

# psicologia:

Al llarg dels anys, s'han utilitzat diferents terminologies per fer referència als nens amb un Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat (TDAH) i hi ha hagut dificultats per definir i avaluar aquest trastorn.

## Introducció i definició del terme

La primera terminologia utilitzada va ser la de “nen inestable” per Bourneville al 1897, que descrivia uns nens intranquils, impulsius i amb conducta destructiva. No va ser fins al 1902 que Still va parlar d'un problema de falta d'atenció, a part de la presència d'hiperactivitat, dificultats d'aprenentatge i problemes de conducta, utilitzant el terme de “defectes en el control moral”. Posteriorment, al 1962, Clements i Peters van introduir el concepte de “disfunció cerebral mínima”, que suggeria una base neurològica al trastorn. A partir de 1970, sorgeix el concepte de “dèficit d'atenció” amb o sense hiperactivitat. Actualment, s'utilitzen dos termes per referir-se a aquests nens: Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat, del *Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals (DSM-IV)*, i trastorn hipercinètic, terminologia utilitzada en la desena revisió de la Classificació Internacional de les Malalties de l'Organització Mundial de la Salut (*CIE-10*).

Els nens amb un TDAH presenten una gran distractibilitat o dèficit d'atenció, un excés d'activitat per l'edat madurativa i un mal control de la impulsivitat. Aquest quadre clínic apareix abans dels 7 anys i probablement abans dels 4, i tindrà, com a mínim, 6 mesos d'evolució, però la màxima prevalença es troba en els nens de 6 a

9 anys. La relació segons el sexe del nen és de 4:1, amb més prevalença masculina. Es manifesta en dos o més ambients: a casa, a l'escola o en altres situacions socials. A més a més, ocasiona una afectació social, acadèmica o laboral del nen o adolescent.

Segons la manifestació predominant d'una simptomatologia o altra, es podrà classificar el nen en tres subtipus:

- Combinat, quan hi ha simptomatologia tant de dèficit d'atenció com d'hiperactivitat-impulsivitat.
- Amb predomini de dèficit d'atenció.
- Amb predomini d'hiperactivitat-impulsivitat.

## Simptomatologia

• Els símptomes es mostren tant a casa com a l'escola i sempre coexisteixen amb altres trastorns, que poden ser múltiples i diversos:



# ANOTACIONS SOBRE EL TDAH

- El 50%, amb dificultats de coordinació i malaptesa, no neurològica.
- El 60%, amb trastorns d'oposició i, en nens més grans, trastorns de conducta.
- Amb depressió i ansietat.
- Amb tics (en la hiperactivitat).
- Drogoaddicció, a l'adolescència.
- Canvia freqüentment d'una activitat incompleta a una altra.
- Realitza activitats excessivament sorolloses.
- Puja a tots els llocs, sempre està en moviment i no és capaç d'estar-se assegut quan la situació ho requereix. Aquest excés d'activitat habitualment no té una finalitat concreta.



## El nen intenta treure fora les sensacions no plaents i la tensió projectant a la persona que té més a prop

- Li costa seguir les instruccions (no per negativisme ni perquè no ho hagi entès, sinó perquè es distreu), no escolta quan se li parla, parla excessivament, es distreu fàcilment per estímuls insignificants, interromp constantment.
- És propens als accidents i a ocasionar-los (trenca objectes, topa amb persones).
- A l'escola, l'educador es troba amb un nen que no presta atenció, no acaba les tasques i, a més a més, és desorganitzat i descuidat. Perd o es deixa a casa els deures i altres objectes que necessita per als treballs escolars. A l'escola sol interrompre sovint el mestre i els companys. Respon precipitadament abans que acabin de formular les preguntes i no sap esperar el seu torn en les tasques de grup. Li costa estar-se assegut, es retorça movent-se i manipula constantment objectes. Intenta evitar activitats que requereixin un treball continuat o un esforç mental

de concentració, a causa de la seva dificultat per mantenir l'atenció.

- Amb els companys, té dificultat per seguir les regles d'un joc estructurat, li costa saber esperar el seu torn i sol interrompre el joc dels altres.
- És fàcil veure'l en activitats potencialment perilloses, no com a desafiament, sinó per la seva impulsivitat.
- No escolta els altres nens i canvia constantment de conversa. Els nens amb TDAH poden ser rebutjats pels seus companys, però en ocasions són molt estimats, ja que no tot és negatiu en ells.

## Els nens amb un TDAH presenten una gran distractibilitat o dèficit d'atenció, un excés d'activitat per l'edat madurativa i un mal control de la impulsivitat

- Sol tenir una gran expressivitat afectiva i ser sensible, sincer i ingenu.
- Intenta treure fora les sensacions no plaents i la tensió projectant-les a la persona que té més a prop, normalment la mare. Si aquesta o la persona que en té cura no pot recollir aquesta projecció i no ho retorna amb mostres de contenció i amor, no solament

no el tranquil·litzarà, sinó que el farà sentir pitjor.

- El nen amb TDAH té un món de fantasies immadures, no ha pogut integrar la representació mental de sentir-se completament diferent dels altres amb qui es relaciona, ni ha arribat a tenir una representació mental integrada dels aspectes bons i dolents de les persones i les situacions. Espera que l'altre compleixi totes les seves expectatives i desitjos. Si se'l limita o contradiu, sent una frustració insuportable que amenaça la seva autoestima i la relació amb la persona involucrada.

diferent, que defensa que la hiperactivitat no té a veure amb res orgànic (cerebral), sinó que té a veure amb les primeres relacions objectals, relacions dificultoses o “carençades” en els primers moments de vida. L'etiopatogènia no és del tot ben coneguda, però es considera multifactorial i alguns parlen de predisposició neurobiològica. Clàssicament, s'ha considerat una possible lesió cerebral, per patologia perinatal o per infeccions tipus encefalitis, que ocasionaria anomalies funcionals en els sistemes de processament de la informació que rep el nen, de tal forma que no hi hauria una selecció o filtre adequat



## Etiologia

Possiblement les dificultats d'índole diversa, en les primeres relacions objectals, en els moments en què la maduració cerebral està en desenvolupament, poden afectar la maduració i engranatges cerebrals.

S'han fet molts estudis cerebrals que defensen les causes biològiques, i hi ha la versió

dels estímuls i, per tant, per ell seria com un bombardeig continu d'informació, del qual no seria capaç de seleccionar el que és rellevant del que és irrellevant.

Però cal tenir present com és la relació i estimulació en l'infant dels primers temps de vida, cosa que ajudarà o dificultarà la seva maduració cerebral. Si hi ha dèficit d'atenció i hiperactivitat, malaptesa, o problemes en la parla i el llenguatge, hi pot haver trets

autístics i en alguns casos retard mental, encara que no té relació directa. A vegades hi ha TDAH en nens amb Quocient Intel·lectual (QI) 70-80, i també podria passar en nens amb un QI molt alt, en què hi hagi dèficit

**Amb molta freqüència els nens hiperactius tenen una mare més necessitada de ser atesa que no pas d'atendre**

d'atenció per avorriment. En estudis fets amb bessons, en 3/4 dels casos podria semblar genètic, però no tot és genètic, també hi poden haver influències per prematuritat, per fumar durant l'embaràs, per accidents prenatals, etc. També cal veure la influència de la situació psicosocial o la criança difícil, que poden comportar trastorns de conducta.

Molts autors consideren que, per diagnosticar la hiperactivitat i trobar les causes que la determinen, hem d'estudiar les primeres relacions i explorar detalladament els vincles amb la mare i, al mateix temps, valorar la presència del pare, tant en la mare com en el fill, la triangulació, com també les relacions que han tingut els pares amb els seus propis pares. Brown i Goldman assenyalen que les primeres manifestacions del TDAH les hem de trobar en els primers temps de vida del nen, i les intervencions terapèutiques van dirigides a modificar precisament aquestes primeres relacions del nen amb els seus pares. Brown és el primer autor que ens parla de la hiperactivitat adulta com a conseqüència del TDAH infantil no resolt.

Berger proposa dues hipòtesis: la primera, una falla en la relació amb l'objecte primari,

que comportaria un *holding* defectuós, segons la forma com tinguem cura del nen, físicament i mentalment, en els primers mesos de vida. Amb molta freqüència els nens hiperactius tenen una mare més necessitada de ser atesa que no pas d'atendre, una mare que no havia estat suficientment atesa per la seva pròpia mare i amb dificultats per portar a terme les funcions maternals. Les mares dels nens hiperactius molt sovint no poden introjectar uns pares contenidors, uns pares capaços de processar l'ansietat i estimular el creixement. Senten que l'experiència amb ells va ser deficient o poc satisfactòria, ja sigui perquè les seves mares van ser malaltes mentals o perquè van patir la mateixa carència d'amor i seguretat. Acostumen a ser mares amb un jo dèbil i poc capaç, que no els permet defensar-se de les contradiccions i dificultats del dia a dia.

La parella escollida per la mare, el pare del nen hiperactiu, sol estar acostumat a ser protegit i cuidat pels seus pares, tampoc ha desenvolupat el seu jo, no és prou fort per contenir les seves pròpies necessitats i les de la seva parella, i queda desbordat davant les demandes del seu fill. Parlem, doncs, de



pares més necessitats de ser cuidats que preparats per exercir la funció paterna. La segona hipòtesi de Berger seria una dificultat per estar sol en presència de l'altre. El nen ha de superar una primera etapa, que és la de po-





der representar-se a l'altre com un objecte absolutament diferent de si mateix, període en què es desenvolupa la capacitat d'estar sol en presència de l'altre. El nen pot estar en el seu món sense que això li comporti perdre la presència de la mare, sentir-la disponible, buscar-la amb la mirada o la veu, quan l'ha pogut incorporar com a un objecte bo. L'evolució ha de transcórrer des de la indiferència inicial cap a una separació self-objecte, una separació-diferenciació que es dona en els aspectes físic i mental.

## Tractament

Pel diagnòstic s'utilitzen diferents qüestionaris estandarditzats i els manuals diagnòstics DSM-IV i CIE-10. El tractament més efectiu serà aquell que combini la psicoteràpia individual i tan precoç com sigui possible, amb l'atenció als pares i l'assessorament a l'escola. A més, quan es consideri convenient, caldrà un tractament psicofarmacològic, segons la simptomatologia. La importància i efectivitat terapèutica de l'abordatge familiar en aquest tipus de pacients, en què la investigació en el marc del procés psicodiagnòstic proporciona un important nombre d'indicadors psicopatològics en la dinàmica familiar (sense poder afirmar que en són la causa exclusiva) ens revelen una significativa importància com a predisposants, desencadenants, que mantenen i agreugen la síndro-

me. No podem oblidar que els primers vincles que estableix el nen amb els seus pares són estructurants de la personalitat i, si podem abordar-los en la primera infància i modificar-los a temps, és probable que puguem evitar perpetuar el trastorn del TDAH en l'adolescència i en la vida adulta.

## Conclusió

El Trastorn per Dèficit d'Atenció amb Hiperactivitat és una entitat psiquiàtrica freqüent en la infància, encara que molt sovint hi ha nens que són diagnosticats amb aquest trastorn i no el pateixen realment, doncs darrere la simptomatologia poden haver-hi altres causes o patiments no diagnosticats de forma adequada.

**Eulàlia Ruiz Farré**  
Psicòloga Clínica



## Bibliografia

- CAMPO, A. J.; RIBERA, Y. C. *Hiperactividad. Depresión. Ambiente depresivo*, dins **El juego, los niños y el diagnóstico. La hora de juego**. Barcelona: Paidós (1989).
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales**. Barcelona: Masson (1995).
- EDDY, S. L. *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*, dins **Acta Pediátrica Española** núm. 57, vol. 9 (1999).
- GILBERT, C. *Evolució i desenvolupament dels nens amb TDAH*, conferència del congrés realitzat a Lleida (2004).
- GRUP DE PSICOTERÀPIA PSICOANALÍTICA DE NENS I ADOLESCENTS. *Hiperactivitat: abús del terme?*, dins **Revista Infància** núm. 161, pàg. 35-39 (2008).
- ICART, A.; RIBALTA, T. *Intervención precoz en la prevención del trastorno hiperactivo. Una modalidad de psicoterapia familiar breve*, dins **Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente** núm. 6, pàg. 85-96 (2005). núm.6, 85-96.