

A criança agressiva para além do Transtorno Opositor Desafiador (TOD)

*The aggressive child beyond
the Oppositional Defiant Disorder (ODD)*

Ariana Lucero; Isabela Maciel Cerqueira de Souza; Nathalia Sodré Cittadino

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

O artigo visa a trazer algumas contribuições da psicanálise sobre a agressividade, considerando seu caráter constitutivo para a subjetividade. O diagnóstico de Transtorno Opositor Desafiador (TOD) tem feito com que algumas manifestações agressivas, essenciais para a organização subjetiva de uma criança, sejam vistas como comportamentos patológicos a serem eliminados através do tratamento terapêutico ou medicamentoso. Uma passagem por autores de diferentes orientações psicanalíticas, incluindo textos iniciais de Lacan, admite outras leituras da agressividade, da oposição e do desafio, que ampliam as possibilidades do fazer clínico e, por conseguinte, do universo simbólico em que uma criança pode circular e se situar. Considerar a agressividade enquanto constitutiva, multifacetada e contextual é dar voz ao que muitas vezes tentamos silenciar sem levantar questões.

Palavras-chave: agressividade; Transtorno Opositor Desafiador; Psicanálise.

ABSTRACT:

The article aims to bring some psychoanalytic contributions on the subject of aggressiveness, considering its constitutive character for human subjectivity. The diagnosis of Oppositional Defiant Disorder (ODD) has led to the aggressive manifestations of some children to be mistakenly seen as pathological behaviors to be eliminated through therapeutic or drug treatment. A passage by authors of different psychoanalytical traditions, including Lacan's initial texts, allows other understandings of aggressiveness, defiance and opposition, expanding the possibilities of clinical practice and, consequently, of the symbolic universe in which a child can circulate and inhabit. To consider aggressiveness as constitutive, multifaceted and contextual helps to bring visibility to a subject we often try to silence without raising questions.

Key-words: aggressiveness; Oppositional Defiant Disorder; Psychoanalysis.

DOI: 10.12957/mnemosine.2021.61856

A patologização e a tentativa de normatização de comportamentos cotidianos na infância não é uma novidade para quem trabalha ou convive com crianças. O burburinho sobre possíveis transtornos, sinais de alerta e supostas estratégias de prevenção de psicopatologias se impõe aos responsáveis pela educação das crianças em fases cada vez

mais precoces. Na internet, é possível se deparar com textos, vídeos e materiais de divulgação que são apresentados como verdadeiros manuais de cuidado e parentalidade para garantir que as crianças cresçam saudáveis e “normais”. O critério de normalidade, porém, muitas vezes equivale ao que é adequado às normas sociais e o que esperamos de pequenas crianças, de forma que, não raramente, o termo se vincula à obediência e à passividade.

Essas informações que circulam nas mídias sociais se disseminam entre pais, educadores, profissionais de saúde, e acabam atingindo as crianças, que são levadas a psicólogos a fim de que se confirme um suposto diagnóstico. A clínica psicanalítica nos ensina, entretanto, que o diagnóstico só pode ser feito na transferência e tem como finalidade orientar a direção de tratamento. No caso específico do Transtorno Opositor Desafiador, trata-se de uma categoria alheia ao discurso psicanalítico, que impulsionou uma investigação teórica a respeito de elementos que ajudassem a compreender o que estaria em jogo para o sujeito classificado com TOD.

Partimos do pressuposto de que, em psicanálise, pesquisa e clínica constroem-se mutuamente, na medida em que a competência clínica depende do conhecimento teórico e a pesquisa é em larga medida orientada pelos problemas advindos da clínica. Desse modo, fornecer parâmetros teóricos compatíveis com uma atuação clínica capaz de responder de forma ética e reflexiva às demandas contemporâneas se coloca como um dos objetivos fundamentais de nossas pesquisas. Nesse percurso, precisamos recorrer tanto à literatura médica e psiquiátrica atual quanto a autores clássicos da psicanálise. Afinal, se o sujeito da psicanálise se constitui na linguagem, *estar à altura da subjetividade de nossa época* (Lacan, 1953/1998) implica conhecer os critérios de (a)normalidade difundidos pela via do senso comum ou pelo campo da ciência. Quais os impactos subjetivos desses discursos sobre a infância?

Na literatura médica e psiquiátrica, a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) apresenta uma categoria chamada “Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta”, na qual estão classificados transtornos muito associados a crianças de idade escolar, como o Transtorno Opositor Desafiador (TOD). Os “Transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta” são assim definidos:

Condições que envolvem problemas de autocontrole de emoções e de comportamentos [...] são exclusivos no sentido de que esses problemas se manifestam em comportamentos que violam os direitos dos outros (p. ex., agressão, destruição de

propriedade) e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade. (APA, 2014).

Como aponta Caponi (2018), esses transtornos não têm mais como referência central o sofrimento do sujeito, mas comportamentos desviantes que supostamente violam direitos e normas sociais, desafiam leis e autoridades. Essa maneira de pensar a psicopatologia   um retorno (ou uma continuidade)   visão da infância e adolescência como períodos de risco e moldagem de caráter, tendo os transtornos disruptivos, do controle de impulsos e da conduta fun o de previsão e preven o – medicamentosa e comportamental – da delinq ncia e de outros comportamentos considerados prejudiciais à sociedade.

Essa prolifera o [de diagnósticos] se sustenta no argumento da necessidade de antecipar problemas graves que poderão ocorrer na vida adulta se patologias psiquiátricas da infância não forem corretamente identificadas, diagnosticadas e tratadas no momento certo. Afirma-se que, nesse caso, os problemas na vida adulta se multiplicarão. Não surgirão somente problemas de ordem médica e psiquiátrica, vinculados à cronifica o e   irreversibilidade de doenças mentais graves, mas também de ordem jurídica, relacionados a fatos sociais dramáticos, como a criminalidade e a delinq ncia. (CAPONI, 2018: 299).

A produ o de medo em torno dos diagnósticos psiquiátricos na infância associada à necessidade de intervir cada vez mais cedo no comportamento das crianças, sendo essa uma indica o para qualquer suspeita de transtorno, se tornam ainda mais assustadoras tendo em vista os tratamentos geralmente ofertados: uma combina o de terapia farmacológica e manejo comportamental, a fim de eliminar atitudes vistas como inadequadas, por meio de interven o da família e de profissionais da saúde ou educa o, sem maiores preocupa es em rela o ao contexto em que a criança está inserida ou aos possíveis motivos que possam t -la levado a apresentar comportamentos considerados inadequados.

O TOD, particularmente, é descrito pelo DSM-V (APA, 2014) a partir de uma série de comportamentos, como irritabilidade, recusa a obedecer regras, índole vingativa, comportamento questionador, entre outros, sendo a principal problemática em torno desse transtorno sempre vinculada a uma perturba o da ordem e/ou um rompimento da expectativa do adulto, situado como figura de autoridade.

O sofrimento do sujeito não é considerado, sendo possível questionar, inclusive, se a criança com diagnóstico, nessa lógica, seria realmente vista como um sujeito ou apenas como objeto de interven es médicas, pedagógicas e psicológicas. A categoria

diagnóstica do Transtorno Opositor Desafiador não traz consigo a possibilidade de um vínculo terapêutico baseado na confiança, pelo contrário, o DSM indica que as crianças diagnosticadas com TOD não seriam dignas de falarem a respeito de suas próprias subjetividades, apesar do fato de que “geralmente indivíduos com esse transtorno não se consideram raivosos, opositores ou desafiadores. Em vez disso, costumam justificar seu comportamento como uma resposta a exigências ou circunstâncias despropositadas.” (APA, 2014).

O que estaria, então, em jogo quanto ao TOD, o transtorno da oposição e do desafio? E o que esta categoria diagnóstica nos diz sobre as outras formas com que patologizamos e normatizamos as crianças? É certo que a ausência de um diagnóstico pode levar à negligência em relação aos cuidados das crianças e até mesmo demonstrar uma negação ao que elas trazem como questão. Em contrapartida, o que vem sendo mais comum, atualmente, são práticas extremas de fechamento de um diagnóstico, sem colocar em questão a necessidade anterior de cuidado e de escuta ao que não está bem nesses sujeitos dentro de seus contextos. O diagnóstico fechado na vida de uma criança acarreta em produções acerca de um corpo a ser tratado, um corpo que carrega uma patologia que se faz conhecida socialmente por seus aspectos desviantes.

O TOD, assim como a maior parte dos diagnósticos na infância, traz consigo o imperativo de um tratamento que busca unir a disciplina familiar, vinculada à vontade de transformar a criança problema em um filho supostamente “bem-criado”; a escolar, por meio da qual se pretende transformá-la em aluno modelo; e a médica, que, a partir da ciência, traça diretrizes para que essas transformações sejam possíveis. Pelo olhar disciplinar, o que outrora poderia ser encarado como uma travessura infantil ou rebeldia adolescente, agora é visto como desordem psíquica inata ou, pior, como o anúncio de um adulto disfuncional para a ordem social ou um futuro delinquente, dependendo sempre dos marcadores de gênero, classe e raça que atravessam o corpo da criança ou adolescente em questão.

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. (FOUCAULT, 1987: 164).

Qual é o lugar social de uma criança agressiva? No seio da família nuclear burguesa, a criança agressiva pode revelar a fragilidade desse arranjo, colocado como

modelo e solução para todos os problemas sociais da atualidade. Na marginalidade, a criança agressiva pode aparecer como denúncia e recusa a uma série de negligências às quais é submetida e que aprendemos a naturalizar. A docilização e adequação desse corpo infantil atua, então, para facilitar a transformação da perigosa criança-problema em um futuro cidadão funcional, podendo este ser uma “boa moça”, um “bom pobre”, um “trabalhador”, ou seja, qualquer um que reconheça seu lugar, permaneça nele e não o denuncie, uma vez que, conforme anuncia Foucault,   “dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfei ado” (FOUCAULT, 1987: 163).

A via medicamentosa aparece, portanto, como solução principal para o silenciamento do que incomoda no comportamento dessas crianças. O uso de protocolos padronizados como base das práticas medicinais se afasta das produções singulares de cada sujeito, ignorando os atravessamentos culturais e sociais que afetam o corpo da criança e culminando em um certo desaparecimento desse sujeito. Os riscos dessa prática, além de naturalizar a medicação como reguladora da subjetividade, apontam para a rigidez dos diagnósticos sem pensá-los em sua função terapêutica, mas demarcando impossibilidades para que essa criança se apresente segundo as peculiaridades características de sua própria infância (LACET, 2014).

Outra questão preocupante em relação ao diagnóstico é a padronização. Quando dizemos que duas crianças têm o mesmo transtorno, caímos no risco de perder de vista as singularidades dessas crianças, que são muitas. Duas crianças agressivas, por exemplo, podem estar exercendo essa agressividade de maneiras diferentes e por motivos completamente distintos, e por isso talvez não seja adequado diagnosticar a partir de comportamentos isolados.

Corremos o risco também de prejudicar seriamente a relação das crianças com seus próprios pais ou familiares, que chegam aos consultórios ou serviços de saúde com muitas d vidas e questionamentos em relação ao comportamento de seus filhos. Ao respondermos com um diagnóstico pronto e fechado, é como se disséssemos: “sei exatamente o que seu filho tem, não precisa mais se preocupar”, mas é justamente a preocupação que faz com que os familiares se impliquem no tratamento das crianças. Se acabamos com o que o sintoma pode ter de enigmático para aquela família, acabamos também com toda possibilidade de que a família, a escola ou até o terapeuta se responsabilize pelos cuidados e tratamentos do pequeno sujeito. Segundo Jerusalinsky,

têm chegado para avaliação clínica pequenas crianças cujos pais já têm uma suspeita diagnóstica e passaram a se relacionar com os filhos a partir dela [...]. Nessa verificação acaba por se instalar no relacionamento com a criança a indução de um comportamento que desarticula o exercício das funções materna e paterna, os destituindo de um saber simbólico que permita aos pais ler em contexto o que está acontecendo com o seu filho e compreender a produção da criança não como fruto de uma patologia exógena e isolada, mas como uma resposta que depende do seu entorno para ganhar sua significação. (JERUSALINSKY, 2017: 13).

O tratamento de adequação do comportamento, tanto dos pais quanto das crianças, às normas sociais vigentes silencia toda possibilidade de melhor compreender o que essas crianças precisam dizer e elaborar a partir das crises de choro, das birras, do nervosismo e da agressividade. Se esses comportamentos considerados “difíceis” causam desconforto no outro, resta-nos questionar a que eles respondem e por que se mantêm.

Agressividade enquanto um momento de esperança

O diagnóstico de TOD ou, ainda, a suspeita de TOD é recorrente na clínica com crianças. O quadro, muito presente em crianças de idade escolar, é cada vez mais frequente em crianças muito novas, inclusive na primeira infância. De modo geral, essas crianças são levadas para os atendimentos de psicologia por conta de uma queixa da escola ou da família em relação a agressões física ou verbais, destruição de objetos de uso comum, desobediência a comandos ou desrespeito a figuras de autoridade nos ambientes em que convivem.

Muitos psicanalistas se dedicaram ao estudo da agressividade, da oposição e do desafio na infância, considerando esses processos centrais para o desenvolvimento e para a constituição do sujeito. Esses fenômenos, portanto, longe de representarem meros comportamentos a serem suprimidos, apontam para processos mais complexos da constituição dos sujeitos que precisam ser examinados mais de perto.

Winnicott (1987 [1984]) em seus estudos sobre privação e delinquência, discorre sobre as origens e funções da agressividade, da agressão e dos comportamentos antissociais, ressaltando o caráter protetivo que as ações agressivas podem ter na infância. O autor aponta, ainda, que, em muitos casos, a criança agressiva pode estar dramatizando um sofrimento ou uma desorganização interior, na tentativa de buscar um limite no outro para conter aquilo que ela não consegue sozinha:

Quando as forças cruéis ou destrutivas ameaçam dominar as forças do amor, o indivíduo tem de fazer alguma coisa para salvar-se, e uma das coisas que ele faz é pôr para fora o seu íntimo, dramatizar exteriormente o mundo interior, representar ele

próprio o papel destrutivo e provocar seu controle por uma autoridade externa. O controle pode ser estabelecido desse modo, na fantasia dramatizada, sem sufoca   s ria dos instintos, ao passo que o controle interno necessitaria ser geralmente aplicado e resultaria num estado de coisas conhecido clinicamente como depressão. (WINNICOTT, 1987 [1984]: 93-94).

Para Winnicott (1987 [1984]), o beb  está sempre testando os limites de seu pequeno corpo por meio de movimentos vigorosos e procurando alguma contenção no ambiente ou no outro. A relação com o outro precisa ser paulatinamente construída para que a criança aprenda a lidar sozinha com sua agressividade. Nesse percurso, o essencial   que o próprio adulto suporte esses “ataques” do beb , conforme já postulava Melanie Klein.

Segundo Klein (1991 [1946]), a pulsão de morte é um impulso destrutivo inato que é projetado como agressão e, por conseguinte, retorna como agressividade. O simples ato de sugar o seio já envolveria um sadismo e um dano ao objeto que será introjetado, fazendo deste objeto um perseguidor interno e temido. A teoria do seio bom e do seio mau indica efetivamente a internalização de um seio devorado – e, portanto, devorador – e de um seio que satisfaz. Essa situação decorre da ação dos mecanismos de introjeção e projeção, que operariam lado a lado desde o início da vida, fazendo com que situações externas e internas sejam sempre interdependentes:

Tenho expressado com frequência minha concepção de que as relações de objeto existem desde o início da vida, sendo o primeiro objeto o seio da mãe, o qual, para a criança, fica cindido em um seio bom (gratificador) e um seio mau (frustrador); essa cisão resulta numa separação entre o amor e o ódio. Sugeri ainda que a relação com o primeiro objeto implica sua introjeção e projeção e, por isso, desde o início as relações de objeto são moldadas por uma interação entre introjeção e projeção, e entre objetos e situações internas e externas. (KLEIN, 1991 [1946]: 21).

Esse primeiro momento da vida psíquica é descrito por Klein no escopo daquilo que ela denominou *posição esquizo-paranoide*, na qual o processo de cisão do objeto origina uma ansiedade persecutória por parte do objeto mau que deve ser compensada pelo objeto bom. Ademais,   cisão do objeto corresponde uma cisão do próprio ego – conforme se verifica em: “o ego é incapaz de cindir o objeto, interno e externo, sem que ocorra uma cisão correspondente dentro dele” (KLEIN, 1991 [1946]: 25) –, de onde adv m a necessidade de conter essa fragmentação. Klein afirma, ainda, que “a integração e a adaptação à realidade dependem essencialmente da experiência que o beb  tem do amor e do carinho da mãe” (KLEIN, 1991 [1946]: 25) – concepção partilhada com o próprio Winnicott.

Quando o bebê descobre que os objetos amado e odiado são, na verdade, um único e mesmo objeto, isto é, a mãe como objeto total, surge o sentimento de culpa resultante dos impulsos agressivos que foram projetados contra o objeto amado, o que caracteriza a *posição depressiva*. Klein assevera que “não se pode traçar uma divisão clara entre dois estágios do desenvolvimento; além disso, a modificação é um processo gradual e os fenômenos das duas posições [*esquizo-paranoide e depressiva*] permanecem por algum tempo entrelaçados e interagindo em alguma medida” (KLEIN, 1991 [1946]: 35). As posições coexistem e, em alguns casos, verifica-se a recorrência do processo de cisão e de manutenção das figuras boas e más separadas. Contudo, apenas a *posição depressiva* prepara o caminho para relações de objeto mais satisfatórias, aquelas que se dão com um objeto total, e não apenas parcial.

Melanie Klein (1991 [1955]) supõe um mecanismo de defesa chamado identificação projetiva que, para a criança pequena, funciona a partir da fantasia de “jogar” para dentro da mãe todos os conteúdos “ruins” do *self*, de forma que eles deixem de pertencer à criança. Concomitantemente, a cisão entre o “seio bom” e o “seio mau” faz com que uma parte boa da mãe seja preservada da agressividade da criança, ficando esta apartada da parte ruim, que comporta todas experiências negativas do pequeno sujeito e, por consequência, funciona como foco de sua agressão.

Para além de sua função na infância, a projeção aparece na clínica a partir da cisão das partes percebidas como ameaçadoras ao ego, podendo haver uma negação dessas partes para o próprio sujeito e um endereçamento (projeção) das mesmas a uma outra pessoa – neste caso, o analista. Esse processo, que precisa ser trabalhado na transferência, é essencial para o tratamento, pois pode permitir uma abertura para o contato com conteúdos que, por meio de outras vias, poderia ser insuportável para o sujeito. A projeção geralmente se articula e aparece entrelaçada à agressividade, o que a torna muitas vezes difícil de trabalhar na clínica. Esse pode ser um motivo pelo qual muitas terapias têm como mote a supressão da agressão por completo via adequação comportamental, já que o manejo clínico dos conteúdos agressivos exige, entre outras coisas, a capacidade de suportar a projeção agressiva na transferência.

Retomando Winnicott, podemos supor que a agressividade surge no lugar de uma certa depressão, como se houvesse uma tentativa inconsciente de se proteger desse sentimento. Ao lermos que a origem da agressão na infância “está sempre ligada [...] ao estabelecimento de uma distinção entre o que é e o que não é o eu” (WINNICOTT, 1987 [1984]: 98), propomo-nos a pensar sobre a importância da oposição e do desafio também

para a constituição psíquica.

De acordo com Winnicott (1987 [1984]), quando os ditos movimentos vigorosos são significados como chutes, pontapés e socos, a criança ainda pode estar procurando alguma contenção, buscando entender se aquilo que sente de insuportável tem limite, uma vez que “a criança provoca re   es ambientais totais, como que buscando uma moldura cada vez mais ampla, um círculo que teve como seu primeiro exemplo os braços da mãe ou o corpo da mãe.” (WINNICOTT, 1987 [1984]: 132).

Esses atos, portanto, nem sempre representam um fechamento ao outro ou um desrespeito a uma figura de autoridade. Dependendo sempre da criança, do contexto e do momento da constituição subjetiva em que esses comportamentos aparecem, uma suposta agressividade pode ter inúmeros significados diferentes e   necessário compreender a funcionalidade de cada um deles para cada criança, rejeitando sempre as ofertas de tratamentos homogeneizadores que buscam a supressão de comportamentos supostamente inadequados sem se atentarem às especificidades subjetivas.

A hipótese que Winnicott (1987 [1984]) levanta é que certos comportamentos vistos como antissociais – como a agressão, o furto, a delinq ncia e a desobediência – representam, na verdade, uma manifestação de esperança da criança, que deve ser acolhida em nossa prática clínica. O trabalho do terapeuta, portanto, é descrito como uma tentativa de “ir ao encontro do momento de esperança e corresponder a ele” (WINNICOTT, 1987 [1984]: 130). Enxergar a agressão como um momento de esperança é extremamente subversivo, pois nos faz olhar a criança que agride seus cuidadores, professores ou terapeutas como alguém que enxerga neles uma possibilidade de fazer algo com aquilo que dela escapa e necessita de um contorno. Se não fazemos nada com isso, ou pior, tentamos apenas suprimir esses comportamentos, por via medicamentosa ou outra, acabamos por não corresponder com esse momento de esperança, podendo ocasionar um fechamento ainda maior desse sujeito.

Agressividade, oposição e desafio

Para Lacan (1998 [1948]), a presença de comportamentos associados a agressividade, oposição e desafio em uma criança pode estar muito atrelada a uma via importante de diferenciação da mesma, visando a um caminho de distinção entre si e o outro. Nessa lógica, a agressividade não aparece sem sentido na vida de uma criança, mas traz consigo uma significação. Interessa-nos mostrar, aqui, a diferença entre a leitura lacaniana e a dos psicanalistas ingleses em relação ao sadismo ou às supostas origens da

agressividade, ampliando nossa visão desses temas.

As primeiras considerações sobre a agressividade na obra lacaniana surgem nos escritos sobre os *Complexos Familiares*, de 1938. Nesta época, Lacan buscava compreender a formação do eu a partir de sua relação com o outro e, mais precisamente, da imagem do outro. Assim, após descrever o *complexo do desmame*, em que não há reconhecimento do corpo próprio nem a noção do que lhe é exterior (LACAN, 2002 [1938]: 24-25), ou seja, ainda não há um *eu* constituído, tampouco uma imagem do eu, Lacan (2002 [1938]: 31) dedica-se a pensar o *complexo de intrusão*, quando há o reconhecimento de um “outro” como objeto.

Assim, na teoria lacaniana, não há lugar para nenhum sentimento inato de ódio ou de qualquer forma de agressão antes que o bebê comece a perceber o outro como um objeto dito “total”. Para isso, é necessário passar pelo desmame ou por uma perda de objeto, uma vez que não devemos compreender o desmame exclusivamente em referência a uma experiência de alimentação. É a partir da perda que, para Lacan (2002 [1938]), se inicia a busca pelo objeto e também por aquele outro que se coloca como detentor do objeto.

De acordo com o *complexo de intrusão*, a presença de um irmão ou de um semelhante contribui para a formação do eu, na medida em que o sujeito se reconhece no outro. Quando retoma a cena de ciúme infantil descrita por Santo Agostinho, em suas *Confissões* – “Vi e observei uma [criança], cheia de inveja, que ainda não falava e já olhava, pálida, de rosto colérico, para o irmãozinho de leite” (AGOSTINHO, 2008: 30) – Lacan (2002 [1938]: 31) pretende elucidar que a inveja, o ciúme ou a cólera não são sentimentos que surgem de uma rivalidade imediata que um irmão teria pelo outro. Não haveria, com efeito, no meio cultural humano, nenhuma rivalidade instintiva relativa a um determinado objeto, tal como poderíamos encontrar nos animais em relação à comida. Pelo contrário, o sentimento de ciúme evidencia que o *eu* se constitui concomitantemente ao *outro*, isto é, o irmão, na medida em que há a introdução de um terceiro objeto – a mãe ou o seio – que nos oferta o objeto da satisfação.

A figura do irmão fornece, de início, os elementos e o impulso necessários ao espelhamento constitutivo do eu narcísico. A agressividade não é primária, mas secundária à identificação. Assim, a própria presença do semelhante pode ser sentida como um ataque ao sujeito, ao mesmo tempo em que é essencial para que ele se constitua enquanto tal. A imagem do semelhante desencadeia no sujeito emoções e posturas similares e, enquanto sofre essa sugestão, o sujeito não se distingue da própria imagem,

já que “antes que o eu afirme sua identidade, ela se confunde com essa imagem que o forma, mas que o aliena primordialmente” (LACAN, 2002 [1938]: 38). De acordo com Simanke (2002: 306), a tese de que o eu é um outro pode ser interpretada aqui em referência   impotência da consciência para organizar o caos orgânico original e dar forma a qualquer coisa semelhante a um sujeito. O próprio eu é estranho ao sujeito e a imagem do outro contribui para a intrusão temporária de uma outra tendência estrangeira neste eu ainda em constitui o.

Lacan (2002 [1938]: 38), aludindo a esse complexo, faz men o a uma “intrusão narcísica”. O psicanalista utiliza também a expressão “mundo narcísico” para designar esse estágio, não apenas para evocar o investimento da libido no corpo próprio, como assinalaram Freud (2004 [1914]) e Abraham (1970), mas para fazer referência ao mito de Narciso, que, ao se apaixonar por sua própria imagem, torna-se surdo   voz de Eco e acaba por encontrar a morte. Lacan (2002 [1938]) alerta para os perigos em jogo nesse estágio da constitui o psíquica, pois o não reconhecimento do outro ou a identifica o massiva do próprio eu podem resultar numa confusão entre o eu e o outro que impedir  o sujeito de estabelecer relações objetais.

Por isso, o *complexo de intrusão* aparece intimamente relacionado ao *complexo de Édipo* – e também ao *complexo de desmame* – e ambos, ou os três, podem ocorrer concomitantemente. Na rivalidade fraterna, o sujeito aniquila o outro e reencontra o objeto (seio) ou, tal como Narciso, só pode ver seu reflexo, culminando em uma recusa da realidade e na própria morte do sujeito. Já no Édipo, o objeto da identifica o é justamente aquele que, no triângulo edipiano, se opõe ao objeto do desejo.

Nesse sentido, Lacan (2002 [1938]) se afasta completamente do critério freudiano de demarca o do complexo de Édipo fundamentado na diferença anat mica entre os sexos, uma vez que a identifica o ed pica deixa de ter como referência o p nis (e sua ausência) e como objeto o progenitor do mesmo sexo, para ser calcada sob a imago daquele que se opõe ao objeto de desejo. A imago do pai   eleita como a figura privilegiada de tal identifica o, pois, na nossa cultura, o pai reúne na mesma pessoa a repressão e a sublima o, isto é, o pai não apenas protege a criança de seu desejo (a mãe) e, por conseguinte, de sua aniquila o e despedaçamento, como também aponta para os objetos que podem satisfaz -la. O objeto da identifica o ed pica é tanto o agente da interdi o quanto o exemplo de sua transgressão (LACAN, 2002 [1938]: 42). A imago da mãe, pelo contrário, traz consigo os resquícios de todas as experiências primordiais e apresenta uma possibilidade de satisfa o libidinal que distância o sujeito da realidade. A

mãe, como detentora do seio, outrora objeto da satisfação na amamentação, apresenta traços de um comportamento instintivo, observável até nos animais (SIMANKE, 2002: 250); enquanto a função paterna estaria mais ligada ao determinismo cultural.

O *complexo de Édipo* aparece, assim, como o complexo que permitiria o acabamento estrutural do eu, além de uma animação afetiva da realidade (LACAN, 2002 [1938]: 79). A família seria responsável por garantir a ocorrência do complexo de Édipo, não cabendo a responsabilidade de uma psicopatologia à mãe ou ao pai separadamente, pois “o destino psicológico da criança depende antes de mais nada da relação que as imagens parentais mostram ter entre si” (LACAN, 2002 [1938]: 89). Essas imagens – formadas pelas identificações, como vimos – resultam de cada um dos complexos, de maneira que fique evidente como os complexos desempenham o papel de “organizadores” no desenvolvimento psíquico (LACAN, 2002 [1938]: 22). Nas palavras de Simanke:

Se os complexos familiares interessam à psicopatologia, é porque eles desempenham uma função crucial para a gênese do eu, ao fornecerem o meio ambiente em que se efetuam as múltiplas identificações que o constituem e que se dão frente a um objeto construído na e pela relação familiar. (SIMANKE, 2002: 217).

Assim, a criança é submetida a um processo contínuo de identificação: “o que se transmite por essa via psíquica são os traços que, no indivíduo, dão a forma particular de suas relações humanas, ou, dito de outra maneira, sua *personalidade*” (LACAN, 1998 [1936]: 92, grifo do autor). Na tentativa de se diferenciar ao mesmo tempo em que toma como referência o outro, a criança pode apresentar um comportamento de oposição ou, ainda, um negativismo. Essa é a maneira que ela encontra para emergir enquanto sujeito, sendo aquilo que consideraríamos como birra parte constitutiva desse processo. Os confrontos entre crianças, muito comuns na infância, revelam esse justo papel da agressividade enquanto fundamental para a constituição e também para o referenciamento do corpo da criança, pois é através dessa captação pela sua imago que se delineia toda a dialética do comportamento da criança na presença de seu semelhante. Essa tensão conflitiva, de dimensão também interna do sujeito, tem efeitos determinantes no que diz respeito ao despertar do sujeito em relação a seu próprio desejo pelo objeto de desejo do outro.

Para Lacan (1998 [1948]), a agressividade é sempre uma experiência “intersubjetiva” de um sujeito que se manifesta como tal para um outro. Se, de um lado,

ela pode aparecer em um vetor que parte do filho para os pais; por outro,

a constatamos frequentemente na ação formadora de um indivíduo sobre as pessoas de sua dependência: a agressividade intencional corrói, mina, desagrega; ela castra; ela conduz à morte: ‘E eu que acreditava que você era impotente!’ , gemia num uivo de tigresa uma mãe a seu filho, que acabara de lhe confessar, não sem dificuldade, suas tendências homossexuais (LACAN, 1998 [1948]: 107).

O essencial da agressividade   aparecer sempre “em espelho”, na medida em que o desejo é despertado pelo desejo do outro: “o concurso primordial se precipita numa concorrência agressiva, e   dela que nasce a tri de do outro, do eu e do objeto” (LACAN, 1998 [1948]: 116). É na identificação com o outro que a criança revela a ambivalência estrutural exemplificada pelo “escravo identificado com o déspota, o ator com o espectador, seduzido com o sedutor” (LACAN, 1998 [1948]: 116). Um exemplo disso seria a situação em que a mesma criança que bate revela que bateram nela, porque é justamente nessa “identificação com o outro que ela vive toda a gama de reações de impotência e ostentação” (LACAN, 1998 [1948]: 116). Nesse sentido, o sujeito reflete o outro em si mesmo, ao mesmo tempo em que projeta em outros aquilo que não reconhece em si mesmo.

Em referência   clínica psicanalítica, Lacan afirma que “os impulsos de agressividade decidem sobre as razões que motivam a técnica da análise” (LACAN, 1998 [1948]: 109). O diálogo, no senso comum, se apresenta supostamente como triunfo sobre a agressividade, como uma renúncia às práticas agressivas. Já no suposto diálogo do tratamento analítico, em que o analista, mediante a projeção, fica como receptáculo das dores do analisando, o que acontece, se não a reação agressiva? O analista, que não aceita o papel de amigo, simpatizante ou padre no confessional rio, fica sempre sujeito aos impulsos agressivos do paciente. A partir disso, Lacan apresenta a transferência negativa não apenas como um subproduto infeliz da análise, mas como parte constituinte, inevitável e necessária dela. Segundo o autor, “Devemos [...] pôr em jogo a agressividade do sujeito a nosso respeito, já que essas intenções, como sabemos, compõem a transferência negativa que é o n  inaugural do drama analítico”. (LACAN, 1998 [1948]: 110)   preciso, portanto, pôr em jogo, não ignorar, suprimir ou fomentar a agressividade, mas tratá-la como material de trabalho, ou seja, fazer com que o analisando elabore a partir da agressividade, para que possa com ela estabelecer outras formas de relação que não a atuação.

Quando falamos da clínica com crianças, a questão se complexifica e nos

deparamos constantemente com o desafio de revisitar o lugar do analista e o manejo do tratamento. A demanda de quem leva a criança à análise geralmente é de que a criança se acalme, de forma que trabalhar a partir de ou com a agressividade pode, muitas vezes, assustar o adulto responsável. Nesse sentido, o exercício ético de questionar nosso desejo de analista se faz ainda mais necessário.

O recurso à medicalização ou a técnicas que incidam diretamente sobre o sintoma operam na lógica do “disso [...] eu não queria saber” (BREUER; FREUD, 1990 [1895]: 89). Uma melhoria no tratamento com crianças tem significação diversa, podendo, inclusive, representar que nem tanto foi realmente mudado, de modo que até mesmo o analista se engane, ao conduzir um tratamento sem dar lugar àquilo que efetivamente provoca uma reação agressiva na criança.

Dar prosseguimento ao tratamento, ainda depois de a questão inicial ter cessado, cria espaço para a aposta de que a clínica opera para além de resolver o sintoma, tendo em vista que o sintoma muitas vezes apenas mascara um problema mais profundo, que só reapareceria posteriormente. Mannoni (1999 [1964]) aponta que, ainda que o sintoma desapareça, o verdadeiro problema fica, por conta da brevidade de muitos tratamentos que deixam escapar peças mestras da articulação do desejo nas suas metamorfoses. Nesse sentido, a afirmação de que o tratamento é da criança, a partir das suas questões subjetivas, e não das demandas de quem a leva ao consultório, se faz necessária. Este é, porém, um trabalho delicado, uma construção cuidadosa que também deve fortalecer o saber e a responsabilização da família sobre aquela criança, sem que isso sufoque o que tem de singular naquele sujeito em formação.

Considerações Finais

Compreendemos, portanto, que a agressividade aparece em vários momentos da constituição subjetiva e está muito relacionada aos processos de identificação e diferenciação do sujeito, seja na relação com o semelhante ou com a alteridade, uma vez que “cada grande metamorfose instintiva a escandir a vida do sujeito irá novamente questionar sua delimitação” (LACAN, 1998 [1948]: 116). Assim, a agressividade cumpre funções distintas em cada um desses processos e pode surgir também enquanto sintoma ou excesso quando, tão frequentemente, a palavra falha. O TOD – enquanto diagnóstico que enquadra uma grande quantidade de comportamentos isolados para uma faixa etária extremamente ampla, ou seja, para crianças e adolescentes em diferentes etapas de suas constituições subjetivas – pode ser ineficaz para a compreensão do funcionamento do

sujeito capaz de nortear um tratamento.

Uma criança de três anos que agride um irmão menor está passando por questões parecidas com as de um pré-adolescente que agride os professores? Será que nesses casos, mesmo que os critérios diagnósticos para um mesmo transtorno sejam cumpridos, a direção do tratamento pode ser similar? Diante dessa problemática, destacamos a importância de enxergar a agressividade enquanto constitutiva, multifacetada e contextual, isto é, como uma peça que sempre diz de algo para além dela mesma e não pode – ou, ao menos, não deve – ser silenciada sem levantar questões.

A agressividade, especificamente atrelada aos processos de identificação, projeção, resistência, oposição e desafio, aparece como essencial tanto na clínica quanto na constituição do sujeito:

Essa concepção faz-nos compreender a agressividade implicada nos efeitos de todas as regressões, de todos os abortamentos, de todas as recusas do desenvolvimento t pico do sujeito, e especialmente no plano da realização sexual, ou, mais exatamente, no interior de cada uma das grandes fases determinadas na vida humana pelas metamorfoses libidinais cuja grande função a análise demonstrou: desmame, Édipo, puberdade, maturidade, ou maternidade, ou mesmo clímax involutivo. (LACAN, 1998 [1948]: 122).

Nesse sentido, a patologização e a tentativa de supressão automática de alguns comportamentos agressivos considerados “inadequados” podem ser extremamente violentas, especialmente quando o efeito produzido na criança ou adolescente   de fechamento ao outro e, portanto, fechamento   relação transferencial que norteia o tratamento. Isso também levanta o questionamento quanto a uma proposta de ação completamente adultoc ntrica, a partir da qual a constante disciplinar almeja sempre levar a uma docilidade da infância através dos discursos de controle sobre os corpos que fogem às normas sociais impostas.

Atualmente, o diagnóstico do Transtorno de Oposição e Desafio (TOD) aparece frequentemente em comorbidade com outros transtornos, como o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Para a criança autista, um comportamentopositor ou agressivo pode representar, justamente, uma maior abertura e possibilidade de entrada na linguagem, que nunca é pacífica. Nesse caso, o diagnóstico de TOD enquanto comorbidade pode direcionar a um tratamento iatrog nico, cuja prioridade seja criar meios para o desenvolvimento de uma criança dócil, e não uma criança saudável.

Quando escutamos e suportamos o sintoma, as manifestações agressivas das crianças podem ganhar um novo contorno de possibilidades, podendo ser esse um

indicador de abertura ou comunicação de uma criança que procura expressar algo que não está bem. Tal compreensão abre caminho para oportunidades de simbolização do que está sendo trazido pela criança, a partir da criação de vias comunicativas e despatologizantes. Ao nos atentarmos para a função de um sintoma na vida do sujeito, temos maiores condições de produzir diagnósticos que tenham funcionalidade clínica, contribuam para pensar a direção do tratamento e não sejam tratados enquanto sentença biológica na vida das crianças.

Referências

- ABRAHAM, Karl. Breve estudo do desenvolvimento da libido, visto à luz das perturbações mentais. In: *Teoria psicanalítica da libido*. Rio de Janeiro: Imago, 1970 [1924].
- AGOSTINHO. *Confissões*. Bragança Paulista: São Francisco, 2008
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- BREUER, Josef; FREUD, Sigmund. Estudos sobre a histeria. In: FREUD, S. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. 2. Rio de Janeiro: Imago, 1990 [1895], p. 15-297.
- CAPONI, Sandra Noemi. Dispositivos de segurança, psiquiatria e prevenção da criminalidade: o TOD e a noção de criança perigosa. *Saúde e Sociedade*, v. 27, n. 2, p. 298-310, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902018180146>>. Acesso em: 27 de outubro de 2020.
- FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir: nascimento da prisão*. 27a. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.
- FREUD, Sigmund. À guisa de introdução ao narcisismo. In: FREUD, Sigmund. *Escritos sobre a psicologia do inconsciente. vol. 1*. (L. Hanns, trad., vol. 1). Rio de Janeiro: Imago, 2004 [1914].
- JERUSALINSKY, Julieta. A Infância Medicalizada: Novos Destinos da Psicopatologia. In: PÉREZ, Gloria Heloise et al. *Tempo da Vida e a Vida no Nosso Tempo: Repercussões na Psicologia Hospitalar*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017. p. 14-17.
- KLEIN, Melanie. Notas sobre alguns mecanismos esquizóides. In: KLEIN, Melanie. *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991 [1946].
- KLEIN, Melanie. A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In *Inveja e Gratidão*. Rio de Janeiro: Imago, 1991 [1955].
- LACAN, Jacques. A agressividade em psicanálise. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 [1948].

- LACAN, Jacques. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: LACAN, Jacques. *Escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998 [1953].
- LACAN, Jacques. *O Seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1979 [1953/54].
- LACAN, Jacques. *Os Complexos Familiares*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002 [1938].
- LACET, Cristine Costa. *A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH)*. 2014. 150f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2014.
- MANNONI, Maud. *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes, 1999 [1964].
- SIMANKE, Richard Theisen. *Metapsicologia lacaniana: os anos de formação*. São Paulo: Discurso/Curitiba: UFPR, 2002.
- WINNICOTT, Donald Woods. *Privação e Delinquência*. São Paulo: Martins Fontes, 1987 [1984].

Ariana Lucero
Universidade Federal do Espírito Santo
E-mail: luceroariana@yahoo.com.br

Isabela Maciel Cerqueira de Souza
E-mail: isabela.mcs1@gmail.com

Nathalia Sodré Cittadino
E-mail: nathaliacittadino@gmail.com