

«A Hiperactividade na Criança: Doença ou Mal-de-Viver?» *

EMÍLIO SALGUEIRO

Pedopsiquiatra e Psicanalista

Resumo

O autor procura clarificar o que aproxima e o que separa a pediatria da pedopsiquiatria e da psicanálise. Centrando-se na hiperactividade da criança, mostra os riscos de uma sobrevalorização orgânica do sintoma, desligado da compreensão do seu nexos com a situação global da criança, em especial, com a sua matriz familiar.

Palavras-chave: Hiperactividade; Irrequietude; Leucotomia; Pediatria; Pedopsiquiatria; Psicanálise; Matriz familiar.

Abstract

The author tries to establish the difference and the complementarity between paediatrics on the one hand, and child psychiatry and psychoanalysis on the other.

As an example, he shows the dangers of only paying attention to the somatic aspects of the hyperactive child, leaving aside the understanding of the child's global situation, in particular the matrix of his family.

Key-words: Hyperactivity; Restlessness; Leucothomy; Pediatrics; Child Psychiatry; Psychoanalysis; Matrix of the family.

I

«*Que espera a psicanálise do pediatra?*», interrogava-se Sigmund Freud, na sessão de 17 de Novembro de 1909, da Sociedade Psicanalítica de Viena ^(1, 2).

«*Que espera a psicanálise do pediatra? Podemos dar como resposta genérica que espera dele a sua justificação e a sua verificação*». E prossegue Freud: «*Todas as coisas que afirmamos têm a sua origem na infância mas, como é sabido, não foram descobertas na própria criança [mas sim no adulto]; não podem, por isso, considerar-se como estabelecidas sem que antes tenham sido confirmadas pelo pediatra*».

Defende Freud o valor da observação contínua da criança, feita tanto pelo pediatra como pela família, na elucidação de questões fundamentais levantadas pela psicanálise:

- O desenvolvimento normal da criança atravessa realmente as etapas que a psicanálise postula?
- Que parte desempenha a hereditariedade e que parte desempenha uma pseudo-hereditariedade, derivada das influências da família durante os primeiros anos de vida, na evolução da criança?
- Há alguma relação entre inferioridades congénitas e perturbações do desenvolvimento e desvios funcionais posteriores?

- Em que altura e de que modo um desvio funcional se transformará numa neurose instalada?

O pediatra, pelo acesso que tem à criança e à família, deve poder dar resposta a estas questões, ajudando a precisar as relações entre o somático e o psíquico. E acrescenta Freud: «*A nossa tarefa [da psicanálise] não é a de usurparmos o lugar da patologia orgânica, mas sim a de descobirmos a participação do psíquico, onde quer que ela exista*».

II

Em 1975, quase setenta anos depois de Freud ter levantado estes problemas, Anna Freud, filha dilecta e grande continuadora da obra do pai, retoma estas questões num artigo intitulado «**Em torno da interacção entre a pediatria e a psicologia da criança**» ^(3, 4).

Inclui na designação de psicologia da criança tanto a pedopsiquiatria como a psicanálise infantil, e vai descrevendo os laços naturais que, ao longo dos anos, se foram estabelecendo entre estas disciplinas e a pediatria.

Começa Anna Freud por sublinhar a necessidade de se defender uma aproximação integrada da criança, que contrabalance os efeitos das aproximações fragmentárias feitas pelas especializações – tanto pelas especializações médicas, focando sectores ou órgãos da criança com sub-valorização de tudo o resto, como pelas especializações observadas em instituições escolares e sociais, que procuram dividir a criança em corpo, afecto, intelecto e socialização, concentrando-se num dos sectores, e considerando os outros irrelevantes.

* Conferência proferida nas «III.ª Jornadas de Pediatra». Lisboa: Universidade Católica, 28 de Outubro de 1995.
Entregue para publicação em 96/01/26.
Aceite para publicação em 96/01/26.

A psicologia da criança deve valorizar a criança como um todo, procurando entender o psíquico à luz do somático e o somático à luz do psíquico, compreender a criança-em-si-própria à luz da criança-na-sua-família, das vinculações estabelecidas, e do «socius» de onde emergiram.

Anna Freud recorda o que o estudo aprofundado do primeiro ano de vida ensinou, nomeadamente de que os sentimentos de frustração, de raiva e de inquietação do bebé se exprimem através do corpo, em alterações do sono, da esfera alimentar e das funções excretórias, assim como sublinha que perturbações surgidas no corpo conduzirão a alterações do estado de humor, na excitabilidade e no grau de ansiedade do bebé.

O corpo do bebé, o predomínio de sensações de bem-estar ou de mal-estar, condicionará também inevitavelmente a qualidade da vinculação aos outros. Excesso de mal-estar conduzirá a um egocentrismo no corpo sofrido com exclusão dos outros, enquanto que um bem-estar de fundo permitirá um progressivo descentramento do corpo próprio e o emergir de um interesse pelo que o rodeia, a de um amor pelos outros.

Sublinha, também, Anna Freud, a necessidade de movimento da criança pequena: aos dois anos de idade, a motricidade constitui a via principal de descarga e canalização da energia psíquica construtora dos vínculos, tanto da energia amorosa como da energia agressiva. A criança pequena não gosta de ficar na cama, e a restrição de movimentos acarretada por uma doença, que obrigue a uma imobilização prolongada, pode afectar a construção da mente, expressa, por exemplo, em atrasos na linguagem.

Chama, ainda, Anna Freud a atenção para o que já se aprendeu sobre os efeitos nocivos de certas medidas médicas e de enfermagem no desenvolvimento harmónico da criança, e na necessidade de transformar estes conhecimentos em medidas concretas benéficas para a criança e para a família.

Recorda o sofrimento causado pelo afastamento da casa e da família, que os internamentos determinam; pelos isolamentos, por muito necessários que sejam considerados; pelas imobilizações forçadas, em especial pelas imobilizações das mãos, instrumentos privilegiados na descoberta e na apropriação da realidade; pela falta de respeito pelos seus sentimentos de pudor e de vulnerabilidade corporal; pelo insuficiente esclarecimento e preparação psicológica quando de intervenções cirúrgicas, ou de tratamentos dolorosos ou mutilantes.

Termina Anna Freud afirmando que ainda se está só no início do conhecimento mútuo, frutuoso, da psicologia infantil e da pediatria. As duas disciplinas têm de se aproximar muito mais uma da outra, antes das crianças poderem aproveitar plenamente das perspectivas que uma e outra vão abrindo.

III

Procuremos caracterizar um pouco melhor o que diferencia o modo como a **pediatria tradicional** se aproxima da criança do modo como uma **pedopsiquiatria**, centrada num conhecimento psicológico aprofundado da criança e das suas circunstâncias, o deverá fazer. Clarificadas as diferenças, mais facilmente se encontrarão as semelhanças e as pontes de união.

A pediatria tradicional partilha, com outros ramos da medicina somática, uma crença no valor absoluto da objectividade e na possibilidade de a atingir. As emoções são vistas como

perturbadoras do trabalho clínico, e procura-se uma colheita e uma valorização dos sinais e dos sintomas tão exacta quanto possível, quase como uma placa fotográfica os poderia registar. Com os dados colhidos constrói-se um quadro clínico, que se procura ajustar ou fazer coincidir com as entidades nosológicas reconhecidas. Daí decorrerá uma terapêutica e um prognóstico, de que se pretende eficácia e precisão. A racionalidade deve dominar todo o processo clínico.

Uma pedopsiquiatra que busque o seu cerne organizador na psicanálise, procura chegar a uma objectividade temperada pela subjectividade. A prática da valorização da subjectividade, do sentido e do imaginado, transforma-a num instrumento essencial na avaliação da realidade psíquica da criança.

As emoções da criança e dos pais, tanto as expressas como as pressentidas, fazem ressoar emoções complementares no próprio clínico, que as utilizará na compreensão das matrizes relacionadas onde se formaram os sinais e os sintomas, reveladores de um sofrimento psíquico específico.

O fio condutor das emoções, verdadeiro aliado do clínico, ajuda-o a dar sentido às constelações vivenciais encontradas, que nem sempre chegam à construção de quadros psicopatológicos bem estruturados – nem todo o mal-de-viver é psicopatológico.

O diagnóstico, a orientação e o prognóstico prendem-se, assim, à compreensão das constelações vivenciais, à introdução de um sentido que sirva de alavanca transformadora da situação.

O pedopsiquiatra crê no valor da intuição, que procura, depois, fundamentar, e evita cair nos dois «Erros de Descartes»: o da separação entre razão e emoção e o da distinção radical entre observador e observado.

O pediatra acredita que o essencial no campo somático é **mensurável**, e procura descobrir **elos de causalidade** entre os acontecimentos.

O pedopsiquiatra acha que o essencial no campo psíquico **não é mensurável**, e pretende descobrir **elos de sentido**.

Para poder intervir, o pediatra procura fundamentar uma explicação etiológica do quadro, enquanto o pedopsiquiatra procura fazê-lo a partir de uma compreensão global da situação, sem preocupações etiológicas essenciais.

IV

Extracto da história clínica de uma criança, inclui um artigo intitulado «**Talamotomia no comportamento hiperactivo e agressivo**», publicado numa *Confinia Neurológica* de 1970^(5, 6), da autoria do neurocirurgião O.J. Andy, do Centro Médico da Universidade do Mississippi, em Jackson, no Mississippi:

«*J.M., um rapaz de nove anos de idade, tinha convulsões e uma perturbação do comportamento (hiperactivo, agressivo, combativo, explosivo, destrutivo, sádico). Um pneumo-encefalograma mostrava uma marcada dilatação ventricular bilateral. O electroencefalograma era anormalmente lento. Quanto ao nível mental, o paciente situava-se na média. Foi efectuada uma talamotomia bilateral, primeiro à esquerda [12 de Janeiro de 1962], depois à direita, duas semanas mais tarde [30 de Janeiro de 1962]. A talamotomia direita foi repetida 8 meses depois [18 de Setembro de 1962]. O comportamento do paciente*

melhorou acentuadamente, o que permitiu voltar para uma escola de ensino especial. Após um ano, os sintomas de hiperactividade, agressividade, negativismo e combatividade foram reaparecendo lentamente. Foi efectuada uma fornecotomia três anos depois da intervenção inicial [15 de Janeiro de 1965]. Instalou-se uma perturbação da memória para os factos recentes, e o paciente tornou-se muito mais irritável, negativista e combativo. Como consequência, foi-lhe efectuada, um mês depois, uma talamotomia bilateral simultânea.. O paciente tornou-se novamente ajustado ao meio onde vive e tem mostrado uma melhoria marcada no comportamento e na memória. No entanto, sob o ponto de vista intelectual, o paciente tem vindo a deteriorar-se».

Têm sido feitas coisas terríveis às crianças turbulentas, irrequietas e impulsivas, uma das quais foi terem-na baptizado de hiperactivas ou hiperquinéticas – de crianças com um comportamento incomodativo, «mal educadas» no modo tradicional de dizer, **passaram a ser crianças doentes**.

E que doença gravíssima deve ser essa para se achar que para uma criança de nove anos, «hiperactiva, agressiva e combativa» como o J.M., só existe como solução a leucotomia! Por três vezes surge no relatório médico a palavra «combativo» como justificação para novas destruições da matéria nobre por excelência, o cérebro. Tal como a hiperactividade, será também a combatividade uma doença grave, a eliminar por qualquer meio?

Este rapaz de nove anos, após seis leucotomias, deixou de incomodar: ficou embotado sob o ponto de vista afectivo, deteriorado intelectualmente, mas deixou de incomodar. O autor considera que obteve um «*bom resultado*».

Mas quem era este J.M., de nove anos de idade? Que espécie de criança era ele? Como brincava? Com quem brincava? Quem eram os seus amigos? De que é que ele gostava? Em suma, como era o J.M., para além dos traços comportamentais sentidos como intoleráveis pelos adultos? Era «hiperactivo, agressivo e combativo» em todas as circunstâncias e para qualquer pessoa? Não tinha qualquer faceta simpática, não mostrava qualquer rasgo de humanidade? Era um monstro? Quem eram e como eram os seus pais? Em que família e em que meio social foi o J.M. criado? Como foi o seu percurso de vida, em especial os dois ou três primeiros anos? Onde está a tentativa, ainda que mínima, de compreensibilidade do J.M. e da sua trágica história pessoal? E, sobretudo, como se chegou a esta solução médica, ela sim monstruosa?

Como poderia ter sido o J.M., dadas outras circunstâncias? Que vai ser do J.M.?

V

Têm feito coisas terríveis às crianças irrequietas, como seja a de isolarem, sobrevalorizarem e patologizarem a sua necessidade imperiosa de deambulação, de não demorar muito tempo em nada do que empreendam.

Dizer que uma criança **sofre de hiperactividade** equivale a querer transformar abusivamente um traço comportamental numa doença, separando-o do resto do funcionamento e da personalidade da criança, tornando-o opaco a qualquer tentativa de se lhe atribuir um sentido. A hiperactividade é, assim, trans-

formada num inimigo a abater, em vez de ser tomada **por um aliado que nos quer alertar para um sofrimento, e que apela para a nossa tolerância, compreensão e intervenção**. A irrequietude representa um modo respeitável de uma criança reagir perante circunstâncias pessoais e familiares precocemente sentidas como intoleráveis, e de que ela procura escapar, evadir-se, sair. A necessidade de se afastar, de se ir embora, de deixar tudo, acaba por transformar-se num modo de ser permanente, pois todas as situações e encontros passam a ser sentidos como contendo o risco de se transformarem nas situações intoleráveis iniciais.

Mover o corpo só por si dá prazer, mas a motricidade tem como função primordial ajudar na descoberta do mundo: idealmente permitirá descobrir o mundo com prazer. É através da motricidade que a criança pequena se aproxima do novo, do interessante, do desejável, do seguro, assim como se afasta do já conhecido, do que perdeu interesse, do indesejável, do inseguro, do perigoso – a criança inquieta, quando irrequieta, está a exprimir, através do corpo, a sua desconfiança profunda em relação ao que a rodeia.

Assim como a irrequietude, para ser entendida, não pode ser separada do resto da criança, também a criança, para ser compreendida, não pode ser separada da família onde foi concebida, cresceu e se desenvolveu.

Donald Winnicott, pediatra e psicanalista, dizia «*There is no such thing as a baby*», querendo significar não fazer sentido pensar num bebé sem entrar em linha de conta com o seu complemento natural, concreto, a mãe. Não faz sentido pensar num bebé isolado, como não faz sentido pensar numa criança em si mesma, sem os seus complementos naturais, os pais. Mesmo connosco, adultos, os nossos alicerces são os que fomos capazes de ter construído com os nossos pais, nos momentos fulcrais do nosso crescimento e amadurecimento.

VI

Que nos revelam os antecedentes pessoais e familiares das crianças irrequietas?

São de diversos tipos as constelações familiares de onde podem emergir, mas é frequente surgirem-nos mães profundamente angustiadas e deprimidas, alternando ausência afectiva com um excesso de presença, que se torna instrutiva para a criança. Esta sente obscuramente que não estão a ser respeitados os seus limites pessoais, nem as suas necessidades crescentes de uma autonomização segura. Com esta hiper-presença e hiper-preocupação em relação ao filho, as mães procuram, de algum modo, aliviar a sua própria aflicção e sentimento de desamparo.

Por sua vez, os pais costumam ser personagens apagados em relação às mães, pouco eficazes ou mesmo demitidos nas suas intervenções, muitas vezes fisicamente ausentes, não servindo, assim, nem de apoio para a mulher, nem de referência vital, estabilizadora e protectora para o filho.

Nesta matriz relacional insuficientemente contentora da criança, e respeitadora das suas necessidades de segurança e de confiança consistente nos pais, a irrequietude surge precocemente. Logo que a criança atinge destreza na marcha, ao longo do segundo ano de vida, torna-se evidente uma permanente necessidade de estar em movimento, de se deslocar para todo o

lado e em tudo mexer, sem ligar a interdições ou a conselhos. É como se os pais tivessem deixado de ser a referência orientadora e tranquilizadora principal, e a criança tivesse decidido dar um Grito do Ipiranga precocíssimo, e «ir à vida», para o que obviamente não está preparada, nem tem recursos suficientes.

Por extensão, a criança adquire um modo de relacionamento sistematicamente fugidio, com as pessoas, com os brinquedos e com as brincadeiras: a fuga é uma fuga sem fim e sem solução.

Por vezes, estas crianças já mostraram dificuldades na esfera da alimentação – núcleo fulcral da relação mãe-filho – e têm, com frequência, o sono perturbado. Mostram grande dificuldade em se deixarem adormecer e em dormirem sem alguém ao pé, como se o corte com a realidade vigil contivesse um risco de serem abandonadas.

A linguagem é adquirida com atraso, pois que a irrequietude e a impersistência em tudo o que empreendem, impede-as de adquirir, com a profundidade suficiente, um conhecimento das pessoas e dos objectos, e dos modos relacionais como se podem unir, que permitisse a construção rápida da rede simbólica, subterrânea, onde a linguagem assenta.

A irrequietude, temperada por oposição e alguma agressividade, sobretudo para com as outras crianças, é muito mal suportada pelos pais e pelos outros educadores. Em regra, não é entendido o **apelo para uma contenção consistente e afectuosa** que está implícita na movimentação incessante, que tudo parece arrastar na sua esteira.

O ónus de toda a situação é descarregado sobre a criança, que assim vai vendo confirmadas as suas convicções profundas de desconfiança em relação à bondade das pessoas. Passa para um segundo ou para um terceiro plano o mal-de-viver daquela família onde a irrequietude emergiu. Todos os olhos se focam na actividade dispersa e incessante da criança: a irrequietude é, a certa altura, tomada como um equivalente do mal e, como tal, pedindo destruição!

Alternam-se punições e rigores disciplinares extremos, com períodos de ausência de frustrações ou limites, onde todos os desejos da criança são satisfeitos, nomeadamente a aquisição infanda de guloseimas e de brinquedos, rapidamente votados ao desinteresse.

Tudo se mostra ineficaz.

Recorre-se a médicos, procuram-se medicamentos: é preciso acabar a todo o custo com aquela agitação sem sentido.

Também os médicos, em regra, não entendem ser a hiperactividade a face evidente da depressão latente, ou do sentimento profundo de desânimo e de desespero existenciais, a que estas crianças procuram fugir. Agitam-se para não serem agarradas pela depressão que as persegue, pronta a filá-las pelos calcanhars.

Os tranquilizantes revelam-se ineficazes, e, o problema tornado crónico, vai-se arrastando até à escola primária.

Aí os professores fazem, em regra, novos e insistentes apelos para que os pais intervenham naquela agitação absurda, que tanto perturba a aula e subleva as outras crianças. Ainda por cima, o filho coloca-se, volta e meia, em situações de perigo. Os castigos não produzem qualquer efeito, o que demonstra tratar-se de uma criança insensível; além do mais, ela não se interessa pela matéria, não se concentra nas tarefas, em suma, não aprende.

Os pais, envergonhados e zangados, não sabem o que dizer ou fazer, a não ser virarem-se, de novo, contra a criança.

Tentam-se mudanças de sala ou de professor ou de escola, com poucos resultados práticos. O desespero ou um sentimento crónico de impotência não cessa de crescer.

Há quase setenta anos, Bradley ⁽⁷⁾, nos Estados Unidos, descobriu que a benzedrina diminui acentuadamente a necessidade de movimentação de algumas destas crianças.

Nos decénios seguintes, foram-se multiplicando os ensaios, e experimentados outros fármacos aparentados, como o metilfenidato, confirmando-se a sua eficácia calmante, numa percentagem apreciável de crianças muito irrequietas. No entanto, foi-se verificando que estas crianças não ficavam mais felizes, não se tornavam mais criativas ou imaginativas, não mostravam um interesse aprofundado por nada que as rodeasse, não aprendiam melhor na escola, ou, como disse Eric Taylor ^(8,9), «não passavam a aprender melhor nada de importante da vida».

Ficavam calmas, tornavam-se dóceis, deixavam de incomodar os pais, os professores e os companheiros, «Happy ending»?

«Happy ending?», pelo menos aparentemente, para alguns milhões de pais e de professores na América do Norte, pois que é de alguns milhões o número de crianças que tomam diariamente metilfenidato ou anfetaminas, apesar dos efeitos secundários importantes que estas drogas possuem (atrasos de crescimento; anorexia e emagrecimento; problemas cardíacos; síndromas alucinatórias). Com estes fármacos consegue-se uma espécie de leucotomia química, reversível, pois que a sua acção só se mantém enquanto houver uma toma diária, em regra necessária durante anos, pelo menos até meio da adolescência, altura em que a irrequietude motora perde naturalmente força, mesmo nas crianças não-medicadas.

Mas será mesmo um «happy ending»? Não o creio: este tratamento, sintomático por excelência, vai deixar as crianças amputadas de uma parte importante de si próprias, que se poderia ter desenvolvido noutras circunstâncias. Estas crianças vão ficar com dificuldades crónicas em relação à escola, e em relação à vida: a irrequietude foi domada, mas os processos mentais não foram repostos em movimento. Com este simulacro de normalização, obteve-se uma maçã pintada de vermelho, não se obteve uma maçã madura.

Não é um «happy ending» porque a família não realizou a reflexão que seria indispensável, sobre ela própria e sobre o filho, em termos humanos e de mal-de-viver, e não em termos de doença. Esta reflexão conduziria a um amadurecimento da família como um todo, e criaria condições para que o filho redescobrisse o sentido da palavra confiança, e pudesse aceitar que a família é o melhor recurso de que ele pode dispor durante muitos anos, isto é, permitisse uma inversão radical da sua convicção mais funda.

Não é um «happy ending» porque os técnicos de ajuda, incluindo os médicos, efectivamente não ajudaram a recentrar o núcleo do problema, não criaram condições para que a família pudesse efectuar esta reflexão, sem se sentir acusada ou ameaçada – técnicos e pais concluíram-se contra o sintoma hiperactividade e, em conjunto, procuraram destruí-lo.

VIII

As crianças irrequietas ou hiperactivas e as respectivas famílias constituem um campo privilegiado para a colaboração entre a pediatria e a pedopsiquiatria.

A pediatria tem o primeiro acesso ao problema destas crianças pelos dois, três anos de idade, boa altura para efectuar, em conjunto com os pais, intervenções eficazes em favor das

crianças, aproveitando o saldo positivo de confiança que foi sabendo criar.

A pedopsiquiatria, em regra, só mais tarde contacta com as crianças irrequietas, pelos seis, sete anos, quando incomodam a escola. A sua intervenção torna-se mais difícil, não só pela cronicidade em que o sintoma se entranhou, mas também pelo demorado trabalho inicial de ganho de confiança e de colaboração com os pais, indispensável para a eficácia da sua actuação.

Voltando a Sigmund Freud, e à sua interrogação: «*Que espera a psicanálise da pediatria?*» e, acrescentando eu, «*no caso da criança irrequieta*», responder-se-á que a pediatria está em condições muito favoráveis para poder observar, em continuidade, tanto a criança como a família, e conhecê-las bem **para além do sintoma**; pode investigar o como e o quando do aparecimento da irrequietude, assim como a altura em que ela se tornou estilo de funcionamento, dificilmente alterável; aprofundar o conhecimento das constelações familiares em que as crianças se tornam irrequietas; averiguar a existência de situações somáticas que contribuíram para a emergência da irrequietude; observar o modo como intervenções compassivas, acolhedoras e organizadoras da sua parte, podem modificar favoravelmente a vida destas crianças e das famílias.

Quanto à pergunta complementar, «*Que pode o pediatra esperar do psicanalista?*», responder-se-á ser fundamental que este transmita, de um modo convincente, a ideia de que **o essencial na hiperactividade**, isto é, o sofrimento psíquico da criança e da família, **não é mensurável**. O sofrimento psíquico consegue, no entanto, ser objecto de conhecimento se o pediatra aprender a utilizar a sua sensibilidade e intuição com essa finalidade. O psicanalista pode ajudá-lo a utilizar melhor as suas capacidades afectivas de empatia, de acolhimento, de transmissão de confiança, de organização a favor das crianças e das famílias.

O pediatra melhorará, assim, as suas destrezas no trabalho com as crianças, aprendendo a «ler» com mais finura os seus jogos, as suas actividades e os seus desenhos; com os pais, poderá aperfeiçoar a sua capacidade dialogante, desde que entenda que tem pela frente parceiros activos, iguais e responsá-

veis, interessados pelo melhor para o seu filho, que aceitarão bem compreensão e apoio, mas que rejeitarão interferências ou menosprezos quanto às suas capacidades parentais. Como por menor importante, deve insistir-se sempre pela presença simultânea do pai e da mãe em todo este tipo de consultas.

Por fim, não esqueçamos que a irrequietude pode ser uma fonte de criatividade. Recordemos a infância de Pablo Ruiz Picasso, que não suportava estar muito tempo sentado na escola primária, e não conseguia aprender a ler, a escrever e a contar. «Salvou-se» graças à tolerância dos professores, que lhe permitiam que passasse as aulas a desenhar, sobretudo pombos, tal como aprendeu com o pai.

Picasso conservou esta irrequietude criadora ao longo de toda a vida, para alegria e maior glória de todos nós.

Quando virmos uma criança irrequieta, pensemos em Picasso.

25 de Outubro de 1995

BIBLIOGRAFIA

1. Freud, S. «Qu'attend la psychanalyse du pédiatre?», 1909, in Brun, D., 1993 (181-183).
2. Brun, D. *Pédiatrie et Psychanalyse*. Paris: Éditions P.A.U., 1993.
3. Freud, A. «On the interaction between pediatrics and child psychology», 1975, in Freud, A., 1980 (285-296).
4. Freud, A. «Psychoanalytical psychology of normal development», *The Writings of Anna Freud Vol. VIII*. New York: International Universities Press Inc, 1980.
5. Andy, O.J. «Thalamotomy in hiperactive and agressive behavior» *Confinia Neurologica*, 1970, 32: 324, in Scharg e Divosky, 1975: 218.
6. Schrag, P. e Divoky, D. *The myth of the hyperactive child and other means of child control*, 1975, Harmondsworth: Penguin Books (1981).
7. Bradley, C. «The behavior of children receiving benzedrine» «Am J. of Psychatry», 1937, 94: 577-585.
8. Taylor, E. The basis of drug treatment, 1986 b), in Taylor, E. (ed.), 1986 a): 192-218.
9. Taylor, E. *The overactive child* Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1986 a).

Correspondência: Rua Padre António Vieira, 26 - 3.º Dto.
1250 Lisboa