

## CONTRIBUIÇÕES DA PSICANÁLISE PARA A COMPREENSÃO DE PROBLEMAS DE APRENDIZAGEM

Léia Mara Loss<sup>1</sup>

### Resumo

O presente artigo de natureza bibliográfica e de um recorte de caso clínico, objetiva compreender os mecanismos que desencadeiam os sintomas relativos às questões aprendizagem, por intermédio da contribuição da psicanálise. As questões de aprendizagem da paciente evidenciaram traumas presentes desde a gestação e incidiram na potencialização de sintomas do ato de aprender, gerando angústia e medo. Na trama das fraturas familiares desencadearam bloqueios que interferiram diretamente no processo de construção do conhecimento, ocultando o sujeito do suposto saber.

**Palavras-chave:** Psicanálise. Aprendizagem. Sujeito. Fraturas.

### 1. *Relato de caso*

A paciente Ariadne, sexo feminino, tem 10 anos e é estudante do 4º ano numa escola estadual. Chega ao consultório com o diagnóstico de Dislexia<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Graduada em Pedagogia pela Universidade de Passo Fundo-RS. Especialista em Psicopedagogia pela URI Campus Erechim-RS. Especializanda em Psicanálise: Técnica e Teoria, pela Unisinos, POA-RS.

<sup>2</sup> O DMS-5 (2014, p. 67) diz que Dislexia “é um termo alternativo usado em referência a um padrão de aprendizagem caracterizado por problemas no reconhecimento preciso ou fluente de palavras, problemas de decodificação e dificuldades ortográficas, é importante também especificar quaisquer adicionais que esteja presentes, tais como dificuldades na compreensão da leitura ou no raciocínio matemático”. Capellini (2005, p. 162) nos mostra que desde a “década de 1960 até os dias de atuais, a dislexia vem sendo descrita com as seguintes características: presença de inteligência normal, ausência de deficiência cognitivas, sensoriais e motoras associadas (deficiência mental, auditiva, visual, motora, ou múltipla); presença de fatores neurobiológicos; presença de histórico familiares positivo; presença de alterações de habilidades cognitivas que comprometem o uso de atenção, memória e percepção; exposição da criança ao ambiente escolar e sociocultural adequado; persistência de sintomas da infância até a idade adulta”. Ellis e Ciasca (apud CAPELLINI, 2005, p. 163-164) classificam as dislexias em: “1) Dislexia Disfonética ou fonológica: caracterizada por dificuldade na leitura oral de palavras pouco familiares; a dificuldade encontra-se na conversão letra-som. Normalmente associada a uma disfunção do lóbulo temporal. 2) Dislexia Diseidética ou Superficial: caracterizada por dificuldade na leitura devida a um problema de ordem visual, ou seja, o processo visual é deficiente. O leitor lê através de um processo extremamente elaborado de análise e síntese fonética. Está associada a disfunções do lóbulo occipital. 3) Dislexia Mista: caracterizada por leitores que apresentam problemas dos dois subtipos disfonéticos e diseidéticos, sendo associada às disfunções dos lobos pré-frontal, frontal, occipital e temporal”.

(dificuldade na leitura, escrita e concentração). Tem uma irmã mais velha de 14 anos, fruto da primeira relação da mãe e um irmão mais novo de 5 anos fruto da relação atual.

Na época em que a mãe conheceu o segundo marido, a filha mais velha tinha 3 anos de idade. Desta segunda relação há uma gravidez inesperada. Assim que descoberta a gravidez, a mãe a rejeita, pensando em abortar. Já o pai aceita e assume a relação, casando-se. Por outro lado, os pais da mãe de Ariadne não aceitavam seu novo relacionamento, nem o divórcio do primeiro casamento. Os vínculos familiares com a mãe eram precários e havia muitos conflitos, desentendimentos, agressões verbais e físicas.

As fraturas familiares ocorridas desde o início da gravidez continuam interferindo ainda hoje no desenvolvimento da paciente, especialmente enquanto sujeito capaz de sentir-se inserida em todos os espaços sociais. As problemáticas nas questões de aprendizagem que desencadeiam as angústias diárias demonstram os sintomas familiares, que reproduzem na sintomática da paciente.

Em um dos momentos de anamnese<sup>3</sup> realizada com o pai, ele relata que a filha sempre apresentou dificuldades, sendo lenta para tudo. Quando ingressou na escola, com cinco anos de idade, as dificuldades já eram evidentes, mas continuaram, porém, com um novo fato. Numa tarde a esposa estava arrumando as crianças para fazer um passeio, quando a filha sofreu um desmaio, permanecendo alguns minutos desacordada. Neste dia levaram-na para o Pronto Socorro e, daí, ela foi encaminhada para um neurologista. De imediato o especialista solicita a realização de vários exames. Assim que o

---

CID-10 (2014, p. 395) “F 81.0 – Transtorno específico de leitura: A característica essencial é um comprometimento específico e significativo do desenvolvimento das habilidades da leitura, não atribuível exclusivamente à idade mental visual ou escolarização inadequada. A capacidade de compreensão da leitura, o reconhecimento das palavras, a leitura oral e o desempenho de tarefas que necessitam da leitura podem estar comprometidos. O transtorno específico da leitura se acompanha se acompanha frequentemente de dificuldades de soletração, persistindo comumente na adolescência, mesmo quando a criança haja feito alguns progressos na leitura. As crianças que apresentam um transtorno específico na da leitura têm frequentemente antecedentes de transtornos de fala ou de linguagem. O transtorno se acompanha comumente de transtorno emocional e de transtorno do comportamento durante a escolarização. Dislexia de desenvolvimento.”

<sup>3</sup> Segundo Fernández (1991, P. 125), “Nas anamneses, observa-se uma necessidade e urgência de obter dados que atuam como obstrução para a possibilidade de situar numa atitude analítica ante o discurso. Esta urgência para obter dados somente pode ser entendida ante o desejo de encobrir a angústia que provoca a espera necessária. Os dados, somente nunca remetem ao saber. Pelo contrário, costumam ocultá-los. Este filtra-se pelos resquícios do discurso lógico e pelos lapsos. De outra forma chegaremos ao saber, nós e o paciente, mais pelo desdobramento de uma sena do que pela cronologia dos dados.”

neurologista analisa o resultado dos exames, sugere que os pais busquem uma ajuda neuropsicológica para avaliar as questões cognitivas e de aprendizagem.

Após as avaliações da profissional da neuropsicologia, os pais tem o diagnóstico: a filha é portadora de Dislexia. O resultado da avaliação é recebido pelos pais, mas sem compreenderem com clareza do que se tratava. A neuropsicóloga encaminha para a escola um laudo comprovando o CID de dislexia e sugere um trabalho diferenciado.

A escola procura dentro de suas possibilidades incluir a aluna ao processo de ensino-aprendizagem da melhor forma possível. Ariadne passa a ter suporte de um monitor individual, sendo incluída na sala de recursos no turno inverso. Em sala de aula regular os professores ofereciam atividades diferenciadas para que ela pudesse acompanhar a turma.

Diante deste quadro patológico, a família procurou novos recursos. O neurologista que acompanhava a paciente reencaminha para novas avaliações, com outros especialistas. Novas baterias de testes e exames são realizadas numa Clínica em São Paulo. Foram muitos os esforços até conseguirem o diagnóstico que patologizou a filha, comprovando sua incapacidade através do CID – F81.0 - Transtorno específico de leitura; R-48.0 - Dislexia, *DMS-5* e indicação para o uso da Ritalina e Sertralina.

Ao retornarem a Passo Fundo os pais procuraram acompanhamento psicoterapêutico. Assim que iniciadas as primeiras intervenções psicopedagógicas<sup>4</sup> foi necessário procurar a escola para uma interlocução com os professores e demais profissionais, tendo como objetivo, traçar um plano que pudesse acolher e valorizar as questões psíquicas, cognitivas, e de aprendizagem. Foi uma abordagem tridimensional envolvendo a, escola, a família e a terapeuta. Diante desta dinâmica aborda, veio à tona várias fraturas que sintomatizavam a impotência que a criança apresentava<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Para Fernández (1991, p. 131), “a intervenção do Psicopedagogo, no primeiro momento da relação com o paciente, supõe escutar-olhar e nada mais. Escutar não é sinônimo de ficar em silêncio, como olhar não é de ter olhos abertos. Escutar, receber, aceitar, abrir-se, permitir, impregnar-se. Olhar, seguir, procurar, incluir-se, interessar-se, acompanhar. O escutar e o olhar do terapeuta vão permitir ao paciente falar e ser reconhecido, e ao terapeuta compreender a mensagem.”

<sup>5</sup> Para Weiss (2012, p. 73), “antes de patologizar é necessário conhecer a verdadeira história escolar, discriminar o que é falha de ensino e falta de oportunidade escolar das dificuldades reais do processo de aprendizagem. Em outros termos: tentar distinguir efeitos patologizantes da escola de problemática nascida da dinâmica familiar”.

Nos dois primeiros anos de acompanhamento psicoterapêutico, ocorreu um importante resgate da paciente<sup>6</sup> através do desejo do aprender e do saber, inserindo-se no espaço social, escolar e familiar. Isso foi importante porque a paciente estava reprimida pela condição de impotencialidade nas questões de aprendizagem atribuída pela família e que o CID contribuiu para reforçar essa impotência.

No decorrer das sessões foram proporcionados momentos de escuta com os pais. Durante as falas e nos relatos sobre os acontecimentos a mãe agredia o pai verbalmente, fato que ajudou a tornar mais visível o sintoma apresentado pela paciente. O sintoma não era propriamente da filha, mas a reprodução de um sintoma familiar que fora desencadeado desde a gestação. Culpabilizar e despotencializar a menina por vários acontecimentos ocorridos era mais fácil do que reconhecer que o sintoma decorria da trama familiar<sup>7</sup>.

Nos dois primeiros anos de atendimento a paciente progrediu nas questões de aprendizagem, no cognitivo e no psíquico. Sobressaiu-se bem nas avaliações escolares, assim como nas apresentações orais de trabalho, expondo-se frente aos colegas. Porém, para a família ela continuava sendo uma criança problemática, sem capacidade de assumir-se enquanto sujeito.

O tratamento clínico psicoterapêutico teve início em 2015 com atendimentos semanais. Em 2016 o processo teve continuidade, porém, em 2017, a família decide suspender o acompanhamento, tendo como justificativa a dificuldade de horário, visto que os mesmos coincidiam com o horário que a filha precisava cuidar do irmão mais novo e ajudar nas tarefas de casa.

No início de 2018, porém, a própria Ariadne pede a seu pai para retornar ao acompanhamento psicoterapêutico. O pai contata comigo e pede um horário para conversar. Nessa escuta paterna, se expressa o desejo da filha retornar às sessões terapêuticas. Descreve a situação familiar, as conflituosidades entre os membros e as dificuldades em resolvê-los. Ariadne retornou as

---

<sup>6</sup> De acordo com Fernández (2012, p. 16), é preciso “resgatar a potência atencional da alegria das feridas produzidas pela banalização da dor, do esvaziamento da ternura, da negação dos mal-estares sociais, do tédio e do despojamento da subjetividade”.

<sup>7</sup> Segundo Fernández (1991, p. 31), “a origem do problema de aprendizagem não se encontra na estrutura individual. O sintoma se ancora em uma rede particular de vínculos familiares, que se entrecruzam com uma também particular estrutura individual. A criança suporta a dificuldade, porém, necessariamente e dialeticamente, os outros dão o sentido”.

sessões psicoterapêuticas e, hoje com 13 anos de idade, frequenta o 7º ano do ensino Fundamental.

Na primeira sessão, encontrava-se desmotivada, sem estímulo, despotencializada no âmbito familiar, na escola e no convívio social. Não conseguia reconhecer-se e nem encontrar-se enquanto sujeito de sua própria história. Sua fala era triste, fria e empobrecida diante dos fatores que norteiam sua vida cotidiana.

No decorrer das sessões terapêuticas relembra sua infância, os momentos em que tivera de fazer vários exames e baterias de testes neurológicos. Diz saber que o “problema” não é seu, mas foi incumbida pelos seus familiares a carregar esse fardo, pois alguém teria que ser “culpabilizado” pelos fracassos e frustrações de seus pais, principalmente de sua mãe, que a maltrata com agressões físicas e verbais.

Nas suas falas surgem muitas questões existenciais. Seus desejos se encontram aniquilados com as tramas familiares que carrega<sup>8</sup>, fazendo com que deixe de acreditar em sua capacidade e na sua potencialidade. Seu corpo e suas aprendizagens<sup>9</sup> encontram-se aprisionados nas fraturas e nas experiências vivenciadas, inibindo sua capacidade que ficou reduzida por um CID e por aplicações de testes de QI e os resultados obtidos.

A sobrecarga da paciente, as exigências da família que a inscreve como um sujeito incapaz de atender as modalidades de aprendizagens contribui para que ela se sinta fracassada diante de tudo e de todos. A automutilação não a permite reconhecer-se como sujeito de desejos, mas sim como uma adolescente portadora de uma patologia. O direito de se inscrever quanto sujeito no contexto familiar, escolar e social lhe é negado.

No desenrolar das sessões psicoterapêuticas, a paciente questiona-se e expõe suas análises em relação ao seu existir. São falas que revelam um sofrimento intenso diante de toda a vivência.

---

<sup>8</sup> Fernández (1991, p.39) diz que “os fios da tela do bastidor a partir do qual vamos poder interpretar a etiologia do problema de aprendizagem são o organismo, o corpo, a inteligência e o desejo; na trama deste bastidor vamos encontrar desenhados a significação do aprender, o modo de circulação do conhecimento e do saber dentro do grupo familiar, e qual é o papel atribuído à criança em sua família.”

<sup>9</sup> Para Fernández (1991, P. 60), “não há aprendizagem que não esteja registrada no corpo, assim como não há imagem enquanto o corpo não começa a inibir o movimento, e é o registro dessa inibição que o possibilita separar o pensamento do momento em que esse movimento vai torna-se ativo, ficando o movimento como uma marca interior.”

As falas são expressas com muita dor através de vários questionamentos: “por quê existo?”; “por que não nasci um menino, como minha mãe queria?”; “por que ela nunca fica feliz quando faço as coisas, sempre acha um motivo para dizer que não sei fazer, mas que meus irmãos fazem tudo bem feito?”; “por que me culpa por tudo?”; “por que diz que a minha irmã mais velha é a filha que sempre sonhou, que ela é inteligente e tem que fazer medicina?”; “por que diz que eu não preciso estudar?”

Continua refletindo e diz: “Lembro que não gostava de ler e escrever, escondia dos meus pais os temas para não fazer e, quando fazia e precisava da ajuda deles, me chamavam de burra e diziam que o irmão mais novo era mais inteligente. Eu sabia ler, mas ficava com medo de errar e angustiada, porque a mãe sempre punia”. Na continuidade relata: “Quando está brava, ou acha que nada está bom, diz que sou muito parecida com meu pai, porque ele nunca faz nada que presta. Se ele nunca faz nada que presta, por que ainda está com ele?”. Finalmente desabafa: “Se eu sumir, ela nem irá sentir minha falta. Já fugi de casa quando tinha uns cinco anos. Fui na casa de uma tia. Minha mãe foi me buscar e prometeu nunca mais ser ruim comigo. Mas não adiantou nada, ela nunca muda”. Ariadne diz que se morrer “ninguém sentirá sua falta”. “Às vezes, depois que termina a aula, tenho vontade de ficar na rua ou na escola, me sinto melhor, porque quando chego em casa é só briga. Não dá para aguentar. Na escola sou melhor tratada do que em casa, lá tenho amigos que posso conversar e todos me compreendem.”

Diante desse relato surgem muitas questões: Onde está essa jovem adolescente? Qual a participação dos pais nos desdobramentos da sua vida pessoal e social? Por que ainda quer agradar a mãe? Onde está inscrita enquanto sujeito? Qual a sua identidade? Nas questões referentes às aprendizagens, por que se considerada incapaz e precisa de um laudo para ser reconhecida como sujeito na família, na escola e na sociedade? As questões que emergem desse recorte de caso evidencia que o fracasso pessoal de Ariadne vem de um fracasso familiar que inicia antes de seu nascimento. Por que a família precisa culpabilizá-la? Onde está o sintoma neste caso? Essas questões são de extrema relevância para análise que se apresenta a seguir.

## 2. *Analisando o caso: contribuições da psicanálise*

O caso inicialmente apresentado descreve um sintoma instaurado no âmbito familiar. Trata-se de um sintoma disléxico que inibi a possibilidade de inscrever-se quanto sujeito existente no espaço familiar, escolar e social.

Analisar psicanaliticamente esta demanda atribuída à Ariadne é compreender a função psicoterapêutica da Psicanálise que surge como área de conhecimento no final do século XIX, através das pesquisas e produções de Freud e que se estende até os dias atuais. Freud diz que não pode haver mais dúvida de que a psicanálise continuará, visto que ela “comprovou sua capacidade de sobreviver e de desenvolver-se tanto como um ramo do conhecimento quanto como um método terapêutico” (1996a, p. 77).

Em busca de respostas para as patologias da época e compreender as neuroses atuais, Freud ouve seus pacientes e percebe que através da ‘palavra’ poderia chegar à ‘cura’. A partir deste momento, observa que a ansiedade era decorrente de fobias ou neuroses, decorrentes do acúmulo de excitação não descarregada que estavam oprimidas e geravam a ansiedade.

Em suas descobertas, descreve que o ato de nascer é a primeira experiência de ansiedade. É o momento em que a criança sai do corpo da mãe, onde tinha a proteção materna e, ao vir para o mundo externo, faz um corte entre o corpo da mãe e da criança, passa a ser desprovida de toda a segurança.

A ansiedade é originária de questões traumáticas que estão presentes no consciente e inconsciente do sujeito e podem ser decorrentes de fatores internos ou externos, bem como, se manifestam em diferentes momentos da vida, na forma de ameaças como a perda de objetos amados, perda da mãe como objeto, perda do pênis, conforme caso de Hans (FREUD, 1996b, p.15).

A ansiedade é um sintoma que surge do resultado de uma repressão. É a luta entre o consciente e o inconsciente, reprimindo algo de seu passado. Ao falar de ansiedade e inibição como um sintoma na aprendizagem é importante estabelecer uma diferença entre outros sintomas como a disfunção orgânica. Para Fernández, (1991) o sintoma, é a volta do reprimido, ou seja, o trabalho psíquico está em ação, já na inibição é a repressão vem com mais



êxito, impedindo o trabalho psíquico, limitando o processo de reconstrução do “eu”. Nesse sentido, Fernandez (1991, p. 87) diz que:

A inibição cognitiva tem a ver com a evitação, não como uma transformação da função. No sintoma, encontraremos transformação, condensação e deslocamentos; na inibição, encontraremos diminuição, evitação ao contato com o objeto do pensamento. Não é característico da inibição a alteração no pensar, mas o evitar o pensar.

Freud (1996a, p. 91), apresenta dois conceitos para definir inibição e Sintoma. A inibição pode ser atribuída à diminuição da função e o sintoma é a transformação da função. Ambos diferem:

A inibição tem uma relação especial com a função, não tendo necessariamente uma implicação patológica. Podemos bem denominar de inibição uma restrição normal de uma função. Um sintoma por outro lado, realmente denota a presença de um processo patológico. Assim uma inibição pode ser também um sintoma.

Como citado, a inibição pode ser um sintoma. Os sintomas aparecem no indivíduo para seja evitado a ansiedade. A respeito diz Freud (1996a, p. 142):

Os sintomas são criados a fim de remover o ego de uma situação de perigo. Se se impedir que os sintomas sejam formados, o perigo de fato se concretiza; isto é, uma situação análoga ao nascimento se estabelece, na qual o ego fica desamparado em fase de uma exigência instintual constantemente crescente – o determinante mais antigo e original da ansiedade. [...] A geração de ansiedade põe a geração de sintomas em movimento e é, na realidade, um requisito prévio dela, pois se o ego não despertasse a instância de prazer-desprazer gerando ansiedade, não conseguiria a força para paralisar o processo que se está preparando no id e que ameaça com perigo.

Na aprendizagem, o sintoma é visto como um bloqueio da inteligência que está atrapalhada e desorganizada, impedindo o ato de aprender. Freud não fala de inibição cognitiva, mas sim que a inibição tem a ver com a sexualização da função inibida. Sendo assim, podemos pensar que o objeto do conhecimento pode estar sexualizado, impedindo o pensar, o aprender, o conhecer. Para Fernández (1991, p. 87), a



modalidade de aprendizagem na inibição, em geral, remete a uma diminuição apresentando-se como hipoassimilação/hipoacomodação. Ao contrário, no sintoma, a modalidade de aprendizagem vai aludir ao conflito e ao desequilíbrio, apresentando-se como hiperassimilação/hipoacomodação ou, ao inverso, como hipoassimilação/hipoacomodação.

Neste sentido, a Psicanálise contribui na identificação das causas que geram os traumas atuais apresentados pelos sujeitos nas modalidades de aprendizagens. Traumas esses que podem vir desde o início da vida do indivíduo, mas que se manifestaram no processo de escolarização. Os traumas que se apresentam em forma de sintomas, inibições e angústias, desencadeiam no sujeito à partir de uma história original. Os sintomas que hoje se apresentam são, muitas vezes, reprimidos de forma equivocada, como uso da medicalização.

Na sociedade atual, os sintomas se apresentam como “problema” na maioria dos casos, são derivados pela falta de compreensão da subjetividade humana. Para compreender o sujeito, é preciso conhecer sua história, sua origem. A partir da clínica é preciso analisar e articular a estrutura familiar e o dinamismo da história das gerações familiares. Segundo Fernández (1991, p. 42), com base em sua experiência, diz que

Não podemos entender a patologia no aprender de uma criança analisando somente o presente, fazendo unicamente um corte transversal da situação, ainda que incluamos, além do indivíduo, o grupo familiar. No diagnóstico e ao longo do tratamento (conhecemos nossas limitações), tentaremos reconstruir o jogo de acontecimentos que deu lugar, já desde antes que nascesse a criança, a uma constelação de significados profundos e a um código.

A criança quando nasce se insere em uma constelação de significados, que representam códigos. Para Ariadne, desde o momento em que foi gestada, trouxe consigo um significado, um nome que foi escolhido e dado pela família. O nome “ARI” vem carregado de sintomatologia familiar e foi inscrita no grupo familiar como masculino, era o desejo da mãe de ter um menino quando engravidou. Ela foi identificando-se e inserindo-se neste lugar familiar para desempenhar um papel. Para FERNANDEZ (1991, p.42),

A criança que nasce vem preencher um lugar já preparado, mas quando nascer é uma realidade que desde o real desafia o imaginário, porque já tem um sexo marcado organicamente. [...] Acontece que há uma contradição muito grande entre essa ilusão sobre o qual os pais construíram o nome.

Num momento da análise terapêutica, já observado acima, Ariadne diz que o desejo de sua mãe era que fosse um menino. Na tentativa de satisfazer o desejo da mãe, Ariadne não se coloca como sujeito. Para Dokha (2008, p.135):

O sintoma da criança se encontra no lugar de responder ao que ela tem de sintomático dentro da estrutura familiar; basta uma identificação primitiva: “que este EU do discurso da criança se constitui a nível deste Outro que é a mãe, que o EU da mãe se torna o outro da criança, e o que circula aí, a nível da mãe enquanto que ela mesma articula o objeto de seu desejo vem preencher sua função de mensagem para a criança.

O significado do nome a ela dado, expressa um sintoma familiar e a negação da mãe diante da existência da filha, postula uma posição que a culpabiliza pelas fraturas familiares. Na trama familiar, os desejos da mãe sobre a filha, produziram uma desordem corporal. Evidentemente que essa desordem produziu os sintomas que, por sua vez, passou pelo simbólico do corpo e da aprendizagem e desembocou em problemas de aprendizagem.

O corpo expressa o desejo, a vitalidade, a sexualidade, a inteligência. Mesmo que os corpos sejam alterados organicamente eles não determinam a capacidade do sujeito de se inscrever-se como aprendente. Por vez, quando os corpos são alterados pela visão do grupo familiar, negando a existência do indivíduo na família, ou negando sua identidade no contexto, desenvolve uma inibição que não permite ele usufruir seu saber, desencadeando bloqueios na aprendizagem em consequência de um sistema familiar doente.

Nas falas de Ariadne percebe-se que desde a sua infância foi estereotipada como uma criança “problema”. Suas falas relatam situações que vivenciou e questiona-se pelo sentido da vida e das coisas: “por que existo? Por que não nasci um menino, como minha mãe queria? Por que ela nunca fica feliz quando faço as coisas, sempre acha um motivo para dizer que não sei

fazer, mas que meus irmãos fazem tudo bem feito? Por que me culpa por tudo? Por que diz que a irmã mais velha é a filha que sempre sonhou, que ela é inteligente e tem que fazer medicina? Por que diz que eu não preciso estudar?”

Diante de tantos “Por quês” fica evidente que existem conflitos maternos, desencadeadores de desordens no contexto familiar que negam a possibilidade de Ariadne ser vista como um sujeito capaz de aprender e de ser reconhecida enquanto sujeito na dinâmica familiar. A inexistência de um ambiente familiar acolhedor, impede saber da sua posição frente ao não dito<sup>10</sup>, negando o real que provoca fraturas que são desencadeadas através de sintomas e inibindo o ato de seu saber. De acordo com Paín (1985, p. 37),

Se considerarmos a aprendizagem como uma função que, especialmente na infância e na adolescência, garante a conservação e a expansão das estruturas do sujeito, bem como sua adaptação à transformação contínua que lhe impõe o crescimento, consideraremos o não-aprender como uma disfunção ou uma inibição. Entretanto, o crescimento da criança, sua passagem para a idade adulta, transforma continuamente sua posição com a relação ao pai e à mãe, produzindo desequilíbrios que algumas vezes são compensados adequadamente e que outras vezes não são. As perturbações na aprendizagem, normais ou patológicas, tendem a evitar aquelas mobilizações que o grupo não pode suportar, em função de seu particular contrato de sobrevivência.

Em um momento da anamnese o pai relatou que a filha não consegue aprender. Desde pequena apresentava essa dificuldade, porém, quando passou a frequentar a instituição de ensino, as dificuldades aumentaram, deixando-o preocupado. No contexto dessa preocupação do pai, surge um novo fator que é o diagnóstico de Dislexia.<sup>11</sup> A partir do diagnóstico, o discurso que já vinha de muito antes no sentido de que a filha não aprendia se potencializa, vira uma “patologia” que é comprovada através dos diagnósticos realizados pelos profissionais da área de saúde.

Nesta trama familiar estão escondidos muitos segredos que impossibilitam a adolescente sentir-se inscrita e habilitada ao processo de

---

<sup>10</sup> Para Golse, (2008, p.28), “esses não-ditos têm um papel entravante ao nível da criança com respeito a suas possibilidades de aprender”.

<sup>11</sup> Para Paín (1985, p. 30), a noção de dislexia compreendida “como entidade específica merece uma consideração especial dentro dos problemas de aprendizagem. Na realidade, nesse caso, pode considerar-se um só tipo de dislexia, que rara vez ocorre, pois se trata de um problema localizado dentro das agnosias, que não impede à criança ou adulto afetado por um processo traumático reconhecer os fonemas através de sua grafia. A reeducação, em tais casos, é muito penosa e deve desenvolver-se por vias de compensações, por meio dos canais que permanecem sadios”.

ensino-aprendizagem, sendo definida como sujeito “anormal e incapaz”. Em função do papel que representa acaba por sufocar os desejos de aprender e aniquilando a busca pela própria cura. Nesse caso, a cura poderia significar sua libertação.

No caso de Ariadne o não aprender significa negar sua existência enquanto sujeito. A existência humana é composta por evoluções que implicam aprendizagens, angústias e superações. As aprendizagens nos impõem constantes desafios.

Nas tramas e desafios impostos a Ariadne está inscrito o ato de “ler e escrever”. O medo de ler e escrever gerava angústia e, por isso, ela escondia dos seus pais as tarefas de casa. Para Fernández (1991, p. 44), “as perturbações na leitura e na escrita expressavam uma mensagem pela significação da omissão, ou da substituição, ou da inversão de letras, mais que pelo significado das palavras que venham a ser alteradas”.

Para Fernández (1991, p. 82), o problema de aprendizagem constitui um “sintoma” ou uma “inibição” e toma forma num indivíduo,

afetando a dinâmica de articulação entre os níveis de inteligência, o desejo, o organismo e o corpo, redundando em um aprisionamento da inteligência e da corporeidade por parte da estrutura simbólica inconsciente. Para entender seu significado, deveremos descobrir a funcionalidade do sintoma dentro da estrutura familiar e aproximarmos da história individual do sujeito e da observação de tais níveis operando. Para procurar a remissão desta problemática, deveremos apelar a um tratamento psicopedagógico clínico que busque libertar a inteligência e mobilizar a circulação patológica do conhecimento em seu grupo familiar.

Para Vincent (2008, p.85), “os significantes e as letras constituem as amarras do sujeito e, coisa estranha, a letra se torna objeto de gozo na relação do sujeito com a verdade de seu ser”. No estudo de caso, o não saber ler e nem escrever, negar a si mesma na aprendizagem, é uma forma de “boicotar” o inconsciente. O medo da punição da mãe em desqualificá-la quando errava algo era tanto que inibia sua capacidade, exprimindo uma ambivalência entre o ser e o não ser.

Desde o início da descrição do caso clínico é possível perceber que a relação entre mãe e filha se constrói através de uma negação que tem origem na gestação. Assim sendo, poderíamos pensar que Ariadne não teve uma mãe

que reconheceu a maternidade, mas sim uma mulher que a carregou no ventre por obrigação. Nesse caso, aceitar a maternidade representou aceitar a vida de uma criança indesejada, mas, ao mesmo tempo, era preciso incluí-la no espaço familiar.

### 3. *Considerações finais*

Tendo então concluído a análise do recorte clínico com viés Psicanalítico, é possível apontar algumas conclusões. Cabe considerar que os caminhos percorridos pela família de Ariadne para a investigação dos sintomas que reproduziam uma patologia, foram desgastantes e traumáticos. Após conclusão de testes e exames, profissionais da área da saúde chegam a um diagnóstico, denominado na atualidade Dislexia, uma patologia encontrada no DMS-5 e no CID-10, e a prescrição medicamentosa.

A intervenção psicopedagógica e o olhar psicanalítico permitiram pontuar sintomatologias decorrentes da relação familiar, que interferiam no processo de ensino aprendizagem de Ariadne, desencadeando sintomas que inibiram sua potencialidade, impedindo seu reconhecimento nos espaços sociais, escolar e familiar. O espaço clínico psicoterapêutico tem sido extremamente importante para Ariadne, possibilitando um momento de fala e escuta e de acolhimento e apropriação do ato do saber.

### 4. *Referências bibliográficas*

AMERICAN Psychiatric Association. *DSM-5*. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

CAPELLINI, Simone Aparecida. Abordagem Neuropsicopedagógica da Dislexia. In: MELLO, C. B.; MIRANDA, M. C. *Neuropsicologia do desenvolvimento: conceitos e abordagens*. São Paulo: Mennon Edições, p. 162-179.

DOKHAN, Michèle. Escrita e sexualização: Giacomo ou o que é ser homem/mulher? In: BERGÉS, Jean; BERGE-BOUNES, Marika; CALMETTES-JEAN, Sandrine. *O que aprendemos com as crianças que não aprendem*. Porto Alegre: CMC, 2008, p. 129-143.

FERNÁNDEZ, Alícia. *A atenção aprisionada: psicopedagogia da capacidade atencional*. Porto Alegre: Penso, 2012.

FERNÁNDEZ, Alicia. *A inteligência aprisionada: abordagem psicopedagógica clínica da criança e sua família*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FREUD, Sigmund. Análise de uma fobia de um menino de cinco anos. In: FREUD, Sigmund: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1969b, v. X, p. 13-141.

FREUD, Sigmund. Inibição, sintoma e ansiedade. In: FREUD, Sigmund: *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a, v. XX, p. 153-171.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. *CID-10. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Manual de instruções. 10ª ed. – São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2014.

PAIM, Sara. *Diagnóstico e tratamento dos problemas de aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

VINCENT, Denise. O desejo de saber. In: BERGÉS, Jean; BERGE-BOUNES, Marika; CALMETTES-JEAN, Sandrine. *O que aprendemos com as crianças que não aprendem*. Porto Alegre: CMC, 2008, p. 81-85.

WEISS, Maria Lúcia Lemme. *Psicopedagogia Clínica: uma visão diagnóstica dos problemas de aprendizagem escolar*. Rio de Janeiro: Lamparina, 2012.