

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PAULA WERNER SEVERO

O sintoma psicomotor: a problemática do gozo na  
relação mãe-filho.

São Paulo  
2010

PAULA WERNER SEVERO

O sintoma psicomotor: a problemática do gozo  
na relação mãe-filho.

São Paulo  
2010

PAULA WERNER SEVERO

O sintoma psicomotor: a problemática do gozo na  
relação mãe-filho.

Dissertação apresentada ao  
Instituto de Psicologia da  
Universidade de São Paulo, como  
parte dos requisitos para obtenção  
do grau de Mestre em Psicologia.

Área de concentração:  
Psicologia Clínica

Orientadora: Prof. Maria Lúcia de  
Araújo Andrade.

São Paulo  
2010

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação  
Biblioteca Dante Moreira Leite  
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Severo, Paula Werner.

O sintoma psicomotor: a problemática do gozo na relação mãe-filho / Paula Werner Severo; orientadora Maria Lúcia de Araújo Andrade. -- São Paulo, 2010.

127 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicanálise clínica 2. Gozo (Psicanálise) 3. Psicomotricidade  
4. Corpo 5. Relações mãe-criança I. Título.

RC504

Nome: Severo, Paula Werner

Título: O sintoma psicomotor: a problemática do gozo na relação mãe-filho.

Dissertação apresentada ao Instituto de  
Psicologia da Universidade de São Paulo  
para Defesa de Mestrado

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dra. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Dedico esta obra aos meus pais, Elias e Lizele, que tanto me incentivaram e deram apoio ao meus estudos. Ao meu companheiro Lucas Mendes por toda sua paciência e amor nos melhores e piores dias. Aos meus amigos Beethoven, Elisângela, Paula e muitos outros, que com sua escuta e conselhos tanto me ajudaram.

## AGRADECIMENTOS

À Prof. Ms. Sônia Maria Petrocini, minha primeira mentora na área de psicanálise, que tanto me inspirou em suas palavras e experiência clínica.

À Prof. Dra. Maria Lúcia de Araújo Andrade, pelo seu acolhimento, paciência, e ensinamentos que levarei por toda minha vida.

À todos os professores e funcionárias da secretaria do Departamento de Psicologia Clínica que tanto me auxiliaram em todo o processo.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, pelo financiamento desta pesquisa.

## RESUMO

Severo, P. W. (2010). O sintoma psicomotor: a problemática do gozo na relação mãe-filho. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A presente pesquisa procurou estudar o sintoma psicomotor na infância, este abrange distúrbios como dislexias, disortografias, problemas de coordenação e equilíbrio e alguns diagnósticos de Transtorno de Deficit de Atenção e Hiperatividade cujos casos vem aumentando exponencialmente na atualidade. A etiologia do sintoma psicomotor por muito tempo permaneceu obscura e relacionada exclusivamente a lesões e distúrbios neuronais, os quais deixavam como únicas alternativas tratamentos medicamentosos e reeducativos. Com os estudos psicanalíticos iniciados por J. Lacan e M. Mannoni acerca desses sintomas, a etiologia se tornou gradativamente mais clara, e os relacionou a fantasia familiar em que a criança é imersa como objeto de satisfação. Dessa forma, este trabalho visou pesquisar a formação deste tipo de sintoma, o gozo e fantasia da criança e cuidadores envolvidos nessa relação. Para tanto foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre os conceitos psicanalíticos e atendimentos clínicos a crianças com sintomas psicomotores através do Laboratório Sujeito e Corpo da Universidade de São Paulo. Os resultados indicam que o gozo no sintoma psicomotor envolve duas pessoas, mais frequentemente mãe ou pessoa na função materna e o filho, os quais se colocam em uma relação de interdependência, a ponto de não haver espaço para uma autonomia e independência necessárias ao desenvolvimento da criança. Os sintomas psicomotores são resultado de uma satisfação fantasística que envolve o corpo da criança nessa relação.

Palavras chaves: Sintomas Psicomotores. Gozo. Relação Mãe-Filho. Psicanálise.



## ABSTRACT

Severo, P. W. (2010). The psychomotor symptom: the issue of joy in the mother-child relationship. Master's Thesis, Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

This research sought to study the psychomotor symptoms in childhood, it includes disturbances such as dyslexia, dysorthographies, problems with coordination and balance and some diagnoses of Hyperactivity and Attention Deficit Disorder which cases have been exponentially increased at the present. The etiology of the psychomotor symptoms for a long time remained obscure and exclusively related to injury and neuronal disorders, which has left as the only alternatives medical and reeducational treatments. With the psychoanalytic studies started by J. Lacan and M. Mannoni about these symptoms, the etiology became gradually clearer, and it was related to the family fantasy in which the child is immersed as objects of satisfaction. Thus, this study aimed to investigate the constitution of this symptom, the enjoyment and fantasy of children and caregivers involved in this relationship. To achieve these goals, it was made a bibliographical research on psychoanalytic concepts and clinical attendances for children with psychomotor symptoms through the Sujeito e Corpo Lab, at the University of São Paulo. The results indicate that the joy in psychomotor symptom involves two people, more often the mother-child, which arise in a relationship of interdependence and leave no space for autonomy and independence necessary for the child development. The psychomotor symptoms are the result of a fantasmatic satisfaction which involves the children body in this relationship.

Keywords: Psychomotor symptoms. Joy. Mother-Son relationship. Psychoanalysis.

## SUMÁRIO

1.0 Apresentação.....	10
1.1 O Sintoma Psicomotor.....	13
1.2 Objetivos.....	19
1.3 Justificativa.....	20
1.4 Metodologia.....	21
2.0 Um Estudo Sobre o Contexto Atual da Criança no Brasil.....	24
2.1 A Família.....	24
2.2 A Escola e a Sociedade.....	31
3.0 Alguns Conceitos Fundamentais da Psicanálise para a Discussão Acerca dos Sintomas Psicomotores.....	43
3.1 O Sintoma, o Inconsciente e o Desejo.....	43
3.2 O Sintoma Infantil.....	54
4.0 A Constituição do Sujeito, Corpo e Gozo: Possíveis Caminhos Para o Sintoma Psicomotor.....	57
5.0 A Questão do Semblante no Sintoma Psicomotor.....	75
6.0 O Sintoma Psicomotor.....	78
7.0 Estudo de Caso.....	93
8.0 Conclusões.....	115
9.0 Referências Bibliográficas.....	121

## 1.0 Apresentação.

“ D’où vient la puissance du désir? ...La naissance du désir succède-t-elle aux drames de la première enfance, puis de l’adolescence? ... le mouvement du désir s’impose en même temps que l’existence du sujet, et plus tard seulement il trouve un soulagement contingent et provisoire dans ce qui passe pour sa normativité <génitale>... le complexe d’Edipe n’est qu’une mise en forme tardive et aleatoire du désir, qui s’accomplit justement parce que le désir le précède, et sous sa poussée!” (Pommier, 2010 p.179-180)

De onde vem o desejo por este trabalho? Como todo desejo ele vem de uma falta e comecei a percebê-la em minha graduação. Sou formada pela Universidade Estadual de Londrina, onde desde cedo me interessei pela psicanálise. Por muitas vezes questioneei a possibilidade de tratar crianças, pois tirando-se os raros casos de fobia como o de Hans, caso de Freud, a maioria dos casos encaminhados a Universidade estavam atrelados a dificuldades de aprendizagem e os chamados transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), ou seja, crianças difíceis de se controlar em sala de aula. O que a psicanálise poderia fazer por elas? De início, não pude achar uma resposta. Ao contrário das disciplinas do comportamento e da educação que tinham material vasto sobre o assunto, nada me surgia pela psicanálise de forma específica para esses casos.

Como sabemos a psicanálise não visa educar, adaptar ou normatizar crianças, embora através de seu tratamento haja consequências que ajudem o sujeito a lidar com seu ambiente e se sentir melhor.

Concluí meu curso de especialização em psicanálise e resolvi vir a São Paulo tentar um mestrado na Universidade de São Paulo. Naquela época ainda não sabia sobre o que gostaria de pesquisar. Mas no encontro com o Laboratório Sujeito e Corpo tive um reencontro com aquelas questões, pude ter contato com os chamados sintomas

psicomotores, os quais incluíam uma vasta gama de sintomas que começavam na infância e que causavam às crianças grandes dificuldades escolares. O primeiro contato com as teorias da psicanálise que falavam de um possível tratamento para esses casos foi me dado pelos trabalhos de mestrado e doutorado da professora Maria Lúcia de Araújo Andrade. Descobri que haviam pessoas tratando estes casos a mais de 30 anos e me questionei então por que essas teorias não estavam bem divulgadas nas universidades e portanto, também nas clínicas da maioria dos psicanalistas. Cheguei a me perguntar se eu não estaria muito desatualizada ou se teria tido professores ruins. Mas não era disso que se tratava, fora em muitos congressos durante minha graduação e mesmo assim não tinha tido acesso a essas informações.

Certamente um assunto dessa importância não pode continuar assim tão discreto. Por que será que não houve maiores repercussões dessas teorias? Notei que as pessoas, pais que procuravam atendimentos para seus filhos não estavam em busca de um saber sobre as causas de seus sintomas, eles queriam sim, soluções e rápidas. Por outro lado, a mídia divulgava o diagnóstico mais em voga nas escolas atualmente, o tal TDAH, e como ele afetava o comportamento das crianças além de como poderia ser tratado em clínicas psiquiátricas através de remédios. Pronto, estava dado a pessoas, as quais já procuravam, um diagnóstico e uma solução.

Na clínica da USP pude notar uma enorme quantidade de crianças com um diagnóstico pronto, encaminhadas por psiquiatras para “ajudar” no tratamento ou por escolas que já não sabem mais o que fazer com estas crianças. Tive contato inclusive com uma mãe que enquanto não achava um psiquiatra que desse a seu filho o diagnóstico de TDAH não parou de ir a outras consultas com outros profissionais. Para essas mães os filhos nasceram com um defeitinho que precisa ser consertado com

remédios e psicólogos. Essas mães acham que nada têm a ver com a causa de tal sofrimento que envolve os filhos.

O fato é que psicanalistas como Andrade, Prizskulnik, Levin e outros a partir de Lacan, Mannoni e Dolto, notaram todos, que nesses casos de sintomas psicomotores, há uma relação muito íntima entre mãe e filho, ou o cuidador e a criança, uma relação muito forte, nos quais a frustração, a privação e a separação para ambos são acontecimentos e sentimentos muito difíceis de serem lidados e aceitos. Lidar com a falta é tão difícil que ela tem de ser negada através da união entre essas duas pessoas, desejo e gozo aí se entrelaçam de uma forma bastante resistente ao tratamento e este não segue sem que se ocupe de ambas as partes.

Mas por que para algumas pessoas é tão difícil de aceitar a separação e para outras parece um caminho natural e simples? Quais os fatores que estão aí envolvidos? Novamente esse assunto me toca em meu íntimo, sem dúvida eu era uma criança muito apegada a minha mãe, não falava com estranhos, não ousava nem mesmo perguntar onde era o banheiro na casa de desconhecidos. Lembro também que pela manhã sempre tomava meu leite achocolatado na temperatura da pele, o leite descia pela minha garganta sem que eu ao menos o percebesse. Na escola tinha dores de barriga sempre inexplicáveis pelos médicos. E então, de repente após certo tempo, percebo que não gostava mais de leite quente, ele tinha que ser gelado. Meu quarto não era mais rosa, da forma como minha mãe o havia decorado, ele tinha agora posters e uma grande quantidade de coisas na cor preta. Tinha longos momentos depressivos onde tinha certeza que ninguém me amava e assim por diante. Eu havia feito então uma separação, por mais que ainda estivesse ligada a uma oposição a meus pais, pelo menos consegui fazê-la a meu jeito.

Por que então algumas pessoas não conseguem, ficavam sempre ligadas a uma tentativa de satisfazer os desejos dos pais e seus ideais? Resolvi então trabalhar com estes casos e ver o que estaria em jogo aí. Desenvolvi este trabalho que agora gostaria de introduzi-los de forma mais clara.

### **1.1 O Sintoma Psicomotor.**

Este trabalho, como o título o promove, pretende estudar as causas e os fatores envolvidos no sintoma psicomotor em crianças. O sintoma psicomotor pode ser identificado por alterações posturais ou alterações de tônus muscular; reações posturais deficientes ou ausentes; reações de equilíbrio deficientes ou ausentes; padrões posturais tônicos persistentes, que impedem a coordenação motora; assimetrias da postura, que excedem à medida fisiológica, marcada pelo dominância cerebral; retardos evolutivos em todas as capacidades ou em rendimentos parciais; suspeita de transtorno da percepção na área visual, auditiva, tátil-cinestésica por deficiência da integração sensorial. (Maldonado, 2005) Todos estes nomes remetem a um atraso no desenvolvimento motor e psíquico, os quais envolvem dificuldades nos movimentos musculares, no equilíbrio do corpo, nas percepções de estímulos externos bem como seu processamento cognitivo.

Uma criança, que apresente tais sintomas, poderia ser vista como uma criança com idade inferior a aquela esperada, ou como uma criança com déficits mentais graves, sendo confundida com casos que envolvem transtornos genéticos. Estas crianças, muitas vezes, chegam até nossos consultórios babando, com a língua para fora, demonstrando falta de tônus muscular, falam pouco ou muito mal, andam com desajeito e pouco

equilíbrio, podem parecer não nos escutar ou não entender o que falamos, muitas são hiperativas e têm muita dificuldade em aceitar regras e em “perder” nos jogos.

Como estes sintomas se apresentam de forma muito impactante no corpo, a busca por curas através da medicina sempre foi muito grande, e esta em um esforço para dar conta destes casos, produziu quadros síndromicos comportamentais para classificá-los e buscar remédios que eliminassem tais distúrbios.

Os primeiros diagnósticos de distúrbio psicomotor foram dados por Dupré em 1907 sob o nome de debilidade motora e por Liepmann em 1908 sob o nome de apraxias. Para Liepmann as disfunções práxicas estavam ligadas a lesões cerebrais e seus estudos se direcionaram a pesquisas com adultos. Para Dupré, a debilidade motora se diferencia dos distúrbios neurológicos clássicos, pois é um estado de “insuficiência, de imperfeição das funções motoras consideradas do ponto de vista da adaptação” (Andrade, 1984, p.8)

A debilidade motora, delimitada por Dupré em 1911, é formada por uma associação de uma inaptidão de motilidade voluntária, ou seja, gestos lerdos, pesados, de forma atravancada e andar pouco gracioso; por sincinesias, isto é, movimentos que se difundem em grupos musculares normalmente não envolvidos em um gesto preciso e; pela paratonia, a qual se caracteriza pela impossibilidade ou extrema dificuldade de conseguir um relaxamento muscular ativo. Esse diagnóstico teve grande dispersão na época e passou a ser usado em vários países. (Marcelli, Cohen, 2009)

A partir de Dupré iniciaram-se várias linhas de pesquisa na área. Na abordagem psiconeurológica, existiam dois eixos, os que se preocuparam com a educação e recuperação das crianças portadoras de distúrbios de aprendizagem, com um foco comportamental e educacional e; os que se interessaram mais pela etiologia dos distúrbios através de estudos neurológicos e das funções cerebrais. Estes últimos

consideraram as debilidades motoras como reflexo de uma lesão cerebral mínima, algo que eles não puderam localizar exatamente mas que certamente estaria ligada a uma disfunção cerebral. Mesmo da década de 70 não havia ainda consenso sobre as causas de tais distúrbios e nem mesmo sobre que nome deveriam utilizar. Dentre os diversos nomes estavam: lesão cerebral mínima, síndrome orgânica cerebral, distúrbio de psicomotricidade, paralisia cerebral mínima, síndrome hipercinética, criança hiperativa, entre outros. (Andrade, 1984)

Outra abordagem de pesquisa era a psicogenética, a qual buscava explicar os distúrbios através da noção de estágios de desenvolvimento, nessa área se destacaram: Piaget, Wallon e Ajuriaguerra.

Ajuriaguerra (1976), interessado em criar uma semiologia neuropsiquiátrica própria da infância, divide o sintoma psicomotor em dispraxias e instabilidade motora. Nas dispraxias o autor lista sintomas que se manifestam em sua maioria na escola, são eles: a disgrafia, a discalculia, a dislexia, a disortografia, a dispraxia de construção; e dificuldades de fala que incluem: a dislalia, a disartria e a disfasia.

Por outro lado, o autor define a instabilidade motora, como problemas de equilíbrio, tonacidade e coordenação, os quais costumam surgir associados a dispraxia. Seus estudos apontam que estas características em uma criança eram sinal de um atraso no desenvolvimento e não necessariamente uma patologia, ideia que alguns de seus antecessores preconizavam. (Ajuriaguerra, 1976)

Atualmente, este diagnóstico sofreu algumas mudanças, para Marcelli e Cohen (2009, p.88) existe uma correspondência entre tónus da mãe e do filho, constituindo um verdadeiro “diálogo tônico”. Para esses autores, uma criança disgráfica é alguém cuja qualidade de escrita é deficiente sem que exista um déficit neurológico ou intelectual que explique esta. Para eles há múltiplas interferências que levam a este diagnóstico, são



elas: a relação da criança com a professora, o lugar que a aprendizagem escolar ocupa na dinâmica familiar, o valor simbólico da escrita, da postura da caneta na mão, entre outros.

Não existe fronteira precisa entre debilidade motora e a dispraxia infantil, termo atualmente utilizado, esta última se caracteriza pela existência de profundas perturbações da organização do esquema corporal e da representação espaço-temporal. Trata-se de crianças incapazes de realizar certas sequências de gestos ou que o fazem com extrema inabilidade, tais como vestir-se, amarrar sapatos, andar de bicicleta sem rodinhas, dificuldade na realização de movimentos rítmicos, disgrafia grave e mediocridade de desenho humano. A dispraxia inclui também fracasso em operações lógico-matemáticas, ela conduz a um fracasso escolar completo, em grande medida reacional aos transtornos iniciais. (Marcelli & Cohen, 2009)

Já a instabilidade psicomotora é definida como uma instabilidade de atenção, normalmente as mães descrevem o comportamento dos filhos como: “ele não pára”, “ele não fica quieto no lugar”, “ele mexe em tudo”, “ele não ouve”, “ele me esgota”, “ele se dispersa”, “ele está sempre com a cabeça longe”, etc. De 60 a 80% dos casos são meninos com idades entre 3 e 4 anos ou 6 e 7 anos. Outras manifestações psicopatológicas podem se associar a essa instabilidade, como enurese, transtornos do sono, dificuldades escolares e comportamentos agressivos. (Marcelli & Cohen, 2009) A instabilidade psicomotora descrita em Manuais de Psicopatologia infantil como o de Marcelli e Cohen, é muito parecida em sua descrição comportamental com o atual diagnóstico de TDAH.

Marcelli e Cohen (2009) alertam ainda para a necessidade de se delimitar os diagnósticos de distúrbios psicomotres com maior rigor. É preciso excluir deles as síndromes neurológicas que traduzem uma lesão no foco e utilizá-las para dificuldades

motoras ligadas aos afetos que expressam na criança tanto o incômodo de “estar em seu corpo”, quanto de ocupar o espaço e de se mover em uma motilidade intencional e simbolizada suficientemente fluida.

O estudo das psicopatologias infantis na contemporaneidade, nos leva a pensar, pela imensa quantidade de novos diagnósticos classificados pelo DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 2003), que nossas crianças estão sofrendo mais do que antigamente. Alguns desses diagnósticos da infância ou adolescência são: Transtornos da aprendizagem, das Habilidades Motoras, da Comunicação, Transtornos Globais do Desenvolvimento, Transtornos de Atenção e Disruptivos (inclui Transtorno de Conduta e transtorno Desafiador de Oposição), Transtornos de Alimentação, Transtorno de Tique, de Excreção entre outros. É de se questionar tal acontecimento, será que essas “patologias” já não existiam com outros nomes e interpretações culturais da época?

As crianças ditas endiabradas principalmente pelas igrejas, do início do século XX, não paravam quietas, não obedeciam aos pais e aprontavam *traquinagens*. (Paixão, 2006). Novamente, essas características são bastante similares ao chamado TDAH tão diagnosticado atualmente. Algumas das características das crianças com TDAH são descritas no DSM-IV-TR (2003) como: indivíduos com freqüente desatenção a detalhes e erros por omissão em atividades escolares; dificuldade para manter a atenção em atividades lúdicas ou tarefas escolares; com freqüência não ouvem quando lhe dirigem a palavra; dificuldade de organização de tarefas, relutância em se envolver em atividades que exijam esforço mental contínuo; agitação de mãos ou pés, abandono de sua cadeira na sala de aula, freqüentemente corre, escala ou se coloca em situações impróprias, fala em demasia, dificuldade para aguardar sua vez, etc. Desta forma, uma

criança que é levada a um psiquiatra raramente sai de sua sala sem um diagnóstico de transtorno.

É interessante verificar ainda que assim que são diagnosticados quadros como TDAH e dislexias (dificuldades na fala, escrita ou na realização de cálculos) a atitude mais usual é fazer com que estas dificuldades desapareçam, principalmente através de tratamentos medicamentosos o mais rápido possível. O diagnóstico e o tratamento gira todo em torno do biológico e do corpo, na tentativa de retirar o sintoma, mesmo sabendo que não existem causas identificáveis na fisiologia e anatomia do sujeito, que possam estar causando esses distúrbios. (Marcelli & Cohen, 2009)

A Associação Brasileira de Deficit de Atenção (ABDA, 2010) afirma em seu site na internet que o TDAH possui causas cerebrais visto que em inúmeros exames foi constatado a falta de atividade cerebral na parte frontal deste, área que está ligada, segundo eles a inibição e controle de certos comportamentos. Mas isto é obvio, se a pessoa não está controlando algum comportamento, a área cerebral ligada a este não está em atividade, esta, portanto não pode ser uma prova da existência de causas biológicas aos comportamentos. O lóbo frontal, nas crianças continua lá, mas por que não está sendo usado? A ABDA recorre a substância cerebrais que não estariam sendo produzidas normalmente. Mas o corpo não perdeu a capacidade de produzir tais substâncias, visto que a Dopamina, uma das citadas, é utilizada para várias outras funções, e portanto não é inexistente.

Outro fato de conhecimento de todos é a plasticidade cerebral, pessoas que tiveram lesões gravíssimas no cérebro conseguiram restabecer as funções perdidas através de outras áreas do cérebro. Por que então, em crianças, a plasticidade não daria conta de reverter pequenas disfunções chamadas de mínimas? Como eles explicariam a

cura pela psicanálise de tais distúrbios? Se este distúrbio é genético como a psicanálise daria conta de mudar um gene?

A psicanálise, tem portanto a obrigação de continuar as pesquisas com sintomas psicomotores, para que tenha cada vez mais provas e possa divulgar os tratamentos corretos a serem dados a estas pessoas com sintomas psicomotores.

## **1.2 Objetivos.**

Com base nos estudos já existentes e na experiência clínica, visamos elucidar um pouco mais a lógica desses sintomas psicomotores através da psicanálise. Objetivamos a investigação do alcance e influência da fantasia materna, sobre o imaginário e fantasia da criança que apresenta sintomas psicomotores. A fantasia é um conceito da psicanálise que se refere a um conjunto de lembranças fragmentadas, imagens, teorias e momentos vivenciadas da infância e vida adulta, os quais foram se construindo de tal forma que, a fantasia é o que dá base e contorno para os desejos e formas de satisfação do indivíduo.

Ao investigar a fantasia, o estudo visa também verificar e contribuir teoricamente para a hipótese da causa do sintoma, bem como suas relações ao gozo. Outras questões relativas ao assunto são: Até que ponto o filho responde à demanda materna (ou vice-versa) de continuar a ser seu bebê, sempre dependente dela? Quais são as possibilidades de um relacionamento mãe-filho onde o gozo de um tenta sobrepujar a independência do outro, há escapatória? Quem seduz quem? O sintoma psicomotor exige uma relação recíproca de dependência ou pode estar somente no imaginário/fantasia do indivíduo com o sintoma?

Este trabalho pretende contribuir na teorização e exemplificação, através de casos clínicos sobre como ocorrem estes sintomas e sua causa através da linha psicanalítica francesa com autores clássicos como Lacan, Maud Mannoni, Dolto, Levin e alguns contemporâneos como Andrade, Prizskulnik, Nasio e Bergès. A escolha dessa linha psicanalítica se deve a consistência de seus conceitos, os quais permitem um aprofundamento na teoria e avanços no tratamento de crianças com sintomas psicomotores.

### **1.3 Justificativa.**

Os distúrbios psicomotores não têm como base deficiências intelectuais, ao contrário, é freqüente em crianças cujo Quociente de Inteligência é maior que a média. Eles não carregam causas biológicas, embora possam aparentar como tal. Estes distúrbios podem, no entanto, virem acompanhados de síndromes como a Síndrome do X Frágil ou a Síndrome de Down, entre outras. Nestes casos, a identificação dos sintomas psicomotores é ainda mais difícil, pois podem aparecer de forma disfarçada, como se fossem pertencentes à síndrome, exigindo assim redobrada atenção.

É bastante comum que esses sintomas passem a ser percebidos somente através de dificuldades escolares, onde professores demandam a atenção dos pais para essa dificuldade que muitas vezes é ignorada até então.

Dessa forma, um estudo mais aprofundado acerca do gozo e etiologia dos sintomas psicomotores poderá auxiliar a identificação e o tratamento desses casos, contribuir para um melhor entendimento teórico do assunto e aumentar a divulgação das possibilidades de tratamento a essas pessoas.

#### **1.4 Metodologia e Procedimentos.**

A metodologia aplicada a este estudo foi a pesquisa bibliográfica e a análise qualitativa e aprofundada de casos clínicos atendidos através da Clínica Psicológica Durval Marcondes da Universidade de São Paulo, encaminhado e supervisionado pelo Laboratório Sujeito e Corpo sob coordenação da Prof. Dra. Maria Lúcia de Araújo Andrade. Os atendimentos foram realizados com crianças de 7 a 9 anos, e dentre eles, um caso se sobressaiu e foi escolhido para uma análise mais aprofundada neste trabalho, o menino escolhido foi encaminhado com 8 anos para clínica e foi atendido por cerca de um ano e meio no decorrer de 2009 e 2010. A análise teórica deste caso só foi realizada após o término de seus atendimentos.

A pesquisa em psicanálise a partir de casos clínicos é bastante delicada, Lino da Silva (1996) traz importantes reflexões sobre o assunto. Para a autora a pesquisa bibliográfica que inclui a releitura de trabalhos é importante pois trabalha com a textualidade do texto, com a potencialidade do significante de produzir diversas significações, ou seja, gerar múltiplos sentidos.

A questão do tempo em uma pesquisa clínica muitas vezes traz dificuldades, há uma dupla restrição temporal, pois há que se esperar o paciente focalizado ( no caso, pacientes com sintomas psicomotores) aparecer com a demanda de atendimento e que seu tratamento *evolua*. Está em jogo portanto o tempo lógico do sujeito, é este que determina o tempo do tratamento, ou seja, aquele que envolve o inconsciente do sujeito em análise e que portanto, possui seu próprio compasso e lógica mesmo com o auxílio do analista. Segundo Lino da Silva (1996, p.87) “há pesquisa psicanalítica sempre que há interpretação das forças subjacentes a uma experiência humana ou seu produto... O importante é que se trate dessa busca da determinação desconhecida (referente ao

inconsciente), e não da representação convencional e lógica, passível de mensuração e demonstração .”

O pesquisador analista, para obter algo de novo, deve se permitir uma espera, se permitir não realizar interpretações sobre os significantes (termo que neste caso pode ser entendido como palavras e fragmentos de palavras) soltos pelo analisante, suportar a angústia da existência do vazio de significações para si e para o analisante, até que este possa elaborar os diversos sentidos de seus sintomas. Cabe ao analista, através da escuta analítica, manter a questão do sujeito com seu sintoma, a dúvida possibilita elaborações de novos sentidos e também do que não possui sentidos, ou seja, a vivência do “não há sentido para tudo”. A análise enquanto pesquisa teórica pode então ser iniciada através da comparação com tudo aquilo que já foi armazenado, articulado e criticado a respeito do sintoma em questão. (Lino da Silva, 1996)

Segundo Lacan (1966a/66b/1988) o inconsciente se estrutura de acordo com as regras da linguagem, e através da fala plena do sujeito pode-se resgatar seu *funcionamento*. Desta forma, a partir dos atendimentos clínicos e da escuta do analista, podem ser analisadas as falas dos pacientes, as quais representam a realidade psíquica do sujeito, de acordo com os conceitos da psicanálise e a literatura revisada sobre o sintoma psicomotor.

Pretende-se realizar assim um intercâmbio entre teoria e prática, a fim de dar subsídios para a discussão de casos clínicos atendidos e contribuições teóricas que auxiliem o tratamento das pessoas com sintoma psicomotor.

Quanto à pesquisa bibliográfica foi traçado um plano para dar maior clareza e concretude às teorias aqui apresentadas. Dessa forma, o trabalho se inicia com uma pesquisa de contexto familiar e cultural da criança no Brasil, afim de se entender melhor em que condições as crianças encaminhadas com sintomas psicomotores se encontram.

Em um segundo momento foi realizado um estudo sobre os principais conceitos a serem utilizados na discussão clínica do caso, tais como sintoma, gozo e semblante. Em seguida trabalhamos um pouco com a constituição do sujeito, enfatizando os momentos mais difíceis de “escolha” para o sujeito em sua estruturação e suas consequência no corpo, já encaminhando assim as possíveis causas para os sintomas psicomotores. Feito estas introduções, uma pesquisa sobre todo o material encontrado a partir da psicanálise sobre estes sintomas é apresentado, promovendo uma discussão entre os autores. Por fim, a análise do caso atendido é realizada e as conclusões acerca do tema pontuadas.



## **2.0 Um Estudo Sobre o Contexto Atual da Criança no Brasil.**

Para introduzir as questões deste trabalho, gostaria antes de situar o leitor no contexto da criança no Brasil em seus diversos espaços de convivência: a família, a sociedade e a escola. Dessa forma, espero poder enfatizar questões importantes e justificar minha proposta de trabalho, a qual elucidarei na segunda parte desta introdução.

### **2.1 A Família.**

A primeira impressão ao se pesquisar o tema família é que ele é quase tão vasto e estudado quanto a quantidade delas existentes no mundo. Não é fácil a escolha de autores para tal feito, assim gostaria de começar a questão com algumas citações que podem nos dar uma idéia da importância da questão.

Para Ferrari, Kaloustian e Manoug (1994, p.11) “a família desempenha papel decisivo na educação formal e informal dos filhos. Em seu espaço são absorvidos os valores éticos e humanitários, aprofundam-se os laços de solidariedade, constroem-se as marcas entre as gerações e são observados valores culturais.”

Rodrigues (1981,p.52) diz que “A escolha da família como unidade de análise tem levado, em diversos estudos empíricos, à possibilidade de se apreender um “trabalho” conjunto da família, voltado para a sobrevivência e a reprodução.” Sua análise sobre esse tipo de investigação revela que o produto final das estratégias da família tomada como um todo, ou seja, suas adaptações às mudanças externas e aos estágios do ciclo de vida familiar, obedecem a padrões razoavelmente nítidos em

famílias inseridas num determinado segmento social ou, mais genericamente, às diversas classes sociais”.

Ao falarmos de família devemos ter em mente que “a discussão sobre família, enquanto uma porta de entrada para a compreensão de uma sociedade, começa com o questionamento sobre o significado do termo família e sobre o estatuto teórico que damos a ele”. (Almeida; Carneiro; Paula, 1987, p. 13).

Nestes três recorte sobre o conceito de família podemos notar diferentes aspectos em relação a família, todos de grande importância, um relacionado a educação e a valores, outro ao trabalho na família com vista a reprodução e sobrevivência, e por último a relação da família com a análise da sociedade. Pode-se dizer que a família influencia e é influenciada por quase todos os setores da vida.

Estes e outros autores como Petrini (2003) e Gomes e Pereira (2005), no entanto, concordam quanto à influência da família no desenvolvimento e manutenção da saúde e no equilíbrio emocional de seus membros, daí a importância para todas as áreas da saúde se aprofundarem no tema. Para Petrini (2003) a família carrega uma responsabilidade civilizatória, uma capacidade de humanizar e socializar as pessoas. A educação familiar é também a base para a criatividade e o comportamento produtivo do ser humano.

A família, segundo a tradição grega é constituída pelos cônjuges e filhos, este conceito sofreu transformações, e pode-se dizer que pela Constituição da República Federativa do Brasil (2010) é definida como a união estável entre homem e mulher ou qualquer dos pais e seus descendentes.

Art. 227: É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência,

discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”  
(Constituição da República Federativa do Brasil, 2010 s/p.)

A criança é então responsabilidade de três instituições: a família, a sociedade e o Estado. É clara a importância e influência dada por estes três na criação e educação do indivíduo. Quando uma criança chega em nosso consultório com algum problema, temos que ter uma visão ampla que englobe estes três fatores para a sua análise. Não se pode imputar na criança toda a responsabilidade por seus fracassos intelectuais, motores e emocionais, pois esta se desenvolve como sujeito a partir do encontro com os outros e com o meio ambiente a sua volta.

Embora a situação atual esteja em constante mudança, algumas heranças históricas estão marcadas profundamente ainda hoje, são elas: a romana, onde há a autoridade do chefe (pai) da família, a submissão da esposa e dos filhos; na era medieval perpetua-se o caráter sacramental do casamento originado no século XVI; e da cultura portuguesa, temos a solidariedade, o sentimento de sensível ligação afetiva, abnegação e desprendimento. (Simionato e Oliveira, 2003)

Priore (1999) faz um estudo sobre essa posição da mulher na sociedade. Desde os ensinamentos Cristão, a mulher por herança de Eva, primeira mulher no mundo, não somente era criada a partir de um homem, como também seria responsável pelo pecado original. O corpo da mulher era “erigido como altar da procriação, o útero em funcionamento apontava a mulher normalizada, identificada com os esforços da Igreja em redimir os males cometidos por Eva”.

Na idade média e moderna ser mulher carregava uma conotação inferior, e a mulher teria que casar e ter um filho para poder ser respeitada. As lutas feministas lutaram por mudar este fato, mas não conseguiram apagar seu passado e suas influências até hoje em diversas culturas. (Priore, 1999)

Sarti (1996) enfatiza dificuldades específicas enfrentadas pelas famílias pobres brasileiras em sua época. Este estudo destaca conflitos importantes de serem considerados no atendimento às famílias que procuram atendimento pelo Instituto de Psicologia da USP. Embora a autora estabeleça diferenças sociais nos conflitos familiares, temos de lembrar que estes e outros conflitos são encontrados em todas as classes sociais, havendo portanto dificuldades em se lidar com castração em todos os meios sociais, a castração é uma questão para todos os sujeitos.

Na família brasileira, o homem e a mulher exercem diferentes posições na família, o costume dita que o homem é o responsável pelo sustento material e por manter o respeito da família frente à sociedade. O homem manda na família e a mulher na casa. A mulher tem que saber fazer o “dinheiro dar até o fim do mês”, portanto é responsável pela economia familiar que inclui em primeiro lugar a alimentação de todos e a saúde. Outra responsabilidade da mulher é a organização da casa e os afazeres domésticos. (Sarti, 1996)

A responsabilidade do homem na família, conferida pela esposa e sociedade, às vezes pode se tornar um fardo muito pesado a se carregar. O homem ao fracassar neste sustento, fracassa também enquanto marido, ao decepcionar a mulher, ele perde também uma parte do respeito conferido a ele. Assim, uma família patriarcal, cujo homem não consegue manter seu papel, pode facilmente perder sua posição hierárquica, fato que, aliás, é muito comum em famílias pobres. É vasto o número de famílias sustentadas por mulheres, cujos homens se entregam ao vício, bebidas e traições frente a pressão do fracasso de sustentar a família. No entanto esta família matriarcal continua a sustentar este homem, mas por que? (Sarti, 1996)

Em casos atendidos pelo Instituto de Psicologia da USP, é bastante comum encontrarmos estes casos. Em um primeiro momento a justificativa é o medo, mas com

a continuidade do tratamento, notamos que muitas vezes essas mulheres têm a chance de se separarem sem riscos e não o fazem. Há casos também que a esposa somente toma atitude de se afastar quando o marido ameaça a integridade dos filhos.

A mulher em muitos casos, não está em uma posição de fragilidade, ela tem autonomia, sustenta a casa, mas escolhe não se separar do marido. O homem está, apesar de tudo, em uma posição importante a de conferir respeito e defender a família perante a sociedade. Podemos fazer ainda uma análise mais aprofundada dessas esposas, investigando aí formas de satisfação nessa relação, mas nesses casos a generalização não é possível, visto que isto concerne a história de cada indivíduo.

Segundo Sarti (1996) conceito de família é também um conceito moral, o homem e a mulher que se casam recebem maior respeito perante a sociedade. A mulher que não se casa, por mais que trabalhe, faz parte e depende da família onde foi criada, ela é filha e não mulher. Para adquirir sua independência a mulher tem que casar e sair de casa, para isso muitas mulheres utilizam a gravidez para conseguirem sair de casa mais rapidamente e se casar. A gravidez é um fato sério, se o homem não assume o filho ele não merece respeito, e se mulher é mãe solteira esta deverá conseguir sustentar a si e ao filho sem ajuda de outras pessoas para adquirir um lugar respeitável na sociedade. Mesmo assim, o irmão ou alguma outra figura masculina próxima a mãe solteira, deverá assumir o papel do homem e defendê-la para manter a imagem da mulher.

Em 2010, já podemos notar que esta dependência moral está mudando aos poucos em todas as classes sociais. Com a liberdade sexual, temos cada vez mais adolescentes grávidas que não se casam, o número de divórcios é também cada vez maior, surgindo assim novas relações familiares. As novas leis dão cada vez mais poderes iguais a homens e mulheres, a guarda conjunta de filhos a pais separados é uma delas.

Outro aspecto importante é que a família não se constitui como um núcleo, mas como uma rede. Esta rede envolve a rede de parentesco de sangue como um todo e outras pessoas ligadas à família ou que possam dar condições melhores de vida a um filho. Uma família, não é uma família sem a existência do filho, é a criança que confere responsabilidade e peso para esta família, no entanto, as condições básicas para tal podem faltar, e nestes casos, os avós e irmãos são os primeiros a serem convocados a cuidar dessas crianças. Padrinhos e pais adotivos para o filho também são considerados. A adoção, principalmente não formal de uma criança é um assunto delicado, pois pode envolver a troca de favores. Os pais de sangue consideram que estão dando uma dádiva aos pais que não podem ter filhos e os pais adotivos podem achar que estão fazendo um favor à família pobre. Dessa forma há sempre uma expectativa de retorno ou reconhecimento de suas partes. (Sarti, 1996)

O nome de família, para Sarti (1996), é muito mais forte nas família de classe alta, onde este tem relações com o poder e genealogia da família. No entanto, o nome que se dá a criança em qualquer classe social tem sempre uma carga, um peso, a escolha do nome carrega uma história do passado ou uma esperança para o futuro dessa criança. Da mesma forma como o nome, a cultura regional influencia a criação e os valores a serem imputados na criança, estes significantes da família e da cultura ficarão marcados no simbolismo e no corpo do sujeito.

Para Petrini (2003) e Gomes e Pereira (2005) a família que não obtem condições básicas de moradia, alimentação, saúde encontra maior dificuldade também em tarefas básicas como a sociabilização de seus membros e assim criam-se situações de vulnerabilidade. Para eles a situação socioeconômica é o fator que mais têm contribuído para a desestruturação familiar. A perda ou rompimento dos vínculos, por sua vez, produz sofrimento e leva a uma baixa auto-estima.

É fato que há um crescente de horas de trabalho para os pais, é bastante comum encontrar famílias onde o tempo com os filhos é escasso e isso pode levar, em todas as classes sociais, a um sentimento de culpa e a uma troca de valores nas relações familiares. O sustento da casa impõe o trabalho aos pais e estes tentam compensar estas horas ou com mimos exagerados ou com uma falta de regras provocando educação deficitária tanto em termos de valores quanto na aceitação das normas e leis de uma sociedade. A divulgação da necessidade do tempo de qualidade na relação entre pais e filhos, ao invés de quantidade de tempo, coloca os pais em cheque quando estes têm de impor um “Não” aos filhos. O projeto de lei que impede as palmadas nos filhos, embora por um lado tenha como intuito a prevenção de possíveis espancamentos, por outro lado retira o poder dos pais. Essa crise de poderes também envolve as escolas, os professores de ensino básico não tem ferramentas para exigir o esforço dos alunos nos estudos, visto que eles não podem reprovar estas crianças, a nota das provas perdeu completamente seu valor. Temos sim que prevenir possíveis abusos dos adultos com os jovens, mas como fazer para que as crianças não cresçam com maiores dificuldade em lidar com a castração, ou seja, com o não, as leis e regras? Não basta criar leis e novos regimentos, é preciso informar, criar novos espaços de discussão, possibilitar a esses pais novas formas de criar suas crianças e lhes devolver essa função que não lhes pode ser retirada sem consequências gravíssimas.

Vemos, a partir desses autores que, a formação das crianças é fruto de uma série de expectativas e condições externas variadas. Esta criação pode carregar a expectativa de independência da mulher, de respeito da família, de felicidade do casal, de raiva do homem ou mulher por ter de assumir tal responsabilidade em detrimento de outros desejos, dos sentimentos de troca e reconhecimento de pais de criação (sendo eles da rede de parentesco de sangue ou não). A circulação de crianças seja momentânea por

dificuldades financeiras, ou definitiva por morte de um ou dos dois pais, trará conseqüências importantes para o desenvolvimento psicológico e social desta criança.

## **2.2 A Escola e a Sociedade.**

Como não poderia deixar de ser, outro ambiente que ajuda na formação do indivíduo é a escola, e ela, assim como a família, poderá imprimir marcas em seu desenvolvimento psicológico e físico.

Pode-se dizer que a história da educação ocidental iniciou-se na Grécia, com as primeiras reflexões filosóficas de Sócrates e Aristóteles. Nasceu daí o conceito de educação chamado “Paidéia”, baseadas em práticas educativas anteriores, ele visava uma construção de conhecimentos que se estendesse para a vida toda, este era o ideal grego. (Araújo, 2008)

Mas o que se deu com a educação a partir daí? Como o assunto é muito vasto, restringirei o estudo ao Brasil. Para isso, seguirei inicialmente os estudos da historiadora Shueler (1999).

A escolarização no Brasil iniciou-se a partir dos meados do século XIX através de um modelo de desenvolvimento europeu e norte americano ligados a *higienização*. Os paradigmas de civilização e progresso desses países informavam aos dirigentes imperiais, os quais buscavam a construção de um Estado moderno, a necessidade de eliminar os aspectos de desordem nas ruas e becos sujos e estreitos. (Schueler , 1999)

Além do aspecto físico das cidades coloniais, viam-se também pelas ruas, crianças trabalhadoras, pobres e mendigas perambulando. Muitas vezes famílias inteiras habitavam ruas e praças. Em resposta a esta visão de atraso desenvolvimentista, o



governo desenvolveu várias políticas higienistas, policiais e jurídicas no decorrer do século XIX. (Schueler, 1999)

A construção de escolas e, posteriormente, a obrigação da inserção das crianças nestas, foram medidas que não visavam à melhoria da condição de sobrevivência das famílias pobres, e sim a higienização das ruas. Este aspecto fica claro com as diversas regras impostas de acordo com as classes sociais para os ensinos primários, secundários e superiores. As crianças pobres obteriam apenas o ensino necessário para a execução de trabalhos manuais, trabalho que tido desde a cultura da época até hoje como inferior. A distinção era feita inclusive entre os sexos, e dessa forma, meninos e meninas aprendiam funções e tarefas diferenciadas, eles para trabalharem fora de casa e elas para cuidarem do lar. Com a abolição da escravatura, a educação foi tida também como meio de solucionar o problema da organização das relações de trabalho e de controle social. (Schueler, 1999)

Segundo Garcia (2002), a escola continua a responder por demandas externas, como políticas e mercado muitas vezes na contramão do aprendizado para a vida. A qualidade de ensino tem hoje diversos nomes, para o comerciante ou industrial significa lucro, para a classe trabalhadora o peso recairia na conquista pela igualdade, para o dono da escola seriam melhores resultados e custos mais baixos. Esses diversos enfoques estariam fora ou tangenciando o esperado para o ensino, que é sua democratização.

Voltando ao passado, após a abolição da escravatura, logo os problemas na escola começaram a aparecer; com a necessidade de aumentar a frequência dos alunos, associações filantrópicas criadas pela alta sociedade, distribuíam gratuitamente às famílias pobres, vestuário e material escolar. Visavam também garantir o acesso ao atendimento médico e os remédios para combater epidemias e doenças, os quais eram

tidos como empecilhos para a frequência escolar das crianças pobres. Outra função que a escola adquiriu foi a de prevenir a criminalidade e desordem. A educação na escola previa assim o ensino da religião, da moral e ética. (Schueler, 1999)

Havia um consenso entre os diversos dirigentes do Estado imperial no que se refere à visão de que a educação era capaz de produzir riquezas, pois inculcia nas crianças ‘o amor ao trabalho’. Assim, toda despesa feita com a instrução popular seria, na verdade, ‘uma economia’, porque diminuiria o número de indigentes, enfermos e criminosos, facilitando a poupança com os gastos de hospitais, asilos e cadeias. (Schueler, 1999, p.77)

Por outro lado, a visão dos professores com relação a escola era diversa da dos dirigentes, para eles os alunos eram a nação em tenra idade e o ensino estava relacionado à formação da nacionalidade. Os professores reivindicavam a valorização do ensino público, a melhoria dos salários e de sua classe. Entendiam também que a educação moral e religiosa era função dos pais, mas em contato com a classe pobre, acabaram por retirar esta função deles, visto que, consideravam a educação doméstica insuficiente e até mesmo prejudicial às crianças. (Schueler, 1999)

As instituições de ensino tinham as funções de educar, inculcar normas de comportamento, hábitos e determinados valores culturais, em detrimento da cultura e dos valores familiares; e estas intervenções eram apoiadas e legitimadas pelos professores primários. (Schueler, 1999)

Estes problemas não desapareceram, segundo Garcia (2002) eles pioraram ainda mais, os salários dos professores continuam baixos, o ensino público decaiu enormemente e hoje para se ter um bom preparo para o mercado de trabalho, os pais que tem condições financeiras, além de pagar impostos têm que pagar uma escola particular para seus filhos. Na época do presidente Collor, por exemplo, muitos pais tiveram que colocar seus filhos em escolas públicas e se mudaram para regiões mais pobres. A

educação moral e religiosa nas escolas foi quase totalmente extinta. A reflexão sobre os conhecimentos se torna cada mais difícil, a prioridade na maioria das escolas públicas é o término do ensino básico, o qual indicaria a alfabetização para estatísticas internacionais de desenvolvimento. Para este fim, o governo proibiu a reprovação de alunos até a quarta série. No ensino médio público, as expectativas de ingresso em Universidades têm decaído devido aos baixos índices de aprovação, reflexos de uma educação deficitária. Não foi a toa que os governos instituíram cotas nas universidades públicas para pessoas que estudaram pelo menos parte da vida em escolas públicas ou que se consideram negras e assim carregam o fardo de uma história desfavorável. Na maioria das vezes o que se encontra é um estudo “para passar nas provas” e conseguir o diploma. Os que não desistem trabalham para pagar uma Universidade particular que seja menos concorrida, ou fazem cursos técnicos profissionalizantes, os quais são mais rápidos.

Nas escolas particulares o ensino médio é preparatório para os vestibulares e muitas pessoas passam anos fazendo cursinhos para entrar em uma boa Universidade. Em algumas faculdades particulares é raro encontrar espaço para a reflexão, são usados, inclusive, apostilas com o conteúdo pronto e delimitado a ser dado, assim o conhecimento de autores fora deste eixo visado para a preparação profissional é restringido.

O século XX é marcado pela crescente preocupação com a criança e seu desenvolvimento. Ao separar as turmas por idade, a preocupação com sua formação cidadã e sua saúde, tira-as da posição de pequenos adultos, imaturos ou imperfeitos e as põem na posição de crianças em desenvolvimento. (Prizskulnik, 2002)

É, sobretudo a partir de 1930, que ocorre a expansão da educação, juntamente com o processo de industrialização do país. A escolaridade obrigatória, e a necessidade

dos jovens aprendizes para o desenvolvimento industrial, se deparam com a dificuldade de certos grupos de crianças, os quais não conseguem acompanhar as exigências da escola. Elas possuem problemas de leitura e escrita, e passam a chamar a atenção de profissionais como pedagogos, professores, psicólogos e médicos. (Prizskulnik, 2002)

Assim os primeiros trabalhos acerca do desenvolvimento, pensamento e inteligência das crianças e jovens florescem no século XX. A mídia, os desenvolvimentos tecnológicos e na área da saúde com remédios que prometem a cura para depressão, impotência, timidez, etc., passam a influenciar a sociedade maciçamente. E no final do século XX e início do XXI, a criança se torna cada vez mais o centro da atenção e preocupação dos adultos. A sociedade assim cria novos ideais para as crianças e exige delas e dos pais a adaptação. (Prizskulnik, 2002)

Sabe-se que o sujeito se constitui, na medida em que constrói ideais que lhe são apresentados ao longo de sua existência, pela família, identificada e inserida em determinado contexto social. Admite-se que existem pontos vulneráveis na trama deste tecido social que cerca o sujeito, que podem originar uma rejeição escolar, por exemplo. Para tanto, reconhece-se que a este valor, tomado como um ideal, explicitado ou não pela família, ter-se-á sempre, um sujeito que responde de maneira particular. (Degenszajn, R. D.; Roz, D. P.; Kotsubo, L, 2001, p.108)

À medida que se criam cada vez mais modelos e ideais, a probabilidade do fracasso aumenta. Um termo bastante utilizado atualmente é “fracasso escolar”, este foi referência para a criação de um grupo de pesquisa na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, composto por psicólogos frente à inquietação causada pelo freqüente encaminhamento de crianças por médicos ou pela escola, devido a queixa de problemas de aprendizagem ou de mau rendimento escolar. ( Degenszajn *et al*, 2001)

Alguns dados investigados por este grupo de pesquisa a respeito da demanda de atendimento de crianças devido à queixa escolar são alarmantes. Em um levantamento realizado Souza (1997) em 1989 em oito Unidades Básicas de Saúde, 70% dos indivíduos com idade entre 5 e 14 anos foram encaminhados por problemas de aprendizagem e de comportamento em sala de aula e fora dela.

(...) as explicações psicológicas para as dificuldades escolares consideram que muitas delas tornam-se evidentes no momento de ingresso da criança na escola – tanto pelas habilidades psicomotoras que exige, quanto pela tarefa de adaptação a um ambiente novo, que difere profundamente do ambiente familiar. A criança seria portadora de dificuldades emocionais e conflitos internos que se revelam ao entrar em contato com um ambiente desafiador e hostil, como o escolar” (Souza 1997, p. 25 )

Este tipo de abordagem do problema é bastante comum na tradição da psicologia brasileira dos anos de 1990. No entanto ela deixa de lado aspectos relacionados às problemáticas da escola, como método pedagógico, a relação professor aluno, o histórico escolar do aluno e outros aspectos institucionais próprios da história da escolarização no Brasil. (Degenszajn *et al*, 2001)

A Psicologia Escolar foi uma das áreas mais importantes no Brasil a realizar uma crítica ao modelo de atuação psicológica em educação e à sua formação profissional. O pioneirismo de Maria Helena Souza Patto em 1981, com o trabalho “*Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar*” formalizou críticas frente: à concepção de ciência da Psicologia, que teve como base o positivismo, efetuando testes psicométricos; às explicações a respeito das dificuldades de aprendizagem, focadas na criança e na teoria da Carência Cultural; e ao modelo clínico, psicoterapêutico e reeducativo própria a psicologia da época em atendimentos de crianças encaminhadas com a queixa de fracasso escolar.

Com essas críticas que se intensificaram especialmente na década de 90, houve uma ruptura epistemológica com concepções adaptativas de Psicologia. Iniciou-se então a corrente da Psicologia Crítica, cujas referências teórico-metodológicas passaram a compreender os fenômenos escolares enquanto produtos do processo de escolarização, constituídos pelas dimensões institucional, pedagógica e relacional. O desenvolvimento humano e a aprendizagem passaram a serem vistos como processos inseparáveis, os quais articulavam as dimensões biológica, histórica e psicológica dos indivíduos. Além disso, outros instrumentos psicológicos foram criados buscando a aproximação e o conhecimento da complexa realidade dos fenômenos educativos. (Souza, 2009)

A psicologia escolar, a partir de Souza Patto, passou a lutar por uma práxis, a partir do século XXI de considerar como fundamentais os seguintes aspectos: a demanda escolar como ponto de partida de uma ação na instituição de ensino; a valorização e melhoria do trabalho do educador; um trabalho dinâmico com todos os setores do processo educativo; a análise multifuncional dos diferentes discursos existentes na escola e nos processos educacionais/escolares em busca do enfrentamento dos desafios relativos a demanda educativa/escolar. (Souza, 2009)

Essa mudança focal da Psicologia Escolar é de fundamental importância tanto para a atuação do psicólogo na escola, quanto para o clínico. É necessária uma visão ampla dos diversos fatores que influenciam a adaptação da criança à escola e seu processo de aprendizagem. Não há setor nenhum que possa se desresponsabilizar de antemão, ou seja, a escola, a família, os professores, a criança fisicamente e psicologicamente devem ser tomados em conta para um diagnóstico e tratamento adequados. E a Psicologia Escolar é a que possibilita a intervenção e o trabalho na instituição e com os funcionários presentes nela. (Patto, 1981)

Apesar de todo o esforço dos psicólogos, os estudos mostram que a tendência das instituições ainda é de imputar ao aluno, seja fisicamente ou psicologicamente, a culpa pelo fracasso escolar, em prol de um não comprometimento da escola com mudanças e responsabilidades.

As crianças com suspeita de deficiências em uma ou mais funções cognitivas (distúrbios de fala, distúrbios da linguagem escrita, alteração da percepção das formas, etc.) na maioria das vezes são encaminhadas para médicos, os quais apenas receitam remédios ou além desses, indicam estas crianças a psicopedagogos ou psicólogos comportamentais, os quais baseiam-se no princípio do indivíduo visto como um “mosaico de funções das quais se deve restaurar aquela que se encontra deficiente”. Nota-se, no entanto, um fracasso em muitas destas tentativas, e estas crianças e jovens são então encaminhadas para outros profissionais como psicanalistas e psicoterapeutas sob suspeita de algum “bloqueio emocional”. (Degenszajn *et al*, 2001)

Mais recentemente, em um artigo publicado na revista *Época* (Segato, Padilla, Frutuoso, 2006), fica claro que, a questão da dificuldade no desempenho escolar está sendo encarada como um problema a ser eliminado o mais rápido possível, e sem maiores questionamentos acerca da sua causa. Principalmente nos Estados Unidos, as escolas têm pressionado os pais a encaminharem as crianças a psiquiatras, os quais muitas vezes acabam receitando inúmeros remédios tarja preta, ou seja, que podem causar dependência, para eliminar os sintomas.

Em pouco tempo o diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) se tornou tão freqüente e famoso que minha experiência na clínica e a de colegas psicólogas que trabalham em escolas têm mostrado que este diagnóstico muitas vezes é dado pelos professores e diretores das escolas antes mesmo de serem encaminhados a médicos e psiquiatras.

Certa vez, a mãe de um paciente relatou que a escola não agüentava mais o comportamento de seu filho, o qual obstruía todas as regras impostas a ele, além de não saber escrever na terceira série. Disse que a escola queria que eu fizesse um relatório sobre o que estava acontecendo com o menino e pedia soluções urgentes. Certa professora com “conhecimentos de psiquiatria” disse para encaminhar o menino ao psiquiatra, pois ele teria TDAH e precisava tomar remédios para melhorar”; quando no entanto descartei essa hipótese para a mãe, visto que a criança respondia de forma bastante diferente em casa e na clínica, a professora apareceu com a hipótese de carência excessiva do filho que precisaria ficar uns dias em casa com a mãe.

Percebe-se assim, que a instituição não estava preparada para lidar com crianças agitadas, queria uma solução urgente e chegou ao extremo de dar diagnósticos e dizer à mãe o que ela deveria fazer. Quando, no entanto, pedi para que alguém responsável da escola viesse falar comigo sobre as dificuldades da instituição, ninguém apareceu. Infelizmente as soluções arranjadas pela escola são apenas advertências, suspensões de aula ou passeios para o menino, assim este fica cada vez mais excluído da turma e das possibilidades de aprendizagem. A mãe relata também que chegou a pedir à escola, para repetir de ano seu filho, visto que ele não estava acompanhando o conteúdo e ficaria cada vez mais difícil de acompanhar os colegas, no entanto, como já foi dito, a lei atual estabelece que não haja repetência de ano até a quarta série.

Os diagnósticos de dislexias e TDAH impostos pela medicina, embora tomem como base apenas aspectos subjetivos e a-históricos do sujeito, ou seja, sem um estudo mais apurado da história do sujeito e sua inter-relação ao meio social, insistem em creditar suas causas a disfunções cerebrais. A Associação Brasileira de Dislexia (ABD, 2010) indica que há uma prevalência de dislexicos na população de 05 a 17%. Em um estudo de 2008, realizado e publicado pelo site da mesma instituição, foi apurado que



cerca de 63% dos casos que procuraram um diagnóstico na ABD foram confirmados os distúrbios. Das pessoas que tiveram seus diagnósticos confirmados, 54% apresentaram dislexia em grau médio, 39% severo e 7% leve.

O problema é que remédios, como a Ritalina (metilfenidato), têm sido receitados muitas vezes indiscriminadamente como a solução para todos os problemas de aprendizagem, e estes possuem efeitos colaterais tais como perda de apetite que provoca perda de peso e influencia o crescimento normal de crianças, boca seca, taquicardia, dificuldade para dormir, oscilações de humor, entre outros, os quais para serem contornados são administrados outros tantos remédios. (Segato et al. 2006)

A quantidade de artigos científicos publicados sobre o TDAH vem aumentando exponencialmente. Em minha tentativa de pesquisar sobre o tema desta pesquisa, em sites de referência para artigos acadêmicos, como o Scielo, ao procurar (setembro 2009) por “distúrbios psicomotores” ou “sintomas psicomotores” ou “psicopatologia na infância” encontrei, no total, apenas dois trabalhos que se referiam realmente ao tratamento de crianças sem danos biológicos como causa das psicopatologias motoras. No entanto ao digitar “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade” o site encontrou 96 artigos.

Para o diagnóstico de TDAH, há remédios que prometem resultados rápidos, sem a necessidade de reflexão em torno do sintoma, sem os investimentos psicológicos dos pais e pedagógicos das escolas. Em uma sociedade capitalista, onde “tempo é dinheiro” e a felicidade está a venda em propagandas de bens de consumo; a reflexão e o investimento a longo prazo parecem muito pouco atraentes. Nesse contexto o sintoma é uma mera obra do acaso, determinantes biológicos ou de forças divinas, e o sofrimento da criança permanece por traz dos efeitos dos remédios.

As empresas que pesquisam e vendem remédios não demoraram a perceber esse mercado que busca soluções rápidas. A cada ano, descobrem-se novos agentes e fórmulas que prometem soluções a problemas psicológicos através da química cerebral. Todos transtornos seriam causados por disfunções e desequilíbrios de substância cerebrais, os quais, por sua vez, são causados pelo estresse da vida moderna ou causas genéticas. Antigamente a descoberta de transtornos e sintomas buscavam novos remédios, hoje se pode fazer a questão: será que a descoberta de remédios é o que está guiando os novos diagnósticos de transtornos?

Além dos remédios que prometem curar um desconforto ou transtorno psíquico, existem os que visam prevenir as doenças e aumentar a capacidade cognitiva, a memória e a atenção das pessoas. Assim, o ser humano está cada vez mais impelido a utilizar recursos químicos para adaptar-se a vida capitalista e retirar quaisquer diferenças e desconfortos de sua vida, sem maiores questionamentos. Já em 1983, Barros realizou um estudo sobre os perigos das propagandas de remédios, ele já alertava que estes estavam sendo tratados como um bem e consumo que incentivava a automedicação.

Em nosso trabalho desenvolvido no Laboratório SuCor, os distúrbios de atenção e hiperatividade são tratados dentro do conceito maior de sintoma psicomotor a ser desenvolvido neste estudo. Nessa experiência, notamos que estes sintomas têm um sentido para a criança e portanto, uma razão de existir. O tratamento dessas crianças se dá através das palavras e da interação nas brincadeiras com o analista. É feito também, um acompanhamento dos pais, investigando a história da família e os encaminhando, se necessário, para tratamento psicológico.

Este tema merece atenção, recentemente atendi um caso onde os três filhos de um casal foram diagnosticados com TDAH, destes, um deles começou a tomar ritalina a

partir dos 5 anos de idade e outra aos 6 anos. Segundo a mãe, a menina de seis anos não apresentava hiperatividade da mesma forma como os irmãos, e foi preciso que ela fosse a três psiquiatras até que fosse detectado seu TDAH, que “por ser menina aparecia com características diferentes dos meninos”. Os pais argumentam que queriam prevenir as dificuldades dos filhos mais novos, pois o mais velho que foi diagnosticado somente na adolescência traz muitos problemas de convivência em casa.

Não se pretende, contudo, pré-julgar a posição dos pais ou das escolas frente a uma criança com sintomas psicomotores, mas sim, alertar para as possíveis confluências dos aspectos levantados e suas conseqüências para a escolha de tratamentos. Temos que fazer uma análise crítica de cada caso, pois há inúmeras variáveis que precisam ser estudadas. O uso de remédios, não deve ser negado, mas escolhido com atenção e com os objetivos claros do que se pretende alcançar através deles.

### **3.0 Alguns Conceitos Fundamentais da Psicanálise Para a Discussão Acerca dos Sintomas Psicomotores.**

#### **3.1 O Sintoma, o inconsciente e o desejo.**

Em “Os Caminhos da Formação dos Sintomas”, Freud (1916-17b/1996) define os sintomas psíquicos como atos prejudiciais, ou, pelo menos, inúteis à vida da pessoa, que se queixa deles por serem indesejáveis e causadores de desprazer ou sofrimento. Os sintomas demandam grande dispêndio de energia, que poderia ser usado em outras funções psíquicas.

No decorrer de sua obra, Freud defende que os sintomas são como um aviso de que algo não vai bem no sujeito, ou seja, são resultados de um conflito inconsciente. Podemos fazer alguma equiparação à medicina, quando vemos que febre, congestão nasal, dor de cabeça, entre outros são sintomas da ação de um vírus no organismo. Mas ao contrário da medicina, a ação da psicanálise não é diretamente sobre estes sintomas, através de analgésicos e outros remédios, enquanto se espera que o organismo sozinho expulse os vírus, a psicanálise vai atuar na causa dos sintomas, em uma reconciliação do sujeito com seu inconsciente, o qual no exemplo da gripe seria a grosso modo o vírus. Neste sentido, a psicanálise não busca eliminar os sintomas, e sim acolhê-los, identificar suas causas, para então, através do tratamento destas, obter uma melhora na qualidade de vida do paciente.

A descoberta do inconsciente e dos conflitos do eu abriu as portas para o tratamento de varias patologias até então tidas como incógnitas. Freud (1893-95) descobriu através das histéricas que pensamentos inconscientes podem exercer influência sobre o corpo, essas partes do corpo tomadas pela doença, teriam uma ligação

com representações, ou seja, pensamentos cuja consciência não teria condições de lidar. Essas representações são então cortadas da consciência, mas não sem conseqüências, pois nesses casos estão ligadas a uma região do corpo ou ainda a uma função deste.

Para Lacan (1964, p. 29) em seu seminário sobre Os quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise, o conceito de inconsciente que Freud lutou para criar não é apenas um estado de não-consciência, ele diz “ao nível inconsciente há algo homólogo em todos os pontos ao que se passa ao nível do sujeito \_ isso fala e funciona de modo tão elaborado quanto o do nível consciente, que perde assim o que parecia seu privilégio.” Temos para Freud e Lacan um sujeito além da consciência, um sujeito ativo e desejoso, um sujeito do inconsciente que nada mais é do que o objeto de análise tão visado pela psicanálise. O tratamento em psicanálise depende da escuta analítica, ou seja, aquela que é capaz de captar algo do inconsciente quando este irrompe a fala, seja através da análise dos sonhos, dos atos falhos (*erros de comunicação*) ou da associação livre (regra básica da psicanálise onde se pede que o sujeito fale tudo que lhe vier à mente sem restrições).

Há ainda um outro tipo de sintoma desenvolvido por Lacan nas últimas décadas de seu ensino, chamado de *Sithoma*, para diferenciar deste sintoma estudado por Freud. No decorrer deste trabalho vou diferenciá-los.

Ainda em 1911, Freud já dizia que os sintomas “são resíduos de experiências profundamente comovedoras, afastadas da consciência cotidiana, e que sua forma é determinada (de maneira que exclui a ação deliberada) por pormenores dos efeitos traumáticos das experiências” (p.225). Assim as perspectivas da análise seriam as de livrar o paciente desta “repressão”, de forma que os conteúdos inconscientes pudessem aparecer e serem elaborados, retirando seu caráter patogênico.

Para estas descobertas, o uso da hipnose e dos estudos realizados por Charcot, foram de extrema importância. No entanto, logo Freud percebeu que o uso da hipnose não era satisfatório, pois ao fim das sessões os pacientes não lembravam sobre o que haviam relatado e, tão pouco, aceitavam facilmente as interpretações de seus sintomas. Passou a utilizar então a associação livre, como meio de chegar aos conteúdos inconscientes do paciente. Na associação livre, pede-se ao paciente que fale tudo que vier a sua mente, por mais que sinta vergonha, ache que é besteira ou sem propósito algum. (Freud, 1911/1996)

Freud assim prosseguiu seus estudos e pôde chegar as causas de outras desordens psíquicas, como a obsessão, a fobia e as psicoses. Chegou à conclusão de que os sintomas são gerados como mecanismos para a substituição das forças reprimidas, para a satisfação e conciliação entre as forças reprimidas e as repressoras, além de serem formações reativas e salva-guardas contra forças reprimidas. (Freud, 1911/1996)

Os sintomas neuróticos são resultados de um conflito entre o “Isso” (conceito metapsicológico que se manifesta, resumidamente, pelo desejo reprimido, ou seja, a pulsão ligada a representações inconscientes) e o “Supereu” (conceito metapsicológico que se refere aos conteúdos de moralidade e leis da civilização incorporados/introjetos ao psiquismo do indivíduo durante seu desenvolvimento). Assim o sintoma é uma forma de satisfação da libido (pulsão sexual, desejo) de uma nova forma, deformada, transformada, a fim de driblar a censura do Supereu e satisfazê-lo ao mesmo tempo. O sintoma é também resultado do processo de repressão, esta processa-se a partir do “eu”, quando este, por ordem do Supereu ou não, recusa-se a associar-se com uma catexia sexual (impulso tido como repreensível pelo ego) que foi provocada no “isso”. A

repressão tenta isolar da consciência o impulso do isso, que então se torna, inconsciente.

(Freud, 1925/1996)

(...) sabemos que um dos componentes do conflito é a libido insatisfeita, que foi repelida pela realidade (não pode ser realizada) e agora deve procurar outras vias para satisfazer-se. Se a realidade de mantiver intransigente, ainda que a libido esteja pronta a assumir um outro objeto em lugar daquele que foi recusado, então a mesma libido, finalmente, será compelida a tomar caminho da regressão e a tentar encontrar satisfação, seja em uma das organizações que já havia deixado para trás, seja em um dos objetos que havia anteriormente abandonado. A libido é induzida a tomar o caminho da regressão pela fixação que deixou após si nesses pontos de seu desenvolvimento. (Freud, 1916-17b/1996 p.361-362)

Para Freud (1916-17b/1996) a causação da neurose estaria, portanto, ligada a uma disposição devido a fixações da libido e uma experiência posterior casual traumática, e de resignificação. As fixações da libido são derivadas de momentos, atividades e experiências da sexualidade infantil, objetos da infância que foram abandonados ou substituídos. Estas escolhas de objeto e fixações libidinais são únicas e dependentes da história de cada sujeito e de sua relação com seus cuidadores.

A teoria psicanalítica teve muitas contribuições teóricas com o passar do tempo, se dividindo em várias linhas, a inglesa a partir dos desenvolvimentos de Melanie Klein e Winnicott, a linha francesa com as contribuições de Lacan e Green. Muitas das questões deixadas em aberto por Freud puderam ser retomadas por Lacan em uma época onde a corrente estruturalista da linguagem se desenvolvia. Lacan soube utilizar e desenvolver os recursos de sua época para realizar um retorno à teoria freudiana. Deste modo, o conceito de representações e idéias inconscientes, pôde ser revisto em termos de significantes (conteúdos fonéticos mínimos das palavras). O inconsciente, para Lacan (1966a/1988), estrutura-se de acordo com as regras da linguagem, podendo haver

metonímias e metáforas, os quais se aproximariam dos conceitos de deslocamento e condensação criados por Freud. O campo da fala se torna primordial para a psicanálise, assim como a importância do conceito de inconsciente, o qual estava sendo posto em segundo plano pelas outras linhas psicanalíticas que se envolviam cada vez mais com as teorias do “ego” (eu). (Lacan, 1966b/1988)

Assim o sintoma para Lacan é inicialmente “o significante de um significado recalçado da consciência do sujeito (...) participa da linguagem pela ambigüidade semântica”. Verificamos na linguagem a constante presença de uma ambigüidade, uma palavra pronunciada, dependendo de sua intonação, pausas e trocas de letras pode remeter a outros significantes e portanto outros significados. Isto se deve pois na fala o sujeito goza! É através da fala que o sujeito expressa seus desejos inconscientes reprimidos, são eles as causas dos atos-falhos. Lacan continua “é uma fala de pleno exercício, pois ela inclui o discurso do outro no segredo de sua cifra.”, o desejo, a fala é sempre dirigida a uma outra pessoa, a simbolização do sujeito é constituída na relação com o outro, seu desejo nasce a partir do desejo do Outro e portanto suas marcas aparecem também na fala a ser decifrada pelo analista. (Lacan, 1966a/1988, p.145)

O sintoma é cifra, metáfora, hieróglifo a ser decifrado através da fala e da escuta como já dizia Freud. A importância da fala no texto sobre a interpretação dos sonhos de Freud é ressaltada por Lacan. O sintoma conserva seu caráter de ambigüidade através da linguagem e a presença do outro, uma vez que o sujeito aliena-se a linguagem desde muito cedo e carrega consigo esta marca do outro. Manifesta-se também na fala dirigida ao Outro, na demanda ao Outro. Este, por sua vez, é lugar de onde o sujeito recebe o sentido, a significação de seu sintoma, ou seja, "sua própria mensagem de forma invertida” (Lacan, 1966a/1988)



O conceito de Outro para Lacan é desenvolvido por toda sua obra, mas podemos resumi-lo dizendo que este é uma figura de poder, esta pode ser encarnada pela mãe que cuida do bebê desde seus primórdios, ou qualquer outro indivíduo que carregue essa função, função de nomear o sujeito através de seu desejo. É por essa função de nomeação que possibilita ao sujeito utilizar a linguagem e demandar algo do Outro, que podemos dizer que este Outro é o tesouro dos significantes, é a linguagem. O outro (minúsculo), por sua vez, é tido como seu semelhante.

O cerne do desejo para Lacan é do Real, ou seja, é indizível, algo que comporta um impossível de significantizar. O desejo é resultado de uma perda do objeto de satisfação, podemos dizer que é resultado da separação subjetiva do sujeito do corpo de sua mãe, o desejo é causada pela falta instaurada no sujeito. Veremos com calma este processo no capítulo sobre a constituição do sujeito. Assim no cerne do sintoma há o real, a verdade do desejo que não pode ser decifrada e que, portanto, permanece como um furo no simbólico, o qual por seu caráter sexual atrai a repressão. Dessa forma o sintoma seria uma formação, uma reação do indivíduo quando este se depara com o Real. (Villela Dias, 2006)

O sujeito vai bem para além do que o indivíduo experimenta “subjetivamente”, tão longe exatamente quanto a verdade que ele pode atingir, e que talvez sairá dessa boca que os senhores acabaram de fechar. Sim, essa verdade de sua história não está toda em seu pequeno papel, e no entanto o lugar aí se marca, pelos golpes dolorosos que experimenta por só conhecer suas réplicas, e mesmo em páginas cuja desordem não lhe dá absolutamente alívio. (Lacan, 1966a/1988 p.129)

Isto que não pode se inscrever simbolicamente, que se refere às perdas, ao sofrimento, não cessa de tentar se inscrever. Um bom exemplo são os transtornos pós-traumáticos, onde as pessoas sonham com os momentos mais traumáticos, de maior dor,

por anos. Essa repetição é uma tentativa do organismo de elaborar, de significantizar, simbolizar esses acontecimentos. Da mesma forma, os sintomas possuem esse real em seu cerne o qual gera uma repetição de atos e pensamentos, na maioria das vezes sem que o sujeito perceba.

Essa insistência do Real, vai ao encontro, confluí-se, com o conceito de repetição em Freud. Ao mesmo tempo em que há uma tentativa de significantização, há também uma resistência, pois o sujeito não quer saber de suas perdas, de suas castrações, há um gozo referente ao não saber.

O desejo pode ser rastreado pela demanda do sujeito, ou seja, por um desejo ligado a um objeto (metonímia do desejo), indicando sua existência, mas não o determinando em sua essência, pois este é opaco (indizível) como já foi dito. (Lacan, 1957-1958/1999)

Essa falta, presente na estrutura do sujeito desejante, pode ser também chamada de furo do simbólico. O furo é onde se pode reconhecer o recalçamento em si. O termo furo ou buraco em psicanálise se refere a algo que faz faltar, ele não é um *nada*, ele suga, provoca empuxo, desejo, é sobretudo onde *se perdeu algo que faz falta*. A linguagem faz furo no real, ou seja, circunda-o, e dessa forma opera domínio sobre ele. Na tentativa de dar significado a falta, ou seja, aos traumas, perdas, ao sexual, a linguagem faz borda a este furo, coloca em torno dela diversos significantes que não conseguem tamponá-lo mas que podem diminuí-lo e exercer mudança no esquema de repetição do sujeito. É dessa forma que a psicanálise tenta dar conta do sintoma, do umbigo do sintoma que nada mais é que o real. A “linguagem come o real”. (Lacan, 1975/76/1999 p.31)

Na Conferência em Genebra sobre o sintoma, Lacan (1998) diz que o sintoma fala da impossibilidade da relação sexual, ou seja, do trauma da impossibilidade de

completude, da existência da falta. O sintoma em Lacan está de acordo com Freud, quando este diz que é necessário fazer um retorno às primeiras experiências, ou seja, às experiências sexuais, o que Lacan chama de realidade sexual, momento este das primeiras tentativas do sujeito de teorizar sobre as impossibilidades encontradas frente aos seus desejos sexuais. A realidade sexual é a de que não existe a relação sexual, da impossibilidade da realização do Um da relação sexual. (Lacan, 1975/76/1999)

Lacan (1975-76/1999, p.14) diz “O amor é impotente, ainda que seja recíproco, porque ele ignora que é apenas o desejo de ser Um, o que nos conduz ao impossível de estabelecer a relação dos... dois sexos”.

Mas o que é o Um da relação sexual? Pode-se dizer que Um é um momento mítico, ou seja, este não existiu em si, pois não é possível sua existência, no entanto, pensa-se ter existido, em um momento anterior a inscrição da linguagem. Esse momento só é simbolizado a partir de sua perda, perda desta constância do sujeito anterior a linguagem. O Um remete a um estado anterior ao nascimento do bebê, onde suas necessidades eram satisfeitas antes mesmo de se manifestarem enquanto tal em seu corpo, anterior portanto, ao desejo. Assim, o Um é o que se deseja alcançar a partir do momento em que se percebe a falta instaurada pela linguagem, pois o Outro (que pode ser representado pela mãe enquanto detentora dos objetos de satisfação do sujeito) também falta, é constitutivo. O Um é o “todo”, a “completude”, a inexistência de tensão e de divisão. (Lacan, 1975-76/1999)

A relação sexual enquanto Um não existe, afinal a relação é sempre entre dois. Assim no umbigo do sintoma, pode-se concluir que reside o real, que ele provoca a repetição, ou seja, um gozo resultado da eterna tentativa da relação sexual, do Um. Essa resistência de “mas isso não” é o que Lacan intitula como “Sinthoma” já ao fim de sua

carreira. Este conceito irá abranger uma gama muito maior de modos de se lidar com falta, com a falha do que se tinha até então.

O sintoma não está, como o acting-out, pedindo a interpretação... o que descobrimos no sintoma, em sua essência, não é um apelo ao Outro, não é o que mostra o Outro; o sintoma em sua natureza é gozo... gozo encoberto sem dúvida... O sintoma não precisa de vocês como o acting-out, ele se basta. É da ordem do que lhes ensinei a distinguir do desejo, como sendo o gozo, quer dizer, algo que vai em direção à Coisa, tendo passado a barreira do Bem... quer dizer, do princípio do prazer, e é por isto que este gozo pode se traduzir por um Unlust... desprazer. (Lacan, 1962-63/1997-98, p. 134).

A Coisa, ou *Das Ding*, é um termo freudiano, desenvolvido em seu texto “Projeto para uma Psicologia Científica” (Freud, 1886-89) para nomear algo inominável, do real. No primeiro encontro do sujeito com o outro, ele se depara com uma parte apreensível, representada do outro e com uma parte inapreensível, o estranho. Para Lacan (1959/60 – 1999 p.69) “O *Ding* é o elemento que é, originalmente, isolado pelo sujeito em sua experiência do *Nebenmen*”, ou seja, na sua experiência com o outro, como sendo, por sua natureza, estranho, “*Fremde*”. É em torno do que se orienta todo o encaminhamento do sujeito”. Esta Coisa é o que vai orientar o sujeito, pois a Coisa falta, este encontro é eternamente buscado pelo sujeito, pois refere-se a um tempo mítico de seu passado, onde não existia a falta, a falta da Coisa, mais uma vez anterior a linguagem.

Para Coutinho Jorge (2008), a *Coisa* se distingue do *Objeto a* (objeto causa de desejo) ao passo que o primeiro se refere ao objeto perdido da espécie humana, enquanto o segundo seria o objeto perdido da história de cada sujeito e passível de várias nomeações, nomes que irão cair quando o sujeito se encontrar com este objeto nominado e se decepcionar com seu caráter se não satisfação total. Esse encontro é o

encontro com a própria Coisa, o estranho, o Real inominável que provoca a falta e o início de um novo ciclo de buscas.

Assim Lacan ultrapassa o conceito de sintoma enquanto rede simbólica a ser decifrada, pois resta ao fim desse estágio algo do real que insiste, ou seja, um resto nomeado por gozo. (Villela Dias, 2006)

Esse resto, esse gozo, não é necessariamente algo ruim, esta visão se formou a partir do seminário sobre a Ética de Lacan, no entanto, ao longo de sua obra o autor abandona este caráter destrutivo, de uma ignorância maléfica para com a castração. O gozo pode vir a se tornar um “*Sinthoma*”, diferenciando-se do sintoma decifrável, isto ocorre quando este possibilita a amarração dos aros do Simbólico, Imaginário e Real os quais dão o suporte para o Sujeito. Além disso a busca pelo gozo, através do desejo é o que movimenta o sujeito, ou seja, faz com que ele obtenha conquistas e desenvolva sua vida.

Estes três aros enodados são chamados de nó borromeano. Lacan (1975-76/1999) coloca o Imaginário como o suporte do que é a consistência, o furo como essencial no que diz respeito ao Simbólico e o Real sustentando o que é chamado de *ex-sistência*. A *ex-sistência* do nó borromeu é própria do terceiro termo, sem ele, os outros aros estariam livres. Nas palavras de Lacan (1975-76/1999, p.49) “Ao sistir [*sistir*] fora do imaginário e do simbólico, o real colide, movendo-se especialmente em algo da ordem da limitação. A partir do momento em que ele está borromeamente enodado aos outros dois, estes lhe resistem. Isso quer dizer que o real só tem *ex-sistência* ao encontrar, pelo simbólico e pelo imaginário, a retenção.”

Assim o imaginário é o que dá consistência ao nó borromeu, uma vez que faz o intercâmbio entre o real e simbólico. Quando o sujeito se vê de frente a algo do Real, que confronta o sujeito com a sua castração, é a estrutura dinâmica do nó que possibilita

ao sujeito lidar com o fato. No entanto, se um dos aros falha, é necessário um *sinthoma*, quarto aro, para amarrar a estrutura novamente. As últimas elaborações sobre o *sinthoma* por Lacan, portanto, abrangem não somente as neuroses, mas todas as estruturas clínicas. (Lacan, 1975-76/1999)

A partir do caso Joyce, Lacan (1975-76/1999) conclui-se que em alguns tipos de *sinthoma*, não se deve mexer, pois é a melhor forma que o sujeito arranhou para lidar com o furo do real. O *sinthoma*, com seu novo conceito, deixa de ser necessariamente algo negativo ao sujeito.

Temos então, resumidamente, dois sintomas, um que chamaremos de sintoma (sem o h) que é decifrável através da rede significante, que possui um sentido, mas também um limite pois em seu cerne se encontra o desejo, o Real que é indecifrável e um gozo que se nega a saber de uma falta primordial, a Coisa. Esse primeiro sintoma é passível de eliminação através de seu acolhimento e tratamento em análise. Já o *sinthoma* (com h) é primordialmente constituído através de um gozo, gozo útil para o sujeito, ao passo que serve como amarrador de sua estrutura. Este *sinthoma* não possui o caráter conflitivo dos sintomas histéricos pesquisados por Freud. Ele é passível de tratamento através das palavras, pois, como já foi citado, a liguagem faz furo no Real e portanto é capaz de provocar movimento no *sinthoma*, mas temos antes, que nos perguntarmos qual a função que este *sinthoma* está exercendo naquele sujeito especificamente e que condições ele tem de viver sem ele. Está aí a importância também de saber identificar o *sinthoma* no sujeito, pois ele pode estar contendo, amarrando uma estrutura psicótica, que se tratada ao modo da neurose, pode ser deflagrada em inúmeras alucinações.

O fim da análise para Freud é uma questão que lhe toma tempo. Em “análise terminável e interminável” Freud (1937/1996) se pergunta se seria possível a

subjetivação da castração. Essa questão também parece permanecer na obra de Lacan, e talvez seja por esta razão que ambos concordam, com a necessidade do retorno periódico à análise.

Tendo esclarecido um pouco mais o conceito de sintoma para a psicanálise lacaniana, parto então para o aprofundamento do conceito e gozo. Estes conceitos darão base para a discussão das questões levantadas sobre o que é o sintoma psicomotor e quais suas relações de gozo do infans com seus cuidadores.

### **3.2 O Sintoma Infantil.**

O sintoma na criança é sempre um apelo ao Outro, um pedido de socorro e além disso está imerso em um fantasma familiar. Em “*Nota sobre a criança* de Lacan (1969/2003), este afirma que o sintoma da criança representa a verdade do par familiar, ou seja, o que há de sintomático na estrutura familiar reflete na criança.

Quando o bebê nasce já existem expectativas quanto ao seu futuro, ele realiza a presença do *objeto a* (objeto de desejo que simboliza a completude) na fantasia materna. Satura o modo de falta específico do desejo da mãe, de forma que esta se distancia de sua própria verdade, a da castração. Em um primeiro momento isto é necessário, mas não deve persistir, a entrada do terceiro termo, o pai, tem que provocar uma separação nessa diade, e e colocar o sujeito em sua posição de filho, formando-se então uma tríade. Lacan (1969/2003) já aponta aqui a possibilidade do sintoma somático como tendência desse tamponamento da falta, na forma de uma exigência da criança de ser protegida:

“O sintoma somático oferece o máximo de garantia a esse desconhecimento; ele é fonte inexaurível, segundo os casos, a dar testemunho da culpabilidade, a servir de fetiche, a encarnar uma recusa primordial”. (Lacan, 2003/1969 p.373)

A culpabilidade aqui referida é implícita, a doença além de reclamar cuidados é indicadora de uma falta materna. Essa relação dual pode ser entendida como uma tentativa de retorno ao Um, a um momento de gozo do ser, o qual só é subjetivado a *posteriore* com sua perda, ou seja, com a alienação à linguagem, ao Outro.

O sintoma na criança é então segundo Lacan, resultante do fantasma familiar, de uma estrutura precedente ao sujeito. Quando temos um sintoma infantil sem a entrada do pai, o tratamento parece mais difícil de atingir uma “cura”. Ao passo que se já houver uma tríade, ou seja, uma castração simbólica já efetuada, os sintomas sejam eles quais foram, acham uma maior abertura ao tratamento.

Segundo Mannoni (1967) a criança deve passar por conflitos que lhe são necessários. Estes conflitos são identificatórios e não conflitos com o real; e, se o mundo exterior é sentido pela criança como bom ou ruim, sabemos que não se trata de uma situação biológica, ou animal, de luta pela vida, mas de uma situação imaginária, que deve pouco a pouco simbolizar-se.

O sintoma na criança se diferencia do sintoma no adulto em alguns pontos, sua estruturação simbólica ainda está em vias de constituição, seu contato com o mundo externo é muito novo e ela depende inteiramente das pessoas a sua volta. A criança está alienada ao Outro e suas escolhas, como já vimos, são forçadas, ela está a merce do Outro e tudo que ela tem como suporte para entender o que acontece consigo e a sua volta é seu imaginário, é ele que permitirá o intercâmbio entre o simbólico e o real.

Para Dolto (1996), quando uma criança apresenta distúrbios, encontramos em sua primeira infância ainda próxima, se pudermos conhecer sua história, os “momentos determinantes dos fracassos da simbolização do desejo ou dos traumas emocionais



precoces das quais a angústia é o único testemunho.” (p.256) Essa época infantil do ser humano é onde “se enraízam a saúde, a inteligência e a sensibilidade potencial, juntamente com o esboço arcaico das modalidades do desejo e com as armadilhas em que este esbarra, desde os estágios oral e anal, já linguísticos e já morais, por concernirem ao ser, ao ter e ao fazer” (p.256)

No sintoma infantil, temos assim, um trabalho de deciframento do sintoma, não apenas através do atendimento da criança mas também dos pais, da história dessa família que será a base para a criação desta criança.

#### **4.0 A constituição do sujeito, corpo e gozo: possíveis caminhos para o sintoma psicomotor.**

O objeto de estudo deste trabalho é o sintoma psicomotor, este sintoma, como vimos, é sempre referido a um atraso no desenvolvimento psicomotor, seja de tônus, equilíbrio ou linguagem. Ao falar em atraso, a maioria das pessoas é levada a pensar através de um conceito de desenvolvimento esperado da criança, o qual foi elaborado por autores como Gesel e Piaget. No entanto, este conceito não coincide com o que Freud e Lacan demarcaram como a constituição do sujeito e sua estruturação. Embora essas duas formas de se estudar o crescimento e formação do sujeito sejam diferentes, notamos através destes sintomas psicomotores que há uma dinâmica entre eles.

Piaget (1983) se ocupa do estudo do desenvolvimento cognitivo intelectual da criança. O processo de conhecimento para ele se dá entre o indivíduo e o objeto, dependendo de ambos. Seu trabalho indica que em cada idade o indivíduo tem uma forma específica de lidar com o meio, esta forma é determinada por uma estrutura mental característica e determinante de uma forma de raciocínio. Para o autor não existe uma cronologia fixa nos estágios, apenas uma ordem para estes estágios.

Então como articular o desenvolvimento motor e cognitivo da criança com o sintoma psicomotor, cuja causa seria afetiva, ou seja, da relação do sujeito com o Outro, típica da constituição do sujeito?

Temos, para a psicanálise uma disjunção entre desenvolvimento biológico e constituição do sujeito, embora um possa influenciar o outro, não há sobredeterminação biológica, nem um conceito de evolução diacrônica da subjetividade. Não é necessário que a criança tenha um desenvolvimento pleno biológico para que esta se constitua como um sujeito desejante, dessa forma a deficiência neurológica ou motora não são

impossibilitantes. A constituição do sujeito segue a lógica inconsciente, ou seja, a lógica da linguagem, mas nem por isso exclui sua relação ao corpo. O corpo é tratado por Lacan, sob três diferentes óticas, o Real, o Imaginário e o Simbólico. Esses três aspectos nada mais são do que a própria estrutura do sujeito, ou seja, o nó borromeu.

Veremos agora como podem se relacionar o corpo e o sujeito da linguagem no processo de desenvolvimento do indivíduo.

A partir do nascimento o bebê sai de um ambiente de homeostase e saciedade para um meio hostil, onde sua vida depende de uma outra pessoa, ou seja, aquele indivíduo que possui os objetos de desejo da criança como o leite, o toque, a voz e a linguagem; essa posição é exercida normalmente pela mãe ou cuidador. Nesse momento a criança se aliena ao Outro, ou seja, à linguagem. O Outro é um “lugar”, posição, a qual confere a função de potência nomeadora, este lugar, na instância psíquica do sujeito, pode ser ocupado por pessoas e até mesmo objetos. No início, o bebê depende apenas de sua percepção e seus reflexos corporais, ou seja, do choro, do reflexo de sucção do seio, entre outros. Aos poucos o Outro, vai nomeando seu choro, sua dor, sua fome e seu próprio nome, que o diferenciará da mãe. Assim, os movimentos que eram instintuais, se transformam em voluntários e pulsionais, a criança passa a demandar por carinho, presença, cheiro na tentativa de baixar sua tensão, seu desprazer e obter prazer. A criança passa do automatismo corporal para o início de sua constituição subjetiva. (Jerusalinsky, 1999)

Lacan (1962-64/1998), em seu seminário 11, ao retomar as teorias freudianas da sexualização infantil, onde o corpo do bebê é erogenizado e representado através da mãe, contribui teoricamente e enfatiza que essa transição não é tão fácil assim. A alienação do sujeito a linguagem é necessária, mas não é a única opção. Para Lacan a escolha pela linguagem é uma *escolha forçada*, a criança tem que se decidir por seu ser, ou seja

permanecer em um gozo que não admite falta nem mudança no ambiente, ou pela linguagem, que irá instaurar nela uma falta, um desconforto que ela lutará por tamponar. O temo escolha forçada se deve ao fato de que a criança não tem consciência dessa escolha e mal pode saber as consequências dela, ou o que ela significa, ela tem e não tem essas opções.

Em nenhuma das escolhas a criança deixará de perder algo, se ela se mantém fora da linguagem, ela perderá a vida como sujeito. (Lacan, 1962-64/1998) Estes casos são raros, mas podem ser identificados claramente em alguns casos de autismo, onde a criança não se comunica nem se apega aos pais, ou outras pessoas e não suporta mudanças no ambiente. É freqüente que estas crianças também não sintam dor, pois não foi nomeada esta sensação em seu corpo. (Kupfer, 2000)

Kost (1995) utiliza a figura topológica da Banda de Moebius para situar o “sujeito” autista, que para autores como Kupfer, Jerusalisky, Laznik e Kost, se encontra fora da linguagem. Desvinculado-se da utilização usual desta figura topológica, Kost (1995) situa o ser antes do corte do significante como uma banda de Moebius, figura onde dentro e fora se tornam um só, ou seja, o ambiente faz parte do bebê, seu corpo não é fechado pela boca e anus, eles não fazem borda. Dessa forma o significante possibilita também uma primeira separação corporal do bebê com sua mãe e com o ambiente, mesmo sua imagem do corpo permanecendo fragmentada e com algumas regiões mais eroginizadas que outras. (Kost,1995)

Lacan (1962-64/1998, p. 196) diz “Tudo surge da estrutura do significante. Essa estrutura se funda no que primeiro chamei a função do corte, e que se articula agora, no desenvolvimento de meu discurso, como função topológica da borda”. A criação da borda, que diferencia dentro e fora é resultante do corte instituído pelo significante, o qual pode ser representado pelo corte na banda de moebius, um corte longitudinal irá

transformar a figura em uma banda com borda. O interessante desta figura é que se fizermos mais um corte nela, ou seja, a introdução de um segundo significante, S2 (significante referente a entrada da função paterna), ela irá se tornar duas bandas, ou seja, dois círculos enodados, o que incidirá no sujeito como uma divisão entre consciente e inconsciente, que veremos mais para frente. (Kost,1995)

Para que este processo se dê, é necessário que a mãe ou outra pessoa, neste lugar de Outro deseje a criança, que a criança realize a presença do objeto a, objeto causa de desejo, posição esta que não deve se mater por muito tempo. (Lacan, 1969/2003) É somente através desse desejo que a mãe terá disposição para dar toda a atenção necessária ao bebê.

Ao passo que o sujeito se assujeita ao desejo do Outro, ele se aliena à linguagem, essa alienação depende da percepção do sujeito de *uma falta*, ou seja, sua primeira castração, a partir da *separação sujeito do corpo da mãe*. Esta falta percebida no sujeito a partir da perda de um objeto, ou seja, da mãe como uma parte pertencente a ele, a perda do *objeto autre* (outro) lhe causará o desejo do desejo do Outro. Esse seu assujeitamento e tentativa de satisfação dos desejos do Outro, o levará a uma identificação ao falo, ao objeto que pretende satisfazer esse desejo *e que, portanto, denota ao mesmo tempo falta e completude*, e gerará a questão: Sou ou não sou o falo para minha mãe? Esta questão diz respeito a sua busca pelo elo imagéticamente tido e perdido, ou seja, a tentativa de retorno ao UM, unidade/completude com sua mãe, o qual é impossível de se alcançar. Assim o desejo do sujeito será o desejo do Outro. O Outro é, para o sujeito, portador de todos os objetos de satisfação. Ele se torna um objeto fálico e assim dá acesso ao gozo fálico. (Lacan, 1957-58/1999, 1964/1998)

“... o sujeito só sobrevem como Um ali onde o Real \_ no sentido do infinitamente pleno \_ é afetado por uma falta.

Modifiquemos os termos mais uma vez e digamos: se o real é o lugar onde tudo é possível, o sujeito do inconsciente nasce, precisamente, ali onde se ergue o obstáculo de uma impossibilidade”. (Nasio, 1993, p.83)

O que se perde do Real é a Coisa, a Coisa como objeto perdido faz um furo neste gozo, nesta plenitude do Real. Têm-se aí o início pela busca incansável deste objeto, objeto a, causa de desejo. Para Levin (2003, p. 52) o Outro que vai criando no corpo enquanto “coisa”: buracos, bordas, protuberâncias tatuando deste modo um mapa corporal produto do desejo do Outro, cria-lhe uma falta no corpo, uma maneira, uma forma de que lhe falte algo. Estas faltas primordiais geram uma queda deste corpo “coisa”, “carne” puro real, que ao cair reencontra-se sujeito ao Outro. Estas marcas, estes modos de que falte algo no corpo, transformam-no num corpo erógeno e simbólico.

Para Levin (2003, p. 52) o Outro que vai criando no corpo enquanto “Coisa”: buracos, bordas, protuberâncias tatuando deste modo um mapa corporal produto do desejo do Outro, cria-lhe uma falta no corpo, uma maneira, uma forma de que lhe falte algo. Estas faltas primordiais geram uma queda deste corpo “coisa”, “carne” puro real, que ao cair reencontra-se sujeito ao Outro. Estas marcas, estes modos de que falte algo no corpo, transformam-no num corpo erógeno e simbólico.

Surge então, para Lacan (1972-73/1985) o gozo fálico como resultado da perda do gozo da Coisa, o qual na verdade nunca existiu, está presente apenas no imaginário e é ele que faz com que o sujeito se movimente em busca de algo que possa tamponar essa falta, ele movimento a repetição. O gozo, ao se subordinar ao registro simbólico, paga com uma cota de si. A palavra agora é diafragma do gozo, ao mesmo tempo em que o proíbe o possibilita pela via do desejo. É a interdição do gozo que o torna possível, é na impossibilidade de sua realização, tendo em vista sua falta constitutiva,

que o *objeto a*, objeto causa de desejo, pode tomar forma através de objetos concretos e dar alguma satisfação à pulsão. (Lacan, 1972-73/1985). “ O gozo sexual só extrai sua estrutura da interdição (...) E só se liga a dimensão do sexual ao transpor essa interdição para o corpo do qual saiu o próprio corpo, ou seja, o corpo da mãe.” (Lacan 1971/2009 , p.101)

Nasio (p.27) diz “a essência da função fálica, instituída pelo significante, consiste em abrir e fechar o acesso do gozo ao exterior. Que exterior? O dos acontecimentos inesperados, das palavras, das fantasias e do conjunto das produções externas do inconsciente, dentre elas o sintoma”. Dessa forma o gozo fálico seria a energia dissipada durante a descarga parcial, obtendo um alívio relativo da tensão inconsciente. O gozo fálico é, para Lacan (1972-73/1985), no seminário 20, o gozo sexual, gozo parcial de um órgão de parte do corpo que se torna significantizável. Ele diz:

“Isso só se goza por corporizá-lo de maneira significante... Gozar tem essa propriedade fundamental de ser em suma o corpo de um que goza de uma parte do corpo do Outro. Mas essa parte também goza \_ aquilo agrada ao Outro mais, ou menos, mas é fato que ele não pode ficar indiferente” (Lacan, 1972-73/1999, p.35)

Para Dolto (1996), a comunicação entre a mãe e a criança se dá de duas formas: através da linguagem vocalizada, a qual forma códigos de expressão audíveis, e através da linguagem dos gestos e mímicas, os quais são interpretados como códigos de desejos exprimidos. Esses códigos compartilhados estruturam imagens que são memorizadas, essas imagens podem ser auditivas, olfativas, tácteis e visuais provindas de percepções diversas e, são responsáveis por coordenar uma “espécie de presença do pré-sujeito sutil para ele próprio, que, a partir de então, se exprime por sua pequena massa carnal, tornada simbólica de seu desejo” (p.246). Essas várias imagens irão constituir sua

imagem do corpo, a qual permanece inconsciente, mas se articula com o esquema corporal, esse corpo biológico que se desenvolve no dia a dia. Para a autora, as possibilidades de desenvolvimento psicomotor dependem de cada relação mãe-criança.

“As potencialidades desaparecidas nem sempre provêm de proibições expressas: podem ter simplesmente permanecido fora do código, isto é, fora da função simbólica, que elege algumas delas e não desenvolve outras. As potencialidades do esquema corporal que não são reconhecidas ou convocadas a se exprimir pela mãe não se desenvolvem na imagem do corpo, mas desaparecem. Na verdade, existe aí um processo de recalçamento de potencialidades sensoriais, semelhante ao processo de recalçamento dos afetos (...) esse recalçamento das potencialidades não utilizadas na relação mãe-filho é o que, sempre e obrigatoriamente, vicia os dados no jogo do desejo...” (Dolto, 1996 p.246)

Desta forma, uma mãe que não reconheça ou que não consiga perceber algum aspecto do desenvolvimento psicomotor da criança, e dessa forma não o coloca como um código possível de comunicação, pode ter como consequência um recalçamento desta função. A imagem inconsciente do corpo é um conceito criado por Dolto, o qual absorve todas as vivências da criança com seu meio que de alguma forma causaram prazer ou desprazer. Este conceito é de extrema valia para pensarmos os sintomas psicomotores tais como as dislexias, problemas de equilíbrio, de fala, concentração, entre outros. Podemos nos perguntar se é disso que se trata, ou se ao menos, é parte de sua causa.

Aproveitando o ensejo das relações da constituição do sujeito com seu corpo, um retorno às teorias freudianas, dos processos de erogenização do corpo, pode ser útil para se pensar mais aprofundadamente casos clínicos recorrentes.

A sexualidade para Freud está presente na criança desde muito cedo, ele notou que três regiões do corpo são especialmente excitáveis: a boca/lábios, a região anal e a



genital. Ele notou que crianças ao mamar, não o fazem somente por necessidade, elas sentem prazer na região da boca e quando não estão mamando é comum vê-las chuchar o dedo ou outra parte do corpo. Se por um lado, o não reconhecimento da mãe quanto a um desenvolvimento psicomotor pode fazê-lo desaparecer, sua supervalorização, por outro lado, da mãe ou da criança de uma região erógena, pode provocar uma fixação. (Freud, 1901-05/1996)

A fixação é justamente a tentativa de manter aquele gozo do corpo, de forma que tal região esteja sempre estimulada. Para Freud, essa dificuldade em se separar do gozo do chuchar, por exemplo, poderia levar um adulto ao uso de bebidas, cigarros ou até uma supervalorização do beijo. Embora esse tipo de generalização seja perigosa, nota-se que pode ocorrer uma persistência de gozos infantis, substituídos por outros objetos, mas que estão intimamente ligados a relação da criança com a mãe. (Freud, 1901-05/1996)

A região anal é ligada ao controle esfíncteriano e ao prazer nesta região. Esse controle adquirido possibilita para a criança um controle do próprio corpo e uma independência com relação à mãe. Antes disso, a criança depende de trocas de frauda ou de idas ao banheiro acompanhadas pela mãe, ou seja, goza de sua presença e de seu toque. Uma das causas mais freqüentes que levam os pais a trazerem seus filhos para o atendimento é a micção noturna, ou a dificuldade da criança de controlar suas fezes, esses sintomas podem estar ligados a um gozo da criança. A excitação genital, por outro lado, é muitas vezes punida na infância, a manipulação dos genitais é tida como amoral e assim traz também consequências a sexualização da criança e seus modos de gozo. (Freud, 1901-05/1996)

Outra categoria de gozo importante neste tempo lógico é o mais-gozar. Nasio (1993) refere-se a este gozo como fruto daquela parcela de energia que não fora

descarregada, uma parcela constante, o termo “mais” se refere aí a essa parcela insatisfeita cuja saída fora impedida pelo falo, ou seja, não pôde se satisfazer através do gozo fálico. Esse gozo residual permanece profundamente ancorado nas zonas erógenas e orifícios do corpo, tais como, a boca, o anus, a vaginal, o canal peniano, etc. Ele ainda diz “O impulso do desejo nasce nessas zonas e, em contrapartida, o mais-gozar as estimula constantemente, mantendo-as num estado permanente de erotogenia” (p.27)

Um segundo momento que auxilia a criança a formar uma imagem de seu corpo e se diferenciar de sua mãe, é o estágio do espelho desenvolvido por Lacan. A criança por volta dos seis aos dezoito meses de idade começa a reconhecer-se na imagem formada pelo espelho, bem como sua mãe refletida e os objetos ao seu redor. Esse momento para a criança é especial e podemos notá-lo por seus gestos e brincadeiras de grande excitação na frente do espelho.(Lacan, 1966/1998)

Para Lacan (1966/1998, p.97), em seus Escritos, o estágio do espelho pode ser entendido como uma identificação, como uma “transformação produzida no sujeito ao assumir uma imagem”.

Essa imagem é assumida pelo sujeito antes que possua um controle motriz suficiente para obter independência, antes de qualquer outra identificação com pessoas e antes também que a linguagem lhe restitua sua função total de sujeito. (Lacan, 1966/1998)

Pode-se designar essa forma de reconhecimento como um eu-ideal, que servirá de base para as próximas identificações. É o início de um “eu”, antes da determinação social, o imaginário surge como uma instância de comunicação entre o eu e a realidade. (Lacan, 1966/1998)

A imagem do espelho não proporciona apenas uma gestalt do corpo completo, da realidade de seu corpo enquanto conjunto em uma imagem que é invertida em

comparação a imagem que o bebê tem de seu corpo. O movimento frente ao espelho é constituinte do sujeito enquanto “eu” ( Je). (Lacan, 1966/1998)

Assim o corpo que antes era visto como fragmentado se torna inteiro, tão inteiro quanto o corpo das pessoas as quais ele pode observar ao seu redor. O corpo é então, segundo Lacan (1966/ 1998, p.100) “uma armadura enfim assumida de uma identidade alienante”, este eu vai agora, marcar com sua “estrutura rígida” todo seu desenlace mental. Até o estágio do espelho a imagem do corpo é fragmentado, despedaçado e o reconhecimento deste é de fora para dentro, através da visão parcial de seu corpo e dos dizeres acerca deste vindos de outras pessoas. Essa relação com um corpo fragmentado foi constatada em delírios, sonhos e quadros de psicóticos como uma vivência de desintegração agressiva, envolvendo perseguições e paranóias. A partir do estágio do espelho começa a se formar um eu narcísico em função das expectativas que o sujeito carrega em relação ao Outro:

“Em relação à constituição do sujeito (S), o eu só se interessa por sua imagem especular (mim) porque essa imagem é reconhecida pelo Outro (A), o Outro da linguagem, representado pela mãe, como objeto de desejo (...) No vínculo imaginário e narcísico que se estabelece entre a mãe e o infans, podemos dizer que, frente à mãe faltante, a criança se identifica com o falo imaginário para preencher o desejo materno”. (Andrade & Soléra, 2006 p.90/91)

Temos, portanto, o início da busca infundável do sujeito por ser o objeto fálico da mãe. Como não é possível saber do desejo do Outro, o infans imaginariza, observa as demandas explicitadas pela mãe, tenta satisfazê-las e se não obtêm êxito, procura formas alternativas de conseguir a atenção desejada. Encontramos na clínica e na literatura sobre atendimentos infantis, crianças que ao perceberem que conseguem

carinhos e cuidados extras quando estão doentes, se utilizam deste recurso para se satisfazer, seja de forma consciente ou inconsciente.

Este é mais um dos momentos perigosos da infância, onde o gozo pode aparecer e se fixar de forma a impedir um desenvolvimento psicomotor. As doenças somáticas, as dificuldades escolares, entre outras, ao atraírem a preocupação dos pais \_ que por sua vez, podem ter sentimentos de culpa por não conseguirem evitar tal problema do filho, ou, até mesmo, uma carência excessiva de um dos pais que acaba por se colar ao filho e aceitar suas demandas \_ podem criar um ciclo vicioso de gozo, onde sofrimento e prazer se confundem.

Dolto, embora siga uma linha que diverge das teorias lacanianas quanto à estruturação do sujeito, sempre manteve um diálogo com este e nos traz outras idéias acerca do estadio do espelho, as quais pretendo introzi-las neste momento.

Através do livro “A Criança do Espelho” de Nasio e Dolto (2008), alguns conceitos puderam ser apreendidos sobre a idéia de *imagem inconsciente do corpo* introduzida por Dolto.

A criança antes de se ver refletida em alguma superfície, já sente seu corpo e já tem uma relação com este, a qual foi chamada de imagem inconsciente do corpo. Uma imagem diferente da especular fragmentada de Lacan, uma imagem coesa e de continua formação, é, sobretudo, uma imagem das sensações corporais, das primeiras impressões gravadas no psiquismo infantil através do que é escutado, sentido, visto e assim por diante. (Dolto, Nasio, 2008)

O espelho para a autora é uma superfície onirrefletidora de toda forma sensível, não apenas do plano-especular, sendo assim existe uma função relacional onde este reflete o ser do sujeito no outro. (Dolto, Nasio, 2008)

Enquanto para Lacan o estádio do espelho antecipa, é uma experiência inaugural e primordial, dando uma imagem totalizadora do corpo, fonte de júbilo para a criança. Para Dolto, a imagem especular confronta a imagem inconsciente do corpo que esta criança tinha de si, provocando um estado de angústia. A imagem especular, a partir do momento em que frustra as expectativas da criança com relação a seu corpo é castrativa. Essa nova imagem vai assim, modelar e individualizar a primeira. (Dolto, Nasio, 2008)

A autora nos alerta, no entanto, que nem sempre essa identificação com a imagem especular é integradora, ela pode despedaçar imaginariamente a criança quando esta se identifica com representantes imaginários do outro como a imagem das pessoas na TV, a qual é sempre cortada. Para Dolto, o narcisismo primário resulta da superação da prova enfrentada da diferença dessas imagens. (Dolto, Nasio, 2008)

O estádio do espelho exerce assim uma função de castração da mesma forma que muitos outros momentos lógicos da constituição do sujeito, ela é mais uma que contribuirá para a formação da imagem do corpo. Existe, portanto, uma história dessa imagem. (Dolto, Nasio, 2008)

Para Nasio (2009) as imagens não só definem o eu egóico, elas servem para dar suporte ao sujeito em sua relação com o mundo. Existem três componentes básicos da imagem inconsciente do corpo: a básica, que proporciona a certeza de que seu corpo vivo está lastreado, que é amparado por braços ou pelo solo firme; a imagem funcional, que constitui um corpo pululante, ávido por satisfazer necessidades e desejos e; a imagem erógena, onde o corpo é sentido como um orifício se contraindo e dilatando de prazer, com atenção total para a boca ou anus, quando da utilização destes. O autor salienta que a primeira imagem é a mais importante, pois dá o sentimento de existência e é o local de refúgio para o bebê.

Percebemos sempre uma imagem velada de nosso corpo, isto ocorre, pois, a percepção de qualquer coisa importante para o indivíduo passa pelos sentimentos de amor e ódio, pelo ressurgimento de emoções infantis, pela presença do Outro e de todos os outros que carrego em mim. Somos regidos por nossas fantasias inconscientes, estas fantasias são constituídas por sentimentos conscientes e inconscientes, nossa história afetiva, a relação com o Outro e nossa própria imagem, isto é, a imagem gravada em minha memória do objeto amado que é posteriormente descoberto. A fantasia é o véu que recobre nossa falta, a falta significante, sexual. (Nasio, 2009)

Didaticamente, podemos então dizer que o corpo real é aquele que sentimos, como a profusão de sensações, desejos e de gozo. “O corpo do gozo é nosso corpo quando sentimos despendar sua energia, resistir aos mais extremos sofrimentos, desgastar-se e degradar-se inexoravelmente” (Nasio 2009, p. 76). O corpo imaginário é o corpo que vejo, sua imagem especular como o sujeito pode apreender, imagem construída a partir do Outro e da história do sujeito, perpassada pela libido e pelo fantasma. E o corpo simbólico é o corpo que nomeio, o símbolo tem o poder não apenas de substituir a realidade, mas sobretudo de modificá-la, até mesmo engendrará-la. “Quando o símbolo, entidade eminentemente formal e abstrata, produz efeitos concretos na realidade, Lacan o denomina de significante”. (p.92) Dessa forma o corpo significante tem o poder de determinar um destino.

É importante ressaltar que embora o que o sujeito busque seja o prazer e a satisfação, não são estes que moldam o sujeito, que o constituem primordialmente e sim o sofrimento, as inúmeras castrações que sofremos no decorrer de nossa vida. Lacan (1966/1998) em seu texto “subversão do sujeito e a dialética do desejo no inconsciente freudiano”, em seus Escritos, salienta a importância da castração, pois é ela que da abertura ao desejo, desejo que irá barrar e controlar o gozo, é ele que serve de defesa

para não se ultrapassar um limite no gozo. Além disso, a fantasia para Lacan, contém uma função imaginária da castração, a negativa do falo, sob uma forma escondida, mas que é reversível em análise. No neurótico, a negativa do falo desliza sob o sujeito barrado da fantasia, favorecendo a imaginação que lhe é própria, aquela do ego, a castração imaginária sustenta o *ego forte* (ego que nega a castração).

Dolto (1996) classifica cinco castrações simboligênicas, compartilhadas por Nasio (2009), temos assim: a castração umbilical, a qual sucede ao nascimento, onde a criança perde o meio aquático de sua vida fetal e ganha o meio aéreo; a castração oral, inerente ao desmame, onde a criança perde o seio como parte de si mesma e adquire a capacidade de utilizar a boca e a língua para falar; a castração anal, a qual marca a passagem da dependência motora à autonomia; a castração primária, que ocorre quando a criança descobre que a imagem especular é diferente de sua pessoa e que seu corpo apresenta características sexuadas, se identifica com um dos sexos e; a castração edipiana, a qual é realizada a partir da entrada da função paterna que proíbe/barrá a criança fantasiar o parente do sexo oposto como seu parceiro sexual, nesta castração a criança perde o prazer de uma fantasia incestuosa e ganha agora o acesso a um novo objeto em consonância com seu desejo.

“Dizer que nosso corpo testemunha uma alienação a partir da qual o [eu] se constitui significa, portanto, dizer que nossas experiências de corpo fragmentado, de impotência motora e de dependência inicial frente ao desamparo que nos encontramos ao nascer ficam em nós como marcas, não simbolizadas (...)Essas marcas da ordem do real formam uma “escrita” que “insiste” constantemente em entrar na cadeia simbólica, processo onde a angústia tem uma ação marcante.” (Andrade & Soléra, 2006 p.87)

Andrade e Soléra (2006) em artigo denominado “A Deficiência Como um Espelho Perturbador” enfatizam como esses primeiros momentos do infans influenciam

sua vida. Esses sentimentos de desamparo e impotência ficam marcados no corpo, e através da repetição tentam se inscrever, ou seja, tentam obter algum sentido para esta angústia tão primária própria da castração. Esta questão fica evidenciada quando se estuda mais detidamente a questão da deficiência, especialmente as que apresentam características corporais; as autoras, através de Fedida e Lacan, explicam a reação perturbadora da visão de deficientes. Esta visão, a qual chamam de espelho perturbador, nos incomoda, é estranha, justamente por nos remeter ao nosso passado, a esses sentimentos de fragmentação e impotência.

Assim como nas deficiências mentais e corporais, os sintomas psicomotores, quando são graves podem provocar o mesmo efeito, daí o perigo de segregação ou violência nas escolas ou pela sociedade em geral sobre essas pessoas.

A fragilidade humana frente a esses momentos de separação iniciais será sempre lembrada através de outras separações, seja de uma babá, uma professora, uma casa, um brinquedo ou de uma pessoa amada. Não há como ignorar tais momentos, uma pessoa que não conseguiu efetuar uma separação suficiente da mãe, seu primeiro objeto de amor, seu grande Outro, raramente conseguirá se esquivar de produzir sintomas ou prosseguir com sua vida sem grandes sofrimentos.

“A cada vez, a criança tem de se separar de um mundo para poder conquistar um novo. Toda separação é uma provocação de que ela sai crescida e mais humana, uma provação através da qual aprende que é impossível ganhar se não aceitar perder, o prazer da conquista vindo acalmar a dor da perda”. (Rufo, 2009 p.05)

O apego do menino com a mãe e da menina primeiramente com a mãe e depois com o pai (ou suas possíveis variações em casos de homossexualidade) não é por mera dependência motora e psicológica. Além do caráter do caráter sexual de satisfação dos



órgãos, há um amor, um desejo pelo pai ou pela mãe. Esse caráter sexual de sedução foi descoberto por Freud (1901-05/1996), mais uma vez, através do atendimento de suas pacientes histéricas, o autor percebeu que suas pacientes tinham algo em comum, elas relatavam uma estória de sedução e abuso sexual do pai para com elas em sua infância. Freud assustado com a possibilidade de existir tantos pais abusadores, passou a questionar e escutar mais atentamente suas pacientes. Aos poucos pôde perceber que este relato de sedução era uma fantasia que dava satisfação à menina e que escondia seus desejos incestuosos. As histéricas não mentiam, elas realmente acreditavam terem sido seduzidas, é isso o que Freud chama de realidade psíquica.

Essa sexualidade da infância presente nos discursos de seus pacientes foi o que possibilitou a elaboração do conceito de complexo de Édipo por Freud. Para Lacan (1957-58/ 1999) o complexo de Édipo pode ser dividido em três tempos, o primeiro como já foi dito, é a identificação do sujeito ao falo, ao objeto de desejo do Outro. No segundo tempo, a função paterna deve castrar a mãe (Outro) de seu objeto fálico e privar o filho deste gozo, este passo depende da abertura da mãe ao desejo a outra pessoa, terceiro termo que poderá ser ocupado pelo pai ou outro, como portador do falo. Temos então o Nome-do-pai como significante que se sobreporá ao desejo da mãe, o Falo. No terceiro tempo, a pessoa nesta função paterna, portadora do objeto fálico da mãe, servirá de ideal para o menino que irá se identificar a ele numa posição viril de ter o falo. O amor dirigido ao *pai* dará a possibilidade da dissolução do complexo edípico, através do recalque, dispositivo que faz com que o sujeito esqueça todos estes acontecimentos conflituosos, reprimindo-os devido ao sentimento de culpa, culpa causada pela agressividade dirigida a este rival amado na conquista de sua *mãe*.

Em meio a todos estes acontecimentos, há o complexo de castração, onde o sujeito percebe a diferença sexual, seja através da visão de órgão sexuais de sua mãe ou

irmã, ou de explicações ou até mesmo da visão do coito entre animais. Em meio as teorias sexuais que o sujeito formula para explicar tal fato, uma delas é a da castração, alguém teria castrado as mulheres e assim ele passa a temer a perda de seu pênis, órgão que pode simbolizar o falo que a mãe busca. (Lacan 1957-58/1999)

Já a menina se identificará a mãe e desejará do pai (terceiro termo) o falo que sua mãe não lhe deu, o que pelas suas teorias sexuais estaria representado pelo pênis. Como a menina já perdeu seu “falo”, ela desejaria então um bebê de seu pai, objeto dado a sua mãe, ela deseja assim o desejo do Outro (agora encarnado pela função paterna), que novamente, não lhe deverá ser dado, visto que Outro não tem o Falo verdadeiramente. Há assim uma rivalização da menina com sua mãe ou pessoa nessa função materna para poder conquistar ao pai . Estes modelos sobre o complexo edípico e as teorias sexuais infantis são didáticos e podem variar muito em meninos e meninas, como em casos de homossexualidade, fetichismo e psicose nos quais não entrarei em detalhes. (Lacan 1957-58/1999)

Esta castração provocada pela inscrição do significante do Nome-do-Pai servirá como organizador da rede significante, ele dará agora um lugar a essa criança, a de filho com suas devidas limitações de gozo. É definida uma regularidade das relações do sujeito, nota-se uma conduta mais ou menos constante principalmente ligada ao comportamento sexual. A imago sexual é estabelecida numa constância, há uma repetição para com os objetos sexuais. (Lacan 1957-58/1999)

Esse novo significante a ser assimilado, ao mesmo tempo em que barra essa união, traz um alívio para a criança, pois neutraliza o desejo do Outro (mãe). O desejo da mãe segundo Lacan (1969-70/1992, p. 105), é visto como potencialmente perigoso para a criança, não é algo que se possa suportar facilmente, é um “*grande crocodilo em cuja boca vocês estão*”. O pai sendo o objeto de desejo da mãe tira o peso das costas da

criança de ter que satisfazê-la sempre. A criança adquire seu próprio espaço, podendo respirar mais tranquilamente. Através da linguagem a criança pode tentar mediar o desejo do Outro, mantendo-o a distância e simbolizando-o cada vez mais completamente.

As memórias, simbolizações que ocorreram nesse período são mantidas inconscientes pela repressão, mas não param de operar influência no sujeito, a pulsão é obrigada a se ligar a objetos substitutivos, conforme as fantasias que passam a dirigir a libido do sujeito. Freud (1887/1996) define as fantasias como “fachadas psíquicas” as quais obstruem o caminho às lembranças, pois servem para “aprimorar as lembranças e sublimá-las”. As fantasias são feitas de restos mnêmicos, ou seja, coisas que foram ouvidas, vistas e fatasiadas pela criança e posteriormente utilizadas em suas teorizações a respeito do que acontece a seu redor e consigo.

O recalque (esquecimento) provocado por este período faz um corte definitivo no sujeito, o sujeito é barrado. Assim temos a divisão entre consciente e inconsciente, O sujeito estará presente sempre que é pronunciado um significante em direção a outro, isto pois, a cadeia significante é regida por seu desejo e gozo estruturados através da fantasia. (Lacan 1957-58/1999)

## 5.0 A Questão do Semblante nos Sintomas Psicomotores.

Letícia, uma paciente de 7 anos diagnosticada com TDAH, a mesma menina a qual já havia comentado neste trabalho, que possui dois irmãos, um gêmeo e um mais velhos, ambos diagnosticados com TDAH, e cuja mãe não sossegou até achar este diagnóstico me é encaminhada.

Letícia é muito desajeitada, se escora na lousa para desenhar, desenha bem, mas fala de forma muito errada, como se fosse uma criança, perde o equilíbrio algumas vezes, tem um corpo rijo e ao mesmo tempo deixa a língua cair da boca. Letícia parece ter alguma síndrome mental, mas é apenas aparência, sua mãe já fez inúmeros exames médicos e foi nunca constataram nada. Apesar dessas dificuldades, ela desenha na lousa, fala de um monstro grande e gordo, ela tem medo dele, e me diz “mas não é minha mãe”. Eu não lhe havia perguntado nada, e então por que a negação? Uma negação deste tipo é, segundo Freud (1900-05/1996) desde seus trabalhos com as histerias, uma afirmação das mais verdadeiras, ou seja, o monstro ali era a mãe, mas ela não podia dizer isto sem um não que precedesse a frase, satisfazendo assim as exigências superegóicas para poder falar de um desejo seu.

Letícia não consegue prestar atenção nas aulas, quando ela me pede para ser sua professora, ela tem ataques de grito, riso e age de forma a não conseguir me ouvir nem olhar para a lousa. No entanto, ela escreve sabe escrever o nome de todos seus parentes, desde o nome da avó até até o da namorada de seu irmão. Ela coloca grafites la lapiseira pela parte da frente, e joga inúmeros jogos de celular e computador, ela tem uma inteligência normal. Apesar de fazer o caminho mais difícil para buscar um objeto que caiu no chão, passando por cima de cadeiras e se contorcendo, as vezes caindo no meu colo, adora jogar bola e nesses momentos quase não se percebe suas dificuldades.

Vemos, nesse caso, como o corpo faz parte do sintoma de Leticia, mas de que se trata esse parecer que? O que é este discurso produzido pelo sujeito? Sabemos que é um discurso falho e que o gozo o causa, mas o que se produz é o semblante!

Há, na língua francesa, variados usos para o termo semblante, na maioria das vezes referidos à ideia de falso, de simulacro, de engano ou de fingimento. Expressões como *faire semblant* ou ainda *faire semblant de rien*, são portadoras dessa marca negativa, de certa aparência que insiste em dissimular a verdade... Na psicanálise, ao contrário, as considerações sobre o semblante tomam outra vertente que a do engodo, indicando tratar-se da própria verdade do sujeito, já que é na interceptação entre simbólico e real que a dimensão do semblante deve advir. (Camargo 2009, p.1)

No seminário 18 de Lacan (1971/2009), este diz que a enunciação mais verdadeira que um sujeito pode fazer é “eu minto”, o semblante é o que há de verdade sobre o sujeito pois é a forma como ele lida com o furo. Este encontro com o real pode ser insuportável para o sujeito e é por isso que ele deseja, que busca o gozo e faz seu *sinthoma*. Todas essas buscas e realizações do sujeito estão em torno deste buraco e buscam tamponá-lo de alguma forma, forma esta particular a cada sujeito e que, portanto, é tão verdadeiro quanto o próprio sujeito. O semblante é isto, a mentira mais verdadeira que se pode ter. Afinal nada é mais característico ao ser humano que a divisão, consciente/inconsciente, verdade/mentira, amor/ódio e assim por diante.

O sujeito é efeito do discurso, da articulação significante, ele não a domina ele é determinado por esta e esta determinação tem relação com a fantasia. Lacan (1971/2009, p 27) diz “O que nos concerne, quanto a nós, é o campo da verdade... lidamos com algo que difere da posição do Real na física. Esse algo que resiste, que não é permeável a todos os sentidos, que é consequência de todo o discurso, a isso se chama fantasia.” A fantasia é o que resta inconsciente após o recalque primário, é o que tenta

dar forma ao objeto a, mais de gozar perdido, são resquícios mnêmicos tão próprios a cada sujeito que se torna difícil falar sobre ela de forma universal como uma dissertação de mestrado exigiria, nos termos formais da ciência.

O semblante é abundante na natureza, de tal forma que Lacan compara-o a etologia, ou seja, ao comportamento animal. O macho na natureza, na maioria das vezes, é o agente da exibição, faz semblante para a fêmea, e esta participa da cena pois é ela o sujeito atingido. Essa exibição é o que leva os animais a copulação e não é necessário muita imaginação para perceber que esses comportamentos sexuais se repetem no ser humano. A única coisa que diferencia o humano dos animais é o semblante veiculado pelo discurso. É aí também que entra a fantasia. (Lacan, 1971/2009)

Quando este fazer-se de *objeto a* para o sexo oposto, através da exibição e do semblante veiculado pelo discurso não da conta, pode ocorrer o que Lacan chama de violação, passagem ao ato que corta o semblante pois não há encontro sexual. (Lacan, 1971/2009)

Pode-se dizer então que Letícia faz semblante, sua fantasia dita que é assim que ela deve agir para obter o amor dos outros. E quem é este Outro tão importante para ela se não sua mãe? A interpretação que Letícia tem do desejo de sua mãe é o de uma menina problemática e dependente. Não é a toa que sua mãe se transforma então em um monstro que a ameaça com todo seu amor e seu desejo “devorador”.

## 6.0 O Sintoma Psicomotor

O sintoma psicomotor, segundo Andrade (1994), é originário da infância, e os sintomas podem persistir até o resto de sua vida, tornando-se cada vez mais parte do “estilo” ou semblante da pessoa.

Mas o que é que se pode falar destes sintomas através da psicanálise? Segundo Dolto (1996, p.250/251) a satisfação rápida de um desejo, sem um intercâmbio entre as pessoas, e, portanto, sem palavras que permitam ao imaginário “o prazer compartilhado do gozo esperado da comunicação, reproduz na criança a confusão entre o desejo satisfeito e a necessidade, com a qual, em sua origem arcaica, o desejo era confundido.” Quando a inteligência e a sensibilidade sutil não são postas em jogo nas trocas linguísticas, “o que se prepara é a eclosão de uma debilidade ideativa e psicomotora.”

Para Dolto (1996), o desejo, propiciado pela linguagem, poderá ser, ao contrário, poético, se houver uma abertura para a inventividade, criadora de mediações variadas e diferenciadas, de modulações do prazer consigo mesmo, trocado pelo prazer do outro, pedido e concedido, que é a sublimação do desejo no amor. Para a autora, temos então a falta de mediação pela linguagem, e a confusão entre desejo e necessidade como possíveis causadoras de uma debilidade ideativa e psicomotora.

Mannoni (1964), faz um estudo aprofundado de casos de Oligofrenias (deficiências mentais) e de Debilidade de atendidos por ela. Nestes casos a autora nota que há uma tendência fusional na relação entre mães e filhos. Esta relação é tão forte que às vezes provoca na mãe tais satisfações, que a evolução do filho chega a ser sentida por ela como uma perda de objeto, como se a criança deixasse uma parte do corpo materno. Nota-se ainda reações de luto patológico nesses momentos onde surge a esperança de melhora do filho. A criança Debil está na posição de objeto da mãe e sua

insurgência como sujeito comporta um perigo, desde o surto de sua mãe até a realização de uma “escolha de fazer-se de morto”, de pretrificar-se. (Mannoni, 1964, p.36)

A criança retardada e sua mãe formam, em certos momentos, um só corpo, o desejo de um confundindo-se tanto com o desejo do Outro, que os dois parecem viver uma única e mesma história. Esta, teria como suporte, no plano fantasmático, um corpo atingido “por ferimentos idênticos que adquiriram uma marca significativa.” (Mannoni, 1964, p. 37)

“O que na mãe não pôde ser resolvido ao nível da experiência de castração, vai ser vivido como eco, pelo filho que, nos seus sintomas, muitas vezes não fará mais do que fazer falar a angústia materna”. (Mannoni, 1964, p. 37)

A autora, notou que nas Oligofrenias, mesmo sua causa sendo genética ou biológica, o quadro da doença proporciona essa relação fusional entre mãe e bebê. Já na debilidade, esta relação seria a causa no deficit cognitivo. Mas o que lhe chamou a atenção foi que em certos casos, uma criança com QI (Quoeficiente de Inteligência) alto tinha bem menos recursos de adaptação e sociabilidade que uma com QI baixo. Foi então que ela notou que, além da doença em si, havia um gozo, o qual diminuía ainda mais as capacidades de certas crianças, um gozo que envolvia capacidades psicomotoras, de fala e cognição. Mannoni percebe que há um gozo imaginário na relação mãe e filho, um sintoma disfarçado pelo semblante da doença.

Dessa forma Mannoni (1964) afirma que a gravidade da desordem psicomotora dessas crianças débeis é por vezes também função da relação fantasmática do sujeito com a mãe e com seu próprio corpo.

“Os distúrbios espaço-temporais dessas crianças (mesmo na hipótese duma organicidade estabelecida) são sempre



acompanhados por dificuldades de localização no imaginário. Essas crianças têm dificuldade em se situarem em relação ao significante paterno. Uma reeducação espacial por intermédio da palavra que traz em si mesma um elemento significativo, tem, por vezes, incidências negativas na criança, ao nível mesmo da linguagem. Tanto é assim que uma reeducação sempre corre o risco de ser tomada pelo sujeito no sentido dos seus distúrbios, mais do que no sentido da sua cura.” (Mannoni, 1964 p. 21)

Nesse sentido uma reeducação motora pode vir a reafirmar o caráter problemático daquela criança, fazendo-a acreditar mais ainda em seu déficit e dependência materna e escamoteando seu sintoma psicomotor.

A partir de Mannoni, e de sua experiência clínica, Andrade (1984) conclui que os distúrbios psicomotores podem ser considerados um sintoma no sentido lacaniano, como aquilo que subsiste fora da simbolização. Além disso, a organicidade não seria a responsável por um possível agravamento do distúrbio psicomotor. As reeducações psicomotoras e pedagógicas são perigosas ao passo que podem ocasionar a manutenção do sintoma e só caberiam dentro de condições especiais, após o tratamento analítico que possibilitasse a criança se situar em relação a seu corpo, ao espaço, à família, ao seu lugar nela e ao outro.

A dispraxia seria uma decorrência da má relação da criança com seu corpo, sua mãe e seu pai. Nesta relação mal estabelecida a criança não pode se assumir como sujeito, permanecendo objeto dos pais. (Andrade, 1984)

Andrade (1994) avança e afirma que no distúrbio psicomotor, “o indivíduo dá o seu corpo e o seu saber em uma forma de gozo própria onde imobiliza seu desejo, num apelo ao outro (...) a algo também do corpo do Outro, sua voz, seu olhar, seu saber, seus gestos, sua sexualidade, o ser falado. Assim, seu pedido de ajuda é formulado demandando aos gestos do outro, o ensinamento do outro e também uma sexualidade que faz apelo ao outro de forma regredida, como se fora um pequeno.” (p.49)

As crianças, com este ditúrbio, costumam apresentar-se também sem uma sexualidade diferenciada, oferecendo-se aí como falo ao desejo do Outro. O sintoma psicomotor propicia a captura do olhar ou da escuta de um outro, facilitando uma fixação libidinal narcísica, imobilizando no fantasma dos protagonistas uma vivência imaginária fusional com tendência a repetição, o que distancia o sujeito do princípio do prazer e de sua verdade, a castração. (Andrade, 1994)

Para a autora, o fantasma é a questão analítica fundamental, pois se por um lado é ele que tampona o acesso ao real, por outro, é ele mesmo que possibilita uma aproximação possível com o real.

O sintoma psicomotor pode ser encontrado em todos os indivíduos, independentemente da estrutura, da idade e do sexo, como estilo ou como distúrbio. Para Andrade (1994, p.60) o dispráxico e o instável psicomotor “escolhem” seu sintoma, não de uma forma consciente e volitiva, mas de acordo com suas possibilidades e da forma como percebem o desejo do Outro. “Eles oferecem ao desejo do Outro aquilo que ‘sem saber’, já ‘sabem’ quanto vale, o seu saber e os seus movimentos.”

Clinicamente, o sintoma psicomotor se mostra então como um distúrbio onde o indivíduo fica retido no olhar, na voz, nos gestos do outro, fazendo-se falado e notado por este Outro. Nessa situação, o prazer é obturado e o gozo tolhido, de tal forma, que não lhe é propiciada a satisfação da sublimação. (Andrade, 1994)

Para Levin (1997) não há sujeito sem corpo e sem Outro, ligados e entrelaçados pela dimensão da falta de objeto, que é simplesmente o pôr em ato do desejo do Outro no Corpo.

“O lugar do Outro não deve ser buscado em outra parte, mas no corpo, não é intersubjetividade mas cicatrizes sobre o corpo

tegumentar, pedúnculos a conectar em seus orifícios para que façam neles as vezes de maçanetas, artífices ancestrais e técnicos que o carcomem. “ (Lacan, 1884 Ornicar? N.29)

Levin (1997) afirma que a criança desde seu nascimento realiza um trabalho de enlace e constituição, apoiando-se na função paterna e materna que lhe dá origem como sujeito desejante, ligando o real do corpo à dimensão imaginária e simbólica.

Conclui-se que a estruturação do esquema corporal irá depender muito dos contatos que a criança terá com sua mãe ou substitutos. O distúrbio psicomotor seria decorrente de uma relação alterada do indivíduo consigo próprio e com o Outro, a linguagem. O conjunto individual das representações que contém a história pessoal de cada um é o que é chamado, segundo Andrade (1994) de fantasma do corpo. O fantasma do corpo é uma estrutura formada por múltiplas imagens libidinais “que correspondem a todas as representações do corpo, a sua maioria inconscientes, mas que colocam em cena o desejo.” (Andrade, 1994 p.20)

“O corpo imaginário nada tem a ver com o anátoma-fisiológico e vai ser determinante da qualidade da atividade física e mental determinando atitudes e posturas que variarão conforme as formas de evolução libidinal, a relação com a castração, o phallus e as identificações com os pais. “ (Andrade, 1994 p.20)

Os gestos e a expressão corporal, assim como a fala, através de estruturas fonéticas, estão dentro do código de linguagem e são adquiridos através de um processo simbólico, imaginário e real, passando pelo “fantasma” do corpo, ou seja, pelas identificações. Entrar nesse código de linguagem significa saber de suas leis, que é aquilo que permite a metáfora paterna. (Andrade, 1994)

Para Prizskulnik (1993), as crianças diagnosticadas como dislexicas-disortográficas estão expressando suas perturbações através do corpo, pois é a forma

que encontraram para dizer que algo não vai bem, em vez de ousarem colocar em palavras o que realmente estão sentindo e desejando. Nesta perspectiva os problemas não são originados da época da escolarização, neste momento são simplesmente detectados.

Para Mannoni (1971), a cura de uma desordem somática ocorre somente quando a criança consegue verbalizar o sentido de sua doença, por em palavras o que o sintoma tinha por missão ocultar.

Prizskulnik (1993) alerta que algumas crianças não conseguem falar de si e responder às perguntas feitas pelo analista, no entanto, é imprescindível que façamos essas perguntas pois, estando inserida na linguagem, a criança pode tentar se expor com ou sem palavras.

Prizskulnik (1993), assim como os demais autores citados neste capítulo, enfatiza a necessidade de buscar o sentido do sintoma psicomotor, desse sintoma corporal que está aí como semblante, ou seja, como uma verdade da criança e dos pais, num mais além dos dados objetivos ou dos acontecimentos narrados por eles. O analista precisa investigar a posição que a criança ocupa na fantasia dos pais e as marcas significantes da família que estão influenciando nela. Precisa-se estar atento “as estruturas ocultas que interferem na família como pessoas com vida coletiva, a posição de cada membro da tríade filho-mãe-pai frente à estruturação edípica, à castração, à morte.” (Prizskulnik, 1993, p.24)

Sobre um caso atendido onde a mãe narra maravilhada o nascimento de seu filho. Prizskulnik (1993, p.58) observa que “é a mãe que olha a criança como falo para completar uma falta na sua subjetividade e é a criança que, identificando-se com o objeto de desejo da mãe.” A criança estaria “(...) trocando justamente o seu eu por esse desejo que vê no outro” (Lacan,1953-54/1995 p.201)

A criança com sintoma psicomotor, não encontra verdadeiramente um representante da Lei que a ajude a libertar-se das rédeas imaginárias, em decorrência deste fato, a criança não consegue efetivamente viver uma situação triangular que possibilite resolver o problema da castração e elaborar o complexo de Édipo. (Prizskulnik, 1993)

O transtorno psicomotor para Levin (1997) seria uma decorrência da insuficiente introdução da função paterna, o qual não faz o corte entre a mãe e seu filho. Como consequência, tem-se que a criança, cujo torpor impede a execução precisa dos movimentos, acaba por apoiar seu esquema corporal nesse entorpecimento e não na imagem corporal, que é o seu correspondente simbólico, dificultando sua afirmação como sujeito. Esta falta de apropriação do corpo pela criança seria fruto de uma não separação do corpo do Outro, sua mãe, ficando sujeito a uma união gozosa com este Outro. Assim os sintomas psicomotores são dados a ver, erotizando a função psicomotora.

Parece haver um consenso entre os pesquisadores sobre o fato de que o sintoma psicomotor ser decorrente de uma relação mãe-filho gozosa. O filho entra na posição de *objeto a* nesta estrutura, e a mãe obtém a partir deste não apenas um mais-de-gozar através do olhar e do contato com o corpo do filho, o qual pede cuidados constantes, visto suas incapacidades e atrasos, mas também um gozo ligado a presentificação do falo tão desejado pelas mulheres em seu complexo Edípico. Assim as questões da infância da mãe são presentificadas e se repetem mais do que nunca, há além do gozo, uma tentativa de simbolizar este momento, o Edípico, onde sua castração ficou tão à flor da pele. A mãe, ou melhor, a criança nesta mãe, esta menina tenta obturar seu passado, na busca do reencontro com a Coisa a tanto tempo perdida.

“O que é para a mãe o nascimento de um filho? Na medida em que aquilo que deseja no decurso da gravidez é, antes de mais nada, a recompensa ou a repetição de sua própria infância, o nascimento de um filho vai ocupar um lugar entre os seus sonhos perdidos: um sonho encarregado de preencher o que ficou vazio no seu próprio passado, uma imagem fantasmática que se sobrepõe à pessoa real do filho. Esse filho de sonho tem por missão restabelecer, reparar o que na história da mãe foi julgado deficiente, sentido como falta, ou de prolongar aquilo a que ela teve que renunciar.” (Mannoni, 1964 p.4)

Encontramos então um engano nessa estrutura mãe-filho, pois apesar de seus desejos aparentarem convergir em um só objetivo, ou seja, completar um ao outro através de um gozo fálico, a estrutura é falha, e a manutenção deste sintoma é cara aos sujeitos. Especialmente em casos de neurose, notamos um conflito frente a este sintoma. A mãe muitas vezes abdica de seu trabalho, da vida conjugal com o marido e da sua vida social ao tentar manter este gozo, mas notamos que este arranjo afinal não é suficiente para deixar a mãe e a criança felizes, pois acabam por nos procurar para um tratamento.

A criança se angustia frente ao desejo da mãe: o que ela espera de mim? Nesta expectativa, ela acaba por se privar também do mundo social, ela pode não encontrar prazer e motivação para brincar com seus colegas e renunciar ao saber e assim repetir nas séries da escola. Além disso sua sexualidade, muitas vezes, permanece indiferenciada.

Nos casos mais graves de debilidade, como vimos a partir de Mannoni, a criança é chamada de boazinha, não tem energias para contrapor nada que venha do desejo de sua mãe. Em outros casos, como o que narrarei no caso Bruno, a criança se torna agressiva. Para Prizskulnik (1993, p.62) “crianças ditas nervosas, agitadas, agressivas” se apresentam desta forma para tentar preservar um pouco de sua individualidade que ainda lhes resta.

Parece impossível, a partir da literatura, negar que o fantasma dos pais influencie a criança. Em um dos casos atendidos por Mannoni (1964), ela afirma que o essencial do contexto familiar de um caso só apareceu pouco a pouco, através das fantasias trazidas pela criança, fantasias estas, que posteriormente os pais se esforçaram por explicar quando a analista inquiriu. De diversas formas a criança capta as fantasias de seus pais, pois ela é objeto destas, está inserida nesta história e assim não poderia ser indiferente.

Os casos de doenças e segredos familiares parecem exercer ainda mais influência sobre o sujeito. Andrade e Camargo Silva (2003) fizeram o estudo de um caso muito interessante onde o poder de um segredo familiar é evidenciado, a criança sabe que certo assunto lhe é proibido. Ela captou de seus pais que o assunto da sexualidade era um tabú pois no futuro, devido a uma doença genética que era segredo, teria problemas. A criança então se põe a investigar toda sorte de problemas na sexualidade seja se utilizando de palavras grosseiras ligadas ao sexo ou experimentando sensações com seus colegas, até chegar ao consultório clínico a hipótese do filho ser homossexual, o que para os pais era preocupante. Golse (2008, p.28), por outro lado, na experiência com crianças com dificuldades de aprendizagem pergunta: “Como aprender, com efeito, quando é proibido saber?”.

Por outro lado, a fantasia da criança também surte efeitos nos pais. As “incapacidades” sejam elas orgânicas ou resultado de sintomas, impactam esses pais. Sentimentos de culpa, impotência, entre outros frente a falta que a criança expressa, ativam os temores mais infantis dos adultos. Para Sauret (1998, p.91) os sintomas somáticos, a patologia médica, a desvantagem influencia a subjetividade materna de formas diferentes de acordo com suas estruturas, para ele o sintoma vem “testemunhar

a culpa da mãe neurótica, servir de fetiche para a mãe perversa, encarnar uma recusa primordial da mãe psicótica”.

Uma de minhas perguntas levantadas no início deste trabalho era: até que ponto o fantasma de um influencia o de outro? Parece não haver limites, os casos de debilidade são os que mais nos chocam, ali o corpo de um faz parte do corpo do outro. (Mannoni, 1964)

As semelhanças entre as descrições do gozo encontrado nas debilidades e nos sintomas psicomotores é inegável. Onde estaria a diferença entre estas patologias? O que parece se diferenciar neste gozo é uma questão de intensidade e de inscrição simbólica para a debilidade (holófrase entre significante materno S1 e significante paterno S2) e imaginária para o sintoma psicomotor. As patologias maternas, nos casos relatados de debilidade, apresentam uma gravidade maior, o que muitas vezes impossibilita a separação mãe-filho, cuja eminência de crises e perturbações, na maioria das vezes interrompe o tratamento. Não entrarei mais afundo nesta comparação, pois estes sintomas aparecem em todas as estruturas psíquicas, e a riqueza de informações talvez rendesse todo um outro trabalho.

Para Golse (2008) o aprender na escola exige uma operação de sublimação, é necessária uma transformação progressiva da curiosidade sexual em curiosidade intelectual, para isso terá de existir certo grau de luto do objeto primário (a mãe), luto que implica sob uma forma ou outra, a intervenção de um terceiro separador. A questão, no fundo para o autor, é de se aprender para conquistar o amor dos que se quer agradar, e igualmente aprender para se ter prazer.

Bergès (2008, p.70/71) afirma que a partir do luto da voz da mãe, desta ausência, abismo de silêncio, “que se articula a demanda da professora para que se a escute, que se a olhe. Em uma palavra que se a ame.” A criança depressiva frente a aprendizagem se



perguntaria então: posso amar a professora? Posso enganar minha mãe com a professora? Estas perguntas fazem a criança se colocar novamente a seus conflitos mais íntimos. É na perda da constatação de que “sua mãe não lhe obedece mais”, perda da ilusão de onipotência da identificação com o falo materno, o fracasso do jogo do engodo do que diz a sua mãe “eu sou aquilo que te falta” que depois se transforma nos meninos em “sou eu que o tenho”, esta passagem no engodo do sê-lo para o tê-lo, se reatualiza na proposição de agradar à professora que o amará, a partir de seu aprendizado e saber. Para o autor, é este conflito específico que faz com que haja uma prevalência de casos de distúrbios de aprendizado em meninos.

Na relação edípica é necessário que haja um equilíbrio entre certo grau de desidealização das figuras parentais e um afastamento entre o eu e o ideal de eu, que não seja severamente julgado pelo supereu. Esses pontos são necessários para a preservação da autoestima e para que haja uma segurança de base suficiente, a qual permita enfrentar sem muitos temores os conflitos pulsionais e a luta pelo sucesso. O nó essencial parece ser a identificação da criança com as relações que os adultos mantêm entre eles mesmos e seu próprio psiquismo, seu desejo de saber e sua capacidade de aprender. (Golse, 2008)

No filme “Preciosa: Uma História de Esperança” lançado em 2009 e sob direção de Lee Daniels, é contada a história de uma garota de 16 anos a qual fora abusada sexualmente pelo pai desde os 3 anos de idade e que carrega a gravidez de um segundo filho deste. Sua mãe, além de não tomar qualquer atitude contra este pai, sente ciúmes da filha, que para ela teria roubado seu marido. Assim Preciosa é abusada fisicamente pelo pai e psicologicamente pela mãe, que lhe chama de burra e diz que não terá qualquer futuro na vida pois ela não aprende. Este filme foi baseado em uma história

real e mostra como significantes impostos pelos pais, e a falta de uma base que lhe dê segurança dificulta seus estudos.

Golse (2008, p.28), a partir de seus estudos sobre Boismare, afirma que querer saber é uma coisa, aceitar aprender é outra, a qual supõe assumir um tempo de suspense, “um tempo de vulnerabilidade entre o momento em que se deixa, um tanto que seja, pouco do que se sabe” e onde não se sustenta ainda aquilo que se procura saber. Um tempo que confronta o sujeito com o desconhecido, que lhe exige certa resistência a angústia da castração, da falta.

O sujeito desempenha um papel fundamental na “escolha” de seus sintomas, não basta que ele tenha uma família perfeita ou, ao contrario, uma família totalmente desorganizada, para que se determine seu futuro. O sujeito tem seu próprio tempo lógico e sua fantasia que serve de véu para o mundo exterior, seu olhar, sua maneira de captar o universo externo pode diferir muito da realidade dos outros. Ressalto assim a importância de não focar somente nos pais a causa para os sintomas psicomotores, não há como imputa-los uma culpa.

Calmettes-Jean (2008) também se ocupa do tempo, tempo de espera particular de cada paciente para a aprendizagem. Inicialmente o tempo, o ritmo é imposto pela mãe, é símbolo de um poder caprichoso. “As palavras para dizer o tempo” estão estreitamente ligadas ao que se enuncia na teoria analítica como função paterna. O tempo, portanto, deve perder o estatuto de pertencimento ao Outro, com a entrada do terceiro termo, a lei, a qual colocará todos sobre a mesma égide.

Para Bergès (2008, p.71) é o saber não sabido que vem interrogar a aprendizagem escrita, é o risco de vê-lo vir a tona, a volta do recalçado. O aluno coloca a prova a “validade epistêmica”, se ousamos dizê-lo, de sua teoria sexual infantil, teoria que se confronta ao que ele deve imperativamente aprender e saber, conhecimento que se

arrisca contradizer o que ele mais mantém em sua teoria sexual, “a saber, que esta é uma estrutura imaginária de sua busca, de seu desejo de conhecer o desconhecido”. São estas teorias sexuais que fazem “pulular os corpos das letras, as formas das frases e, os sinais de pontuação”, os quais fazem obstáculos ao acesso do sentido.

Para Dokhan (2008) o saber pode assumir também a posição de Falo, visto que o Falo é também o símbolo da castração, da feminilidade. A autora faz uma analogia entre “o saber” a “carta roubada”, se referindo ao conto de Poe analisado por Lacan em seus Escritos, a carta é o objeto de desejo no conto e, no entanto, justamente por isso, ela explicita a falta dos sujeitos em tê-la. A resistência ao saber seria assim uma resistência ao saber do sexo, da diferenciação homem/mulher.

Que tipo de sintoma é o sintoma psicomotor então? Poderíamos entendê-lo da mesma forma que os sintomas (sintoma decifrável e sintoma que amarra uma estrutura) esmiuçados nos primeiros capítulos deste trabalho?

Sem dúvida é um sintoma tratável através da palavra, ele contém uma fantasia infantil conectada a uma fantasia do Outro, contém também aspectos conflitivos que clamam por socorro, e um gozo. A satisfação secundária do sintoma, normalmente ligada a atenção de familiares se confunde com o gozo primário. Neste gozo vemos também uma satisfação que se afasta do princípio do prazer e pode ser chamada de sádica, pois inclui o sofrimento.

Portanto o sintoma psicomotor se encaixa no conceito de sintoma (sem th) pois tem um caráter de deciframento e um resto além do sentido, pois está justamente ligado a um gozo, algo do real. Para Andrade (1984, p.59), como vimos, “os distúrbios psicomotores são considerados um sintoma no sentido lacaniano, ou seja, aquilo que subsiste fora da simbolização.” E o que é isso que subsiste senão o real, o sexual, o

gozo? Mas nada impede que este sintoma psicomotor funcione como sintoma em algum caso.

Mas o que diferencia este sintoma dos outros, como vimos até agora, é uma relação fantasmática entre mãe-filho, cuja intensidade é menor que em uma debilidade mental mas suficiente para provocar um sintoma infantil.

Um outro caráter típico deste sintoma, enunciado por vários autores, é a inexistência ou insuficiência de uma função paterna, que poderia ser ocupada pela profissão da mãe, por um objeto de desejo ou outra pessoa, a qual não consegue realizar esta separação entre mãe e criança. A criança estaria então fixada em um momento anterior ao complexo de Édipo, ou seja, onde a lógica deste complexo não poderia ser totalmente absorvida pelo sujeito, e assim sua linguagem e autonomia corporal ficariam tolhidas.

Ora, o que acontece então em uma criança com sintomas psicomotores, que não foram tratados e persistem até a vida adulta? Se o Nome-do-Pai não pôde ser inscrito, pois a entrada do terceiro termo não ocorreu, estaria o adulto fora da neurose?

Segundo Andrade (1994) o sintoma psicomotor se apresenta em todas as estruturas psíquicas, ou seja, na psicose, perversão e neurose. Dessa forma, não creio que o pai esteja completamente fora dessa relação, pelo menos nos casos de neurose, parece haver muito mais uma fixação de um gozo, um Nome-do-Pai que fora inscrito, mas que é negado ou que não impede um gozo regressivo do sujeito com a mãe.

É difícil elaborar uma teoria em psicanálise pois sabemos que cada caso é um caso, e portanto, a generalização se torna difícil. No entanto, devemos tomar cuidado ao afirmar que “o pai” é inexistente ou fraco demais, afinal, embora essas crianças tenham muita dificuldade em lidar com as regras, com o ganhar e o perder em sua vida, elas são

capazes de sentir culpa, se angustiar e perceber suas faltas, ao dizer que são desajeitadas ou burras, existe aí um sentimento correlato a uma castração.

Algumas crianças, angustiadas pelo medo da castração, de monstros ou sonhos de horror, procuram a cama de seus pais a noite. Essa tentativa pode conter vários significados, o de separar os pais, o de impedir a vinda de um novo irmão ou a tentativa de se proteger dos monstros que poderiam matá-lo ao mar a seu “pai”. Existe portanto uma marca, mas esta não é tão presente a ponto de impedir que a criança tente a todo custo ser tudo para o Outro, principalmente nesses casos onde a mãe aceita e coloca a criança também neste lugar.

Esta formação sintomática é problemática pois segundo Sauret (1998), não há mediação entre o ideal de eu e o desejo da mãe, cuja ação é própria da função do pai, a qual deve realizar a separação da criança do fantasma materno.

No próximo capítulo, apresentarei o caso Bruno, cujo sintoma psicomotor e histórico familiar poderá esclarecer muitos dos conceitos até aqui apresentados e contribuir para a discussão teórico-clínica.

## 7.0 Análise de caso.

Bruno (nome fictício) possui 8 anos quando começo a atendê-lo. Na primeira sessão, com sua mãe, Maria, fico sabendo que Bruno dos 2 aos 4 anos de idade tinha medo de utilizar o vaso sanitário e o pinico, e assim fazia suas necessidades nas calças. Aos 4 anos já não tinha mais medo, mas continuava a fazer coco na calça. No início corria para o banho para se limpar e tinha vergonha, no entanto, com o passar do tempo começou a não se importar mais. Na escola passou a ser excluído pelos colegas devido ao cheiro ruim. Bruno também não lê e nem escreve bem, as vezes confunde as letras do próprio nome mesmo estando, na época, na terceira série.

Desde cedo sua mãe procurou atendimento para o filho, mas esta reclama nunca ter obtido explicações claras sobre o que acontece a ele. Uma das psicólogas lhe falou de um trauma, mas não soube dizer qual. Maria então relata que Bruno entre os 2 e 3 anos, assistiu a uma cena do pai bêbado correndo atrás dela com uma faca. Ela conta ainda que neste dia Bruno passou muito mal e teve que ser levado ao posto de saúde.

O pai, Carlos, nunca compareceu aos chamados da analista e nem dos outros psicólogos que atenderam Bruno, segundo Maria, ele não acredita na doença do filho, acha que é frescura e durante certo período bateu em seu filho por causa disso. Maria relata que o marido sempre foi ausente na criação dos filhos e quando este estava em casa, estava bêbado e agressivo com eles. Bruno possui uma irmã de 22 anos e um irmão de 15 anos, os quais segundo a mãe, sofreram mais com os maus tratos do pai. Atualmente Carlos já não bebe mais tanto.

Nos dois últimos anos Bruno fez tratamento na clínica da USP e no início de 2009, embora não estivesse em tratamento, obteve melhora e passou a controlar suas fezes. Agora a queixa apresentada pela mãe, se refere a agressividade de Bruno na

escola, segundo sua mãe ele está brigando muito, inclusive com uma colega com Síndrome de Down, com a qual nunca teve problemas antes e era seu amigo.

A escola está bastante preocupada com o menino e chama sua mãe sempre que ocorre algum desentendimento, Maria leva então o filho para casa. Quando Bruno é inquirido sobre a razão das brigas com os colegas, ele nada responde, apenas se encolhe, chora e chupa o dedo embaixo de sua carteira.

Neste primeiro contato com a mãe de Bruno, alguns aspectos chamam atenção, o paciente possui uma encoprese relacionada ao medo, que apenas melhorou quando ele tinha oito anos, mas que ficou para a mãe sem explicação já que ocorreu nas férias, depois da parada de seus atendimentos psicológicos. Para Freud (1917-18/1996), o controle anal e seu erotismo está ligado a um processo de independência, quando a criança retém as fezes, ao invés de entregá-las como uma “dádiva” a mãe, ou seja, opera certo controle sob seu corpo para obter, através dele, prazer na contenção, a criança obtém também certa independência. No entanto, existe outro elemento em jogo, Bruno apresenta uma fobia do vaso ou pinico, o que estaria provocando a retenção até o ponto que não aguentasse mais e perdesse seu controle. Este medo, ou fobia do vaso poderia estar relacionada a um perigo de castração, algo que representando certa independência de Bruno através do controle anal, colocaria em jogo uma perda na relação com o Outro.

Este medo de certo objeto, mais ou menos na mesma época em que o pai bebia muito e que Bruno presenciou a cena onde Carlos aponta uma faca em direção a mãe, dão indícios de uma relação bastante conturbada com o pai, neste período de início do complexo edípico. A presença paterna é extremamente ameaçadora, tanto da segurança de Bruno quanto do resto da família, esta presença ao invés de barrar, separar Bruno e Maria, parece os unir ainda mais, numa busca de proteção para ambos. De forma

análoga ao caso Hans de Freud, na qual a criança criou uma fobia de cavalos, Bruno pode ter elegido o objeto vaso para exercer uma função importante em seu complexo edípico.

Como resultado deste conflito familiar, Bruno tem dificuldades de aprendizado e não se relaciona de forma pacífica com seus amigos, ele se sente constantemente ameaçado e sente que precisa proteger sua mãe. Nos atendimentos clínicos com Bruno, ele me conta que explode, justamente, quando seus colegas xingam sua mãe. Isto não é nenhuma novidade, e poderia ser uma questão associada a um movimento natural de conquista de um espaço a muito tempo perdido em sala, quando era excluído e caçoado pelos colegas. No entanto, essa agressividade persiste mesmo frente a colegas de quem gostava e quando inquirido, não sabe dizer porque é agressivo. Para Prizskulnik (1993, p.62) “crianças ditas nervosas, agitadas, agressivas” se apresentam desta forma para tentar preservar um pouco de sua individualidade que ainda lhes resta.

Outro ponto relevante é sua reação frente aos professores quando estes condenam seu ato. Bruno regride a uma fase anterior, a um erotismo oral, ao chupar o dedo e se contrair como um bebê indefeso. Este retorno a uma imagem inconsciente do corpo anterior é o que da segurança a Bruno para continuar seu desenvolvimento, visto que, a agressividade veio a substituir o sintoma de defecar nas calças. (Nasio, 2009)

A agressividade é um fato recorrente em seu tratamento, seu estilo é sempre violento ao lidar com situações onde eu ou ele possamos ser prejudicados. Bruno sempre me protege dizendo que vai bater, dar uma facada e até mesmo matar quem perturbar os seus desejos. Ele se responsabiliza por qualquer coisa que possa acontecer e que vierem reclamar. Bruno me coloca na transferência, no lugar de sua mãe, alguém a qual ele precisa proteger.



Nas sessões com o paciente, noto nele uma grande dificuldade em lidar com a perda, ele não aceita perder nenhum jogo, rouba, infringe as regras, ou simplesmente diz que ganhou e nada o tira deste lugar. O engano assim como a mentira são características próprias da neurose, onde o narcisismo está a flor da pele.

Apesar de ganhar sempre no fim dos jogos, Bruno se diz burro e incapacitado. Em certo jogo, quando Bruno reclama ser burro, pois não previu minha jogada, explico-lhe que como sou mais velha já pratiquei mais e quando ele crescer saberá fazer igual ou melhor. Pergunto se ele gostaria de crescer, ser mais velho. Ele diz que não, ele quer continuar sendo criança sempre, mas não responde o porquê. Pergunto o que ele gostaria de ser quando crescer, ele responde soldado. O paciente expressa conscientemente o desejo de não crescer, e mesmo se isto acontecer, ele terá de ser um soldado, pronto para a guerra.

A fala do paciente, quando este tentar contar algum fato do cotidiano é fragmentada, demandando assim grande esforço de sua analista na compreensão de suas histórias. A fala está ligada diretamente a sociabilização das pessoas, Bruno tem muita dificuldade assim em se sociabilizar, em estabelecer relacionamentos fora da relação com sua mãe. A dificuldade de linguagem e a agressividade são portanto os principais sintomas de Bruno.

No fim das sessões, Bruno, sente a necessidade de levar um desenho, algo de presente para a mãe, sempre com grande amor representado, assim ele assegura à mãe seu amor e fidelidade nos pensamentos mesmo estando na sala comigo.

O paciente gosta muito de suas sessões e logo pede para vir mais vezes, começo a atendê-lo duas vezes por semana e encaminho sua mãe para atendimento com outra analista. Maria embora aceite aparentemente bem seu encaminhamento, começa a faltar, seja por falta de dinheiro ou por imprevistos. Este fato passa a prejudicar a frequência

de Bruno aos atendimentos, já que ela não aceita fazer análise em horário diferente ao do filho, pois teria pouco dinheiro para o ônibus.

Após as férias de julho, Bruno retorna aos atendimentos, ele conta que bateram no carro de seu pai, e que este irá consertar (ele é mecânico) e irá cobrar do “cara” o pagamento, e diz que se este não pagar ele irá bater nele. Conta também de bebados que ve na rua ou no ônibus, embora não os relacione com seu pai. Certo dia me diz que está com pena do pai, este ficou em casa sozinho, ele diz “deve estar bebendo cerveja” e dá uma risada cínica, diz também que se voltar pra casa e ele estiver bebado, não vai dormir com ele, pois ultimamente estava dormindo em sua cama, e não explica mais nada.

Quando atendo sua mãe esta me conta que Bruno voltou a fazer coco nas calças há duas semanas. Desenrola-se então a seguinte estória: Maria ficou menstruada nos últimos três meses, durante todo esse período, como uma hemorragia. Chegava a ter que se trocar no trabalho ou ir embora devido a intensidade do fluxo menstrual. Foi a médicos, mas nenhum deles descobriu o que ela tinha. Em decorrência desse fato, achou desconfortável dormir com o marido, e Bruno ao saber disso gosta, e diz para sua mãe dormir em sua cama, enquanto ele dorme com seu pai. Pergunto se ela não achou isso estranho e, afinal, por que aceitou tal fato?

Ela me diz então, que não teve muita escolha, ela antes dormia várias vezes com Bruno, pois este ficava muito aflito e não adormecia se ela não estivesse a seu lado. Ela ficava então deitada com ele na cama dele até que ele adormecesse, mas mesmo assim quando ele percebia que ela tinha saído acordava muito assustado e gritava. Ela explica que nesses momentos ela ficava com ele pois se ele esperneasse seu pai poderia bater nele. Por outro lado, Bruno ficava aflito, segundo a mãe, pois queria protegê-la do pai, ele não gosta quando o pai chega bêbado em casa e xinga a mãe ou a ameaça.

Bruno separa assim o casal fisicamente, agora ele tem certeza que seus pais não fazem nada juntos durante a noite. Com a desculpa de proteger a ambos, tanto Bruno como sua mãe se unem ainda mais. Bruno assume certo controle na relação dos pais o que pode ter provocado uma angústia de castração, um medo desencadeado por uma culpa sobre essa relação incestuosa, que por sua vez pode ter provocado o retorno de seu sintoma de descontrole esfínteriano. Ao mesmo tempo, com este sintoma ele regride, e volta a ser o bebê que necessita de cuidados da mãe, um posição bastante conflituosa, entre o bebê que precisa de cuidados e o homem da casa que protege sua mãe.

Por outro lado, Bruno aceita dormir com seu suposto rival, o pai. Ele não se mostra angustiado em ter que dormir com Carlos, a não ser quando este está bebado. Freud (1917-18/1996) em “Espanca-se uma criança” analisa as fantasias infantis, e descobre que os meninos, através da fantasia inconsciente “meu pai me espanca”, dirigem seu amor inicialmente ao pai, numa posição chamada por Freud de feminina. O menino assim se submete ao pai espancador, numa tentativa de conquistá-lo. Este é um processo psíquico necessário e anterior a posição viril masculina alcançada a partir da identificação com o pai. A partir de Freud poderíamos pensar então, em uma relação de Bruno com seu pai, uma tentativa de conquistar um reconhecimento, própria do processo de identificação, o qual possibilita a dissolução do complexo de Édipo. Aqui o sintoma de descontrole das fezes, pode ser tanto uma “dádiva” a ser entregue ao pai, quanto uma resposta da angústia provocada pela posição ocupada neste complexo familiar. De qualquer forma, Bruno regride para uma posição anal, como uma possibilidade de conquista do Outro.

Maria diz que Bruno está terrível na escola, que tem aprontado muito e que a diretoria a chama para conversar toda a semana. Ela nota que nos dias em que ele está mais carente ele piora na escola e pede para ficar com a mãe, se ela não aceita que ele

falte na escola, logo esta lhe liga pedindo sua presença. As vezes a escola lhe dá uma suspensão de três dias, possibilitando assim que Bruno fique com sua mãe como desejado e a escola se livra momentaneamente do problema.

Aos fins de semana, Maria quer que Bruno fique em casa com ela, já que passa a semana toda fora. Mas Bruno “só quer saber de olhar pra rua”. Notamos aqui que Maria necessita e deseja muito ficar com o filho, mas acaba assim por sufocá-lo, sob a desculpa de protegê-lo dos perigos e influências ruins da vizinhança. Aos poucos nos atendimentos, Bruno se permite expressar raiva e coisas ruins sobre sua mãe e consegue se conter de levar o desenho ao fim da sessão para ela sem deixar de amá-la.

Peço para que Maria me conte um pouco mais sobre a gravidez de Bruno. Conte-me que foi inesperada, assim como a de seu irmão, pois estava tomando pilula. A diferença de idade entre os irmãos é de 7 anos, segundo ela seu médico disse que o anticoncepcional deixava de fazer efeito após certo período nela. Mas a primeira explicação que recebeu quando engravidou do irmão de Bruno foi a de que uma em cada dez caixas de anticoncepcional são falsas.

Assim Maria só descobriu que estava grávida no terceiro mês de gestação, devido a uma pinta estranha que apareceu em sua barriga e que a levou a fazer um exame de sangue. Durante a gestação ficou um pouco depressiva e quando Bruno nasceu não teve leite para amamentá-lo. Conta ainda que após o terceiro mês de nascimento do filho, teve que voltar a trabalhar e a irmã mais velha de Bruno foi quem cuidou dele. Essa é uma das razões pela qual Maria diz não entender o apego do filho a ela, já que não foi ela que o criou. No entanto admite que na época, por se sentir culpada por isso, tentou compensar o cuidado quando ele ficou mais velho.

Nas primeiras sessões com Bruno, ele se senta na mesa e cadeiras pequenas, próprias para crianças, mas com o passar do tempo além de não utilizá-las mais, ele

questiona a razão pela qual aquelas cadeiras estariam ali, como se fossem colocadas ali para afrontá-lo. Explico que não as coloquei ali, que há outras crianças que são atendidas naquele espaço e que são menores que ele. Digo que realmente, ele está muito grande para usá-las e assim Bruno as retira do caminho para jogar futebol. Esta atitude contrasta com seu gesto de chupar o dedo e se enfiar em baixo do divã como um bebê, freqüentemente quando não está feliz.

Bruno, em uma sessão cerca de dois meses depois, relata que já sonhou tempos atrás com a morte do pai, que um trator o matava, ele acorda muito angustiado e diz que chorou muito durante todo este dia. Depois, durante uma brincadeira, me mostra o tamanho de sua cama, primeiro utilizando a mesa de crianças do consultório e depois fazendo um tamanho ainda mais reduzido com as mãos. Pergunto por que a cama é assim tão pequena e como ele faz para dormir ali. Ele não sabe me responder, mas acaba concordando que teria de se equilibrar ali em cima para conseguir dormir. Pergunto então, quem lhe deu aquela cama e ele diz que foi sua mãe. Pergunto: por que? Você acha que ela gostaria que você ficasse pequeno assim? Ele responde que sim. Questiono essa possibilidade de realizar o desejo da mãe, e Bruno por sua vez responde que sim, é possível. Naquele momento Bruno tinha certeza que podia ser tão pequeno quanto sua mãe desejasse sem contradição com seus outros comportamentos.

A relação de Bruno com seu corpo aparenta ser bastante ambígua e varia com o tempo. Como descrevi, no início de seu tratamento ele senta-se algumas vezes na mesa e cadeiras de crianças, mas aos poucos deixa de usá-las e chega a se irritar com tal presença. Ao ver uma boneca de pano com uma chupeta na boca, ele se irrita novamente. Esses objetos simbolizam as crianças menores e bebês. Ao mesmo tempo, realiza o desejo de sua mãe, o de ser seu eterno bebê em uma cama pequena.

Segundo Dolto & Nasio (2008), a criança não sabe que é pequena até poder se olhar no espelho acompanhada de um adulto, neste momento ela se reconhece como “menor” e forma uma identidade em comparação com o outro. É por essa razão que crianças podem se irritar com a presença de outras crianças menores que ela, pois estas a fazem sentir que sua imagem mudou (ela cresceu) e provocam uma instabilidade quanto a sua identificação. Estes objetos da sala e a boneca podem se enquadrar nessa relação de instabilidade da identidade da imagem de seu corpo.

Bruno em outros momentos, joga e brinca como um adulto, fala palavrões, faz ameaças e utiliza muita força ao chutar a bola. Vemos aí que ele possui dois universos completamente opostos entre si, o de um bebê e o da vida adulta a qual ele assiste todos os dias na rua de sua casa. Bruno explora os dois um mundo, em um deles, o do bebê ele regride a uma imagem corporal anterior que lhe dá segurança nos momentos difíceis, momentos onde lhe são negados objetos, ou onde tem sonhos de angústia. Nesses momentos ele também obtém a atenção de sua mãe, grande protetora contra os possíveis males de seu pai que chega alcoolizado em casa. Mas esta é uma cilada, pois em sua ânsia por continuar em um gozo fálico, onde mãe-filho se completam e nada pode interferir, este deseja a morte do pai, assume a função de marido e suas responsabilidades de adulto.

As vezes, Bruno se sente imortal, demonstra sua força e defende a todos que gosta, sempre com muita violência. Bruno não tem problemas nesses momentos, ele sabe o que fazer, ele bate e mata os outros se for necessário (assim como seu pai), ele não sente dor e merece todas as mazelas que recaem sobre ele. Um legítimo macho a moda antiga, ele repete o mito do início da civilização segundo Freud (1913) em seu texto Totem e Tabu, um homem que luta pela fêmea desejada. Bruno chega a dormir na cama de seu pai para proteger a mãe da presença deste marido.

Para Freud (1913-14/1996), é o ódio pelo pai, que faz com que irmãos se unam contra este pai possuidor de todas as mulheres. É somente com o assassinato do pai, que este se torna “pai de fato” no simbólico dos filhos, ele agora adquire a função de totem, graças ao sentimento de culpa e ao medo de serem assassinados por seus próprios filhos. Nasce aí a civilização, a contensão dos desejos. O pai morto, agora é muito mais forte que o pai vivo e assim determina a lei simbólica.

Podemos dizer que esses dois lados de Bruno, a criança e o adulto expressam seu conflito no sintoma, um sintoma que carrega um semblante que produz diferentes efeitos nos meios em que convive, ou seja, na escola, na casa e na clínica psicológica. Este semblante ou estes semblantes carregam a verdade do sujeito, é uma busca por uma identidade, uma posição definida em sua família, qual seria a melhor escolha? Ele testa cada uma e varia de acordo com suas possibilidades de gozo em cada uma.

“Há, na língua francesa, variados usos para o termo semblante, na maioria das vezes referidos à ideia de falso, de simulacro, de engano ou de fingimento. Expressões como *faire semblant* ou ainda *faire semblant de rien*, são portadoras dessa marca negativa, de certa aparência que insiste em dissimular a verdade... Na psicanálise, ao contrário, as considerações sobre o semblante tomam outra vertente que a do engodo, indicando tratar-se da própria verdade do sujeito, já que é na interceptação entre simbólico e real que a dimensão do semblante deve advir.” (Camargo 2009, p.1)

Bruno, de vez em quando, durante a sessão, bate a cabeça na parede, se machuca, mas diz que nada disso dói e além do mais ele merece pois “aprontou”. Ele recebe os pontapés de amigos ou estranhos na rua e diz que mereceu. Não sabe explicar bem porquê, mas sente que tem culpa. Em outra sessão ao investigar minha vida, perguntando se sou casada, se tenho filhos, se durmo sozinha, pergunto-lhe se ele gostaria de ter filhos. Ele diz que não, que dói. Relata então que sua mãe disse que doeu

muito para ele nascer. Para Bruno, ele causou dor à mãe, além de aprontar na escola e em sonho desejar a morte do pai, ele é assim “uma pessoa culpada”, mas há algo mais aí que impede que Bruno consiga dar um sentido para o que lhe acontece.

Bruno sente a necessidade de ser punido por algo, mas não consegue dar palavras a este sentimento. Por mais que a analista tente emprestar significantes para acalmar esta angústia, há algo que escapa, que não recobre este Real vivido por Bruno. Como vimos, nas última clínica de Lacan, há coisas que não podem ser nomeadas, há algo do Real que insiste. Através dessa repetição, desse gozo que se repete ao se bater no corpo, há uma busca por inscrição simbólica.

Bruno passa muitas sessões também sem querer conversar, apenas jogando bola e “provocando” a analista. Faz de conta que vai se machucar feio, ou que vai inundar a sala, abrindo a torneira da pia e fechando o ralo. Ele me desafia, diz “duvida que eu jogue isto pela janela? Duvida que eu jogue a bola na luz? Diz também que quer ir jogar bola no corredor, onde sabe que não é permitido. Na maioria das vezes eu apenas olhava para ele e lhe sorria, ou dizia que ele já sabia desta impossibilidade.

Este foi um período que Bruno precisava se sentir amado mesmo frente a suas peripécias, precisava de limites mas principalmente da certeza de que não deixaria de atendê-lo por pior que fosse. Ele perguntava se eu teria filhos, e eu lhe perguntava se ele achava que deixaria de atendê-lo se os tivesse. Ele então se espantava quando lhe falava que independentemente desta possibilidade, de ter filhos ou não, não deixaria de atendê-lo, estava ali porque o tinha escolhido. Esta resposta foi tão inesperada que Bruno não entendeu, e perguntou por que razão eu continuaria a atendê-lo. Mas ele não explicou suas razões para tal questionamento e apenas lhe repeti que havia escolhido atendê-lo.

Durante esse período atendo a mãe de Bruno novamente, ela está muito aflita, pois Bruno está piorando cada vez mais no colégio. Maria corre o risco de perder o



emprego de tantas vezes que falta ao serviço ou chega atrasada por ter de ir à escola pegar Bruno e conversar com a diretora e professoras. Ele está dormindo sozinho agora.

Bruno tem levado várias suspensões e uma professora, muito aflita também, diz para a mãe que esta deveria levar o filho ao psiquiatra, pois devido a um curso que fez na área “psi” ela suspeita que o aluno tem TDAH, pois possui todos os sintomas. Explico-lhe que este não é o caso, pois Bruno tem comportamentos muito diferenciados em seus espaços de convívio.

Essa mesma professora, no entanto, em outra ocasião, dá novos conselhos à mãe. Diz que o problema é que Bruno está muito carente e que precisa ficar uns dias em casa com a mãe. Desta vez, no entanto, Maria toma o conselho da professora como verdade e ao invés de me questionar sobre o fato, me pede diretamente um atestado para que ela possa ficar umas semanas em casa com Bruno sem ir ao trabalho e ele sem ir a escola. Nego seu pedido e marco mais um dia para conversarmos. Fica claro que a escola está desamparada e recorre a todos os meios para se livrar do problema que seu aluno apresenta. Agendo então um dia para ir a escola escutar o que está acontecendo e acalmá-los.

Na escola falo com a diretora, uma professora e outra pessoa da parte administrativa. De início elas querem me ouvir, me pedem diretamente uma solução, pois está muito difícil de lidar com o menino na escola. Elas já tentaram de tudo e de certa forma acusam a mãe de negligência, já tendo feito uma denuncia ao Conselho Tutelar.

Peço então que elas me contem um pouco mais dele antes que eu possa falar alguma coisa. Contam que ele não presta atenção durante as aulas e não deixa os colegas acompanharem a mesma e responderem as provas, Bruno os interrompe. Provoca muitos colegas, inclusive uma menina com Síndrome de Down, com a qual se

dava bem anteriormente. Bruno tem piorado muito e a escola teme que ele apanhe de seus colegas maiores, ou que, as mães façam um baixo-assinado para expulsá-lo da escola. Ele “não aprende nada e quando lhe pressionam acaba por chupar o dedo e se fazer de bebê”. A escola sempre chama a mãe para buscá-lo nessas ocasiões. Quando Bruno não apronta aparece com uma dor de cabeça ou um mal estar e acaba indo para casa novamente. A professora ainda nota que depois que o menino passa uns dias em casa ele volta mais “calminho”.

Fica claro aqui o ciclo vicioso em que Bruno está imerso. Bruno sente uma carência, quer ficar com sua mãe como toda criança. A mãe por sua vez coloca o filho como seu principal objeto de satisfação, ela ainda tenta recuperar a infância em que não pôde cuidar do filho como desejava, sua proteção deve ser redobrada por causa do pai agressivo e, por fim, com as dificuldades de aprendizado e comportamentos antisociais que ele apresenta sente que precisa lhe dar mais atenção. A escola não traz qualquer solução para o caso do aluno, sua única medida é mandá-lo para casa e pedir soluções de outros, através de terapias e remédios.

Os sintomas de Bruno respondem estão em função do que ele apreende do desejo de sua mãe, que afinal, é seu desejo também. Ele fica retido no olhar, na voz gestos do Outro, fazendo-se falado e notado por este Outro, no caso sua mãe. Os sintomas psicomotores que Bruno apresenta estão de acordo com a bibliografia pesquisada. Nessa situação seu prazer é obturado e o gozo tolhido, de tal forma, que não lhe é propiciada a satisfação da sublimação, sublimação esta tão necessária para se aprender coisas novas. (Andrade, 1994).

Feitas essas observações e devidas orientação para a mãe e a escola, juntamente com o tratamento de Bruno, ele começa a apresentar melhoras. Bruno em algumas sessões diz voluntariamente que um ou outro colega o provocou mas que ele não fez

nada. Nessa época também sua curiosidade pela sexualidade aumenta, ele comenta sobre músicas que escutou, músicas de funk obscenas que seu irmão ouvia, músicas com palavrões. Não diz que palavrões, mas quer me mostrar as músicas pelo celular do irmão. Isso não ocorre, pois o irmão, que está na sala de espera, não empresta o celular. Mais pra frente na sessão, Bruno, enquanto brinca simula uma conversa sobre “alguém comer alguém”. Pergunto então se era sobre isso que as músicas falavam e se estes seriam os palavrões. Ele confirma. Pergunto se ele quer saber mais sobre o assunto. Diz que sim, mas não tem nenhuma pergunta a fazer. Na sessão seguinte quando toca neste assunto das músicas, diz que as letras são feias, que ele não quer escutar, “cruz-credo” no entanto resmungava alguns trechos curtos durante a sessão.

Em uma sessão posterior, ele me pede que eu repita uma brincadeira que uma vez lhe propus, onde eu contei uma história utilizando alguns hipopótamos de borracha, os quais, cada um tinha uma careta diferente (raiva, medo, curiosidade e sono). Conto para ele duas histórias, uma sobre um hipopótamo que tinha o filho seqüestrado e o resgatava, e um hipopótamo que dormia muito, mas que um dia teve um pesadelo e resolveu não dormir mais para proteger a família e acabou conhecendo uma “hipopótama” muito legal. Ele escuta atentamente as histórias e depois começa a brincar com os bichinhos de borracha, faz com que dois se beijem e depois batem um contra o outro, repetidas vezes. Mostro para ele que há algo de estranho aí, pergunto “por que eles estão se batendo? Agora a pouco estavam se beijando!” Ele nada diz e continua o ato. Pergunto então: É assim que o amor é para você? Entre tapas e beijos? E afirmo mais uma vez que para ele via o amor desta forma. Freud (19001-05/1996) já apontava em suas análises, como o sexo poderia representar algo agressivo para as crianças, a visão do ato sexual sexual seria algo traumático.

Bruno na sessão seguinte a essa aparece mais calmo, mais feliz. Na sala de espera brinca com um amigo pacificamente e me pede para esperar ele brincar mais um pouco. O vejo mais relaxado, como nunca o tinha visto antes. Nessa sessão ao brincar com os hipopótamos faz com que eles se beijem e me diz para não olhar! Respeito e viro os bonecos de costas e pergunto se é isso que lhe dizem quando estão se beijando. Ele diz que sim. Pergunto se ele queria olhar mais. Ele diz que não “cruz-credo!”.

Já ao fim da sessão, Bruno “vê” o carro da Rota chegando ao estacionamento. Pergunto o que eles estariam fazendo ali, se eles iriam prender alguém. Bruno pensa e responde que sim, iriam prender a mim. Pergunto o que fiz de errado para tal. Ele me responde com outra pergunta: “Você fuma cigarro? Digo que não. Ele continua: “Minha professora fuma, eu vi ela fumando, ela jogou rápido o cigarro e tentou esconder, mas eu vi”. Digo: “Ah! Quer dizer que os adultos fazem coisas erradas escondidos”. Ele concorda, diz que vão prendê-los.

Vamos então brincar com os hipopótamos novamente, Bruno os coloca se beijando e me diz que eu (meu hipopótamo) devo ficar só olhando! Que eu sou chato! E me pede para contar uma história com os hipopótamos novamente. Peço como sempre, para ele escolher um dos hipopótamos para começar a história, ele escolhe o “curioso”, mas acaba me dando o “assustado” ao invés disso. Conto então a história de um menino que escutava barulhos no quarto dos pais e ficava curioso, tinha pesadelos com a morte do pai e que um dia teve coragem de abrir uma fresta da porta do quarto. Nesse momento Bruno pergunta o que eles estavam fazendo. Ele nunca havia interrompido uma história antes. Respondo que estavam fazendo sexo, ele se interessa e pergunta o que é isso e o que teria a ver com os filhos. Explico então para ele e ele pergunta se eu gostaria de ter filhos novamente. Me conta que nunca terá filhos, não quer, pois eles incomodam, são muito ruins e ainda provocam dor. Ele diz: “se os tivesse, gostaria que

morressem logo!”. Pergunto se é isso que ele acha que seus pais pensam dele. Ele diz que sim e pergunto para ele por que ele não pergunta para sua mãe se ela pensa isso mesmo. Quanto a dor, Bruno se refere ao parto de sua mãe, com o qual ele acha que provocou dor nesta para poder nascer, diz que cortaram sua barriga. Esse fato se repete e como vimos parece estar ligada a um sentimento de culpa com relação à mãe.

A técnica de contar histórias rendeu frutos a Bruno, em sua dificuldade de por em palavras o que sentia, a história lhe ajudou a se expressar, a tocar mais fundo em seus conflitos e a entender que talvez não fosse o único a se perguntar certas coisas. Na curiosidade pela sexualidade, o olhar e ser olhado assume uma importante função, o olhar, para Bruno, diz do beijo, da curiosidade e do sexo. A utilização de histórias contadas pela analista em forma de brincadeira, facilitou essa comunicação, visto que ele ainda tinha certa dificuldade em conjugar frases e histórias. O “contar histórias” possibilitou um entrelace sobre as “coisas” (fantasias) que apareciam em sua mente e que temia perguntar; foi dessa forma que Bruno pôde finalmente perguntar sobre o sexo, sem que sua censura lhe impedisse. As coisas referentes ao sexo eram consideradas feias e não se deveria querer saber de nada disso. Os meios pelos quais Bruno tinha acesso a coisas da sexualidade eram músicas obscenas de seu irmão, cenas de estupro e beijos nas ruas, fatos punidos pela mãe. Além disso, o sexual é um assunto muito delicado, segundo Lacan o simbólico não dá conta dele, há um furo em sua significação, e assim, através dos significantes emprestados pela analista, Bruno pode inscrever significantes em torno desse furo, mesmo sem poder tamponá-lo, isto possibilita uma maior mobilidade simbólica e algum alívio na angústia causada pela falta de sentido.

Na sessão seguinte Bruno desenha em um papel uma casa com flores e corações dentro dela, em seu topo há uma chaminé cor de rosa, há também uma árvore, nuvens e um sol. Pergunto para Bruno que casa é essa, se seria a dele, ele diz que não, “é uma

casa aí!”, e nela há dinheiro, é o que ele gostaria que houvesse. Bruno vai correndo entregar o desenho para sua mãe. Durante esta atividade Bruno me conta que está bem na escola, que está estudando e tem uma professora que ele gosta, mas que esta havia faltado no dia, e assim estava atrasando o aprendizado dele e ele estava com raiva e queria xingá-la por esta razão.

Podemos verificar que as perspectivas de amor, família e casa estão mudando para Bruno, embora não precisasse mais entregar desenhos para a mãe por certo período, resolveu lhe este em especial, um desenho da casa ideal, cheia de amor, e dinheiro para a mãe. Nesta sessão ainda, Bruno se interessa por uma boneca de pano que possui uma chupeta na boca, ele tenta incessantemente retirar a chupeta da boca dela, a qual de encontra colada. Quando inquirido sobre o fato, diz que não gosta de chupetas.

Depois das férias de janeiro e fevereiro, Bruno volta bastante quieto, mas aos poucos vai se soltando. Na primeira sessão traz um brinquedo que ganhou, é um revolver com uma hélice na ponta, ele testa a potência do brinquedo mexendo nas pilhas e na posição do revolver. Ele aproxima a hélice do rosto e dos olhos, mostra que não tem medo e quer sentir o que acontece.

Demora um pouco até que ele se interesse pela caixa de brinquedos, ele verifica se tem algo novo, ao ver que não diz “que bom”, parece estar feliz por não haver mudanças.

Sobre a escola ele me diz inicialmente que as aulas ainda não começaram mas depois desmente, me avisando que me enganou, diz também que acham ele burro. Intervenho e digo que ele é inteligente mas que as vezes usa isso de forma ruim. Ele ri e concorda dizendo que me engana. Outro fato que retorna é um sentimento de culpa com relação a mãe, mas ele não sabe explicar esse sentimento ruim.

Maria, sua mãe, me conta que Bruno não faz mais coco nas calças e não se esconde embaixo dos móveis. Na escola, surgiu um novo colega, dizem que ele é pior que Bruno pois é muito agressivo. Maria diz que seu filho estava entrando “na onda deste amigo”, voltando a querer brigar na escola, mas ela lhe deu uma surra de cinta e ele parou.

Segundo a mãe, Bruno agora está “mandão” e só faz o que quer, quer ficar o dia todo fora de casa. Ela está receosa pois a rua é perigosa e ele pode aprender coisas erradas com as pessoas da vizinhança. Bruno também foi ao dentista mas não deixou este obturar seus dentes, já que estava com caries.

Na escola, Bruno está agora na quarta série e com uma professora nova que é mais rígida e não o põe para fora da sala. Maria diz “ele está se esforçando mais” e tem feito aulas de reforço a tarde.

Maria, no fim do ano anterior foi demitida e agora está trabalhando em casa de família. Ela me pede para mudar o horário do atendimento de Bruno para o período da manhã. Explico que não seria possível e que ele perderia a primeira aula na escola, o que não seria bom para seus estudos. Ela está trabalhando somente até o meio da tarde mas não quer trazê-lo depois do trabalho por causa do trânsito. Combinamos depois de muito custo que ela o trouxesse as 3 tarde de segunda feira, para isso ela iria conversar com sua patroa para mudar o horário de trabalho. Nas próximas semanas, noto uma crescente resistência da mãe para trazer o filho e comparecer a sua própria análise, a qual também, teve de ser marcada nos mesmos horários do filho, pois não tinha dinheiro para comparecer a Clínica da USP mais vezes por semana.

Na sessão seguinte, Bruno pinta com tinta um papel, diz que não sabe o que está fazendo. Em certo momento exita limpar o pincel no copo com água, prefere usar

somento o papel. Pergunto a razão e ele responde que iria manchar o copo de vidro. Em sua casa ele manchou um espelho com tinta que não saiu mais e sua mãe ficou brava.

Conta também que um motoqueiro bebado caiu e quebrou a perna na rua de sua casa. Pergunto sobre seu pai. Ele diz que seu pai é cachaceiro “a mãe se encomoda, mas ele não”. No entanto diz que o motoqueiro mereceu cair.

Durantes as sessões Bruno sempre joga bola, usa muita força nos chutes e as vezes tenho que interceder pois a bola rebate em minha direção. Coversando sobre futebol fico sabendo que seu time ganhou e que foi assistir ao jogo no estádio com o pai.

Bruno se apresenta bastante agitado querendo fazer coisas que sabe que não pode. Pergunto qual a razão, ele não sabe mas admite que consegue atenção nesses momentos. Pergunto porque é tão importante que ele consiga essa atenção mas ele também não sabe.

Mais uma vez ele me pergunta sobre um moço que conversava comigo na sala de espera, ele pergunta se é meu namorado, digo então que ele já me fez essa pergunta antes, ele diz que não, nega terminantemente, ele “não sabe de nada”.

Nas sessões seguintes noto nele uma atitude de menino mais velho, seu modo de andar e até seu corte de cabelo transparecem certa mudança, ele aparenta estar maior agora. Bruno conta voluntariamente que está melhor na escola, que a professora não lhe manda para fora da sala mais.

Nessa época Maria pede para trazê-lo somente uma vez por semana pois está sem dinheiro, ela não dá espaço para negociação.

Em sua última sessão Bruno brinca na lousa, ele escreve e me desafia a entender suas palavras, não há sentido no que escreve, mas chama a atenção pela forma como o faz, usando letras estilosas parecidas com pichações. Ele se surpreende quando eu



consigo decifrar suas letras, e entrando na brincadeira escrevo um “O”, Bruno se perturba com esta letra, diz que não gosta dela pois o lembra de algo, ele sente vergonha mas acaba desenhando o que pensou, faz então mais uma bola do lado e um arco unindo as duas bolas em baixo, pergunto o que é, ele responde ser uma bunda com “aquilo das meninas”, digo que me parece um pênis na verdade, ele discorda. Pergunto se ele já viu uma vagina, ele me conta então que viu os pais fazendo sexo, que seus pais achavam que ele estava dormindo mas que ele “abriu o olho, viu e fingiu que estava dormindo”. Seu desenho era de uma bunda com uma minhoca (termo utilizado por ele) no meio. Questiono porque estava lá. O que ele queria ver? Ele diz que estava dormindo com o pai e não responde porque, mas nega estar com medo naquela noite para pedir para dormir com seus pais.

Nas semanas seguintes vários atendimentos de Bruno são cancelados pela mãe até que ela liga para sua analista, a qual me informa que Maria não irá continuar o tratamento nem levará mais Bruno por falta de dinheiro. A analista pede para que ela me ligue avisando, mas Maria não liga e não atende mais minhas ligações.

Bruno aparenta significativa melhora dos seus sintomas iniciais. Seus problemas intestinais não voltaram mais, ele está conseguindo impor suas vontades contra as de sua mãe, tenta se distanciar um pouco dela ao passar mais tempo na rua, se sente poderoso resistindo a intervenções de seu dentista, consegue se controlar um pouco mais em sala de aula, e sabe que mesmo amando sua mãe está tudo bem em não gostar de tudo que ela faz podendo desabafar suas mágoas. Os comportamentos de rebeldia com a mãe, que antes eram inexistentes, ocorrendo apenas na escola, embora encomodem Maria, significam uma tentativa de separação de Bruno de sua mãe. Ele testa os limites de sua mãe, como um adolescente em busca de independência e liberdade.

Embora Bruno não use mais violência na escola no momento, vemos em sua infância e no presente, com a surra que sua mãe lhe dera, a presença contínua da violência para resolver situações. Este fato não é sem consequências e seria necessário que Bruno continuasse seu tratamento para evitar futuro retorno desta agressividade em momentos difíceis.

O paciente continua com certo gozo, um mais gozar que envolve o olhar do Outro, está sempre em busca de certa atenção e em mostrar o quanto é forte e destemido. Esta necessidade de aparentar força, indica ainda seu confronto com o pai, podendo falar de sua raiva através de outros personagens, em geral, bebados que acabam se ferindo na sua rua. Ao mesmo tempo a imagem negativa do pai diminuiu e ele agora consegue participar de atividades com ele, torce para o mesmo time e vai ao estádio de futebol com ele.

Notamos também que Bruno está bastante curioso quanto ao sexo e o investiga da forma que pode, espiando os pais e perguntando se sua analista tem namorado. As dificuldades de aprendizagem de Bruno aparentam estar ligadas diretamente ao sexo, ao saber quanto ao sexo e suas fantasias. A presença de uma culpa inexplicável, aponta também para causas inconscientes, provavelmente ligadas ao desejo a mãe. O assunto sexo, é um tabú em sua casa, pois sua mãe é muito religiosa e suas palavras indicam a Bruno que sexo é “palavrão”, é feio e pecaminoso. Adquirir conhecimento na escola exige grande sublimação de seus desejos sexuais, os quais não obtiveram ainda uma resolução, um silenciamento, uma transformação em desejo de saber. Assim o desejo de saber que a aprendizagem escolar lhe exige, lhe confronta a todo momento com símbolos de seus conflitos sexuais os quais ele tenta esquecer.

Quanto a Maria, esta se conforma com o jeito do filho, diz que ele melhorou muito e que é igual ao tio, não há o que fazer, se resolverá apenas com a idade. Fico

sabendo também quando converso com a analista de Maria, que esta não estava a vontade em seu tratamento e que faltava muito.

Além do dinheiro, várias razões podem ter contribuído para a interrupção do tratamento de Bruno. Maria não se encomoda mais com a escola que parou de ligar reclamando de seu filho, ele agora possui está dentro do esperado para a família, pois ele “puxou ao tio” e a idade irá resolver os comportamentos rebeldes, além disso a mãe reclama por mais atenção e tempo com o filho, tempo este que a análise lhe toma. Os comportamentos de choro e infantilismo de Bruno diminuíram, mas ainda surgem de vez enquanto na sala de espera, na presença de sua mãe. Maria não estranha e nem impede tais comportamentos, para ela Bruno é ainda seu bebê e seu aparente crescimento e independência pode tê-la encomodado.

## 8.0 Conclusões.

A proposta deste trabalho foi a de investigar a lógica do chamado sintoma psicomotor e suas relações fantasísticas. Os sintomas psicomotores são formados na infância e constituem assim um sintoma familiar, onde a fantasia das pessoas que exercem as funções materna e paterna estão intimamente ligados ao sintoma na criança. Este sintoma, se não tratado, pode persistir por toda a vida do sujeito e pode ser incorporado como o estilo daquele indivíduo.

Os sintomas psicomotores mais freqüentes na atualidades são os chamados Transtornos de Déficit de atenção e/ou Hiperatividade e as Dislexias. Estes diagnósticos merecem atenção especial pois estão sendo tratados, majoritariamente, como disfunções cerebrais devido a herança genética. Esta concepção médica sobre os sintomas leva a uma desresponsabilização total do sujeito e dos pais sobre estes, e a uma medicalização as vezes extremamente precoce em crianças. Os remédios a base de anfetamina podem retirar o aptite, dificultar o sono, causar dependência, aumentar a frequência cardíaca entre outros efeitos colateris. Dessa forma além de o sintoma ser encoberto pelos remédios, a criança acaba sofrendo estigmatizações na sua vida em sociedade. Muitas dessas crianças embora tenham uma inteligência normal ou acima da média acabam achando que são incapazes, que possuem um transtorno incurável e que portanto são inferiores aos colegas.

Além de todas essas consequências negativas, o seu sintoma enquanto pedido de ajuda ao outro não é atendido. Existe uma razão para que estes sintomas surjam, eles são resultado de algo que não anda bem no sujeito e em sua relação familiar.

As dificuldades corporais, de linguagem e comunicação demonstram que o sujeito está paralizado em um gozo que impede uma relação social prazerosa,

principalmente na escola. A escola é o símbolo de certa independência da criança em relação aos pais, ela precisa se sentir segura de suas capacidades para efetuar essa separação, para poder se interessar por objetos fora da relação familiar sem se sentir culpado. Esta culpa se deve a um sentimento de traição da relação afetiva do sujeito com o Outro, ou seja, com a pessoa que o introduziu a linguagem, que pôde através de seu cuidado lhe emprestar significantes que se aderiram ao corpo e, portanto, que formaram sua concepção de *eu*.

Na maioria dos casos, a pessoa nesta posição de Outro é a mãe, se esta pessoa teve dificuldades em sua infância no processo de independência afetiva com o Outro, ou se por algum outro motivo, depositou na criança toda a sua forma de satisfação, há uma maior possibilidade que seu filho também tenha dificuldades em seu processo de separação. É por esta razão que podemos encontrar em uma mesma família várias pessoas com sintomas psicomotores, isto é chamado de herança psíquica. Essas pessoas que não conseguem ter uma relação saudável com seus objetos de satisfação, acabam depositando muita responsabilidade e expectativas nos filhos, pois eles estão no lugar de *objeto a*, objeto perdido da relação de sua mãe com o Outro. Assim, este lugar de *objeto a*, que é necessário por certo tempo para que a mãe cuide deste bebê, é tão supervalorizado no sintoma psicomotor que a mãe acaba por não enxergar a criança real, ou seja, a que decepciona suas fantasias de completude, de retorno ao UM, e que faz com que a mãe deixe este lugar de onipotência, de Outro, e deseje outros objetos fora da relação mãe-filho.

Esta dependência materna de seu objeto de satisfação, faz com que a mãe não consiga ver as reais necessidades de uma criança em desenvolvimento, ou seja, as necessidades de sociabilização e independência afetiva, as quais representam um grande obstáculo a ser transposto pela criança e que necessitam do incentivo e segurança

afetiva dos membros da família. Verificamos que no sintoma psicomotor, a pessoa na função materna, neste lugar de Outro, precisa manter a criança nessa posição de dependência, mesmo que de forma inconsciente, pois através dessa “incapacidade” da criança, é que ela se satisfaz na posição objeto indispensável no cuidado da criança. É comum escutarmos mães dizendo: “eu falo para ela se vestir, mas ela não consegue, demora muito, aí eu perco a paciência e visto ela”, ou “já mandei ela tomar banho, mas ela sempre esquece de lavar a cabeça ou não faz direito, aí eu tenho que dar banho nela”. A mãe assim, está certa de sua posição enquanto sujeito desejado pela criança e pode, por sua vez, não se sentir tão insegura quanto a sua importância na vida dos que estão a sua volta.

Embora, em todos os casos pesquisados da literatura, e na análise do caso apresentado, haja sempre uma mãe muito carente em sua relação materna, isto não garante que a criança vá apresentar sintomas psicomotores. É importante salientar o papel do próprio sujeito na relação com o Outro, o sujeito tem sua própria realidade psíquica e fantasias que irão recobrir a realidade, transformando-a e ressignificando-a de sua forma, forma específica a cada sujeito. Assim não há sobredeterminação, não podemos culpar os pais pelos sintomas infantis, embora não possamos negar sua influência. Existe assim, uma maior probabilidade de encontrarmos sintomas psicomotores em crianças, em cuja família há um desequilíbrio nas relações afetivas. Muitos fatores influenciam, desde morte de familiares, separações e doenças, os quais podem favorecer uma relação de interdependência entre um adulto e a criança.

Por outro lado, não podemos deixar de analisar as influências atuais no conceito de educação a ser dado pelos pais. Notamos, cada vez mais, uma insegurança na posição de autoridade dos pais e professores. Muitos destes adultos foram educados a partir de palmatórias, surras e castigos os quais são moralmente condenados pela sociedade atual;

estes pais, por falta de repertório alternativo, acabam tendo dificuldades em impor limites a seus filhos. Outras questões, como a falta de tempo, pode levar os pais a mimarem seus filhos com presentes e realização de desejos, afim de evitar o conflito e compensar sua ausência. Estes fatos, aliados às fantasias infantis podem levar a criança a ter muita dificuldade em lidar com regras, com separações ou qualquer outra relação que envolva o sentimento de falta. As crianças cujos desejos são imediatamente satisfeitos, como vimos a partir de Dolto, acabam não se esforçando para se sociabilizar, para desenvolver a linguagem e partir dela, conseguir seus objetos de satisfação. A criança que percebe, que sua mãe lhe dispensa mais atenção em suas incapacidades, do que em seus triunfos no desenvolvimento, acaba por se fixar em seus comportamentos mais infatis.

O sujeito se organiza, se estrutura a partir de suas teorias quanto ao desejo do Outro. Isto se dá, pois o sujeito depende do desejo do Outro e passa a desejar a partir do mesmo. As concepções de bom ou ruim, de importante e indiferente são formados a partir de sua relação ao Outro. Assim, se si valoriza uma relação insegura, de necessidade de presença de um Outro, o sujeito não direciona seu desejo e esforço a outras esferas de seu desenvolvimentos, tais como a linguagem, o controle corporal, a curiosidade sexual, entre outros.

É muito comum, encontrarmos, portanto, uma relação de sedução entre ambas as partes, o adulto cuidador e a criança com sintomas psicomotores. Mas devido a realidade psíquica de cada um, e os acontecimentos externos que influenciam essa relação, como a doença, morte e separações, não podemos afirmar que seja necessária uma relação materna problemática. Uma criança que possui uma doença grave ou síndrome genética exige da mãe um cuidado redobrado, e este cuidado pode ser interpretado de forma problemática pela criança.

A singularidade de cada sujeito dificulta a formalização de uma concepção ideal, de amor, cuidado e educação que uma mãe deve dedicar a seu filho. Os atendimentos clínicos de Bruno demonstram a possibilidade de enfrentamento do sujeito ao desejo de sua mãe. Bruno possui a fantasia de que sua mãe o quer para sempre como um pequeno, uma criança. Por outro lado, vemos o desejo efetivo da mãe que o filho fique do seu lado, que ela possa protegê-lo e que ele queira sua companhia até mesmo nos fins de semana. A imagem inicial que Bruno carrega de sua mãe é perfeita, ele não consegue expressar qualquer desgosto, mas aos poucos ele encontra caminhos alternativos. Bruno percebe em análise que pode sentir raiva de sua mãe sem deixar de amá-la, e consegue assim um espaço para a formação de seus próprios desejos. Este é um caminho tortuoso que imprime no sujeitos sentimentos de culpa e agressividade, mas que permite a ele alguma liberdade de escolha.

Após certa evolução no tratamento de Bruno, vemos um abandono da análise causado por sua mãe. Embora, Maria tenha sido encaminhada para sua análise, notamos que esta ofereceu muitas resistências ao seu tratamento, o que pode ter ocasionado a interrupção do tratamento do filho. Se não tratamos os sintomas dos pais, estes, muitas vezes, não conseguem lidar com a melhora dos filhos, por mais que conscientemente falem que desejam que os filhos aprendam na escola, consigam se socializar e criar independência, quando estes se sentem sozinhos e inseguros acabam por retirar o filho do tratamento. Vemos então frases como: “ele já está bom” ou “ele não tem solução” ou “ele é igualzinho ao tio, quando crescer melhora” ou simplesmente surge uma impossibilidade financeira.

Este tipo de relação dual, sujeito-Outro, por sua intensidade pode levar a relações incestuosas. Como vimos, é comum crianças que não conseguem dormir sozinhas em idades avançadas. Essa proximidade corporal com o Outro, esse gozo que



envolve o corpo e seus orifícios, esse se fazer de Falo para o desejo materno, pode levar a consequências distintas, mas igualmente importantes e problemáticas para o sujeito. Vemos, por um lado o caso de Leticia, cujo gozo e satisfação sexual é tão regredido, que ela não apresenta qualquer interesse pela sexualidade. Ela não se permite perguntar sobre o sexo, nem mesmo escutar sobre ele, ela também não admite interesse por pessoas do sexo oposto, negando qualquer possibilidade de enamoramento. Através de seus atendimentos notamos que o saber, a curiosidade sexual, está nitidamente ligada a um perigo de separação de sua mãe. Bruno, por outro lado, se permite espiar o sexo dos pais, canta músicas com teor sexual, investiga a vida sexual de sua analista e ve nas letras cenas, símbolos sexuais. Bruno está tão fixado no sexo que mal pode prestar atenção às aulas ou escrever a letra “O”.

Essa identificação do sujeito como objeto fálico da mãe, essa fixação em um gozo fálico e infantil, dificulta a resolução, a dissolução do complexo edípico. É partir do amor ao pai, ou à pessoa nesta função paterna, que a criança consegue barrar seus desejos incestuosos. É a partir do ideal paterno que a criança, reprime, recalca essas fantasias sexuais que tomam tanto sua atenção neste período. É com o esquecimento, que a criança pode substituir sua mãe por outros objetos de interesse, como o saber e a sociabilização, obtendo assim outras formas de satisfação. É a Lei, a inscrição do significante do Nome-do-Pai, que possibilita a criança, a aceitação das regras sociais, e a possibilidade de lidar com a falta de forma menos angustiante. O amor ao pai, ou outro objeto fora da relação materna, é o que faz com que a criança possa abdicar de seu primeiro amor, em favor de toda uma diversidade e liberdade culturais.

## 9.0 Referências Bibliográficas:

- Ajuriagerra, J. de. (1976), Manual de psiquiatria infantil. (3a ed.) Barcelona: Toray-masson.
- Allouch, J. (2001) Le sexe du maître: L'érotisme d'après Lacan, Paris: Exils Éditeur.
- Almeida, Â. M. de; Carneiro, M. J.; Paula, S. G. de., (1987), In: Pensando a Família no Brasil. Almeida, Â. M. de (Org.). Rio de Janeiro, RJ (Brasil):Espaço e Tempo, UFRJ., p. 13-21.
- Alves, R. C. S. (2007). *Psicomotricidade I*. Rio de Janeiro. Recuperado em 23 de outubro de 2009: <http://www.psicomotricialves.com/PSICOMOTRICIDADEI.pdf>
- American Psychiatric Association (2003) DSM-IV-TR Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, Cláudia Dornelles; 4ed. Ver. – Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, M. L. A. (1994). *O Sintoma Psicomotor*. Tese de Doutorado, São Paulo SP, IPUSP.
- Andrade, M. L. A. (1984). *Distúrbios Psicomotores: Uma Visão Crítica*. São Paulo-SP: Editora Pedagógica e Universitária LTDA.
- Andrade, M. L. A., Soléra, M. O. (2006) A deficiência como um “espelho perturbador”: uma contribuição psicanalítica à questão da inclusão de pessoas com deficiência. *In Mudanças – Psicologia da Saúde* 14 (1) p. 85-93, Instituto Metodista de Ensino Superior, São Paulo – SP.
- Andrade, M. L. A e Camargo Silva, S. de (2003) Psicanálise e Saúde, Sobre a Interface Entre a Investigação Psicanalítica e a Síndrome do X-Fragil. *In Revista Mudanças* vol. 11 n.2 Universidade Metodista de São Paulo, São Paulo SP.
- Araújo, F. A. (2008), Educação na Contemporaneidade: Qual o Sentido da Educação Escolar Hoje?, Recanto das Letras – publicação digital. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010: <http://recantodasletras.uol.com.br/artigos/851783>
- Associação Brasileira de Dislexia, Recuperado em 20 de setembro de 2010: <http://www.dislexia.org.br/>
- Associação Brasileira de Deficit de Atenção Recuperado em 21 de setembro de 2010: <http://www.tdah.org.br/oque01.php>
- Barros, J. A. C. (1983). Estratégias Mercadológicas da Indústria Farmacêutica e o Consumo de Medicamentos, *Revista Saúde Pública*, São Paulo – SP, 17:377-86.
- Braunstein, N. (2007). *Gozo* (M. Seincman, trad.). São Paulo SP: Ed Escuta.

- Bruder, M. C. R., Brauer, J. F. (2007). A Constituição do Sujeito na Psicanálise Lacaniana: Impasses na Separação, In. *Psicologia em Estudo* v.12 no.3, Maringá PR.
- Camargo, C. (2009) Semblante e Verdade, In *Latusa digital* – ano 6 – N° 37 .  
Constituição da República Federativa do Brasil Recuperado em 12 de novembro de 2009: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/22/consti.htm>
- Daniels, L.(Diretor) (2009) , *Preciosa: Uma História de Esperança*. EUA: PlayArt.
- Degenszajn, R. D.; Roz, D. P.; Kotsubo, L. (2001). Fracasso escolar: uma patologia dos nossos tempos? *Pediatria*, (1) p.106-13. São Paulo SP. Recuperado em 13 de novembro de 2009: <http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/511.pdf>
- Dolto, F. (1996) *No Jogo do Desejo: Ensaio Clínicos*. (trad. Vera Ribeiro), São Paulo:Ed Ática.
- Dolto, F, Nasio, J.-D. *A Criança do Espelho*. (Trad. André Telles),Rio de Janeiro: Ed. Jorge Zahar.
- Duras, M. (1986) *O deslumbramento de Lol V. Stein*, Rio de Janeiro RJ, Ed. Nova Fronteira
- Ferrari, M.; Kaloustian, S. M., (1994). In: Kaloustian, Silvio Manoug. (Org.). *Família Brasileira: a base de tudo*. 2. ed. São Paulo, SP (Brasil): Editora Cortez, Brasília, DF: UNICEF, p. 11-15.
- Freud, S. (1996) *Publicações Pré-psicanalíticas e Esboços Inéditos*, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume I, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1886-89)
- Freud, S. (1996) *Estudos Sobre a Histeria*, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume II, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1893-95)
- Freud, S. (1996) *Um Caso de Histeria, Três Ensaio Sobre Sexualidade e outros trabalhos*, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume VII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1901-05)
- Freud, S. (1996) *Grava de Jensen e outros trabalhos*, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume IX, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1906-08)
- Freud, S. (1996) *Sobre a Psicanálise*, in *O Caso Schreber, Artigos sobre Técnica e outros trabalhos*, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1911)

- Freud, S. (1996) Totem e Tabu e outros trabalhos (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XIII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1913-14)
- Freud, S. (1996) Instintos e suas Vicissitudes. In A História do movimento Psicanalítico, Artigos sobre a metapsicologia e outros trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XIV, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1914/16)
- Freud, S. (1996) O Sentido dos Sintomas, in Conferências introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III), (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XVI, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1916/17a)
- Freud, S. (1996) Os Caminhos da Formação dos Sintomas, in Conferências introdutórias sobre a Psicanálise (Parte III), (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XVI, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1916/17b)
- Freud, S. (1996) Uma Neurose Infantil e outros trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XVII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1917/18)
- Freud, S. (1996) Além do Princípio do Prazer, in Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e Outros Trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XVIII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1920)
- Freud, S. (1996) O Ego e o Id e Outros Trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XIX, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1923-25)
- Freud, S. (1996) Inibições, Sintomas e Ansiedade, in Um Estudo Autobiográfico, Inibições, Sintomas e Ansiedade, Análise Leiga e outros trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XX, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1925)
- Freud, S. (1996) O Futuro de uma Ilusão, O Mal Estar na Civilização e outros trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XXI, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1927-31)
- Freud, S. (1996) Análise terminável e Interminável, in Moisés e o Monoteísmo, Esboço de Psicanálise e outros trabalhos, (J. Salomão, Trad.). *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Volume XXIII, Rio de Janeiro, Ed Imago. (Publicado originalmente em 1937)
- Garcia, R. L.. A educação na virada do século. In Costa, Marisa Vorraber (org). Escola Básica na virada do século. São Paulo, 2002, Cortez.

- Gherpelli, L.D. & Reed, U. C. (1997). Guia da atualização terapêutica, Distúrbio do Déficit de Atenção-hiperatividade, São Paulo: Ed?
- Gomes, M.A. & Pereira, M.L.D. (2005) Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas, In *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol.10 no.2 Rio de Janeiro.
- Jerusalinsky, A. (1999). *Psicanálise e Desenvolvimento Infantil*, 2ª ed. (D. Lichtenstein et al, Trad.). Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Jorge, M. A. C. (2008), *Fundamentos da Psicanálise de Freud a Lacan. As bases conceituais.*, Rio de Janeiro RJ, Ed. Jorge Zahar.
- Kost, T.M. (1995), *Considerações Sobre o Autismo e a Topologia, Opção Lacaniana: Revista Brasileira Internacional de Psicanálise*, n.14 p.77-78, nov., São Paulo SP.
- Lacan, J. (1999). Os Escritos Técnicos de Freud. *In O seminário livro 1*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1953-1954).
- Lacan, J. (1999). A Relação de Objeto. *In O seminário livro 4*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1956-1957).
- Lacan, J. (1999). As Formações do Inconsciente. *In O seminário livro 5*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1957-1958).
- Lacan, J. (1999). A Ética da Psicanálise. *In O seminário livro 7*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1959-1960).
- Lacan, J. (1997-1998). A Angústia. *In O Seminário livro 10*. Publicação interna da Associação Freudiana Internacional. (Original publicado em 1962-1963).
- Lacan, J. (1997-1998). Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise. *In O Seminário livro 11*. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar. (Original publicado em 1962-1964).
- Lacan, J. (1992). O Averso da Psicanálise. *In O Seminário livro 17*. Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar. (Original publicado em 1969-70).
- Lacan, J. (2009). De um discurso que não fosse semblante. *In O seminário livro 18*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1971).
- Lacan, J. (1985). Mais, ainda. *In O seminário livro 20*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1972/73).
- Lacan, J. (1999). O Sinthoma. *In O seminário livro 23*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Original publicado em 1975/76).
- Lacan, J. (1988) *Função do Campo da Fala e da Linguagem em Psicanálise*, In *J. Lacan Escritos*, (Oséki-Depré, trad) São Paulo-SP: Editora Perspectiva (trabalho original publicado em 1966a).

- Lacan, J. (1988) A Instância da Letra no Inconsciente ou a Razão Desde Freud, *In J. Lacan Escritos*, (Oséki-Depré, trad) São Paulo-SP: Editora Perspectiva (trabalho original publicado em 1966b).
- Lacan, J. (1998), O Estádio do Espelho como Formador da Função do Eu, *In J. Lacan Escritos*, (Vera Ribeiro, trad) Rio de Janeiro RJ: Editora Jorge Zahar (trabalho original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1998). Conferência em Genebra sobre o Sintoma. *Opção Lacaniana*, Revista Brasileira Internacional de Psicanálise, n. 23, p.6-16, dez.
- Lacan, J. (2003) Homenagem a Margerite Duras pelo Arrebatamento de Lol V Stein. In *Outros Escritos*, Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003) Nota Sobre a Criança. Opção In J. Lacan *Outros Escritos* pp. 373-374, (Vera Ribeiro, trad) Rio de Janeiro RJ, Editora Jorge Zahar (trabalho original publicado em 1969).
- Lacan, J. (1984) Comptes Rendus D'enseignements. Ornicar? N.29, p.7-25. Paris Navarin.
- Levin, E. (1997) A Infância em Cena: Constituição do Sujeito e Desenvolvimento Psicomotor, (Trad. L. E. Orth e E. F. Alves) Ed. Vozes Petrópolis RJ.
- Levin, E. (2003). A Clínica Psicomotora: o Corpo na Linguagem. (5ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Lino da Silva, M. E. (1996). O Estudo do Aparelho Psíquico e Natureza e Delimitação da Pesquisa Psicanalítica *in Pesquisa em Psicanálise* (org. Luís Flávio S. Couto, Belo Horizonte: SEGRAC.
- Lucero, A.(2009). A Noção de Das Ding em Jacques Lacan, In: *psicologia Clínica*, v.21 no 02, Rio de Janeiro RJ.
- Magalhães, D. D. M. M. O. (2006), Constituição do sujeito Desenvolvimento da Criança: Um Falso Dilema. In: *Estilos da Clínica* v.11 no. 20, São Paulo.
- Maldonado, M. J. M. (2005) Mesa Redonda Multidisciplinar Problemas Frequentes na Clínica Pediátrica 1 - Tema "Neuropediatria- Distúrbios Psicomotores na Infância. (Apresentação de Trabalho/Conferência ou palestra), Recuperado em 21 de janeiro de 2010: [http://www.unimedcg.com.br/.../disturbio\\_psicomotor\\_infancia.pdf](http://www.unimedcg.com.br/.../disturbio_psicomotor_infancia.pdf)
- Mannoni, M. (1964) A Criança Retardada e a Mãe (Trad. Maria Raquel Gomes Duarte) ed. Martins Fontes, São Paulo SP.
- Mannoni, M. (1967) A Criança, sua Doença e os Outros. Sintoma e Palavra (Trad. A. C. Villaça), Zahar Editores, Rio de Janeiro RS.
- Marcelli, D. & Cohen, D. (2009), Infância e Psicopatologia. Porto Alegre RS : Artmed.

- Miller, J. A. (1989) Seminário A. Logicas de la Vida Amorosa: Jornadas del Campo Freudiano en Argentina, Buenos Aires.
- Miller, J. A. (1999) A Imagem Rainha, In Lacan Elucidado, , Rio de Janeiro, Ed. Jorge Zahar
- Mott, M. D. (1999) Viagem Pelo Interior Feminino, Revista Brasileira de História, v.19 n.37, São Paulo – SP.
- Nascimento, A. M. (2006) População e Família Brasileira: Ontem e Hoje, Trabalho apresentado no XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 18 - 22 de Setembro.
- Nasio, J. -D. (1993) Cinco Lições sobre a Teoria de Jacques Lacan (trad. Vera Ribeiro), Rio de Janeiro RJ, ed. Jorge Zahar.
- Nasio, J.-D. (2009) Meu Corpo e suas Imagens (trad. André Telles) Rio de Janeiro RJ, ed. Jorge Zahar
- Paixão, C.M.Q. (2006) A Reforma Urbana e os Moradores do Morro do Castelo: Estratégias e Disputas de Populares na Rio de Janeiro (1904-1922), XII Encontro regional de História ,AMPUH, Rio de Janeiro – RJ.
- Patto, M. H. S. (1984). Psicologia e Ideologia: uma introdução crítica à Psicologia. São Paulo: T.A. Queiroz.
- Petrini, J.C. (2003) Pós-modernidade e família. Bauru SP: Ed. Edusc.
- Piaget, J. (1983). A Epistemologia Genética (Coleção: Os Pensadores). São Paulo SP, Abril Cultural.
- Pommier, G. (2010) Que veut dire <fare> l'amour? Paris: Bibliothèque des savoirs.
- Priore, M. D. (1999) O cotidiano da criança livre no Brasil entre a Colônia e o Império. In: História das crianças no Brasil. (Mary Del Priore organizadora). São Paulo: Editora Contexto.
- Prizskulnik, L. A. (1993) A Criança e a Psicanálise: Uma (Re) leitura da Dislexia-disortografia. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo- SP.
- Prizskulnik, L. A (2002). Criança que a Psicanálise Descortina: Algumas Considerações. In Esporte e Atividade Física na Infância e na Adolescência: Uma Abordagem Multidisciplinar (organizador Dante de Rose Jr.). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Rodrigues, Arakcy Martins., (1981) Dinâmica Grupal e Indivíduo no Sistema de Distribuição de Privilégios na Família. Revista de Estudos e Pesquisas em Educação, São Paulo, SP (Brasil): Fundação Carlos Chagas, p. 44-51, maio. (Cadernos de Pesquisa, n. 37).

- Roudinesco, E. (1994), Jacques Lacan: Esboço de uma Vida, História de um Sistema de Pensamento, Trad. Paulo Neves, São Paulo SP, ed. Companhia das Letras.
- Roudinesco, E.(2003) A família em desordem. Rio de Janeiro – RJ, Ed. Jorge Zahar.
- Rufo, M. (2009), Me Larga! Separar-se Para Crescer (Trad. Cláudia Berliner), São Paulo SP, Ed. Martins Fontes.
- Sarti, C. A. M. , (1996), A Família Como Espelho : um Estudo Sobre a Moral dos Pobres”, Edi. Autores Associados,Campinas ( FAPESP).
- Sauret, M. S. (1998) O Infantil e a Estrutura. Escola Brasileira de Psicanálise. São Paulo SP.
- Segato, C., Padilla, I., Frutuoso, S. (2006). Na Selva dos Remédios, *Revista Época*. Rio de Janeiro: Globo, nº? p?.
- Schueler, A. F. M. (1999). Crianças e Escolas na Passagem do Império para a República. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v. 19, n. 37, p. 59-84.
- Siqueira, P. (1999) L’eventail de la Jouissances in Les Paradigmes de la Jouissance in La Cause Freudienne, nº43 (trad. Andrade, M.L.A.) rue HUYSMANS 75006, Paris France, Ed. E.U.R.L.
- Simionato,M. A. W. e Oliveira, R. G., (2003), Funções e Tranformações da Família ao Longo da História. I Encontro Paranaense de Psicopedagogia – ABPppr. Universidade Estadual de Maringá.
- Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (S.B.P.), (1999) Recuperado em 18 de janeiro de 2010: <http://www.psicomotricidade.com.br>
- Souza, M.P.R. (1997) A Queixa Escolar e o Predomínio de uma Visão de Mundo. In: Machado AM, Souza MPR, organizadores. Psicologia escolar: em busca de novos rumos. São Paulo: Casa do Psicólogo;. p.18-33
- Souza, M.P.R. (2009) Psicologia e Escolar Educacional em Busca de Novas Perspectivas. In: Psicologia Escolar e Educacional vol. 13, nº 1 - junho , Campinas.
- Villela Dias, M.G.L., (2006). O Sintoma: de Freud a Lacan, in *Psicologia em Estudo*, vol.11 nº 02, Maringá, maio/agosto. Recuperado em 10 de fevereiro de 2010: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722006000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200019)
- Whitaker, C. (2003) O Sintoma da Criança como Efeito do Gozo Materno: Entrevistas Preliminares. In: Rev. Estilos vo. 8 no. 15, São Paulo SP.
- Zanini, A. C. . Farmacoeconomia – Palestra disponível pela Internet, Laboratório de Farmacoeconomia, Faculdade de Medicina – USP,Recuperado em 22 de novembro de 2009: <http://www.cori.unicamp.br/foruns/saude/evento15/zanini.ppt>