

# **ADHD: vínculos iniciales en relación madre-bebé y la concepción de la escuela**

## **-TRADUCCION REALIZADA POR EL AUTOR-**

Camila Incau<sup>1</sup>

Dra. Mary Yoko Okamoto<sup>2</sup>

**Resumen:** El niño nasce con sus ritmos biológicos, secuencia entre el sueño y el hambre, pero solamente establece su ritmo psíquico a partir del vínculo con el otro. Acerca de eso, la presente investigación visa verificar, las relaciones entre los cuidados iniciales en relación madre-bebé, y el desarrollo de los comportamientos considerados patológicos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

Palabras-claves: Psicoanálisis, ADHD, Vínculos Iniciales Madre-bebé, Medicalización

## **1. INTRODUCCIÓN**

### **1.1 La familia**

El sistema psíquico de un niño es marcado en su estructura por otras personas, una vez que está en proceso de constitución. Por eso, el infante presenta una realidad psíquica vinculada con la realidad psíquica de los que están a su alrededor. El sistema psíquico, por lo tanto, es una estructura abierta para el mundo, constituida por historia personales, familiares y sociales (JANIN, 2011).

El infante nasce con sus ritmos biológicos, secuencia entre el sueño y el hambre, pero solo construye su ritmo psíquico, a partir del vínculo con el otro. La madre, cuando cuida y corresponde las necesidades iniciales del bebé, le posibilita una vivencia tranquila. Haciendo que el bebé cree nuevas redes de representaciones a partir de vivencias incómodas (JANIN, 2011).

La relación de los padres con el hijo, también, es marcada por el medio social. Los vínculos primordiales son influenciados por la cultura, y hacen con que los padres preparen a sus hijos para un futuro competitivo y narcisista (CYPEL, 2012). La familia es una de las condiciones necesarias para la constitución del individuo, pero ella no es autosuficiente para abordar toda la

---

<sup>1</sup> Pregrado tercer año de psicología de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP - Facultad de Ciencia y Letras- Assis / SP. camilaincau@hotmail.com;

<sup>2</sup> Profesor de curso de Psicología de la Universidad Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP - Facultad de Ciencia y Letras- Assis/ SP. mary.ok@uol.com.br;

constitución del sujeto. Siendo la organización familiar, entrelazada y con una trama sociocultural (ROJAS,2010).

## **1.2 Mundo Social**

En cada época y grupo social será diferente lo que se espera como ideal de normalidad o patológico de los niños (JANIN, 2011). En los días actuales, se espera que los niños sean autosuficientes, necesitando poco a los adultos que están cerca. De esta manera, los niños deben aprender de forma rápida y diversificada. Aunque, los niños en la actualidad incorporan el exterior con el ingreso en las escuelas, encontrándose cada vez más pronto en una red de estímulos. El nivel de exigencia de los estímulos, puede crear un niño hiperactivo, así como, un niño desatento e impulsivo. (ROJAS, 2010)

La inversión en el mundo es posible gracias a la identificación con el otro. Al no desarrollar una empatía a través de la identificación, se produce en el sujeto una dificultad en direccionarse de forma segura y focalizada en el mundo externo. Por lo tanto, el déficit de atención constituye un retraso en la idea de dentro a fuera, de manera la cual el niño no consigue diferenciar los estímulos que son de ella y los que son externos. (JANIN, 2010)

Hiperactividad se puede entender como una consecuencia de las pulsaciones no acoplada al sujeto, dado que la motricidad sirve como un calmante para las tensiones de las pulsaciones del sujeto. Las acciones no tienen un motivo específico, son carentes de simbolización, y por eso necesitan de una contención externa. O sea, la hiperactividad y las impulsividad están relacionadas a una dificultad en atrasar los impulsos (JANIN, 2010).

Los ideales emergentes, referentes al inmediato y urgente, no favorecen al desarrollo de ideales como el de atrasar, de esperar y reflexionar, mirando a un futuro, creando determinados modos de impulsividad. Por lo tanto, cada sociedad organiza los modos predominantes de ser y las formas de vínculos conforme los ideales socialmente estimulados y reconocidos (ROJAS, 2010).

## **1.3 Patologización y medicalización del comportamiento**

El diagnóstico, o sea, el reconocimiento de una patología es construido a partir de la observación del comportamiento (VOCARO, 2011). Actualmente

hay un predominio de una modalidad de diagnósticos psiquiátricos, pautados en manuales de clasificación, como por ejemplo: CID-10 y el DSM-V, el cual prevalece la observación de los comportamientos individuales que no obtiene la historia familiar, o bien el contexto social y escolar (UNTOIGLICH, 2013). Se forma a partir de esto, una multiplicidad de diagnósticos psicopatológicos, que tienden a simplificar las determinaciones de los sufrimientos pasados en la infancia. Ya la medicación puede ser comprendida como la difusión del saber del médico científico, en el discurso común. Así, la medicalización y la patologización se conectan a una biologización de las experiencia humana, a través de la transposición de cuestiones del desarrollo humano en cuadros sintomáticos (GUARIDO, 2010).

## **2. OBJETIVOS**

Esta investigación tiene como objetivo verificar las relaciones entre los cuidados iniciales en la relación madre-bebé y el desarrollo de los comportamientos considerados patológicos en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD).

## **3. METODOLOGÍA**

Fueron entrevistadas tres madres. Maria, madre de Danilo, con 8 años, matriculado en el segundo año de primaria, diagnosticado con ADHD y medicado con metilfenidato; Joana, madre de Gustavo, con 11 años, matriculado en el tercer año de primaria, diagnosticado con ADHD y medicado con metilfenidato; y Ana, madre de Mário, con trece años, matriculado en el primer año de secundaria, diagnosticado con ADHD y medicado con Carbamazepina, Clorhidrato de Amitriptilina, dimesilato de lisdezanfetamina y metilfenidato. Los tres niños están diagnosticados con ADHD, y por eso frecuentan el Servicio Especializado de Rehabilitación (Serviço Especializado de Reabilitação - SER) en el municipio de Assis-San Pablo /Brasil, lugar donde fueron realizadas las entrevistas, que fueron grabadas y transcritas. Los resultados fueron analizados e interpretados con utilización de teorías psicoanalíticas de los vínculos. Los nombres utilizados en la investigación son ficticios para preservar la identidad de los participantes.

## **4. ANALICÉ Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Los resultados son expuestos y discutidos delante del discurso de las madres y organizado en dos partes. La primera es la relación inicial de madre-bebé, y el conocimiento de las madres sobre el ADHD, y en la segunda, el proceso de patologización y medicación en la infancia a través de prescripción de psicofármacos.

#### **4.1 La relación entre los cuidados iniciales madre-bebé y los comportamientos considerados patológicos de ADHD**

Respeto al primer año de vida, las madres Maria y Joana dijeron que tuvieron una buena relación con sus hijos en su primer año de vida. Afirmaron que no podían tranquilizar ni controlar la agitación de sus hijos en este periodo. “En mi casa, cuando él era pequeño nada lo hacía parar, aunque yo conseguía aguantar su agitación” (Maria). “(...) mi hijo no se sentaba ni siquiera para comer, y eso me dejaba nerviosa, haciendo con que yo me enfadara con él” (Joana). En cambio Ana, nos contó, la difícil relación con su hijo en el primer año de vida. Ella lo pegaba con la intención de hacerlo parar, pero aun así no conseguía tranquilizarlo. “Sólo pego a mi hijo, porque no hace lo que digo” (Ana). De acuerdo con Janin (2010), los niños hiperactivos a al moverse provocan más excitación, funcionando como un circuito de erotización, al revés de producirles placeres y descargas. Así que, solo el niño no consigue salir de este circuito, y por eso es necesario que alguien contenga e inicie una vivencia tranquilizante, para establecer nuevas redes de representaciones (JANIN, 2011).

#### **4.2 El concepto del ADHD de acuerdo con las madres**

En relación al conocimiento de las madres, sobre el ADHD, ninguna supo responder que sería ese trastorno, aunque relacionan el ADHD con los problemas de aprendizaje de sus hijos. Observamos que la escuela aparece como un puente entre el alumno y el área de la salud. “Yo sentía la necesidad de llevar mi hijo al médico, pero como madre aguantaba lo que fuera, pero en la escuela no. La directora criticaba mucho su comportamiento, y me pedía que lo llevara al médico” (Maria). “Mi hijo siempre tuvo problemas para concentrarse, pero fue la escuela quien me orientó e indicó algunos médicos para Gustavo” (Joana). “Mário nunca consiguió acompañar la escuela. La profesora criticaba que él no paraba quieto, y hablaba mucho durante las

clases” (Ana). A cerca de esta relación de la escuela con el área médica, Guarido (2010) afirma que el saber del médico pasa por la práctica escolar y produce un proyecto de educación para la salud, de un modo que el saber médico es utilizado para explicar el fracaso escolar. Machado (2013) resalta que los alumnos que no aprenden constituyen un grupo heterogéneo en el cual sus cuerpos serían los responsables por su fracaso escolar. De este modo, Moisés y Collares (2010) alegan que actualmente hay un desplazamiento de problemas inherentes a la vida para el campo médico, tratando problemas sociales como biológicos.

### **4.3 La patologización y Medicalización**

Observando el proceso de patologización y medicalización fue preguntado a las madres cuáles las posibles causas para el ADHD y si algún familiar tuvo comportamientos parecidos a los de sus hijos. Las madres atribuyen causas externas para el trastorno. Y todos fueron unánimes en señalar que tienen familiares con comportamientos parecidos. “No sé explicar la causa, pero creo que puede ser genética, porque mis sobrinos presentan comportamientos parecidos a los de Danilo” (Maria). “Yo tengo comportamientos parecidos, no en la hiperactividad, pero tuve mucha dificultad en aprender. Tengo una sobrina muy parecida con Mario. Ella tiene hiperactividad, pero creo que ella no la medican” (Ana). Segundo Rojas (2009) al omitir la influencia social en los niños, se produce un desconocimiento de la propia historia del niño y sus vínculos, facilitando el proceso de patologización. Por lo tanto, en cambio de considerar un psiquismo como una estructura en constitución, se supone un déficit neurológico (GUARIDO, 2010).

En relación al uso de medicamentos todas relatan que sus hijos utilizan Metilfenidato. Ellas también describen algunos efectos colaterales provocados por la medicación, como dolor de cabeza o de estómago. “La Ritalina hizo el efecto inverso a Mário. Al revés quedarse quieto, estaba aun más nervioso, estresado y agitado” (Ana). De acuerdo con Moisés y Collares (2010), el Metilfenidato (MPH) es una droga muy consumida por personas diagnosticadas con ADHD, es un psicoestimulante que tiene como función mejorar la concentración y la atención. Leonardi, Rubano e Assis (2010) alertan sobre el uso de este medicamento, relatan que él es controversial cuanto al propio

diagnostico del ADHD.

También se preguntó, como sus hijos eran antes de hacer el uso del medicamento y cual la opinión de ellas sobre el medicamento. Todas creen que el medicamento trajo varios beneficios en las vidas de sus hijos y que fue necesario en caso de ellos. “La única cosa que hace mi hijo parar es el fármaco. Hasta yo no soportaba su comportamiento” (Maria). “Antes Mario peleaba mucho por todo, ahora él está mucho mejor, gracias al medicamento” (Ana). Souza (2010) afirma que la medicalización surge como un modo de tratamiento de supuestos desequilibrios orgánicos y generalmente es un alivio a los padres y profesionales envueltos. El ADHD es una enfermedad que no tiene cura de orden orgánica e individual.

## **5. CONCLUSIÓN DE SÍNTESIS**

Aunque la muestra fue poca, creemos que los niños citados por las madres como agitados, desatentos e impulsivos probablemente tienen una falla en el proceso de simbolización, llevando en consideración las dificultades de cuidado y contención en la historia inicial de estos niños. Observamos que las madres aun buscan causas externas y hereditarias, como explicaciones para la agitación de los hijos y por eso aceptan tratamientos vía fármacos. La falla en el proceso de simbolización, causa que estos niños tengan un funcionamiento psíquico basado principalmente en el proceso primario, con la necesidad de descarga de pulsión impulsiva y motora. A parte de eso, no demuestran dudas y angustias en relación al diagnostico o tratamiento recibidos por los hijos. Al contrario la medicación muchas veces parece funcionar con contención para las propias madres, que demuestran que pueden controlar la agitación y el comportamiento de sus hijos.

Tal falla está relacionada a varios elementos, entre ellos la función de contención materna, o sea, la capacidad de la madre de tranquilizar su hijo frente a estímulos externos e internos vividos como “violentos” inicialmente por el bebé. Ya la escuela, envía para el área de la salud sus alumnos buscando respuestas para la expresión de comportamientos de agitación, impaciencia y desatención sin comprender que quizás su comportamiento sea reflejo de las influencias de una sociedad que produce y exige, cada vez más pronto, que los niños respondan a muchos estímulos visuales y auditivos, desconsiderando las

características subjetivas de los niños.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CYPEL, L.R.C. Psicanálise dos vínculos de família e casal e a subjetivação do individuo nos tempos atuais. In: GOMES, I.C; FERNANDES, M.I.A; LEVISKY, R.B. (orgs). **Diálogos psicanalíticos sobre família e casal**. São Paulo: Ed. Zagodini, 2012, cap 4.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sócias a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.27-39, 2010.

JANIN, B. A qué atienden los niños desatentos?. In: \_\_\_\_\_. **Niños desatentos e hiperativos ADD/ADHD: reflexiones críticas acerca del transtorno por déficit de atención com o sin hiperatividade**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2010, cap2.

JANIN, B. El contexto social. In: \_\_\_\_\_. **El sufrimento psíquico em los niños: psicopatologia infantil y constitución subjetiva**. 1 ed. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2011, cap3.

LEONARDI, J.L; RUBANO, D.R; ASSIS, F.R.P. de. Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnósticos e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.111-123, 2010.

MACHADO, A.M. Uma criança exige uma nova escola: a criação do novo na luta micropolítica. In: COLLARES, C.A.L; Moysés, M.A.A; RIBEIRO. M.C.F. (orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de letras, p.191-202, 2013.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-110, 2010.

ROJAS, M.C. Niñez y familia hoy: las problemáticas del desamparo. In: WETTENGEL, L; UNTOIGLICH, G; SZYBER, G. (orgs). **Patologías actuales em la infancia: Bordes y desbordes em clínica y educación**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2009, cap.4.

ROJAS, M.C. Perspectiva familiar y social. In: JANIN, B. (org). **Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD: reflexiones críticas acerca del transtorno por déficit de atención com o sin hiperactividad**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2010, cap 7.

SOUZA, B.P. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos

psicológicos. . In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p269-283, 2010.

UNTOIGLICH, G. Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção e hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância? In: COLLARES, C.A.L; Moysés, M.A.A; RIBEIRO. M.C.F. (orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de letras, p.119-131, 2013.

VOCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: JERUSALINSKY,A; FENDRIK,S.(orgs). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via lettera, p.219-229, 2011.



## **TDAH: vínculos iniciais na relação mãe-bebê e a concepção da escola**

Camila Incau<sup>3</sup>

Dra. Mary Yoko Okamoto<sup>4</sup>

**Resumo:** A criança nasce com seus ritmos biológicos, sequências entre sono e fome, mas só constrói seu ritmo psíquico a partir do vínculo com o outro. Acerca disto, a presente pesquisa visa verificar as relações entre os cuidados iniciais na relação mãe-bebê e o desenvolvimento dos comportamentos considerados patológicos no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.

**Palavras-chave:** Psicanálise; TDAH; Vínculos Iniciais Mãe-bebê; Medicalização

### **1. INTRODUÇÃO**

#### **1.1 A família**

O aparelho psíquico de uma criança é marcado em sua estruturação por outras pessoas, uma vez que está em processo de constituição. Por isso, a criança apresenta uma realidade psíquica ligada à realidade psíquica dos que estão ao seu redor. O aparelho psíquico, portanto, é uma estrutura aberta para o mundo, constituída por histórias pessoais, familiares e sociais (JANIN, 2011).

A criança nasce com seus ritmos biológicos, sequências entre sono e fome, mas só constrói seu ritmo psíquico a partir do vínculo com o outro. A mãe quando cuida e corresponde as necessidades iniciais do bebê possibilita uma vivência calmante a ele, sendo que o bebê cria novas redes de representações a partir das vivências desconfortantes (JANIN, 2011).

A relação dos pais com o filho, também, é marcada pelo meio social. Os vínculos primordiais são influenciados pela cultura e fazem os pais a prepararem seus filhos para um futuro competitivo e narcisista (CYPEL, 2012). A família é uma das condições necessárias para a constituição do indivíduo, mas ela não é autossuficiente para abordar toda a constituição do sujeito. Sendo, a organização familiar, então, entrelaçada com a trama sociocultural (ROJAS, 2010).

---

<sup>3</sup> Graduanda do terceiro ano do curso de Psicologia na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP - Faculdade de Ciências e Letras - Assis/ SP . camilaincau@hotmail.com;

<sup>4</sup> Docente no curso de Psicologia na Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" – UNESP - Faculdade de Ciências e Letras - Assis/ SP . mary.ok@uol.com.br;

## **1.2 Mundo Social**

Em cada época e grupo social será diferente o que se espera como ideal de normalidade ou patológico das crianças (JANIN, 2011). Nos dias atuais, se espera que as crianças sejam autossuficientes, necessitando pouco dos adultos que a cercam, desta maneira, a criança deve aprender de forma rápida e diversificada. Ainda, a criança na atualidade incorpora o exterior com o ingresso à escola, encontrando-se cada vez mais cedo em uma rede de estímulos. O nível de exigência dos estímulos pode gerar uma criança hiperativa, assim como uma desatenta e impulsiva. (ROJAS, 2010).

O investimento no mundo é possibilitado pela identificação com o outro. O não desenvolvimento da empatia através da identificação gera no sujeito uma dificuldade em se direcionar de forma segura e focalizada ao mundo externo. Portanto, o déficit de atenção constitui uma defasagem na ideia de dentro e fora, de maneira na qual a criança não consegue diferenciar os estímulos que são dela dos estímulos que são externos (JANIN, 2010).

Hiperatividade pode ser compreendida como um efeito das pulsões não integradas no sujeito, dado que a motricidade serve como calmante para as tensões das pulsões do sujeito. As ações não possuem um motivo específico, são desprovidas de simbolização, e por isso necessitam de uma contenção externa. Com isso, a hiperatividade e a impulsividade estão relacionadas a uma dificuldade em postergar os impulsos (JANIN, 2010).

Os ideais emergentes referentes ao imediato e urgente, não favorecem ao desenvolvimento de ideias como o de postergar, de esperar e de refletir visando um futuro, gerando determinados modos de impulsividade. Portanto, cada sociedade organiza os modos predominantes de ser e as formas de vínculos conforme os ideais socialmente estimulados e reconhecidos (ROJAS, 2010).

## **1.3 Patologização e medicalização do comportamento**

O diagnóstico, ou seja, o reconhecimento de uma patologia é construído a partir da observação comportamental (VOCARO, 2011). Há atualmente o predomínio de uma modalidade de diagnósticos psiquiátricos, pautados em manuais de classificação, tais como CID-10 e o DSM-V, no qual

prevalece a observação de comportamentos individuais que não abordam a história familiar, o contexto social e escolar (UNTOIGLICH, 2013). Formam-se a partir disto uma multiplicidade de diagnósticos psicopatológicos que tendem a simplificar as determinações dos sofrimentos ocorridos na infância. Já a medicalização pode ser compreendida como a difusão do saber médico cientificista no discurso comum. Assim, a medicalização e a patologização ligam-se a uma biologização das experiências humanas através da transposição de questões do desenvolvimento humano em quadros sintomáticos (GUARIDO, 2010).

## **2. OBJETIVOS**

Apresente pesquisa tem como objetivo verificar as relações entre os cuidados iniciais na relação mãe-bebê e o desenvolvimento dos comportamentos considerados patológicos no Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH).

## **3. METODOLOGIA**

Foram entrevistadas 3 mães. Maria, mãe de Danilo, com 8 anos, matriculado no segundo ano do ensino fundamental, diagnosticado com TDAH e medicado com metilfenidato; Joana, mãe de Gustavo, com 11 anos, matriculado no terceiro ano do ensino fundamental, diagnosticado com TDAH e Dislexia e medicado com metilfenidato; e Ana, mãe de Mário, com 13 anos, matriculado no sexto ano do ensino fundamental, diagnosticado com TDAH e medicado com Carbamazepina, Cloridrato de Amitriptilina, Dimesilato de Lisdexanfetamina e Metilfenidato. As três crianças possuem o diagnóstico de TDAH, e por isso frequentam o Serviço Especializado de Reabilitação (SER) no município de Assis-SP, local no qual foram realizadas as entrevistas, que foram gravadas e transcritas. Os resultados foram analisados e interpretados com utilização das teorias psicanalítica dos vínculos. Os nomes utilizados na pesquisa são fictícios visando preservar as identidades dos participantes

## **4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Os resultados são expostos e discutidos frente às falas das mães e organizados em duas partes.. A primeira traz o a relação inicial mãe-bebê e o conhecimento das mães acerca do TDAH, e na segunda, o processo de

patologização e medicalização na infância através da prescrição de psicofármacos.

#### **4.1 A relação entre os cuidados iniciais mãe-bebê e os comportamentos considerados patológicos do TDAH**

No que diz respeito ao primeiro ano de vida, as mães Maria e Joana responderam que tiveram uma boa relação com seus filhos em seu primeiro ano de vida. Contudo, elas afirmaram que não conseguiam acalmar nem controlar a agitação de seus filhos neste período. *“Na minha casa, quando ele era pequeno nada o fazia parar, mas apesar disso eu conseguia aguentar a agitação do filho”*(Maria). *“(…) meu filho não sentava sequer para fazer as refeições e que isso me deixava nervosa fazendo com que eu brigasse com ele”*(Joana). Já Ana relatou como difícil a relação com seu filho no primeiro ano de vida dele. Ela batia na tentativa de fazê-lo parar, mas mesmo assim não conseguia acalmá-lo. *“Meu filho apanha porque ele não me obedece”* (Ana). De acordo com Janin (2010), nas crianças hiperativas a movimentação provoca mais excitação, funcionando como um circuito de erotização ao invés de produzir prazer e descarga. Assim, sozinha a criança não consegue sair desse circuito e por isso é preciso que alguém contenha e inicie a vivência calmante para que estabeleçam novas redes de representações (JANIN, 2011).

#### **4.2 O conceito de TDAH de acordo com as mães**

Com relação ao conhecimento das mães acerca do TDAH nenhuma delas souber responder o que seria esse transtorno, apesar de relacionarem o TDAH com os problemas de aprendizagem de seus filhos. Observamos que a escola aparece como uma ponte entre o aluno e a área da saúde. *“Eu sentia a necessidade de levar meu filho ao médico, mas como mãe ela aguentava tudo, já escola não. A diretora reclamava muito do comportamento dele e pedia que eu levasse-o ao médico”* (Maria). *“Meu filho sempre teve problemas para se concentrar, mas foi a escola quem orientou e indicou alguns médicos para o Gustavo”* (Joana). *“O Mário nunca conseguiu acompanhar a escola. A professora reclamava que ele não ficava parado e conversava durante as aulas”* (Ana). Acerca dessa relação da escola com a área médica, Guarido (2010) afirma que o saber médico atravessa a prática escolar e produz um projeto da educação para a saúde, de modo que o saber médico é utilizado para explicar

o fracasso escolar. Machado (2013) ressalta que os alunos que não aprendem constituem um grupo heterogêneo no qual seus corpos seriam os responsáveis pelo fracasso escolar. Deste modo, Moysés e Collares (2010) alegam que atualmente há o deslocamento de problemas inerentes a vida para o campo médico, tratando problemas sociais como biológicas.

### **4.3 A patologização e medicalização**

Tendo em vista o processo de patologização e medicalização foi perguntado às mães quais as possíveis causas para o TDAH e se algum familiar tem comportamentos parecidos aos de seus filhos. As mães atribuem causas externas para os transtornos. E todas foram unânimes em apontar que há familiares com comportamentos semelhantes. *“Não sei explicar a causa, mas acredito ser genética porque meus sobrinhos apresentam comportamentos semelhantes aos do Danilo”* (Maria). *“Eu tenho comportamentos semelhantes, não na hiperatividade, mas eu tive muita dificuldade para apreender. E tenho uma sobrinha igual ao Mário. Ela tem hiperatividade, mas acho que ela não toma mais remédio”* (Ana). Segundo Rojas (2009) ao omitir influência social na criança, gera-se um desconhecimento da própria historicidade da criança e seus vínculos, facilitando o processo de patologização. Portanto, ao invés de considerar o psiquismo como uma estrutura em constituição, supõe-se um déficit neurológico (GUARIDO, 2010).

Em relação ao uso de medicamento todas relataram que seus filhos fazem uso do Metilfenidato. Elas também descreveram alguns efeitos colaterais provocados pela medicação, como dor de cabeça e dor de estômago. *“A Ritalina gerou o efeito inverso no Mário. Ao invés dele ficar quieto, ele ficava mais nervoso, estressado e agitado”* (Ana). De acordo com Moysés e Collares (2010), o Metilfenidato (MPH) é a droga mais consumida por pessoas diagnosticadas com TDAH, é um psicoestimulante que tem a função de melhorar a concentração e a atenção. Leonardi, Rubano e Assis (2010) alertam sobre o uso desse medicamento relatam que ele é tão controverso quanto o próprio diagnóstico de TDAH.

Foi perguntado também como seus filhos eram antes de fazer uso do remédio e qual a opinião delas sobre medicamento. Todas acreditam que o

remédio trouxe benefícios à vida de seus filhos e que foi necessário no caso deles. *“Aúnica coisa que faz seu filho parar é o remédio. Eu mesma não suportava os comportamentos dele”* (Maria). *“Antigamente o Mário brigava por tudo, agora ele está bem melhor com o medicamento. Algumas pessoas falam que o doutor não presta porque prescreve muita medicação e que isso não faz bem, mas não é bem assim”* (Ana). Souza (2010) afirma que a medicalização surge como um modo de tratamento de supostos desequilíbrios orgânicos e geralmente é um alívio aos pais e profissionais envolvidos, uma vez que o TDAH seria uma doença incurável de ordem orgânica e individual.

## **5. SÍNTESE CONCLUSIVA**

Apesar da reduzida amostra, acreditamos que as crianças descritas pelas mães como agitadas, desatentas e impulsivas provavelmente possuem uma falha no processo de simbolização, levando em consideração as dificuldades de cuidado e contenção na história inicial dessas crianças. Observamos ainda que as mães buscam causas externas e hereditárias como explicações para a agitação de seus filhos e por isso aceitam tratamentos via medicamento. A falha no processo de simbolização faz com que essas crianças tenham um funcionamento psíquico baseado principalmente no processo primário, com a necessidade de descarga pulsional impulsiva e motora. Além disso, não demonstraram dúvidas ou angústias com relação ao diagnóstico ou tratamento recebidos pelos filhos. Ao contrário, a medicação muitas vezes parece funcionar como contenção para as próprias mães, que demonstraram que não conseguiam lidar com a agitação e o comportamento dos filhos.

Tal falha está relacionada a vários elementos, entre eles a função de contenção materna, ou seja, a capacidade da mãe acalmar seu filho frente a estímulos externos e internos vividos como “violentos” inicialmente pelo bebê. Já a escola, encaminha para a área da saúde seus alunos buscando respostas para a expressão de comportamentos de agitação, impaciência e desatenção sem compreender que talvez esses comportamentos sejam reflexos das influências de uma sociedade que produz e exige, cada vez mais cedo, que as crianças respondam a muitos estímulos visuais e auditivos, desconsiderando as características subjetivas das crianças.

## **6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

CYPEL, L.R.C. Psicanálise dos vínculos de família e casal e a subjetivação do indivíduo nos tempos atuais. In: GOMES, I.C; FERNANDES, M.I.A; LEVISKY, R.B. (orgs). **Diálogos psicanalíticos sobre família e casal**. São Paulo: Ed. Zagodini, 2012, cap4.

GUARIDO, R. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. In: Conselho Regional de psicologia de São Paulo; Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sócias a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.27-39, 2010.

JANIN, B. A quéatiendenlos niños desatentos?. In: \_\_\_\_\_. **Niños desatentos e hiperativos ADD/ADHD: reflexiones críticas acerca del transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividade**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2010, cap2.

JANIN, B. El contexto social. In: \_\_\_\_\_. **El sufrimiento psíquico em los niños: psicopatología infantil y constitución subjetiva**. 1 ed. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2011, cap3.

LEONARDI, J.L; RUBANO, D.R; ASSIS, F.R.P. de. Subsídios da análise do comportamento para avaliação de diagnósticos e tratamento do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) no âmbito escolar. In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.111-123, 2010.

MACHADO, A.M. Uma criança exige uma nova escola: a criação do novo na luta micropolítica. In: COLLARES, C.A.L; Moysés, M.A.A; RIBEIRO. M.C.F. (orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de letras, p.191-202, 2013.

MOYSÉS, M.A.A; COLLARES, C.A.L. Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p. 71-110, 2010.

ROJAS, M.C. Niñez y familia hoy: las problemáticas del desamparo. In: WETTENGEL, L; UNTOIGLICH, G; SZYBER, G. (orgs). **Patologías actuales em la infancia: Bordes y desbordes em clínica y educación**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2009, cap.4.

ROJAS, M.C. Perspectiva familiar y social. In: JANIN, B. (org). **Niños desatentos e hiperactivos ADD/ADHD: reflexiones críticas acerca del transtorno por déficit de atención con o sin hiperactividad**. Buenos Aires, Argentina: Noveduc, 2010, cap7.

SOUZA, B.P. A medicalização do ensino comparece aos atendimentos psicológicos. . In: Conselho regional de psicologia de São Paulo; Grupo interinstitucional Queixa Escolar. (orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, p.269-283, 2010.

UNTOIGLICH, G. Usos biopolíticos do suposto transtorno de déficit de atenção

e hiperatividade: que lugar para o sofrimento psíquico na infância?  
In: COLLARES, C.A.L.; Moysés, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (orgs). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas, São Paulo: Mercado de letras, p.119-131, 2013.

VOCARO, A. O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância.  
In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (orgs). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via lettera, p.219-229, 2011.