

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM TEORIA PSICANALÍTICA

UM ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS REPERCUSSÕES NA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA

REBECA PEREIRA VALADARES

BELO HORIZONTE

2010

REBECA PEREIRA VALADARES

**UM ESTUDO SOBRE O TRANSTORNO DE DÉFICIT DE
ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE E SUAS REPERCUSSÕES NA
ABORDAGEM PSICANALÍTICA**

**Monografia de conclusão de curso apresentada à
Comissão Examinadora do Curso de Especialização
em Teoria Psicanalítica do Departamento de
Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial à obtenção do título de
especialista.**

Orientadora: Prof^a. Maria Teresa de Melo Carvalho.

BELO HORIZONTE

2010

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH

Departamento de Psicologia

**Monografia apresentada perante a Banca Examinadora constituída pelos
professores:**

Prof^a. Dra. Maria Teresa de Melo Carvalho
(Orientadora)

Prof. Dr. Eduardo Dias Gontijo

Prof^a. Mestra Riva Satovschi Schwartzman

Belo Horizonte

AGRADECIMENTOS

Aos professores do curso de Graduação em Psicologia e de Especialização em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal de Minas Gerais pelos conhecimentos compartilhados e por despertarem em mim o amor pela psicanálise.

À minha orientadora, Maria Teresa, pelas orientações, sugestões, franqueza e pelo tempo dedicado ao meu crescimento e aprendizado como psicanalista.

Ao meu pai, por aceitar as minhas escolhas e me dar todo o amor e apoio necessários para que eu realizasse este sonho de me tornar psicanalista.

À minha mãe, pelo amor, pela amizade, pelo incentivo, por acreditar sempre em mim e por ser um exemplo em minha vida.

Ao Rafa, por estar sempre presente nos momentos que importam.

“Conhece-te a ti mesmo.”
Sócrates

SUMÁRIO

RESUMO	07
INTRODUÇÃO	08
CAPÍTULO 1 – TDAH NA ATUALIDADE	10
1.1 – O que é TDAH?	10
1.2 – Etiologia.....	11
1.3 – Diagnóstico.....	12
1.4 – Medicalização.....	17
1.4.1 - Críticas sobre o uso abusivo da Ritalina.....	18
CAPÍTULO 2 – PSICANÁLISE E TDAH.....	21
2.1 – As contribuições da teoria psicanalítica.....	23
2.2 – Psicanálise e modernidade.....	30
CONCLUSÃO.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	34

RESUMO

A partir do grande número de casos de crianças diagnosticadas com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH que têm chegado na clínica infantil, este trabalho se propôs a investigar o tema do ponto de vista médico, psiquiátrico e psicanalítico. No primeiro capítulo realizamos uma compilação do que as pesquisas sobre o transtorno apontam em relação ao que é TDAH, suas possíveis causas, como é realizado o diagnóstico e a medicação usada como tratamento. No segundo capítulo tratamos da hiperatividade do ponto de vista psicanalítico. E para tal pesquisamos os trabalhos de diferentes autores que já investigaram sobre o tema e selecionamos suas principais contribuições e conclusões. Ressaltamos de modo geral um ponto de vista crítico sobre o uso indiscriminado deste diagnóstico.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho é tratar sobre o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. Sua motivação surgiu dentro da clínica psicanalítica infantil. Trabalhando há algum tempo com crianças e recebendo um grande número de casos já diagnosticados como TDAH e com a criança fazendo uso de Ritalina, decidimos investigar melhor tais diagnósticos e se existia uma real necessidade do uso do medicamento.

O aumento vertiginoso no número de casos de TDAH nos leva a pensar sobre a pertinência ou não de tais diagnósticos: se eles não estariam confundindo comportamentos naturais da infância com doença. Buscamos na literatura especializada as definições do transtorno, hipóteses etiológicas, tratamentos indicados e o que a teoria psicanalítica tem de contribuições a dar no sentido de entender a etiologia do problema de um ponto de vista metapsicológico e possibilitar alternativas de tratamento.

Primeiramente vamos descrever o que é TDAH e a etiologia da doença segundo pesquisas diversas. Em seguida trataremos da questão diagnóstica: como é feito e os possíveis equívocos no processo diagnóstico, como apontam: Pedó, Sigal, Untoiglich e Tuchtenhagen, que podem levar ao uso de medicamento desnecessário. Abordaremos ainda os resultados dos trabalhos pesquisados a respeito da questão medicamentosa: os remédios mais usados, como agem no cérebro, os efeitos colaterais e os aspectos negativos de prescrições desnecessárias que têm acontecido com muita frequência.

No segundo capítulo, trataremos da abordagem psicanalítica ao transtorno. Em uma pesquisa na literatura psicanalítica a respeito da relação entre psicanálise e TDAH encontramos alguns autores, entre eles: Pozzato, Zimmermann, Sigal, Tuchtenhagen e Jerusalinsky que investigaram o tema. Apontamos as principais conclusões a que tais

autores chegaram, suas contribuições e o que ainda está vago, necessitando de maiores investigações.

De modo geral este trabalho se desenvolveu a partir de um olhar crítico sobre o uso, que nos parece abusivo, de um diagnóstico de TDAH na atualidade.

CAPÍTULO 1 – TDAH NA ATUALIDADE

“Nunca houve criança tão amável
a ponto da própria mãe não ficar satisfeita
ao conseguir adormecê-la”.
(EMERSON, Ralph. *Diários*)

1.1 - O QUE É TDAH?

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma síndrome com início na infância e, apesar de ter grande destaque na mídia atualmente, já é reconhecida pela Medicina desde o século XIX. A atual definição e classificação do TDAH são fundamentadas pela hiperatividade, desatenção e impulsividade (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 22).

Segundo o DSM IV, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH se caracteriza, essencialmente, por um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade mais frequente e grave que em outros sujeitos de mesmo nível de desenvolvimento. Além disso, considera-se que para ser feito tal diagnóstico, o TDAH não pode aparecer no transcurso de um transtorno generalizado de desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico. E também não é considerado na presença de outro transtorno mental (Pinho, 2006, p. 42).

Os principais sintomas de TDAH são: desatenção, impulsividade e hiperatividade. A desatenção aparece como distração, um “sonhar acordado” que dificulta a finalização de uma tarefa que necessita de concentração por um período de tempo prolongado. A impulsividade aparece em atitudes como não esperar o término de uma pergunta e respondê-la prematuramente, interromper outras pessoas e não conseguir esperar a sua vez em brincadeiras, jogos, competições. A hiperatividade é caracterizada por acentuada inquietação motora e fala excessiva. Todos esses

comportamentos podem causar prejuízos escolares, sociais e familiares (Fleitlich-Bilyk, 2004, p. 48 e 49).

1.2 – ETIOLOGIA

Diferentes pesquisas apontam causas diversas para o TDAH: genética, neurobiológica, ambiental. Mas não temos na literatura atual nenhuma etiologia definitiva para a síndrome.

Estudos com gêmeos apontam que o ambiente tem um papel pouco relevante no desenvolvimento do TDAH. Tais estudos indicam herdabilidade estimada em 80% entre monozigóticos e 30% entre dizigóticos. Os resultados das pesquisas sugerem que a genética estaria por trás da etiologia do TDAH, ao contrário da adversidade familiar, que não seria consistente com tal síndrome. Sugerem que a patologia familiar é consequência e não causa do TDAH. Estudos com adotivos ajudam a distinguir a influência de fatores ambientais e genéticos na etiologia do transtorno. Os estudos revelaram um aumento de 7,5% de hiperatividade entre pais biológicos de crianças com TDAH, comparados com apenas 2,1% entre pais adotivos (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 290 e 291).

Já as pesquisas que apontam fatores neurobiológicos como causa para o TDAH se apoiam na hipótese catecolaminérgica, sistema do qual fazem parte a dopamina, norepinefrina e epinefrina. O sistema dopaminérgico está relacionado à atividade motora, fluência verbal, aprendizado, sustentação e foco de atenção, dentre outros. O sistema noradrenérgico está associado à atenção, alerta e função executiva. Os autores acreditam que indivíduos com TDAH possuem aumento de norepinefrina em nível basal e diminuição das catecolaminas durante o estresse. Em relação à dopamina, acredita-se que hiperativos possuem uma baixa de dopamina nos circuitos cerebrais, gerando um

problema de planejamento e flexibilidade mental (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 292 e 293).

Em relação aos fatores ambientais, estudos apontam complicações na gravidez e parto (hipóxia fetal crônica, baixo peso, prematuridade), condições sócio-econômicas desfavoráveis e uso de álcool e tabaco durante a gravidez como fatores que podem predispor a criança ao TDAH. Outros estudos apontam traumatismos cranianos na infância, principalmente os que envolvem o córtex pré-frontal, como fator de risco para TDAH. Estresse durante a gravidez também foi considerado risco para TDAH, uma vez que diante do estresse há liberação de catecolaminas que provocam vasoconstricção uterina que levam à hipóxia fetal (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 302).

1.3 - DIAGNÓSTICO

Existe uma grande preocupação em torno do diagnóstico do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Afinal, se este não é feito de forma muito criteriosa, os sintomas “normais” da infância podem estar sendo tomados como doença (Pedó, 2006, p. 52).

O diagnóstico é feito a partir da disfunção atencional, mas é preciso que estejam presentes a impulsividade e a hiperatividade em mais de um ambiente, como casa e escola. Também são levados em conta dados fornecidos por pais e professores (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 604).

Não há marcadores específicos para o diagnóstico da criança. Tal diagnóstico é fundamentalmente clínico, baseando-se em critérios classificatórios como DSM-IV ou CID-10. A base do diagnóstico é formada pela história da criança, observação do

comportamento atual, relatos de pais e professores (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 473 e 474).

É importante efetuar um diagnóstico diferencial para excluir outros quadros clínicos que devem ser diferenciados do TDAH, como transtorno do desenvolvimento e transtornos de conduta (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 607).

Segundo o DSM IV, os Critérios Diagnósticos para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade são:

A – Ou 1 ou 2

1 - seis (ou mais) dos seguintes sintomas de desatenção persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento.

Desatenção:

- (a) frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras;
- (b) com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas;
- (c) com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra;
- (d) com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções);
- (e) com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades;
- (f) com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (como tarefas escolares ou deveres de casa);
- (g) com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por ex.,

brinquedos, tarefas escolares, lápis, livros ou outros materiais);

(h) é facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa;

(i) com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

2) seis (ou mais) dos seguintes sintomas de hiperatividade persistiram por pelo menos 6 meses, em grau mal-adaptativo e inconsistente com o nível de desenvolvimento:

Hiperatividade:

(a) frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira;

(b) frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado;

(c) frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado (em adolescentes e adultos, pode estar limitado a sensações subjetivas de inquietação);

(d) com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer;

(e) está frequentemente "a mil" ou muitas vezes age como se estivesse "a todo vapor";

(f) frequentemente fala em demasia;

Impulsividade:

(g) frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas;

(h) com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez;

(i) frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por ex.,

intromete-se em conversas ou brincadeiras).

- B. Alguns sintomas de hiperatividade-impulsividade ou desatenção que causaram prejuízo estavam presentes antes dos 7 anos de idade.
- C. Algum prejuízo causado pelos sintomas está presente em dois ou mais contextos (por ex., na escola [ou trabalho] e em casa).
- D. Deve haver claras evidências de prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, acadêmico ou ocupacional.
- E. Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, Esquizofrenia ou outro Transtorno Psicótico e não são melhor explicados por outro transtorno mental (por ex., Transtorno do Humor, Transtorno de Ansiedade, Transtorno Dissociativo ou um Transtorno da Personalidade).

Codificar com base no tipo:

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Combinado: se tanto o Critério A1 quanto o Critério A2 são satisfeitos durante os últimos 6 meses.

314.00 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Desatento: Se o Critério A1 é satisfeito, mas o Critério A2 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

314.01 Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo: Se o Critério A2 é satisfeito, mas o Critério A1 não é satisfeito durante os últimos 6 meses.

Nota para a codificação: Para indivíduos (em especial adolescentes e adultos)

que atualmente apresentam sintomas que não mais satisfazem todos os critérios, especificar "Em Remissão Parcial".

Como podemos notar no que foi reproduzido acima, trata-se de um diagnóstico que descreve fenômenos, mas não se preocupa com as múltiplas condições causais subjacentes ao problema. Segundo Sigal, a classificação do DSM IV para TDAH é genérica e indica fenômenos superficiais. Esta autora pondera ainda que, ao classificar o problema da criança como TDAH, a medicação é a indicação adequada e apaga-se qualquer especulação possível sobre a origem do sintoma (Sigal, 2004, p.5).

Com o grande aumento no número de diagnósticos de TDAH realizados nos últimos anos, como mostra uma divulgação ocorrida na Argentina afirmando que 250 mil crianças estariam com uma enfermidade neurológica denominada TDAH, é importante nos questionarmos sobre tais dados estatísticos. O problema de estatísticas que apontam para este aumento no número de casos, é que antes tínhamos 250 mil crianças desatentas e inquietas que nos faziam perguntar sobre as razões escolares, familiares e sociais relacionadas a isso. Agora temos 250 mil crianças com TDAH que devem ser medicadas (Untoiglich, 2006, p. 17).

Além disso, o próprio DSM IV afirma que até agora não existem provas de laboratório estabelecidas para o diagnóstico de TDAH. Portanto, realizar um diagnóstico preciso é muito difícil. Assim sendo, é preciso ter muito cuidado para não realizar diagnósticos precipitados, que confundem doença com comportamentos próprios da infância.

1.4 - MEDICALIZAÇÃO

O uso de derivados anfetamínicos para tratar o TDAH teve início na década de 30, nos E.U.A., a partir dos estudos de Charles Bradley com crianças institucionalizadas em uso de pneumoencefalografia para fins de pesquisa. Muitas das crianças apresentavam forte dor de cabeça após o procedimento e para aliviar o sintoma ele usou bezedrina, um derivado anfetamínico, no intuito de aumentar o líquido e a dor passar mais rapidamente. Para sua surpresa houve grande melhora comportamental em algumas crianças e ele passou a estudar melhor o assunto (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 28).

O uso de medicação tem sido cada vez mais usado para tratar do TDAH e sabe-se que o uso de estimulantes no TDAH tem um efeito robusto e a curto prazo nos sintomas comportamentais. Essas drogas funcionam no cérebro elevando a quantidade de catecolaminas na fenda sináptica. Há uma ideia de que exista uma desregulação catecolaminérgica na fisiopatologia do TDAH (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 240). Outra explicação para o transtorno muito usada atualmente é que ele estaria relacionado a uma baixa de dopamina nos circuitos cerebrais, notadamente no córtex pré-frontal. A estimulação dopaminérgica do córtex pré-frontal reduz a resposta a estímulos novos e, conseqüentemente a competição de fundo por outros estímulos (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 1084). O metilfenidato, um dos estimulantes usados para tratar o TDAH e o único existente no mercado brasileiro, estimula a liberação de dopamina dos estoques existentes e inibe sua recaptção. Ele também bloqueia os receptores pré-sinápticos de recaptção de dopamina (Camargos & Hounie (Org.), 2005, p. 1091).

O tratamento para TDAH é baseado em estimulantes ou anfetaminas e o metilfenidato é um deles, usado em 90% dos casos. Seu uso traz preocupações: primeiro por ser uma anfetamina (estimulante parente da cocaína). Segundo porque está sendo usado em crianças pequenas, época em que o cérebro, ainda em formação, poderia sofrer modificações permanentes ainda não estudadas (Pedó, 2006, p. 51 e 52).

Segundo Roy, desde os tempos de Pinel, a sociedade não suportava a agitação desmedida e tratava logo de enclausurar os agitados em pavilhões próprios nos asilos e devidamente afastados do restante da sociedade. Apoiados em pesquisas que tendem a considerar disfunções metabólicas como sendo a principal causa do transtorno, os laboratórios farmacêuticos não tardaram a vender psicoestimulantes, como a anfetamina, para tratar os casos. Mais tarde, laboratórios franceses passaram a comercializar a Ritalina para tratar os mesmos sintomas (Roy, 2004).

A Ritalina é o nome comercial do Metilfenidato, um estimulante do grupo dos anfetamínicos. As anfetaminas são substâncias de origem sintética e com efeitos estimulantes, imitando os efeitos da adrenalina e noradrenalina. Apesar de a Ritalina ser usada em larga escala, algumas pesquisas, como as divulgadas nas *Fichas sobre Drogas* do Portal do Psicólogo, apontam para o perigo dos inúmeros efeitos colaterais do medicamento, como dor de cabeça, falta de apetite, irritabilidade, nervosismo e insônia.

1.4.1 – Críticas sobre o uso abusivo da Ritalina

Muitas são as críticas ao uso abusivo dos medicamentos para tratar do suposto transtorno e apresentarei algumas delas abaixo.

Em 2007, Hillary Clinton, então primeira dama dos Estados Unidos da América, lançou uma campanha nacional, pela TV, alertando a população sobre o uso do metilfenidato em crianças até quatro anos de idade. A questão levantada era se esta

medicação não estaria sendo usada para tratar sintomas que são próprios à infância (Pedó, 2006, p. 50).

Um dos problemas da indústria de medicamentos é que as grandes empresas multinacionais desenvolvem estratégias sofisticadas, a nível econômico, político e ideológico visando o controle do mercado de medicamentos. Os médicos são considerados “alvos lógicos” das campanhas de promoção. Para atingir tais alvos, as grandes firmas contam com verdadeiros exércitos de vendedores. A divulgação da droga é apoiada por um arsenal propagandístico e os médicos parecem carecer de vontade ou de coragem para enfrentar as propagandas das poderosas multinacionais de psicofarmacologia (BUCHER, 1992, p.31).

Um exemplo nos é dado por Jerusalinsk (2006). O autor apresenta dados de um estudo publicado em inglês e apresentado pelo laboratório *Novartis Pharmaceutical Corporation*, um dos fabricantes da Ritalina, através de um folder de difusão destinado aos médicos que incentiva o uso da medicação. O estudo foi publicado pelo *MTA Cooperative Group* e extraído dos *Archivos Generales de Psiquiatria* de 1999, nº56, que foi, por sua vez, publicado pelo sub-comitê destinado à investigação do déficit de atenção e hiperatividade da *American Academy of Pediatrics*. O estudo é apresentado através dos seguintes dados estatísticos divulgados em forma de gráfico: em relação aos sintomas impulsivos e hiperativos, o uso da Ritalina apresentou uma eficácia de 56% após 14 meses de uso. O uso da Ritalina combinado com tratamento comportamental e social apresentou eficácia de 60%. Os gráficos não apresentam a informação de que 38% das crianças que fizeram uso apenas do medicamento não obtiveram nenhuma melhora. Isso está publicado em letras menores no folder (Jerusalinsky, 2006, p. 24 e 25).

Em 15 de janeiro de 2006, a Folha de São Paulo publicou uma matéria intitulada: País vive febre da ‘droga da obediência’. A reportagem alerta sobre o uso abusivo do Metilfenidato, conhecido no Brasil como Ritalina e usado cada vez mais para tratar de TDAH. O título da matéria faz referência ao fato do medicamento ser conhecido como a droga da obediência, uma vez que o seu uso mantém as crianças mais “comportadas” na escola. A matéria alerta para um aumento no consumo de medicamentos para déficit de atenção e hiperatividade de 940% em quatro anos. No ano de 2000 foram vendidas 71 mil caixas do medicamento. Este número subiu para 739 mil no ano de 2004. Os dados são do Instituto Brasileiro de Defesa dos Usuários de Medicamentos e se baseiam no "IMS-PMB" - publicação suíça que contabiliza dados do mercado farmacêutico mundial. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), responsável por controlar as vendas do medicamento, que exige receita, confirma os números e chama a atenção para um aumento de 51% nas vendas de caixas do medicamento do ano de 2003 para 2004 (Tófoli, 2006).

O resultado são crianças, cada vez mais, sendo medicadas desde uma idade precoce com um remédio que não cura (é administrado de acordo com a situação, para ir para a escola, por exemplo), apenas ameniza os sintomas por um período de tempo determinado (Untoiglich, 2006, p. 63).

Não podemos negar que o uso da Ritalina é necessário e positivo em alguns casos. Mas, também existem muitos casos em que este uso ocorre de modo desnecessário, abusivo ou até mesmo para tratar sintomas que não são propriamente de TDAH. Por isso a importância de pensar e teorizar sobre outros tipos de tratamento, que envolvem a metapsicologia e a psicanálise.

CAPÍTULO 2 – PSICANÁLISE E TDAH

O psicanalista belga, Jean-Pierre Lebrun, defende a ideia de que é preciso ensinar os filhos a falhar. E que aprender a lidar com o fracasso evita que ele se torne destrutivo. Ele exemplifica dizendo que manter a criança em satisfação permanente com a chupeta na boca a impede de ser confrontada com a perda da satisfação completa. E que quanto menos a pessoa está preparada para suportar as dificuldades e frustrações, mais está inclinada a se evadir e recorrer a drogas ilícitas e lícitas (como as medicamentosas). Sustenta tal afirmação dizendo que é muito mais simples tomar uma Ritalina para não ser hiperativo do que fazer todo o trabalho de aprender a suportar a condição humana (LEBRUN, 2009).

Tal como Lebrun, vários outros autores apresentam pontos de vista críticos sobre o diagnóstico de TDAH, como veremos a seguir.

Sigal alerta para o perigo das redenominações. Os rituais obsessivos que Melaine Klein observou em Rita (uma menina de dois anos) hoje se transformaram em TOC e o pequeno Hans poderia ser diagnosticado hoje como portador de Síndrome do Pânico. As consequências de tais redenominações são graves, uma vez que eliminam a subjetividade e transformam os conflitos psíquicos em simples processos neurobioquímicos, tratados com a Ritalina. Ao optar pela medicação, anula-se a ruptura epistemológica inaugurada pela psicanálise que prioriza o inconsciente (Sigal, 2004, p.6).

Untoiglich nos aponta outra questão importante relacionada ao diagnóstico de TDAH. Se tal diagnóstico é introduzido precocemente e a criança é tratada como se fosse um portador de TDAH, no final pode ter razão. Isso é muito encontrado na clínica (Untoiglich, 2006, p. 16). Um exemplo, retirado de nossa própria prática, pode ilustrar tal afirmação. Mãe e criança, em um primeiro atendimento, estavam sentadas desde que

chegaram e a mãe estava relatando os motivos de estar trazendo o filho, já diagnosticado com TDAH por um psiquiatra e em uso de medicação. A criança se encontrava sentada, tranquila e atenta ao que a mãe dizia já há bastante tempo. Quando ela falou que estava achando o comportamento dele, naquele momento, muito “estranho” porque ele não costumava ficar quieto assim, o menino logo se levantou e começou a mexer nos brinquedos, pegar várias coisas para brincar ao mesmo tempo. É por isso que Untoiglich (2006) afirma que a psicanálise opta por não saber. Ao fazer isso, reconhece que esse lugar que a ciência preenche artificialmente está vazio. E é necessário que esteja para poder permitir que a criança busque a simbolização, busque representá-lo. Afinal, se unimos uma criança a um suposto positivado de um lugar anômico que falha, a criança vai desenvolver a sua vida ao redor deste lugar anômico (Untoiglich, 2006, p. 16).

Quando isso ocorre, gera o raciocínio errôneo de que se é natural que a criança atenda ao que os adultos esperam dela e, se não o faz, é porque teria uma falha nos seus neurotransmissores. Esta simplificação do problema desresponsabiliza o adulto de questionar sobre os motivos do adoecimento da criança. Ao silenciarmos o sofrimento e domesticarmos a conduta, corremos o risco de que a longo prazo surjam quadros psicopatológicos mais graves e com menos margem de intervenção possível. Daí a necessidade de saber diferenciar sofrimento psíquico de falha de neurotransmissores, possibilitando aos profissionais encontrar outros modos de trabalhar a impulsividade da criança (Untoiglich, 2006, p. 17).

Quando não temos essa diferenciação feita por um diagnóstico cuidadoso e criterioso, tal impulsividade é silenciada com medicação, que no melhor dos casos, terá um efeito apaziguante por algumas horas, mas sem gerar novas representações ou

permitir o trabalho de simbolização, que é condição para apreender os objetos do mundo (Untoiglich, 2006, p. 21 e 22).

Isto posto, veremos como a psicanálise pode contribuir diante de tais problemas diagnósticos. É aqui que entra a psicanálise e a responsabilidade do psicanalista, que precisa ter um outro olhar ao receber estas crianças em seus consultórios. Segundo Tuchtenhagen, a psicanálise pode desempenhar um papel fundamental ao não aceitar as frágeis etiologias orgânicas para o TDAH, mas usar sua teoria metapsicológica em favor destas crianças, para que elas consigam solucionar suas falhas de estruturação psíquica com a ajuda do analista e não de medicamentos (Tuchtenhagen, 2007).

2.1 – AS CONTRIBUIÇÕES DA TEORIA PSICANALÍTICA

Neste capítulo iremos abordar os trabalhos, as contribuições e as conclusões a que chegaram diferentes autores que investigaram o TDAH do ponto de vista psicanalítico.

Vanessa Gama Pozzato, em sua monografia intitulada “Uma abordagem psicanalítica sobre o TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade”, parte da teoria psicanalítica de Silvia Bleichmar sobre a constituição inicial do psiquismo para entender a relação entre TDAH e psicanálise e chega a conclusões importantes para a clínica psicanalítica infantil.

Exporemos brevemente alguns elementos teóricos do pensamento de Bleichmar para melhor situarmos as conclusões de Pozzato. Bleichmar postula que o surgimento da pulsão se dá a partir das excitações que a criança recebe do adulto ao ser cuidada por ele, na medida em que o adulto já tem seu psiquismo constituído e portanto seus conflitos e fantasias inconscientes. Tais excitações são, portanto, decorrentes das mensagens sexuais que os cuidados do adulto veiculam e que acabam se tornando

remanescentes excitatórios para a criança. Como o bebê ainda não possui um ego constituído para realizar as funções de inibição e ligação, será necessário o estabelecimento de vias colaterais para descarregar este remanescente excitatório proveniente da sedução originária. A ideia do estabelecimento de vias colaterais de escoamento da excitação está presente no texto freudiano “Projeto de uma psicologia”, no momento em que este autor investiga a constituição do sistema psi. É, portanto, neste texto em que se apoia Bleichmar para sua compreensão dos momentos inaugurais da constituição do Eu. No entanto, essa autora, por salientar a importância do papel do outro na estruturação do psiquismo da criança, afirma que o estabelecimento de tais vias colaterais de escoamento das excitações só será possível mediante o narcisismo estruturante da mãe. Quando a mãe não consegue exercer aquilo que ela denominou de um “narcisismo transvazante”, ou seja, o narcisismo materno que “passa da mãe para o filho” dando um suporte a este, a energia excedente desencadeada pela sedução originária não terá como escoar. Assim, a pulsão encontrará escoamento segundo a compulsão à repetição e não do lado do princípio do prazer (Pozzato, 2008, p. 35 e 36).

Assim, uma das conclusões a que chega Pozzato, em seu estudo das contribuições de Bleichmar, é que o indivíduo com TDAH apresenta uma dificuldade de cunho pulsional que aprisiona o sujeito em uma repetição desprazerosa, tornando-o refém de uma compulsão à repetição. A autora também aponta que o fato de o TDAH estar relacionado a uma questão pulsional não isenta o psicanalista de observar as relações familiares e o ambiente ao redor da criança como um todo, uma vez que todas essas relações estão permeadas pelo pulsional (Pozzato, 2008, p. 52).

Diante do apresentado por Pozzato poderíamos nos perguntar se o TDAH não tem sido diagnosticado com mais frequência atualmente em razão do excesso de excitação a que as crianças estão expostas hoje em dia. Brigar e discutir na frente dos

filhos, colocar o filho para dormir na cama do casal, deixar os filhos assistirem a todas as novelas, jogar jogos que remetem à violência no videogame o dia todo são formas de superexcitar a criança. E a consequência pode ser uma dificuldade maior de escoar este excesso pulsional que acaba então aparecendo sob a forma de agitação motora.

Outra conclusão importante a que chega a autora é que a perspectiva de Bleichmar indica a possibilidade de se levar em conta uma mudança no escoamento da excitação da criança com TDAH da motricidade para a fala. Tal questão é muito importante para a clínica psicanalítica com crianças, uma vez que direciona o manejo clínico no sentido de buscar uma maior verbalização por parte da criança. Assim, estaremos dando um outro destino à pulsão, para que ela não precise se expressar na motricidade, mas possa agora passar pela via da palavra (Pozzato, 2008, p. 53 e 54). Essa perspectiva clínica está mais claramente delineada no trabalho de Zimmermann, que abordaremos a seguir.

Vera Blondina Zimmermann é outra autora que, trabalhando na clínica com crianças, encontra dificuldades em enquadrar as queixas de desatenção e hiperatividade que chegam ao consultório. Tais queixas não se enquadram na etiologia neurológica, na deficiência mental, na psicose e nem na neurose. Diante do problema procura respostas na teoria psicanalítica, apoiando-se também no referencial teórico de Silvia Bleichmar (Zimmermann, 2007, p. 57).

No texto “O transtorno na constituição psíquica e suas implicações na clínica com crianças”, a autora encontra em Bleichmar o entendimento de que muitas das crianças que chegam à clínica com desatenção e hiperatividade são, na verdade, portadoras de um ‘transtorno na constituição psíquica’, que provoca falhas responsáveis

pela sua disfuncionalidade corporal, o que é diferente de falhas neurológicas (Zimmermann, 2007, p. 62).

Zimmermann (2007), seguindo o raciocínio metapsicológico proposto por Bleichmar para a constituição inicial do sujeito e a sua teorização sobre o “transtorno” na constituição psíquica, nos apresenta alternativas para o manejo clínico com crianças que apresentam falhas no recalçamento originário e, conseqüentemente, efeitos desta desorganização no corpo.

Como a criança não possui autonomia corporal, é o corpo do outro que garante a ela sua própria existência enquanto sujeito. Falhas no recalçamento originário causam no corpo uma desorganização em termos de momento de organização psíquica em que a possibilidade de ter um rosto ainda depende do rosto do outro. A figura materna é que se encarrega de assumir a organização do tempo (séries temporais) que foi comprometida pelo vazio da não constituição do sujeito. O tempo objetivo aparecerá posteriormente como uma prolongação do tempo inscrito no corpo. No trabalho com essas crianças, aparece sempre, na situação transferencial, um pedido de presentificação do corpo e do olhar do analista. Alternativas para lidar com isso é criar condições em uma cena de “jogo” em transferência, para que a criança coloque em cena pedaços desconectados de sua história. O seu corpo desorganizado, resultado de sua desarticulação significativa, move-se na direção do outro. E ao “tomar emprestado o corpo do outro”, as significações faltantes podem se organizar. É importante esclarecer que a autora não deixa claro o que poderia representar, na clínica psicanalítica, este “tomar emprestado o corpo do outro”. Tal expressão deixa uma interrogação que poderia ser abordada em um futuro trabalho. A criança apresenta uma satisfação visível por estar sendo acompanhada. E a figura do analista vai fazendo próteses e possibilitando que as sensações traumáticas primitivas e o excesso pulsional possam

derivar-se para uma instância capaz de produzir efeitos de significação (Zimmermann, 2007, p. 66 e 67).

Maria Beatriz Peixoto Tuchtenhagen, na sua dissertação de mestrado, intitulada “Hiperatividade e Déficit de Atenção: um olhar psicanalítico” interroga se as manifestações de impulsividade, agitação e desatenção são destinos do sujeito. Ela conclui que tais manifestações não seriam um destino determinado. É possível resgatar o sujeito em sua complexidade psíquica e realizar um trabalho de recomposição e construção nas redes representacionais de base do ego, para que este tenha condições de exercer suas funções de ligação e inibição. E estas falhas são resolvidas através da transferência, abrindo-se uma perspectiva para que o excesso de excitação que não foi simbolizado e por isso descarrega em ato, possa ser processado psiquicamente com a construção de novas vias de escoamento (Tuchtenhagen, 2007, p. 72 e 73).

Ana Maria Sigal, no texto “A prioridade do outro versus medicalização”, propõe que quando ocorre uma falha na simbolização, algo que deveria ter sido transformado, derivado, reaparece no estado primitivo. Assim, surgem elementos de representação-coisa que deveriam ter ficado sepultados pelo recalçamento primário e agora invadem o Eu sem mediação da representação-palavra. Diante desses pacientes, interpretar sentidos recalçados existentes, como se faz nas neuroses, não funciona. Por isso, é preciso que o analista ofereça, através da transferência, a possibilidade de um vínculo e a presentificação do seu corpo, para que a criança possa se apoiar nele. Assim, o analista estaria possibilitando algo de uma recomposição até que se possa encontrar ligação com a representação-palavra (Sigal, 2004, p. 11 e 12).

Ao tratar o TDAH apenas do ponto de vista biológico, calam-se as angústias dos sujeitos, negando a fundação da subjetividade no que se refere à implantação traumática

da sexualidade por meio dos enigmas do Outro. A autora afirma que o Outro está nas origens da formação do sujeito ao implantar a sexualidade ou apresentar a realidade de forma que já havia sido elaborada por ele mesmo, adulto, permitindo a criança imaginar, fantasiar, criar e desejar. Quando tais funções falham, advêm as patologias que são produto da impossibilidade de dar destino a tudo aquilo que chega em quantidades impossíveis de ser metabolizado (Sigal, 2004, p. 6).

Sigal aponta uma etiologia para o TDAH e um manejo clínico semelhantes aos apresentados por Pozzato, Zimmermann e Tuchtenhagen e diante de suas proposições fica ainda mais saliente uma indagação que percorre os trabalhos de todas as três autoras: da forma como é explicada a etiologia do transtorno, baseada em uma falha na constituição inicial do psiquismo proporcionada por uma mãe incapaz de funcionar como objeto narcisizante, poderíamos pensar no TDAH como uma patologia que estaria muito mais do lado de uma psicose do que da neurose? Afinal, o processo de psicotização de uma criança passa por caminhos semelhantes. Sigal (2004) deixa claro em seu texto que tratar o problema de TDAH da forma como se trata uma neurose não funciona. Talvez seja importante pensar em um diagnóstico estrutural e como ele poderia contribuir para o manejo clínico do TDAH.

Zimmermann e as demais autoras trabalhadas acima partiram de um mesmo ponto de vista teórico, isto é, as elaborações de Silvia Bleichmar. E concordam com Bleichmar que a etiologia do TDAH tem início antes das instâncias psíquicas se separarem. As falhas ocorrem no processo de recalçamento originário, quando o aparelho psíquico ainda não está formado. Por isso ela nomeia o problema como transtorno e não sintoma. O sintoma pressupõe um sistema inconsciente estabelecido e fazendo funcionar o recalçamento originário (Zimmermann, 2007, p. 62 e 63). Assim poderíamos perguntar: se não se trata de sintoma, como operar, do ponto de vista da

psicanálise? Talvez a partir de um manejo clínico que esteja mais próximo da psicose do que da neurose. O sintoma analítico envolve um acordo entre duas instâncias psíquicas. E na neurose o papel do analista passa pelo caminho de destituir o sujeito do seu sintoma. Mas e quando não existe sintoma, apenas transtorno? A falta do sintoma analítico clássico poderia apontar para uma posição mais próxima da psicose? Tais questionamentos abrem a possibilidade de um prolongamento do presente trabalho, dentro da própria teorização de Bleichmar, no sentido de um direcionamento mais clínico.

Jerusalinsky (2006), em seus estudos sobre a psicanálise e sua relação com os problemas de déficit de atenção defende a ideia de que as crianças com problemas de atenção, de aprendizagem e psicomotores, na verdade se encontram dentro do que os investigadores chamam de “dificuldade social”. São crianças com dificuldade no campo social. Para o autor, isso se deve ao fato de que, nessas crianças, a instância do Outro está em questão. Há uma falha no corte entre a coisa e o sujeito, entre o ficcional e o simbólico. A não constituição da distância do Outro por suas falhas incide na atenção. Um déficit de atenção é não poder dar continuidade ao perceptum, não poder produzir no percepto um ato de nominação que lhe dê extensão simbólica. E a falta de extensão simbólica indica que o objeto não passa pelo campo do Outro, carecendo de significação. Nas crianças com TDAH é clinicamente comprovável que a extensão simbólica está reduzida sobre a coisa (Jerusalinsky, 2006, p. 40 e 41).

Apesar de nos apresentar uma visão um pouco diferente dos autores abordados anteriormente, seguindo uma linha teórica lacaniana, Jerusalinsky acaba por chegar a um ponto comum: uma dificuldade de simbolização que acomete as crianças com TDAH. O que também pode nos levar a um caminho semelhante a percorrer no tratamento, buscando a simbolização ao invés da descarga, a palavra ao invés do ato.

2.2 – PSICANÁLISE E MODERNIDADE

Gisela Untoiglich, no texto “Novos diagnósticos? Em busca da subjetividade perdida”, defende a ideia de que o grande número de casos de TDAH que temos atualmente se deve ao fato de que na era da informação, a comunicação deixou de existir. Vivemos em uma realidade instantânea, que dilui o conceito de história e a possibilidade de dar um sentido histórico-subjetivo aos acontecimentos vividos (Untoiglich, 2006, p. 20).

Já Gerson Smiech Pinho, em “Hiperatividade e déficit de atenção” alerta para a importância de pensar a hiperatividade como uma patologia da modernidade. Não devemos apenas reduzir a hiperatividade à manifestação unívoca de um organismo deficitário, mas percebê-la como uma manifestação paradigmática de um sujeito que se movimenta de maneira errante, na procura de um lugar para si (Pinho, 2006, p. 46).

Untoiglich e Pinho nos levam a pensar sobre a possibilidade do grande número de casos de TDAH que encontramos na clínica atualmente estar relacionado com problemas próprios da modernidade. A primeira autora propõe um fracasso na comunicação e um problema de subjetivação como o cerne do problema. O segundo autor vem nos falar da importância de perceber o transtorno não apenas do ponto de vista do sujeito, de uma disfunção psíquica que acometeu aquele sujeito em questão, mas como um problema ocasionado pela dificuldade que os sujeitos de hoje encontram para se localizar no mundo. Ambos estão dizendo de problemas da modernidade, que poderiam estar no cerne da questão, mas que não são devidamente abordados por essa via. Localizar o TDAH no contexto cultural é uma forma de colocar outros campos de saber em jogo, trabalhando juntos para aliviar o sofrimento dos sujeitos acometidos pelo

problema. E, nesse caso, a psicanálise deve levar em conta que a constituição do sujeito é marcada pelos modos de subjetivação próprios de cada momento histórico

Poderíamos perguntar: não teria o psicanalista também uma função como pensador, crítico e alguém capaz de intervir nos efeitos da modernidade?

CONCLUSÃO

Este trabalho nos ajudou a compreender melhor o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade – TDAH. No primeiro capítulo abordamos as possíveis causas do TDAH do ponto de vista genético, neurobiológico e ambiental e concluímos que, apesar dos diversos estudos sobre o tema, ainda não há nenhuma definição conclusiva sobre a causa do TDAH sob tais pontos de vista.

Uma grande preocupação e uma das motivações para este trabalho constituíram-se em relação ao diagnóstico. Se este era realmente pertinente ou se estaria havendo, em meio a tantos diagnósticos de TDAH realizados nos últimos tempos, alguns que na verdade tratavam como sintomas de hiperatividade comportamentos normais da infância. Não existem marcadores específicos para o diagnóstico e este é feito com base em critérios do DSM-IV ou CID-10, relatos dos pais e professores e história da criança. Os critérios usados pelos manuais classificatórios são genéricos e indicam fenômenos superficiais. Além disso, não permitem abordar o problema de um ponto de vista do conflito psíquico e da subjetividade. Acabam levando à solução mais fácil que é o uso da medicação. Concluímos que atualmente temos sim uma confusão entre comportamentos infantis mais agitados e TDAH. Mais grave que isso, porém, é o fato dos diagnósticos não abordarem a questão do conflito psíquico, da pulsão e da subjetividade.

Outro fator de grande interesse e que motivou a realização desta monografia foi a questão medicamentosa. O grande número de crianças que chegam à clínica medicadas com Ritalina nos levou a pesquisar melhor sobre tal remédio: como age, seus efeitos colaterais e sua funcionalidade. A principal forma de ação da Ritalina é nos circuitos dopaminérgicos. O que nos leva a concluir que ao fazer a escolha pelo

tratamento medicamentoso, atribuímos aos sintomas apresentados pela criança uma causa neurobiológica e descartamos as possibilidades de abordar a questão do ponto de vista metapsicológico. Os efeitos colaterais são variados e alguns deles até perigosos. Algumas crianças apresentam melhora dos sintomas com o uso da medicação, mas o efeito no organismo é por tempo limitado, apenas algumas horas.

No segundo capítulo abordamos a questão da hiperatividade do ponto de vista psicanalítico e nos apoiamos nos trabalhos de diferentes autores que investigaram a relação entre TDAH e psicanálise. Os diversos autores confluem para um caminho semelhante em relação à etiologia do problema e acreditam que a hiperatividade pode indicar falhas no recalçamento originário, o que faz com que a pulsão não encontre direcionamento adequado no discurso, ficando presa ao ato, à motricidade. O aparelho psíquico da criança, por não ter formado vias colaterais de escoamento para o excesso de excitação, acaba fazendo com que este excesso seja aliviado somente pela via da motricidade, da agitação motora e não pela via da palavra, do discurso, que é o que deveria ocorrer. Na clínica psicanalítica isto pode ser trabalhado ajudando a criança, através da transferência, a se organizar, a reter as informações que recebe, fazendo com que a concretude de seu corpo seja abandonada para dar lugar à simbolização. O resultado esperado é que aos poucos a criança comece a conseguir usar palavras, discurso ao invés de atos motores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUCHER, Richard. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 13-308.
- CAMARGOS, Júnior, Walter & HOUNIE, Ana Gabriela (Org.). *Manual clínico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade*. Belo Horizonte: Info, 2005.
- DORNELLES, Cláudia (trad.) *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre, 2002.
- FLEITILICH-BILYK, Bacy. A saúde mental na adolescência. In: *A saúde mental do jovem brasileiro*. São Paulo: Edições Inteligentes, 2004, p. 41 a 67.
- JERUSALINSKY, Alfredo. *Diagnóstico de Déficit de Atenção, o que pode dizer a psicanálise?* C. da APPOA, Porto Alegre, 13 (144), 24 – 41, 2006.
- LEBRUN, Jean-Pierre. *Ensinem os filhos a falhar*. Revista Veja n. 2142. São Paulo, 2009, p. 21-25.
- O portal do psicólogo. *Fichas sobre drogas*. Disponível em: http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/drogas/ver_ficha.php?cod=anfetaminas. Acesso em: 22/10/2010.
- PEDÓ, Marta. *Passar o saber: uma breve intervenção sobre a psicanálise com crianças em nossos dias*. C. da APPOA, Porto Alegre, 13 (144), 47-53, 2006.
- PINHO, Gerson Smiech. *Hiperatividade e Déficit de Atenção*. C. da APPOA, Porto Alegre, 13 (144), 42-46, 2006.
- POZZATO, Vanessa Gama. *Uma abordagem psicanalítica sobre o TDAH: transtorno do déficit de atenção e hiperatividade*. Monografia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2008.
- REYNAUD, Michel. *As toxicomanias*. São Paulo: Andrei Editora, 1987, p. 46-357.
- ROY, D. & ROY, M. Hiperatividade: ordem e desordens in *La cause Freudienne* n.58. Paris, Ed. Navarin, 2004.
- SIGAL, Ana Maria (2004). *A prioridade do outro versus medicalização*. Disponível em: <http://www.estadosgeraispsicanálise.org.br>. Acesso em: 19 de outubro de 2010.
- TÓFOLI, Daniela. *País vive febre da 'droga da obediência'*. Jornal Folha de São Paulo, São Paulo, 15 de janeiro de 2006.
- TUCHTENHAGEN, Maria Beatriz Peixoto. *Hiperatividade e déficit de atenção: um olhar psicanalítico*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2007.

UNTOIGLICH, Gisela. *Novos diagnósticos? Em busca da subjetividade perdida*. C. da APPOA, Porto Alegre, 13 (144), 13-23, 2006.

UNTOIGLICH, Gisela. *Consenso de especialistas da área de saúde sobre o chamado "Transtorno por Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade"*. C. da APPOA, Porto Alegre, 13 (144), 63-68, 2006.

ZIMMERMANN, Vera Blondina. O "Transtorno" na constituição psíquica e suas implicações na clínica com crianças. In *Boletim Formação em Psicanálise* n.15. São Paulo, edição especial, V. 15, p. 57 a 70, 2007.