

Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria

Nº 20

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA

DIRECTOR

Maria Luís Borges de Castro

COMISSÃO REDACTORIAL

Augusto Carreira

Cristina Marques

Fernando Santos

Luísa Veiga

Maria Antónia Silva

Maria Goretti Dias

Pedro Pires

Raquel Quelhas Lima

CONSELHO DE REDACÇÃO

Beatriz Pena

Celeste Malpique

Emílio Salgueiro

José Ferronha

Luís Simões Ferreira

Lurdes Carvalho Santos

Maria Alfredina Guerra e Paz

Maria José Gonçalves

Maria José Vidigal

Orlando Fialho

EDITORAssociação Portuguesa de Psiquiatria da
Infância e da Adolescência (APPIA)**CORRESPONDÊNCIA**

Secretariado

Margarida Matos Moura

Av. do Brasil, 53 – 1700 Lisboa

Clínica Infantil – Pavilhão 25

Tel.: 21 793 43 41

FOTOCOMPOSIÇÃO E PAGINAÇÃO

ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada

Editorial

Maria Luís Borges de Castro p. 5

ARTIGOSAvaliação da perturbação de
hiperactividade e défice de atenção
Um contributo para o estudo da realidade
em Portugal*Ana Nascimento Rodrigues* p. 7

Hiperactividade com déficit de atenção

Augusto Carreira p. 17Comment devons traiter l'hyperactivité
avec déficit de l'attention?*Bernard Golse* p. 25

Revisitando a hiperactividade

Emílio-Eduardo Guerra Salgueiro p. 39

Hiperactividade em contexto escolar

Maria Gabriela Velasquez p. 55

Hiperactividade ou desatenção?

Pedro Cabral p. 61

Resistir através do agir...

Um caso clínico

Teresa Goldschmidt p. 73

“Mal-educado ou irrequieto?”

Caso clínico de hiperactividade vs.
alterações do comportamento*Volker Dieudonné* p. 81

Este número da Revista é inteiramente dedicado à síndrome hiperactividade na infância.

Foi escolhido este tema, por ser de grande actualidade, não só pela frequência com que se nos apresenta na prática clínica, como pela controvérsia gerada pelas diferentes abordagens, quer a nível da interpretação psicopatológica, quer da orientação terapêutica.

Em todas as circunstâncias da vida da criança, aquilo que nos é patente é o sofrimento sem sofrimento traduzido por um agir compulsivo e impeditivo do pensamento, que no decorrer do tempo e sem terapêutica vai afastando cada vez mais o normal desenvolvimento afectivo/cognitivo decorrente da infância. Instala-se assim, um ciclo vicioso de vida: angústia arcaica de busca de objecto interno, que leva ao agir, agir este que vai aumentar a angústia por ausência de completude relacional.

Tentamos apresentar artigos de autores com diferentes perspectivas de abordagem do tema proposto, tanto sob o ponto de vista teórico, como clínico resultantes das suas formações académicas. Temos assim, a hiperactividade abordada na óptica do Pedopsiquiatra, do Neuropediatra e da professora de Educação Especial e Reabilitação.

Continuamos pois, no caminho por nós traçado, da pluridisciplinaridade da Saúde Mental Infantil e Juvenil.

* Pedopsiquiatra. Psiquiatra. Psicanalista. Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Hospital de D. Estefânia, Lisboa.

AVALIAÇÃO DA PERTURBAÇÃO DE HIPERACTIVIDADE E DÉFICE DE ATENÇÃO

Um contributo para o estudo da realidade em Portugal *

Ana Nascimento Rodrigues

RESUMO

O trabalho agora proposto é o resultado de um estudo piloto de adaptação à população portuguesa das versões reduzidas para pais e professores (n=1039) e um contributo para a prática de diagnóstico e avaliação de crianças em idade escolar. Para além da apresentação das propriedades psicométricas destas escalas e de estudos da sua validade clínica constitui um motivo para reflectir sobre as práticas de avaliação, de encaminhamento de famílias e das propostas de intervenção consequentes.

ENQUADRAR

O tema geral do XV Encontro Nacional de Psiquiatria da Infância e da Adolescência expressa – na minha opinião – uma necessidade de pontuar e enquadrar correctamente o termo “Hiperactividade”. O facto de podermos falar de Hiperactividade(s) e Saúde Mental abre espaço para reflectir e encontrar consensos a partir de abordagens multidisciplinares e procurar diferentes leituras para diferentes situações de perturbações do desenvolvimento infantil.

A história da “hiperactividade”, enquanto sintoma ou entidade clínica utilizada para descrever ou classificar uma perturbação da infância é recheada de controvérsias. Durante muitos anos se discutiu a existência de uma entidade clínica ou de apenas sintomas decorrentes de outras perturbações da infância. Os

* Comunicação feita no XV Encontro da APPIA, Braga, 2004.

avanços científicos têm permitido conhecer de forma mais aprofundada as problemáticas relacionadas com a irrequietude motora. E, embora se mantenham dúvidas, sabemos hoje melhor do que falamos quando utilizamos diferentes termos como: Instabilidade, Irrequietude ou Hiperactividade e Défice de Atenção.

A necessidade de encontrar uma linguagem comum e plataformas consensuais é internacional. Num documento datado de 1998 organizado pelo National Institut of Mental Health, designado, “Consensus Statment”, é visível a pertinência de encontrar linhas de compreensão e intervenção que superem as controvérsias e permitam uma melhor evolução científica (NIMH, 1998). Este documento aponta como uma das questões principais, a necessidade de melhorar os sistemas de diagnóstico, através da utilização de instrumentos adequados, por forma a minimizar as diferenças a nível epidemiológico que sempre existiram entre países.

O diagnóstico de Hiperactividade e Défice de Atenção é clínico, dado que – apesar de todos os avanços da ciência – não é possível encontrar um “marcador independente” que permita com certeza a realização do diagnóstico. Ser um diagnóstico clínico não deve ser entendido como algo que se baseia na opinião clínica de cada um ou, na análise superficial de queixas que, sabemos poderem ter uma variabilidade imensa de razões de existir. Assim não deverá servir como “desculpa” para não ser feita uma avaliação criteriosa, realizada com base em instrumentos adequados e adaptados para a avaliação do problema em causa.

Da mesma forma, a não existência de um “marcador” biológico ou da possibilidade de diagnosticar em função de dados de testagem objectiva, não pode servir para negar a existência de uma síndrome que é acima de tudo visível no sofrimento que causa ao próprio, à sua família e nos seus contextos de vida.

A crescente procura de serviços especializados devido a queixas de prováveis “hiperactividade(s)” é um facto que não podemos negar, mas sobre o qual podemos reflectir. E nessa reflexão, devemos olhar a “hiperactividade”, não como uma síndrome desinserida dos contextos de ocorrência, mas sim como uma entidade que tem, muito provavelmente, diferentes significados.

Este facto obriga-nos, enquanto profissionais, a assumir uma conduta ética de responsabilidade perante a determinação de um diagnóstico que é controverso e de difícil realização pela multiplicidade e heterogeneidade de situações de desadaptação provocadas.

Face a este problema, podemos situar-nos epistemologicamente de diferentes formas:

- 1) Assumindo posturas radicais, explicações unitárias e absolutistas e facilitando a não procura de soluções,

- 2) No plano sintomático, olhando a irrequietude/instabilidade psicomotora em si mesma e como sinal visível, ponta de *icebergue* de profundezas diversas,
- 3) No plano mais desenvolvimentista, assumindo a existência de uma síndrome com múltiplas explicações e fenótipos comportamentais diferentes, mas com semelhanças em três áreas nucleares: a desatenção, a impulsividade e o excesso de actividade motora.

Das posições epistemológicas da investigação francófona e, em Portugal, de João dos Santos e Emílio Salgueiro, às fundamentações neurobiológicas assumidas na literatura norte-americana, temos provavelmente, um espectro de patologias cujos traços comportamentais comuns são a irrequietude motora, a desatenção e a impulsividade. Num extremo, este conjunto de características constituirão uma “resposta psicomotora ajustada a circunstâncias pessoais, familiares, escolares e sociais, sentidas como intoleráveis” (E. Salgueiro, no prelo), no outro, uma síndrome clínica, compreendida numa base de disfunção neurobiológica. Não será critério-base do espectro a intensidade, duração ou frequência destas características, mas, a multiplicidade de factores que as originam.

A génese da Irrequietude Motora ou da Hiperactividade, mesmo se assumirmos ambas as designações como “rótulos” (para um conjunto de características que englobam a tríade excesso de actividade motora/impulsividade/desatenção), é multifactorial e muito precoce na vida da criança. A complexa dança assumida pelos múltiplos factores de vulnerabilidade e de protecção que actuam no desenvolvimento e que assumem um papel específico neste caso, gera sem dúvida problemáticas heterogéneas com algumas características de base comuns.

A possibilidade de assumir a existência de diferentes “Hiperactividades” é actualmente uma hipótese abordada por alguns autores que assumem a multifactorialidade e a heterogeneidade (R. Tannock, 1998; R. Barkley, 1998; E. Cook, 1999). E, numa visão de diferentes conjugações de factores de risco e protecção para um mesmo conjunto de características, será possível assumir diferentes designações já existentes na Literatura e enquadradas em diferentes paradigmas de compreensão.

Da Instabilidade/Irrequietude Motora é Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção

A investigação científica dos últimos anos tem procurado diferentes causas que ajudem a explicar e compreender o porquê da instabilidade infantil.

Mais do que uma resposta, obteve várias, divergentes, incompletas, pouco generalizáveis e dependentes, sempre, das amostras de estudo. Nada mais plausível, se pensarmos de forma serena. Até porque, bem vistas as coisas, esta possibilidade de pensar existiu desde sempre: João dos Santos falava da existência de uma instabilidade neuromotora e de uma instabilidade psicogénica (J. Santos, 2002) Ajuriaguerra descrevia a Instabilidade sub-coreíca e a Instabilidade afectivo-caracterial (Ajuriaguerra, 1984) que mais tarde transforma em Instabilidade Motora e Psíquica (Ajuriaguerra & Marcelli, 1989), Wallon (1925) assume a existência de uma Instabilidade Constitucional (já oriunda dos trabalhos de Dupré) e aborda também a Instabilidade como Perturbação Caracterial de origem afectiva, Abramson (1940) descreve a Instabilidade sintomática de distúrbios orgânicos e a Instabilidade fruto de perturbações caracteriais. Hoje, Maurice Berger (1996), fala-nos de diferentes hipóteses (genética, neurofisiológica e psicodinâmica) explicativas da instabilidade.

A investigação norte americana, ainda que mais centrada nas razões biológicas como possíveis causas da hiperactividade, também assumiu que não é possível encontrar um factor exclusivo na origem do fenótipo comportamental em estudo (Cook, E., 1999; Barkley, 1998).

PESQUISAR...

O mediatismo impresso pelos *media*, numa sociedade que ainda não teve tempo para analisar e reflectir um problema, leva-nos muitas vezes a banalizar uma situação que afecta bastantes famílias. Se em Portugal existe bastante movimentação em termos da opinião pública e em termos de procura de respostas, necessita haver mais pesquisa e investigação, para melhor compreendermos o problema que nos reúne neste Encontro Nacional.

A realização deste estudo possibilitou o início da exploração de uma realidade que pessoalmente nos preocupa e nos move a não acreditar apenas no que se “ouve”. Os dados e as evidências que foram surgindo revelaram que há muito por fazer e por descobrir. Motivados pelas dificuldades de realização de um diagnóstico e pela pouca utilização de instrumentos próprios pelos profissionais das áreas clínicas, a pertinência deste estudo surgiu e desenvolveu-se numa abordagem de pesquisa-piloto.

Como conceito a PHDA é uma “desordem”, uma “doença”, um “distúrbio”, isto é, um constructo que se gera num conjunto de “sintomas”, “características”, “comportamentos” que ocorrem na população em geral de forma mais intensa mas numa percentagem menos elevada de indivíduos. Porém, esse constructo

faz-se de comportamentos, sintomas ou características que também ocorrem em pessoas que não têm essa perturbação.

Como se marca a fronteira?

Do ponto de vista conceptual a fronteira marca-se com “limites” que são obviamente gerados de forma artificial, mas que devem reflectir uma desadaptação. Tem sido esse o progressivo esforço dos sistemas de classificação das perturbações mentais da infância e da adolescência.

O presente estudo (Ana Rodrigues, 2004) tentou contribuir para a exploração destes “limites” num grupo de crianças portuguesas. Teve como principal objectivo o estudo das propriedades psicométricas e de standardização das versões portuguesas das Formas Reduzidas para Pais e Professores das Escalas de Conners Revisadas (Conners, 1997).

As Escalas de Conners, como muitas outras escalas e questionários de despiste da PHDA, tem-se tornado progressivamente elementos-chave no processo de avaliação da PHDA. Ainda que a utilização destes instrumentos na avaliação da PHDA permita a comparação de resultados a uma norma, não podemos esquecer que as escalas, questionários e listas de verificação estão construídas com base em questões cujas respostas representam a opinião de outros sobre o assunto.

Este tipo de instrumentos responde geralmente aos seguintes propósitos: (1) servir de ponto de partida para o despiste; (2) identificar pedidos inapropriados, (3) identificar problemas, (4) estimar a gravidade dos problemas. Na fase diagnóstica da avaliação servem de base ao estabelecimento do mesmo, embora os seus resultados não possam, isoladamente, servir de critérios para tal. Por último, este tipo de instrumentos pode também ser utilizado na avaliação dos processos de intervenção. As escalas de avaliação são também óptimos instrumentos para serem utilizados em estudos de investigação (Simões, M.R., 1998).

O propósito das escalas de avaliação é documentar a presença de sintomas de PHDA, avaliando a presença de situações de comorbilidade, e determinando o grau de severidade. Para atingir o objectivo a que se propõem, segundo Shelton, T., e Barkley, R. (1995), estas escalas devem ter como constructo fundamental os três principais sintomas: desatenção, hiperactividade e impulsividade.

A utilização das escalas de avaliação não deverá nunca substituir um processo de relação directa com os sujeitos avaliados e o resultado não deverá ser interpretado apenas em função de um aspecto quantitativo.

As Escalas de Conners – Versões Revistas (Revised Conners Rating Scales, Conners, 1997), na abreviatura portuguesa EC-R, avaliam os problemas de comportamento, obtendo (e conjugando quando possível) respostas de professores, pais (ou outras pessoas responsáveis pela educação da criança) e adolescentes. Tem uma função imprescindível no processo de avaliação multimodal da PHDA e, em conjunto com outros instrumentos de avaliação e outras fontes de informação, são uma preciosa ajuda no processo de avaliação e diagnóstico em Saúde Mental Infantil.

As Escalas de Conners – Versões Revistas (EC-R) são o culminar de 30 anos de investigação no domínio da Psicopatologia da Infância e Adolescência e no âmbito específico dos problemas de comportamento. A Revisão das Escalas de Conners tem sido um facto ao longo destes 30 anos da sua utilização, no entanto a revisão resultante na publicação das Escalas em 1997 foi efectivamente a mais substancial.

Quando se escolhe uma escala de avaliação para completar um diagnóstico de PHDA, algo que deve ser tido em conta são as propriedades psicométricas dessa mesma escala, nomeadamente fidelidade, validade e utilidade clínica (Simões, 1998).

Realizou-se, ao longo de três anos de recolha e tratamento de dados, com base numa amostra total de 1139 crianças de idades compreendidas entre os 5 e os 13 anos. Dividiu-se em três estudos complementares: A validade de constructo (1061 crianças de idades entre os 6 e 13 anos na escala de professores e 738 de idades entre os 5 e os 13 anos na escala dos pais); a fidelidade (realizada com amostras de crianças entre os 6 e os 11 anos não pertencentes aos restantes estudos) e o estudo-piloto de estandardização (realizado com uma amostra de 104 crianças de idades entre os 6 e 11 anos para a escala dos professores e uma amostra de 719 crianças com idades entre os 6 e 11 anos para a versão dos pais).

Dos três estudos complementares ressalta a evidência de que as versões portuguesas se podem constituir como bons instrumentos de despiste face às suas propriedades psicométricas.

A validade de constructo revelou estruturas factoriais (quer na análise factorial exploratória, quer confirmatória) consistentes, em especial na escala dos professores, e uma necessidade de estudar mais a fundo a estrutura da escala dos pais. No entanto os coeficientes de consistência interna de ambas as escalas (em todas as sub-escalas variando entre 0,7893 e 0,9193), bem como os elevados valores das correlações com outros instrumentos (entre 0,642 e 0,765) e as correlações entre as duas versões (pais e professores – $n=617$ com valores entre 0,273 e 0,450) leva-nos a concluir que nos podemos apoiar com

segurança no estudo da validade de constructo para utilizar as escalas em questão.

Por outro lado, o estudo da fidelidade revelou para ambas as escalas uma fidelidade teste-reteste elevada (valores entre 0,79 e 0,96 para a versão de professores e entre 0,75 e 0,90 para a versão de pais), bem como elevados coeficientes de bipartição de Guttman (0,9308 para a versão de professores e 0,8919 para a versão de pais com valores de 0,8566 e 0,7524 para os índices de PHDA respectivamente). Desta forma a fidelidade inter e intra classe atingem valores significativos em ambas as versões.

De forma isolada o estudo do índice de PHDA para professores e pais, revela uma estrutura factorial consistente com a original na versão dos pais e muito consistente com os dados portugueses e a literatura na versão dos professores. Os seus coeficientes de consistência interna são elevados (0,9388 e 0,8877 respectivamente), bem como os valores para as correlações com outros instrumentos de despiste (entre 0,642 e 0,765).

A realização do estudo de standardização revelou a possibilidade de encontrar normas de cotação para rapazes e raparigas para uma faixa de idades entre os 6 e os 10 anos. Da análise mais descritiva dos inúmeros dados revelados no decorrer do estudo fomos verificando que o comportamento das variáveis se pode comparar ao de outros estudos internacionais (percentagem de casos despistados=4,6% em ambas as versões) e nacionais, revelando mais uma vez que a utilização dos instrumentos em causa poderá ser um bom contributo para o despiste da PHDA.

Algumas coisas ficaram por fazer. O estudo em causa tem uma limitação inicial de amostra em relação aos grupos de estudo por idades, visto que as crianças foram seleccionadas com base no ano escolar. Uma melhor adequação da amostra em termos de homogeneidade dos grupos poderia conduzir a análises mais seguras.

A realização de uma análise discriminante permitir-nos-ia avançar em relação à verificação das variáveis (itens) que contribuíram de forma mais significativa para o despiste da PHDA.

Outra questão não abordada mas que deverá ser futuramente mais investigada diz respeito a variáveis de tipo clinimétrico (Ribeiro, J.L.P., 1999) O estudo da validade discriminativa e da utilidade clínica deste instrumento deve passar pela análise dos índices de sensibilidade, especificidade, probabilidade preditiva positiva e probabilidade preditiva negativa. O autor já realizou no entanto, dois estudos desta natureza após a realização deste trabalho com dados ainda não publicados. Da análise dos dados desses estudos (A. Rodrigues & Carvalho, J., 2003; Rodrigues, A., & Rosa, R., 2004, não publicados)

podemos perceber que o diagnóstico da PHDA ainda está muito dependente da formação e crenças teóricas do profissional que o realiza.

CONCLUIR ????

Este trabalho foi um contributo. Não se esgota em si mesmo e representa para o autor, muito mais do que uma tese académica. Foi a possibilidade de aprofundar conhecimentos, de estabelecer relações, de encontrar parceiros que se inquietam e de estabelecer pontes e contactos para delinear um caminho de futuro. Dar corpo a este estudo foi um ponto de partida.

É urgente uma pausa para reflexão. É necessário pesquisar, experimentar e concluir. É importante que abordar este tema não seja apenas uma necessidade mediática.

Em jeito de conclusão, sem concluir...

Tom Hartman é o director de um centro residencial para crianças e jovens vítimas de abusos e com perturbações emocionais graves que se tem dedicado a escrever sobre a PHDA. No seu Livro “Attention Deficit Disorder – A Different Perception (1997) tem um capítulo inteiramente dedicado a situações de relatos de pessoas com PHDA sobre as suas vidas. Escolhi um deles, porque me pareceu ilustrativo.

“Toda a minha vida a minha mãe me chamou de interruptor. Dizia-me: – Tu interrompes constantemente toda a gente. E era verdade. O que ela não sabia é que se eu não interrompesse as pessoas, quando elas acabassem a frase eu já me tinha esquecido daquilo que queria dizer. Eu ter-me-ia distraído com algo e a minha mente teria vagueado para outro qualquer lugar. Eu nunca teria colocado o meu ponto de vista...” (p. 123, adaptado).

Porque para além das “teses” estão as pessoas.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, J. (1940). *Les enfants et l'adolescent instables* (pp. 3-30). Paris: Alcan.
- Ajuriaguerra, J. (1984). Étude critique des notions d'instabilité psychomotrice et de syndromes hyperkinétiques chez l'enfant. *La Psychomotricité*, 8, 73-85.
- Ajuriaguerra, J. & Marcelli, D. (1989). *Manual de psicopatologia infantil* (pp. 95-97). São Paulo: Masson.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A handbook for diagnosis and treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

- Berger, M. (1999). *A criança instável*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conners, C.K. (1997). *Conners Rating Scales-Revised*. New York e Toronto: MHS.
- Cook, E.H., Jr. (1999). Genetics of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Mental Retardation and Development Disabilities Research Review*, 5, 191-198.
- Hartman, T. (1997). *Attention Deficit Disorder: A different perception* (2nd ed.). Grass Valley, California: Underwood Books.
- National Institutes of Health (1998, November). Diagnosis and treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: consensus development conference statement. *NIH Consensus Statement*, 16(2), 1-37 [on line]. Disponível: <http://odp.od.nih.gov/consensus/cons/110/110statement.htm>
- Ribeiro, J.L. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rodrigues, A. (2004). Contributos para a Avaliação da criança com Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Estudo de Estandardização e Propriedades Psicométricas das Formas Reduzidas das Escalas de Conners Revistas para Professores e Pais em crianças do primeiro ciclo. Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Doutor no ramo de Motricidade Humana, na especialidade de Educação Especial e Reabilitação (FMH, Fevereiro de 2004).
- Salgueiro, E.G. (2004). Revisitando a Hiperactividade. Comunicação apresentada no Congresso Europeu de Psicomotricidade, organizado pela associação Portuguesa de Psicomotricidade em Março/Abril de 2004 (no prelo).
- Santos, J. (2002). *A Casa da Praia: O psicanalista na escola*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Simões, M.R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (I): Entrevistas. *Psychologica*, 19, 43-82.
- Simões, M.R. (1998). Avaliação psicológica e diagnóstico da perturbação da hiperactividade com défice de atenção (II): Escalas de avaliação. *Psychologica*, 19, 83-109.
- Shelton, T.L., & Barkley, R.A. (1995) The assessment and treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. In M.C. Robert (Ed.), *The Handbook of Pediatric Psychology*. London: Guilford Press.
- Tannock, R. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Advances in cognitive, neurobiological, and genetic research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(1), 65-99.
- Wallon, H. (1925). *L'enfant turbulent. Etude sur les retards et les anomalies du développement moteur et mental*. Paris: Librairie Felix Alcan

OUTRA BIBLIOGRAFIA DO AUTOR

- Rodrigues, A.N. (1992). *Contributos para o estudo da expressão motora da criança instável – Estudo de um caso*. Trabalho efectuado no âmbito da cadeira de Psicopatologia da Criança e do Adolescente do curso de Mestrado em Educação Especial sob orientação do Prof. Dr. Emílio Salgueiro (Não Publicado). Lisboa: F.M.H. – U.T.L.
- Rodrigues, A.N. (1994). Diagnostic Criteria for Attention Deficit Hyperactive Disorder (ADHD). Current approaches. *Portuguese Journal of Human Performance Studies*, 10(2), 36-52.
- Rodrigues, A.N. (1997). Gritos de movimento. Contributos para o estudo da expressão motora de crianças instáveis. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 4, 9-31.

- Rodrigues, A.N. (1999, Outubro). O meu filho será hiperactivo? *Revista Pais e Filhos*, 105, 72-74.
- Rodrigues, A.N., Carvalho, J., & Tavares, A. (2003). *Despiste e diagnóstico da PHDA: Um estudo exploratório dos conceitos, processos e instrumentos utilizados por profissionais de saúde em Portugal*. Dados brutos não publicados.
- Rodrigues, A.N., Cordeiro, J., & Palma, V. (2002). *Perturbação de Hiperactividade e Défice de Atenção. Contributos para a avaliação e diagnóstico de crianças em idade escolar*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rodrigues, A.N., Carvalho, J. (2003). *Validade de critério das versões Reduzidas das Escalas de Conners para Pais e Professores (versões portuguesas)*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rodrigues, A.N., & Rosa, R. (2004). *Validade de critério das versões Reduzidas das Escalas de Conners para Pais e Professores (versões portuguesas)*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa.
- Rodrigues, A.N., Barros, E., Marta, F., & Morato, P.P. (1990). João dos Santos e a pedagogia terapêutica na “Casa da Praia”. *Educação Especial e Reabilitação*, 1(3), 32-40.

ABSTRACT

This paper represents part of work on the study of psychometric properties of the Portuguese version of Conner Rating Scales – Revised (Conners, K. 1997). The study involved 1039 children (rated by their parents) and 67 teachers. We used the Short Version of the Parent and Teacher Form of the Conners Rating Scales Revised. The children were between 6 and 10 years old and the objective was to measure the reliability and validity of this scales. This work is also a motive to reflect and discuss about the diagnostic of ADHD in Portuguese children.

RESUME

L’auteur essaie de résumer un travail de adaptation des Echelles de Conners pour les Parents et pour les Professeurs. Ces Echelles sont considérés internationalement comme un bon instrument pour aider le diagnostic de TDAH. Cette investigation est sur la version portugaise de ces échelles et ce travail sur sa propriété psychométrique.

HIPERACTIVIDADE COM DÉFICIT DE ATENÇÃO *

Augusto Carreira **

RESUMO

O autor tenta uma explicação do evoluir do conceito de hiperactividade a partir das mudanças sociais dramáticas ocorridas nos últimos 20 anos e no ambiente em que actualmente crescem as crianças. Procura conceptualizar um tratamento para a perturbação que actua globalmente nesse ambiente – família e escola – para além da própria criança. Só nessa perspectiva o tratamento farmacológico fará sentido.

Palavras-chave: Continuidade. Hiperactividade. Paciência. Persistência. Rupturas.

Antes de abordar mais concretamente a questão da terapêutica da Hiperactividade com Deficit de Atenção – que é o tema desta mesa redonda – e de vos dar conta das reflexões que tenho feito a este respeito, gostava de tecer algumas considerações prévias.

A primeira prende-se com um sentimento pessoal – um sentimento estranho – sobre o eclodir e o evoluir desta perturbação (tal como B. Golse, também não sei se lhe hei-de chamar sintoma, se síndrome, se doença, ...). É que quando comecei o meu percurso na pedopsiquiatria (e já lá vão alguns anos...) passavam-se meses (consultas e mais consultas) e sendo certo que me chegavam algumas crianças turbulentas, raramente me chegavam crianças com este quadro tão bem “catalogado” de Hiperactividade com Deficit de Atenção. Eu pergunto-me: onde estavam as crianças hiperactivas há 20 anos atrás? As crianças que não

* Comunicação feita no XV Encontro da APPIA, Braga, 2004.

** Médico Pedopsiquiatra.

aprendiam na escola por serem hiperactivas? As crianças que chegam às nossas consultas com diagnóstico escrito e terapêutica anotada (para não haver equívocos), onde estavam? Porque apesar da evolução das classificações nosológicas, e de algumas novas entidades que hoje se perfilam como diagnóstico (estou a lembrar-me por exemplo das perturbações de vinculação) e que há alguns anos não fazíamos, é sem dúvida com o diagnóstico de Hiperactividade com Deficit de Atenção que aconteceu uma “verdadeira revolução” a este nível na pedopsiquiatria.

Mas, afinal, o que é que está a acontecer? Éramos nós que não víamos esta perturbação? Ou, se a víamos, não lhe sabíamos dar um nome?

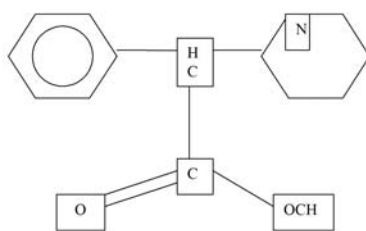
Mas, sendo assim, o que é que aconteceu a essas crianças hiperactivas de há 20, 30 e 40 anos atrás? Que evolução tiveram? Para que patologia?

Será que são aqueles pais que vêm com os filhos e nos dizem calma e paulatinamente: – Eu quando era criança também era assim! Se assim for parece que a evolução – sem tratamento – não tem um mau prognóstico! Porque estes pais, na maioria dos casos, não têm perturbação psíquica “classificável”! Então se calhar o melhor é não tratar...

Ou será que aconteceu alguma transmutação genética? Não sou geneticista, mas creio poder afirmar que o gene D4 já exista há 20 anos e ao que tudo indica o seu peso neste problema como factor de risco (não como factor etiológico) é muito diminuto...

Um segundo sentimento de estranheza e perplexidade prende-se com a relação íntima (eu apetece-me quase chamar-lhe promíscua...) entre o eclodir/evoluir da doença e as respostas psicofarmacológicas que estão a surgir com uma rapidez impressionante – de tal modo que às vezes interrogo-me se foi a perturbação que obrigou a uma pesquisa científica paciente e aturada até encontrar uma resposta, ou se ao contrário são os fármacos e a sua administração que validam e certificam a doença...

A esta hora devem estar a pensar que sou um pedopsiquiatra empedernidamente anti-psicofarmacologia. Nada disso. Porque eu às vezes também receito as drogas milagrosas. Além do mais, até trouxe a molécula da moda em transparência.



Que algo se passa, disso ninguém tem dúvidas. Por isso este tema é também o tema da moda entre os técnicos de saúde mental infantil – por isso mesmo estamos aqui. Queremos encontrar respostas para estas e outras perguntas ainda mais pertinentes, porque não desistimos de compreender, de dar um sentido ao que aparentemente não tem sentido, ou seja: o que será que nos querem dizer estas crianças que não param, que se agitam sem descanso?

Porque se não entendermos isso, se não procurarmos entender que significado tem este movimento aparentemente desordenado e sem finalidade, como poderemos nós responder terapêuticamente ao que não compreendemos? Se não compreendermos tudo o que está em jogo, quando iniciamos um tratamento (se calhar é sempre assim em pedopsiquiatria) pelo menos temos a obrigação de proporcionar às crianças, aos pais, aos educadores, um dispositivo terapêutico que nos permita a nós técnicos e a eles, pais e educadores, ir percebendo, ir reescrevendo a história da perturbação, inscrevendo-a na história pessoal daquela criança na relação com os seus pais, com os seus irmãos, com todo o mundo que a circunda.

Porque eu estou convencido que a grande modificação, a origem de tão dramática transformação na psicopatologia da criança introduzida por esta perturbação, tem que ser sobretudo procurada não nos genes ou nos circuitos neurológicos da criança, mas no que se passa à sua volta e nas grandes transformações operadas em todo um meio envolvente que me parece cada vez mais árido, mais difícil de atravessar pelas crianças e adultos, mais propício a gerar estas procuras desordenadas de um apaziguamento para um sofrimento a que é difícil dar nome.

Ou não é verdade que o nosso tempo se caracteriza exactamente pela “falta de tempo”? Falta de tempo para as crianças, falta de tempo para as escutar, para as compreender, para as olhar e olhando, perceber o que está por detrás dos seus comportamentos.

Falta de tempo para nós próprios, tempo para o reencontro com as nossas crianças e também do reencontro de nós crianças que fomos com as crianças que vamos encontrando. Para jogar, para brincar, para desenhar, para o reencontro do prazer e do lúdico. Andamos sempre apressados, porque temos que justificar o nosso tempo, controlado ao minuto pelas estatísticas, embora todos muito convencidos de que somos normoactivos.

Ou não é verdade que este é um tempo de separações cada vez mais precoces, em que as crianças cada vez mais cedo vão para as creches, ou que saltam de ama em ama, até encontrarem “um sítio” que se adapte aos horários paternos?

Porque é ou não verdade que os pais têm cada vez menos tempo para estarem com os seus filhos? E quando têm tempo, que *tempo* têm? Tantas vezes

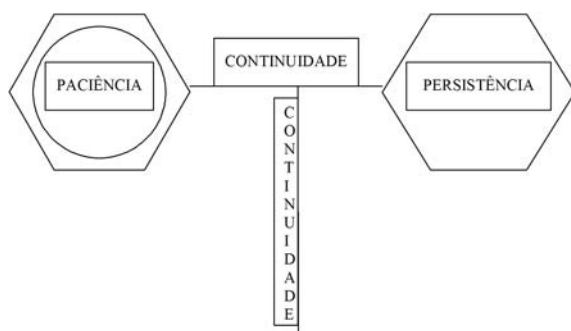
de cansaço, de impaciência, de saturação, de desespero... É ou não verdade que a televisão, o gameboy, a playsation, se transformaram nos mais preciosos auxiliares destes pais exaustos?

É ou não verdade que as crianças são frequentemente confrontadas com rupturas, com descontinuidade nos seus cuidados – quem não sabe que a regra hoje em dia, nas escolas, nas creches, nos infantários, nos jardins infantis, é: aqueles que educam hoje – provavelmente já não estarão lá amanhã – para não falar daqueles que tratam – os que estão hoje aqui – sabe-se lá para onde irão amanhã.

Para não falar da insegurança que muitos pais vivem mesmo ao nível da estabilidade profissional – é ou não verdade que cada vez mais dificilmente os pais nos surgem com tranquilidade e estabilidade ao nível de emprego?

Tudo é transitório, tudo é temporário, tudo parece viver na precariedade. Tudo assume uma desproporcionada dimensão de urgência. E não será essa dimensão de urgência que tantas vezes nos empurra para uma tentação que é dar uma resposta também urgente?

Não será esta envolvimento um meio de cultura favorecedor da hiperactividade? Ou dito de outra forma, da procura frenética, desordenada, do objecto contentor e tranquilizador? Porque é disso também que se trata. Procura, quiçá desgovernada, mas procura.



Então, é aqui com esta compreensão que a nossa intervenção como terapeutas assume uma primordial importância.

Não vejam nesta mudança de molécula uma qualquer clivagem, traduzida por ou *isto* ou *aquilo*. Não é disso que se trata. Porque como já referi, eu também **medico**. Mas entendo a medicação como uma “janela” aberta no terrível **bunker** que por vezes parece ser a hiperactividade – por onde terá que fluir todo o movimento pulsional a necessitar de transformação, permitindo “espreitar” para entender, para tentar ver para além do comportamento. Quer

dizer: – Fazer de intervenção terapêutica um tempo, um modo, um espaço, diferentes do que a criança tem vivido. Ou seja:

Um tempo de **paciência**, um modo **persistente** de intervir, um espaço terapêutico sem **descontinuidade**.

Como idealizo pois este setting terapêutico para as crianças ditas hiperactivas?

Em primeiro lugar e primordialmente: tem que haver um espaço (refiro-me mesmo a um espaço físico) em que a criança possa ser hiperactiva – isso mesmo – em que a criança possa movimentar-se livremente, correr, saltar, dar encontrões – em que o corpo, em lugar de ficar amarrado/algemado por uma qualquer contenção química (ou física...) possa livremente – e num primeiro tempo – descarregar toda a força pulsional não elaborada que estas crianças transportam.

Para num segundo tempo, pacientemente, persistentemente e sem descontinuidade dar lugar a um movimento lúdico, relacional, de jogo, através da intervenção do terapeuta. Creio ser a psicomotricidade a disciplina mais capaz de trabalhar neste sentido.

Depois, num segundo momento, em que procuramos substituir esta linguagem do corpo, do movimento incessante, por uma outra forma de expressão – um pouco mais elaborada – no sentido do abstracto, da aquisição do simbólico – e colocaremos à disposição da criança outro tipo de materiais como os lápis, o papel de cenário, as tintas, o barro, a plasticina, e porque não também a música, os instrumentos, procurando juntar num momento único – e numa fase diferente do tratamento – o movimento e a música através da dançoterapia – o movimento do corpo e a expressão plástica, através do jogo dramático.

Só assim creio ser possível esta passagem desejável e fundamental, de formas de expressão “mais primitivas” para formar mais “elaboradas”, criando uma dialéctica nova entre o corpo/gesto/acção/pensamento.

Para isso teremos que contar não só com os terapeutas ocupacionais, mas também com artistas plásticos, circenses (eu já vi crianças hiperactivas quase duas horas sentadas a ver palhaços, ilusionistas, malabaristas, etc. ...)

Paciência. Persistência. Continuidade.

Mas esta fórmula não é só para aplicar às crianças. Porque cada vez menos eu acredito que é possível cuidarmos estas crianças sem nos ocuparmos dos pais e dos professores.

Dos pais, porque na maior parte das vezes nos surgem esgotados, saturados, sem paciência, incapazes por isso de se constituírem como elementos de para-excitação e de contenção dos seus filhos. Eles também já desistiram (se é que

alguma vez o conseguiram) de dar um sentido, um significado à actividade incessante das crianças. Tudo parece jogar-se numa lógica do “crime e castigo”, de “punição e recompensa”, o que parece ter como resultado final um agudizar do sofrimento deles e dos filhos. Seguramente que é também a vossa experiência com estes pais que nos trazem os filhos hiperactivos: mas então eles são só hiperactivos? Porque da descrição que nos fazem da criança fica a terrível sensação, eu diria aparentemente paradoxal, duma fotografia com o que ela tem de imutável e estático, para descrever o filho, que afinal se movimenta incessantemente e sem destino. Digo aparentemente porque, ao fim e ao cabo, não será justamente esta incapacidade de verem os filhos “para além da hiperactividade” que os impede também de dar sentido a essa “hiperactividade” e amarra as crianças nessa imutabilidade?

Creio que é justamente aqui que a nossa intervenção tem que ser mais efectiva: na desconstrução fotográfica do filho hiperactivo.

E nós sabemos como é difícil esta desconstrução, tantos e tão variados têm sido os retoques feitos na fotografia por variados agentes que vão desde a escola aos media e infelizmente, porque não dizê-lo, certas intervenções “terapêuticas”.

Por isso este trabalho – desculpem a insistência – exige **paciência/persistência/continuidade**.

Sou da opinião de que é vantajoso poder fazer este trabalho com os pais, em grupo, e de preferência durante o tempo em que as crianças estão nas suas sessões.

Finalmente a escola – a área de maior confusão.

Tenho para mim, e talvez seja uma reflexão ainda não completamente elaborada, que a escola, se por um lado se constitui como um espaço e um tempo privilegiado para a criança poder viver as experiências e resultados relacionais insubstituíveis com os pares, professores e auxiliares, por outro é também na escola que a criança vive as maiores descontinuidades e rupturas; ao fazermos o percurso escolar da criança, ficamos por vezes estarecidos com a quantidade de professores que se lhes atravessou no caminho e o que é mais grave, mesmo aqueles que era suposto serem dos apoios educativos – ou sobretudo estes, nunca sabem onde vão estar no próximo ano lectivo. Como é possível investir assim num trabalho com as crianças? Como é possível às crianças investirem esta figura de professor de forma a servir-lhes de referência, de modelo, de elemento contentor? Parece que a dimensão relacional/afectiva deixou de ser importante, estruturante e tudo se passa de forma mecânica.

Para além disso, a tentação normativa da escola parece ser cada vez maior – se calhar é exactamente por isso que hoje em dia os professores fazem tanto o

diagnóstico de crianças hiperactivas. Saem da norma, mexem-se mais do que os outros, perturbam, prejudicam os colegas. Que fiquem só “activos”, tirem-lhes o “hiper” – seja como for – que nós agradecemos. Da minha parte, confesso que me interrogo muitas vezes se só existirá na escola estas duas classes de crianças: as normativas e as hiperactivas – então e as hipoactivas? Será que não existem por enquanto, ou será que ninguém dá por elas? (Mas isso é outra reflexão...)

Seja como for, na maior parte das vezes estes professores não diferem muito da descrição que fiz dos pais – esgotados, saturados, impacientes. Defendo que a relação com os professores destas crianças em tratamento não deve ser pontual mas antes fazer parte integrante da intervenção terapêutica desde o primeiro momento. À solicitação: – Gostava que me desse instruções de como agir com o “A” – (e as crianças hiperactivas também não vêm com livro de instruções) devemos contrapor:

Gostava de poder contar consigo para conhecer melhor o “A” e porque não para descobrirmos em conjunto formas, estratégias e modalidades de intervenção conjunta, para podermos ajudar o “A”?

Defendendo que hoje em dia é essencial que o nosso dispositivo terapêutico disponha de, pelo menos, um técnico treinado, “especializado” quase – na intervenção com a escola, servindo de charneira permanente entre os outros técnicos e os professores.

Quase para concluir, penso que as crianças que beneficiam deste modelo de intervenção poderão evoluir no sentido de estabelecer uma relação terapêutica de outro tipo – uma relação mediada pela palavra.

Para terminar,

É necessário:

PERSISTÊNCIA Porque estamos muitas vezes perante pais e educadores que já desistiram, por exaustão.

É necessário:

CONTINUIDADE Porque estamos perante crianças que sofreram múltiplas discontinuidades relacionais ou porque elas também já têm um funcionamento mental em curto-circuito, com múltiplas “interrupções”.

É necessário:

PACIÊNCIA Exactamente como contrário de resignação. Paciência entendida como espera activa, que nos permite adaptar o nosso tempo de intervir à capacidade e ao tempo do outro receber.

BIBLIOGRAFIA

- Chouctena, O. Centres d'Action Thérapeutique à Temps Partiel pour Enfants. *Encyclopédie Médico-Chirurgique*, 37-210-A-12.
- Delion, P., Golse, B. Instabilité Psychomotrice Chez l'Enfant, Histoire des Idées et Reflexions Actuelles. *Encyclopédie Médico-Chirurgique, Tomo 2*, 37-201-C-10.

ABSTRACT

The author attempts an explanation on the evolution of the concept of hyperactivity starting from the dramatic social changes that have taken place over the last 20 years and within the setting where children are nowadays bred. He seeks to bring up a treatment for the disturbance that acts globally in that setting – family and school – beyond the child itself. Only through this perspective the pharmacologic treatment will make sense.

Key words: Breakthroughs; Continuity; Hyperactivity; Persistence.

COMMENT DEVONS TRAITER L'HIPERACTIVITE AVEC DEFICIT DE L'ATTENTION? *

*Bernard Golse ***

INTRODUCTION

L'hyperactivité de l'enfant est peu à peu devenue emblématique du débat actuel sur la vision que notre monde moderne se donne de la pédopsychiatrie, de la croissance et de la maturation psychiques de l'enfant et des difficultés qui viennent éventuellement les émailler. La vie est compliquée, et la question des troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence ne peut pas, elle non plus, être simple. C'est pourquoi nous ne devons pas nous laisser tenter par des modèles trop réducteurs.

A céder sur les mots, on finit toujours par céder sur les idées...

A céder sur les modèles, on finit toujours par céder sur les pratiques! D'où la phrase d'Albert Einstein que m'a récemment rappelée Alain Braconnier: "Il faut rendre les choses complexes les plus simples possible, mais il ne faut pas les rendre plus simples que possible". Je n'ai, bien entendu, aucune intention de dire à chacun ce qu'il doit faire et, de ce point de vue, le titre de ce travail est probablement un peu trompeur. Je rappellerai d'ailleurs volontiers, ici, l'adage d'Oscar Wilde: "Donner des conseils" est une mauvaise chose, en donner des bons est une catastrophe".

Mon ambition est plutôt de dégager les enjeux, implicites ou explicites, qui s'attachent, aux choix thérapeutiques que nous faisons, étant entendu que nos modèles théorico-cliniques orientent, certes, nos réponses thérapeutiques mais que, dans le même temps, celles-ci viennent parfois éclairer les modèles que nous utilisons sans que nous ayons toujours entièrement conscience de leurs tenants et de leurs aboutissants. Il y a donc une dialectique subtile entre le

* Ce texte est issu d'une conférence à Paris, Escap, septembre 2003.

** Chef du service de Pédopsychiatrie Hôpital Necker-Enfants Malades. Psychanalyste.

choix d'un traitement et l'idée que nous nous faisons de la psychopathologie, d'où la nécessité pour moi, avant de parler du traitement proprement dit de l'hyperactivité, de faire quelques remarques sur le modèle polyfactoriel, sur l'aspect paradigmatique actuel de l'hyperactivité, sur la question de la clinique pédopsychiatrique dont on sait qu'elle peut, soit être purement descriptive, soit se vouloir, au contraire délibérément historicisante, et sur la nature enfin de quelques hypothèses psychopathologiques plausibles.

LE MODELE POLYFACTORIEL DE LA PSYCHOPATHOLOGIE

Personnellement, je n'ai cessé de rappeler cette quasi-évidence que le développement normal de l'enfant se joue toujours à l'exact entrecroisement, à l'interface, au carrefour des facteurs endogènes (soit la part personnelle du sujet, avec son équipement génétique, biologique, psychologique ou cognitif...) et des facteurs exogènes (soit son environnement au sens large, métabolique, alimentaire, écologique... mais avec aussi tous les effets de rencontre relationnelle, et les effets d'après coup que cela suppose). Ce schéma vaut aussi, me semble-t-il, pour les troubles du développement et notamment du développement psychologique et affectif.

Aussi récent qu'il puisse paraître, il est en fait le strict héritier du concept freudien de "série complémentaire".

Ce qu'il faut ajouter, cependant, c'est que la polyfactorialité en jeu dans ce modèle se joue, en réalité, au double niveau des facteurs primaires (ou facteurs de vulnérabilité) et des facteurs secondaires (ou facteurs de maintien) qui, sont probablement tous, les uns comme les autres, un mixte de facteurs somatiques et psychiques. Le modèle polyfactoriel est donc beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît. Nombre des facteurs impliqués nous sont encore inconnus. Ceux que nous pressentons ne représentent que la partie émergée de l'iceberg... Autrement dit, l'honnêteté scientifique et épistémologique nous impose, certes, de continuer à chercher mais doré et déjà, elle nous oblige à recourir à une approche multidimensionnelle du soin qui est, sans conteste possible, la contrepartie absolument obligée de ce modèle polyfactoriel.

Il s'agit là, bien sûr, d'une position générale, mais qui s'avère particulièrement légitime en ce qui concerne le traitement de l'hyperactivité où le recours aux médicaments ne peut donc se concevoir que dans le cadre d'un projet thérapeutique global incluant, toujours, par ailleurs, une approche psychothérapeutique, pédagogique ou rééducative, selon les cas. A propos des psychotropes, Ph. Jeammet utilise parfois le concept "d'outils de liberté". Je crois ce concept très utile, et notamment à propos de l'hyperactivité. Bouger ou remuer sans cesse,

passer d'une activité à une autre, ne pas pouvoir se fixer ou se concentrer... tout ceci n'est pas un choix: il y a là quelque chose qui, à l'évidence, dépasse les enfants et se montre plus fort qu'eux.

Les psychostimulants, ou les autres substances efficaces sur ces symptômes, leur redonnent alors un certain degré de liberté et, en particulier, leur redonnent la possibilité de s'interroger sur le sens que ces difficultés ont pris, ou prennent, dans leur histoire personnelle. Ce à quoi il faut ajouter que cette mise en récit du symptôme n'est pas que satisfaisante intellectuellement, elle s'avère au contraire, dans mon expérience et dans celle de nombre de mes collègues, hautement thérapeutique et ceci de manière beaucoup plus stable que la seule action symptomatique dont on sait la fréquente tendance à l'échappement, au bout d'un temps plus ou moins long. Tel est donc mon plaidoyer pour le modèle polyfactoriel, et pour la dimension multidimensionnelle du soin qui s'y attache inéluctablement, dans la perspective que je présente ici.

L'HYPERACTIVITE COMME PARADIGME

Si l'hyperactivité défraie aujourd'hui la chronique, c'est parce que, me semble-t-il, elle vient jouer désormais comme un paradigme sur lequel convergent toute une série de problématiques actuellement au coeur même des débats sur la pédopsychiatrie et sur sa place dans notre société. J'évoquerai brièvement certains de ces questionnements.

L'évolution de la demande sociale en matière de pédopsychiatrie

Les sociologues nous aident à repérer ce type de modifications progressives. Il est clair par exemple qu'en France, la demande sociale dans les années, soixante/soixante dix, à l'égard de la pédopsychiatrie, était une demande, centrée principalement autour de la question du sujet, de sa souffrance et de ses conditions de soin. C'est dans cette perspective, que s'est déployé, me semble-t-il, tout le mouvement de sectorisation (en psychiatrie de l'adulte comme en psychiatrie de l'enfant) dont on sait par ailleurs qu'il renvoyait également à des objectifs égalitaires, et qu'il cherchait à tenir compte, pour lutter contre l'enfermement, de la terrible et douloureuse expérience concentrationnaire à laquelle la seconde guerre mondiale avait, hélas, donné lieu.

La politique de sectorisation est, certes, loin d'avoir été menée à son terme mais, à l'heure actuelle, il ne semble plus que les mêmes objectifs ou que les mêmes idéaux soient en jeu et, de ce fait probablement, la demande sociale a désormais changé. On parle moins du sujet, on parle moins de sa souffrance, on

parle moins d'enfermement et l'on parle davantage de symptômes parmi lesquels, les projecteurs médiatiques se focalisent par exemple sur la violence des adolescents, sur la maltraitance sexuelle, sur les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC), sur la maladie de Gilles de la Tourette (maladie des tics)... La tentation est grande, alors, de rechercher la réponse médicamenteuse qui permettrait rapidement de supprimer le symptôme, sans avoir besoin de se livrer à une analyse psychopathologique complète de la situation, forcément lente et plurifactorielle.

C'est ce que l'on a vu pour les TOC, les tics, les comportements psychotiques sans structure psychotique avérée et c'est, à mon sens, dans cette dynamique des idées et des attentes que l'hyperactivité de l'enfant a acquis, peu à peu, un statut clinique particulier et que s'est rapidement développé un engouement – dans le grand public et dans les médias – pour les traitements de type amphétaminique ou pour ceux qui leur succéderont. Fort heureusement, en France, à propos de l'hyperactivité, la situation n'est pas encore devenue aussi caricaturale que dans certains autres pays européens ou anglo-saxons, et les parents continuent à se poser souvent de bonnes questions quant à l'étiologie complexe d'un tel désordre, mais certains collègues et moi avons cru bon, cependant, il y a quelque temps, de tirer la sonnette d'alarme pour tenter d'éviter que ne se mettent en place d'éventuelles dérives irréversibles (Cl. Bursztejn, J.-Cl. Chanseau, Cl. Geissmann-Chambon, B. Golse, et D. Houzel). Tel, est donc l'arrière-plan "culturel" de la médiatisation de l'hyperactivité de l'enfant et d'une tentation réductrice insistante quant à sa conceptualisation et à ses modalités de prise en charge.

Les limites de la nosographie dans le champ de la pathologie mentale

Les troubles mentaux en général, et en particulier ceux de l'enfant et de l'adolescent, ne sont pas, d'un point de vue terminologique, des maladies comme les autres, c'est-à-dire des maladies comparables aux maladies somatiques. Les pathologies psychiatriques, en effet, ne sont généralement identifiables par aucun marqueur biologique spécifique et leur reconnaissance, leur identification et leur repérage par rapport à la normalité ou par rapport aux autres troubles, ne peut se fonder que sur l'instauration d'un consensus clinique entre les différents spécialistes du champ concerné. Ce type de consensus, qui n'est donc en rien de l'ordre d'une "mesure", donne alors lieu à des classifications nosographiques qui dépendent d'un contexte donné (scientifique, social, culturel...) et qui, comme telles, sont fondamentalement évolutives, ce dont témoignent les révisions régulières de ces classifications (bientôt le DSM V et bientôt la CIM 11).

Il importerait d'ailleurs de se demander si l'utilité d'une classification, souvent indéniable en matière de communication scientifique internationale, implique *ipso facto* sa validité. Ceci est loin d'être démontré et la notion même de continuum, d'une part entre normalité et pathologie et, d'autre part, entre les diverses entités nosologiques repérées nous invite au contraire à penser que ces entités ne sont en rien des absolus nosologiques, mais plutôt des constellations mouvantes et qui ne renvoient pas de manière simple au concept de maladie. Tout ceci pour dire qu'à mon sens, en matière d'hyperactivité de l'enfant (dont on ne saurait d'ailleurs dire aisément s'il s'agit d'un symptôme, d'un syndrome ou d'une maladie), les choses doivent être relativisées: ce qui apparaît comme pathologique à une époque donnée sera peut-être considéré comme normal à une autre, et pas seulement parce que G. Canguilhem nous a appris que la normalité peut n'être que statistique mais, plus fondamentalement, parce que la tolérance d'une société à l'égard de agitation de ses enfants se fonde aussi, en partie, sur des critères éducatifs et sur une représentation de l'enfance éminemment variable.

Je me plais parfois à imaginer que dans quelques décennies, ce seront les normo-actifs d'aujourd'hui qu'il faudra alors "traiter" parce que la dite hyperactivité actuelle sera alors devenue un avantage sélectif au regard de évolution du zapping et des nécessaires compétences en micro-informatique! L'hyperactivité n'est peut donc qu'un symptôme dont la description est très authentiquement environnement-dépendante. Sans doute existe-t-il un noyau dur, et indéniablement pathologique, de troubles authentiques de la régulation des processus d'attention, mais un noyau dur autour duquel se déploie un halo de situations cliniques beaucoup plus floues et dont la valeur pathologique dépend fondamentalement du contexte historique, sociologique, culturel voire anthropologique.

L'épigenèse et l'expression des comportements

Au congrès de la IACAPAP (International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Affiliated Professions) à Hambourg, il y a quelques années, M. Rutter nous avait invités à la plus grande prudence quant à l'interprétation des données de la génétique, en matière de troubles du comportement. Il y a loin d'une simple vulnérabilité génétique à la question d'un déterminisme génétique linéaire, comme le démontre désormais à l'envi la génétique des traits complexe et le concept d'interaction épistatique, souvent évoqués à propos de la pathologie autistique, mais qui se trouvent peut-être utiles à prendre aussi en considération dans le champ de l'hyperactivité. A propos de cette dernière, Ph. Gorwood nous rappelait, il y a quelques jours, que "l'environnement peut venir censurer une vulnérabilité génétique", ce qui redonne toute sa place, à une certaine liberté développementale.

L'héritabilité de l'hyperactivité serait de 80%? Soit, mais ceci ne démontre qu'une forte vulnérabilité génétique, et non pas un quelconque déterminisme linéaire et plus ou moins automatique. Tout le monde se passionne aujourd'hui pour le gène D4, et l'aptitude à la *novelty seeking*: son implication semble désormais démontrée de manière significative, mais ses effets sont finalement relativement faibles, ne faisant passer le poids des facteurs de risque que d'un coefficient de 1,5 à un coefficient de 2,5. Y a-t-il de quoi en déduire de manière trop rapide, que l'hyperactivité est une maladie à commande génétique prédominante? A mon sens, certes non et si, en disant cela, je parais décalé par rapport à la pensée ambiante, alors décalé je suis, et décalé je souhaite rester!

La comorbidité

Il s'agit d'une question extrêmement difficile sur laquelle je n'ai guère le temps de m'apesantir ici, et du reste d'autant plus difficile que les enfants sont relativement jeunes. Quoi qu'il en soit, ce que je voulais souligner c'est que le phénomène de la comorbidité ne peut absolument pas être lu dans une perspective exclusivement génétique, à la recherche d'un substratum génétique qui expliquerait conjointement les différents registres symptomatologiques.

La comorbidité m'apparaît, au contraire, comme une occasion à ne pas manquer de réintroduire l'axe psychopathologique au sein de nos discussions et notamment à propos de l'hyperactivité dont le retentissement sur l'environnement peut fort bien jouer comme germe de fragilisation de tout le système relationnel de l'enfant, avec les éventuels troubles dépressifs, troubles des conduites, troubles anxieux voire même troubles des apprentissages qui peuvent alors en découler.

Pour une clinique synchronique ou pour une clinique diachronique

Je serai très bref sur ce point pourtant fort important. Le clivage qui nous guette ne concerne pas seulement l'opposition classique entre organogenèse ou psychogenèse de l'hyperactivité, clivage que le modèle polyfactoriel permet d'ailleurs de dépasser. Un autre clivage nous guette également, c'est celui qui opposerait une clinique synchronique purement descriptive à une clinique diachronique qui puisse historiciser les troubles de l'enfant, c'est à dire les réinscrire dans le fil d'une histoire personnelle, familiale et parfois même sociale ou culturelle. Je suis frappée de l'aspect fondamentalement synchronique des descriptions que j'entends aujourd'hui à propos tableaux d'hyperactivité de l'enfant. Bien entendu, notre clinique se doit d'être le plus finement descriptive que possible, mais elle se doit aussi d'être interactive, de prendre soigneuse-

ment en compte le vécu du praticien et enfin d'être historicisante. La mise en récit des troubles n'est pas, un luxe, c'est une nécessité absolue car l'être humain est fondamentalement un être de narration. Comme Paul Ricœur nous l'apprend, son identité est d'abord et avant tout une "identité narrative" et, de ce fait, il n'y a pas de thérapeutique digne de ce nom qui puisse faire l'économie de cette mise en récit de la pathologie, sauf à amputer le sujet d'une dimension essentielle de lui-même et à l'enfermer dans des modèles très réducteurs, trop simplificateurs et parfois même totalitaires dans la mesure où – on ne le sait que trop, hélas – l'histoire est partout et toujours la cible première de toutes les dictatures. Mes propos ne sont en rien moralisateurs. Je ne dis là que ce à quoi je crois très profondément et qui guide ma pratique auprès des enfants. Je ne donne ici de conseil à personne: j'essaie seulement de dire ce sans quoi je ne peux pas travailler, en tant que pédopsychiatre.

La prise en compte de l'identité narrative des enfants est devenue, peu à peu, ma carte d'identité professionnelle à moi, et peu m'importe si ma position n'est plus, aujourd'hui, politiquement correcte. J'ai la faiblesse de croire que je ne suis pas tout seul à fonctionner de la sorte. Alors évidemment, quand on voit un enfant très jeune, la mise en histoire est plus facile car les choses sont plus fraîches, en quelque sorte.

Malheureusement, l'hyperactivité est encore très difficile à repérer et à prévenir avant trois ans, en dépit des traitements psychostimulants qu'on voit maintenant se développer dès l'âge de deux ans, au mépris absolu de tout "principe de précaution", dans la mesure où le cerveau, à cet âge, est encore en formation et pas seulement en évolution. En revanche, quand l'enfant est plus grand, voire chez l'adolescent, l'histoire se perd parfois et elle devient plus difficile à reconstituer. Comme pour les TOC, l'hyperactivité finit par tourner à vide en quelque sorte et à perdre son sens relationnel premier. Cependant, même dans ces cas, l'approche psychothérapique permet parfois de remonter aux significations premières, le symptôme se réhabite alors et ceci concourt fondamentalement, à mon sens, à sa possible guérison au sens d'un contrôle non seulement exogène par les médicaments, mais aussi endogène par le biais de sa compréhension existentielle. D'où l'intérêt, encore une fois, de mener conjointement ces deux types d'approche.

QUELQUES HYPOTHESES PSYCHOPATHOLOGIQUES PLAUSIBLES ENFIN

Je ne ferai bien sûr que les citer, mais elles sont, importantes à avoir en tête car elles fondent la légitimité de l'approche psycho-thérapeutique de l'hyperactivité.

A titre purement indicatif, je citerai donc:

- Les ratés du refoulement en période de latence qui ouvre la porte à ce que Paul Denis appelle “les latences à répression”, au sein desquelles toute représentation psychiquement difficile aura tendance à s’évacuer par le biais de l’agitation, en raison d’un échec de ce qu’on pourrait appeler le système “pare-incitation” (B. Golse). C’est dans ce cadre qu’on peut notamment comprendre qu’avec le temps, du fait d’une relative maturation du contrôle moteur, l’inattention prenne alors fréquemment le pas sur l’hyperactivité motrice proprement dite.
- L’hyperactivité comme trouble psychosomatique renvoyant à l’idée de processus auto calmants paradoxaux, dans la terminologie de l’Ecole de Psychosomatique de Paris.
- L’hyperactivité comme reflet d’une problématique dépressive et ceci, même si l’on sait désormais que les corrélations entre hyperactivité et bipolarité semblent en fait bien peu probables.

Il n’en demeure pas moins que l’hyperactivité de l’enfant peut renvoyer, selon les cas:

- à des troubles de l’attachement (attachements désorganisé et échec de la fonction réflexive).
- à des troubles de l’instauration des enveloppes et de la contenance psychiques (notion de “deuxième peau motrice substitutive”, selon la terminologie d’Esther Bick) en lien avec des faillites du holding initial et des carences de l’environnement primordial fréquemment retrouvées.
- à des défenses hypomaniaques, enfin, avec la question du mouvement dépressif à la levée trop brutale du symptôme par les psychostimulants (rupture d’un statu quo, dépression sous-jacente, rôle dépressogène des substances amphetamine-like elles-mêmes).

L’hyperactivité comme trouble de la “fonction de surséance”. (D. Marcelli), soit une difficulté à surseoir et à attendre, d’où une insensibilité à la notion de récompenses différées, du fait d’une certaine prévalence de l’analogique (préverbal) sur le digital (verbal).

Cette petite récession nous montre donc que les aspects psychopathologiques de l’hyperactivité sont loin d’être négligeables, et la neuropédiatre L. Vallee, à Lille, estime d’ailleurs que les occurrences de cette pathologie sont les suivantes:

- 10% d’hyperactivités véritablement idiomatiques.
- 10% d’hyperactivités secondaires à un trouble du développement, congénital ou acquis,
- 80% d’hyperactivités secondaires ou associés a un trouble psychopathologique, ce qui, devrait, soit dit en passant, nous inciter à repenser soigneusement l’indication des traitements psycho-stimulants au regard de leurs indications d’origine.

En tout état de cause, les quelques pistes psychopathologiques que je viens d’évoquer peuvent fort bien donner lieu à une dysrégulation de la motricité, de la cognition et des affects qui en constitueraient alors une sorte de “voie finale commune” et non pas, comme on le dit peut-être trop hâtivement, le *primum movens* systématique.

LA QUESTION DES CHOIX THERAPEUTIQUES OU LE TRAITEMENT DE L’HYPERACTIVITE EN FONCTION DE L’IDEE QU’ON S’EN FAIT

Tout ceci n’est pas que conceptuel, loin s’en faut! Comme je le disais en introduction, nos modèles (implicites ou explicites) commandent nos pratiques. A propos de l’hyperactivité de l’enfant, il ne s’agit donc, en rien, d’une guerre idéologique mais d’une discussion de fond qui doit avoir lieu quant aux choix théorico-cliniques, car ceux-ci ont des effets directs sur les options thérapeutiques des praticiens. Si l’on garde en tête la référence à un modèle polyfactoriel (ou mieux transfactoriel), si l’on prend en compte l’influence de l’histoire de chaque individu dans l’organisation de son développement, de sa croissance et de sa maturation psychiques, si l’on ne rejette pas d’un revers de la main ou d’un trait de plume l’impact d’une faillite du *holding* initial des bébés, alors on sera amené à considérer que, dans certains cas tout au moins, l’hyperactivité de l’enfant peut représenter la cicatrice à distance de telles ou telles situations face aux quelles elle peut avoir valeur de recherche d’une contenance de remplacement.

Si l’on se rabat frénétiquement, au contraire, sur un modèle purement endogène et linéaire de l’hyperactivité, alors on sera tenté postuler un hypothétique dysfonctionnement modulaire des centres de l’attention. La différence est de taille et les enjeux sont énormes. Ce n’est pas le lieu, ici, d’entre dans le détail de cette réflexion.

Je voulais seulement attirer l’attention sur les conséquences de tout ceci quant à la nature des choix thérapeutiques. Dans le premier cas, la proposition

de techniques psychothérapeutiques individuelles ou groupales (telles le psychodrame), de techniques de psychomotricité ou de relaxation analytique ou, pour des enfants plus jeunes, de groupes thérapeutiques (thérapies par les marionnettes ou médiations diverses), de groupes de socialisation, de groupes mères-enfants... peut avoir, par exemple, d'indéniables effets positifs et ceci, probablement, par le biais d'une restauration d'enveloppes psychiques suffisamment sécurisées.

Dans le second cas au contraire, c'est la recherche d'un traitement médicamenteux spécifique du trouble endogène, supposé primaire, qui sera alors visée. Bien entendu, il importe de ne pas céder, je l'ai dit, aux sirènes du clivage. Certains enfants sont incontestablement améliorés par la prescription d'un traitement amphétamine-like, mais pourquoi ce traitement symptomatique devrait-il forcément nous dispenser d'une réflexion, avec l'enfant et ses parents, quant au sens que prennent ses difficultés dans la trajectoire de son existence? Pas seulement pour le plaisir de penser, mais parce que l'historicisation des troubles peut donner lieu à d'autres propositions thérapeutiques conjointes et également fort utiles. Il n'y a donc pas "les amphétamines, sinon rien d'autre"... Il y a les traitements médicamenteux mais parmi d'autres possibilités, et parmi d'autres seulement que je ne vois qu'à peine évoquées dans la manière dont certains travaux nous présentent les choses actuellement.

Nous devons certainement être instruits de la bonne manière d'utiliser les médicaments de l'hyperactivité, mais nous devons savoir aussi qu'il existe bien d'autres armes thérapeutiques efficaces à utiliser seules, ou en association avec ces substances.

- Être instruits de la bonne manière d'utiliser les médicaments de l'hyperactivité, c'est savoir se demander s'il s'agit de traitements symptomatiques ou étiologiques, c'est se demander s'ils doivent être utilisés en continu ou non, c'est réfléchir à la durée globale du traitement, c'est se demander s'il existe des contre-indications spécifiques et des effets secondaires, c'est se demander si la mise au traitement systématique peut être considérée comme un "test thérapeutique" acceptable ou s'il importe de définir une population-cible, c'est se poser la question de l'éthique de ces traitements chez les enfants les plus jeunes, et c'est aussi se demander si la mise à contribution des enseignants dans l'évaluation, voire la conduite du traitement, n'est pas quelque peu contestable ou en tout cas discutable.
- Pouvoir penser aux autres moyens thérapeutiques et savoir y recourir suppose en revanche, irréductiblement, de se référer à un modèle polyfac-

toriel qui prenne conjointement en compte l'existence de facteurs endogènes et de facteurs exogènes avec, pour ces derniers, une place d'une extrême importance `qa accorder, je le redis, à l'histoire des effets de rencontre.

Seule notre conviction polyfactorielle est à même de pouvoir créer une alliance thérapeutique avec des parents qui, sinon, seront forcément tentés par des traitements purement symptomatiques rapides, mais bien superficiels. Seule notre conviction polyfactorielle est à même d'éviter que les familles ne se laissent dérober, purement et simplement, la richesse de l'approche psychopathologique. Encore faut-il, pour cela, que nous sachions déjouer les pièges d'un consensus tacite qui vise toujours à évacuer la complexité, laquelle, c'est vrai, nous confronte immanquablement à la souffrance, à la sexualité et à la mort. Le pire n'est jamais sûr et sans doute, en France, n'est-il pas encore trop tard! Surtout quand l'on sait qu'une conférence de consensus qui s'est tenue en 2000, aux USA, a bien montré qu'à long terme, un traitement amphétaminique, même prolongé, ne change finalement rien d'essentiel à la qualité de l'adaptation socio-scolaire des enfants concernés.

CONCLUSIONS

Pour conclure je ne ferai que réinsister sur quelques points-forts de mon argumentation:

- Beaucoup de parents se posent encore de bonnes questions et ne veulent pas se laisser dérober une réflexion sur le sens et l'histoire des troubles de leur enfant. Attention, donc, au consensus implicite entre les médias et le grand public qui vise toujours à vouloir exclure la complexité.
- Il importe d'insister sur l'absolue nécessité d'une approche pluridimensionnelle qui fasse écho au modèle polyfactoriel et qui prenne en compte simultanément plusieurs voies d'entrée (facteurs endogènes et exogènes)
- Chez le très jeune enfant, les facteurs exogènes sont actuellement plus accessibles que les facteurs endogènes, éminemment variables d'un enfant à l'autre et encore très mal connus pour beaucoup d'entre eux.
- Refaire l'histoire du trouble, préciser son sens et ses fonctions ne constitue en rien une attitude académique, intellectualisation ou purement contemplative: le modèle que nous nous donnons de la genèse d'un trouble, et notamment de l'hyperactivité, guide nos choix thérapeutiques et en conditionne la nature. La palette des outils thérapeutiques est large

en réalité et, associés aux médicaments dans certains cas, il est clair que les outils psychothérapeutiques, pédagogiques ou rééducatifs permettent un moindre échappement à long terme qu'avec un traitement psychotrope exclusif.

- Des réponses thérapeutiques opératoires et monotones ne peuvent être “thérapeutiques” elles ne font que répéter la nature même des premières rencontres relationnelles du futur enfant hyperactif (dépressions d'ambiance, interactions mécaniques, manque d'historicisation...)

Par ailleurs, un auteur comme R. Roussillon a développé utilement le concept de “pénétration agie” de la pathologie dans le contre-transfert du praticien, dans le cadre et le dispositif de nos interventions, et enfin dans les modèles et dans la théorie même que nous nous donnons de cette pathologie.

Avec l'hyperactivité, ce risque est intense, me semble-t-il. Je veux dire par là qu'il nous faut faire très attention à ce que l'hypomanie, les défenses opératoires, voire l'illusion mégalomane propre aux enfants hyperactifs, ne viennent pas contaminer, en quelque sorte, les modélisations théorico-cliniques que nous forgeons à leur sujet. Notre fonctionnement en miroir de ces enfants risquerait en effet de stériliser nos efforts thérapeutiques, et je dois dire que l'approche psychiatrique purement quantitative de ces troubles me fait un peu peur de ce point de vue.

- Mon dernier mot sera pour dire qu'il est en réalité étonnant que des modèles par trop réducteurs aient tant de succès auprès du grand public et des médias, et que des idées trop simples puissent diffuser si aisément, alors même que le modèle psychopathologique se trouve, par essence, assez différent du modèle, médical habituel.

Outre le consensus tacite anti-complexité que j'ai déjà évoqué, ceci me semble par ailleurs révéler cette tentation masochiste, sans doute profondément humaine, qui nous conduit toujours à vouloir s'attaquer, et tout spécialement dans nos modèles de la pathologie psychique, à ce que nous avons pourtant de plus précieux sur le plan humain, à savoir l'histoire: et la pensée.

J'ai bien conscience, et je m'en excuse, que ces propos risquent peut-être d'apparaître comme d'un autre monde ou d'un autre temps. J'en suis désolé mais, en réalité, je ne le regrette pas. S'il faut être démodé pour que les enfants aient envie de nous parler, alors je préfère, être démodé, tout en sachant, par devers moi, que j'ai en fait la plus grande curiosité pour les innovations et les recherches pédo-psychiatriques, que j'y accorde réellement la plus grande

importance et que je sais même m'en servir dans certains cas, mais sans jamais renoncer aux valeurs qui sont les miennes, et sans jamais perdre de vue le respect que je dois à l'unité et à la globalité de la personne de l'enfant dans son rapport avec son environnement et avec sa trajectoire existentielle personnelle.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early objectrelations. *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 484-486. [Traduction française: In D. Meltzer et coll. (Eds.), *Explorations dans le monde de l'autisme* (pp. 240-244). Paris: Payot]. 1980.
- Cl. Bursztejn, J.Cl., Chanseau, J.-Ch., Geissmann-Chambon, Golse, & Houzel, D. (2000). Ne bourrez pas les enfants de psychotropes! *Le Monde*, 56ème année, n° 17211, 27 mai.
- Canguilhem, G. (1975). *Le normal et le pathologique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Delion, P., & Golse, B. (2004). Instabilité psychomotrice chez l'enfant-Histoire des idées et réflexions actuelles. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37-201-10.
- Denis, P. (1987). La dépression chez l'enfant: Réaction innée ou élaboration? *La Psychiatrie de l'enfant*, XXX(2), 301-328.
- Freud, S. (1982). Points de vue du développement et de la régression – Etiologie, 319-336, Les modes de formation de symptômes, 337-355. In *Introduction à la psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Golse, B. (1996). Hyperactivité de l'enfant et dépression maternelle. *Journal de Pédiatrie et Puériculture*, 7, 422-425.
- Golse, B. (2003). L'hyperactivité de l'enfant un choix de société. *Le Carnet-Psy*, 26-28.
- Marcelli, D. (1986). La capacité de surséance, 133-194. In *Position autistique et naissance de la psyché*. Paris: Presses Universitaires de France (Coll. Psychiatre de l'enfant, 1ère éd.).
- Ricoeur, R. (1975). La métaphore vive. Paris: Le Seuil.
- Roussillon, R. (2002). Le psychanalyste, et les situations extrêmes de la subjectivité, 273-286. In *Raconter avec Jacques, Hochmann* (coll.). Paris: Les Editions GREUPP.
- Rutter, M., & Plomin, R. (2000). Perspectives d'avenir pour la psychiatrie, issues des recherches génétiques. *La Psychiatrie de l'enfant*, XLIII(2), 361-398.

RESUMO

O autor, que tem trabalhado com crianças hiperactivas há mais de vinte anos, procura, à base desta experiência, rever o conceito de hiperactividade.

Considera a hiperactividade como uma “resposta motora” frequente em crianças irrequietas, resposta que, paradoxalmente, procura ser reequilibradora em termos pessoais, familiares, escolares e sociais.

Descreve a estrutura psicológica destas crianças, aproxima-se do seu funcionamento familiar e aponta para as reacções que desencadeiam na escola.

Analisa, por fim, as circunstâncias sociais e culturais dos últimos decénios que conduziram a um aumento, pelo menos aparente, na sua incidência e à ideologia corrente de que é necessário neutralizá-la rapidamente com psicofármacos, tornando-se supérfluo o entendimento do seu papel no “funcionamento” de cada criança concreta.

Palavras-chave: Desajustamentos emocionais primários. Hiperactividade infantil. Ilusão hedonista-individualista-consumista. Irrelevância da compreensão da hiperactividade. Resposta motora reequilibradora. Soluções medicamentosas para o sofrimento humano. Triunfo do paradigma biológico.

I

Cada época histórica segrega e procura dar forma e estrutura a *paradigmas ideológicos* que a ajudem a entender-se melhor a si própria, a esclarecer-se sobre onde está, de onde veio e para onde vai.

Os bons paradigmas ‘explicativos’ diminuem inquietações, criam força, consolidam-se, adquirem uma aparência de duração, mesmo de eternidade, e os paradigmas mais poderosos sofrem uma *transformação em mito*.

* Conferência apresentada no XV Encontro da APPIA, Braga, 2004.

** Pedopsiquiatra e Psicanalista Didacta da Sociedade Portuguesa de Psicanálise. Professor Associado do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Passam, assim, a desempenhar um papel fulcral como *organizadores sociais* dessa época histórica: reduzem inquietações pessoais e grupais, aliviam tensões nas malhas relacionais, permitem uma aparente compreensão melhorada da realidade envolvente, ajudam a classificar os fenómenos, sobretudo os mais perturbadores, tornam-se numa espécie de *chave-para-abrir-muitas-portas*.

A criação, a adopção e a utilização destes ‘*ready-made*’ – que possuem uma face evidente, *consciente* e uma outra face, oculta, *inconsciente*, pelo menos tão importante como a primeira – dão uma sensação de segurança, de poder aumentado sobre as ameaças de caos interior e exterior, dispensando a necessidade de manter viva e activa uma reflexão crítica permanente sobre tudo o que nos rodeia e nos acontece.

Ao fim de um tempo, estes paradigmas mitificados tornam-se desadequados em relação às necessidades da época, perdem força explicativa reasseguradora, como que *termina o seu ‘prazo de validade’* e necessitam de ser substituídos por outros, que a malha social, de novo, se encarregará de segregar, como o bicho-da-seda segrega o fio com que constrói o seu casulo.

O tempo em que vivemos revê-se em dois paradigmas de criação recente: revê-se no *paradigma do autismo* e revê-se no *paradigma da hiperactividade*.

São dois paradigmas aparentemente antitéticos, mas, podem *ambos ser vistos como estando relacionados com o movimento*: o autismo, no seu extremo, fantasiado como a *abolição de qualquer movimento*, o que congelaria o caos; a hiperactividade, imaginada como a *movimentação imparável*, como a tomada do ‘freio-nos-dentes’, que só poderia conduzir à destruição e a mais caos.

Esta seria a *face evidente* destes dois paradigmas-mitos da nossa sociedade assustada, que se sente *em risco pelo movimento acelerado que ela própria criou*, e a atribuição a estes paradigmas de um valor moral, que se transforma em norma ética, torna-se fácil, é inevitável: o autismo, *visto com simpatia*, como que personifica o Bem, a hiperactividade, *vista como perigosa*, como que encarna o Mal.

No *autismo*, o encerramento do indivíduo em si próprio, mais não seria do que uma forma de individualismo exacerbado, uma retirada, infelizmente tornada precisa, para assegurar a sobrevivência num mundo hostil; na *hiperactividade*, a dispersão, a necessidade imperiosa de movimentação, encaradas como desregulações motoras perigosas, só pode acrescentar mais caos a um mundo já de si suficientemente desorganizado.

Há que *proteger* o autismo e os autistas, há que *lutar contra* a hiperactividade e os hiperactivos.

Em traço caricatural, é como se a solução ideal para as crianças hiperactivas fosse *transformarem-se em crianças autistas*.

II

Faz algum sentido a hiperactividade? É a hiperactividade compreensível em termos de relacionamento humano? Há alguma coisa de valioso na hiperactividade?

Há mais de 20 anos que procuro responder a estas questões essenciais (Salgueiro, 1982, 1985, 1987, 1988, 1990, 1992, 1996a), 1996b), 1999, 2001).

Achei vantajoso aproveitar a oportunidade concedida pelo muito amável convite de participação neste Congresso, para proceder a uma nova reflexão e *revisitar a hiperactividade*.

A hipótese de base de onde parto, continua a ser a de que a hiperactividade, na criança, constitui uma *resposta psicomotora ajustada a circunstâncias pessoais, familiares, escolares e sociais, sentidas como intoleráveis*.

Sob o *ponto de vista pessoal*, a *face oculta* da hiperactividade pode ser entendida como a '*solução*' de *fuga permanente*, encontrada por certas crianças, para regularem o *tempo*, o *modo* e a *distância* de relacionamento seguro com os outros, muito em especial com os personagens de grande referência da sua vida familiar.

Vicissitudes nas relações precoces com os progenitores, sentidos pela criança como *não-suficientemente-ajustados* às suas necessidades de se sentir bem aceite, bem reconhecida e bem serenada, a persistência de dessintonias fundas, provocando mágoas inaceitáveis de parte a parte, toda uma série de *desajustamentos e de reajustamentos primários desajeitados, inquietos e inquietantes*, deixaram, como cicatriz na criança, uma *dor-mental-intensa*.

É esta dor que *propulsiona a criança para uma busca de alívio*, através de uma movimentação, de uma agitação, quase imparáveis, numa tentativa permanente de atenuar, de tornar mais suportáveis, os sofrimentos e as inquietações encontradas *na relação próxima com os personagens de amor primário*, sentidos como pouco fiáveis.

Não se detendo por muito tempo em nada, nem em pessoas, nem em locais, nem em brinquedos, nem em brincadeiras, a criança afirma, assim, a sua '*desconfiança básica*' em relação a tudo o que a rodeia: a vinculação primária fica, inevitavelmente, superficial e insegura.

Esta *desconfiança de expressão motora*, resolvida parcialmente pela própria movimentação, pela impulsividade e pela dispersão de interesses, *que diluem o*

sofrimento, acaba por se consolidar, no interior mental e corporal da criança em *representações psíquicas consolidadas deste modelo relacional fugidio-por-necessidade*.

O estilo relacional *hiperactivo-desconfiado-aflito* torna-se na ‘segunda natureza’ da criança, na sua *identidade psicomotora*, orientadora para o seu dia-a-dia pessoal: ela acaba por não se sentir sossegada, nem quando está sozinha – *inquietações de afastamento* – nem quando está acompanhada – *inquietações de proximidade*.

Sozinha, sente-se perdida, com necessidade de fugir às suas próprias representações mentais e de se *reaproximar de uma fonte-suposta-de-esperança*; acompanhada, sente-se mal-acompanhada e, de novo, tem que se afastar, para, ao fim de um tempo, necessariamente de novo se reaproximar, *numa circularidade sem fim*.

A criança hiperactiva tem *dificuldade em criar pensamento*, porque não chegou a conseguir construir com os próximos, *diálogos primários entusiasmados, estabilizados*, e, por isso, não possui meios adequados para poder pensar no que a inquieta.

O ter-se sentido *mal-contida pelos pais*, o não ter conseguido construir a representação de estar rodeada por um *invólucro consistente, protector*, leva a que os seus pensamentos também não adquiram o *invólucro contentor e gerador de novos pensamentos* que a própria criança lhes forneceria e, leva a que os pensamentos *mal-contidos*, não se estruturem nem cresçam como o poderiam fazer (Anzieu, 1994; Gibello, 1995).

Com a própria movimentação-sem-fim, a criança também foge a criar condições para poder vir a pensar melhor, talvez por medo de que a aflição sem estrutura que já sente, e que a acompanha para todo o lado, aumentasse se viesse a pensar nela: a criança hiperactiva pensa pouco e mal, mas também foge a pensar melhor (Meltzer & Williams, 1988; Eigen, 2002).

Sob o *ponto de vista familiar*, os pais da criança hiperactiva sentem-se confundidos e, também, muito inquietos, não entendendo e não podendo aceitar aquela movimentação sem jeito nem regra, que os desorienta e magoa, e os leva a pôr, em questionamento radical, as suas próprias qualidades e competências parentais.

Sozinhos e culpabilizados, não encontram dentro deles nem espaço nem tempo para poderem reflectir sobre o que terá acontecido ou estará a acontecer, em termos do desentendimento, da perda do contacto básico com o filho.

A dor-mental da criança tem como contrapartida e complemento uma dor-mental nos pais e desencadeiam-se, entre os pais e a criança, *em circulação maligna*, reacções e contra-reacções exaltadas, acusações e contra-acusações,

ordens e contra-ordens, punições, desistências e desesperos, que acabam por ter como efeito principal *reforçar e confirmar a criança na sua crença funda de não se dever deter, por muito tempo, nem junto de nada nem junto de ninguém*. Quanto aos pais, cria-lhes um sentimento crónico de impotência.

A *jusante* dos pais está o filho naquela aflição, naquele desatino de actividade dispersa. Mas, o que poderá estar *a montante*, e o que poderá estar *ao lado* deles, que possa ajudá-los a compreender o que se está a passar? Em que trama pessoal, familiar e social estarão eles próprios inseridos, *sem darem por ela*?

Na trama social está incluída a escola e, sob o *ponto de vista da escola*, aquela criança, até simpática, mas desatenta, impulsiva e imparável e que pouco aprende, constitui uma *ameaça para a homeostasia da estrutura escolar*, que necessita de tempos e de regras por todos partilhados, e que são incompatíveis com esse funcionamento, que, por isso, não se pode permitir tolerar.

A rejeição da hiperactividade pela escola soma-se à rejeição sentida com os pais, *reforçando a criança na sua 'solução' hiperactiva*, numa nova circularidade sem saída.

Também a escola *não dá* pelo que pode estar *a montante* e *ao lado* da sua própria intolerância para com a criança hiperactiva, não procedendo, por isso, à mais do que necessária *reflexão sobre a trama social e cultural* em que ela própria está inserida.

III

A via que vou agora seguir, procurando *contextualizar a hiperactividade*, partirá de considerações sobre *o tempo social inquietante* onde estamos mergulhados, sobre *a sociedade acelerada* que é a nossa e sobre os modos que ela usa para procurar *resolver os problemas que ela própria cria* (Schrag & Divoky, 1975; DeGrandpre, 1999; Timimi, 2002).

Podemos, talvez, ir ao fim da IIª Guerra Mundial, como ponto de partida para estas reflexões.

Foi uma guerra inevitável, onde a violência atingiu extremos impensáveis, como o Holocausto, com barbaridades que não podiam ser aceites nem ficar impunes, mas que trouxe, com o seu fim, a *esperança no advento de um mundo novo*, desejado de liberdade para todos, sem injustiças, sem opressões, sem conflitos: acabara a guerra que *acabaria com todas as guerras*.

A persistência de regimes políticos autoritários, o retorno, a breve trecho, de conflitos armados localizados, o início da chamada “guerra fria” entre as

‘super-potências’, antes amigas contra o inimigo comum, o Eixo, e agora desavindas, o cerrar da “cortina de ferro” e, pouco depois, a escalada na posse das armas atômicas, fizeram descer uma nuvem de inquietação sobre todo o mundo.

Também a escassa melhoria observada nas desigualdades sociais e, como ‘pano de fundo’ para tudo isto, a apercepção crescente da *conflitualidade intrínseca à natureza humana*, contribuíram para transformar, definitivamente, a esperança forte de um mundo diferente, numa grande decepção, numa zanga funda, numa inquietação duradoura.

A trama social, que acaba por se comportar como um organismo vivo e sensível, não se permitiu ficar desconfortável por muito tempo e procurou uma solução rápida para esta *inquietação-enquanto-sintoma-de-uma época*, deixando ficar para trás, para um segundo ou para um terceiro tempo, a análise das estruturas psicológica, social, política e ideológica que lhe subjaziam.

A ‘solução’ paradigmática encontrada nos anos 50, teve como objectivo principal, uma *tranquilização consolidada das mentes tornadas inquietas*, e isto assim se fez, através de dois modos principais de *intervenção no ‘corpus’ social*.

Por um lado, pelo *aperfeiçoamento da propaganda política*, conseguiu-se um reforço na *consistência ideológica interna* de cada um dos lados em confronto, *reinstalando-se uma clivagem clara, bem funda, entre o lado do Bem e o lado do Mal*: o Bem somos nós, o Mal sois vós! Nós, o Bem achamos que vós o Mal mereceis ser destruídos, mas vamos adiar, o mais possível, o momento da destruição, até porque percebemos que se vos destruirmos seremos, logo de seguida, nós próprios destruídos também!

Por outro lado, como segundo modo de intervenção, *procurou-se uma solução química* para a inquietação e angústia, através da procura e descoberta dos chamados fármacos *ansiolíticos*, do Miltown, do Librium e do Valium, destinados ao grande público em aflição.

Foram fármacos de enorme sucesso e consumo, com designações patenteadas bem escolhidas, pois que, por si só, *induziam associações tranquilizadoras*, talvez a leite, a cidade do leite, (Milk town...), a liberdade e a libertação (Librium) e a um recurso de muito valor (Valium)...

É, também, dos anos 50 a descoberta do primeiro fármaco *anti-psicótico* eficaz, o Largactil, que modificou profundamente o tratamento das perturbações mentais graves, sendo destinado, portanto, a uma população-alvo bem mais restrita. Mais tarde foi, também, utilizado, perversamente, como fármaco de controlo de opositores políticos.

Ao lado da inquietação e da ansiedade características desta época, ia surgindo também, ou tomava mais corpo um *sentimento de desamparo*, de

perda de suporte, de desaparecimento de coordenadas orientadoras claras, de desânimo de afundamento, e surge o que se designou por *depressão*, como forma cada vez mais frequente de se estar no mundo, tanto pessoal como colectiva.

Esta mundivivência desorientada levou ao aparecimento, no fim dos anos 50, princípio dos anos 60, de diversos fármacos ditos *anti-depressivos*, como o Tofranil e o Triptizol. Os seus nomes induziam, talvez, associações com *intervenções activadoras*, lutadoras, anti-desânimo...

Estava instalada a *psicofarmacologia*, como *grande recurso respeitável, regulador de sofrimentos pessoais e de solavancos sociais*.

Em meados dos anos 60, surgem dois movimentos societários com pujança, que se pretendiam libertadores, ‘anti-establishment’ e anti-guerra, o do “Flower-power”, dos “Flower-people” e dos “Hippies”, na América do Norte, e o do “Maio de 68”, em França, movimentos esses que, durante alguns anos, irradiaram para todo o mundo.

Contestavam o ‘status quo’ político, económico, social e cultural e ideológico, defendiam o uso de drogas psicoactivas, transformadoras do *estado-de-consciência-conformista*, como a marijuana e o L.S.D., num estado de consciência dito expandido.

Rejeitavam, no entanto, o uso dos fármacos tranquilizantes e anti-depressivos correntes, que aos seus olhos se destinavam apenas a um ajustamento pessoal melhorado ou corrigido a uma sociedade globalmente injusta, inaceitável no estado opressivo a que tinha chegado: seria a sociedade que teria de mudar, não os indivíduos apanhados na sua engrenagem.

Aqui se inseriu o chamado *movimento da anti-psiquiatria*, que, pela mesma época, adquiriu algum fulgor em Inglaterra e em Itália, e que defendia, nomeadamente, que não se podia/devia forçar ninguém a tomar psicofármacos, nem mesmo os psicóticos em fase de descompensação.

Os anos 70, apesar do fim da guerra do Vietnam, foram “anos de chumbo”, com a perda progressiva da crença na transformabilidade fácil da sociedade e com o apagamento doloroso das ilusões utópicas quando à possibilidade do advento de uma sociedade perfeita e de um mundo definitivamente pacificado. Foi lento e imperfeito, este luto e ainda não está terminado, se é que é terminável.

O fim, durante esta década, de regimes ditatoriais na Europa, alguns bem antigos, como o português, com o renascimento de um fio de esperança no nosso país, não impediu que no resto do mundo continuasse o enfrentamento belicoso entre as ‘super-potências’, com consequências regionais, por vezes devastadoras, como no Chile e no Camboja.

Foi aumentando o recurso às *drogas psicoactivas anti-sistema*, como o haxixe, as anfetaminas, a heroína e a cocaína, cada vez mais ‘duras’, mais perturbadoras da vigília e da consciência, mais anestesiadoras do mal-de-viver-fundo em que muitos jovens, e não tão jovens, se sentiam mergulhados, drogas cada vez mais danificadoras do corpo e do espírito de quem a elas recorria.

O *paradigma ideológico-químico* foi mostrando as suas falhas e insuficiências.

IV

É também pelos anos 70 que, na América do Norte, começa a adquirir peso societário o conceito da criança *hiperquinética* ou da criança *hiperactiva*, até aí, e na Europa, em especial em França, designado por criança *instável* ou por criança *turbulenta*.

Era, no entanto, abissal a diferença referida na incidência desta situação, entre a América e a Europa, de quase *dez crianças na América para cada uma na Europa!*

A América do Norte, com o seu sentido de eficácia e de pragmatismo na decoberta de uma solução para qualquer problema, e sem se deter muito na eventual complexidade psicopatológica e na heterogeneidade do quadro onde se propunham intervir, encontrou, rapidamente, uma solução através do recurso a uma *via química*, primeiro com a benzedrina, a breve trecho e com mais eficácia, com outras drogas da família das anfetaminas, por fim com o metilfenidato ou Ritalina.

A Europa continuou a olhar, sem particular aflição e até com alguma simpatia, para as suas *crianças instáveis*, tidas como crianças inquietas e fugidias, que se moviam em contextos familiares e sociais por vezes adversos e desapoiantes, que precisavam de uma *atenção diferenciada* da parte dos pais e dos educadores, com *mudanças de atitude*, aqui e ali, em casa e na escola, necessitando, por vezes, essas crianças também de um *apoio psicoterapêutico directo*.

A Europa procurou, também, manter-se numa atitude de *grande prudência e economia no uso de qualquer medicação em crianças*, pelo risco de perturbações secundárias que pudessem provocar, no desenvolvimento do seu corpo e da sua mente.

Além do mais, para a Europa, o quadro da hiperactividade era, claramente, heterogéneo, as crianças *gravemente hiperactivas* eram poucas e a sua perturbação de expressão motora inscrevia-se habitualmente num quadro psico-

patológico pesado, com profundas alterações da comunicação, do pensamento e da linguagem, como nas psicoses, necessitando de uma intervenção global, dirigida, em primeiro lugar, para a perturbação de fundo, neste caso para a psicose.

Como se poderia explicar esta diferença de incidências e de atitudes clínicas, diagnósticas e terapêuticas, entre a América e a Europa, perante o que pareceriam ser, à primeira vista, situações semelhantes?

Ou se estava a falar em conceitos diferentes, sem se dar por isso, ou algo se passaria na América, da ordem de grandeza de uma *verdadeira epidemia*, para explicar estes números! Seria a hiperactividade uma *situação infecto-contagiosa* incontrolada, ou derivaria de *mutações genéticas*, de uma escala nunca vista, exclusivas da América do Norte? (Timimi, 2002).

Estar-se-ia, realmente, a falar na mesma coisa, na América e na Europa, quando se falava em crianças hiperactivas ou instáveis?

Na América, o rótulo *hiperactivo* era aplicado, com uma certa liberalidade, a um grupo crescente de crianças irrequietas, com a inclusão, progressivamente mais alargada, de todas as crianças que não prestassem grande atenção ao que as rodeasse, que aprendessem pouco na escola, e, sobretudo, que *inquietaassem, incomodassem e acabassem por exasperar os pais e os educadores*.

Com efeito, a atribuição da categoria de *criança hiperactiva* e a procura de ajuda, dependiam muito do *grau de tolerância dos pais e dos educadores*, tolerância essa que foi aparentemente diminuindo ao longo dos anos 80 e 90.

Tentaram-se sínteses caracterizadoras destas crianças enquanto grupo: a que se deveriam todos estes sintomas, tratar-se-iam, apenas, do esperado em *crianças agitadas, desobedientes e mal-educadas*, ou seriam elas, afinal, *crianças doentes*?

Hesitou-se em designá-las por doentes, pois que, apesar de muitas investigações nesse sentido, *não se conseguiam encontrar marcadores biológicos consistentes*, que sustentassem a hipótese de uma raiz patológica somática, talvez residente no Sistema Nervoso Central.

Preferiu-se, por isso e, pelo menos, temporariamente, apontá-las como correspondendo, sucessivamente, ao que se foi designando por uma *síndrome*, por uma *reacção*, por uma *desordem* ou por uma *perturbação*, no fundo por falta de clareza quanto ao *estatuto clínico e epistemológico* a atribuir a estes conjuntos sintomáticos.

Fosse como fosse, ou fosse o que fosse, a utilização na América dos fármacos designados por psicoestimulantes, em especial, da Ritalina, a '*solução*' pela Ritalina, subiu exponencialmente ao longo das décadas de 70, 80 e 90 e continuou a subir mesmo nestes primeiros anos do nosso século: o

metilfenidato é, hoje em dia, o *principal regulador do comportamento infantil problemático*, a coberto da designação, de aparência científica, de ADHD, “*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*”.

A maioria das crianças que tomam Ritalina acalmam, dispersam-se menos e, sobretudo, *incomodam muito menos os pais e os educadores*.

Serem ou não serem incomodativas, parece estar aqui o busílis essencial da questão.

V

O estilo de vida, nas últimas décadas, de uma boa parte da sociedade americana – muito competitivo e centrado no trabalho e no ganhar o mais dinheiro possível, o mais rapidamente possível, como a fonte principal de segurança e de satisfação – foi-se tornando *cada vez mais incompatível com a disponibilidade para os pais poderem estar, sem pressas, com os filhos e disso tirarem prazer*.

Muitos pais acabaram, assim, por ficar, privados de poderem usar a *capacidade natural da família de exercer uma influência positiva sobre os filhos, calmante, organizadora e promotora de esperança*.

A hiperactividade das crianças foi, pois, crescendo numa sociedade que se tornara apressada, hiperactiva, em fuga para a frente, numa sociedade acelerada que foi segregando, para seu próprio consumo rápido, uma *cultura de ‘cozinhado fácil’*: as crianças foram-se tornando hiperactivas, tanto por um *processo de auto-protecção*, como por *movimentos de identificação aos pais acelerados*.

Esta ‘*rapid-fire culture*’ ou ‘cultura de fogo-rápido’, ou, talvez, de ‘disparo-rápido’, segundo a expressão do psicólogo americano Richard DeGrandpre, de 1999, faz parte integrante do que ele designa por ‘*Ritalin Nation*’ ou ‘*Nação da Ritalina*’, retrato fiel, actual, de muitos aspectos da sociedade norte-americana.

Os europeus vão mais devagar, *mas vão pelo mesmo caminho*: o número de crianças designadas ou diagnosticadas como hiperactivas, tem vindo a aumentar muito em todo o espaço europeu, a receita e venda da Ritalina e de fármacos congéneres, têm, também, crescido em pico, no fundo *acompanhando o crescimento de uma forma de organização social, política, financeira e ideológica, cada vez mais parecida com a dos Estados Unidos*.

A difusão, também na Europa, do DSM, *Manual de Diagnóstico de Perturbações Mentais*, de origem norte-americana, que em 25 anos evoluiu até à sua IV^a edição, a actual, e que já tem em grau avançado de preparação a V^a, tem levado, a um diagnóstico, cada vez mais frequente, da ADHD, pois que os

quesitos necessários para a atribuição desta classificação, foram-se tornando, de edição para edição, mais alargados e abrangentes (Timimi, 2002).

A ideologia sócio-político-cultural que acompanhou estas décadas foi sendo, cada vez mais, a *individualista-hedonista-aquisicionista-consumista*: o supremo valor é o do interesse do indivíduo e não do grupo e o melhor interesse que o indivíduo pode ter é o de *adquirir para consumir*. O paradigma do consumismo, e o dinheiro que se torna necessário ganhar para o manter, é suposto serem uma fonte ímpar de segurança e de satisfação.

A queda do muro de Berlim em 1989 talvez tenha marcado o fim simbólico das ideologias utopistas milenaristas colectivas, mas procurou-se fazer a sua substituição rápida, a nível mundial, pelo paradigma individualista-hedonista-aquisicionista-consumista.

VI

Os espectaculares avanços da biologia nos últimos vinte, trinta anos e das neurociências nos últimos quinze, trouxeram consigo a esperança de se poder chegar aos fundamentos biológicos da mente humana.

Foi adquirindo força a ideia de que se poderia vir a dar uma base sólida, *hard*, às ciências humanas, tidas como *soft*, e assim se chegar à possibilidade de uma intervenção *hard*, determinista, linear, sobre o funcionamento da mente humana.

Partir-se-ia, assim, de uma base científica respeitável, ao *intervir no desatino do funcionamento dos homens*, quer quando estão sozinhos, quer, e sobretudo, quando estão com os outros, em grupo.

Estava subjacente a ideia de que se poderiam descobrir psicofármacos mais aperfeiçoados, mais eficazes e precisos no local de actuação, no modo e nos efeitos das suas intervenções.

A violência poderia ser controlada e o prazer conseguido em ‘estado quimicamente puro’: o grande regulador social seria, definitivamente, *a via química com efeito sobre a mente*.

Esta utopia social, da sociedade perfeita pela via química, coadjuvada pela ideologia individualista-consumista, sociedade *acelerada-sem-dar-por-isso*, *não pode tolerar as crianças hiperactivas*.

A nossa sociedade, que se esforça por conseguir uma serenidade de fachada, não pode permitir grandes perturbações no seu interior, não pode aceitar, por isso, as crianças aceleradas e irrequietas, *que ela própria ajudou a criar*.

Esta sociedade vai atrás da *ilusão dos benefícios da aceleração*, visível, por exemplo, nos carros cada vez mais rápidos, causadores de mais acidentes, no

telemóvel de acesso instantâneo a todo o mundo, na Internet de banda larga, que, assim, responde a uma exigência de pressa, nos jogos de vídeo e de consola, quase sempre acelerados, e que têm como finalidade, chegar no menor espaço de tempo ao seu objectivo final, habitualmente a uma vitória sobre rivais ou inimigos, ou a conseguir apoderar-se de um tesouro.

Curiosamente, os jogos de vídeo e as consolas conseguem manter atentas e quietas as crianças hiperactivas...

Os anos 90, anos seguintes à queda do muro de Berlim, foram os anos *Prozac*, fármaco tido como a *pílula da felicidade*, correctora não só dos estados depressivos, como, ainda, da *depressividade-de-fundo-própria-da-espécie-humana*, própria do viver humano corrente, grande reguladora do relacionamento com os outros e connosco próprios: acabar-se-ia, de uma vez por todas, com o sofrimento humano, mesmo o sofrimento corrente, tidos como *personificações do mal*.

A felicidade seria um estado nirvânico, bem protegido da consciência em sofrimento, tida como *resíduo dispensável do pecado original e da 'queda'*.

O *Prozac* (a favor do *Zac*, a favor de um golpe de asa definitivo), tal como muitos outros anti-depressivos surgidos depois, davam um alívio temporário ao mal-de-viver corrente (quando não ajudavam a desencadear, mesmo, sofrimentos maníacos).

A sociedade do nosso tempo tem, naturalmente, *sofrimentos fundos*, que procura atribuir a factores que ultrapassam a vontade humana, a uma espécie de destino.

Se se descobrisse uma *causa biológica* para o seu sofrimento, a sociedade sentir-se-ia inocente, sentir-se-ia como não tendo tido nenhum tipo de participação ou responsabilidade na construção desse sofrimento.

Os deprimidos tratam-se, assim, da sua hipotética '*desregulação biológica*' e, como não poderia deixar de ser, os hiperactivos param-se, daquele '*ímbalance bioquímico*'.

Confundem-se causas com acontecimentos concomitantes, ou, até, consequentes, procura-se uma causalidade linear, para situações de causalidade complexa ou hipercomplexa, de que o biológico seria, apenas um elo, apenas o suporte necessário para as interacções sociais, para o relacionamento com os outros, e para o relacionamento connosco próprios.

Mente e cérebro não são a mesma coisa.

Os achados bioquímicos e neuro-imagiológicos nas crianças hiperactivas são inconclusivos em relação ao antes e ao depois – há, claramente, uma relação de influência mútua entre acontecimentos mentais e acontecimentos cerebrais, podendo os primeiros influenciar os segundos e *deixar marcas*.

A sobrevalorização da genética a que assistimos, dá como que um aval melhorado ao *pseudo-determinismo biológico de todos os aspectos da vida mental*, com uma desresponsabilização ainda maior pelos nossos actos, dispensando as mudanças imperiosas a introduzir no relacionamento com os outros e no nosso próprio funcionamento íntimo: não somos nós os culpados, são os nossos genes...

Desapareceriam as ciências *soft*, ‘moles’, desapareceriam a psicoterapia e a psicanálise, *desapareceria a vida incerta*.

A ideologia política milenária transmutou-se, assim, em diversas outras formas/áreas de ilusão no sentido Freud-Winicotiano, e onde se inclui a nova *utopia biológica* ou *paradigma biológico-reducionista*: tudo se reduziria ao ADN todo-poderoso.

A biologia tem ajudado muito a conhecer melhor o homem, mas o homem, não é só biologia, é também *mente, espírito* e ‘*socius*’, que se constroem *sobre* a base biológica, mas que são epistemologicamente diferentes, *emergentes do biológico mas não idênticos ao biológico*.

As ciências do homem não podem, assim, ser eliminadas pela biologia, precisamente porque pertencem a níveis epistemológicos diferentes dela.

No entanto, a biologia tem sido, ultimamente, utilizada, de uma forma ideológica, acientífica pela sociedade preocupada, numa tentativa para, de algum modo, eliminar, ou, pelo menos contornar, a psicologia, a psiquiatria e a psicanálise, *ciências da incerteza*.

A ‘*solução*’ centrada na *Ritalina*, ou em outros psicoestimulantes, é uma solução *pobre e perigosa*.

Pobre, porque pretende atingir, sobretudo, um abafamento sintomático (que, mesmo assim, é ineficaz em cerca de 1/3 das crianças hiperactivas), sem se preocupar com a estrutura mental subjacente, na ilusão de que as crianças hiperactivas são todas iguais.

As crianças ficam mais calmas, mas não ficam necessariamente mais capazes de pensarem melhor ou de aprenderem melhor na escola (Taylor, 1986).

Perigosa, por três ordens de razões.

Em primeiro lugar, porque a sua utilização tem riscos farmacológicos, documentados pela literatura científica, desde atrasos no crescimento, a alterações no ritmo cardíaco, a insónias e, mesmo, por vezes, a quadros alucinatórios. Estes efeitos secundários não são muito frequentes, mas existem e não podem ser ignorados.

Em segundo lugar, há o perigo resultante do hábito criado, de solucionar problemas de vida pela via química: este hábito acarreta um *risco adictivo* aumentado.

Em terceiro lugar, e no que constituirá, talvez, o perigo maior, está o facto de que a sua utilização eficaz, permite a *manutenção do statuo quo familiar e social*.

A família e a sociedade, com a desapareição do sintoma, sentem-se dispensadas de efectuarem a necessária análise do modo como se organizaram *atrás da ilusão individualista-consumista*: esta família e esta sociedade, em regra, não dão pela sua própria hiperactividade, só dão pela dos filhos!

No fundo a sua própria revolta para com a engrenagem onde se deixaram meter, *mas que pretendem manter*, é transmutada numa intolerância para com a hiperactividade dos filhos! Voltamos ao ‘ver o argueiro no olho do vizinho, mas não ver a trave no próprio olho’...

É escandaloso que se comece a dar Ritalina a crianças irrequietas com menos de 3 anos de idade, como hoje em dia já se vê no nosso país!

As crianças irrequietas, hiperactivas, não precisam *só* de psicoestimulantes, precisam, sobretudo, de ser *individualizadas e estudadas como pessoas*, com toda a sua complexidade, entendidas na sua maneira de estar no mundo, e também na estrutura da sua personalidade, dentro delas próprias, dentro da família, dentro da escola, dentro do meio social, com *atribuição de um sentido* à hiperactividade e ao seu contexto e procurando, depois, dar uma ajuda e uma orientação que *tenha em conta esse entendimento do sintoma*.

A hiperactividade das crianças é o grito de alrme para que demos atenção ao que se está a passar com todos nós.

Não podemos, por tudo isto, eximir-nos da necessidade de efectuar, todos, em conjunto, uma reflexão aprofundada, inevitavelmente penosa, dolorosa e que vai demorar tempo, sobre a sociedade em que vivemos, para podermos construir projectos para a sociedade onde queremos viver, reflexão de onde possam emergir, para além da *ilusão biológica* e da *ilusão individualista-hedonista-aquisicionista-consumista*, *novos paradigmas esperançados*.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1994). *Le penser – Du Moi-peau au Moi-pensant*. Paris: Dunoud.
- DeGrandpre, R. (1999). *Ritalin Nation – Rapid-fire Culture and the Transformation of Human Consciousness*. New York: W.W. Norton.
- Eigen, M. (2001). *Damaged Bonds*. London: Karnac.
- Gibello, B. (1995). *La pensée decontenancée*. Paris: Bayard Editions
- Meltzer, D., & Williams, M.H. (1988). *The apprehension of beauty*. Perthshire: The Clunie Press.
- Salgueiro, E. (1982). O nascimento da instabilidade. *Revista do Desenvolvimento da Criança*, IV(1/2), 16-22.
- Salgueiro, E. (1985). O futuro da criança instável – Instabilidade e leitura. *Revista do Desenvolvimento da Criança – Actas do IIIº Encontro de Educação Especial*, 145-151 (1989).

- Salgueiro, E. (1987). A 'instabilidade' do João – Notas sobre o nascimento psicológico, a evolução e o tratamento da inquietação motora numa criança. *Análise Psicológica*, 4(V), 657-666.
- Salgueiro, E. (1988). Desenvolvimento motor, afecto e pensamento. *Análise Psicológica*, 1(VI), 1-12.
- Salgueiro, E. (1990). *Crianças irrequietas – 3 estudos clínico-evolutivos sobre a 'instabilidade motora' na idade escolar*. Dissertação de doutoramento apresentado à Faculdade de Medicina de Lisboa (vol I – 693 pp. e vol. II. 399 pp.) Lisboa: Edição mimeografada do autor.
- Salgueiro, E. (1992). O desenvolvimento motor, o afecto e o pensamento na criança irrequieta. *Actas de Psicologia Clínica*. Especial Forum, 217-227.
- Salgueiro, E. (1996a). *Crianças Irrequietas* (831 pp.). Lisboa: I.S.P.A.
- Salgueiro, E. (1996b). Sentir, pensar e aprender – Homenagem a Serge Lebovici no seu 80º aniversário. *Análise Psicológica*, XIV(1), 53-59.
- Salgueiro, E. (1999). Aspectos psicomotores das crianças irrequietas. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, III(6/1), 35-44.
- Salgueiro, E. (2001). A hiperactividade na criança: doença ou mal-de-viver? (versão revista). *Nascer e Crescer (Revista do Hospital de Crianças Maria Pia, Porto)*, 210-215.
- Schrag, P., & Divoky, D. (1975). *The myth of the hyperactive child and other means of child control*. Harmondsworth: Penguin Books (1981).
- Taylor, E. (1986). The basis of drug treatment. In E. Taylor (ED.), *The overactive child*. Oxford: Blackwell Scientific Publications Ltd.
- Timimi, S. (2002). *Pathological child psychiatry and the medicalization of childhood*. Hove: Brunner-Routledge.

ABSTRACT

The author, who has been working with hyperactive children for more than twenty years, makes an attempt to revise the concept of hyperactivity.

He considers hyperactivity as a frequent "motor answer" in disturbed children, when they try to reposition equilibriums within themselves, within the family, at school and in their social environment.

He describes the psychological structure of these children, pays attention to their family functioning and to the school's reaction to hyperactivity.

He ends with a lengthy analysis of the social and cultural circumstances that led to the actual at least apparent increase in the incidence of hyperactivity and the current view that it is a nuisance to be quickly neutralized by psychoactive drugs, and that considers its understanding as superfluous.

Key words: Childhood hyperactivity. Chemical solutions for human suffering. Hedonist-individualist-consumerist illusion. Irrelevance of the understanding of hyperactivity. Primary emotional maladjustments. Stabilizing motor response. Triumph of the biological paradigm.

HIPERACTIVIDADE EM CONTEXTO ESCOLAR

Maria Gabriela Velasquez *

RESUMO

O artigo relata a experiência de uma professora do 1º Ciclo com um aluno hiperactivo.

Descrevem-se as dificuldades observadas a nível da gestão de sala de aula, das aprendizagens e do relacionamento entre pares. Descrevem-se também as medidas de intervenção adoptadas.

O artigo termina concluindo que a eficácia da intervenção é potenciada quando se conjugam e articulam diversas competências técnicas, das quais se salienta o papel dos técnicos de saúde mental.

Esta comunicação pretende relatar a minha experiência como professora do 1º Ciclo de uma criança com hiperactividade.

A perspectiva escolar é particularmente importante na hiperactividade, uma vez que é neste contexto que se agudizam as incompatibilidades entre a criança e os que a rodeiam, particularmente por algumas das características especiais deste meio. Se recordarmos que é na escola que as crianças passam grande parte do seu dia activo, compreenderemos melhor as implicações desta desadequação (Lopes, 2003).

Conheci o Pedro¹ na 3ª classe. Quando me tornei professora da turma dele, já toda a escola o conhecia: as funcionárias, os colegas e até os pais dos colegas, todos tinham assistido a agressões aos colegas em várias situações. O tempo de castigo, durante o recreio, multiplicava-se sem qualquer sucesso.

* Professora do 1º Ciclo. Mestre em Educação.

¹ Nome fictício.

Dentro da sala de aula o Pedro mantinha-se em actividade constante, explorando todas as possibilidades de movimentação permitidas: recolher ou arrumar material na pasta, aguçar o lápis, apanhar o material que (sabe-se lá porquê...) teimava em cair ao chão. E outras movimentações não permitidas, sempre denunciadas pelos colegas: pontapés debaixo da mesa ao colega do lado, beliscões, retirar o material escolar a quem estivesse na proximidade e, no limite da paciência dos colegas, riscar-lhes os cadernos ou fichas. Como se pode facilmente concluir, não era fácil encontrar alguém que quisesse partilhar a mesa com o Pedro...

Além das dificuldades de relacionamento interpessoal, o Pedro tinha problemas de realização académica na área da Língua Portuguesa: não lia fluentemente e escrevia com pouca correcção ortográfica. Tanto na leitura como na escrita, era evidente a sua impulsividade: o Pedro lia o início de uma palavra e inventava o resto, escrevia apenas as sílabas iniciais dos polissílabos e omitia, frequentemente, palavras nas frases (particularmente as palavras funcionais). As suas aprendizagens na matemática, ou no estudo do meio, eram também limitadas pela dificuldade na leitura e pelas suas características pessoais de impulsividade e desatenção.

Outra das suas principais dificuldades relacionava-se com a gestão do tempo na realização das tarefas. Assim, enquanto os colegas começavam um trabalho a uma certa hora o Pedro conseguia desperdiçar meia hora ou mais, aparentemente ocupado, mas redigindo apenas uma palavra ou duas. Quando percebia que se aproximava o limite de tempo, isto é, seria hora do recreio ou de sair, apressava-se a simular que completava o trabalho, de forma rápida e pouco cuidada. Muitas vezes, quando percebia que o meu controle não era imediato, não os completava mesmo.

No entanto, o Pedro era uma criança simpática, sorridente que, frequentemente, ficava na sala depois do toque para falar comigo, trazia livros e jogos de casa para me mostrar, contava-me o que tinha feito na véspera ou onde tinha ido passear. Ambos apreciávamos esses momentos informais e penso que eles eram também o sinal da necessidade que ele tinha de ajuda.

Pouco depois de se terem iniciado as aulas convoquei os pais do Pedro para uma reunião.

Os pais relataram-me que o Pedro, ainda na pré-escola, tinha frequentado por algum tempo a terapia da fala, por deficiência articulatória, mas a terapeuta tinha interrompido as sessões dizendo que não conseguia mantê-lo atento. Actualmente já não era evidente nenhuma dificuldade articulatória (mas de desatenção, sim...).

Ele tinha frequentado a 1ª classe “numa escola de bairro” onde “se juntou

aos mais velhos e se envolvia em lutas e desacatos”. Por isso, no final do 1º ano, os pais mudaram-no para a escola que frequentava agora.

No ano anterior, parecia que a situação tinha melhorado embora eles soubessem que o Pedro continuava a ser uma criança “difícil” e reconheciam que as suas aprendizagens não eram suficientes.

Em contexto familiar, os pais diziam que ele entrava, frequentemente, em conflito com os primos, com os filhos de amigos ou com a irmã (o Pedro tinha uma irmã dois anos mais nova).

Os pais estavam preocupados com a situação e gostariam de saber como poderiam colaborar com a escola, e vice-versa. Tratava-se de uma família organizada, em que os pais assistiam os filhos nas tarefas escolares, diariamente.

Foram definidas estratégias de intervenção, em casa e na escola, que passavam pela monitorização sistemática das tarefas, decomposição das mesmas em parcelas menores com atribuição de feedback imediato para cada uma das fases.

Na sala de aula, usou-se um sistema de recompensas com actividades que ele gostava de realizar: como o Pedro gostava muito de pintar com os pincéis da sala, quando terminava as tarefas no tempo pré-estabelecido, e as realizava esforçando-se por as fazer bem, tinha oportunidade imediata de ir fazer uma pintura. Esta recompensa era habitual para todos os alunos mas, ao Pedro, era fornecida de imediato.

Para ajudar o Pedro a centrar-se nas tarefas académicas, foi-lhe destinado um local onde eu passava frequentemente enquanto circulava entre as cadeiras, o contacto visual era recorrente e, com um sistema de sinais simples e discretos, era-lhe lembrada a tarefa que tinha ou o tempo de que dispunha para a completar. Inicialmente o tempo era registado no canto do caderno, para o ajudar a tomar consciência do desperdício.

Apesar de a situação dentro da sala de aula ter melhorado, os progressos não eram muito significativos. Pior ainda era a situação em relação aos colegas: no final do recreio, quando os alunos entravam na sala, continuava a haver queixas da agressividade do Pedro. Sucediavam-se os diálogos entre todos e a procura de soluções de consenso e de paz. O Pedro justificava-se dizendo que os outros não o deixavam brincar. Queixava-se de injustiça e chorava lágrimas abundantes. Era claro no seu discurso sentido que ele não tinha a menor noção de que a sua exclusão era consequência do seu próprio comportamento: os colegas diziam que não o deixavam brincar porque ele nunca respeitava as regras estabelecidas para os jogos. Havia dentro do grupo um clima tenso, com inimizades que pareciam acentuar-se cada vez mais.

O Pedro era excluído, sentia-se excluído, e sofria com isso. Mas continuava incapaz, e eu também, de resolver o problema.

Um dia, no final do recreio, um colega com quem o Pedro ainda mantinha alguma amizade entrou na sala, suspirou fundo e confessou:

- Sabes, professora, já não o posso aturar!

Aquele comentário tão directo, tão simples, era a expressão da frustração de todos nós. De repente, percebemos a urgência do apoio especial a que o Pedro tinha direito, e de que precisava urgentemente, e convocaram-se novamente os pais. Desta vez a tónica da reunião não foi na realização académica mas sim no relacionamento interpessoal. Foi-lhes exposta a situação de segregação a que o Pedro estava condenado, o enorme sofrimento que isso lhe devia causar 5 horas por dia, 5 dias por semana; os danos que isso acarretava para a sua auto-estima e para o seu desenvolvimento; a nossa suspeita de que se tratava de um caso de hiperactividade e a forte convicção de que eles deviam consultar um técnico de saúde mental especializado em hiperactividade.

Os pais aceitaram o conselho e o Pedro foi observado e avaliado por técnicos de saúde mental. O Pedro iniciou o acompanhamento psicológico e a medicação. Começou também a ter apoio educativo extra-escolar para reforço das competências de leitura.

Todas as estratégias iniciadas anteriormente se tornaram mais eficazes. Mas os resultados mais espantosos foram ao nível da relação com os pares: três semanas depois de ter iniciado o tratamento era possível ver o Pedro, no recreio, a jogar futebol com os seus colegas e o colega de carteira não se queixava. Até as auxiliares de educação comentavam que “O Pedro estava muito diferente”. Claro que, ingenuamente, atribuíam a mudança à persistência da professora mas, de facto, o resultado só era possível devido à conjugação de vários factores, dos quais a intervenção técnica tinha sido a determinante fundamental.

A história do Pedro, que temos acompanhado há alguns anos, tem sido uma história de sucesso: monitorizado pelos pais e professores que o acompanham, apoiado pelo psicólogo com quem mantém uma relação de forte respeito e amizade, o Pedro tem vindo a estabilizar amizades e competências académicas. É uma criança mais confiante, mais feliz, mais realizada.

Com a ligeireza própria daqueles que não são especialistas em saúde mental, é frequente ouvir os professores afirmarem que este ou aquele aluno é “hiperactivo”. O diagnóstico, seguramente, que não é da competência de um técnico de educação mas eu diria, reportando-me ao caso do Pedro, que é preferível sugerir a necessidade de uma consulta para vários falsos positivos do que negar a hipótese de ajuda a uma criança para quem a vida se desenrola num círculo de solidão.

BIBLIOGRAFIA:

- Arends, R.I. (1997). *Aprender a ensinar*. Lisboa: McGraw-Hill de Portugal.
- Brophy, J. (1996). *Teaching problem students*. New York: Guilford Press.
- Lopes, J.A. (2001). *Problemas de comportamento, problemas de aprendizagem, problemas de "ensinagem"*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J.A. (2003). *A Hiperactividade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Lopes, J.A.L. (1998). *Distúrbio hiperactivo de défice de atenção em contexto de sala de aula*. Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia da UM.

ABSTRACT

This article describes an elementary school teacher's experience with an hyperactive child. Problems with classroom management, learning difficulties, and peer relationships are described along with the intervention strategies adopted. The author concludes by emphasizing that the efficacy of intervention is enhanced by the joint and coordinated contribution of different specialists, particularly mental health professionals.

HIPERACTIVIDADE OU DESATENÇÃO?

Pedro Cabral *

RESUMO

As perturbações da hiperactividade e défice de atenção inscrevem-se no conjunto das chamadas perturbações do desenvolvimento, com marcado peso genético, mas apresentam uma grande variação dos sintomas ao longo do tempo e marcada co-morbilidade. A inatenção, muito mais do que a hiperactividade ou a impulsividade, parece ser o factor determinante do ponto de vista clínico. Valorizar a hiperactividade não parece ter ajudado a compreender o espectro alargado das dificuldades apresentadas por estas crianças. A atenção necessária às tarefas escolares é uma função das porções anteriores do cérebro, do controlo inibitório pre-frontal. Parece importante compreender toda a influência que os estados do corpo exercem sobre o funcionamento cognitivo e, por último, sobre a plasticidade cerebral, para permitir adequar estratégias de intervenção terapêutica, se necessário multimodal. Este acompanhamento deve ser feito em equipa, com monitorização dos efeitos e reavaliação por todos os agentes envolvidos.

“out of the swamp of the reticular formation, the cerebral cortex arose, like a sinful orchid, beautiful and guilty”

Paul Yakovlev

“We must recollect that all our provisional ideas in psychology will presumably one day be based on an organic substructure”

Sigmund Freud

Persiste, desde há décadas, uma clivagem na compreensão e abordagem terapêutica das perturbações do desenvolvimento e do comportamento das

* Neurologista. Chefe de Serviço de Neurologia Pediátrica (Hospital de Egas Moniz; Hospital de S. Francisco Xavier).

crianças e adolescentes. As razões para esta diástase são conhecidas, não valerá a pena determo-nos sobre elas. Interessará talvez perguntarmo-nos se deste funcionamento bifurcado resultou algum benefício em termos conceptuais ou clínicos.

Como olhar para a hiperactividade neste contexto? Antes de nos interrogarmos sobre a utilidade, ou não, do próprio conceito de hiperactividade, vale a pena fazer um pequeno desvio sobre uma (breve) história do sistema nervoso.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES (INEVITÁVEIS) SOBRE O SISTEMA NERVOSO

O cérebro surge, ao longo da evolução, como um órgão de intercepção de um arco reflexo (estímulo-resposta). Modula, amplia, anula ou adia uma resposta motora a um estímulo sensorial ou sensitivo. Se “o pensamento é um gesto não ligado a um neurónio motor” terá então todo o sentido olhar para o mental e para o simbólico como a sequele de um acto adiado ou diferido.

Uma história clínica que conto frequentemente é a da M., uma rapariga de 11 anos, que sofreu um episódio arrastado de meningite tuberculosa. Meningites arrastadas provocam frequentemente enfartes cerebrais por vasculite e M. sofreu enfartes bilaterais, incluindo as áreas da linguagem. Com o tempo, muito apoio e fisioterapia, lá foi recuperando do tónus e da motricidade, tornando-se autónoma para as actividades do dia-a-dia. Mas estava afásica. Sabemos que um acidente que destrua as áreas da linguagem até por volta dos 8 anos de idade faz com que regiões homólogas do hemisfério oposto assumam essa função. Mas M. tinha 11 anos e o prognóstico apresentado então foi muito reservado para a linguagem. Foi com muita surpresa que a família e a pediatra que a seguia a ouviram pronunciar frases completas! Era verdade, de facto...mas só enquanto dormia. No somnilóquio podemos até entrar em algum diálogo. Mas sem memória e sem sentido. M., logo que acordava, queria comunicar e não conseguia perceber o que lhe diziam ou construir frases para se exprimir...

Neurónios são células com núcleos que contêm genes (que comandam o fabrico de proteínas) e que estão sempre a trabalhar, dia e noite, como as células do rim ou do coração; mas a sua função não é a de filtração nem a de contracção, apenas a de transmissão de um sinal electro-químico. São presumivelmente 100 biliões de células reunidas entre si por 100 triliões de contactos, chamados sinapses. São números impressionantes, frequentemente

comparados com os da astronomia e dos números calculados de galáxias. Se pensarmos que o “output” deste computador, a via piramidal, a juzante, tem apenas 1 milhão de neurónios, para a parte eferente do tal arco reflexo, imagina-se o gigantesco poder de computação que se foi acumulando, a montante, ao longo da evolução.

Para quê? Nas abelhas, por exemplo, um número muito mais limitado de neurónios em rede permite calcular, pela dança da abelha recém chegada à colmeia, a direcção e a distância do destino no dia seguinte! Mas se o cérebro surge como órgão de intercepção de um arco reflexo é porque se tornou capaz, sobretudo na sua porção prefrontal, de integrar experiências, atribuir-lhes valor, memorizar e catalogar. E nos homínídeos prever as consequências de um acto, inibir respostas, fazer planos a prazo... e ter consciência disto tudo, como ser pensante.

Tanta capacidade exige um funcionamento que é modular e é hierárquico.

É modular, por exemplo, na percepção, já que todo o estímulo sensorial é decomposto nas suas características físicas (por exemplo, uma imagem é decomposta na cor, forma, movimento, etc.) e transmitido por vias diferentes para destinos diferentes do cortex, onde é reconstituído pela activação simultânea de todos estes destinos na sua configuração única. Isto é uma maneira económica de funcionar, já que nos permite ter acesso a “esquissos”, apesar de estarmos convencidos, a todo o momento, de que temos acessíveis as imagens completas de tudo o que nos interessa. Mas, sendo ilusão, funciona: nunca vimos a nossa mala de viagem à distância, na posição, velocidade e condições de luz com que a reconhecemos no tapete rolante do aeroporto. Mas lá está, é aquela...

Esta economia de circuitos de neurónios fez que, ao longo da evolução, muitos grupos celulares tenham sido utilizados para funções próximas: por exemplo, rir e chorar surgem como interrupções, respectivamente, da expiração e da inspiração; são “gerados” a nível do tronco cerebral, podem vir a ser utilizados em funções e contextos muito diferentes, e não é raro passar facilmente de um a outro.

Mas o riso e o choro, formas conhecidas de expressão emocional, podem sair facilmente do controlo cortical, em condições fisiológicas, é bem sabido, e em condições patológicas. Por exemplo, na incontinência emocional das pessoas idosas que sofreram acidentes vasculares múltiplos. Um exemplo de como um módulo escapa à hierarquia.

O nosso quotidiano está cheio de exemplos de escapadelas à hierarquia. No sonambulismo, actividade motora que ocorre durante o sono profundo (mas não durante o sonho), a criança que se levanta e vai fazer as suas necessidades na

mochila escolar, mas na do irmão mais novo, está cheia de intenção a actuar involuntariamente.

As memórias são também exemplos riquíssimos de funcionamento modular. E, embora de forma menos aparente, hierarquizado. Há memórias conscientes (a curto prazo, da responsabilidade prefrontal, ou a longo prazo, evocáveis pelo hipocampo) e inconscientes (o “priming”, activo no cortex inicialmente estimulado; a memória dos gestos, pelos gânglios da base; e a memória emocional, pelo sistema límbico e amígdala). Um mesmo objecto no nosso passado reside em diferentes áreas, conforme a característica da memória a reter. E há alguns objectos que perdemos para sempre, por insuficiente maturação, por termos estado com eles muito precocemente, por exemplo aos 2 anos de idade. Nunca poderemos ter acesso a uma memória declarativa, consciente, desse período. Mas a sua coloração emocional pode ficar registada, porque a maturação do sistema límbico já está completa à nascença. Gosta porquê? Tem medo porquê?

O caso da rapariga referida no princípio, que conseguia falar, durante o somnilóquio, embora afásica, é um exemplo de entrega de produção de sequências às capacidades mnésicas dos gânglios da base, capazes de emitir expressões inteiras e gramaticalmente correctas. Também nos tiques, interjeições e coprolália do síndrome de Tourette podemos ter a emissão decontextualizada, fora da hierarquia, de frases cheias de intenção...

Os neurónios não se reproduzem, e provavelmente não podemos arranjar novos para substituir os que morrem, como acontece no músculo, na pele ou no osso. E os contactos que se estabelecem entre os neurónios têm de ser activados periodicamente, pois as sinapses só se mantêm se forem utilizadas. Neurónios que respondem às mesmas características ficam ligados entre si, respondendo em sincronia.

Temos poucos genes. Menos que uma árvore de fruto, por exemplo. E os nossos genes diferem apenas em 1 a 2% dos do chimpanzé, é sabido. Como é que 30 a 40000 genes governam 100 triliões de sinapses? Só será possível se a experiência tiver presidido também à modulação deste funcionamento.

É provável que o sono, e o sonho, sejam períodos por que nós tenhamos obrigatoriamente de passar, todos os dias, para permitir um bom funcionamento sináptico – até daquelas sinapses que normalmente não são solicitadas para as actividades quotidianas – mas que tenham de estar “treinadas” para utilização hipotética num futuro. E que seja também – há evidência a favor disto – um período de actualização da base de dados que a nossa experiência do dia necessita de ver integrada para melhor adequação às exigências do dia a seguir.

Sem plasticidade não há aprendizagem, e se nós somos diferentes ao fim do dia, embora com a sensação de sermos os mesmos (“é preciso que alguma coisa

mude para que tudo fique na mesma...” é porque há possibilidade de refazer mapas, catalogar e atribuir valores às experiências e mudar mesmo o seu significado para nós ao longo do tempo. (A plasticidade não é igual em todas as estruturas, nem em todas as idades. Nos cegos leitores de Braille são funcionalmente maiores as áreas parietais esquerdas correspondentes ao indicador da mão direita, como nos violinistas as áreas parietais direitas correspondentes aos 2º a 5º dedos da mão esquerda. Mas há áreas muito menos plásticas, impossíveis de substituir: o cortex occipital para a visão, os cortex hipocâmpicos para a memória a longo prazo ou, como recordava Damásio em “O Erro de Descartes”, o cortex prefrontal para a capacidade de julgar e atribuir valor pelo corpo).

O cérebro comanda o corpo, é verdade, mas é constantemente modificado, e comandado, por ele. Corpo que cresce e se modifica com o tempo, de instante para instante, e ao longo dos anos. (Penso que será exactamente por causa disto que um computador, muito mais poderoso, nunca poderá imitar o cérebro, já que os interesses últimos deste não são os de uma lógica exterior, mesmo em mudança, mas de natureza biológica). Este “comando” somático refaz constantemente, diariamente, os mapas corticais que representam o corpo e a realidade exterior, em função dos seus mecanismos de representação (tão bem descritos no Damásio de “The feeling of what happens”), e que incluem as vias sensitivas, o sistema nervoso autónomo, e as moléculas do meio interno. Modificando o grau de actividade de grupos celulares que, a nível do tronco cerebral e antecérebro, activam e desactivam neurotransmissores, modulam toda a actividade cortical e o seu mapeamento.

PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO

As perturbações do desenvolvimento podem ser globais, se afectam muitas áreas do sistema nervoso, ou específicas, se afectam apenas alguns módulos. Entre as específicas estão por exemplo as que afectam a linguagem, a atenção, a leitura e escrita, ou o cálculo, mantendo-se a normalidade nas outras funções. Isabelle Rappin definiu estas perturbações específicas como dificuldades na aquisição de capacidades mais ou menos complexas, que não são devidas a lesão focal ou estrutural do cérebro, que não são acompanhadas de défice cognitivo ou sensorial (visão ou audição) e que não são devidas a falta de oportunidade ou de motivação para as adquirir.

Sabemos hoje que são situações em que:

- 1) há um peso genético importante (os estudos com gémeos monozigóticos separados e criados em famílias e meios diferentes são muito claros a

esse respeito), sendo muitas vezes fácil de reconhecer em um dos progenitores o portador de dificuldades semelhantes, agora de sintomatologia mitigada (por exemplo, preguiça de leitura no pai de uma criança com dislexia).

- 2) são mais frequentes no sexo masculino (por diversos motivos, talvez as dificuldades com o cálculo sejam uma exceção);
- 3) não são “imaturidades” que o tempo se encarrega de fazer desaparecer, mas dificuldades que se mantêm ao longo da vida, embora o cérebro se encarregue de arranjar maneira de as circunscrever;
- 4) têm uma relação com a população normal que lembra uma curva de Gauss (não há, como mostrou Sally Shaywitz e colaboradores, 5% de disléxicos e outros 95% de “normais”, há antes, como na hipertensão e na obesidade, uma fronteira pouco clara entre a disfunção e a função normal);
- 5) há uma relação clara com a idade de aparecimento: quanto mais cedo se manifestam os sinais dessas perturbações mais graves elas são (isto parece-me muito importante na clínica de todos os dias: não se pode fazer diagnóstico de dislexia muito grave a uma criança que entra no 5º ano sem ter apresentado sinais anteriores de dificuldades na leitura).

HIPERACTIVIDADE?

Também não é possível, agora que nos aproximamos do assunto, fazer o diagnóstico de hiperactividade grave sem haver história anterior de perturbação da atenção e do comportamento já no período pré-escolar e até, muitas vezes, mais cedo. A acreditar que a perturbação da atenção é uma perturbação específica do desenvolvimento, e eu acredito que é, será que se encontram estas 5 características acima mencionadas? Sim, mas não em relação à hiperactividade, antes em relação à atenção.

“Se não pára quieto, como pode estar atento?”, parece ser a pergunta que fazem pais e professores. Penso que deverá ser feita ao contrário: “Se não está atento, como pode estar quieto?”. Christopher Gilberg e os autores escandinavos chamaram a atenção para o “descontrolo da actividade” em portadores do défice de atenção, sublinhando o facto de haver crianças que são hiperactivas, mas outras que são hipoactivas (sonhadoras...) e outras, talvez a maioria, que alternam durante o dia períodos de hiperactividade e períodos de hipoactividade.

Penso que ficaríamos todos mais bem servidos, do ponto de vista conceptual, se tentássemos abordar o problema do lado da atenção, que é constante, e não

do lado do controlo da actividade e dos impulsos, que é variável. Variável de criança para criança, pois há umas que são mais “exteriorizantes” que outras, variável ao longo do crescimento, pois a grande maioria das crianças perde a hiperactividade na mudança de idade, embora se mantenha desatenta, e variável até, como se disse, ao longo do dia, pois muitas crianças vão alternando períodos de irrequietude com outros de “paragem” e ausência. Porventura não haverá uma criança hiperactiva que não seja desatenta, mas há muitas que são desatentas sem serem hiperactivas. Mais difíceis de reconhecer, aliás, na escola e em casa...

Se a hiperactividade e a impulsividade não são o problema principal, mas um epifenómeno, qual será o problema nuclear? A atenção? Mas o que é que a atenção? Há muitas subfunções dentro da atenção. Por exemplo, a que permite mantermo-nos acordados e vigis perante um cenário (e que é dependente do tronco cerebral), a que nos permite detectar com rapidez estímulos que nos interessa sinalizar (dependente das porções posteriores do cortex) e a que nos permite filtrar o que não interessa para nos manter dentro do nosso objectivo (dependente das porções anteriores do cortex).

Em crianças “hiperactivas” será esta última a que mais claramente se encontra comprometida nas tarefas de aprendizagem. Estas crianças desatentas podem ser descritas como “não prestando atenção a nada”, mas, de facto, o problema é que prestam “atenção” a tudo, não se concentrando em nada. Que o digam os professores e os pais que tentam ajudar ao fim do dia a fazer os trabalhos de casa, a todo o momento preocupados em evitar a intromissão de objectos estranhos no conteúdo das tarefas. Provavelmente, o controlo da inibição, ou seja, a capacidade de inibir a presença de objectos irrelevantes na corrente do pensamento e dos gestos, é a função “anterior” da atenção que interessa quando se fala destas perturbações.

Se formos um pouco mais longe, aumentando o poder de resolução desta análise, percebemos que a inibição não será tanto a dos gestos, dos olhares e dos conteúdos irrelevantes, mas a das associações inevitáveis no funcionamento do sistema nervoso. Em condições normais toda a consideração de um objecto ou imagem, externo ou interno, promove activação de circuitos e mapas cerebrais sensitivos, de associação ou motores que lhe estão ou estiveram relacionados em vivências, actuais ou anteriores. Inibir essa activação, essa constante procura, pelo sistema nervoso, de todos os objectos de alguma forma relacionados e ligados sinapticamente (v. atrás: neurónios que respondem às mesmas características ficam ligados entre si), é uma tarefa do cortex prefrontal, e do indivíduo acordado. Como mostrou Hobson, quando dormimos há quebra do tónus adrenérgico e há desactivação das funções executivas do cortex

prefrontal (que se torna completa durante o sono REM, altura em que a associação e a metonímia sináptica é total e o regresso ao objecto inicial impossível).

Será isso a essência das pessoas desatentas, com ou sem hiperactividade: “impulsivas” porque incapazes de inibir a contaminação de conteúdos e objectos internos ou externos, e de persistir num objectivo, filtrando o irrelevante. No dia-a-dia não são as escalas de Conner’s e DSM IV, que medem sobretudo a hiperactividade, que nos dão o retrato completo dessa dificuldade. Vários outros itens deviam constar também dessas escalas, como por exemplo: (1) perguntar muitas vezes a mesma coisa; (2) esquecer o que se sabia bem ontem; (3) só estar sossegado/a em frente da televisão ou dos jogos de computador; (4) habituar-se facilmente aos estímulos, nomeadamente ao de ser ralhado/a; (5) ter facilidade em fazer amigos, mas dificuldade em mantê-los; (6) apanhar as coisas no ar, numa situação de aparente distração. Estes são apenas mais alguns exemplos dessa dificuldade em criar um objecto interior estável e defendê-lo da contaminação quase onírica por objectos alígenas, externos ou internos, mas aproximados no tempo ou no espaço por conexões anteriores ou actuais. Dificuldade por défice de vigília, por insuficiência catecolaminérgica, por colapso das funções executivas.

O QUE É A DESATENÇÃO/DESINIBIÇÃO?

Nesta óptica, crianças e adolescentes desatentos, mais ou menos impulsivos, mais ou menos hiperactivos, serão apenas aqueles que estarão menos acordados, menos capazes de manter um tónus prefrontal de funções executivas, permitindo a persistência em objectos pré-escolhidos. E se essa dificuldade em estar 100% acordado durante as horas de vigília fôr uma história antiga, como julgo que é, geneticamente determinada, então esse relativo défice de adrenalina (e de serotonina, que sofre variações circadianas homólogas) pode explicar a imensa prevalência de co-morbilidades que se registam nesta população (comportamentos desafiantes e de oposição, défices de controlo motor e de percepção, défices de empatia e socialização, traços autísticos, perturbações específicas de aquisição de linguagem, leitura, escrita e cálculo, depressão, ansiedade...). Não para explicar tudo, mas apenas para ajudar a compreender porque são frequentes, tão frequentes ao ponto de nos perguntarmos se existe essa coisa da perturbação do défice de atenção com hiperactividade em estado “puro”, sem patologias associadas.

(Note-se que associar estes transmissores a todas as co-patologias mencionadas não significa que estas sejam necessariamente “orgânicas”, no

sentido em que foram causadas por erros de neurotransmissão. Apenas quer dizer que na base destas manifestações clínicas estes desequilíbrios sendo encontráveis – e por isso também abordáveis farmacologicamente – nada é dito sobre a causa primeira, o tempo e a maneira como eles, desequilíbrios, se foram instalando a nível do sistema nervoso. Os genes são herdados, a sua expressão – activação ou desactivação – é profundamente modificável por muitos factores, por exemplo de natureza emocional ou social).

Há mais “hiperactividade” agora? Não o creio. Sempre houve gente “sem jeito para a escola”, mas essa gente, hoje em dia, não parece ter direito de cidade, nem sequer o de tirar a carta de condução! Só parece ter direito, mesmo quando não lhe falta esperteza, a ser excluída porque considerada preguiçosa ou desmotivada, e não havendo empregos precoces ou escolas técnicas, a ver transitar gerações sucessivas dos seus colegas, com a inevitável repercussão sobre a sua imagem. A favor desta noção de que não há mais perturbação da atenção agora está a evidência de que prevalências semelhantes de “hiperactividade” foram sendo registadas em sociedades e culturas com graus de desenvolvimento muito diferentes. Mas é claro que uma civilização de imagens e objectos “parciais” que se sucedem ininterruptamente, na TV, na publicidade de rua ou em meios e tecnologias de difusão consumidos da forma mais passiva, não permitem, como um livro permitia antes, construir uma imagem interior mais estável, pela simples razão que demorou muito pouco tempo a ser adquirida pelo sistema nervoso, e é portanto muito volátil. Para ser nossa tem de ser construída interiormente, e isso dá trabalho e leva tempo. Se, ao contrário do que se diz, uma palavra vale mais do que 1000 imagens, é porque, tendo maior abstracção, recruta mais circuitos e dá mais trabalho para ser apropriada. O tempo rareia, paradoxalmente, quando vivemos mais.

Não penso que haja mais hiperactividade hoje, porque os jovens de hoje sejam vítimas de uma sociedade que não lhes dá tempo para construir os seus recursos, embora a falta de tempo interior pareça ser uma realidade. Nem penso que a hiperactividade seja um sintoma cardinal do espectro alargado das perturbações da atenção. Penso que o defice nuclear será o do controlo da inibição, na dependência da actividade pré-frontal, que se encontrará diminuído, “à partida”, em muitas pessoas. Condicionando um comportamento semelhante ao de todos nós, quando nos encontramos mal acordados, menos concentrados, mais intolerantes, mais surpreendidos pela realidade exterior, menos tolerantes à frustração.

Gente assim, mal acordada, viveria melhor em planetas com mais tempo. Mas, não sendo possível, é preciso adaptar as tarefas aos ritmos próprios de cada um, não exigindo aulas de 90 minutos a quem, biologicamente falando,

não tem bateria (adrenalina) para funções executivas que durem mais de 10 minutos de conversa aborrecida de um qualquer professor no princípio de tarde de primavera de um dia bonito. Acordar esta gente também fará parte da mesma tarefa, com repartição de actividades, recolocação de estímulos no espaço em que se move e, sendo necessário, medicação, até medicação estimulante.

Muito antes de ser conhecido como o prémio Nobel da Medicina, Eric Kandel, uma das maiores autoridades em Neurociências e o autor, há 30 anos, no *New England Journal of Medicine*, de “A psicanálise e a sinapse isolada”, já era conhecido pela sua preocupação em aproximar a psiquiatria e as neurociências, pelo conhecimento dos mecanismos de memória, da modificação sináptica pela experiência e, no plano clínico, pela importância da abordagem e aproximação clínica da doença mental pela psicologia. Mas alertava, em 2 artigos seminais publicados em 1998/1999 no *American Journal of Psychiatry*, para a necessidade de uma actualização metodológica da psiquiatria, do conhecimento biológico fundamental, e para a necessidade da procura e criação de critérios de rigor.

Mas ainda um pouco a montante desta reflexão, cada vez mais urgente, sobre o papel da modificação da actividade génica em função da experiência (e nomeadamente da experiência psicoterapêutica) e a da medicação, e da estabilidade desses tipos diferentes de modificação da actividade génica e da sua influência sináptica tão bem escarpada nesses artigos de Kendall, parece-me estar o problema da tal hiperactividade; um problema prévio ao da modulação sináptica e do refazer dos mapas cerebrais pela experiência; a montante destes mecanismos, porque dependendo de estruturas do tronco cerebral que fazem a gestão da vigília e impõem um “pace-maker” neurotransmissor às porções anteriores do córtex, muito estruturado no soma e na herança genética da cada um.

É porque me parece que a atenção, mesmo modulável “top-down” a partir dos conteúdos e da história de cada um, está ancorada em ritmos muito básicos de vida dependentes de neurotransmissão “bottom-up”, que o problema das perturbações da atenção, mais do que os das outras perturbações específicas do desenvolvimento de que fala Isabelle Rappin, não é abordável no puro plano do refazer mapas, como se de uma neurose se tratasse, mas no plano do “fuel”, da energia capaz de carregar os módulos que processam isso e muito mais.

(E é por isso também que tenho insistido que, não havendo contra-indicação, todos os meios necessários para recarregar as baterias, no tempo vulnerável do desenvolvimento, sejam utilizados, no sentido de otimizar as intervenções necessárias, todas as intervenções, as escolares, as familiares e as terapêuticas. As opções farmacológicas disponíveis actualmente não são droga, no sentido

em que não provocam habituação, dependência ou tolerância, e em situações de controlo clínico sério, quando realmente necessário, podem e devem ser usadas, não para dar algo que falte mas para permitir utilizar recursos próprios que em condições normais não podem ser utilizados. E nada disto é incompatível com outras, todas as outras abordagens, nomeadamente as de intervenção psicoterapêutica, que só ganha em ser feita em melhores condições de vigília/atenção. Porque não se trata de coletes químicos, de ansiolíticos ou de neurolépticos, com todos os problemas resultantes de ocultação de dificuldades ou de transitoriedade de efeitos, nem de tratar comportamentos, mas de “energizar” e permitir uma melhor utilização dos recursos de cada um).

Um provérbio chinês alerta para os perigos de simplificar o que é complexo. Um risco maior quando não há diálogo entre diferentes abordagens dos mesmos problemas clínicos. No plano teórico, ver-se-á no futuro. Mas no plano do acompanhamento concreto, de cada caso, sente-se no presente, de forma cada vez mais clara.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual for the Classification of Mental disorders* (4th ed.). Washington, DC. American Psychiatric Press.
- Anderson J. (1996). Is childhood hyperactivity the product of western culture? *The Lancet*, 348, 73-74.
- Brown, T.E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing Inc.
- Castellanos, F.X., Tannock, R. (2002). Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: The search for endophenotypes. *Nat. Rev. Neurosc.*, 3, 1-12.
- Christakis, D.A., Zimmerman, F.J., DiGiusepe, D.L., & McCarty, C.A. (2004). Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics.*, 113, 708-713.
- Damásio, A. (1999). *The feeling of what happens*. New York: Harcourt Brace & Co.
- DeLong, G.R. (2003). Disorders of memory in childhood with a focus on temporal lobe disease and autism. In S.J. Segalowitz & I. Rapin (Ed.), *Child Neuropsychology* (pp. 731-751). Amsterdam: Elsevier.
- Fan, J., Fossella, J., Sommer, T., Posner, M.I. (2003). Mapping the genetic variation of the executive attention onto brain activity. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*, 100(12), 7406-7411.
- Fan, J., Wu, Y., Fossella, J.A., & Posner, M.I. (2001). Assessing the heritability of attentional networks. *BMC Neurosci.*, 2(19), 14.
- Gillberg, C. (1995). *Clinical Child Neuropsychiatry* (Chapter 8). Cambridge University Press.
- Hobson, J.A. (2001). *The dream drugstore – Chemically altered states of consciousness*. Cambridge (Massachusetts) MIT press.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., et al. (2004). Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am. J. Psychiatry.*, 161, 2014-2020.

- Levitt, P., Harvey, J.A., Friedman, E., Simansky, K., & Murphy, E.H. (1997). New evidence for neurotransmitter influences on brain development. *Trends Neurosci.*, 20, 269-274.
- Posner, M., & Marcus, E.R. (1994). *Images of Mind* (Chapter 7, Networks of Attention, pp. 153-180). New York: Scientific American Library.
- Posner, M.I., & Peterson, S.E. (1990). The attention system of the human brain. *Ann. Rev. Neurosci.*, 13, 25-42.
- Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: II Empirical research findings. *J. Child Psychol. Psychiat.*, 40(1), 19-55.
- Solanto, M.V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: A review and integration. *Behavioural Brain Research*, 94, 127-152.
- Sonuga-Barke, E.J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD; a dual pathways model of motivation and cognition. *Behav. Brain Res.*, 130, 29-36.
- Snoek, H., van Goozen, S.H., Matthys, W., et al. (2002). Serotonergic functioning in children with oppositional defiant disorder: A sumatriptan challenge study. *Biol. Psychiatry*, 51(4), 319-325.
- Tannock, R. (2003). Neuropsychology of attention disorders. In S.J. Segalowitz & I. Rapin (Eds.), *Child Neuropsychology* (pp. 753-784). Amsterdam: Elsevier.

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorders are developmental disorders with known genetic dependency that present unique features of marked temporal variation (and also great prevalence of co-morbidities). Rather than hyperactivity or impulsivity, it looks that inattention is the most important trouble from the clinical point of view. Long lasting relevance on hyperactivity as a nuclear deficit does not appear to have contributed significantly to better understanding of these disorders. Attention needed for school tasks is an anterior brain function, dependent on prefrontal inhibitory control. Understanding the influence of body states on cognitive states and, ultimately, on cerebral plasticity seems very important for useful planning of therapeutic strategies. Multimodal therapy should be subject to close, team monitoring.