

Amadurecimento psíquico e TDAH: estudo de caso clínico

Psychic maturation and ADHD: a clinical case study

SANTOS, C. C.¹

SCHMIDT, F. M. D.²

Consultório de Psicologia

Rua Saldanha Marinho, 33, sala 404, Bairro Menino Deus.

E-mail: cezimbracaroline@gmail.com

fernandamdriemeier@gmail.com

Resumo: Entende-se que o brincar exerce um papel fundamental na constituição do sujeito e que, na psicoterapia de crianças, é uma forma de comunicar, representar e elaborar um conflito psíquico, além de dar vazão às fantasias e aliviar angústias. Quando há falhas na estruturação psíquica, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento emocional primitivo, é possível que a criança tenha dificuldade em representar o seu sofrimento através da brincadeira e da simbolização. Contudo, para além do diagnóstico, é importante estarmos atentos ao sofrimento psíquico dessas crianças, sendo que a inquietação, a dificuldade em manter a atenção e a impulsividade, talvez seja uma forma pela qual encontram para trazer à tona os seus conflitos. Os estudos sobre desenvolvimento emocional, sobre a constituição do psiquismo primitivo, colaboram para o entendimento dos sintomas em questão. A partir de um relato de caso, foi possível observar o processo de amadurecimento psíquico de uma criança, com sintomas de TDAH, que esteve em tratamento psicoterápico dos sete aos nove anos. Através da criação de um *setting* suficientemente bom, que se equipara a função materna, garantindo previsibilidade, confiabilidade e identificação às necessidades, foi possível observar evidências de um registro simbólico e não mais, meramente, motor.

Palavras-chave: Psicanálise; TDAH; Desenvolvimento emocional.

Abstract: It is understood that playing plays a fundamental role in the constitution of the subject and that, in child psychotherapy, it is a way of communicating, representing and elaborating a psychic conflict, in addition to giving vent to fantasies and alleviating anxieties. When there are flaws in the psychic structure, particularly with regard to primitive emotional development, it is possible that the child has difficulty in representing their suffering through play and symbolization. However, in addition to the diagnosis, it is important to be aware of the psychological suffering of these children, with restlessness, difficulty in maintaining attention and impulsiveness perhaps

¹ Psicóloga, Especialista em psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes.

² Psicóloga, Especialista em psicoterapia psicanalítica de crianças e adolescentes. Doutora em Psicologia, Diretora do Departamento de Pesquisa do Contemporâneo: Instituto de Psicanálise e Transdisciplinaridade.

being a way in which they find to bring their conflicts to light. Studies on emotional development, on the constitution of the primitive psyche, contribute to the understanding of the symptoms in question. From a case report, it was possible to observe the psychic maturation process of a child with ADHD symptoms, who was undergoing psychotherapeutic treatment from seven to nine years old. Through the creation of a sufficiently good setting, which matches the maternal function, guaranteeing predictability, reliability and identification of needs, it was possible to observe evidence of a symbolic register and no longer merely a motor one.

Keyword: Psychoanalysis; ADHD; Emotional development.

Introdução

Na clínica psicológica com crianças, o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), talvez seja um dos maiores motivos das consultas, na qual muitas crianças já são nomeadas como “hiperativas” e/ou com “déficit de atenção” antes mesmo de terem iniciado um processo de avaliação. De acordo com Janin (2010) muitas crianças são levadas para consultas por dificuldade de aprendizagem, além de ser comum que esse diagnóstico seja feito, em muitos casos, com base em questionários aplicados aos professores e/ou pais.

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5ª edição, American Psychiatric Association [APA], 2014) o TDAH é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento e é descrito como um padrão constante de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade. Existem três categorias fundamentais para a compreensão do diagnóstico: desatenção predominante, hiperatividade/impulsividade predominante e a combinação de ambas. Totalizando dezoito sintomas, sendo nove referente a desatenção e nove referente a hiperatividade e impulsividade.

Segundo Faraone et al (2021) o TDAH começa na infância ou no início da adolescência, sendo mais comum em meninos do que meninas, afetando, aproximadamente 5,9% dos jovens e 2,8% dos adultos em todo o mundo. No que diz respeito a etiologia, várias hipóteses têm sido indicadas, desde explicações de causa singular até modelos que caracterizam o TDAH como um transtorno multifatorial, incluindo fatores genéticos e ambientais (Sousa, Coimbra, Castanho, Polanczyk & Rohde, 2020).

Guerra (2012) leva em consideração a complexidade e as distintas séries de variáveis biológicas, psicológicas, familiares e sociais, portanto, enfatiza que o diagnóstico deve ser abordado a partir de diferentes pontos de vista em uma equipe multidisciplinar. Com isso, refere que não devem restringir-se apenas nos elementos presentes no DSM-5 e/ou da aplicação de escalas e

questionários aos pais e professores. Desta forma, pode-se dizer que tal integração possibilita o aprofundamento tanto dos aspectos neuropsicológicos quanto dos aspectos psicodinâmicos da estruturação psíquica da criança.

Contudo, para além do diagnóstico, é importante que estejamos atentos ao sofrimento psíquico dessas crianças, já que, quando medicadas, podem ter os sintomas suavizados. França (2012, p.197) entende o TDAH como “um diagnóstico que privilegia os sintomas e não a função deles”. Ao encontro dessa observação, Thevenot e Metz (2007) afirmam que a prática médica, ao tomar tal problemática apenas como um desregramento funcional ou orgânico tende a reforçar o sintoma ao invés de aliviar o sofrimento psíquico da criança.

Janin (2010) assegura que a psicanálise nos dá subsídios para intervir junto às crianças que apresentam essas dificuldades, uma vez que nos possibilita uma teoria sobre a estruturação psíquica que é inevitável no trabalho com crianças. Inevitável, porque fala dos tempos da trama subjetiva, pois leva em conta os diferentes modos de constituição. Tal estruturação se dá num contexto social, na relação com o ambiente, com outros indivíduos, cuja capacidade simbólica nasce e se desenvolve.

Os estudos sobre desenvolvimento emocional, sobre a constituição do psiquismo primitivo, contribuem para a compreensão dos sintomas em questão. Têm como ênfase o desenvolvimento psíquico, a concepção de uma mente capaz de simbolizar, de pensar e de criar o psiquismo (França, 2012).

Nesse sentido, para a psicanálise, o brincar da criança e seus jogos possuem características e possibilidades simbólicas, essenciais para o seu desenvolvimento, exercendo uma função constitutiva. Com isso, ressalta-se que, na psicoterapia, a criança através do brincar expressa, simbolicamente, seus desejos, suas fantasias, seus conflitos e medos, além da tentativa de dominar angústias e expressar, consciente e inconscientemente, conteúdos do seu mundo interno.

Janin (2010) afirma que, nas crianças com sintomas de hiperatividade e déficit de atenção, pode ser observado corpos carentes de contornos simbólicos, marcados pela ausência de representação. Dessa maneira, é possível observar que através da hiperatividade e da dificuldade de manter a atenção, as crianças encontram uma maneira de falar o que acontecem com elas, porém, o que entra em jogo é a linha tênue entre os excessos (de movimentos) e a faltas (de atenção, de marcas simbólicas). Portanto, como a psicoterapia psicanalítica poderá dar contorno ao fio invisível que liga o sintoma a sua função?

Partindo dessas premissas, o presente trabalho pretende discorrer sobre o desenvolvimento emocional de uma criança com TDAH, e mais especificamente como a criança representa, na psicoterapia, através do brincar, seu amadurecimento psíquico. Importante ressaltar que o presente estudo não pretende invalidar a classificação e etiologia do TDAH, mas irá investigar a forma que as vivências precoces da criança podem ter influência na sua expressividade. Tal assunto se faz importante pela necessidade de estudos com foco no processo e na compreensão de como as crianças com TDAH brincam e se desenvolvem emocionalmente na psicoterapia psicanalítica infantil. Essa discussão será ilustrada através de um caso clínico de um menino que iniciou tratamento psicoterápico aos sete anos de idade devido a inquietude, comportamentos agressivos, dificuldade na alfabetização e diagnóstico de TDAH.

A importância do ambiente na constituição psíquica

Crianças que não páram quietas e que inquietam seus pais e professores, que têm dificuldade de manter a atenção durante as atividades escolares e que são desorganizadas com seus materiais e que não atendem as solicitações. Há aquelas que distraem-se com facilidade, que manifestam agressividade ou impulsividade, que “vivem no mundo da lua”, que se levantam quando “espera-se” que fiquem sentadas, que não conseguem se manter numa mesma brincadeira ou atividade por muito tempo. Essas são algumas das características que podem ser observadas e entendidas como sendo parte do TDAH.

Sousa et al (2020) afirmam que a maioria das indicações de tratamento referem-se a intervenções comportamentais (especialmente treinamento comportamental dos pais) combinado com medicação. Com isso, pode-se pensar que parece haver uma preferência (e urgência) por tratamentos rápidos, que silenciem os sintomas e, como resultado, na maioria das vezes, as crianças acabam sendo referidas como problema quando o foco é os seus comportamentos.

França (2012) observa que o diagnóstico de TDAH pode dar uma falsa impressão de que estamos entendendo o que se passa com as crianças, além de tranquilizar pais e professores, mantém as crianças parcialmente atendidas (por vezes, desatendidas) e muitas vezes estigmatizadas. Janin (2010) afirma ser fundamental detectar uma patologia precoce para que seja possível intervir nos primeiros tempos da estruturação psíquica. Isso quer dizer que o diagnóstico se faz importante para o tratamento, porém detectar uma patologia é diferente de rotular, de identificar e, até mesmo, reduzir a criança como sendo o diagnóstico.

Diante disso, é importante complementar que o problema não reside nos critérios do DSM-5, mas no uso que pode ser feito deles, como por exemplo ser reproduzido para enquadrar as crianças no diagnóstico, sem pensar na constituição subjetiva destas. Se pensarmos que, por trás da desordem, da hiperatividade, da desatenção e da impulsividade existe uma criança que sofre, a psicoterapia psicanalítica com crianças se faz indispensável, justamente, por olhar para além do diagnóstico e buscar a compreensão do sofrimento, que é singular em cada criança.

A teoria Winnicottiana do amadurecimento nos possibilita o entendimento de que é nos períodos iniciais da vida que estão sendo constituídas as bases da saúde psíquica. A partir disso, entende-se que cada pessoa é dotada de uma tendência ao amadurecimento, à integração. Mas, para isso, não basta apenas a passagem do tempo, ou seja, não basta apenas o nascimento propriamente dito para que essa integração aconteça.

“Desde o absoluto início, a necessidade fundamental do ser humano consiste em ser e em continuar a ser. Para o indivíduo, não só é necessário chegar ao começo, de modo a dar-se o engate na vida, como também tem que se manter vivo pela vida afora”. (Dias, 2017, p.78)

Para Winnicott (1956a/2000) se o ambiente não age de modo suficientemente bom, o bebê tende a reagir à intrusão e, com isso, os processos do eu são interrompidos. Assim, as falhas da mãe em adaptar-se são sentidas como ameaças à existência pessoal do eu, que é traumatizante pelo fato de ao invés de continuar a ser, o bebê tem que reagir.

Entende-se por ambiente os modos de ser da mãe. Desse modo, Winnicott (1968a/2021) afirma que o ambiente facilitador, ou melhor, a mãe suficientemente boa refere-se a capacidade de reconhecer e atender à dependência do bebê. Isso acontece, justamente, por se identificar e saber qual a sua necessidade e respondê-la, nas formas e tempos, conforme a sua singularidade.

Janin (2010) sugere que, no início da vida, se a criança não encontrar resposta empática, ela não poderá dirigir-se ao mundo de forma focada e sustentada. Será difícil para a criança entender e significar o mundo como desejável se não existir alguém que, em algum momento, libidinize o mundo para ela. De tal modo que, se a mãe não conseguir acolher às suas demandas emocionais, poderá aparecer desatenção na criança. Com isso, pode-se dizer que sustentar a atenção evolve ter sido sustentado por um ambiente que esteve atento e empático, que investiu atenção.

Assim, um ambiente que forneça cuidados suficientemente bons, que facilite os processos de amadurecimento e que dê sustentação é o que faz com que o bebê torne-se uma pessoa real, possibilitando a integração. Portanto, conforme Janin (2010) o sentimento de estar vivo, como a capacidade de registrar sentimentos, de construir suas redes representacionais, de constituir seus

circuitos de pensamento, dependem em grande parte da capacidade empática e metabolizadora de um outro.

Quando o que predominam são falhas nos cuidados iniciais, o amadurecimento psíquico fica comprometido e, com isso, surge o falso self como defesa. Como resultado, de acordo com Winnicott (1960/1983) pode haver numa escassa capacidade para o uso de símbolos e uma pobreza de vida cultural, além de intensa inquietação e dificuldade de se concentrar.

Nessa perspectiva, ao discorrer do ponto de vista psicanalítico, especificamente a partir de Winnicott, Guerra (2012, p.163-164) afirma que tais crianças têm dificuldade na sensação de existir, em manter uma sensação de continuidade existencial. Além disso, ao refletir sobre o papel do movimento na estruturação psíquica, afirma que essas crianças funcionariam como um “falso self motor”.

A partir do que foi exposto até o momento, pode-se pensar que, no processo psicoterápico, o ambiente é o terapeuta e, através de um *setting* suficientemente bom, estável, seguro e empático, deverá propiciar as condições que faltaram na vida desses pacientes. Além de possibilitar, também, a continuidade no tempo e no espaço, a partir da continuidade da presença.

O brincar como um continuar a ser

No início da vida tudo é experienciado no corpo e por meio do corpo. Conforme aponta Dias (2017) a experiência direta que o bebê faz das sensações, dos movimentos do corpo e do funcionamento tem, para ele, um sentido. Esse sentido, que vai sendo imaginativamente elaborado, apesar de não poder ser visto, se tornará manifesto, mais tarde, através do brincar.

Quando os bebês e as crianças pequenas têm uma longa experiência de não receber de volta o que estão buscando, Winnicott (1967/1975) conta que eles olham e não vêem a si mesmos e que isso gera consequências. Com isso, a sua capacidade criativa atrofia e, de alguma forma, buscam outros meios de obter algo de si mesmos de volta, a partir do ambiente. Assim, Winnicott (1975, p.75) caracteriza o brincar como uma experiência criativa, “uma experiência de continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver”. A partir dessa afirmação, pode-se pensar que a capacidade de brincar está relacionada a continuidade de ser.

Winnicott (1982) afirma que o brincar está presente como parte fundamental desde o início da vida do bebê e que as experiências são adquiridas através da brincadeira. Assim como através de suas experiências, os adultos desenvolvem as suas personalidades, as crianças evoluem por meio de suas brincadeiras e das brincadeiras de outras crianças e adultos. Ao encontro dessa compreensão,

Ferro (1995 apud Stern, 1977, 1985) explica que o brincar nasce na relação com a mãe quando esta cuida da criança. Trata-se de jogos caracterizados por sons, balbucios, verbalizações, que subentendem profundos intercâmbios comunicativos.

Bleichmar (2007) ao pensar, igualmente, sobre quando começa o brincar, entende que este tem início desde cedo na relação, onde o adulto desperta, estimula e fomenta a atividade do bebê por meio de sua participação verbal e emocional. Isso acontece por meio dos abraços, do tom infantil usado pelos adultos ao conversar com o bebê e também através dos brinquedos que são oferecidos para seu entretenimento. Deste modo, pode-se entender o brincar como uma forma para conter angústias, impulsos ou ideias que acarretam em angústia caso não forem dominados. Além disso, um bom meio ambiente é aquele capaz de tolerar os sentimentos agressivos da criança (Winnicott 1982).

A brincadeira é a manifestação da capacidade criadora, que quer dizer vivência. Mas, para tanto, é fundamental que exista um outro com quem brincar. De acordo com Ferro (1995) é através do acolhimento dos estados emocionais e mentais presentes durante o brincar que permite as transformações mais profundas. Em outras palavras, o brincar por si só pode ajudar a criança a representar e a tentar encontrar soluções para os próprios conflitos. No entanto, a brincadeira apenas será transformadora de angústias na presença mental de alguém mais que brinque com ela.

Portanto, o brincar, para a constituição do sujeito, exerce a função de elaboração de um conflito psíquico, sendo uma oportunidade de ressignificação. Para Levin (2011) a desordem motora é uma das maneiras pelas quais as crianças encontram para trazer à tona o seu sofrimento. Ou seja, é uma forma de apresentar um conflito que não está podendo ser representado através da simbolização.

“Capturada pela ação, [a criança] está atenta a estar (des)atenta. Atua, através do movimento, a angústia irreprimível de uma criança que fica sem espelho, ... não pode representar, nem brincar, nem falar sobre o que acontece com ela. O corpo através da motricidade fala por ela e encena o seu mal-estar, que lhe impede de colocar em jogo o infantil da infância”. (Levin, 2011, último parágrafo).

Nesse contexto, agir não é brincar, é colocar em ação uma angústia transbordante, onde nem mesmo o próprio corpo opera como borda. Winnicott (1975, p.63) ressalta que “para controlar o que está fora, há que fazer coisas, não simplesmente pensar ou desejar, e fazer coisas toma tempo. Brincar é fazer”. Destaca, ainda, que a psicoterapia com crianças trata-se de duas pessoas que brincam juntas e, quando o brincar não é possível, o trabalho a ser realizado pelo terapeuta deve consistir, num primeiro momento, em atender a esse sintoma antes de interpretar fragmentos de

comportamento. Ou seja, nesses casos, precisamos trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é.

***Setting* suficientemente bom**

De acordo com Janin (2010) a psicanálise possibilita intervenções estruturantes, já que qualificar a excitação, nomear afetos, sendo o gatilho para a montagem fantasmática, são tarefas do analista que atua em momentos privilegiados da estruturação. Desta forma, com cada criança o terapeuta realiza diferentes intervenções, a partir da singularidade de cada caso.

Por entender que o brincar tem início na relação com a mãe e que do ambiente inicial faz parte a mãe e, do *setting*, o analista, na psicoterapia, com pacientes que tiveram falhas nos períodos iniciais, não só é importante o que o terapeuta diz, mas como diz, se suas palavras condizem com suas ações bem como o tom de voz em que fala, os ritmos e os gestos, muitas vezes são mais ouvidos do que as palavras. Para Janin (2010) isso é posto em jogo na relação de transferência.

Dar sentido a expressões que aparecem fora de qualquer intenção comunicativa permite a construção de uma linguagem onde o impulso predominou. “Modelar, desenhar, espelhar... são formas de delinear possibilidades de tradução” (Janin, 2010, pp.108-109). Nesse sentido, podemos dizer que o terapeuta atua no constitucional. Em outras palavras, Winnicott (1955/2000) dirá que nos casos em que o que está em pauta é o primitivo e não o profundo, o manejo torna-se mais importante do que a interpretação. Isto porque a interpretação depende do nível de amadurecimento do paciente. Além disso, o que será interpretado é o que está reprimido, ou seja, quando esse material já existe e já teve início a defesa por repressão, porém isso não acontece nas etapas iniciais da vida.

De acordo com Dias (2014) há uma grande diferença entre pacientes que tiveram boas experiências no início da vida, pois estas podem ser desvendadas na transferências, e aqueles cujas experiências iniciais foram deficientes ou distorcidas que o analista terá de ser a primeira pessoa na vida do paciente a fornecer certos elementos essenciais do ambiente. Nesses casos, o terapeuta deverá ter a capacidade de fornecer um *setting* [ambiente] que se equipare com a função materna. Assim, o trabalho psicoterápico se dá no atendimento da necessidade e esta não é para ser interpretada, mas sim compreendida e, quando possível, acolhida. Para que isso seja possível, assim como o manejo é guiado pela identificação da mãe com o bebê, o analista deverá ser capaz de se identificar com o seu paciente.

É a soma dos detalhes do manejo que Winnicott (1955/2000) chama de setting analítico. De tal modo, o setting deverá ser regular no sentido de fornecer, cautelosamente, um sentido de previsibilidade, além de confiabilidade para garantir a experiência de contato e comunicação verbal. Desta forma, pode-se entender, a partir de então, que quando há falhas na estruturação da personalidade, o foco do tratamento consiste no manejo, sendo fundamental o reconhecimento da imaturidade e o atendimento da dependência.

Diante do exposto, conforme mencionado antes, vejamos, com um exemplo clínico, um pouco do que foi discutido.

Discussão teórico-clínica

Será apresentado alguns aspectos de uma criança à qual chamarei de Matheus, que esteve em tratamento psicoterápico dos 7 aos 9 anos de idade. Sua participação no estudo foi possível mediante autorização, por parte dos responsáveis, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Deste modo, foram resguardadas suas informações pessoais a fim de se manter o sigilo, bem como foram modificados todos os nomes, para preservar a identidade do paciente e de sua família.

Matheus chegou para tratamento psicoterápico, após avaliação psicológica, tendo sido diagnosticado com TDAH, cujos motivos de consulta foram *inquietude, dispersão, impulsividade, comportamentos agressivos quando contrariado e dificuldades de alfabetização*. Apresentava, também, dificuldade para dormir sozinho e fala infantilizada.

De acordo com relatos da família, Matheus nasceu de uma gravidez indesejada de seus pais (Taís e Rodrigo), que além de serem muito jovens, dependiam financeiramente dos pais. Durante a gestação, Taís foi morar na casa dos pais de Rodrigo (Vera e Roberto), onde permaneceu até Matheus completar um ano de idade, momento em que aconteceu a separação do casal. Matheus continuou morando na casa dos avós paternos, enquanto Taís foi morar em outro bairro, visitando o filho frequentemente.

Sobre os pais de Matheus, é possível dizer que ambos não puderam estar, afetivamente, presentes em sua vida. Além disso, dos três anos e meio até os cinco anos, Matheus precisou mudar incontáveis vezes de endereço e de escola, ficando, no início, muitas semanas sem poder ver os avós paternos (fato considerado traumático). Após esse fato, que ocorreu quando Matheus estava com três anos e meio, houve disputa de guarda, sendo determinada guarda unilateral materna. A partir deste momento, Matheus passou a frequentar a casa dos avós paternos uma vez na semana

e todos os finais de semana. Contudo, essa configuração não durou muito tempo, pois cada vez que Matheus desobedecia, a mãe telefonava para o avô paterno ir buscá-lo.

Matheus estava com quase cinco anos quando sua mãe engravidou de um outro relacionamento. Houve novamente mudança de endereço e, com isso, foi necessário que Matheus mudasse de escola mais uma vez. Ainda nesse período, seu pai, Rodrigo mudou-se para outro país. Após um ano, retornou e passou a ver Matheus algumas horas por semana. Foi nesse momento também que, de acordo com os familiares, Matheus passou a apresentar comportamentos agressivos, como por exemplo, morder e chutar os colegas, não aceitar regras e repreensões tanto na escola quanto em casa, sono agitado e pesadelos.

Matheus estava com seis anos quando os avós paternos, através de indicação da escola, buscaram a avaliação psicológica, tendo sido diagnosticado com TDAH, conforme mencionado anteriormente, além de ter iniciado uso de Ritalina. É importante destacar que na escola havia uma solicitação de que ele se mantivesse medicado por conta da hipótese diagnóstica de TDAH, além de necessitar de um mediador em sala de aula. Matheus estava no segundo ano do ensino fundamental e apresentava dificuldade de aprendizagem no processo de alfabetização.

Tanto os avós paternos quanto a mãe relataram que Matheus não demonstrava interesse na escola e nos temas de casa, necessitando de ajuda para fazê-los e passava muitas horas jogando no *tablet* e assistindo vídeos no *YouTube*. Além disso, havia divergências entre a mãe e a avó em relação ao horário do tema bem como nas regras, limites e rotina de Matheus, pois estava passando mais dias da semana na casa dos avós do que na casa da mãe. O paciente dizia ter preferência por estar na casa dos avós paternos, se recusava e chorava quando tinha que ir para a casa da mãe.

Aos sete anos (seis meses após a testagem) iniciou seu tratamento psicológico. Já na primeira sessão foi possível perceber a intensa agitação motora de Matheus. Corria e caminhava – de um lado a outro da sala de atendimento – e, por vezes, esbarrava nos móveis e objetos. Sem que dirigisse o olhar, cantava e falava coisas que a psicoterapeuta não conseguia entender. Além disso, não demonstrou interesse pelos brinquedos, mas nos últimos minutos da sessão sentou-se e fez dois desenhos. Enquanto desenhava o primeiro (Figura 1) disse: “*quando eu nasci, um raio me atingiu, meu pai não conseguiu me salvar, um mistério aconteceu e eu fiquei com superpoderes*” (...) “*o poder da velocidade e de parar o tempo*” (sic).

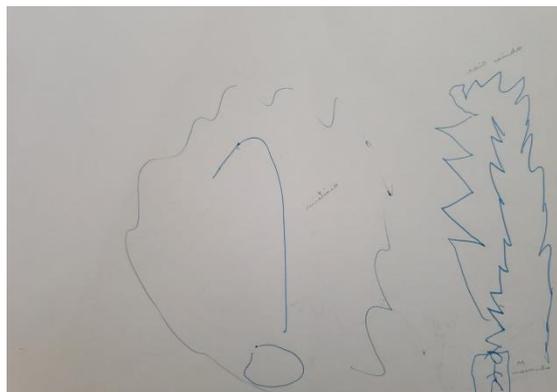


Figura 1

O segundo desenho (Figura 2) é um autorretrato. “Sou o Mercúrio” (sic). Ao final da sessão, falou: “*não esquece que sou o Mercúrio*” (sic).



Figura 2

O mesmo cenário – caótico e confuso – da primeira sessão se repetiu nas duas sessões seguintes, em que Matheus caminhou e correu do início ao fim para mostrar os seus poderes à psicoterapeuta. Foi possível perceber que sua fala era, de fato, infantilizada (por esse motivo fazia acompanhamento fonoaudiológico) e que babava com frequência. Muitas vezes era necessário avisá-lo para assoar o nariz e/ou pegar lenços de papel para ele se limpar, sendo preciso auxiliá-lo, também, a se vestir (quando tirava o casaco ou os calçados).

Na quarta sessão foi possível criar uma situação de jogo a partir de um ato. Matheus estava caminhando de um lado a outro na sala quando disse que precisava ir ao banheiro. Ao retornar,

parou atrás da porta, sendo possível ver apenas a sua mão. “Ué? Cadê o Matheus? Estou vendo só uma mão”. Deu-se a impressão de ter ouvido risadas e a mão desapareceu. “Sumiu!” disse a psicoterapeuta, espontaneamente. As risadas ficaram mais perceptíveis e a mão apareceu novamente. “Olha, apareceu!”. Nesse momento Matheus entrou na sala e se escondeu, ficando animado quando era encontrado pela psicoterapeuta, depois disse que era sua vez de se esconder, fingia não vê-la, levava alguns minutos para encontrá-la, demonstrando animação.

Esse jogo que, tempos depois foi nomeado “esconder e encontrar”, consistia em, num primeiro momento, esconder-se para que a psicoterapeuta encontrasse-o e vice versa, já num segundo momento, tanto ele quanto a psicoterapeuta escondiam objetos variados para o outro encontrar. Nos minutos finais das sessões, Matheus se escondia e pedia que a psicoterapeuta chamasse o avô para procurá-lo. Essa brincadeira, que teve outras variações, repercutiu por dez meses do trabalho psicoterápico.

Foi considerada muito significativa, pois no período em que iniciou, a avó paterna viajou para o exterior por duas semanas, sem avisá-lo. Segundo o avô, Matheus não sabia lidar com a ausência da avó, então decidiram contar somente no dia em que ela saiu de casa. Além disso, dias após a avó retornar, Matheus foi informado sobre a gravidez da madrasta, que já estava com 20 semanas de gestação.

Tanto a viagem da avó quanto a notícia do irmão que estava a caminho, aconteceram no primeiro mês de tratamento de Matheus. Nesse período, foi possível observar que o paciente passou a demonstrar, além da *agitação motora*, intensa *angústia de separação* e *medo de ser esquecido na escola* (tal medo se justificava pelo fato da mãe demorar muito para buscá-lo nos dias em que estava sob sua responsabilidade e, por vezes, era necessário entrar em contato com os avós para que eles fossem). Esse fato foi comprovado em contato com a professora e a psicóloga escolar. Além disso, durante as sessões, repetidas vezes, Matheus precisava se certificar, pedindo para ir ao banheiro e/ou beber água, de que o avô estava lhe aguardando na sala de espera.

Importante destacar que apesar de Taís ter a guarda unilateral de Matheus, ele estava ficando a maior parte da semana e todos os finais de semana na casa dos avós paternos – responsáveis por todos os seus cuidados e compromissos. Em relação ao tratamento psicoterápico de Matheus, o pai não podia estar presente quando solicitado, devido ao trabalho e a mãe, por sua vez, agendava, confirmava e não comparecia, além de trocar de número com frequência, o que dificultava a comunicação com a psicoterapeuta. Tudo isso, somado ao fato de Matheus estar passando mais

tempo na casa dos avós paternos do que na casa de sua mãe, fez com que estes se responsabilizassem integralmente pelo seu tratamento.

Em sessão com os avós, foi possível observar excesso de cuidados. A avó paterna sentia necessidade de dar banho, vestir e até mesmo fazer os temas de casa e trabalhos da escola pelo neto. Dizia que, se ela não fizesse, ele demorava muito ou não fazia e que, se no dia anterior estava na casa da mãe, os temas vinham todos por fazer, então ela fazia para não sobrecarregá-lo.

Ambos lamentavam que Rodrigo ficava muito pouco com Matheus, cerca de uma ou duas horas por semana. Além disso, Rodrigo estava se organizando para morar fora do país com a esposa e o filho mais novo. Sobre Taís, queixavam-se sobre seus comportamentos e estilo de vida. Nesse contexto, foi preciso acolher as angústias dos avós, mas também orientá-los a, dentro de suas possibilidades, organizar as tarefas e rotina de Matheus de modo que ele desenvolvesse autonomia.

Conforme os meses foram passando e Matheus foi se sentindo seguro no ambiente, tendo a certeza de que tanto a psicoterapeuta quanto o avô estariam ali, as idas ao banheiro foram se tornando menos frequentes. Além disso, Matheus já estava tendo interesse por jogos de tabuleiro, podendo manter-se sentado, por alguns minutos, enquanto jogava. Após, aproximadamente doze meses de psicoterapia, o excesso de movimento foi dando espaço a um brincar, ainda que, inicialmente, com poucos minutos de duração. Corria e andava de um lado a outro da sala apenas nos minutos iniciais das sessões ou quando se sentia frustrado ao perder em algum jogo – nesses momentos dizia que era o Thor, Flash ou Mercúrio.

Assim, foi possível perceber falhas na aquisição de um *self* integrado e na capacidade de simbolização, então quando sentia algum desconforto sua descarga era de ordem motora, o que intensificava seus sintomas de inquietude. Ele teve que se proteger criando o poder da velocidade – hiperatividade – o poder de parar o tempo – através de uma parada do desenvolvimento – e desenvolver um falso *self* – o Mercúrio, Thor ou o Flash. Era dessa maneira que Matheus sentia-se real.

O sentimento de ser invadido e abandonado, assim como os fantasmas que sustentavam sua angústia e que excediam a função motora permeavam o desenvolvimento emocional de Matheus. Há, então, uma falha no desenvolvimento primitivo, em que a personalidade de Matheus ainda não estava integrada, havendo assim, uma não-integração primária.

De acordo com Winnicott (1945/2000) a partir da não-integração surge uma série de dissociações, devidas ao fato de a integração não se dar completamente, permanecendo parcial. Dito de outro modo, como o ambiente não foi suficientemente bom, sua continuidade de ser foi

interrompida, sendo necessário reagir ao ambiente para se proteger. De tal modo, a agitação motora, como reação à intrusão, pôde ser entendida como uma forma de buscar a sensação de continuidade fora do seu ser.

Assim, o trabalho psicoterápico com Matheus consistiu em, num primeiro momento, estabelecer um vínculo de confiança e garantir um setting seguro e estável. Para tanto, era necessário que a psicoterapeuta mantivesse a pontualidade, além de estar desperta e atenta, deixando-se orientar pelas necessidades do paciente. Portanto, as intervenções eram focadas no manejo.

Em certo momento, Matheus passou a brincar com dinossauros, em que o seu atacava o da psicoterapeuta com vômitos e excrementos, como forma de expressar sua agressividade. Após, essa brincadeira era intercalada entre “esconder e encontrar” e um jogo de tabuleiro que se chama “Eu sou”. Nesse momento do tratamento, Matheus fazia alguns desenhos quando não queria mais brincar. Em uma ocasião desenhou “*a faca do amor*” (sic) nome que ele mesmo deu ao desenho (Figura 3). No mesmo dia pediu ajuda para fazer um relógio de papel e colocá-lo no seu pulso.



Figura 3

Tal ambivalência da “faca do amor” pode ser entendida como uma maneira do paciente integrar seus impulsos amorosos e destrutivos. Na teoria Winnicottiana, amor e ódio, dizem respeito à uma aquisição no desenvolvimento emocional. Já o relógio (sem números, apenas com ponteiros) representaria o poder de parar o tempo, que pode ser entendido também como uma parada no desenvolvimento emocional.

A partir de treze a, aproximadamente, dezenove meses de psicoterapia, Matheus passou a interessar-se por massinhas de modelar, fazendo figuras utilizando formas. Criou uma história em

que o seu personagem era um fantasma (usou a forma de abacaxi, que virando-a para baixo parecia um fantasma). Essa brincadeira repetitiva e imaginativa consistia em uma “*família fantasma*” (sic), sendo ele um fantasma e a psicoterapeuta uma estrela que por vezes era sua irmã, amiga, namorada. Em vários momentos, seu fantasma se transformava em um “*ovo bebê*” (sic) e a psicoterapeuta passava a ser sua mãe.

Havia, também, um irmão, pai, avô e tataravô. O “*fantasminha*” (sic) – nome que Matheus deu a seu personagem – tinha duas identidades, ora ele era o *fantasminha filho* (sic), ora o *fantasma pai* (sic). Esporadicamente aparecia um “*fantasma black*” (sic) – que era do mal – e que queria lhes destruir, por isso precisavam, juntos, derrotá-lo. Em outros momentos seu personagem caía e morria, sendo necessário voltar para o início da vida e percorrer toda a cronologia do tempo.

O “ovo bebê” evoca a solidão essencial, que é o estado originário no qual o bebê se encontra no mais absoluto início, quando o ser emerge do não-ser. De acordo com Dias (2017), é desse isolamento essencial que surgirá a ilusão básica de contato e, mais pra frente, o espaço potencial. No devido tempo, esse espaço será completado pelos fenômenos e objetos transicionais que são, ao mesmo tempo, parte do bebê e parte do ambiente.

Pode-se dizer que o primeiro mundo em que o bebê vive, é um mundo subjetivo em que ser confiável é a principal característica. Em outras palavras, o ambiente total é constituído pelo conjunto dos cuidados maternos e o modo de ser da totalidade dos cuidados configura um mundo para o bebê. Conforme Dias (2017), por manter o ambiente constante, simples, regular, previsível, monótono e por permitir que o bebê crie o objeto que encontra, a mãe (ou o terapeuta) fornecem a ilusão de onipotência.

Importante mencionar que houve uma situação em que a psicoterapeuta precisou substituir as massinhas de modelar que Matheus usava por outras novas, porém, esqueceu de repor. Matheus chegou na sessão e teve que lidar com a frustração de não ter as massinhas para brincar de família fantasma. Essa “falha” foi considerada importante, pois sem que fosse premeditado, foi uma forma de iniciar a apresentação do mundo a Matheus. Ele já estava em condições de ir lidando gradativamente com a realidade externa sem que isso lhe representasse uma ameaça. Isso porque confiava no ambiente, acreditava que em algum lugar, existe algo que faz sentido, que existe alguém que compreende e responde à necessidade.

Na impossibilidade de brincar com as massinhas, pediu para fazer um desenho, mas que a psicoterapeuta não olhasse até que ele avisasse que estava pronto. Matheus desenvolveu a compreensão de que “*se não tem massinha para dar forma aos meus conflitos e fantasmas, então*

vou fazer um desenho”. Ou seja, nas palavras de Dias (2017, p.203) “o funcionamento mental e os processos intelectuais começam a ser exercidos em sua especificidade, ajudando o bebê a lidar com a lacuna existente entre a adaptação completa e a incompleta”. A grosso modo, ele já estava sendo capaz de esperar, ao invés de ficar agitado, inquieto e impulsivo.

Passado alguns minutos, diz que a psicoterapeuta já pode ver os desenhos. A “faca do amor” (Figura 4) que, segundo o paciente “*é a mesma faca de antes, só que numa versão melhorada*” (sic). E “*tudo o que inventei aqui*” (sic), (Figura 5).



Figura 4



Figura 5

A partir do conteúdo expresso nas figuras, foi possível observar que se constitui um momento importante de seu amadurecimento psíquico. Comparando a figura 5 com a figura 1 e a figura 4 com a figura 3, pode-se constatar que o mundo do paciente não estava mais sendo criado no vazio de experiências que não aconteceram psiquicamente.

Com base na teoria Winnicottiana, para que seja possível encontrar objetos, antes, é necessário que exista um mundo, um contexto para tais objetos sejam encontrados. O *setting* terapêutico possibilitou uma provisão suficientemente boa de cuidados para que ele pudesse se tornar real e desenvolver o seu potencial criativo.

De acordo com Winnicott (1967/1975), quando os bebês já se habituaram a não receber de volta o que estão buscando, eles olham e não vêem a si mesmos. Ou seja, o que transparece no olhar da mãe é a sua própria visão do bebê e da satisfação que ali está contida. Dito de outro modo, a mãe está olhando para o bebê e seu olhar reflete o que ela vê, ou seja, sua própria visão do bebê.

Ser visto pelo olhar da mãe é uma das bases fundamentais do sentimento de existir. Se quando o bebê olha, ele é visto, ele existe. As estrelas duplas em seus olhos, na figura 5, mostra que

não só encontrou objetos, como pôde começar a sentir-se real sem que os fantasmas precisassem estar dentro dele.

Em outra sessão, enquanto aguardava a psicoterapeuta chamá-lo, jogava no celular. Assim que é chamado, o avô lhe solicita o celular. Matheus lhe entrega e entra na sala gritando: “*Que raiva*”, deita na poltrona e põe as mãos nos ouvidos (pode-se perceber aqui que começa a, além de nomear os sentimentos, a expressar a agressividade). A psicoterapeuta diz que talvez ele tenha ficado com raiva porque ela interrompeu o seu jogo e também porque ele precisou deixar o celular. Matheus tenta abrir a porta para pegar o celular com o avô, mas não consegue, pois a porta está chaveada. Tenta abrir a janela para pular e a psicoterapeuta diz que não pode, que se ele quiser sair, poderão abrir a porta. “*Que raiva da mamãe!!!*” (sic), grita. Logo, pega o tapete e o esconde atrás da poltrona. A psicoterapeuta encontra-o e Matheus sorri. “*Tapete mágico que tira a raiva das crianças*” (sic) e acrescenta: “*Seu filho da puta*” (sic), fala dirigindo-se ao tapete. Deita-se e diz que é para a psicoterapeuta ficar calada, pois quer dormir. Ela lhe assegura que estará ali e mantém-se em silêncio. Foi possível perceber, pela sua respiração, que havia pegado no sono e, cerca de cinco minutos depois, abre os olhos, olha na direção da psicoterapeuta, com os olhos estalados, como se estivesse assustado: “*Achei que você não estava mais aqui, que tinha saído*” (sic).

A partir do conteúdo exposto nessa vinheta, Matheus estava desenvolvendo a capacidade de ficar só na presença de alguém, mas sobretudo porque alguém estava ali, sendo confiável, vivo e atento, acolhendo e sobrevivendo à sua agressividade.

O primeiro sentido do tempo, no mundo subjetivo, é o da continuidade da presença, que se instaura pela experiência repetida da presença da mãe, da sua permanência, da continuidade dos cuidados que lhe apresentam continuamente no mundo. O bebê não sabe da existência permanente da mãe, mas sente os efeitos da presença e, vagarosamente, criando uma memória dessa presença, conta com isso. Para preservar a continuidade de ser e se manter vivo o mundo subjetivo, o bebê precisa ser permanentemente assegurado pela presença que subsiste (Dias, 2017, p.173).

O tratamento vai ganhando contornos, na medida em que Matheus consegue nomear, externalizar os sentimentos e se acalmar sem que precise ser o Mercúrio. Em outras palavras, estava podendo expressar seu sentimento de desamparo e medo do abandono decorrente de vivências traumáticas. É possível dizer que estava começando a ligar as palavras às representações, além de seus sintomas de hiperatividade, impulsividade e dificuldade de manter a atenção estarem mais amenos.

Na medida em que o *setting* suficientemente bom foi proporcionando regularidade e confiabilidade, Matheus, que antes não estava podendo representar, nem brincar, nem falar sobre o

que acontecia com ele, tampouco aprender a ler e a escrever, vai deixando de encenar seu mal-estar através da motricidade e começa a administrar o seu mundo interno através do desenho, jogos, brincadeiras e verbalizações.

Em uma sessão, Matheus entra na sala, senta-se no sofá e diz que quer fazer uma barraca. Pega as almofadas e posiciona-as ao redor do sofá, como se fosse uma proteção e diz: “*Deu!*”. Enquanto isso, deita-se entre as almofadas e continua: “*Agora tu me tapa, aí eu fico dentro da barraca*”. A psicoterapeuta pega a manta da poltrona e começa a cobri-lo. Quer que ela cubra-o todo, mas a manta o deixa com a cabeça e os pés de fora, então ele cobre seus pés com almofadas e aponta para que ela cubra sua cabeça com a outra. “*Tá, agora é a hora de você me destapar*”. A psicoterapeuta lhe destapa e ele ri. Pede que lhe cubra novamente e lhe destape “*na velocidade máxima*” (sic). Antes que ela puxasse a manta ele faz um movimento rápido com a mão para fora. “*Olha, achei uma mãozinha*”, diz a terapeuta. Matheus rapidamente esconde a mão. “*Sumiu!*” exclama a terapeuta. Matheus coloca a mão para fora novamente e esconde rapidamente. A mão aparece e some e a cena se repete algumas vezes.

Quando a psicoterapeuta consegue pegar sua mão, Matheus começa a rir e diz: “*Uma explosão aconteceu! Buuum*”. Levanta do sofá e derruba todas as almofadas, tropeça em uma delas cai e levanta. “*Já sei o que vou fazer*”, diz. Pega as almofadas do chão e coloca uma em cima da outra, no sofá. “*Almofadex*” (sic). Senta em cima da pilha de almofadas e a psicoterapeuta, por sua vez, se posiciona atrás dele, com receio de que pudesse cair. Matheus faz movimentos para frente e para trás, como se estivesse num balanço. “*Me embala*”, pede. Ela lhe ampara pelas costas de maneira a possibilitar o embalo. “*Weeeee*” diz, num tom infantil na medida em que a terapeuta o embalava. Matheus ria e dizia: “*weeeee*” (sic) e permanece no balanço imaginário, sendo embalado na realidade. Passa-se uns quantos minutos. Faz de conta que as almofadas são um “*escorregador do futuro, sabe porque do futuro? Porque eu inventei*” (sic).

Passado alguns minutos, a psicoterapeuta diz que está na hora de guardar as almofadas, pois está se aproximando o fim da sessão e Matheus diz que não quer sair dali. Pede para escorregar mais uma vez e cai no chão. Diz que vai escorregar só mais uma vez, mas “*agora com cuidado senão caio que nem cocô de novo*” (sic). Em seguida, ajuda a psicoterapeuta a arrumar a sala. Diz que é o Mercúrio e narra na terceira pessoa os seus próprios movimentos enquanto arrumam a sala. Se esconde atrás da porta para o vô encontrá-lo e se despede da psicoterapeuta com um abraço e um beijo.

Segundo Winnicott (1994/1956b, p.27) “alguns pacientes parecem necessitar serem concretamente sustentados, sob alguma forma simbólica, por uma pequena quantidade de contato físico”. Em outras palavras Dias (2017, p.182) explica que o “segurar” amplia-se para um “sustentar a situação no tempo” (*holding a situation*), que é uma disponibilidade tranquila que permanece, que se estende demoradamente no tempo e não demanda que algo aconteça, apenas espera os movimentos do bebê e o acompanha em suas incontáveis idas e vindas. Matheus, com base no recorte de sessão acima, precisou ser embalado pela psicoterapeuta, que o segurou concretamente nos braços e sustentou a situação no tempo.

Deste modo, quem preocupa-se com a regularidade e os estados emocionais do lugar e segura a situação no tempo, é a mãe suficientemente boa (e o terapeuta). Se alguém permanece presente, mantendo a calma, a criança começa a dar-se conta de que a passagem do tempo traz alívio, mesmo em situações difíceis. Conforme explica Winnicott (1950/2000) para começar a existir, o indivíduo depende da mãe suficientemente boa, cujo amor se expressa (num primeiro momento) em termos físicos. “A mãe segura o bebê (no útero, nos braços) e através do amor (identificação) sabe de que maneira adaptar-se às suas necessidades”. Dito de outro modo, foi a capacidade de identificar-se com as necessidades do paciente que pôde possibilitar o descongelamento de sua situação primitiva de falha ambiental, permitindo a evolução e continuidade de existência do eu.

Matheus, em um certo período, passou a mostrar interesse e preferência pelo jogo UNO. Durante o jogo, expressava sentimentos de raiva e vontade de chorar quando a psicoterapia ganhava e felicidade quando ele era o vencedor. Aos poucos, foi conseguindo tolerar os sentimentos de frustração e inclusive, parecia demonstrar mais interesse em se divertir do que ganhar. Durante o jogo, mostrava-se animado, principalmente quando ele começava a cantar alguma música e psicoterapeuta cantava junto. Importante mencionar que o UNO passou a fazer parte do seu processo psicoterápico, num momento em que seu *self* parecia estar se encaminhando para o início de uma integração, demonstrando evolução no seu amadurecimento psíquico. Necessitava brincar cada vez menos de “esconder e encontrar” e com a “família fantasma”. Sua preferência estava sendo jogar UNO, praticamente do início ao fim das sessões.

Finalizado o segundo ano de tratamento, os avós paternos informaram à psicoterapeuta de que não seria mais possível manter Matheus na psicoterapia, pois algumas mudanças aconteceriam, uma delas, financeiramente. A solução que encontraram foi manter o tratamento de Matheus pelo

plano de saúde, com outro profissional. A interrupção da psicoterapia com Matheus foi trabalhada durante um mês, onde ele dizia que não queria parar nem consultar com outra psicóloga.

Em sua última sessão, Matheus estava com um livro infantil e fez questão de mostrar à psicoterapeuta quantas páginas já tinha lido. O que chama atenção é o fato de que o *tablet* ou o celular já não eram mais as únicas formas de brincar ou de passar o tempo. Matheus parecia estar conseguindo manter a atenção em uma atividade que envolvia certo esforço mental, o que favoreceu o seu processo de alfabetização (o que antes não estava sendo possível, mesmo com a medicação). Nesse dia, avisa que vai fazer um desenho para a psicoterapeuta guardar de recordação (Figura 6).



Figura 6

Foi possível verificar no paciente (e também no seu desenho), um mundo onde os objetos já podem ser encontrados, onde os fantasmas já não precisam mais estar incorporados em si, nem mesmo “fora de sua cabeça” e esta, por sua vez, estava podendo expressar um mundo imaginativo e colorido, de maneira a mostrar sua capacidade de olhar criativamente esse mundo, rumo à integração. A psicoterapeuta pergunta, ao final da sessão, se ele gostaria de levar alguma coisa para casa, como lembrança e Matheus responde: “O UNO!”. Alguns segundos depois, diz: “Hum, pensando bem, prefiro deixar o UNO contigo, porque daí se um dia eu voltar, a gente continua jogando”.

Foram 96 sessões com Matheus, totalizando dois anos e um mês de tratamento, onde foi possível amenizar os sintomas de TDAH e iniciar o descongelamento da situação da falha e, com isso, *encontrar o fio perdido da continuidade da experiência*. Para Winnicott (1968b/2020), desatar os nós que impedem o desenvolvimento, além de liberar os processos de desenvolvimento e as tendências hereditárias do paciente é a tarefa a ser realizada no tratamento desses pacientes.

De maneira peculiar, somos de fato capazes de alterar o passado do paciente, de modo que alguém, cujo ambiente materno não tenha sido suficientemente bom, possa se tornar uma pessoa cujo ambiente facilitador foi suficientemente bom cujo potencial pôde, portanto, ocorrer, mesmo que um pouco mais tarde, ... De algum modo, silenciosamente comunicamos a confiabilidade, e o paciente reage com um crescimento que poderia ter acontecido nos primeiríssimos estágios no contexto do cuidado humano.” (Winnicott, 1968b/2020, p.119).

Nesse caso, *dar contorno ao fio invisível que liga o sintoma a sua função, implica encontrar o fio perdido de continuidade da experiência*. Assim, foi possível *restaurar o ponto que se perdeu e o paciente, enfim, parar de reagir e começar a existir*.

Considerações finais

A partir do relato do caso de Matheus, foi possível observar o processo de amadurecimento psíquico de uma criança, com sintomas de TDAH, na psicoterapia psicanalítica. Observam-se falhas na estruturação psíquica, particularmente no que diz respeito ao desenvolvimento emocional primitivo, sendo que o amadurecimento psíquico do paciente estava comprometido devido a predominância de falhas nos cuidados iniciais.

Foi possível perceber que, inicialmente, o paciente não estava podendo representar o seu sofrimento através da brincadeira e da simbolização. A maneira pela qual encontrou para trazer à tona os seus conflitos foi através da *inquietação, da dificuldade de manter a atenção e, com isso, a impossibilidade de ler e escrever*. Com esses pacientes, conforme visto anteriormente, é o primitivo e não o profundo que está em pauta, Assim, o foco do trabalho psicoterápico do caso discutido foi no atendimento da necessidade e no manejo.

De acordo com a psicologia do desenvolvimento emocional, é necessário um ambiente facilitador para que os processos de amadurecimento do indivíduo se concretizem. A integração no tempo e no espaço pôde ser correspondida no sustentar e no segurar. O alojamento da psique no corpo, por sua vez, foi facilitado pelo manejo e o contato com objetos propiciado pela apresentação de objetos. Tudo isso foi possível através de um *setting suficientemente bom*, que foi dando contorno a uma relação de *dependência absoluta* com a psicoterapeuta, que ficou no lugar da *mãe suficientemente boa*, identificando-se às necessidades do paciente.

Portanto, o tratamento de Matheus não se tratou de uma história a *desvendar* e sim de uma história a *construir*. Através dos sintomas de *hiperatividade*, demonstrava a *fase de dependência absoluta*, de natureza pré-verbal, pré-simbólica e pré-representacional. Foi necessário possibilitar

uma experiência de contato e de comunicação, em nível verbal, onde a principal finalidade, num primeiro momento, foi a *confiabilidade do setting*.

Na medida em que foi se estabelecendo um *vínculo terapêutico*, através de um *setting suficientemente bom*, foi possível observar evidências de um *registro simbólico* e não mais, meramente, *motor*. Mas, para tanto, foi preciso que a psicoterapeuta estivesse atenta às necessidades do paciente, de forma a estabelecer um setting que se equiparasse com a função materna. Um *setting* que garantisse a previsibilidade e confiabilidade. A psicoterapeuta-mãe teve que ser pontual, evitando, ao máximo, cancelar ou remarcar as sessões, tendo o cuidado para não fazer mudanças inesperadas no consultório, manter os jogos, brinquedos e materiais do paciente do jeito que ele deixou, além de ser confiável e sobreviver aos seus ataques.

No que se refere a interrupção do tratamento, pode-se pensar que na medida em que a criança apresenta melhora (no desempenho escolar e nos comportamentos que incomodam os adultos, por exemplo) ela é retirada do processo psicoterápico, mesmo que não tenha sido estabelecida nem elaborada uma alta por parte do profissional. Contudo, a psicoterapia psicanalítica possibilita intervenções estruturantes pelo fato de atentar-se para o *sofrimento “invisível”* da criança e que, algumas vezes, recebe o nome de algum *transtorno*.

Referências

- American Psychiatric Association. (2014). Transtornos do Neurodesenvolvimento. In: *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5^a ed .). (pp.31-86). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Bleichmar, E. D. (2007). La clínica infantil: clínica de la relación de padres e hijos. In: *Manual de psicoterapia de la relación padres e hijos*. (pp.421-489). Buenos Aires: Paidós.
- Dias, Elsa Oliveira. (2014). Interpretação e manejo na clínica Winnicottiana. São Paulo: DWW Editorial.
- Dias, E. O. (2017). A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. São Paulo: DWW Editorial.
- Faraone, S. V. et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Recuperado em 21 julho, 2021 de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014976342100049X#!>
- Ferro, A. (1995). O desenho. In: *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista da relação ao campo emocional*. (pp.43-75). Rio de Janeiro: Imago.
- Ferro, A. (1995). O jogo. In: *A técnica na psicanálise infantil: a criança e o analista da relação ao campo emocional*. (pp.77-101). Rio de Janeiro: Imago.
- França, M. T. de B. (2012). Transtorno De Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): ampliando o entendimento. *Jornal de Psicanálise*, 45 (82), 191-207. Recuperado em 13 junho, 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352012000100014

- Guerra, V. (2012). Hiperatividade e Déficit de Atenção no funcionamento psíquico da criança: O falso self motor. *Psicanálise*, 14 (1), 153-178. Recuperado em 13 junho, 2021, de <http://sbpdepa.org.br/site/wp-content/uploads/2017/03/Hiperatividade-e-D%C3%A9ficit-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-no-Funcionamento-Ps%C3%ADquico-da.pdf>
- Janin, B. et al. (2010). Niños desatentos e hiperactivos, ADD/ADHD: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad. Buenos Aires: Centro de Publicaciones Educativas y Material Didáctico.
- Levin, E. (2011, fevereiro, 18). A qué están atentos los niños dis-atentos? *Discapacidad y salud*. Recuperado em 4 junho, 2021, de <https://discapacidadrosario.blogspot.com/2011/02/que-est%C3%A1n-atentos-los-ni%C3%B1os-dis-atentos.html>
- Sousa, A. F., Coimbra, I. M., Castanho, J. M., Polanczyk, G. V. & Rohde, L. A. (2020). *Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Tratado de Saúde Mental na Infância e Adolescência da IACAPAP. Genebra: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions*. Recuperado em 9 julho, 2021, de <https://iacapap.org/content/uploads/D.1-ADHD-Portuguese-2020.pdf>
- Thevenot, A. & Metz, C. (2007). Instabilidade psicomotora ou hiperatividade? riscos dos deslizamentos dos discursos sobre a psicopatologia infantil. *Epistemo-somática*, 4 (2), 49-62. Recuperado em 13 junho, 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1980-20052007000200005
- Winnicott, D. W. (1975). O brincar. In: *O brincar e a realidade*. (pp.59-77). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In: *O brincar e a realidade*. (pp.153-162). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1975). O uso de um objeto. In: *O brincar e a realidade*. (pp.121-131). Rio de Janeiro: Imago Editora. (Trabalho original publicado em 1969).
- Winnicott, D. W. (1982). Por que as crianças brincam. In: *A criança e o seu mundo*. (pp.161-165). Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.
- Winnicott, D. W. (1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. In: *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. (pp.128-139). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1960)
- Winnicott, C. (1994). Fragmentos referentes a variedades de confusão clínica. In: *Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott*. (pp.26-28). Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1956b).
- Winnicott, D. W. (2000). Desenvolvimento emocional primitivo. In: *Da pediatria à psicanálise*. (pp.218-232). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1945).
- Winnicott, D. W. (2000). A agressividade em relação ao desenvolvimento emocional. In: *Da pediatria à psicanálise*. (pp.288-304). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1950).
- Winnicott, D. W. (2000). Aspectos Clínicos e Metapsicológicos da Regressão no Contexto Analítico. In: *Da pediatria à psicanálise*. (pp. p.374-392). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1954).
- Winnicott, D. W. (2000). Formas clínicas da transferência. In: *Da pediatria à psicanálise*. (pp.393-398). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1955).
- Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: *Da pediatria à psicanálise*. (pp.399-405). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956a).
- Winnicott, D. W. (2020). O recém-nascido e sua mãe. In: *Bebês e suas mães*. (pp.47-63). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1964).

- Winnicott, D. W. (2020). A comunicação da bebê com a mãe e a da mãe com o bebê, comparada e contrastada. In: *Bebês e suas mães*. (pp.104-120). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1968b).
- Winnicott, D. W. (2021). O aprendizado infantil. In: *Tudo começa em casa*. (pp.167-176). São Paulo: Ubu Editora. (Trabalho original publicado em 1968a).