

A atenção que falta e a atividade que sobra

Reflexões sobre o ADD-ADHD

Silvia Elena Tendlarz

O que acontece quando uma criança não aprende porque se desconcentra, perturba a sala de aula, esquece o que aprende, se distrai, se desorganiza, não conclui suas tarefas e fundamentalmente não mantém a atenção em suas atividades escolares ou em outras atividades? Na atualidade, o *Manual DSM IV* tem um nome para isso: trata-se de um “transtorno por déficit de atenção”, usualmente conhecido como ADD por suas siglas em inglês (*Attention Deficit Disorder*). E se ao ADD se agrega uma grande atividade, o quadro passa a se chamar: “transtorno por déficit de atenção com hiperatividade”, ADHD (*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*).

No âmbito da Saúde Mental, verifica-se, hoje, um impulso para a prescrição de medicamentos, nesse caso, a *Ritalina*, um dos nomes comerciais do *metilfenidato*. A generalização do diagnóstico de ADD ou de ADHD tem levado ao aumento desmedido da medicação receitada para crianças, alarmando os próprios serviços sanitários. Nos Estados Unidos, por exemplo, em 1987, foram diagnosticadas com esse quadro 500.000 crianças. Dez anos depois, em 1997, a cifra aumentou para 4.400.000 crianças.

Na realidade, não se trata apenas de um diagnóstico que levaria a uma discussão terminológica, pois o que está em jogo é tanto uma ideologia acerca do que se espera de uma criança, como um efeito de mercado de consumo por parte dos laboratórios, e, ainda, uma série de tratamentos condutistas (behavioristas) e cognitivistas associados, que se apoiam em um mapa cerebral. Tudo isso nos leva a interrogar sobre a natureza desse diagnóstico e de qual perspectiva a psicanálise pode examiná-lo.

1. O nascimento do ADD-ADHD

O diagnóstico ADD tem sua história. O conceito de “atenção” muito cedo foi considerado, tanto nas elaborações relativas à inteligência da criança (medição da atenção da criança ou, mais precisamente, sua “falta de atenção”), como nos diagnósticos feitos durante a infância para avaliar um possível autismo.

Por outra parte, a “hiperatividade” também tem seus antecedentes. A “instabilidade motora” (Ajuriaguerra), a “criança turbulenta” (Wallon), a “síndrome hipersinética” (Abramson) são alguns de seus precursores. Em síntese, a “agitação” dos “alienados” é o diferencial encontrado pela psiquiatria clássica para descrever o corpo que sai dos limites.

A partir dos anos 20, no século XX, desenvolveram-se duas correntes opostas. Por um lado, a francesa, que propõe um estudo psicodinâmico e examina a instabilidade psicomotora como uma manifestação sintomática de um transtorno ansioso ou como uma defesa maníaca frente à depressão. Por outro, a corrente anglo-saxônica, que, por sua vez, desenvolve uma concepção neurológica da qual se depreende o diagnóstico de “lesão cerebral mínima” (Strauss; Lethinen, 1947). Inicialmente, considerou-se que um dano orgânico cerebral de origem infecciosa, ou de outra origem, prejudicava o processo de aprendizagem e causava transtornos neuromotores. Porém as críticas à concepção da lesão cerebral e a impossibilidade de detectá-la fizeram com que, em 1962, o quadro passasse a denominar-se “disfunção cerebral mínima”.

Wender, em 1971, reúne, nesse diagnóstico (MBD, *Minimal Brain Dysfunction*), a hiperatividade, o transtorno de atenção e de percepção, as dificuldades de aprendizagem, a impulsividade e os transtornos afetivos, podendo a disfunção ser reativa ou sintomática.

Em 1980, surge o diagnóstico da síndrome de déficit de atenção no *Manual de Psiquiatria DSM III*. O déficit de atenção e hiperatividade se inclui a partir de 1987 com o *DSM III-R*. O *DSM IV* considera uma distinção entre três tipos de transtorno por déficit de atenção com hiperatividade: com predomínio da falta de atenção, de hiperatividade-impulsividade e um subtipo combinado. O segundo e o terceiro tipos abrangem a maioria dos casos de ADD-ADHD em crianças. Essa concepção compreende quadros de ADD residuais em adultos que vivenciaram ADD na infância ou na adolescência.

2. O uso do diagnóstico

O MBD é o diagnóstico que, de alguma maneira, dez anos antes, absorve essas problemáticas e já é considerado desde a perspectiva do transtorno cognitivo. De fato, no CIE-10, Classificação Internacional de Enfermidades, de uso habitual na Europa, estabelece-se o diagnóstico de síndrome hipersinética, que se aproxima da disfunção cerebral mínima, e isso determina que o quadro seja menos frequente que nos Estados Unidos.

O que acrescenta o ADD-ADHD e que consequências acarreta?

Em primeiro lugar, na etiologia do ADD, o dano cerebral tem um papel menor. Em seu lugar, aparecem os déficits neuroquímicos que se considera que podem ser tratados por meio de uma medicação adequada. Os neurotransmissores do tipo

catecolaminas, especialmente noradrenalina e dopamina, são os que atuam na regulação do córtex frontal. Eles estando alterados, considera-se que os estimulantes, como o metilfenidato e a anfetamina, modificam a sua concentração e melhoram, assim, o rendimento da criança.

A psicofarmacologia infantil surge em 1937, quando Bradley mostra as “vantagens” do uso da anfetamina em crianças com transtornos de conduta. O *metilfenidato* se torna, assim, o parceiro ideal do ADD-ADHD e do imperativo de encaixar a criança em uma educação normal com a conduta socialmente adaptada.

A versão do *DSM III* apresenta a alteração da atenção como o transtorno essencial do quadro. A “hiperatividade” que o *DSM IV* introduz comporta uma dupla entrada: cognitiva e comportamental. Para o cognitivismo, não se trata apenas de um déficit de atenção, mas de uma alteração central. A hipótese de origem genética também é estudada.

A hiperatividade e a impulsividade podem predominar alternadamente. A hiperatividade, nas crianças pequenas, é identificada por meio do não poder parar quieto ou do falar em excesso; nos adolescentes, apresenta-se como a dificuldade manifestada na realização de tarefas sedentárias.

Não obstante, o diagnóstico diferencial também se impõe, e o *DSM IV* aponta para a necessidade de distinguir esse quadro dos comportamentos próprios da idade, em crianças ativas (sobretudo muito pequenas), do atraso mental, da ingerência de ambientes pouco estimulantes e, finalmente, dos quadros de psicoses, denominados, nesse *Manual*, “transtorno generalizado do desenvolvimento”. Por outra parte, a distração, a hiperatividade e a impulsividade têm que se manifestar antes dos sete anos e se mostrar evidentes em dois ou mais ambientes diferentes, não em apenas um lugar, como, por exemplo, na escola ou em casa. Isso significa que não é suficiente que a criança tenha problemas apenas na escola para fazer o diagnóstico. É necessário que essas perturbações apareçam em outros lugares.

Nos casos estudados, os distintos itens do *Manual* são utilizados para diferenciar cuidadosamente um de outro, porém é aí que as fronteiras entre os quadros vacilam e os limites que se tenta estabelecer cambaleiam. O chamado “transtorno antissocial” se mescla com o “transtorno negativista desafiante” (que é sua manifestação leve), e, assim, por exemplo, na criança chamada “sem freios”, se constatam dificuldades para distingui-los do ADD.

O caso paradigmático, apresentado no *Manual*, é o de Eddie, um menino de nove anos que não para de mover-se nem de falar na sala de aula. Desde pequeno, não foi aceito na creche por seu comportamento e terminou em um programa especial de conduta para crianças de primeiro e segundo períodos. No momento da publicação de casos no *Manual*, o menino estava matriculado em uma escola comum, entretanto era incapaz de esperar sua vez e, por sua impaciência, perturbava continuamente a sala, não podia concentrar-se e sua atenção era inexistente.

O resultado de sua avaliação foi a prescrição de medicamentos com um estimulante, *metilfenidato*, a doses baixas, que melhorou sua conduta e sua atenção.

Conclui-se, a partir desse exame, que o diagnóstico de ADD é correlativo à administração de uma medicação específica, com a qual se espera que a criança alcance o rendimento esperado e não incomode mais. Isso deve ser levado em conta, visto que o uso indiscriminado de medicações em crianças diagnosticadas com ADD-ADHD, sobretudo em crianças pequenas, especificamente contraindicadas no *DSM IV*, encontra-se seriamente colocado em questão por seus eventuais efeitos colaterais e pelo sobrediagnóstico, que não considera o contexto da emergência sintomática nem a presença de outras patologias mais severas (ver *A nação on-line*, 10 de setembro de 2005).

3. Do lado do cognitivismo

O cognitivismo tem uma resposta para o ADD: trata-se de um transtorno da função executiva. Disso decorre que a proposta neurocognitiva parte de medições cerebrais e objetiváveis experimentalmente. “De outro modo — dizem Artigas-Pallarés e seus colaboradores no texto *Comorbilidad em el TDAH* — a possibilidade de especulação é ilimitada e sustentável unicamente com base em sistemas fechados, rígidos e dogmáticos, como ocorre com a psicanálise e a versão ingênua do condutivismo.” O método experimental cognitivo pretende, assim, deixar para trás as explicações obsoletas da psicanálise, em nome do avanço científico que indica que o ADHD tem como etiologia um transtorno da função executiva derivada da atividade do córtex pré-frontal.

E, assim, a antiga etiopatogenia orgânica da enfermidade da “disfunção cerebral mínima” retorna através do cognitivismo, que, mais que tratamentos, propõe medicações, localizações cerebrais e condicionamentos que modifiquem a conduta. Tudo isso sobre a base da informação recopilada através dos pais, professores e testes

elaborados especialmente para esses fins, que não levam em conta as subjetividades envolvidas naqueles mesmos **sujeitos** que tratam de quantificar a conduta da criança.

O ponto essencial é que as alterações cognitivas que produzem a disfunção executiva afetam a geração de condutas **com determinadas finalidades**: a resolução de problemas, **o desenvolvimento da habilidade** para prestar atenção e sua flexibilidade, a inibição de tendências espontâneas que conduzem a um erro, a resistência à distração, a capacidade para manter uma conduta durante um período de tempo relativamente grande, e, finalmente, alteram a habilidade para organizar e manejar o tempo.

Entretanto, de acordo com **essa** perspectiva de Barckley, teórico **dessa** orientação, os transtornos do lóbulo frontal e de suas funções produzem diversos sintomas pela falta de controle sobre a conduta. **Esse** transtorno pode encontrar-se também em outras patologias. **Isso** é explicado como “comorbidade”.

Apesar do **cuidadoso** diagnóstico inicial de separação de quadros, o conceito de comorbidade, que **se origina** do cognitivismo, leva a confundir o ADD-ADHD com alguns quadros de psicoses apresentados no *DSM IV*, tais como os transtornos generalizados do desenvolvimento, a síndrome de Asperger e o autismo, entre outros. De fato, existe uma série de sintomas que **se aproxima** do autismo, como as condutas estereotipadas, os transtornos da linguagem, a pouca flexibilidade mental e a dificuldade na interação social. Assim, **defende-se que** as estereotipias das crianças hiperativas que mais se aproximam daquelas próprias ao autismo são: o movimento repetitivo das mãos, o dedilhar dos dedos, o balanço da cabeça e a repetição monótona de sons. Outras vezes, a criança com ADHD, em sua forma de falta de atenção, em lugar de ser extremamente falador, é sumamente calado. Aproxima-se, assim, ao mutismo seletivo, também relacionado com a síndrome de Asperger.

Todas essas apreciações conduziram à proposta de que, possivelmente, exista um contínuo entre o autismo com retardo mental severo, o autismo clássico de Kanner e o ADHD. De fato, a alteração da função executiva é postulada pelo cognitivismo como uma das causas do autismo. Por isso, Artigas-Pallares e seus colaboradores consideram que esses déficits podem servir para explicar tanto sintomas do autismo como do ADHD. Para resolver o problema do tratamento, propõe-se que se administre metilfenidato a uma criança com o diagnóstico de autismo, se este apresenta manifestações típicas de TDAH. A dislexia também é considerada dentro da comorbidade, posto que uma parte das crianças com ADHD mostra, como primeiro sintoma, dificuldades fonoaudiológicas, atraso na linguagem ou ambos os problemas.

Tais crianças correm um elevado risco de apresentar dificuldades na aprendizagem da leitura-escrita.

Tudo isso permite concluir que o diagnóstico de déficit nunca foi um bom critério, caracterizando-se por recorrer, inevitavelmente, ao uso de medicação e a terapias comportamentais como paliativos. As crianças se tornam “todas educáveis e medicáveis”, em nome da cura do sintoma, sem se levar em conta a causa e o tratamento singular que convocam.

4. Um corpo que palpita por fora do simbólico

A proliferação, na contemporaneidade, de um diagnóstico que propaga o uso necessário de medicação psicofarmacológica é a expressão de uma medicalização da educação e de uma transformação na concepção acerca do que consiste educar e do que seja uma criança. O ideal do êxito marca a luta desenfreada contra o fracasso escolar, esquecendo-se, durante esse percurso, de que não há um *até* escolar através do qual tudo é dito acerca de uma vida por vir.

A pressão dos laboratórios, o uso indevido dos psicofármacos, o impulso à quantificação, a arbitrariedade diagnóstica confiada a questionários aplicados por pais e professores não são mais que a demonstração de uma distorção na abordagem do sujeito que busca a consulta ou é conduzido a ela por seu sofrimento.

Essa orientação, da qual o cognitivismo, pela via do tratamento cognitivo-comportamental, se torna o baluarte do adestramento e da medição, não se dirige mais ao sujeito do inconsciente, mas a um sujeito da aprendizagem, ao qual deve avaliar, educar e corrigir, para que responda aos critérios de normalidade impostos pelo discurso do mestre. Uma expressão contemporânea de peso desse impulso à norma ideal é o projeto de lei francês que, como modalidade de prevenção contra a delinquência, pretende estabelecer um diagnóstico precoce por meio de um “carnê de comportamento” (*A nação*, terça-feira, 7 de março de 2006). O transtorno de comportamento (*Conduct disorder*), diagnóstico que se segue ao ADHD, é o antecedente dos “ladrões de cubos”, futuros criminosos. Ambos os diagnósticos têm um mesmo e único destino: a reeducação, para que subsista o ansiado “mundo feliz”.

O essencialmente desatento, nessa perspectiva, é o sujeito que não pode reduzir-se ao tratamento egóico educativo que segue alinhamentos universalizantes. Além disso, trata-se de convite ao consumo. A solução proposta pelos psicofármacos nos transforma em consumidores e nos impulsiona a nos apropriarmos da solução médica

indiscriminadamente, sem considerar cada caso em particular. Reeducação e medicamentos é a combinação componente da fórmula que, em nome da ciência, forclui o sujeito.

Em verdade, trata-se de uma criança que se distrai pelos significados que marcam sua história, subtraindo-os das tarefas educativas, fazendo-os perambular em suas fantasias, deixando-os cativos da pregnância das relações imaginárias com os outros, ou transformando-os na presa de um corpo de gozo, que trasborda com uma hiperatividade desenfreada. O veredicto de ADD-ADHD nada diz acerca de sua conjuntura subjetiva, de sua relação com a aprendizagem, nem tão pouco tudo acerca de um corpo que palpita fora do limite simbólico.

A dificuldade na operação de *separação* da criança chamada “hiperativa” retorna no real do corpo na forma de uma agitação maníaca que traduz, segundo uma justa expressão de Lacan, “a insurreição do objeto *a*”. A falha simbólica dá lugar ao excesso que se revira no corpo, impedindo que a criança mantenha sua atenção ou que possa deter-se o tempo suficiente para concluir suas tarefas.

“Pode perder-me?”, parafraseia Lacan o dizer da criança para nomear a operação lógica de separação. A verdadeira perda, então, não atrai tanto a atenção nem o fracasso da atividade. Antes o contrário, é o retorno, no corpo, de uma desordem simbólica.

A psicanálise convida a dirigir-se ao sujeito, um por um, para que seu sofrimento encontre uma saída que lhe seja própria, fora do que falta ou do que sobra.

DE AJURIAGUERRA, Julián. , Barcelona: Masson, 2000.

ARTIGAS-PALLARES, J. GARCÍANOVELL, K. RIGAU RATERA, E. “Cormobilidad en TDFHD”, II Cngreso International de Neuropsicología en Internet.

Manual DSM IV y DSM-IV. Libro de casos.

ROY, D. y M. “Hyperactivité: ordre ou désordre”, *La cause freudienne* 58, Paris, oct. 2004.

TRANSIT, R. “the ordering of attention. The discourse of developmental theory and ADD”, en internet.

Tradução: Aline Figueiredo
Revisão: Ana Lydia Santiago

