a rede de apoio seja executado por outros profissionais, diferente do psicoterapeuta infantil. As estratégias seriam alinhadas, e a troca de informações, estabelecida a partir de uma comunicação verdadeira e colaborativa. Justificam que o trabalho com essas crianças provoca, muitas vezes, um senso de urgência em pais e professores, além da variação de comportamentos da criança nos diferentes ambientes. Isso propicia um funcionamento de dinâmicas fragmentadas, que favorecem as superidentificações, tanto com os pais como com a criança, e, conseqüentemente, aumentariam as possibilidades de “pontos cegos” durante o trabalho (pp. 99-100).

Desenvolver uma estrutura terapêutica sólida, mas que também comporte certa flexibilidade em torno das três vias — criança, pais e rede —, é fundamental para os ganhos terapêuticos almejados. Diante das variações e intensidades das situações enfrentadas, a estabilidade é fundamental no ritmo, tempo e espaço, a ponto de os encontros terapêuticos passarem a ser vivenciados como previsíveis e confiáveis. O

foco no apoio aos relacionamentos precisa ser uma constante, além de uma postura mentalizadora em qualquer circunstância, ou seja, ainda que os comportamentos se apresentem de forma desconexa, é preciso buscar seu significado. “Isso requer que o terapeuta construa e reconstrua continuamente a criança e sua família em sua mente.” (Fonagy et al., 2014, p. 376). Para tanto, é indispensável um profundo conhecimento e compreensão das dinâmicas envolvidas.

Sobre as entrevistas de avaliação, Vliegen e colaboradores (2023) sugerem que o psicoterapeuta mantenha o equilíbrio entre coletar dados, favorecer reflexões sobre a experiência interna e a criação de uma aliança de trabalho. É preciso compreender as principais preocupações/necessidades de todos os envolvidos para posterior comunicação do foco de trabalho para todos. Nesta proposta, inicialmente, os pais são recebidos sem a presença da criança, e o psicoterapeuta observa suas primeiras impressões do ambiente afetivo familiar; juntos, consideram como comunicar à criança a respeito da próxima sessão em conjunto — pais e criança. Posteriormente, são realizadas três sessões individuais com a criança e, finalmente, sessões com pais e criança para que o psicoterapeuta possa compartilhar suas construções do caso, de maneira acessível a todos, e estabelecerem, conjuntamente, o foco do trabalho.

Na tradição do Instituto de Frankfurt, as entrevistas iniciais são feitas separadamente com pais e filhos; sessões em conjunto ocorrem apenas se a criança ainda não tiver três anos de idade. Staufenberg (2011) aponta para a possibilidade de esta configuração oferecer material ao diagnóstico psicodinâmico, pois podem surgir sentimentos de exclusão dos pais e/ou das crianças, considerando que tanto os pais quanto a criança acabam por ficar no lugar de exclusão, na posição de um terceiro, e a maneira como lidam com essa configuração pode ser um importante indicativo a respeito do caso. Essas entrevistas iniciais são abertas, e a anamnese biográfica é entregue aos pais sob a forma de questionário a ser respondido em casa; apenas se necessário, questões deste questionário serão abordadas. De forma geral, a ordem destas entrevistas costuma ser: uma primeira reunião com os pais; de duas a três sessões com a criança; uma a duas sessões finais com os pais e a criança, se a indicação for para um tratamento de longo prazo, de dois anos ou mais. Medos adicionais podem surgir caso o psicoterapeuta compreenda a indisponibilidade para uma psicoterapia de longo prazo; a proposta de uma intervenção de curto prazo (25 horas) pode funcionar como uma intervenção na crise e possibilitar uma melhor

avaliação se há possibilidade para uma intervenção de longo prazo. A sintomatologia classificada como TDAH, comumente, requer uma psicoterapia de longo prazo. Importante lembrar que, no caso deste modelo de atendimento desenvolvido dentro do Estudo de Prevenção de Frankfurt, a frequência das sessões era de duas sessões semanais por dois anos de tratamento. Neste sentido, Staufenberg (2011) ressalta que as possibilidades de cada caso precisam ser avaliadas, desde a dinâmica de transferência desenvolvida durante o período de avaliação até as indicações e a disponibilidade dos envolvidos.

Quanto à estrutura de horários e salas de atendimento, a regularidade é essencial. A obrigatoriedade dos horários fixos das sessões é explicitada para pais e pacientes, inclusive com relação ao horário de encerramento da sessão; é indispensável que os pais estejam à espera da criança no horário correto. Quanto à sala de atendimento, ainda que se trate de um espaço institucional, é fundamental que a sala de atendimento permaneça a mesma durante todo o processo psicoterápico, bem como que não ocorram interrupções no transcorrer das sessões. No caso das interrupções previsíveis, como feriados e períodos de férias, estas devem ser discutidas, inclusive com seus significados.

Stauffenberg (2011) aponta para a tendência de estes pacientes nutrirem, pelo processo psicoterápico, grandes expectativas; a suposição de que grandes coisas acontecerão contribui para a impaciência relacionada ao processo, mas as decepções costumam ser negadas, inclusive através da repetição e encenação de coisas grandiosas. Caso esse mecanismo não possa ser abordado ou aliviado, o processo terapêutico corre o risco de ser ineficaz. Dessa forma, orienta-se a observação cuidadosa do processo, e a abordagem destas expectativas irrealistas do paciente deve ser efetivada e processada durante as sessões. A postura evitativa do analista pode comprometer sua capacidade de reflexão durante a sessão. Quanto às expectativas ilusórias dos pais, muitas vezes, serão de difícil gestão e/ou abordagem, considerando a frequência menor de encontros; no entanto, devem ser cuidadas com compreensão, à medida que esses sentimentos negativos, não abordados, aumentam a tendência de interromperem o processo, ainda mais se associados a ambivalências já anunciadas.

As sessões de avaliação com a criança, propostas por Vliegen e colaboradores (2023), recomendam diferentes métodos de investigação, entre estruturados e não estruturados, ao longo de três/quatro sessões. Dentre eles, estão

os desenhos de quatro afetos, o desenho da família como animais, uma entrevista estruturada e a observação do brincar livre da criança. O psicoterapeuta também deve investigar o entendimento da criança com relação à busca/necessidade de tratamento; essas concepções serão valiosas para estabelecer o objetivo do tratamento. Midgley e colaboradores (2017) exemplificam, no formato de tabela, as diferentes possibilidades de ação da criança, o modo de pré-mentalização correspondente e as possíveis sensações contratransferências do psicoterapeuta. Abaixo, reproduzimos a tabela (Tabela 2) (p. 120)

Tabela 2 – Modos de pensamento pré-mentalizante

Modos de pré-mentalização	Como a criança se apresenta	Possíveis sentimentos e tendências do psicoterapeuta
Equivalência psíquica	A brincadeira costuma ser selvagem, caótica e destrutiva. Age como se soubesse de tudo, com certeza	Sente-se perdido e confuso, com inclinações para estabelecer limites.
Simulação	Brincadeira monótona ou com aspectos rígidos. Sem contato com seus sentimentos, e os afetos são incongruentes.	Sente-se entediado. Começa a operar no piloto automático. Isolado ou não envolvido. Sua mente divaga, interrompe comportamentos estranhos.
Teleológico- solução rápida	A criança exige soluções rápidas. Agora	Sente-se controlado ou sob intensa pressão, oferece conselhos práticos e estratégias de enfrentamento.

Fonte: Midgley e colaboradores (2017)

Os autores também ressaltam a importância de se verificar, durante as sessões de avaliação, se a criança tem a capacidade para mentalizar de forma explícita, ou se o faz apenas em termos comportamentais; além disso, se relaciona comportamentos com sentimentos, a partir de questionamentos pontuais. Muito embora, as sessões de avaliação devam fornecer pistas com relação ao funcionamento e a dinâmica da criança em diferentes domínios de seu desenvolvimento; tais formulações referentes ao caso devem ser consideradas “provisórias”, pois, ao adentrarem a sala de atendimento o profissional deve ocupar-se do encontro com a criança que se apresenta naquele momento.

Em relação às sessões de avaliação com os pais, destacam a necessidade de verificar se estes possuem um histórico de negligências e/ ou experiências de abuso. Com frequência essas questões surgem no transcorrer do processo de avaliação; “[...], mas se não, pode haver momentos em que seja útil perguntar explicitamente sobre eles, deixando claro por que isso é relevante para as questões que levaram o filho à terapia.” (Midgley e colaboradores, 2017, p.122). Considerando que tais vivências influenciam diretamente na capacidade de mentalização dos pais com relação aos filhos. Quanto à rede de apoio, professores e demais adultos com relação direta com a criança, pode-se incluí-los, em sessão separada de pais e criança, como parte do processo de avaliação.

A seguir, pontuamos brevemente as principais estratégias e adaptações técnicas com relação a condução do acompanhamento psicoterápico, enfatizando a prática desenvolvida pelo Estudo de Prevenção de Frankfurt. Cristiane Uhl (2012), sinaliza que experiências psicoterápicas que objetivam a promoção de processos de mentalização, ou seja, um sistema de representação secundária e competências reflexivas, necessitarão eliminar a “lacuna” existente entre a experiência afetiva e a representação simbólica. Bateman e Fonagy (2016) consideram que os objetivos destas intervenções poderiam ser listados da seguinte forma: “Identificar e expressar afetos adequadamente, desenvolver representações internas estáveis, construir um senso coerente de identidade, desenvolver a capacidade de formar apegos seguros” (Bateman; Fonagy, 2016, p. 331).

Após o estabelecimento do início do processo psicoterápico, a criança tem a sua disposição uma caixa ou gaveta para uso pessoal dentro do consultório, além de um caderno para esboços. Vliegen e colaboradores (2023) pontuam que tais crianças geralmente vivenciaram dupla privação, diante das dificuldades impostas e as falhas ambientais no suporte destas, assim, suportar e administrar situações difíceis tornam-se um desafio maior para elas que tendem a desregulação; indiscutivelmente, um processo psicoterápico visa a transformação do conteúdo mental em imagens ou palavras para que possam ser contidos e/ou representados. Aqui, no entanto, encontramos diferentes obstáculos, como já salientado anteriormente, que nos conduzem a uma estratégia primária: “O psicoterapeuta precisa ter a percepção de sintonizar-se com o processo, este deve ser priorizado acima dos temas do conteúdo, e mover-se de um para outro com flexibilidade entre ambos.” (p.156).

Compreendemos ainda que a flexibilidade também ficará entre fomentar mentalização e o fornecimento de narrativas facilitadoras.

Em outras circunstâncias, ou melhor, diante de outras estruturas psíquicas, compreende-se que a máxima “apoiar quando necessário, explorar quando possível” (Bervoets et al, 2021), trata-se de um caminho seguro; mas não aqui; as dificuldades de percepção de si e dos demais e/ou situações de intensa ansiedade, exigem do psicoterapeuta um apoio mais ativo, que muitas vezes precisará fornecer imagens e palavras para as experiências vividas (no processo). É preciso que os andaimes para o mundo interior da criança sejam construídos a partir das pistas que ela fornece, através de metáforas e imagens de suas brincadeiras, desenhos e narrativas (Vliegen *et al.*, 2023). Assim, uma das tarefas principais do psicoterapeuta aqui é observar as mensagens contidas na interação, sejam elas verbais ou não verbais, e pontuá-las através de uma linguagem acessível à criança. As crianças destacadas possuem capacidade limitada de controlar impulsos, portanto, não mantêm os comportamentos tempo suficiente para serem explorados. Neste sentido Stauffenberg (2011), alerta para a necessidade de um “[...] objeto que assuma funções auxiliares do ego e que possa capacitá-los a experimentar limites seguros e protetores” (p.130).

A qualidade do brincar, ou sua ausência, são fundamentais para a compreensão de como auxiliar o ego infantil, Vliegen e colaboradores (2023) pontuam os questionamentos básicos a respeito do brincar da criança: se está ou não presente; quando presente é usado para comunicar algo sobre si, ainda que em pequenas porções; é uma brincadeira bastante rígida e repetitiva; ou trata-se de um faz de conta a respeito do traumático, fragmentada e facilmente interrompida. A partir dessas características, tem-se a tomada de decisão clínica; assim uma atividade lúdica representativa, o psicoterapeuta coopera para que a criança permaneça em contato com seus conteúdos internos para elaborá-los e expressá-los ainda mais. Em contrapartida, se o brincar ainda não se apresenta, ou se apresenta comprometido em sua capacidade de acesso a si e aos demais, algumas possibilidades são sugeridas, desde o psicoterapeuta iniciar a interação lúdica, sempre a partir do contexto mútuo, seja através de uma brincadeira em si, ou até mesmo o cantarolar, desenhar ou contar uma estória. Para os autores, como já citado, o desenvolvimento psicoterápico transita entre pontuações a respeito do processo (interação) até os conteúdos internos da criança, desta forma, as brincadeiras onde os personagens dormem, ou ficam loucos, ou cessam, demonstram que a criança está evitando o conteúdo, o que

obrigatoriamente deve levar o profissional a intervir a partir do processo, ou no processo, permitindo que a criança se restabeleça.

6.4 Uso da Medicação e Posição quanto à Medicalização

Um eixo central dos estudos nesta pesquisa concerne ao posicionamento quanto ao lugar da terapia medicamentosa no tratamento dessas crianças, bem como o sentido que esse uso tem na dinâmica dos casos. Os estudos que selecionamos apresentar neste capítulo se destacam por proporem modelos estruturados de atenção multiprofissional a essa condição e por considerarem de forma prática a questão do uso da medicação. Iremos agora encaminhar essa discussão.

O que os estudos e modelos que apresentamos são unânimes em afirmar que o risco de uma criança se sentir doente com o uso da medicação precisa ser abordado dentro do processo psicoterápico. Isso quer dizer que o significado da medicação para criança deve ser trabalhado em cada caso individualmente e tratado em conformidade, ainda que a medicação seja utilizada e seu uso monitorado e restringido. Faz-se necessário, no entanto, a distinção entre os pacientes tratados com a medicação, antes do início da psicoterapia, de pacientes com sintomas graves, em situação familiar agravada, a ponto de fazer sentido à administração de medicamentos com o objetivo de quebrar o ciclo vicioso. Nestes casos, excepcionais, é necessária uma estreita cooperação do médico prescritor, para que desde o início, a descontinuidade do medicamento esteja prevista. Nos casos de processos psicoterápicos considerados estagnados, antes que a prescrição medicamentosa seja cogitada, devem ser investigados com supervisão ou intervenção de pares, também em conformidade com as diretrizes.

Haubl e Liebsh (2008,2009), pontuam a respeito da necessidade de investigação com relação às fantasias e atribuições feitas ao medicamento; é necessário que a criança seja amparada em seu sentimento de culpa e dúvidas de autoestima, caso necessite da medicação. Além disso, nas situações em que os pais e até a criança, demonstram uma compreensão biomédica a respeito do diagnóstico e consequente justificativa da necessidade da medicação - como, por exemplo, a disfunção em níveis de substâncias no cérebro - o trabalho psicoterápico deve se concentrar nessas ideias e em suas funções defensivas. Nos casos em que a medicação ainda for necessária, o trabalho psicoterápico, deve ajudar o paciente a

compreender que seu uso tem como função aumentar sua confiança em suas próprias capacidades (Borowski et al, 2010).

Já Staufenberg (2011) alerta que casos em que o uso da medicação está a serviço de um melhor desempenho acadêmico, com justificativas parentais relacionadas ao futuro da criança, apresentam uma formação defensiva de difícil acesso. Conflitos morais podem surgir facilmente nessas situações, uma vez que a questão já não se restringe ao cuidar, mas sobre os benefícios trazidos a qualquer indivíduo a partir do uso dessas substâncias. A princípio, a indicação é no sentido de interromper a medicação, em conjunto com o médico, considerando as mudanças de personalidade e os efeitos colaterais que o seu uso traz.

Como se pode observar, os estudos trazem perspectivas bastante originais e úteis para pensar de forma prática o manejo do uso de medicação para evitar usos abusivos e a necessidade de efetuar a avaliação e interpretação de seus significados ao longo do processo psicoterápico, considerando a criança, a família e sua rede de apoio e suporte, incluindo a escola. Esse tipo de posicionamento quanto aos procedimentos em atenção ao uso da medicação, embora possa parecer razoável para quem trabalha a partir de uma proposta psicoterápica, nem sempre está explicitada ou suficientemente descrita nos relatos e estudos sobre TDAH. Isso pode ser notado se contrastamos o que foi apresentado neste capítulo com o que pudemos recolher da revisão integrativa de literatura que apresentamos inicialmente. Assim, entendemos que é necessário avançar nesse tipo de referência para que possamos adentrar nas particularidades que nos preocupam.

Contudo, embora os protocolos considerem as questões práticas da condução e manejo do tratamento em uma abordagem multiprofissional de forma que esta não fique restrita a uma visão biomédica calcada somente no modelo da psiquiatria organicista e sindrômica, não se observa uma consideração mais detida e crítica sobre o fenômeno da medicalização. O fenômeno é até citado e considerado, na medida em que há medidas e procedimentos para coibir ou restringir um uso banalizado ou cronificado de medicação. Do mesmo modo, é possível inferir que a prática multiprofissional integrada permita o desenvolvimento de um olhar mais atento aos determinantes psicossociais dessa condição de saúde e promova a desconstrução de uma visão exclusivamente biomédica em saúde. Mas, na verdade, uma perspectiva mais crítica não é certamente o foco do trabalho e o tom da discussão é muito diferente do que costumamos encontrar na literatura nacional de psicologia e psicanálise, onde

a perspectiva crítica é, pelo contrário, quase que exclusiva. Nesse sentido, os estudos apresentados neste capítulo se integram ao que já havíamos apontado como tendência internacional na revisão integrativa de literatura sobre a questão do uso da medicação.

6.5 Reflexões teórico-clínicas sobre a clínica do TDAH

Como derradeiras considerações sobre a compreensão teórico-clínica de casos de TDAH, utilizaremos de breves relatos em forma de vinhetas clínicas de dois casos - Alice¹⁷ e Luís Otávio¹⁸ - atendidos em decorrência desta pesquisa de doutorado, como forma de ilustrar melhor nossos pontos de chegada na prática.

Os responsáveis por ambos procuraram o Centro de Psicologia Aplicada (CPA) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), em busca de acompanhamento psicológico para seus filhos, diagnosticados por médicos neurologistas com TDAH e foram acolhidos nas atividades do Projeto de Extensão da qual a pesquisadora participava. Assim, Alice e Luís Otávio iniciaram acompanhamento psicoterápico na abordagem psicanalítica em março de 2019. Alice, na ocasião estava com 8 anos de idade e atualmente aos 13, continua com seu processo psicoterápico no consultório da pesquisadora. Luís Otávio, iniciou o acompanhamento aos 12 anos, e decidiu interromper em 2023 aos 16 anos.

Alice chega com dificuldades sérias em seu processo de aprendizagem, com dificuldades em pronunciar algumas palavras. Posteriormente compreendemos tratar-se de uso incorreto de pronomes e concordância verbal. Alice fora gestada em meio uma tentativa de reconciliação dos pais, que já tinham uma filha de 3 anos. Quando Alice completou 2 anos o casal se divorciou de forma definitiva e violenta. Ao completar 3 anos, Alice ganha uma irmã, fruto de um outro relacionamento da mãe. As angústias maiores da mãe com relação a Alice, ao iniciar o acompanhamento pairavam sobre o caráter da filha. A mãe observava a filha empurrando ou levantando os pés para derrubar a irmã mais nova. Quando questionada, Alice discutia de forma

¹⁷ Nome fictício

¹⁸ Nome fictício

alterada que nada fez, jamais admitindo qualquer ato do tipo. Aos oito anos Alice não mantinha contato com o pai há um ano e meio.

Já Luís Otávio se interessava muito pouco pela vida que corria fora das telas. Quando cumpria suas obrigações escolares, o fazia de forma incompleta. As raras interações sociais, também no ambiente escolar, eram efêmeras. Durante as tarefas escolares, na presença da irmã de 8 anos, reclamava de não ser capaz de executá-las, afirmando ser burro. Os pais percebiam uma atitude infantilizada no filho de doze anos. Um ano após o início do relacionamento dos pais, na ocasião em que o pai fora transferido para outra cidade a trabalho, houve a gestação e eles decidiram ir morar juntos.

No atendimento psicoterápico oferecido, diante de Alice e Luís Otávio, instauraram-se, respectivamente, caos e silêncio. Enquanto Alice se movia freneticamente de uma atividade a outra durante as sessões, Luís Otávio permanecia imóvel, sem dirigir palavra ou olhar em nenhum momento de nossos encontros, limitando-se a responder, cabisbaixo, quando questionado. No caos, como encontrar um lugar? E no silêncio, o que escutar?

Partindo das ideias de Silvia Bleichmar (2000) e Roussillon (2011) sobre o traumático como um excesso que não se inscreveu nem se integrou ao psiquismo, permanecendo exterior ao eu, mas buscando compulsivamente um lugar, fomos convocados a manejar o enquadre. A tarefa da psicoterapia era encontrar lugares no caos e colocar palavras no silêncio.

Alice, ao ver a psicoterapeuta confeccionar uma comida com massa de modelar para as bonecas que havia distribuído, mais uma vez, pelas cadeiras da casinha de madeira, interrompeu seu fluxo entre os diversos brinquedos da sala de atendimento e exclamou: “Não, ela não está com fome de macarrão. Quer uma sobremesa!”.

Aproveitando a oportunidade de interação, a psicoterapeuta perguntou: “Será que você pode me ajudar a fazer um doce?”. Alice demonstrou entusiasmo em ensinar a confecção de bolos e, em pouco tempo, sugeriu que abrísssemos uma confeitaria. Nossa confeitaria oferecia um cardápio completo, desde o café da manhã até o jantar, e atendia clientes com gostos muito particulares, que sempre pediam o mesmo prato. Além da confeitaria, Alice introduziu um circuito de exercícios nas sessões, incluindo polichinelos, saltos com obstáculos e saltos em distância, demonstrando grande satisfação quando a psicoterapeuta conseguia completar o percurso no mesmo tempo que ela.

Luís Otávio fitou a psicoterapeuta nos olhos pela primeira vez quando ela o questionou sobre qual jogo eletrônico ele sugeria que ela comesse a jogar. Com certa desconfiança e timidez, indagou o porquê, sorrindo ao ouvir a resposta da psicoterapeuta: ela gostaria muito de conversar sobre algo que ele gostasse. A sugestão foi *The Sims 4* e *Clash of Clans*. Luís Otávio ofereceu instruções e dicas para cada jogo: o primeiro, um simulador de vida que permite construir personagens e casas; o segundo, um jogo de estratégia com um design um tanto infantil, com personagens arredondados, mas com a proposta de fundar clãs e dominar territórios por meio de batalhas. A psicoterapeuta anotava atentamente as dicas e, a cada sessão, contava a Luís Otávio sobre seus progressos e dificuldades nos jogos. As anotações de ambos eram constantes. A psicoterapeuta passou a levar diversos jogos para as sessões, como Batalha Naval, Uno e Jenga. As conversas giravam em torno dos jogos eletrônicos em comum e das partidas, com Luís Otávio manifestando tímida, mas genuína, felicidade diante de suas vitórias.

As ideias de Fonagy e colaboradores sobre mentalização contribuíram para organizar e refletir propostas de atuação frente à complexidade da atuação nesses casos. Concordamos com Roussillon (2019): o objetivo do processo psicanalítico não é necessariamente uma tomada de consciência, mas, sim, a integração das experiências ao psiquismo. Experiências não representadas e simbolizadas, quando repetidas, são vivenciadas pelo sujeito como ataques ou, como sinalizou Winnicott (1963/1994), como “agonias impensáveis”. O manejo clínico é, sem dúvida, um lugar que pode propiciar essa integração, se o prazer, contudo, for acessado neste processo. Se a situação traumática, ao se instalar, impediu que o vínculo primário vivenciasse prazer e, conseqüentemente, impediu o processo de simbolização, de ligação das representações psíquicas, o vínculo estabelecido entre psicoterapeuta e paciente deve trilhar o caminho oposto. A busca pela linguagem do paciente, ou até mesmo o foco do psicoterapeuta no processo, e não necessariamente ou primeiramente no conteúdo, como sugerido pelo modelo a partir da mentalização, se aproxima, em partes, do que Roussillon (2019) conceituou como o trabalho clínico do “jogar”.

As destacadas formas de pensamentos denominadas pré-mentalizadas também nos sugerem proximidades com conceitos e concepções das teorias de objeto, como a urgência de solução no modo teleológico e suas similaridades com a condição de desamparo e adesividade. Também encontramos, nos atendimentos,

indícios da simbolização primária e o simbolismo concreto do modo equivalente, com suas possibilidades de distorção da realidade, bem como o modo de simulação e suas equivalências com as condições de dissociações psicossomáticas.

Em ambas as situações, foram percebidas as dificuldades de acesso aos próprios sentimentos e as consequentes dificuldades em interpretar as intenções alheias. Alice, recentemente, contou à psicoterapeuta que o menino que, outrora, lhe disse que eles não poderiam mais continuar ficando queria, na verdade, falar com ela, mas era tímido demais. A psicoterapeuta lhe diz: “Isso está me parecendo muito mais o que você deseja do que a verdade”. Com ar de dúvida e curiosidade, Alice pergunta: “Por que você acha isso?”. Depois de a psicoterapeuta ajudá-la a lembrar tudo o que havia passado, Alice diz: “Sim, parece mesmo que é só o que eu gostaria e não o que vai acontecer”. Após essa situação, Alice passou a introduzir os assuntos que quer partilhar na psicoterapia com a seguinte frase: “Queria pensar um negócio...”

Luís Otávio, em determinada sessão de 2022, parecia muito triste para a psicoterapeuta, que, a certa altura da sessão, lhe comunicou a sua sensação a seu respeito. Luís Otávio suspira e diz: “Ontem meus pais brigaram muito feio”. Luís Otávio conta à psicoterapeuta a solidão que sente e a sensação de que os pais não irão mais se entender. O que de fato ocorre pouco tempo depois. A separação traz muitas mudanças para sua vida: casa, escola e um convívio menor com o pai. A disputa judicial entre o casal chega à psicoterapia; ambos solicitam declarações de comparecimento para a psicoterapeuta, especificando qual responsável levou. As tentativas de alerta para um possível prejuízo do processo psicoterapêutico de Luís Otávio não parecem surtir efeito. Meses depois, Luís Otávio fala do desejo de encerrar a psicoterapia. Assim como o desejo das horas ininterruptas à frente das telas, os pais não contrariam esse desejo do filho, apesar dos prognósticos contrários e das preocupações expressas pela psicoterapeuta, tanto para ambos quanto para o próprio Luís Otávio, que sentencia: “Eu não quero pensar!” A psicoterapeuta comenta que os jogos parecem ser bem mais fáceis que a vida. Luís Otávio responde: “Sim, eu sei todas as regras.” O diálogo se encerra com a psicoterapeuta lembrando a Luís Otávio, que assim como os jogos, uma psicoterapia pode ser reiniciada, ele sorri e afirma saber que a psicoterapeuta estará ali à sua disposição.

As propostas práticas e, por vezes, esquematizadas dos mentalistas permitiram um manejo mais adaptado às particularidades de casos como os de Alice e Luís Otávio. Ao mesmo tempo, elas proporcionaram à psicoterapeuta maior flexibilidade

para lidar com as demandas do *setting* analítico. Corroborando com Roussillon (2019), é fundamental reavaliarmos nossas concepções sobre o método psicanalítico, desde a distinção entre análise e psicoterapia até as possibilidades e limites da técnica. A associação livre de ideias, em casos envolvendo traumas precoces, sofrimentos narciso identitários ou TDAH, pode não ser o meio, mas sim um ponto a ser alcançado gradualmente, à medida que o processo terapêutico avança.

As possibilidades de neogênese destacadas por Silvia Bleichmar (2005), bem como do objeto maleável de Roussillon, foram exploradas no caso de Alice através do corpo da psicoterapeuta e de atividades manuais. A proposta de exercícios físicos, a confecção de miniaturas em massinha, os bordados e as pulseiras de miçangas, todos aceitos com entusiasmo por Alice, permitiram uma exploração gradual e profunda do seu mundo interno. Essas atividades, que se iniciaram com a exploração sensorial e evoluíram para a criação de objetos simbólicos, conduziram Alice a importantes descobertas sobre si mesma. A chegada de um novo irmão proporcionou um novo contexto para a elaboração dessas descobertas. Alice demonstrou grande cuidado e afeto pelo irmão, como evidenciado pelas mensagens da mãe e pelas suas próprias narrativas emocionadas durante as sessões, nas quais descrevia detalhes sensoriais como o cheiro e as pequenas mãos do bebê. É notável as diminuições dos erros de concordância verbal em sua fala.

Luís Otávio, por sua vez, encontrou um espaço seguro para falar sobre os jogos eletrônicos, uma atividade central em seu cotidiano. A psicoterapeuta, ao ouvi-lo com genuíno interesse, contribuiu não apenas para fortalecer o vínculo terapêutico, mas também para que Luís Otávio aprofundasse a escuta de si mesmo. A psicoterapeuta, ao verbalizar suas próprias impressões e sentimentos, criou um ambiente de confiança mútua, permitindo que o silêncio de Luís Otávio fosse gradualmente preenchido por palavras. As experiências de abandono e negligência parecem ter mobilizado defesas intensas, levando Luís Otávio a identificar a psicoterapia como um espaço privilegiado para pensar seus afetos de forma mais consciente. A decisão de encerrar o acompanhamento, apesar dos avanços, pode indicar a reativação de padrões de desamparo e fuga, característicos de sua história.

O acompanhamento mais sistemático de casos clínicos de TDAH acaba revelando, como nestes aqui brevemente apresentados, padrões de falhas ambientais e traumas desorganizadores precoces. Marion Minerbo (2016) pontua: “Se eu tivesse

que resumir em uma frase o objetivo do trabalho analítico, seria oferecer condições para que o paciente possa realizar seu trabalho de simbolização do traumático” (p. 84). Neste sentido, gostaríamos de retomar as pontuações teóricas já citadas, de forma a indicar sua pertinência clínica. Ao nos referirmos ao traumatismo precoce, não há um conteúdo necessariamente a ser evocado; ao contrário, estamos a lidar com sensações corporais, percepções, ações, afetos e emoções que se apresentam dispersas e na forma de repetições compulsivas. Esses afetos se apresentam, muitas vezes, de forma perturbadora para o paciente, como nos alerta Winnicott: “Afirmo que o medo clínico do colapso é o medo de um colapso que já foi experienciado” (p. 72, grifos do autor, 1963/1994).

Por fim, cabe agora retomar a questão central que mobilizou o foco desta pesquisa: a abordagem do significado e do papel da medicação no tratamento psicoterápico. Tanto Luís Otávio, com início aos 3 anos, quanto Alice, aos 6, iniciaram o uso de Ritalina. Posteriormente, suas medicações foram ajustadas para Concerta e Venvanse, respectivamente. A adesão ao tratamento, em ambos os casos, revelou-se desafiadora, com relatos maternos de comprimidos encontrados em locais inusitados. Em psicoterapia, as crianças expressaram vivências subjetivas marcantes: Luís comparou a medicação à sensação de estar amarrado, enquanto Alice relatou alucinações visuais. Esses relatos, além de evidenciarem a importância das vivências subjetivas, corroboram estudos de caso longitudinais, indicando um mal-estar corporal e psíquico comum em crianças nessa condição. Negar ou banalizar essas experiências em um processo psicoterápico pode levar à dessubjetivação, comprometendo o objetivo fundamental da terapia: a apropriação subjetiva. É crucial que tais vivências sejam cuidadosamente acolhidas e exploradas.

Em contraste com a realidade alemã, as possibilidades de diálogo com os profissionais que prescreviam medicamentos para Alice e Luís Otávio eram praticamente inexistentes. As tentativas da psicoterapeuta de estabelecer uma comunicação sobre o tratamento encontraram barreiras significativas. A médica responsável por Alice, embora tenha respondido, limitou-se a discutir as medidas farmacológicas adotadas para controlar a irritabilidade da paciente e mencionou a dificuldade em avaliar o tratamento devido à falta de colaboração da menina. O profissional que acompanhava Luís Otávio, por sua vez, não retornou o contato, conforme a psicoterapeuta havia sido previamente informada pela secretaria, que

sugeriu um endereço de e-mail como única forma de contato, devido à indisposição do profissional em dialogar com psicólogos.

A mãe de Alice sempre participou dos encontros com a psicoterapeuta, porém, individualmente. A psicoterapeuta incentivou Alice a conversar com a mãe sobre a possibilidade de retomar o contato com o pai. Com a ajuda de uma carta escrita por Alice, a mãe facilitou o reencontro entre filha e pai. Atualmente, Alice convive com o pai com frequência. No entanto, o pai nunca demonstrou interesse em participar do processo terapêutico de Alice. Recentemente, quando questionado pela filha sobre a possibilidade de trazê-la para as sessões, devido ao nascimento do irmão, ele respondeu: “Psicoterapia para quê?”. Ao relatar o ocorrido para a psicoterapeuta, Alice diz que o pai “não sabe de nada, não está dentro de mim”. A mãe se organizou com a avó materna, e Alice compareceu às sessões de psicoterapia.

Os pais de Luís Otávio apresentavam divergências frequentes em relação à educação e à medicação do filho. O pai defendia a necessidade de limites claros, especialmente no uso de telas, e a administração regular da medicação. No entanto, embora expressasse suas opiniões com firmeza, esperava que a mãe executasse suas orientações. A mãe, por sua vez, concordava com a importância de estabelecer limites, mas encontrava dificuldades em implementá-los de forma consistente. Apresentava, ainda, reservas e temores em relação à medicação, percebendo mudanças significativas no comportamento do filho após a ingestão dos medicamentos, a ponto de afirmar: “Com o remédio, não é meu filho!”. Apesar da participação regular dos pais nas sessões, a psicoterapeuta percebia limitações em ambos quanto à capacidade de refletir sobre suas próprias dinâmicas familiares e de implementar as estratégias discutidas em terapia.

A escola de Alice, uma instituição estadual, estabeleceu uma relação colaborativa com a psicoterapeuta. Durante as visitas à escola, a coordenação pedagógica, os professores e a professora da sala de apoio demonstravam grande interesse em compreender as necessidades de Alice e em contribuir para seu desenvolvimento. A equipe escolar celebrava os avanços da menina e buscava estratégias para superar as dificuldades encontradas no processo de aprendizagem. A fonoaudióloga que acompanhou Alice por um período também se mostrou

interessada, embora sua perspectiva fosse mais cautelosa devido ao diagnóstico médico.

A situação de Luís Otávio apresentou particularidades em cada uma das escolas por onde passou. Na escola particular, a psicoterapeuta, ao conversar com a coordenadora, notou uma percepção bastante polarizada sobre os pais. Enquanto o pai era elogiado por sua participação, a mãe era criticada. A coordenadora chegou a afirmar que "sem a medicação é inviável qualquer coisa com Luís Otávio" e questionou a psicoterapeuta sobre a possibilidade de outros diagnósticos além do TDAH. Após o divórcio dos pais e a mudança para uma escola estadual, a nova coordenação demonstrou grande interesse em ajudar Luís Otávio, percebendo sinais de sofrimento em seu comportamento.

Os casos de Alice e Luís Otávio exemplificam como traumas precoces podem inverter a dinâmica transferencial clássica, caracterizada pelo deslocamento e pela neurose. Nesses casos, o analista se torna o depositário dos sentimentos que o paciente não consegue integrar, conforme nos alertaram Ferenczi e Winnicott. A importância do tato, da delicadeza na comunicação e da construção do vínculo é fundamental para a (re)construção do psiquismo, que se mostra dependente dessas nuances. Nesse contexto, a medicação pode comprometer ainda mais a integração da subjetividade, demandando uma análise cuidadosa de seus efeitos durante o processo terapêutico.

A experiência alemã, exemplificada pelo estudo de prevenção de Frankfurt, demonstra a riqueza de abordagens para a intervenção em casos de traumas precoces, especialmente aqueles diagnosticados com TDAH. No entanto, é crucial notar que a formação médica na Alemanha, com uma abordagem mais holística e integrada, difere significativamente da formação médica brasileira, onde a medicação para TDAH é frequentemente prescrita como primeira linha de tratamento, muitas vezes em detrimento de outras intervenções. A construção de um trabalho interdisciplinar e integrativo, como o que se observa em modelos internacionais, é fundamental para casos complexos como o TDAH. No Brasil, já existem modelos de cuidado que demonstram a viabilidade da inserção da psicanálise em abordagens mais amplas. Esta tese contribui significativamente para a consolidação desses

modelos, oferecendo subsídios teóricos e práticos para a integração da psicanálise no tratamento do TDAH.

6.6 Considerações

A apresentação destes estudos internacionais neste capítulo é bastante instrutiva como complemento ao que abordamos inicialmente em nossa revisão de literatura. Afinal, foi a partir das indicações daquele levantamento inicial que chegamos ao recorte de uma psicanálise contemporânea orientada pela interface com as teorias de relação de objeto e às propostas de intervenção sobre o TDAH, centradas nos processos de mentalização e simbolização. Neste capítulo, abordamos mais especificamente as propostas estruturadas em psicologia da saúde, com destaque para o protocolo desenvolvido na Alemanha, como exemplo paradigmático de um modelo de assistência que consiga avançar em uma proposta de clínica integrada a serviços de saúde em uma abordagem multiprofissional, o que, no Brasil, se aproximaria de um modelo de atenção psicossocial e de uma clínica ampliada em psicanálise.

Consideramos importante apresentar de forma detalhada esse tipo de proposta por reconhecer aí uma possibilidade de avanço na inserção da psicanálise nos serviços de saúde e no ultrapassamento de uma proposta exclusivamente psicoterápica para esses casos. Isso porque, como outros casos de psicopatologias de incidência desde a infância e a adolescência, demanda, necessariamente, um trabalho com a família e a escola. Contudo, para além disso, os quadros de TDAH demandam uma compreensão crítica das condições socioculturais próprias da contemporaneidade, incluindo o aspecto central da medicalização do social, da qual é uma das figuras mais características. Por isso, não basta uma compreensão metapsicológica e psicopatológica dos processos psicodinâmicos em jogo nesse tipo de quadro, nem mesmo uma abordagem exclusivamente psicoterápica e individualizante desse tipo de condição de saúde. É preciso avançar também para além da crítica geral de denúncia e resistência que a psicanálise e outras abordagens do campo psicológico costumam fazer. Elas são essenciais para estabelecer uma visão crítica e um posicionamento político diante de propostas de atenção à saúde,

mas precisariam avançar na proposição de ações e modelos de atuação, o que ainda temos dificuldade de localizar na literatura acadêmico-científica nacional.

Por conta disso, este último capítulo se mostrou tão importante: apontar que há propostas na literatura internacional mais integrativas e propositivas, onde a questão da medicalização e do uso da medicação sejam contemplados e trabalhados de forma mais explícita. Também nos fornece vislumbres e indicações de como podem ser considerados os aspectos mais amplos do cuidado e atenção à saúde desses casos, nos dando subsídios para estabelecermos nossas próprias considerações teórico-clínicas sobre o trabalho com esses casos, que faremos, então, a seguir, no fechamento de nosso percurso de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta tese propôs uma série de estudos em torno da temática da clínica do TDAH, partindo da necessidade de circunscrever e organizar os fundamentos teóricos e práticos de sua atuação a partir da Psicanálise. Isso se deu motivado pela pertinência e atualidade dessa condição de saúde como expressão das formas de sofrimento psíquico na atualidade, mas, principalmente, pela percepção de que não havia ainda uma teorização metapsicológica e psicopatológica específica para esse tipo de condição de saúde. Encontrávamos na literatura nacional sobre o tema um certo padrão de crítica à medicalização do social e os destinos da subjetividade contemporânea, de forma que o TDAH era considerado uma forma de sintoma ou patologia social de nosso tempo. Embora fossem muito pertinentes e necessárias essas reflexões, quando chegávamos a uma necessidade de compreensão mais psicodinâmica dos casos, a teorização mantinha-se em uma certa generalidade. Por outro lado, a clínica desses casos só crescia e a casuística se impunha.

Nesse contexto foi desenvolvida a primeira pesquisa de mestrado, onde pudemos já recolher algumas indicações teóricas para construir o entendimento desses casos e operar o recorte sobre a medicalização do social. Quando a questão foi relançada neste novo momento, uma década depois, intuímos que o estado da arte poderia continuar o mesmo. Depois de muitas incursões, chegamos ao resultado que foi apresentada nesta compilação de estudos, que permitem fundamentar agora um caminho de reflexões.

Nos lançamos em um primeiro momento na fundamentação teórica e na revisão de literatura, feita em dois estudos distintos. Um primeiro propriamente de revisão de literatura de caráter mais sistemático, que apontou para a prevalência de certos referenciais teóricos e modelos conceituais, porém sem muito detalhamento da especificidade do manejo clínico e com pouquíssimo destaque para o fenômeno da medicalização. Essa revisão inicial nos indicou, porém, um certo caminho de aprofundamento.

O segundo estudo pôde fazer o aprofundamento teórico-conceitual de forma menos comprometida com a visualização do estado da arte e se permitindo operar alguns recortes e escolhas de autores e teorias que faziam mais sentido para o nosso percurso próprio. Partimos para tanto de indicações de teóricos das relações de objeto que já estavam anunciados no projeto anterior e que eram mais facilmente

reconhecíveis no campo psicanalítico brasileiro, tais como Bick, Meltzer e Bleichmar. A revisão da literatura internacional mostrou a força da vertente da psicologia do ego na psicanálise contemporânea e seu ponto de chegada no modelo da mentalização. Fizemos então no segundo estudo o percurso sobre esses autores, tentando construir uma discussão sobre os processos de mentalização e simbolização a partir dessas tradições, chegando a uma contribuição mais específica que focou em uma psicanálise contemporânea com influências de autores franceses e latino-americanos, tendo em Winnicott, Bleichmar e Roussillon seu ponto de chegada.

Esse segundo estudo foi importante para estabelecer uma certa compreensão mais detida sobre as falhas de mentalização e de simbolização que estariam em jogo nos quadros de TDAH, permitindo pensar essas condições como curto-circuitos no arco pulsional psicossomático, ligados à dimensão traumática da economia libidinal e as falhas de continência e metabolização decorrentes do suporte objetal e ambiental. Essa noção geral comparecia nas diferentes vertentes que abordamos, embora de formas ligeiramente diferentes em cada tradição teórica. De todo modo, se mostrou suficiente para estabelecer um certo mecanismo psicodinâmico. Contudo, sua caracterização em termos diagnósticos e de categorias psicopatológicas ainda deixou a desejar, bem como o manejo.

No terceiro estudo, propomos voltar à casuística anterior e fazer um acompanhamento longitudinal pontual de casos atendidos há uma década. Esse estudo foi importante para nos mostrar duas coisas. Em primeiro lugar, que o diagnóstico de TDAH não está necessariamente ligado a uma estrutura particular de funcionamento e que pode ser considerado mais como uma sintomatologia específica decorrente de mecanismos particulares ligados ao nível de integração psicossomática do circuito pulsional. Isso porque as inferências que pudemos fazer das avaliações de Júlio e Sofia indicam arranjos de personalidade diferentes e mesmo hipóteses distintas sobre o nível de simbolização do conflito. O segundo ponto é justamente a marca simbólica e o peso do uso do medicamento na vida dos participantes. Nesse sentido, aquela hipótese inicial que se construiu na primeira pesquisa se confirmou na reavaliação: as implicações emocionais do uso da medicação são um fator significativo na autoimagem do eu. Isso nos faz pensar que a possibilidade de devolutivas para esses pacientes, mesmo depois de tanto tempo, se mostrou importante para eles também. Esse segundo ponto nos leva de volta à nossa questão

de como conduzir esse tipo de caso e da necessidade de incluir nos processos uma consideração mais detida sobre o fenômeno da medicalização que lhe é intrínseco.

O quarto estudo então se propôs a aprofundar as considerações sobre o manejo clínico e modelos de atenção e intervenção para esses casos. Foi aí que pudemos nos voltar para aquelas referências que se destacaram ao nosso percurso como propostas de protocolos na área da saúde para uma atenção interdisciplinar, onde destacamos os estudos que relatam as experiências na Alemanha. Desse percurso cabe agora comentar que esse tipo de abordagem está em consonância com as perspectivas teórico-conceituais que apresentamos, muito alinhada à noção geral de promoção de mentalização, avançando na sistematização de um modelo em que a prática psicoterápica está de fato integrada a um modelo maior de atenção, que inclui tanto os profissionais de saúde quanto os de educação. Nessa proposta a dimensão biopsicossocial da determinação e manutenção do adoecimento psíquico está contemplada e isso reflete na forma como a atenção à saúde é realizada. Entendemos que esses estudos são uma contribuição muito relevante e original para que se avance nos modelos de atenção a esse tipo de casuística no sentido de uma prática que não se restrinja à psicoterapia individual. Além disso, foi importante observar como o tratamento medicamentoso é avaliado e prescrito nesse tipo de proposta, coibindo um uso crônico e banalizado, bem como na atenção que é dada ao sentido de seu uso para a família e o paciente. Embora não se mostre uma perspectiva tão crítica do uso da medicação e não adentre em problematizações maiores acerca do fenômeno da medicalização, indica um caminho bastante consistente e pragmático para a integração de diferentes perspectivas profissionais dentro de uma concepção de atenção integral à saúde condizente com a compreensão contemporânea da subjetividade.

Importante ressaltar que a proposta de trabalho desenvolvida em Frankfurt, além de explicitar de forma interessante o manejo com pacientes considerados TDAH, organizou teorias e práticas psicanalíticas essenciais para essa clínica. Além de demonstrar a potência dessa teoria nas concepções e intervenções sociais, a organização e a disponibilidade das centenas de profissionais envolvidos com a psicanálise e com o projeto são admiráveis e — por que não admitir? — invejáveis.

Esse percurso geral nos permitiu indicar e vislumbrar os desafios e possibilidades para o trabalho com pacientes portadores do diagnóstico de TDAH a partir de uma perspectiva psicanalítica. Essas ideias estão presentes na literatura de

diversas formas, como pudemos relatar ao longo desta pesquisa, além de estarem presentes na prática clínica. Embora não tenhamos abordado essa casuística de forma mais explícita, para além do estudo de caso apresentado, é preciso afirmar que o tipo de questão que delimitamos de forma pontual em nosso relato está presente de forma muito significativa no atendimento desses casos. Isso pode ser sistematicamente constatado na experiência clínica particular da pesquisadora e também foi uma presença constante nas práticas de atendimento que aconteceram ao longo do percurso acadêmico do doutorado, por meio das experiências vinculadas ao projeto de extensão de atenção a pacientes com sintomas corporais e queixas psicossomáticas.

Fundamental destacar que, muito embora a sigla TDAH seja utilizada constantemente ao longo desta tese, não há concordância ou alinhamento com as concepções diagnósticas tal como são expostas pelos manuais de classificação das doenças mentais, tão utilizados e popularizados pelas ciências médicas. A utilização da sigla considera a popularização do termo, haja vista a medicalização de nossa sociedade, assim como compreende que diferentes trabalhos já conseguiram demonstrar, de forma eficaz, a construção desta entidade nosológica ao longo da história. Os estudos de casos e as vinhetas clínicas presentes no referido estudo evidenciam a complexidade e a impossibilidade de reduzir a subjetividade humana a quadros diagnósticos; em contrapartida, demonstram a urgência de desenvolvermos modelos de cuidado que insiram a psicanálise em abordagens mais amplas, e isso só é possível diante de uma linguagem em comum. Sendo assim, no atual estado das coisas, intervir nos interessa mais, além de se debruçar sobre um tema ainda pouco explorado – a clínica psicanalítica do TDAH- buscando suprimir a lacuna de uma teorização metapsicológica e psicopatológica para os diferentes sofrimentos mentais englobados pela referida sigla.

Esta tese demonstra que o TDAH, com sua sintomatologia complexa e multifacetada, extrapola uma estrutura psíquica específica e se relaciona a falhas na mentalização e na simbolização, o que implica diretamente na prática clínica. Ao articular as teorias do objeto e o modelo da mentalização, a pesquisa contribui para o desenvolvimento da psicanálise contemporânea, demonstrando sua capacidade de integrar diferentes áreas do conhecimento e de responder aos desafios da clínica atual, com atenção à escuta das subjetividades e à construção dos vínculos do paciente, considerando não apenas a relação com o psicoterapeuta, mas também o

impacto do diagnóstico e da medicação. Neste sentido, destacamos a importância e a necessidade de uma abordagem interdisciplinar, que incluía a psicanálise, nas práticas clínicas e políticas públicas de saúde mental para crianças e adolescentes diagnosticados como TDAH. Esperamos que esta tese inspire outros clínicos e pesquisadores a aprofundar os estudos da psicanálise na clínica com o TDAH e a reconhecer a urgência de disponibilizar este conhecimento socialmente, de forma literal, a exemplo da rica experiência alemã aqui apresentada.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, N.; TÖROK, M. *The wolf man's magic word: a cryptonymy*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1986.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Metilfenidato no tratamento de crianças com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade. *Boletim brasileiro de avaliação de tecnologias em saúde (BRATS)*, Ano VIII, n. 23, 2014. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br>. Acesso em: 05 de março de 2023.

AGUIAR, A. A. de. *A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T. M., AMBROSIO, F. F. *Rabiscando Desenhos-Estórias com Tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos*. In: TRINCA, W. (org.) Procedimento de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. 1ª edição. São Paulo, Vetor, 2013.

ALLEN, J. G.; FONAGY, P.; BATEMAN, A. W. *Mentalizing in clinical practice*. Londres, Inglaterra: American Psychiatric Publishing, 2008.

AMFT, H.; GERSPACH, M.; MATTNER, D. *Kinder mit gestörter Aufmerksamkeit: ADS als Herausforderung für Pädagogik und Therapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, 2004.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. *DSM V - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. American Psychiatric Association, 2013.

BARBOSA, A. K. *Era uma vez no Encontro com Crianças Agitadas: O Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade diagnóstico e medicação*. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis- SP, 2008.

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

BATEMAN, A.; FONAGY, P. *Mentalization Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*., Nova York: Oxford University Press, 2016.

BERGERET, J. *Personnalité normale et pathologique*. Paris: Bordas, 1974.

BERVOETS, E.; MEURS, P.; LUYTEN, P.; TANG, E.; VLIEGEN, N. Walking the tightrope: Ego support and exploration with a child with complex trauma. *Journal of Child Psychotherapy*, v. 47, n. 3, p. 415–432, 2021.

BICK, E. Notas sobre la observación de lactantes en la enseñanza del psicoanálisis. *International Journal of Psycho-Analysis*, v. 45, n. 4, 1964.

BICK, E. (1968). *The experience of skin in early object relations*. In: Harris, M.; Bick, E. *Collected papers of Martha Harris and Esther Bick*. Great Britain: The Roland Harris Education Trust, 1987. p. 114-118.

BICK, E. *A experiência da pele em relações de objeto arcaica*. In: SPILLIUS, E. B. (Ed.). *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*. v. 1. Rio de Janeiro: Imago, p. 194-198, 1991.

BIRMAN, Joel. (2007) A biopolítica na genealogia da psicanálise: da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 529-548, abr./jun. 2007. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3861/386138013008/>>. Acesso em 01 jul. 2018.

BLEICHMAR, S. *Clínica psicanalítica e neogênese*. São Paulo: Annablume, 2005.

BLEICHMAR, S. *Nas origens do sujeito psíquico: do mito à história*. Tradução de Kênia M. Ballvé Behr. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BLEICHMAR, S. *A fundação do inconsciente: desejos do sujeito*. Tradução de Kênia M. Ballvé Behr. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

BONOMI C. Flight into sanity. Jones's allegation of Ferenczi's mental deterioration reconsidered. *Int J Psychoanal*, v. 80, parte 3, p. 507-542, jun. 1999.

BOROWSKI, D.; BOVENSIEPEN, G.; DAMMASCH, F.; HOPF, H.; STAUFENBERG, H.; Streeck-Fischer, A. Leitlinie zu Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen. *Analytische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* v. 41, n. 146, p. 238-274, 2010.

CAMPOS, É. B. V. *Limites da representação na metapsicologia freudiana*. 1. ed. São Paulo: EDUSP, 2014.

CAMPOS, E. B. V.; CAMPOS, M. L. G. Revisões sistemáticas em psicologia. In: HONÓRIO, H. M.; SANTIAGO JUNIOR, J. F. (orgs.) *Fundamentos das revisões sistemáticas em saúde*. São Paulo: Santos Publicações, 2021, p. 531-544.

COELHO JR., N. E.. *Percepção e destinos da percepção na psicanálise freudiana*. In: MARZAGÃO, L. R.; AFONSO, M. L. M.; RIBEIRO, P. C. (Orgs.). *Psicanálise e universidade: temas contemporâneos: percepção – lei – vínculo social*. Belo Horizonte: Passos, 2000. p.76-85.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde*. Brasília: CFP, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. *Patologização e medicalização das vidas: reconhecimento e enfrentamento*. Parte 2. São Paulo: CRP-SP, 2019.

CONTRATRANSFERÊNCIA. In DICIONÁRIO *Enciclopédico Inter-Regional de Psicanálise do IPA*. Disponível em: www.ipa.world/encyclopedia_dictionary. Acesso em: set. 2023.

CONWAY, F. Psychodynamic Psychotherapy of ADHD: A Review of the Literature. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Chicago, v. 49, n. 3, p. 404-417, 2012.

CYPEL, S. *A criança com déficit de atenção e hiperatividade: atualização para pais, professores e profissionais de saúde*. São Paulo: Lemos, 2001.

CUNHA, J. A. P.; MELLO, L. M. L. Medicação/Medicalização na infância e suas possíveis consequências. *Pretextos - Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas*, v. 2, n. 4, 2017.

DEVITO, J. *Marion Milner e a clínica da criatividade: estilo, ética e técnica*. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC, São Paulo, 2015.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro. Imago, 2003.

DUSCHINSKY, R.; FOSTER, S. *Mentalizing and epistemic trust: the work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre*. Londres, Inglaterra: Oxford University Press, 2021.

EEKHOFF, J. K. Introjective identification: The analytic work of evocation. *American Journal of Psychoanalysis*, n. 76, p. 354–361, 2016.

EEKHOFF, J. K. Somatic Countertransference as Evidence of Adhesive Identification in a Severely Traumatized Woman of Adhesive Identification In a Severely Traumatized Woman. *The American Journal of Psychoanalysis*, v. 78, p. 63-73, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1057/s11231-017-9122-5>. Acesso em: 05 de março 2024.

EHRENREICH, R. Adhesive Identification – revisited. *Dynamische Psychiatrie. Dynamic psychiatry*, v. 57, p. 60-68, mar. 2024. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/378965349_Adhesive_Identification_-revisited. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

EIZIRICK, Cláudio Laks. Psicanálise e Universidade: Pesquisa. *Psicologia USP*, v. 12, n. 2, p. 221-228, 2001. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642001000200019>. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

ENSINK, K.; BÉGIN, M.; NORMANDIN, L.; GODBOUT, N.; FONAGY, P. Mentalization and dissociation in the context of trauma: Implications for child psychopathology. *Journal of Trauma & Dissociation*, v. 18, n. 1, p. 11–30, 2016.

ENSINK, K.; BERTHELOT, N.; BERNAZZANI, O.; NORMANDIN, L.; FONAGY, P. Another step closer to measuring the ghosts in the nursery: Preliminary validation of the Trauma Reflective Functioning Scale. *Frontiers in Psychology*, v. 5, n. 1471, 2014.

FIGUEIREDO, L. C.; COELHO JUNIOR, N. E. *Adoecimentos psíquicos e estratégias de cura: matrizes e modelos em psicanálise*. São Paulo: Blucher, 2018.

FONAGY, P. Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, n. 1036, p. 181–200, 2004.

FONAGY, P.; ALLISON, E. The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, n. 51, p. 372–380, 2014.

FONAGY, P.; GYORGY, G; JURIST, E.L; TARGET, M. *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Nova York: Other Press, LLC, 2010.

FONAGY, P.; TARGET, M. Playing with Reality: I Theory of Mind and the Normal Development of Psychic Reality. *International Journal of Psychoanalysis*, n. 77, p. 217-233, 1996.

FONAGY, P.; BATEMAN, A. *Mentalization- based treatment for personality disorders. A Practical Guide*. Londres: Oxford University Press, 2016.

FRANÇA, M. T. B. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, v. 45, n. 82, p. 191-207, 2012.

FREITAS, F., AMARANTE, P. *Medicalização em Psiquiatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

FREUD, S. (1893-1895). *Estudos sobre a histeria*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. II). Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

FREUD, S. (1920-1922). *Psicologia de grupo e outros trabalhos*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XVIII). Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

FREUD, S. (1911-1913). *Recomendações aos médicos que exercem psicanálise*. (1912). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XII). Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Org. e Trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, p. 8, 1979.

FLORSHEIM, D.B. *Vozes da Psicanálise. Clínica, teoria e pluralismo*. Volume (4)1991-Atualidade. São Paulo: Editora Blucher, 2023.

GENSLER, D. Trouble Paying Attention, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 10, n. 1, p. 103-115, 2011.

GERMAIN, T. Finding the Body of the Mind: Integrating Occupational Therapy's Theories of Mutual Regulation and Dysregulation into Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 17, n. 4, p. 295-309, 2018.

GILMORE, K. A psychoanalytic perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, v. 48, p. 1259 –1293, 2000.

GILMORE, K. Psychoanalytic Treatment at the Crossroads of ADHD and Emerging Adulthood: Reflections on Dr. Whitman's Case Presentation. *Psychoanal. St. Child*, v. 72, p. 99-106, 2019.

GOMES, P. Psicanálise relacional contemporânea: uma nova maneira de trabalhar em psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, v. 41, n. 4, p. 113-123, 2007. Disponível em : http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2007000400011&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 28 de agosto de 2024.

GONDAR, J. Trauma, Cultura e Criação: Ferenczi com Christoph Türcke. *Revista Tempo Psicanalítico*, v. 48, n. 2, p. 135-148, 2016.

GRANATO, T. M. M.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. Mudanças: *Psicologia da Saúde*, v. 12, n. 2, p. 253-71, 2004.

GRANJON, E. Alliance et aliénation: ou les avatars de la transmisión psychique intergénérationnelle. *Dialogue: Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, v. 108, p. 61-72, 1990.

GREEN, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo. Editora Escuta, 1988.

GREEN, A. A mente primordial e o trabalho negativo. Tradução de: Celia Fix Korbivcher. *Livro Anual de Psicanálise*, 1998, v. 14. p. 133-48, 2000a.

GREEN, A. The Intrapychic and Intersubjective in Psychoanalysis. *The Psychoanalytic Quarterly*, v. LXIX, n. 1, p. 1-39, 2000b.

GREEN, A. *La pensée clinique*. Paris: Éditions Odile Jacob, 2002.

GREEN, A. *Ideas directrices para um psicoanálisis contemporâneo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 2004.

GREEN, A. *Orientações para uma psicanálise contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 2008.

GUITMANN, G.; MATTOS, P.; GENES, M. O uso da venlafaxina no tratamento do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 28, n. 5, p. 243-47, 2001.

GUERRA, V. Diferentes funciones del ritmo en la subjetivación y en la creación. *Revista Latinoamericana de Psicoanálisis*. Calibán, v. 15, n. 1, 2017a.

GUERRA, V. El ritmo y la ley materna en la subjetivación y en la clínica infantil. *Rev. Uruguay de Psicoanálisis*, Montevideo, n. 120. p. 133-152, 2015.

GUERRA, V. Formas de (des)subjetivação infantil em tempos de aceleração: os transtornos de subjetivação arcaica. *Revista de Psicanálise da SPPA*, v. 23, n. 1, p. 137-158, abr. 2016.

GUERRA, V. Hiperatividade e Déficit de Atenção no Funcionamento Psíquico da Criança: o falso self motor. *Revista Psicanálise SBPdePA*. v. 14, n. 01, p. 153-178, 2012.

GUERRA, V. *O ritmo, a musicalidade comunicativa e a lei materna na artesanaria da subjetivação humana*. Publicação CEAPIA, n. 26, 2017b.

GUERRA, V. *Vida psíquica do bebê: a parentalidade e os processos de subjetivação*. São Paulo: Editora Blucher, 2022.

HAUBL, R.; LIEBSCH, K. Mit Ritalin leben. Zum Selbstverständnis von Jungen mit AD(H)S. *Psyche*, v. 7, p. 673-692, 2008.

HAUBL, R.; LIEBSCH, K. *Wenn man teuflisch und wild ist. Funktion und Bedeutung von Ritalin in der Sicht von Kindern*. In: HAUBL, R.; DAMMASCH, F.; KREBS, H. (Org.). *Riskante Kindheit. Psychoanalyse und Bildungsprozesse*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2009. p. 129–163.

HAYNAL, A. *A técnica em questão: Controvérsias em psicanálise: de Freud e Ferenczi a Michael Balint*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

HINSHELWOOD, R. D. Catastrophe, objects and representation: three levels of interpretation. *British Journal of Psychotherapy*, n. 13, p. 307-317, 1997.

ITABORAHY, C. *A Ritalina no Brasil: uma década de produção, divulgação e consumo*. 2009. Dissertação (Mestrado)- Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

JANIN, B. *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. 1. ed. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico, 2011.

JERUSALINSKY, A. *Gotinhas e comprimidos para crianças sem história: uma psicopatologia pós-moderna para a infância*. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. 2. ed. São Paulo: Via Lettera, p. 231-244, 2011.

JONES, B. Allison, E. An integrated theory for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder [ADHD]. *Psychoanal. Psychother.*, p. 24, n. 3, p. 279-295, 2010.

JONES, B. The Reality-Sampling Deficit and ADHD: Indication for an Active Technique. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.*, v. 10, n. 1, p. 73-86, 2011.

JONES, E. *A vida e a obra de Sigmund Freud. Última fase*. Vol. III. São Paulo: Imago, 1989.

KNAPP, P.; Rohde, L.; Liszkowski, L. & Johannpeter, J. *Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: manual do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

KNIJNIK, M. Falso self, pseudomaturidade, segunda pele e identificação adesiva: uma revisão sobre os conceitos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, v. 13, n. 2, p. 91-91, 2011.

LAEZER, L. K. Effectiveness of Psychoanalytic Psychotherapy and Behavioral Therapy Treatment in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder, *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 14, n. 2, p. 111-128, 2015.

LAEZER, L. Therapie vergleichsstudie von hyperaktiven Kindern. In: CONGRESS OF THE CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY, 2010, Hamburg.

LIDLAW, C.; Howcroft, G. Encountering a cartwheeling princess: relational psychoanalytic therapy of a child with attachment difficulties and ADHD, *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 2015. DOI: 10.2989/17280583.2015.1067620.

LANG, R. S. Esther Bick: Vida e Obra. *Revista Mineira de Psicanálise*, v. 5, 2022 Disponível em: <https://sbpmg.org.br/wp-content/uploads/2022/11/13-Ester-Bick.pdf>. Acesso em: 05 de março de 2023.

LAPLANCHE, J. *Novos fundamentos para a psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LAPLANCHE, J. *Vocabulário da psicanálise*. Laplanche e Pontalis; sob a direção de Daniel Lagache; tradução Pedro Tamen – 4. Ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; CANESTRI, J.; TARGET, M. *Early Development and its Disturbances. Clinical, conceptual, and Empirical research on ADHD and other Psychopathologies and its Epistemological Reflections*. Londres: Karnac Books Ltd., 2010.

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; LAEZER, K. L.; PFENNING-MEERKOETTER, N.; FISCHMANN, T.; WOLFF, A.; GREEN, J. Psychoanalytic Treatment of ADHD Children in the Frame of Two Extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.*, v. 10, n. 1, p. 32-50, 2011.

LEUZINGER-BOHLEBER, M.; LAEZER, K. L.; PFENNING-MEERKOETTER, N.; FISCHMANN, T.; WOLFF, A.; GREEN, J. *Psychoanalytic Treatment of ADHD Children in the Frame of Two Extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study*. Londres: Routledge, 2014.

LIBERMANN, Z. Patologias atuais ou psicanálise atual? *Revista Brasileira de Psicanálise*. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 41-49, 2010.

LIMA, R. C. *Somos todos desatentos? O TDAH e a construção das bioidentidades*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.

LISPECTOR, C. *Lição de filho*. In: Todas as crônicas. Rio de Janeiro: Rocco, 2018. p.148-149.

MATTNER, D. (2006). ADS – die Biologisierung abweichenden Verhaltens. In: LEUZINGER-BOHLEBER, M.; BRANDL, Y.; HÜTHER, G. ADHS (Eds.). *Frühprävention statt Medikalisierung: Theorie, Forschung, Kontroversen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2006. p. 51-69.

MANNONI, M. *A primeira entrevista em psicanálise*. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

MAZZOLINI, B. P. M. Rabiscando para ser: do si mesmo para o papel. *Imaginario*, v. 13, n. 14, p. 493-509, 2007.

MEDEIROS, E. C. de; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Regressões em análise: contribuições de Ferenczi e Balint para a técnica psicanalítica. *Psicologia Revista*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 120–145, 2021. DOI: 10.23925/2594-3871.2021v30i1p120-145. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/46556>. Acesso em: 05 mar. 2024.

MELTZER, D. Identificação Adesiva. *Jornal de Psicanálise*. São Paulo, ano 19, n. 38, p. 40-52. 1986.

METZNER, C. B. *O passo em falso na dança da subjetivação: O transtorno de subjetivação arcaica e sua abordagem na clínica psicanalítica*. 2021. Dissertação (Mestrado em Psicologia)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2021.

MEZAN, R. *Psicanálise e pós-graduação: notas, exemplos, reflexões*. In: _____. *Interfaces da Psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras, 2002. p. 317-92.

MEZAN, R. *O tronco e os ramos: estudos de história da psicanálise*. 2. ed. São Paulo: Blucher, 2019.

MIDGLEY, N.; ENSINK, K.; LINDQVIST, K.; MALBERG, N.; MULLER, N. *Mentalization-Based Treatment for Children: A Time-Limited Approach*. Washington DC: American Psychological Association, 2017.

MINERBO, M. Psicopatologia Psicanalítica: notas críticas. *Revista Sociedade Brasileira de Psicanálise de Porto Alegre*. v. 11, n. 1, p. 155-164, 2009.

MINERBO, M. *Neurose e não-neurose*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MORGENSTERN, A.; FERREIRA, A. M.; FERREIRA, M.P. *Especificidade da clínica psicanalítica com crianças: uma diversidade de olhares*. In: GUELLER, A. S.; SOUZA, A. S. L. (org). *Psicanálise com crianças: perspectivas teóricas- clínicas*. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. *A história não contada dos distúrbios de aprendizagem*. Cadernos Cedes, Campinas, n. 28, p. 31-47, 1992.

_____. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo & Grupo Interinstitucional de Queixa Escolar (Orgs). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

MOURA, A. K. B.; CAMPOS, Érico B. V. Psicofármaco: a prescrição para o não saber. In: SIMPÓSIO DE PSICANÁLISE E PRÁTICA MULTIDISCIPLINAR NA SAÚDE, 1, Anais... Londrina: UEL, 2019, p. 408-413, Disponível em: <http://anais.uel.br/portal/index.php/sppms/article/view/665>. Acesso em: 05 de março de 2023.

MOURA, A. K. B.; GALLUCI, B. D. P.; RIBAS, M. F. A.; CAMPOS, E. B. V. Medicalização da infância e psicanálise: o caso TDAH. *Semina: Ciências Sociais e Humanas*, Londrina, v. 41, n. 1, p. 5-18, jan./jun. 2020, Disponível em: <https://ojs.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/view/38050>. Acesso em 05 de março de 2023.

Rose N. (2007). Beyond medicalisation. *Lancet* (London, England), 369(9562), 700–702. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60319-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60319-5). Acesso em 05 de março de 2023.

PAIVA, Maria Lucia de Souza Campos; BRASILIANO, Silvia. *A transmissão psíquica: o intergeracional e o transgeracional* In: LIMA, Celia Blini de; PENNACCHI, Rosely. *Psicanálise de casal e família*. Brasil: Editora Edgard Blucher Ltda, 2022.

PENNACCHI, Rosely; LIMA, Celia Blini de. *O segredo familiar no compasso da transgeracionalidade*. In: _____. *Psicanálise de casal e família*. São Paulo: Editora Edgard Blucher Ltda, 2022.

PHILLIPS, ADAM. *Winnicott*. Aparecida, São Paulo: Ideias & Letras, 2006.

PRISMA. *Protocolo Prisma*. 2015. Disponível em: www.prisma-statement.org. Acesso em: 29 abr. 2020.

ROSA, M. D. *Histórias que não se contam: o não-dito e a psicanálise com crianças e adolescentes*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

RIBEIRO, D. P. S. A. *Transacionalidade e uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com tema nas Primeiras Entrevistas Clínicas*. 2007. Tese (Doutorado em Psicologia). Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2007.

ROUSSILLON, R. *Paradoxos e situações limites da psicanálise*. São Leopoldo: Unisinos, 2006.

ROUSSILLON, R. As condições da exploração psicanalítica das problemáticas narcísico- identitárias. *ALTER – Revista de Estudos Psicanalíticos*, Brasília, v. 30, n. 1, p. 7-32, 2012.

ROUSSILLON, R. *Manual da prática em psicologia e psicopatologia*. São Paulo: Blucher, 2019.

ROUSSILLON, R. *O narcisismo e a análise do eu*. São Paulo: Blucher, 2022.

RUSSO, J.; VENÂNCIO, A. T. A. Classificando as pessoas e suas perturbações: a “revolução terminológica” do DSM III. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 9, n. 3, p. 460-483, 2006.

SALOMONSSON, B. Psychoanalytic Conceptualizations of the Internal Object in an ADHD Child. *J. Infant Child Adolesc. Psychother.*, v. 10, n. 1, p. 87-102, 2011.

SALOMONSSON, B. Interpreting the inner world of ADHD children: psychoanalytic perspectives, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 12, sup. 1, artigo 1298269, 2017. DOI: 10.1080/17482631.2017.1298269

SAMPIERI, R. H. *Metodologia de pesquisa*. 5ª ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

SAPOUNTIS, Ionas. From Jackson Pollock to psychic blades: Climbing the semiotic ladder in working with children. *Psychoanalytic Psychology*, v. 37, n. 4, p. 305-312. 2020.

SCHARFF, S. Neurotic Factors beyond Learning Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 11, n. 3, p. 238-250, 2012. DOI: 10.1080/15289168.2012.701119

SEITLER, B. N. Successful child psychotherapy of attention deficit / hyperactive disorder: an agitated depression explanation. *The American Journal of Psychoanalysis*, v. 68, p. 276-294, 2008. DOI:10.1057/ajp.2008.25

SEITLER, B. N. Is ADHD a Real Neurological Disorder or Collection of Psychosocial Symptomatic Behaviors? Implications for Treatment in the Case of Randall E., *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, v. 10, n. 1, p. 116-129, 2011. DOI:10.1080/15289168.2011.575714

SOUZA, E. M. L.; INGBERGMAN, Y. K. Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: características, diagnóstico e formas de tratamento. *Revista Interação*, v. 4, p. 23-37, 2000.

STAUFENBERG, A. M. *Zur Psychoanalyse der ADHS: Manual und Katamnese*. Frankfurt: Brandes & Apsel, 2011.

SUCUPIRA, A. C. S. L. *Hiperatividade: doença ou rótulo?* Cadernos Cedes, n. 15, p. 18-24, 1985.

SUGARMAN, A. The Importance of Considering Development When Analyzing Patients with Adult ADHD: Commentary on Whiteside, The Psychoanalytic Study of the Child, v. 72, n. 1, p. 118-130, 2019.

TALLIS, J. *Neurologia y trastorno por déficit de atención: mitos y realidades*. In: JANIN, B: Niños desatentos e hiperactivos. Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit ou atención com o sin hiperactividad (ADD/ADHD), Buenos Aires. Editorial Noveduc, 2007, p.25-37.

TRACHTENBERG, Ana Rosa Chait. Transgeracionalidade: sobre silêncios, criptas, fantasmas e outros destinos. *Rev. Brasileira Psicanálise*, São Paulo, v. 51, n. 2, p. 77-89, jun. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?s=cript=sci_arttext&pid=S0486-641X2017000200006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 jul. 2023.

VIZOTTO, Luana Paula; FERRAZZA, Daniele de Andrade. A infância na berlinda: Sobre rotulações diagnósticas e a banalização da prescrição de psicofármacos. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 22, n. 2, p. 214-224, 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170022>. Acesso em: 05 de março de 2024.

VLIEGEN, N.; TANG, E.; MIDGLEY, T.; LUYTEN, P.; FONAGY, P. *Therapeutic Work for Children with Complex Trauma. A Three-Track Psychodynamic Approach*. New York: Routledge, 2023.

WADDELL, Margot. *Vida interior: psicanálise e desenvolvimento da personalidade*. São Paulo: Editora Blucher, 2017. E-book. ISBN 9788521212126. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788521212126/>. Acesso em: 01 jul. 2023.

WASKA, R. Attention Deficit Disorder or Object Detachment Disorder: A Brief Psychoanalytic Case Study. *The Psychoanalytic Review*, v. 101, n. 3, jun. 2014.

WENDER, P. *Disfunção cerebral mínima na criança*. São Paulo: Manole, 1974.

WHITAKER, R. *Anatomia de uma Epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

WINNICOTT, C. (Org). *Explorações psicanalíticas*: D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.

WINNICOTT, C. (1964) *O Conceito de Falso Self*. In: WINNICOTT, C. (1986) *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1999a, p. 53-58.

WINNICOTT, C. (1965) *Dissociação Revelada numa Consulta terapêutica*. In: WINNICOTT, C. (1984) *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1999b, pp. 291-319.

WINNICOTT, D. W. *A mente e sua relação com o psicossoma*. In: D. W. Winnicott (2000/1958a). *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000a (Trabalho original publicado em 1954[1949]).

WINNICOTT, C. (1954-55) *A Posição Depressiva no Desenvolvimento Emocional Normal*. In: WINNICOTT, C. (1958) *Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Imago, 2000b, p. 355-373.

WINNICOTT, D. W. *Tolerância ao sintoma em Pediatria: Relato de um caso*. In: WINNICOTT, D. W. *Da Pediatria à Psicanálise: obras escolhidas*. Rio de Janeiro: Editora Imago, 2000c, p.168-88.

YANOF, J.A. Treating Children with Affect Dysregulation: Discussion of Dr. Wendy Olesker's Analysis of Matt. *Psychoanal. St. Child*, n. 66, p. 109-121, 2012.

ANEXO I- Parecer Comitê de Ética em Pesquisa

UNESP - FACULDADE DE CIÊNCIAS CAMPUS BAURU
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Significado do Diagnóstico e Medicação para Crianças e Adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

Pesquisador: ANA KARINA BARBOSA MOURA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98577118.0.0000.5398

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.997.698

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa sobre o significado do diagnóstico e medicação para crianças e adolescentes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é caracterizar as vivências de pacientes com relação ao diagnóstico de TDA/H e medicação a eles atribuídos; ampliando a compreensão dessa sintomatologia em termos de estruturação psíquica.

Seus objetivos específicos são: analisar de forma longitudinal dados referentes a vivências de pacientes com relação a diagnóstico de TDA/H e medicação a eles atribuídos; compreender os aspectos psicodinâmicos de pacientes com diagnóstico de TDA/H, em especial sua relação com a medicação e seu impacto sobre sua identidade e relações sociais; caracterizar o estado das produções científico-acadêmicas na literatura nacional em psicanálise sobre o tema TDA/H, em especial a abordagem à medicalização e as modalidades de atendimento e intervenção preconizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta risco mínimo aos participantes e pode trazer benefícios para área de estudo.

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município:

Telefone: (14)3103-9400 **Fax:** (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP-FACULDADE DE CIENCIAS
CAMPUS BAURU-
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.997.698

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto adequado às exigências acadêmicas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido estão adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Os Termos de Assentimento e Consentimento Livre e Esclarecido anexados estão adequados e apresentam ao sujeito seu objetivo, a possibilidade de participar ou não, podendo este desistir a qualquer momento, além disso, apresentam também os aspectos referentes aos riscos da participação dos sujeitos na pesquisa. Estão em conformidade com a Resolução 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto considerado “aprovado” por estar em conformidade com os parâmetros legais, metodológicos e éticos analisados pelo colegiado deste CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1213659.pdf	06/09/2018 16:05:56		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_ana_karina.docx	06/09/2018 16:04:50	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	06/09/2018 16:03:34	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito
Outros	termo_maioresde18.doc	06/09/2018 15:58:26	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito
Outros	termo_pais.doc	06/09/2018 15:57:48	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_assentimento.docx	06/09/2018 15:53:26	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito
Folha de Rosto	Pesquisa.pdf	06/09/2018 15:46:51	ANA KARINA BARBOSA MOURA	Aceito

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepesquisa@fc.unesp.br

UNESP- FACULDADE DE CIENCIAS
CAMPUS BAURU-
JÚLIO DE MESQUITA FILHO



Continuação do Parecer: 2.997.698

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BAURU, 03 de novembro de 2018

Assinado por:

Mário Lázaro Camargo (Coordenador(a))

Endereço: Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, nº 14-01

Bairro: CENTRO

CEP: 17.033-360

UF: SP

Município: BAURU

Telefone: (14)3103-9400

Fax: (14)3103-9400

E-mail: cepsquisa@fc.unesp.br

ANEXO II - Entrevista com Sofia

- Pesquisadora: “Então vamos fazer assim: desenha pra mim uma pessoa agitada”

- Sofia: “Agitada? (Após 1 minuto desenhando). Só, só isso, por enquanto?”

- Pesquisadora: “É. Se você quiser colorir... Fica ao seu critério”.

- Sofia: “Tá... Eu desenhei... Não sei se você quer que eu fale sobre...”

- Pesquisadora: “Daí eu vou te perguntar, como da outra vez, você me fala. Tudo bem?”

- Sofia: “Beleza, tá. (Depois de 2 minutos e trinta segundos desenhando). Acho que deu”.

- Pesquisadora: “Tá... Agora quero que você fale pra mim uma história deste desenho, com começo, meio e fim”.

- Sofia: “Certo... Então... Era uma vez... Vou usar o ‘era uma vez’... Uma menina gostava de fazer muitas coisas no mesmo tempo, então ela estava sempre com o pensamento muito acelerado... ‘Tenho que fazer isso, tenho que fazer aquilo’ e isso deixava ela muitas vezes mal por isso, porque às vezes ela tentava, tentava, fazer tantas coisas e não conseguia fazer tudo com começo, meio e fim. Então, um belo dia, essa menina decide que ela tem que se focar em algum, em uma coisa só e fazer aquilo antes de começar outras coisas, então ela vê que é assim que ela vai ficar melhor, que ela vai conseguir tudo que ela tem que fazer...”

- Pesquisadora: “Hmmm... Tá...”

- Sofia: “Tá bom assim?”

- Pesquisadora: “Tá bom. Que nome você daria à esta estória?”

- Sofia: “Um título... Assim... Deixa eu pensar... ‘A menina agitada’”.

- Pesquisadora: “Tá... Sofia, então do jeito que a gente fez há doze anos *atrás*, vamos conversar desse desenho, dessa estória... Me conta uma coisa... O que foi isso que aconteceu com essa menina que ela resolver falar assim ‘eu preciso focar tudo’?”.

- Sofia: “Ai... Eu acho que é muito isso na minha... O que aconteceu comigo, na verdade... Eu... Assim... Eu não deixei de ser uma pessoa ansiosa, eu sou uma pessoa ansiosa... Eu tenho noção disso. Só que eu acho que... Ao longo da vida fui percebendo que às vezes a gente focar em uma coisa só, a gente consegue fazer essa coisa melhor do que se a gente fizer várias coisas ao mesmo tempo, sabe?...”

Tipo, acho que a faculdade acho que a faculdade me ensinou muito isso... Sabe?... Com a faculdade eu consegui, né... Porque assim... Eu tinha muito medo, né, lógico, tinha muito medo, insegurança de começar na faculdade... Eu tinha dificuldade na escola, né, matemática... Eu tinha muita dificuldade, então eu tinha muito medo de ir numa faculdade e não conseguir, né...”

- Pesquisadora: “Você tinha essa preocupação... Era sua isso... Você ficava pensando...?”

- Sofia: “Sim... Ficava pensando... E aí eu vi que eu conseguia lidar com aquilo e hoje... A faculdade... Tipo assim... Eu amo o que eu faço, sabe? Eu gosto muito da faculdade e eu vi que é totalmente diferente da escola por exemplo, eu vou muito bem na faculdade sabe... Eu... Eu...”

- Pesquisadora: “Diferente do que você vivia na escola...”

- Sofia: “Sim, com certeza. Ó, até hoje eu tô no quarto ano e eu não peguei exame, não tenho nada sabe... Tenho tudo certinho... As matérias todas feitas, certinhas, sem exame, sem DP, não peguei nada, sabe? Então foi por conta desta mudança, sabe? De eu me entender... Se eu tenho prova de psicopatologia na segunda-feira, eu tenho que estudar para psicopatologia hoje. Não adianta eu querer estudar para psicopatologia, para psicologia social no mesmo dia... Não adianta.

- Pesquisadora: “Porque ia ser uma coisa que você ia querer ficar... Fazer tudo junto, como você falou na sua história”.

- Sofia: “Sim... Sim... Era muita coisa... A minha escola XXXXX, sempre cobrava muito da gente, sempre tinha muita coisa pra fazer, eu acho isso ótimo, tudo bem, dá disciplina pra gente, só que eu não tinha esse discernimento de ‘eu tenho que fazer isso agora, depois eu faço isso’... Às vezes, eu começava várias coisas e num mesmo dia, numa mesma hora, não conseguia terminar ou terminava e não era aquilo que eu queria, entendeu? Eu queria fazer mais, então agora eu tenho esse discernimento... Que eu tenho que eu tenho que terminar para fazer a outra coisa. Enquanto não terminar, eu não vou começar”.

- Pesquisadora: “E aí parece que, então, você tá me dizendo que, assim, você se força a começar e terminar algo... Assim, no sentido de ‘vou terminar...’”

- Sofia: “No começo de quando eu falei que eu queria ser assim... sim, eu me forçava. Hoje já uma coisa mais natural, exatamente, por exemplo eu vou ter semana de prova, fora essa semana agora, na outra. Eu já me programei pra começar a estudar, só que eu vou começar pela matéria de segunda feira, então antes eu

começava pela matéria da sexta aí a hora que eu via, eu ‘nossa, eu não estudei pra matéria de segunda’ sabe?”

- Pesquisadora: “Entendi...”

- Sofia: “Então hoje eu consigo me organizar, eu também acho que foi um pouco de organização, um pouquinho de tudo fez com que eu...”

- Pesquisadora: “Entendi...”

- Sofia: “Conseguisse...”

- Pesquisadora: “Você falou... Então a faculdade te ajudou muito nesse foco...”

E como é que foi essa escolha dessa faculdade, hein, Sofia?”

- Sofia: “É, então... Eu sempre gostei muito de ler, muito de estudar de entender sobre comportamento, sempre gostei. E aí foi assim, eu terminei o terceiro...”

- Pesquisadora: “Natural, então?”

- Sofia: “É, foi natural, eu terminei o terceiro e não comecei logo de cara, eu fiz um ano de cursinho, eu não achava que estava preparada pra ir na faculdade ainda sabe? Então eu decidi ficar um ano estudando, mas sem compromisso com a faculdade e tal, e aí foi mesmo, esse ano quando terminei o terceiro, já sabia que eu queria psicologia, mas eu ainda decidi pensar um ano né...”

- Pesquisadora: “Tá...”

- Sofia: “Aí eu falei ‘não, é psicologia que eu quero mesmo’ e aí foi, no ano seguinte eu já comecei e não parei...”

- Pesquisadora: “Que interessante, Sofia...”

- Sofia: “Porque antes, quando eu era menor, acho que eu não tinha nem começado o ensino médio ainda, eu coloquei na minha cabeça que eu queria Direito. Queria Direito, queria Direito, só que assim... Aí conforme foi indo o ensino médio e tal eu falei “gente, eu não tenho perfil pra direito, tipo assim, eu fui estudando, fui vendo. Sempre fui uma pessoa muito curiosa. Procurava sobre, lia sobre eu falei “gente, não é pra mim” sabe? É super legal a profissão de Direito, mas não é pra mim e a segunda opção era psicologia. Aí eu falei “não, é psicologia que eu quero mesmo”.

- Pesquisadora: “Ah, entendi...”

- Sofia: “Eu aí eu não tirei mais da minha cabeça, eu queria psicologia, e foi... Até hoje”.

- Pesquisadora: “E por que será que Direito era esse que estava na cabeça?”

- Sofia: “Porque eu acho assim, que eu tenho um primo que fez direito e eu sempre admirei muito esse primo meu porque ele sempre estudou, sempre foi muito estudioso, sempre foi inteligente...”

- Pesquisadora: “Então era mais admiração pelo primo?”

- Sofia: “Era mais admiração...”

- Pesquisadora: “Não era pelo direito em si...”

- Sofia: “É, porque aí eu fui estudar sobre e eu vi que...”

- Pesquisadora: “Não era pra você...”

- Sofia: “Não... que não era pra mim... Era uma opção muito legal, muito..., mas não era pra mim, então aí eu mudei...”

- Pesquisadora: “Escuta. E aí você tá me contando, né. Enfim... Hoje você localiza que a história tem tudo a ver com você”.

- Sofia: “Tem, tem, tem, tem...”

- Pesquisadora: “Mas... Como é que foi isso? Porque assim... na época em que eu te encontrei, você tomava Ritalina três vezes por dia”.

- Sofia: “Sim, aham...”

- Pesquisadora: “Você tomou essa Ritalina até quando Sofia?”

- Sofia: “Olha, eu lembro que eu tomei a Ritalina depois eu fui para o Concerta, eu comecei tomar Concerta, aí depois eu fui... No ensino médio eu tomava ainda, depois eu não tomei mais...”

- Pesquisadora: “foi por você que você falou assim “Ah não quero mais”

- Sofia: “Não, eu lembro que eu fui no psiquiatra e ele diminuiu a dose, eu lembro, alguma coisa assim... Parece que eu não consigo me lembrar direitinho como foi, mais aí eu não tomei mais... tirou sabe? Tirou, eu não tomei mais. E desde então eu não tomei mais nada”.

- Pesquisadora: “Então me conta uma coisa...assim... Quando você tomava, você... Como é que você entende que você acha que essa medicação, para você, no seu entendimento, com relação à percepção que você teve de si mesmo, você acha que alterou alguma coisa? Que que você acha que fez?”

- Sofia: “Não, eu acho que não, eu acho que até me ajudou, eu acho, porque, isso que eu te falei, esses pensamentos, querer fazer as coisas todas ao mesmo tempo eu acho que é meio que a medicação me auxiliou nisso, mas é, eu acho que depois de eu conseguir perceber que eu conseguia ficar sem a medicação, eu acho

que eu fiquei melhor, entendeu? Não que a medicação tenha sido ruim, não, não é isso, mas né, sem a medicação...”

- Pesquisadora: “Por que você acha que por um tempo você achou que sem a medicação não daria...”

- Sofia: “É, por muito tempo na verdade, eu tinha isso comigo, que se eu não tomasse o remédio, eu não conseguiria prestar atenção na aula, não conseguiria ir bem na escola, por exemplo, eu tinha isso comigo, mas...”

- Pesquisadora: “Essa é uma crença sua...”

- Sofia: “É, uma crença minha, sim... uma crença minha... É porque eu tenho um primo também que na época ele tomava, mesmo medicamento que eu e ele também dizia isso “não, eu tenho que tomar a medicação, senão eu não consigo.” E eu tomei muito isso pra mim...”

- Pesquisadora: “Pra você...”

- Sofia: “E eu falava...”

- Pesquisadora: “Você acha que você ficou quanto tempo acreditando nisso, que você só conseguiria com remédio?”

- Sofia: “Todo tempo, todo tempo que eu tomei medicação, todo tempo, de verdade. E aí depois que eu tirei a medicação, pra mim foi uma vitória, sabe?”

- Pesquisadora: “Sim...”

- Sofia: “De verdade. Porque eu vi que eu... que não era assim, entendeu? Pode ter me ajudado, sim...”

- Pesquisadora: “Sim...”

- Sofia: “Eu não fujo disso, mas...”

- Pesquisadora: “Você acha que chegou a te ajudar em quê, necessariamente?”

- Sofia: “Ah, eu não sei, eu acho que talvez na atenção, por eu ser muito ansiosa, eu não tinha uma atenção focada né, eu tinha sempre aquela atenção muito fragmentada, eu acho que pode ter me ajudado nisso, nesse fator”.

- Pesquisadora: “Tá... Interessante, você tá falando de ansiedade e tal, mas a gente ainda não falou desse tal bendito TDAH, você fica com que sensação, o que pra você é TDAH?”

- Sofia: “Ah, TDAH, ó de verdade, é, eu sou, eu faço estágio numa clínica né, junto com uma psicóloga e tem algumas crianças que tem o TDAH. Então pra mim é um, uma ansiedade... ah... maior que a criança pode suportar por exemplo na escola que as vezes não consegue focar na escola a atenção na escola, então tem

dificuldade de aprendizagem. A hiperatividade é isso né, da criança não conseguir ficar parado e correr de um lado pro outro, tem muita energia. Então pra mim é isso sabe, é não conseguir mesmo se controlar, impulso de dentro, uma coisa que vem de dentro que a criança não consegue...”

- Pesquisadora: “Você me diria que você tá achando que tá mais pra que? Você acha que tem alguma questão neurológica ou você fica pensando que... não”.

- Sofia: “Olha eu acho que pode ter sim, mas eu tenho pra mim que pode ser um pouco do momento que a gente tá vivendo também, as crianças tem muitos estímulos, muitas coisas e querem fazer muitas coisas ao mesmo tempo, celular, tablet, essas coisas, sabe?”

- Pesquisadora: “Sei”

- Sofia: “Então eu acredito que seja um pouco dos dois, um pouco do neurológico e um pouco do meio sabe... que a criança tem...”

- Pesquisadora: “No seu caso, você fica imaginando que tinha a ver com o quê?”

- Sofia: “De verdade, eu acho que a minha é hereditário, porque a minha mãe é muito ansiosa, a minha mãe teve muito isso, a minha vó também...”

- Pesquisadora: “Hm... tá...”

- Sofia: “Então eu acho que veio, sabe? Mas não sei, eu acredito que seja isso”.

- Pesquisadora: “Entendi... Você acha, então, que se você fosse falar pra mim assim, me fazer um resumo do quanto que o diagnóstico e a medicação influenciaram na sua vida, que pontos que você elegeria pra me dizer, assim...”

- Sofia: “Olha assim, influenciou muito, eu tenho uma, uma... período né da minha vida e tal, que eu, até não estudava no XXXXX ainda, estudava numa escola antes do XXXXX, XXXXX eu fui quando... é... na terceira série, então a primeira e a segunda eu fui numa outra escola. E uma vez eu... Eu fazia acompanhamento com uma psicóloga, psicopedagoga da escola né, eu tinha dificuldade na escola né, isso era visível e uma vez ela me chamou e os meus pais pra ir numa consulta, né, uma sessão...”

- Pesquisadora: “Tá...”

- Sofia: “E ela falou, eu era pequena né, mas pra mim ela falou pros meus pais que eu nunca ia aprender, que a minha ansiedade e minha hiperatividade, não ia deixar com que eu aprendesse. Então aquilo nossa...”

- Pesquisadora: “Nossa, Sofia...”

- Sofia: “É, então eu... Nossa... eu não sei nem dizer pra você o sentimento daquela hora sabe? Falei... Eu hoje, eu acredito que aquele pensamento de caiu tudo, o que que eu tô fazendo aqui, se eu nunca vou aprender, o que que eu tô fazendo na escola, sabe assim?”

- Pesquisadora: “É, ‘porque se eu não vou’...”

- Sofia: “É, sabe? Então aquilo foi devastador e aí quando eu fui pro XXXXX, porque meus pais me tiraram daquela escola, eles não acreditaram, porque aí eu fui pro XXXXX. E no XXXXX eu vi que eu tinha potencial, que eu tinha capacidade pra aprender, eu tinha dificuldade, eu era um pouquinho mais atrasada que os outros. Mas eu tinha capacidade”.

- Pesquisadora: “E o que você acha que tinha no XXXXX que o pessoal te mostrou que não era assim?”

- Sofia: “Eu não sei. Eu acho que foi acolhimento, primeiramente, acolhimento, professora vir na carteira “é assim!”, “não, viu, é assim!”, sabe? Eu acho que primeiramente foi isso e segundo eu acho que foi o ensino mesmo, sabe? O ensino como eles ensinavam, como que é... Eu tinha aula integral, então assim... eu tinha uma aula que era só pra gente fazer tarefa de casa, pra gente estudar se tivesse dúvida, então eu acredito que isso me ajudou muito. E se não fosse o XXXXX, de verdade, eu não sei o que que seria, pra psicopedagoga ter falado isso...”

- Pesquisadora: “com você ali, junto, isso...”

- Sofia: “É, eu tava junto, eu tenho uma memória bem breve do momento, mas eu lembro que eu tava numa mesinha e meus pais aqui conversando com ela e ela falou isso, nossa, pro meu pai e pra minha mãe foi, nossa... Caiu né, caiu o chão”.

- Pesquisadora: “E pra você ficou tão difícil, que parece que você tá dizendo, tenho a fotografia desse momento”.

- Sofia: “É! É, é, sim! E aí até num tempo atrás teve um... evento aqui na cidade que é da clínica que eu trabalho, Foi o simpósio Inter - não sei se você ficou sabendo... que foi da clínica que eu trabalho, e eu trabalhei no evento, fui e eles apresentaram todas nós que trabalhamos lá na clínica e essa pessoa, essa psicopedagoga estava lá, ela sentou do meu lado, sentou assim ó, eu aqui e ela aqui ó”.

- Pesquisadora: “Ó que ela nem lembra...”

- Sofia: “Não...”

- Pesquisadora: “Que você é você...”

- Sofia: “É”.

- Pesquisadora: “Que ela falou o que ela falou...”

- Sofia: “Exatamente... Aí até os meus pais falaram ‘ai, porque que você não falou pra ela ‘viu, você lembra daquilo’. Não, eu não preciso disso, sabe? Eu não preciso falar isso, eu acho que eu já mostrei”.

- Pesquisadora: “Ficou com isso engasgado...”

- Sofia: “Aí eu falei assim ‘eu acho que eu já, assim, se ela lembra de mim, eu acho que eu já mostrei pra ela aonde eu tô, onde que eu consegui e que eu vou conseguir mais”.

- Pesquisadora: “Porque você trabalha numa clínica hoje de...”

- Sofia: “É, uma clínica interdisciplinar né, tem T.O., Fisio e eu trabalho diretamente com a psicóloga né, eu sou estagiária dela...”

- Pesquisadora: “Entendi”.

- Sofia: “Então eu ajudo ela nos atendimentos, então...”

- Pesquisadora: “Entendi, então você já tá no meio, né?”

- Sofia: “É, então”.

- Pesquisadora: “É, entendi. Escuta, então você lutou a vida inteira com essa angústia, com essa dúvida...”

- Sofia: “Sim... com essa dúvida, exatamente... Eu tinha realmente a dúvida, porque eu falei “uma profissional falando que eu...” logicamente que naquela época eu não tinha esse pensamento que eu tô te falando hoje, mas com essa dúvida de “será mesmo que eu consigo?” Mas eu sempre fui até... todos meus professores sempre falaram que eu sempre fui muito determinada, se eu queria aquilo, eu vou conseguir. Até, por exemplo, matemática. Matemática eu não lembro quando eu não fiquei de recuperação de matemática, mas eu falava “eu não vou ficar de exame, eu vou conseguir na recuperação” e eu sempre consegui, eu estudava horrores, porque pra mim, matemática... é muito difícil”.

- Pesquisadora: “Sofia, conhecer pra você é um negócio de luta”.

- Sofia: “Sim!!!”

- Pesquisadora: “É luta...”

- Sofia: “Sempre foi”.

- Pesquisadora: “Você tá me contando de uma luta. Você é muito lutadora, né, porque... Que interessante... Porque, olha, você me falou nas nossas conversas, né, via Messenger... que você queria saber o que que eu tinha visto no teu desenho e eu até separei pra te mostrar”.

- Sofia: “Porque é interessante a gente saber... Ainda mais agora eu que tô né, na área, né...”

- Pesquisadora: “Olha que interessante... eu separei pra te dar... Olha seu desenho de doze anos atrás”.

- Sofia: “Meu Deus...”

- Pesquisadora: “Você desenhou uma menina com a mãe e aí... olha sua história... ‘um passeio maravilhoso’ é a história e é assim: Um belo dia, uma menina chamada Mariana, estava muito agitada, porque iria pra um passeio com a escola e ela não sabia o que fazia, se jogar futebol, se jogar vôlei ou pensava no passeio e sua mãe falou para ela que era para ela pensar no passeio mas não ficar tão agitada, como ela está... e chegou uma amiga da mãe da Mariana e a mãe dela falou que ela estava muito agitada mesmo pelo passeio e a mãe da Carolina falou que ela tava igualzinha não pensava em outra coisa e não sabia o que fazer e chegou à noite, Mariana não conseguia dormir pensando no passeio amanhã e a mãe de Mariana falou que ela tinha que dormir senão ia demorar para chegar amanhã e ela ir ao passeio. Então Mariana fechou os olhos e conseguiu dormir, então Mariana acordou no outro dia e a mãe dela falou assim: ‘viu, Mariana, você dormiu, chegou rápido o passeio’ então Mariana foi ao passeio. Ela contou tudinho para mãe ‘que foi maravilhoso o passeio’ e depois que ela chegou, chamou sua amiga Carolina para ir a sua casa de Mariana, elas brincaram a tarde inteira”.

- Sofia: “É tudo... Meu Deus...”

- Pesquisadora: “E aí a gente conversou sobre a história, né. E aí assim, a nossa conversa da história você me contou mais coisas e acho que tem tudo a ver com o que você tá falando, sabe, Sofia fico como eu coloquei, né, digo a Sofia...que é você no caso... né... ‘que parecia estar mesmo difícil para Mariana pensar em outra coisa que não fosse passeio, ela tava muito ansiosa’.”.

- Sofia: “Sim...”

- Pesquisadora: “Você falou bastante em ansiedade, né?”

- Sofia: “Ansiedade...”

- Pesquisadora: “Sofia sorri concorda diz que ela também fica muito preocupada. Por exemplo, quando tem jogo, fica pensando que vai acontecer, pergunto se ficava como Mariana, ela me responde que sim e complementa ‘fico preocupada porque o professor pode ficar bravo’, após afirmar isso Sofia se cala... né, daí eu falo que você fica mais agitada que você começa a agitar as pernas esse

remédio material que tava em cima da mesa... pergunto se sua preocupação com a possibilidade de perder o jogo, né, ou algo assim, você, e por isso que você pensa numa reação brava do professor e você faz sinal que sim com a cabeça e parece intensificar a agitação das pernas e mãos. Sofia faz sinal afirmativo, volta, volta a falar de desenho, mas especificamente da Mariana. Aí eu comento com você que assim que a mãe da Mariana ficou preocupada com tanta agitação e eu pergunto o que será que a mãe poderia fazer para ajudar a Mariana não ficar tão agitada, tão ansiosa. Eu fico falando ansiosa né, porque a gente tava falando de ansiedade. Aí você diz assim... você me olha e diz assim: 'é só não contar do passeio'. Pergunto como seria isso, né? E aí você me explica que a Mariana era só deveria saber do passeio no dia que ela fosse passear. Aí a mãe deveria esperar ela dormir e só no dia contaria 'Mariana, hoje você tem um passeio!'. E aí quando vamos falando de Mariana você foi se acalmando, né? E aí você disse que... É... Tá aqui... percebo que ela tá com várias dúvidas sobre as coisas que a Mariana, né, tá com várias dúvidas. Você concorda. E aí a gente vai falando e no final da história eu digo assim: 'mas, Sofia, né, no caso, a Mariana na história sabe do passeio e aí, né? E aí?' A sequência da história, da nossa conversa, você diz assim 'Ah, é mesmo, ela já sabe', 'Então, aí como ela poderia ser ajudada?'. E você fala que teria que dar um remédio e aí você me fala mais... que ela teria que acreditar no remédio e que mais, que teria que levar uma psicóloga que falasse para ela que também tinha que acreditar no remédio. E olha que interessante que você falou assim olha eu acreditava né, então eu acho que se confirma".

- Sofia: "Tudo né..."

- Pesquisadora: "É..."

- Sofia: "Se confirmou tudo, exatamente".

- Pesquisadora: "Porque você tá dizendo que..."

- Sofia: "E realmente..."

- Pesquisadora: "... que com o tempo você ficou acreditando que era o remédio..."

- Sofia: "Sim, realmente".

- Sofia: "E é isso que me deixava menos..."

- Pesquisadora: "Sabe que daí, na análise, né que você até me perguntou: 'me conta depois o que você viu', né. É... É interessante porque eu falei: 'olha, conhecer pra você parece que sempre foi uma luta', né..."

- Sofia: "Sim..."

- Pesquisadora: “O que chamava atenção no seu desenho aí de doze anos atrás, né? Era assim que conhecer pra você realmente parecia um negócio perigoso, uma coisa que te metia medo? né. Uma coisa assim... angustiante...”

- Sofia: “Sim... Exatamente e... E eu acredito que seja por tudo isso que eu passei né, uma coisa”.

- Pesquisadora: “E você tem essa fotografia, de alguém dizendo que você nunca iria aprender, né?”

- Sofia: “E os meus pais, tem muito isso também, eles falam: ‘olha onde você chegou’, ‘olha onde você está’”.

- Pesquisadora: “De uma coisa realmente muito orgulhosa, imagino eu...”

- Sofia: “Exatamente. Sim... E eles falam que eles nunca desistiram, nunca e realmente, eles não desistiram. E até no outro dia eles me tiraram daquela escola e me colocaram em outra que eles sabiam que eu podia, né. Então eu acho que foi muito deles também, sabe? Porque eu era uma criança, então eles podiam me tirar da escola e nunca mais colocar, mas não foi isso que eles fizeram, né...”

- Pesquisadora: “Sim...”

- Sofia: “Eles procuraram uma outra alternativa e me colocaram...”

- Pesquisadora: “E aí aos poucos, acho que até com a questão do psiquiatra ir diminuindo seu remédio, você acabou já...”

- Sofia: “Sim, é... Até hoje eu tomo remédio, mas eu tomo pra... Paroxetina eu tomo, porque eu tive uma síndrome do pânico, muito forte, eu tive 13 anos, sabe? Mas é só isso que eu tomo, não tomo mais nada. Só esse...”

- Pesquisadora: “E você chegou a ter só essa crise, Sofia, ou você chegou a ter outra?”

- Sofia: “Não, eu tive... Acho que tive umas 3 crises, né... Mas aí hoje eu não tenho mais, nunca mais tive”.

- Pesquisadora: “E foi entendido como uma síndrome do pânico, mesmo?”

- Sofia: “Foi, foi, foi entendido como uma síndrome do pânico. Aí eu comecei com um remédio muito forte, né. Eu tive crises muito forte, aí eu fui diminuindo, hoje eu tomo Paroxetina, mas eu tomo de 15, mas eu tomo metade, tomo sete e meio e aí assim, eu até vou no psiquiatra, que ele falou que a gente vai diminuindo aos pouquinhos né...”

- Pesquisadora: “Tá, então faz um tempão já, você teve com 13 anos”.

- Sofia: “Faz, faz um tempão. É, eu comecei, eu tomei vários já, né”.

- Pesquisadora: “Entendi”.

- Sofia: “Tomei vários... E hoje eu tomo a...”

- Pesquisadora: “E foi uma crise que veio assim...”

- Sofia: “Foi uma crise... eu tive uma... crise de hipoglicemia, que eu não tinha comido o dia todo e eu comecei... a logicamente, a perna amoleceu... E eu tava com fome, né, então... E aí toda vez eu ficava com medo de eu ter de novo, que sempre fui uma pessoa muito medrosa, muito insegura, então esse medo, esse medo, e aí foi que, que me dava, me deu mais uma vez, aí eu fui no psiquiatra, fazer um, acompanhamento com psicólogo, e aí foi...”

- Pesquisadora: “Mas aí você tinha crises que pareciam...”

- Sofia: “Eu tinha, acelerava o coração, sudorese na mão, sabe, típico mesmo da síndrome do pânico, todas as... esses formigamentos, eu tinha também, formigamento nas mãos e na boca, foi basicamente isso que eu tive. Mas eu acho que tive umas duas, três vezes, só e não tive mais, e depois eu aprendi a controlar. Também, sabe, eu... A respiração me ajudou muito, então quando eu via que eu tava numa situação assim, que eu achava que ia me dar crise. Eu já começava a respiração, começava né... que já vinha aqueles pensamentos: ‘eu vou morrer’, ‘meu coração tá acelerado’ e vinha aqueles pensamentos, e hoje...”

- Pesquisadora: “Você relaciona essas crises a alguma coisa assim, Sofia, ou você acha que...”

- Sofia: “Ah... não sei, não sei, de verdade. Nunca parei pra...”

- Pesquisadora: “Você nunca pensou...”

- Sofia: “Nunca pensei...”

- Pesquisadora: “...Que poderia ter uma...”

- Sofia: “Tem... Tem uma... Deve ter uma relação”.

- Pesquisadora: “...Sei lá, um detonador, não sei...”

- Sofia: “É, não sei, mas eu nunca parei pra pensar não, sabe? Nisso, acho que deve ter sim”.

- Pesquisadora: “Mas agora parece que você tá bem, faz bastante tempo que você não tem nada”.

- Sofia: “É, agora eu tô... bem assim, eu consigo controlar bem, as vezes quando eu tô, eu vejo que eu tô muito ansiosa, muito já respiração já me ajuda muito. Respiração, pensamento positivo. Me ajuda bastante. Eu já consegui ajudar muitas

peessoas com isso, né, porque eu... muitas pessoas perto de mim, círculos de amizades... começaram a ter síndrome do pânico e tal. Então, eu consegui até...”

- Pesquisadora: “Olha, eu conheço isso, olha, eu vou te ajudar...”

- Sofia: “É, então até de... uma amiga minha teve uma vez e eu cheguei pra ela e comentei que eu também tive. E ela falou “só de você estar aqui e você já teve, já me...”

- Pesquisadora: “Ajudou...”

- Sofia: “...Confortou, me ajudou. Então assim, sabe... Hoje não tive mais. Não tive mais nunca mais”.

- Pesquisadora: “E que bom que você pode se libertar dessa ideia de que era o remédio que fazia você aprender né...”

- Sofia: “Sim... Muito... Nossa... É... É a maior conquista né, minha maior conquista, de verdade. Eu acho que tinha muito disso também, porque a minha mãe tinha muito isso, sabe? Minha mãe falava muito ‘ah, se você não acreditar que tomando o remédio você vai melhorar, você não vai melhorar’ entendeu? Então tinha muito isso comigo. E eu tive isso ao longo do...”

- Pesquisadora: “Você chegou a comentar com ela, que você ia passar por uma entrevista doze anos depois?”

- Sofia: “Sim, cheguei. Ela achou superlegal, achou superlegal, superlegal né, ‘você vai estar vendo né, como você era há doze anos atrás e vai te entender melhor’, porque faz entender a gente melhor, né?”

- Pesquisadora: “Eu vi que eu fui contando a história e você foi ficando até emocionada, né, Sofia?”.

- Sofia: “Ah é, né, porque é uma coisa que tá se encaixando tanto, né...”

- Pesquisadora: “E é interessante né, porque você falou o tempo todo, de ansiedade, né?”

- Sofia: “É, é como eu te disse né, não estou liberta dessa ansiedade, eu sou muito ansiosa, eu sei disso, só que eu acho que hoje eu entendo essa visão de que eu tenho, que eu sou ansiosa, consigo me controlar melhor”.

- Pesquisadora: “Sim, e não fica uma coisa assim, né?... porque o que a psicopedagoga falou, poderia ter virado uma profecia auto realizadora, né...”

- Sofia: “Sim, com certeza... por isso que eu falo que nessa fase os meus pais me ajudaram muito, *foi* eles que me...”

- Pesquisadora: “Sim, porque você estava aí com a espada na cabeça, né?”

- Sofia: “Exatamente só faltava...”

- Pesquisadora: “Cair a bendita”.

- Sofia: “Exatamente, foi isso e foi uma coisa ruim né...”

- Pesquisadora: “E que custo, que luta grande que você teve que fazer mesmo”.

- Sofia: “Sim e eu sempre digo, a escola foi para mim a época da minha vida que eu mais sofri, entre aspas, mas foi a que eu mais aprendi, de que era eu e era eu, se eu não estudasse eu não tirava nota, e quantas vezes eu via as pessoas né, minhas amigas, outras crianças ‘ai não estudei para a prova’, não estudava, ia lá e tirava dez; eu estudava, ia lá e tirava sete. Isso para mim sempre foi muito difícil, aí hoje, a gente entende, mas foi muito difícil. Eu até me espelhava em algumas amigas: ‘aí o ano que vem eu quero ser igual ela’, só que não é assim, né? Mas antes eu tinha esse ideal na minha cabeça, que eu ia ser igual elas, que eu iria conseguir, eu ia tirar só notão”.

- Pesquisadora: “E você acha que essa história de ter ficado muito tempo, acreditando que só aprenderia com o remédio, prejudicou sua autoestima?”

- Sofia: “Sim, prejudicou, tanto que eu nunca contei para ninguém que eu tomava medicação, nem para uma amiga muito próxima minha, porque eu tinha vergonha. Ah eu tomo remédio para atenção. O que que elas iam pensar de mim, sabe? Prejudicou sim, eu não tinha uma identidade minha, eu acredito assim, eu sempre projetava a minha nas minhas amigas, ‘ah eu quero ser igual a ela’”.

- Pesquisadora: “Então o que você tinha não estava bom?”

- Sofia: “Não”.

- Pesquisadora: “O que você tinha não estava bom, o que o outro tinha é que estava legal?”

- Sofia: “É, era bem assim nessa época, nessa luta da escola”.

- Pesquisadora: “E agora, tá feliz da vida quando você fala da faculdade, porque agora você se localiza com recursos?”

- Sofia: “Sim, eu vejo que antes na escola eu me via como uma criança com dificuldade que iria ter que sempre precisar de alguma, algum outro recurso, ou professor particular, para eu conseguir subir para conseguir tirar nota, e hoje na faculdade eu vejo que não, eu tenho a minha própria capacidade, tanto assim que às vezes tem provas, que eu falo assim: ‘ah eu sei a matéria, não vou ficar me matando’, e vou e tiro nota, então eu vejo que nada daquilo que eu pensava antes realmente é a verdade, sabe?”.

- Pesquisadora: “Então você foi de desde quando nos encontramos até o ensino médio, com a crença que os recursos estavam no remédio, no professor, menos da Sofia”.

- Sofia: “É, exatamente, menos em mim”.

- Pesquisadora: “Nossa, não dá nem para fazer uma conta de quanto isso lhe trouxe de sofrimento”.

- Sofia: “Sim, é muito. É igual eu te falei, a escola foi o meu período de maior sofrimento assim, por isso, por conta disso, por eu não acreditar em mim, acreditar que eu podia, as vezes eu tirava uma nota e pensava ‘ah eu tirei essa nota porque eu fui com professor particular’, não era eu, era o professor particular, sabe?”

- Pesquisadora: “Do mesmo jeito que era o remédio, era o outro, porque você não tinha. Sempre o outro”.

- Sofia: “É, não”.

- Pesquisadora: “Os recursos não estavam com você, né, Sofia?”.

- Sofia: “Sim e hoje já é diferente”.

- Pesquisadora: “Porque hoje você fala de alguém que diz: eu sei que dou conta. Não é o outro, sou eu”.

- Sofia: “É exatamente, eu sei que muita gente na faculdade não estuda e tira nota. Eu preciso estudar, eu sei disso, eu preciso sentar, fazer meu resumo, ler meu resumo, eu sei disso, mas eu tenho capacidade de sentar, fazer meu resumo, ler e ir fazer a prova e fazer bem”.

- Pesquisadora: “O que nem pensar nessa outra época”.

- Sofia: “Nessa época aí eu digo que eu nem sabia estudar, porque eu falo mesmo que eu aprendi a estudar, no ensino médio, que foi fazendo resumo, sabe? Porque eu não sabia estudar”.

- Pesquisadora: “Você aprendeu na luta que você estava desenvolvendo com você mesma”.

- Sofia: “É, eu pegava a apostila, eu resumia a apostila toda, a matéria toda. E até hoje eu faço isso, porque eu não consigo estudar de outra forma, eu acho assim, se eu pegar um papel que eu escrevi no meu caderno e ler, eu acho que eu não estou estudando. Entendeu?”

- Pesquisadora: “Isso é uma estratégia sua”.

- Sofia: “Sim, é uma estratégia”.

- Pesquisadora: “Mas, antes é o que você está dizendo... Ficava como sendo o professor que deu aula particular”.

- Sofia: “É, ficava assim”.

- Pesquisadora: “O que é interessante, é que a sua mãe, na entrevista dela me fala, que um dia você sabia e no outro dia você já não sabia mais”.

- Sofia: “É, eu não sei, se era porque eu decorava, porque eu lembro de decorar muito as coisas, sabe? Tipo história, decorar a data o que foi naquela data e outro dia já não saber mais. Porque decorei, não aprendi”.

- Pesquisadora: “Agora parece que essa coisa TDAH nem faz mais parte de você... Porque parece que você se entende mais ansiosa”.

- Sofia: “Sim, ansiosa. Eu entendo mais por ansiosa mesmo, mas eu acredito que na época eu tinha o TDAH, não eu não tenha mais, mas talvez porque eu consiga controlar hoje, sabe? Mas nesta época aí, era muito complicado. Eu tenho isso por mim hoje, porque a gente estuda a gente entende hoje, antes não, mas foi”.

- Pesquisadora: “É porque aqui ao menos dava a impressão, olhando a estória, que você tinha uma vontade, uma curiosidade por saber as coisas, mas um medo muito grande”.

- Sofia: “Sim, é exatamente, eu sempre tive na verdade, eu sou ansiosa, medrosa e insegura sempre eu tenho isso comigo”.

- Pesquisadora: “E o medo é do que será?”

- Sofia: “Não sei, hoje eu tenho os meus medos, mas são poucos, eu acho que antes era esse medo mesmo de não aprender, de não conseguir, de não conseguir chegar, sabe? Como se tivesse uma linha e eu nem conseguisse chegar ali”.

- Pesquisadora: “Tá. Você acha que o medo seria o de não aprender, pensando neste lado cognitivo mesmo”.

- Sofia: “É, desta não capacidade, sabe? Ai não tenho capacidade, eu não vou chegar até lá, se eu estou aqui, porque que eu estou aqui, porque muitas pessoas me ajudaram, muitos professores...”

- Pesquisadora: “Porque eu tomei o remédio”.

- Sofia: “Sim e por isso que eu não conseguia ficar sem o remédio”.

- Pesquisadora: “Porque assim a gente pode pensar em uma dependência psicológica deste remédio”.

- Sofia: “Sim, com certeza. Sem dúvida”.

- Pesquisadora: “Quantas coisas, é bonita a sua história porque fica marcada de um tempo de dependência psíquica que afeta a sua percepção de si mesma, enquanto que parecia mesmo que ficava entendido como a potência estando no remédio, no professor, enfim em tudo”.

- Sofia: “Menos em mim mesma”.

- Pesquisadora: “É, e aí entra a psicologia, o curso parece que traz grande diferença para a sua vida”.

- Sofia: “Eu penso, eu fazia psicoterapia nesta época, em uma psicóloga sensacional, sabe? E eu tenho certeza que também foi muito dela de me ajudar neste processo”.

- Pesquisadora: “Será que era a desta época aqui? Será que você ficou muitos anos com uma só?”

- Sofia: “Eu fiquei muitos anos com uma só, eu acho que deve ser a mesma, sim, porque eu fiz um acompanhamento grande com uma psicóloga, não me lembro agora, mas eu acho que sim”.

- Pesquisadora: “E você acha que este acompanhamento acaba influenciando na busca pela profissão?”

- Sofia: “Ah, eu acredito que sim, porque eu gostava muito do que ele me dizia, nossa tem total sentido tudo que eu faço lá. Porque assim, como eu era pequena eu ia até lá e jogava bastante joguinhos, e eu sempre perguntava, eu vou na psicóloga jogar, o que será que tem? Aí depois em uma conversa que a gente teve ela foi me explicando, o porquê dos jogos”.

- Pesquisadora: “Ela foi te explicando os sentidos das atividades”.

- Sofia: “É, e eu falei que legal, então eu acho que sim, que influenciou, sim. Eu nunca tinha parado para pensar nisso, mas eu acredito que sim”.

- Pesquisadora: “É interessante porque você vai buscar uma profissão que é muito investigativa. E é uma investigação continua sobre o outro”.

- Sofia: “A escuta, né?”

- Pesquisadora: “Sim”.

- Pesquisadora: “Sofia, foi um prazer te ver e um alívio grande de saber que você se percebe capaz, te confesso que foi angustiante te ver depositar tudo na medicação quando você estava com dez anos!”

- Sofia: “Nossa eu imagino, eu também ficaria no seu lugar”.

- Pesquisadora: “Sim, porque você foi categórica, você disse que sozinha a personagem não conseguiria”.

- Sofia: “Nossa, mas era realmente uma crença muito forte, eu demorei muito para tirar essa crença”.

- Pesquisadora: “Que bom que você teve forças, sinal que os recursos já estavam aí, que bom que você os localizou”.

- Sofia: “Eu não conseguia”.

- Pesquisadora: “Se não tivesse acontecido tudo isso, se você não tivesse encontrado outros ambientes, acolhedores e não tivesse conseguido transformar as coisas, você imagina o que teria acontecido...”

- Sofia: “Acho que eu estaria deste jeito aí, tomando remédio, acho que até poderia estar na faculdade, mas tomando remédio, e com a ideia de que sem isso não dava, estaria um robozinho Hoje, eu até te falei que admirava muito aquele primo meu estudioso, hoje as pessoas falam isso de mim. Se inverteu, sabe? A minha avó fala muito ‘nossa a Sofia trabalha e estuda, a Sofia é muito dedicada’. Até um tempo atrás, uma priminha pequeninha do meu namorado falou: ‘Quando eu crescer eu quero ser igual a Sofia, quero estudar, quero fazer uma faculdade’. E isso para mim é muito gratificante, porque o que eu tinha antes nas pessoas, agora as pessoas veem em mim”.

- Pesquisadora: “O que você admirava no outro, admiram em você”.

- Sofia: “Exatamente essa determinação”.

- Pesquisadora: “Você falou em robozinho, você acha que a medicação deixava você robotizava”.

- Sofia: “Sim, eu acho que sim, até o Concerta, na época, que eu lembro muito bem da época que eu comecei a tomar o Concerta, quando começou, tirou toda a minha fome, eu tinha muita dor de estômago, vontade só de ficar deitada, e eu não era assim, nossa nunca que eu fui uma criança de chegar na escola e dormir, deitar”.

- Pesquisadora: “Nossa, até meio depressivo”.

- Sofia: “É, eu tenho muito isso, que o remédio me deixava muito assim, sabe estátua, sabe? Mas se me deixava assim é porque conseguia me fazer prestar atenção na aula, eu não ficava mexendo em outras coisas e tal”.

- Pesquisadora: “Que coisa não, Sofia... Preocupante... Pensando até na nossa profissão”.

- Sofia: “Eu penso, quando vai lá na clínica que tomam estes remédios, eu penso, penso em mim, penso será que realmente está sendo eficaz?”

- Pesquisadora: “Até porque um composto com muito efeito colateral, né?”

- Sofia: “Sim e eu lembro que eu tive muitos efeitos colaterais, eu emagreci, não conseguia comer, não tinha fome, eu não comia; no começo é bem difícil, até o corpo acostumar, depois que acostumou”.

- Pesquisadora: “E o que será que esse psiquiatra diminuiu a dosagem e até que tirou?”

- Sofia: “Eu acredito que foram os meus pais, porque a minha mãe ela sempre foi uma pessoa que tomou medicamento assim grande parte da vida, ela tomava para ansiedade, hoje ela toma o antidepressivo também, então ela tinha isso com ela, que eu era muito nova para tomar tanto medicamento, e um medicamento tão forte. Então foram eles mesmo, que sugeriram diminuir, até parar. E acho também que o médico que eu ia era muito bom, porque tem médico que diz vai tomar a medicação e acabou”.

- Pesquisadora: “Mas junto com isso não podemos esquecer que teve você também se percebendo”.

- Sofia: “Sim, acho que isso aí foi a virada. Foi o me tornou o que sou hoje”.

- Pesquisadora: “Olha que interessante, você continua com uma menininha aqui, parecida”.

- Sofia: “Pois é, olha só o vestido, rosa da mesma cor”.

- Pesquisadora: “É mesmo”.

- Sofia: “A boca também, e eu pensei em fazer um laço no cabelo. Não na hora quer eu vi, eu falei, meu Deus, é o mesmo desenho”.

- Pesquisadora: “O chão continua”.

- Sofia: “É o mesmo. Essas mãos aqui são de quem quer fazer várias coisas ao mesmo tempo. E sempre pra cima, né?! Uma coisa muito (fez gesto com a mão, para cima)”.

- Pesquisadora: “Os olhinhos continuam curvadinhos, dá a impressão que, pelo menos aqui, eles eu entendi que seus olhos estavam fechados. Estavam?”

- Sofia: “Eu pensava assim, na época e até hoje quando eu desenho assim, uma pessoa feliz que faz, assim (mostra sorriso que fecha os olhos)”.

- Pesquisadora: “Que interessante”.

- Sofia: “Ai, adorei, sabia?! ”

- Pesquisadora: “Eu também e olha aqui está uma cópia do seu desenho para você”.

- Sofia: “Ai, muito bom isso, adorei”.

- Pesquisadora: “Eu que gostei, inclusive no desfecho”.

- Sofia: “Nossa, eu seu lugar também ia ter ficado muito angustiada. Eu fiquei super angustiada em escutar isso que você foi contando. Nossa, eu parei pra pensar, essa pessoa era eu, quer dizer sou eu”.

- Pesquisadora: “Era o que estava possível naquela hora. Mas é bom saber que agora tem outras possibilidades”.

- Sofia: “Sim, muito bom”.

- Pesquisadora: “Obrigada. Muito obrigada”.

- Sofia: “Obrigada você”.

ANEXO III - Entrevista com Júlio

- Pesquisadora: “Olha, na época não tinha gravador, agora eu posso contar com isso para não perder nada do que a gente conversar, mas depois que eu transcrever, eu destruo. Você pensou em alguém fazendo várias coisas ao mesmo tempo?”

- Júlio: “Ou correndo para fazer as coisas, [alguém] que não consegue parar, sempre fazendo alguma coisa”.

- Pesquisadora: “Tá, o quê para você fazer mais sentido do agitado. Porque assim... Como é um estudo longitudinal e há 12 anos atrás eu te dei só essa instrução, quando você tinha 8 anos lá na sala da coordenação do XXXX... Eu disse para você exatamente a mesma coisa: ‘Júlio, faz para mim uma pessoa agitada. Você faz um desenho, depois me mostra, a gente conversa dele e aí, depois, eu vou te pedir uma história sobre isso’. Aqui é exatamente assim, pois a ideia é eu poder replicar o mesmo procedimento”.

- Júlio: “Hum Hum”.

Após 41 segundos.

- Júlio: “Vixe, aí você me complica, hein”.

- Pesquisadora: “Foi um pedido difícil?”

Júlio riu.

- Pesquisadora: “Você está na dúvida?” (Risos de ambos).

- Pesquisadora: “Você falou que está na dúvida entre um agitado que tem relação com ficar fazendo várias coisas ao mesmo tempo...”

- Júlio: “Ou que não para para fazer as coisas”.

6 segundos de silêncio.

- Júlio: “Ah, vou fazer uma coisa aqui!”

- Pesquisadora: “Tá, depois você me fala que rumo do agitado você pegou, mas você tem razão: são coisas diferentes, mas ambos têm a ver com agitado”.

Depois de 1 minuto desenhando:

- Júlio: “Vou tentar fazer alguma coisa aqui, porque...”

Pesquisadora riu.

Silêncio.

- Pesquisadora: “Depois você me explica o quê”.

- Júlio: “Vou tentar”.

Dois minutos desenhando em silêncio.

- Júlio (enquanto procura algo no material): “Nossa! E agora?”

- Pesquisadora: “Borracha?”

- Júlio: “É”.

- Pesquisadora: “Está aqui, Júlio”.

Desenha em silêncio por cerca de 3 minutos.

- Júlio (virando a prancheta com o desenho): “Acho que a melhor coisa que desenhei foi isso aqui”.

- Pesquisadora: “Você foi para qual rumo de agitado, me conta?”

- Júlio: “No caso, uma pessoa está estudando ou trabalhando, alguma coisa, e não consegue ficar parado, às vezes”.

- Pesquisadora (apontando para o desenho): “Tá, como aqui parece?”

- Júlio: “Como se estivesse tocando”.

- Pesquisadora (enquanto demonstra): “Batucando? Desse jeito?”.

- Júlio: “É”.

- Pesquisadora: “Tá, entendi. Então você pensou no agitado que faz muitas coisas ao mesmo tempo?”

- Júlio: “É, às vezes não consegue só focar em alguma coisa, tem que fazer... Ou balançar a perna, ou alguma coisa assim”.

- Pesquisadora: “Tá, entendi. Você desenha bem, hein?”

Júlio faz um gesto de mais ou menos com a mão.

- Pesquisadora: “Agora eu quero que você me conte uma estória com começo, meio e fim com relação a esse desenho”.

- Júlio: “Vixe”.

- Pesquisadora: “Que estória você inventaria para esse desenho?”

- Júlio: “Ah, vou falar da minha vida inteira nisso aí, então”.

- Pesquisadora: “(Risos) Então pode começar!”

- Júlio: “Não, porque eu sou praticamente assim”.

- Pesquisadora: “É tipo você então?!”

- Júlio: “É, praticamente eu, porque eu não consigo ficar parado para fazer algumas coisas”.

- Pesquisadora: “Se você tem que estudar, você tem que ficar fazendo outras coisas?”

- Júlio: “Ou outras coisas, ou escutando música ou, tipo assim, balançando a perna. Eu estou sempre fazendo alguma coisa além do que [aquilo que] eu estou focado. É, além do que eu tenho que focar, sempre faço alguma coisa. Às vezes, tipo comer, batucar, porque fiz aula de bateria, então eu fico batucando sempre, alguma coisa assim”.

- Pesquisadora: “Tá, mas então inventa uma estória para mim”.

- Júlio: “Você quer uma estória com ‘era uma vez’?”

- Pesquisadora: “Pode ser! [É] Boa também”.

Júlio e pesquisadora riram.

- Júlio: “Certeza que quando eu era pequeno eu fiz ‘era uma vez’ né?!”

- Pesquisadora: “Certeza?! Você quer mudar o ‘era uma vez’ para não ficar muito igual, Júlio?”

- Júlio: “Aí, [seria] uma estória como?” (Silêncio). “Não sei”.

- Pesquisadora: “O quê que você diria?”

Silêncio.

- Júlio: “Ah, foi o que eu falei mesmo”. (Riso).

- Pesquisadora: “Então faz uma com ‘era uma vez’. Preciso repetir o negócio, depois irão me acusar que não repeti”.

- Júlio: “Mostra o áudio”.

Pesquisadora riu

- Júlio: “Pode mostrar o áudio”. (Silêncio). “Ah, eu não sei uma estória”. (Silêncio maior - cerca de 40 segundos). “Ah, eu não sei uma estória... Sei lá”.

- Pesquisadora: “Difícil?! Esse negócio de estória é difícil?”

- Júlio: “Ah, é que eu não sei embasar uma coisa certinha, eu penso várias coisas, mas não sei”.

- Pesquisadora: “Mas vai na associação mesmo, vai falando para mim o que você imagina de uma estória para esse desenho”.

- Júlio: “Ah, o máximo para fazer é descrever ele”.

- Pesquisadora: “Hã... ‘Era uma vez’...” (Risos).

- Júlio: “Ah, você não vai querer que eu comece com ‘era uma vez’, vai ficar muito ruim”.

- Pesquisadora: “Mas se você não quer começar com era uma vez pode começar de um outro jeito”.

Silêncio.

- Júlio: “Nossa você me quebrou, hein?!”

- Pesquisadora: (Risos). “Tô pedindo um negócio difícil? Inventar uma estória?”

- Júlio: “Não, que isso aí eu prossigo”.

- Pesquisadora: “Eu só consigo pensar no ‘era uma vez’ para iniciar o negócio”.

- Júlio: “Ah, mas o ‘era uma vez’ é clichê, né?!”

- Pesquisadora: “Você quer sair do clichê?”

- Júlio: “Hã...”

Silêncio.

- Pesquisadora: “Certo dia...”

Júlio riu.

- Pesquisadora: “Piorou ou ficou muito clichê também?”

- Júlio: “Ai aí”. (Silêncio). “Ah, a estória que eu vou falar vai ser descrever mesmo, porque não tem o que falar muito”.

- Pesquisadora: “Então vai”.

- Júlio: “Ah, era um garoto que não conseguia... Se ele for fazer um foco ele sempre precisava fazer uma coisa a mais, porque se ele só tentasse focar em alguma coisa... É... A sua cabeça... Ele não conseguia prestar atenção, porque a cabeça dele ia lotar de coisa, ele ia começar a pensar em várias coisas e ele ia perder o foco rapidamente, mesma coisa que passar uma mosca e já ficar observando. E ele achou uma solução para essas coisas, que é sempre estar fazendo alguma coisa junto, algo que não atrapalhasse, mas que também não dispersasse sua atenção”.

- Pesquisadora: “Entendi. A solução foi essa?”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Me conta uma coisa: quando você fala que a cabeça dele lotava de coisas, que tipo de coisas lotariam se ele, por exemplo, não tivesse batucando ou balançando a perna?”

- Júlio: “Era como se fosse ler qualquer coisa e ele lê uma palavra e já assimila com outra coisa, e aí já começa a lembrar de outra e começa a fazer esse montural de assimilação... Já parou de prestar atenção”.

- Pesquisadora: “Ah! E ficou com os pensamentos. Seria isso?”

- Júlio: “É, fica com os pensamentos e o que ele estava lendo, já não vale nada, porque ele esqueceu e estava pensando em qualquer outra coisa”.

- Pesquisadora: “Tá, porque é como se o pensamento dele tivesse levado ele, para longe mesmo, nessas associações que foi fazendo?”

- Júlio: “Isso”.

- Pesquisadora: “Tá, então você está me dizendo que enquanto você brinca que é você (e acho que é essa a ideia mesmo), pra você poder ler alguma coisa, por exemplo, você não vai conseguir fazer isso parado, você tem que fazer alguma coisa junto?”

- Júlio (apontando para as pernas inquietas): “É, por exemplo agora mesmo”.

- Pesquisadora (rindo): “Tá balançando a perna”.

- Júlio: “É, eu preciso fazer alguma coisa”.

- Pesquisadora: “Isso é custoso, não é não, Júlio?”

- Júlio: “Como assim?”

- Pesquisadora: “Custoso, é... Não custa, não te demanda bastante coisa?”

- Júlio: “Como assim ‘demanda’?”

- Pesquisadora: “Custoso no sentido assim... Eu estou pensando no gasto de energia”.

- Júlio: “Eu sou hiperativo”. (Risos). Para mim eu acho que não faz muita diferença.

- Pesquisadora: (Risos). Não gasta energia.

- Júlio: “Acho que para mim é até mais gostoso eu estar fazendo alguma coisa do que, tipo, ficar parado prestando atenção, para mim é muito desconfortante”.

- Pesquisadora: “Ficar parado?”

- Júlio: “Ficar parado olhando, por exemplo: está tendo uma palestra, eu sei que eu preciso prestar atenção, mas se eu não tiver, tipo, balançando a perna ou fazendo alguma coisa só assim, eu me sinto desconfortável e não consigo”.

- Pesquisadora: “Prestar atenção?!”

- Júlio: “Por mais que eu me foque, eu não consigo”.

- Pesquisadora: “Você já pensou o quê que acontece?”

- Júlio: “Não”.

- Pesquisadora: “Não?”

Silêncio.

- Pesquisadora: “Bom, pelo que eu sei, do que me lembro da história, e eu me lembro bem, porque fiz um registro, da história, da sua história”.

- Júlio: “Dá até medo!”

- Pesquisadora: “‘Dá até medo’ do quê, Júlio?”

- Júlio: “Ah, eu quando era criança, era um demônio”.

- Pesquisadora: “Mas parece que você está bem curioso para ver o que você fez... Você chegou perguntando para mim”.

- Júlio: “Eu não lembro, não lembro”. (Risos).

- Pesquisadora: “E, de repente, doze anos depois chega uma doida, te acha na rede social e fala ‘escuta, você não quer me dar uma entrevista de novo’?...”

- Júlio: “Eu tenho medo do que eu vou ver, de repente”.

- Pesquisadora: “Você tem medo?! O que você fica imaginando?”

- Júlio: “Nossa Senhora! Ah, as histórias que minha mãe fica contando de vez em quando para mim... Coisa que nem eu lembro”.

- Pesquisadora: “O que que ela te conta?”

- Júlio: “Ah, eu só não parava quieto. Arteiro”.

- Pesquisadora: “Mas sabe, você está falando agora e eu me lembrando, porque eu fiz uma entrevista com sua mãe e depois eu fiz o desenho com você e ela me falava de um menino, você...”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “... Que, realmente, que quando estava fazendo alguma coisa estava sempre fazendo outra junto e ela me dava exemplos, tanto que tem no registro da entrevista com ela, ela me dando exemplos do tipo assim: você jogando videogame... Você se aproximava da televisão com o videogame”.

- Júlio: “Até hoje”.

- Pesquisadora: “Você ficava de ponta cabeça no sofá, sabe? Coisas assim... Realmente é disso que você está falando, que não dava para ficar em uma coisa só, você sempre ficava em várias coisas”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Isso continua então?”.

- Júlio: “Continua”.

- Pesquisadora: “Sabe, me surpreendeu bastante quando você me falou, na nossa troca de mensagens... Me surpreendeu, assim, não tanto... Mas achei muito legal, você disse que está fazendo engenharia civil, né?!”

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Porque uma coisa que me marcou muito que sua mãe me contou, era a brincadeira que você desenvolvia com o Lego”.

- Júlio: “Ah, ela fala até hoje para mim”.

- Pesquisadora: “Você colocava durex nos Legos!”

- Júlio: “Eu fazia tudo... Eu lembro que eu tinha aqueles esqueitinhos e ficava fazendo rampinha com o papelão”.

- Pesquisadora: “Ah! Você já era um construtor, Júlio!”

Júlio e pesquisadora riram.

- Júlio: “Ah, era diferente!”

- Pesquisadora: “Que legal”.

- Júlio: “Mas a civil não era minha primeira opção”.

- Pesquisadora: “Não?!”

- Júlio: “Eu ia fazer engenharia mecânica”.

- Pesquisadora: “Ah, você ia de engenharia mecânica”.

- Júlio: “Engenharia mecânica. Só que não abriu turma. A única que abriu foi civil, aí eu pulei para poder eliminar matéria depois e, por fim, eu fiquei”.

- Pesquisadora: “E chegou a abrir, agora, mecânica ou não?”

- Júlio: “Abriu, mas eu gostei [da civil], então...”

- Pesquisadora: “Tô bem aqui!”

- Júlio: “Tô de boa”.

- Pesquisadora: “‘Vou ficar!’ Entendi. E por que você pensou em engenharia mecânica? Será que tem a ver com coisa dos mecanismos das coisas?”

- Júlio: “Ah, eu não sei o que passa na minha cabeça”.

Risos.

- Júlio: “Sinceramente”.

- Pesquisadora: “Júlio, na situação que eu entrevistei a sua mãe e depois você, me chamou a atenção, também, que você tinha uma história com o diagnóstico de TDAH muito cedo na sua vida”.

- Júlio: “É... Aí eu já não sei”.

- Pesquisadora: “É, porque me consta lá nos registros que você começou a ser medicado, não necessariamente com Ritalina, mas pensaram em um remédio anterior, acho que mais para tentar te segurar”.

- Júlio: “Porque eu era muito mais hiperativo”.

- Pesquisadora: “Você era mais, você acha?”

- Júlio: “Eu era muito mais hiperativo”.

- Pesquisadora: “No sentido de ficar correndo e não parar para fazer nada?”

- Júlio: “Tudo. Minha mãe falava: era quinze minutos eu dormindo e eu já estava acordado brincando de novo”.

- Pesquisadora: “Ah, então era nesse nível”.

- Júlio: “Hum, hum. Eu era muito hiperativo”.

- Pesquisadora: “E hoje, você dorme bem?”

- Júlio: “Ah, tem que dormir, né, cansando tudo. Dormir eu durmo bem sim, só que durmo pouco também”.

- Pesquisadora: “Quantas horas você dorme?”

- Júlio: “Eu estou acostumado já a dormir umas seis horas, se eu durmo umas oito para mais eu começo a ficar desligadão”.

- Pesquisadora: “Hum, tá”.

- Júlio: “Então eu estou acostumado a dormir pouco. Tipo, durmo tarde e acordo cedo”.

- Pesquisadora: “Entendi. E você chegou a tomar remédio até quando, Júlio?”

- Júlio: “Ah, certinho eu não vou lembrar, não. Acho que doze ou treze [anos de idade]. Dois mil e doze, dois mil e treze [anos-calendário]”.

- Pesquisadora: “E você lembra o que aconteceu? Por que você deixou de tomar o remédio assim?”

- Júlio: “Porque o remédio fazia ficar muito centrado, tipo, ele meio que fazia... Como se fosse aquelas rédeas de cavalo, deixa eu centrado. Só que o último que eu tomei, ele era muito forte, tanto que era doze horas de efeito, aí passava essas doze horas eu só dormia. Tipo meio que desgastava muito eu”.

- Pesquisadora: “Você lembra que remédio que era?”

- Júlio: “Não sei”.

- Pesquisadora: “Concerta, Venvanse...”

- Júlio: “Concerta. Eu tomei tarja preta, Concerta, Ritalina... Vixe...”

- Pesquisadora: “É porque quando eu conversei com a sua mãe, que você estava com oito anos, ela me disse que você já estava no Concerta, você tomava 36 mg durante a semana e 18 mg nos finais de semana”.

- Júlio: “Aí eu não vou lembrar, não”.

- Pesquisadora: “Era o que ela me contou na época assim”.

- Júlio: “Eu não lembro”.

- Pesquisadora: “E você sabe por que optaram pela medicação? Você acha que era por conta de sua agitação mesmo?”

- Júlio: “Por um lado eu acho que sim, porque até a minha mãe fala que eu até não tenho tanto TDAH. Eu sinto que eu tenho, não no sentido, porque no TDAH fala, né, que demora para aprender, você sabe melhor do que eu, né? É... Como que é o nome...”

- Pesquisadora: “Impulsivo?”

- Júlio: “Eu não sou impulsivo, mas deixa avoado as coisas assim...”

- Pesquisadora: “Ah, desconcentrado?”

- Júlio: “É, é bem assim. Não só a hiperatividade, mas eu já senti, assim, que eu não prestava atenção em certas coisas”.

- Pesquisadora: “Hã”.

- Júlio: “Aprendi fácil, para falar a verdade, aprendi fácil as coisas, acho que isso aí já é coisa da família mesmo, meu pai já é assim, avó... Tudo”.

- Pesquisadora: “Mas de aprender fácil?”

- Júlio: “É... De pegar as coisas fácil. Só que eu olho para um negócio e dá três segundos, já sumo”.

- Pesquisadora: “Você não consegue manter o foco, é isto que você está dizendo?”

- Júlio: “Antigamente eu não conseguia, acho que o remédio foi mais para isso mesmo”.

- Pesquisadora: “E você acha que você tomou o remédio até quantos anos?”

- Júlio: “Eu não vou lembrar exato, posso mandar depois, mas não vou lembrar exato”.

- Pesquisadora: “Mas em 2013 você estava com...”

- Júlio: “catorze anos, mas acho que foi menos, bem menos, acho que foi uns treze... Doze para treze”.

- Pesquisadora: “E você lembra por quê parou de tomar o remédio?”

- Júlio: “Parei porque eu quis”.

- Pesquisadora: “Porque você falou que não estava mais...”

- Júlio: “Porque eu não queria”.

- Pesquisadora: “Por causa desta situação que você me falou?”

- Júlio: “Detonava eu, deixava eu muito desgastado”.

- Pesquisadora: “Você chegava a ficar irritado, Júlio?”

- Júlio: “Eu sempre fui irritado, mas isso também é por questão de família. Minha mãe já era bem mais irritada quando menor, meu tio por parte da minha mãe já era irritado, meu pai que tem hiperatividade também”.

- Pesquisadora: “Ah, é?”

- Júlio: “Meu pai e o tio da minha mãe... Eles têm... Então já juntou, já pegou tudo. Nossa, mas eu só me metia em confusão também, eu me irritava muito fácil com os moleques lá”.

- Pesquisadora: “E aí o que você fazia?”

- Júlio: “Já... Fazia de tudo, já sai no soco já também”.

- Pesquisadora: “Você acha que o remédio te ajudou neste sentido da sociabilidade, assim?”

- Júlio: “Por um lado sim, é que eu não sei que nível que estava o meu, mas por um lado ajudou bastante, não sei se para outra pessoa que tenha... Não sei se é nível maior ou menor, não sei como é que funciona, num nível menor talvez funcione”.

- Pesquisadora: “E você lembra quando veio esse seu desejo assim, que você pensou assim: ‘eu quero parar com esse remédio, porque isso está demais’?!”

- Júlio: “Quando eu pedi não, mas eu lembro de um caso que eu cheguei da escola e eu estava deitado no banco de trás de tanto sono, por causa do remédio, eu só lembro disso e depois eu só lembro que eu parei”.

- Pesquisadora: “Então foi uma reivindicação sua mesmo? Você que falou ‘eu não quero mais isso aí’”.

- Júlio: “É, tanto que minha mãe contou para mim depois, que foi eu que pedi, porque eu não lembrava e que ela falou assim: ‘ah, mas você vai ter que dar um jeito de se controlar e tudo’ e eu disse ‘não, eu dou, mas eu quero parar com o remédio’. Aí eu já não lembrava muito mais, ela contou”.

- Pesquisadora: “Ela te contou recentemente que foi você que pediu?”

- Júlio: “Contou o ano passado, tinha contado há um tempo atrás, mas só que eu não lembrava”.

- Pesquisadora: “Então foi uma coisa sua mesmo? Você que chegou no seu limite com a medicação?”

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Você acha que o remédio e esse diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade influenciou sua vida em alguma coisa, Júlio?”

- Júlio: “Hum, acho que não. Eu acho que ter o TDAH até que não me influenciou, pelo menos para mim... Tem gente... Eu tenho amigo que tem o TDAH e ele fala que às vezes atrapalha, só que eu acho que vai muito de pessoa a pessoa, porque o TDAH, para mim, vou falar que a hiperatividade ajuda em certo lado, apesar do TDAH atrapalhar de um ponto, acho que me ajuda de outro porque ele deixa um pouco mais engajado para fazer as coisas”.

- Pesquisadora: “Ah, como se você estivesse mais na adrenalina para fazer as coisas?”

- Júlio: “É eu acho que eu não canso tão fácil para fazer as coisas”.

- Pesquisadora: “Tipo tem um gás?”

- Júlio: “É, tipo, eu vou fazer, então eu já meto o buio já, mas tem o lado que meio que atrapalha, porque eu perco o pensamento na hora”.

- Pesquisadora: “Interessante porque foi a sua questão para mim no início - agitado em quê sentido? Porque parece que tem a ver com isso, com a sua sensação”.

- Júlio: “É’, mais ou menos”.

- Pesquisadora: “Você acha que com relação a percepção de você mesmo, você acha que nisso te influenciou ter tomado remédio esses anos e ter esse diagnóstico? Por exemplo, você acha que tanto o diagnóstico, quanto a medicação... Eles faziam você sentir que você não tinha condições de fazer algumas coisas?”

- Júlio: “Olha... Eu nunca pensei por esse lado... Tipo, eu também não sei como é que levam na psicologia, mas falam que é... Não por ser transtorno, falam como se fosse uma doença. Pelo menos eu não vejo por esse lado...”

- Pesquisadora: “Como você vê?”

- Júlio: “Sei lá, tipo, eu vejo como... Uma diferença... Não uma diferença...”

- Pesquisadora: “Um jeito diferente...”

- Júlio: “Não como pessoas que tem, tipo, síndrome... Como você falou, síndrome de down, que é uma diferença que é notável, que...”

- Pesquisadora: “Hum hum...”

- Júlio: “... Que querendo ou não... Vamos dizer, atrapalha um pouco... Mas nunca foi uma coisa que me atrapalhava... Nada que me deixou, sei lá, meio...”

- Pesquisadora: “Você... Você acha que você chegou por um tempo acreditar que o remédio era necessário para a sua vida, assim... Sem ele você não conseguiria aprender ou, de repente, fazer amigos?”

- Júlio: “Nunca... Nunca tive essa...”

- Pesquisadora: “Você nunca atribuiu ao remédio esse poder”.

- Júlio: “Nunca tive isso, porque, na época, tomar remédio pra mim era... Não uma idiotice... O remédio... Mas eu não tinha esse consentimento, do remédio, por causa disso. Pra mim era só tomar pra eu... Sei lá... Minha mãe precisava que eu me acalmasse porque eu era muito agitado. Então eu acho que era mais isso...”

- Pesquisadora: “E será que você entendia que ele te acalmava mesmo? Você achava?”

- Júlio: “Eu acho que inconscientemente, sim”.

- Pesquisadora: “E conscientemente, você achava o quê desse remédio?”

- Júlio: “Olha... Eu num... Não tenho muita memória do remédio, eu tomava quando era um pouco mais novo”.

- Pesquisadora: “Hum, hum...”

- Júlio: “Não é tão recente. Então, sei lá... Pra mim era só tomar o remédio mesmo”.

- Pesquisadora: “Me fala uma coisa, né, agora você desenha alguém assim... Né, que nem você falou: ‘ah, sou eu, né’. Têm momentos em que você chega a pensar em tomar o remédio de novo ou não?”

- Júlio: “Não”.

- Pesquisadora: “Me conta o porquê”.

- Júlio: “Não gosto porque eu praticamente já aceitei que eu tenho TDAH, que isso faz parte da minha vida, e eu não vejo como obstáculo, talvez até veja como uma ponte para algumas coisas... Que nem, acho que foi o ano passado até que eu vi o cantor do Maroon 5, ele tem TDAH e muitos desacreditavam dele e ele virou uma estrela, não tendo este mesmo pensamento, mas tipo, assim, eu vejo uma coisa similar, porque por mais que apareça que seja uma coisa que atrapalhe às vezes, não é”.

- Pesquisadora: “Você respondeu de bate e pronto a minha pergunta”.

- Júlio: “Eu não tenho vontade”.

- Pesquisadora: “Você guarda lembranças de um mal-estar grande com este remédio, você acha?”

- Júlio: “A que eu mais lembro é essa que eu contei, que eu acordei no banco e estava morrendo de sono”.

- Pesquisadora: “É... Imagino que era um efeito penoso para você”.

- Júlio: “Para quem era agitado, dormir assim do nada...”

- Pesquisadora: “Sim, para você devia ser uma sensação ruim”.

- Júlio: “É meio esquisito”.

- Pesquisadora: “Para você o que é o TDAH, hoje?”

- Júlio: “Eu acho que é, tipo, mais um... Não um transtorno, mas algo que faz parte, para uma certa população, do mesmo jeito que uma população é canhota, uma população tem TDAH, então não é tipo um... Não vou usar o transtorno como uma palavra ruim, mas é tipo um...”

- Pesquisadora: “Uma característica?”

- Júlio: “É, tipo uma característica de cada um, porque tem gente que, tipo, tem o déficit de atenção, tem gente que tem hiperatividade, tem gente que tem os dois, mas, tipo, cada um é de um jeito”.

- Pesquisadora: “Você acha que você está mais para que característica? Desatento? hiperativo?”

- Júlio: “Ah, eu sou os dois. TDAH em si”.

- Pesquisadora: “O quê que você acha que causa o TDAH? Por que que você acha que algumas pessoas têm essa característica?”

- Júlio: “Tirando o fator genético? Não faço ideia. Nunca pesquisei assim muito a fundo, então não sei”.

- Pesquisadora: “Você acha que tem mais a ver com essa coisa biológica, genética mesmo?”

- Júlio: “Eu acho que é mais, porque meu pai mesmo, ele é meio hiperativo, ele está fazendo uma coisa, aí já começa a fazer outra, não termina uma, começa outra. Meu tio mesmo coisa”.

- Pesquisadora: “O irmão da sua mãe?”

- Júlio: “É, hoje nem tanto porque já diminuiu bastante, mas pelo o que contaram antigamente ele”.

- Pesquisadora: “Você falou que sua mãe, quando criança, também tinha algo, mas não era hiperatividade?”

- Júlio: “Ah, a minha mãe acho que TDAH em si ela não tem, tipo, acho que pode ser meio que costume por convivência, mas acho que não. TDAH em si não”.

- Pesquisadora: “Você acha que o dela era mais o que assim”.

- Júlio: “Ah, às vezes, por ser mais jovem, vamos dizer assim ‘estar na flor da idade’, tá passando pelas coisas”.

- Pesquisadora: “Não estando com tanta maturidade para lidar com as coisas, talvez?”

- Júlio: “Ah, aí eu já não sei, aí é de pessoa para pessoa, né?”

- Pesquisadora: “Tá. Vou te mostrar seu desenho, de doze anos atrás”.

- Júlio: “Meu desenho... Ai que medo”.

- Pesquisadora: “Olha que interessante o que aconteceu: na época não tinha a coisa do gravar, né? E eu anotei a estória que você me contou em uma folha à parte e você quis recortar e colar o seu desenho na folha que eu tinha escrito a estória. E aí, eu me lembro que nós dois ficamos procurando na sala da coordenação cola e não encontramos, pois você falou para mim: ‘eu tenho no meu armário’ e a gente foi até a sua sala de aula, pegou a chave, fomos até seu armário, você abriu, pegou a cola, recortou o desenho e colou. E aí você disse para mim assim: ‘mas a gente não pode deixar ele sem chão, porque senão ele sai voando’. E aí a estória que você contou para mim foi assim: ‘um dia’... Viu? Você não começou com ‘era uma vez’”.

- Júlio: (Risos). “Olha só”.

- Pesquisadora: “‘Um dia ele estava indo passear e ele encontrou um animal, daí ele deu meia volta e saiu e entrou outro animal e fez a mesma coisa, aí achou uma bola foi com a bola até a casa do amigo, perguntou se ele queria jogar bola e o amigo disse que depois, ele continuou e encontrou um violão e saiu cantando, ele depois voltou para a casa do amigo e jogou bola com ele e eles ficaram jogando bola até a noite’. Eu pedi para você dar um título para essa história e você chamou de ‘Amizade’. Eu te perguntei o que era amizade e você respondeu que é quando a gente faz amigos novos”.

Silêncio.

- Pesquisadora: “O que você pensou desta história? Você está aí pensativo...”

- Júlio: “Como que eu era tonto”.

- Pesquisadora: “Por que?”

- Júlio: “É cada coisa, viu?”

- Pesquisadora: “Eu não achei nada tonta, eu achei bem interessante essa história”.

- Júlio: “Eu lembro que... Não é imaturidade, como que é... É a cabeça da criança como que funciona, é interessante”.

- Pesquisadora: “Para essa aqui você daria qual nome? O título?”

- Júlio: “Ah, nem me pergunte. (Risos)”.

- Pesquisadora: “Ah, agora já perguntei. (Risos)”.

- Júlio: “Criatividade não é meu forte, não sei. (Silêncio). Eu ia falar ‘O agitado’, mas você ia brigar comigo, né?!”

- Pesquisadora: “Não. ‘O agitado’. Tá posto. Olha, nesta ocasião, eu estava pesquisando as mesmas coisas que eu estou pesquisando agora, mas eu estava conversando com alguém que tinha oito anos, então, eu conversei bastante sobre a

estória. E aí a nossa conversa começou com a minha pergunta para você de porquê que você voltava quando encontrava os animais e você fez o gesto com a mão no braço, me lembro bem, dizendo que poderia ser que eles fossem te morder, aí eu segui perguntando, porque nesta época você também era bem calado... Você continua com o mesmo jeitinho, né, Júlio?”

- Júlio: (Risos). Sim.

- Pesquisadora: “Comentei com você que esse menino gostava muito de bola, você disse que sim e eu perguntei se o menino do desenho tinha ficado triste de não ter podido brincar naquela hora, você disse era porque ele estava ocupado... Você não disse se ele estava triste ou não. Fui perguntando para você se você tinha amigos, você respondeu que sim, mas que ‘às vezes eles não querem brincar’. Eu lhe perguntei por que será que isso acontece e você disse que não saberia me dizer porquê isso acontece, você me responde que não”.

- Júlio: “É, mas agora eu já sei.

- Pesquisadora: “Por que?”

- Júlio: “Por que no XXXX eu não tinha amigos”.

- Pesquisadora: “Você não tinha amigos lá? E por quê?

- Júlio: “Ah, o porquê eu não sei, por esse meu jeito... Muitos ficavam implicando comigo, acho que é até meio ingênuo. Ah, tenho amigos, mas ninguém quer brincar comigo, mas no XXXX eu não tinha praticamente nenhum amigo lá”.

- Pesquisadora: “E você estudou lá até quando?”

- Júlio: “Até o nono ano”.

- Pesquisadora: “Então lá a sua vida, em termos sociais, foi difícil”.

- Júlio: “Você não faz ideia”.

- Pesquisadora: “E você estava falando disso na sua estória... E você acha que poderia ser por conta de sua agitação? O que você acha?”

- Júlio: “Não sei, acho porque esse meu jeito também, porque eu... Hoje eu acho que eu sou até um pouco mais sociável do que antigamente, de conversar, brincar de tudo, assim, fazer uma piada, uma coisa ou outra, mas naquela época, no XXXXX, eu não tinha nenhum amigo mesmo, tanto que era direto eu indo para diretoria, porque dois, três, quatro, enchendo o saco, era não sei o quê...”

- Pesquisadora: “A sua mãe falou na entrevista com ela que você acabava se irritando com quem te irritava”.

- Júlio: “É, eu era bem irritado naquela época”.

- Pesquisadora: “E você, me disse mais... Disse que às vezes as coisas saem errado e eles não querem mais ser amigos. Olha só, você estava falando disso aqui. Eu perguntei para você o que será que o menino fazia de errado, você dizia que não sabia. Aí eu lhe disse, na época, que o menino do desenho teria conseguido um amigo para jogar bola. Você concordou comigo e aí eu te perguntei: ‘como será que ele teria conseguido este amigo?’ e você respondeu que era porque ele ficou calmo. Aí eu te perguntei ‘como será que ele conseguiu ficar calmo?’ Na verdade, eu estava tentando tirar de você [como resposta] se seria o remédio. Você me respondeu que não sabia e eu te fiz, então, uma outra pergunta. E eu fiz essa pergunta porque senti você triste, então eu perguntei se alguém calmo fica triste. Você respondeu que sim e eu te questionei o que faria alguém calmo ficar triste e você me disse não saber”.

Os olhos de Júlio lacrimejam.

- Pesquisadora: “Estou vendo você até emocionado”.

- Júlio: “É de lembrar as histórias”.

- Pesquisadora: “É porque talvez a tristeza que eu senti com você lá e que eu estou sentindo com você agora, tem a ver com essa dificuldade de fazer amigos lá”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “A sua mãe atribuía a sua agitação e a irritabilidade à dificuldade de fazer amigos. Você pensa que isso faz sentido?”

- Júlio: “Sim, porque eu sempre tive esse negócio, eu sempre achei mesmo que era porque eu não paro. Eu... Vamos falar assim, né... Tenho uma cabeça diferente de todo mundo, então para mim, sempre foi mais ou menos isso”.

- Pesquisadora: “Eu estou me sentindo muito privilegiada, não só enquanto pesquisadora de poder encontrar com você de novo, não só por você topar estar aqui, mas por permitir que a gente pudesse falar e se emocionar. Eu te explico que vi tristeza e vejo a sua emoção, porque, claro, estou encontrando a mesma pessoa doze anos depois e podendo ver com ela o que vi e você estava mesmo desenhando algo que estava muito em pauta para você, a dificuldade de fazer amigos. Você acha que poderíamos dizer que a dificuldade tem a ver com o jeito TDAH de ser (se é que podemos colocar assim)?”

- Júlio: “Talvez seja. Eu acho que pode ser um meio a meio, tanto um TDAH, quanto o jeito da pessoa”.

- Pesquisadora: “Hoje você não sente essa dificuldade na sociabilidade então?”

- Júlio: “Não, nossa! Hoje eu tenho amigos para caramba. Falando assim, eu não gosto nem um pouco do povo do XXXX, por causa destes negócios assim... Porque, querendo ou não, é uma situação... Desde o primeiro ano convivendo até o nono ano, vai agarrando aquele ódio, assim, aquela coisa”.

- Pesquisadora: “Sim, porque foi bastante tempo lá”.

- Júlio: “Mas fora isso aí, nossa... Eu tenho amigos para caramba hoje”.

- Pesquisadora: “Então você não guarda tão boas lembranças assim de sua escola, hein?!”

- Júlio: “Não gosto. Não gosto nem um pouco”.

- Pesquisadora: “E por que será que você ficou tanto tempo assim?”

- Júlio: “A minha mãe tinha falado para mim para eu sair, acho que no sétimo, uma coisa assim, no sétimo ano, mas eu tinha falado para ela que eu queria terminar lá, acho que mais por questão, vamos falar assim, uma questão de honra. Acho que mais por não sair porque a molecada estava mexendo, então eu fui até o fim.

Querendo ou não, eu não acho ruim de ter terminado lá, porque tudo é experiência, então acho que foi uma coisa que moldou bastante para mim”.

- Pesquisadora: “E depois de lá você foi para onde?”

- Júlio: “Fui para a ETEL em XXXX”.

- Pesquisadora: “E mudou bastante para você?”

- Júlio: “Nossa, lá eu era praticamente amigo de todo mundo lá”.

- Pesquisadora: “O quê que você acha que acontecia? Você acha que tinha a ver com a Instituição, com a escola em si?”

- Júlio: “Ah, não sei. Acho que, no geral, acho que meio que tudo assim... Um lugar que eu não me senti muito bem dentro”.

- Pesquisadora: “Entendi. É interessante que sua mãe também falou algo na entrevista, de que o choro também era uma característica sua, de que você chorava bastante, era uma criança que na época eu fiquei pensando que tinha algum sofrimento”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Você chegou a fazer terapia quando criança?”

- Júlio: “Passei em psicólogo... Em dois psicólogos”.

- Pesquisadora: “Mas você chegou a fazer por um tempo?”

- Júlio: “Ah, não sei quanto tempo foi”.

- Pesquisadora: “Mas não deve ter sido muito tempo”.

- Júlio: “Ah, não sei, o último que eu passei foi com o Régis. Não sei se você conhece...”

- Pesquisadora: “Não conheço”.

- Júlio: “Daqui da cidade mesmo. Eu já estava um pouco mais velho e era um pouco antes de eu sair lá do XXXX. Oitavo ano, alguma coisa assim”.

- Pesquisadora: “E foi por conta destas questões de estar difícil lá?”

- Júlio: “Acho que um pouco de tudo... Também por conta do ensino, porque no nono ano, vixe... Eu me estressei demais por causa de ensino, tanto que envolveu até a coordenadora lá no meio, porque deu muito B.O, um pouco de questão de amigo também, amiga, né, convivência”.

- Pesquisadora: “E o quê que você se estressou demais por conta de ensino, assim, em que requisito?”

- Júlio: “É até meio antiético falar, mas por causa de... Porque mudou os professores lá e teve ‘um lá’ que, para mim, foi a pior professora que tive. Nossa... Ela fez um rolo do caralho, com o perdão da palavra, tanto que teve um trabalho que a gente teve que fazer, eu li o livro, mandei toda a minha parte e falaram que não recebeu e a professora foi crente quanto à minha palavra falando que eu não tinha feito nada e que ia me dar zero e que não sei o quê... Nossa, e virou um rolo... Eu odiava aquela professora”.

- Pesquisadora: “Então para você foi mesmo muito difícil esses tempos lá”.

- Júlio: “Muito difícil... Nossa, você pega a minha mãe para conversar, nossa ela vai falar tudo para você”.

- Pesquisadora: “É... Parece que foram longos anos”.

- Júlio: “Hum, hum”.

- Pesquisadora: “Foi depois que você saiu de lá que você parou com a medicação ou antes?”

- Júlio: “Antes... Acho que foi lá pelo sexto ano, foi sim”.

- Pesquisadora: “E me conta uma coisa, considerando o que você está me colocando e o que esse menino de oito anos coloca, que até te emociona de se ver com oito anos, diante desta dificuldade, porque me dá a impressão que esse menino

de oito anos em nenhum momento ele me fala de alguém agitado, parece que ele me fala de alguém que está querendo muito interagir. Você não tem essa sensação?”

- Júlio: “É, talvez, por ser meio preso, assim, talvez não consiga e tem essa agitação”.

- Pesquisadora: “Mas você acha que essa coisa de ter ficado difícil essa escola... Porque me dá a impressão que envolvia muito mais uma tristeza, de repente por não estar conseguindo ser visto, considerado, ouvido, como talvez essa professora não te ouviu. Não sei, fiquei pensando em tristezas assim, sabe?”

- Júlio: “Ah, por um lado foi bem puxado mesmo, mas sei lá”.

- Pesquisadora: “Enfim, mas você fica pensando que a agitação influenciou muito nesta dificuldade de agitação?”

- Júlio: “Eu acho que foi mais o contrário, eu acho que por ser agitado e ter meio que este bloqueio lá, foi meio que um atrito, porque às vezes você quer ser, só que meio que estão prendendo você, então fica um puxando... Um cabo de guerra, aí um puxa, o outro puxa e não sai de lugar nenhum”.

- Pesquisadora: “Você fica pensando que a escola estava te puxando para um lado?”

- Júlio: “A escola meio que prendia pra alguma coisa e eu querendo...”

- Pesquisadora: “Tá... Fazer outra”.

- Júlio: “É”.

- Pesquisadora: “E aí estava difícil ser naquele lugar ali, você não estava conseguindo ser, naquela história toda ali”.

- Júlio: “É”.

- Pesquisadora: “E aí quando você mudou de escola, você não sentia essa coisa presa?”

- Júlio: “Nunca senti”.

- Pesquisadora: “O quê que você pensa que seria essa coisa presa, assim?”

- Júlio: “Eu acho que foi a maneira, pelo menos, quando eu falo do XXXX, acho que foi a maneira como estavam querendo moldar o aluno, a pessoa, porque lá é, querendo ou não, uma escola de gente rica, que é gente que é não sei o quê e que sai tudo igual. É praticamente igual aqueles desenhos: sai uma fábrica assim e vai saindo tudo pessoa igual. E eu acho que eu era bem diferente”.

- Pesquisadora: “Você sentia isso, talvez, que estavam querendo te moldar?”

- Júlio: “É, eu acho que eu penso nisso mais hoje, não sei naquela época”.

- Pesquisadora: “É, acho que, naquela época, você nem sabia por que não queriam ser seus amigos, mas você estava sentindo, né, Júlio? Você acredita que você tinha algum tipo de dependência, até psíquica, com o remédio?”

- Júlio: “Depender de precisar?”

- Pesquisadora: “É”.

- Júlio: “Acho que não”.

- Pesquisadora: “Nesta situação aqui, eu acabei concluindo com a estória que você me contou e pelos relatos da sua mãe, que você estava fazendo uma relação dos remédios com conseguir amigos. Você acha que foi uma relação correta para essa época?”

- Júlio: “Não, acho que não”.

- Pesquisadora: “Você sente que não seria assim?”

- Júlio: “Eu acho que não seria isso, porque, pelo menos, eu sinto que quando era o remédio, não era só para uma questão de amigo, porque amizade você faz de qualquer modo, até de modo inusitado. Eu acho que seria mais questão para focar”.

- Pesquisadora: “Tá. Na época eu acabei colocando isso, porque nesta estória você me conta que só de ele ter amigos, ele vai ficando calmo, né? E tanto para a sua mãe, me parecia, quanto que para você, o remédio tinha a ver com ficar calmo. Foi neste sentido que eu fiz esse raciocínio no meu trabalho da época... De que você

atribuía ao remédio o poder de te deixar calmo. Você acha que dava essa significação para o remédio?”

- Júlio: “Acho que na época seria”.

- Pesquisadora: “Como se você precisasse daquilo para ficar calmo”.

- Júlio: “É, não precisar, mas para, vamos dizer assim, como é que é o nome... Para dar aquele empurrãozinho, para dar aquele auxílio. Porque, querendo ou não, ficar calmo só depende de mim, então acho que seria mais”.

- Pesquisadora: “Tá, mas você acha que, na época, porque pensar isso agora, eu até entendo, mas, na época, você entendia o remédio como o quê?”

- Júlio: “Na época eu não entendia o que era o remédio, sendo sincero, eu não entendia o que era o remédio”.

- Pesquisadora: “O quê que você achava? Que aquele remédio que você tomava era para quê?”

- Júlio: “Eu sabia que era, tipo assim, era manter calmo, mas eu ficava tipo, tanto faz, tanto fez, então para mim não significava nada”.

- Pesquisadora: “E você lembra, você tem memória se você se entendia hiperativo, diferente de alguém, você sabia deste diagnóstico com esse nome?”

- Júlio: “Não”.

- Pesquisadora: “Como será que você se via?”

- Júlio: “Eu me via como se fosse uma pessoa normal”.

- Pesquisadora: “Você não sentia esse peso, assim?”

- Júlio: “Ah, nunca vi como peso, só via que, tipo assim, é meu jeito”.

- Pesquisadora: “Eu digo peso no sentido de que algumas crianças chegam a dizer: ‘eu sou TDAH, eu sou’. Você não tinha isso?”

- Júlio: “Não, eu só levava como se fosse o meu jeito”.

- Pesquisadora: “É mais ou menos como você está pensando hoje, não é?!”

- Júlio: “É, com oito anos eu não tinha muito essa mentalidade, mas depois de um tempinho, foi mais ou menos assim, eu lembro disso até hoje, não deixa de ser eu praticamente”.

- Pesquisadora: “E depois da história que você lutou para retirar a medicação, por entender que não era o que você queria, a sua mãe acabou insistindo para você voltar no médico ou você abandonou tudo, esse acompanhamento?”

- Júlio: “Ela comentou: ‘ah, você vai ter que se controlar’, porque, querendo ou não, também pagava caro. Ela falava assim... A gente procurou uma solução, não uma questão de médico, mas ela falava assim: ‘você vai parar? Só que você tem que ficar calmo, senão vai ter que continuar tomando’... Porque isso, porque aquilo, foi mais uma conversa e abandonamos”.

- Pesquisadora: “Mas aí você nem voltou no médico, nem para dizer: ‘parei’?”

- Júlio: “Não lembro, só lembro de ter parado”.

- Pesquisadora: “E não passa na sua cabeça voltar a tomar?”

- Júlio: “Não”.

- Pesquisadora: “Esse ‘não’ que é categórico, você acha que tem a ver com aquele mal-estar de te derrubar?”

- Júlio: “Eu acho que um pouco disso e um pouco de ‘eu não preciso disso’. Acho que é mais nesse sentido, eu não preciso do remédio para poder fazer o que eu faço hoje”.

- Pesquisadora: ““Eu sei que eu dou conta””.

- Júlio: “É, eu sei que não é o remédio que vai me fazer tal coisa”.

- Pesquisadora: “Que bom que você pensa assim”.

- Júlio: “É, eu já não gosto muito de remédio. Não em uma questão de saúde... Um remédio de quando você está com gripe, mas esse remédio que induz para alguma coisa. Eu acho que não é necessário, mas depende da pessoa, né?!”

- Pesquisadora: “Você acha que você tem esse pensamento por conta da sua história com o remédio?”

- Júlio: “Não sei”.

- Pesquisadora: “Hoje você pensa neste diagnóstico? Se considera com ele?”

- Júlio: “Você fala em diagnóstico, eu dou de ombros e se perguntarem ‘você tem?’, eu digo ‘tenho’ e não estou nem aí”.

- Pesquisadora: “É, até pelo seu desenho atual, parece que você dá mesmo o seu jeito”.

- Júlio: “Isso é uma coisa que eu tenho para vida: ‘tem um obstáculo, tenho que passar’.

- Pesquisadora: “Muito bom, Júlio! Muito obrigada! Se você ficar com alguma dúvida, você me liga, como lhe expliquei. Prazer em revê-lo”.

- Júlio: “Precisando de alguma coisa...”

- Pesquisadora: “Obrigada.”