

Compreendendo a hiperatividade: uma visão da Gestalt-Terapia

A new comprehension of hyperactivity: a gestalt therapy perspective

Sheila Maria da Rocha Antony¹
Jorge Ponciano Ribeiro²

RESUMO

Objetivo: Oferecer uma compreensão da hiperatividade, a partir da teoria da Gestalt-Terapia, bem como apresentar as implicações subjetivas da hiperatividade no modo de sentir, pensar e agir da criança hiperativa.

Método: Utilizamos basicamente os resultados da dissertação de mestrado do autor, realizada sob o enfoque da Gestalt-Terapia, concluída em 2002, na Universidade de Brasília, e a experiência clínica em atendimento psicológico com crianças e adolescentes no Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, há 18 anos.

Conclusão: Consideramos a hiperatividade como o traço essencial para a definição daquilo que constitui uma criança hiperativa, a qual funciona como uma *gestalt* neuropsicomotora em ação, respondendo ao mundo com hiperatenção, hiperemotividade, hiperatividade. Essa criança possui características psicológicas específicas que organizam uma dinâmica de personalidade própria (deflexão, egotismo, projeção). O termo Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade é inapropriado, uma vez que destaca a desatenção como elemento básico e trata a criança hiperativa e a criança desatenta como possuidoras de uma mesma tipologia psicológica, inserindo-as em uma categoria nosológica única.

Palavras-chave: TDAH; Hiperatividade; Gestalt.

ABSTRACT

Objective: To offer a comprehension of hyperactivity from the Gestalt-Therapy theory point of view and to consider the subjective implications of hyperactivity in relation to the way a hyperactive child feels, thinks and acts.

¹Centro de Orientação Médico-Psicopedagógica/Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília-DF, Brasil

²Universidade de Brasília/Brasília-DF, Brasil

Correspondência
Sheila Maria da Rocha Antony
SQN 202, bloco D, apartamento 201,
Brasília-DF.70.832-040, Brasil.
sheilaantony@yahoo.com.br

Recebido em 16/agosto/2007
Aprovado em 07/julho/2008

Method: It is based upon findings of the author's master's dissertation from a Gestalt-Therapy standpoint, concluded in 2002, at University of Brasilia, and his/her clinical experience on psychotherapy with children and adolescents at the Medical Psychopedagogical Orientation Center, Health Government Department of Brasília, since 1990.

Conclusion: Hyperactivity is the essential trait for defining what constitutes a hyperactive child which functions as a neuropsychomotor *gestalt*, responding to the world with hyperattention, hyperemotionality, hyperactivity. The child has certain psychological traits that organize a particular personality functioning (deflection, egotism, projection). The term "attention deficit hyperactivity disorder" is inappropriate, given that it underscores inattention as the basic element and places hyperactive and inattentive children into the same psychological typology, within a single nosological category.

Key words: ADHD; Hyperactivity; Gestalt.

INTRODUÇÃO

A terminologia Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) tem sido utilizada para referir-se a pessoas que possuem dificuldade em sustentar a atenção, inibir os impulsos e regular com consciência a atividade motora. O TDAH constitui um dos distúrbios comportamentais mais diagnosticados da infância (3 a 5%) e isso se deve, em parte, a erros diagnósticos contundentes devido à falta de compreensão daquilo que constitui a essência de uma criança hiperativa.

A hiperatividade tem sido extensivamente investigada sob o ponto de vista de ser um transtorno, com um interesse específico direcionado para os critérios diagnósticos e para a etiologia. Pesquisas têm sido guiadas para encontrar uma causa biológica específica que explique a sua manifestação, contudo, evidências conclusivas de lesão ou disfunção neurofisiológica são pouco substanciais e continuam incertas.

O transtorno já recebeu diversas nomenclaturas e parte dessa controvérsia se deve a essas mudanças terminológicas, que refletem tendências culturais, teóricas e científicas na conceitualização da etiologia e nos aspectos essenciais do transtorno. Em 2002, Lima¹ apresentou a evolução histórica das nomenclaturas do transtorno que revela uma interminável dúvida quanto à sua definição:

Lesão cerebral Mínima (1947), Disfunção Cerebral Mínima (1962), Reação Hiperkinética da Infância (1968), Síndrome de Déficit de Atenção com ou sem Hiperatividade (1980), Distúrbio de Déficit de Atenção por Hiperatividade (1987), Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (1994).

É válido, ainda, destacar a diferença de terminologia empregada pelos manuais internacionais de classificação de transtornos mentais e comportamentais. A CID-10² utiliza o termo "Transtorno Hiperkinético" (TH), enfatizando mais a agitação motora. Não nega a desatenção, mas justifica que a inclusão de crianças sonhadoras e apáticas nesse quadro introduz diferentes problemas e comportamentos a serem considerados. Já o DSM-IV³ usa a nomenclatura "Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade" (TDAH) que reúne 18 sintomas comportamentais reconhecidos em 3 subtipos: o predominantemente desatento, o predominantemente hiperativo/impulsivo e o tipo combinado dos dois anteriores. Assim, possibilita o diagnóstico de crianças predominantemente desatentas sem hiperatividade dentro da mesma entidade nosológica. Guardiola et al.⁴, em pesquisa recente com adolescentes, concluíram que os critérios do DSM-IV superestimam a prevalência do transtorno, uma vez que facilitam a inserção de outras desordens.

Barbosa et al.⁵ fazem uma revisão da literatura sobre os transtornos hipercinéticos (THs), mostrando a atual ambivalência de nomenclatura e cifras epidemiológicas, além de apontar para a necessidade de estudos retrospectivos que expliquem os sintomas e condutas, até então questionados pela maior parte dos investigadores, a fim de delimitar uma psicopatologia mais bem definida. Afirmam: *“Definir os limites quantitativos e qualitativos da instabilidade motora resulta imprescindível para deixar clara a diferença entre o normal e o patológico”*. Também ressaltam o uso indevido do termo hiperatividade, apresentando uma distinção clínica entre sobreatividade, hiperatividade e hipercinesia, destacando a hipercinesia como terminologia mais apropriada para explicar as alterações condutuais motoras da criança.

As discussões científicas continuam acirradas acerca da etiologia e definição do transtorno quanto a ser uma desordem neurocomportamental. Armstrong⁶ enfatiza a complexidade do TDAH e a necessidade de uma visão multidimensional de sua origem, ponderando que o TDAH não pode ser pensado como uma desordem médica, pois situa a fonte do problema dentro da criança, como sendo uma condição unicamente orgânica e biológica. *“O problema reside no fato que omite ou dá insuficiente atenção às questões social, política, econômica, psicológica e educacional que circundam este termo desde o seu início. (...) De fato as causas do DDA são complexas e multifacetadas”*.

Tal visão é compartilhada por Bauermeister⁷ que afirma ser necessário entender a etiologia do TDAH sob uma perspectiva evolutiva e sistêmica que propõe que o curso do desenvolvimento do transtorno é determinado pelas características da criança (neurobiológicas e psicológicas) em interação com fatores ambientais imediatos (família, escola, comunidade) e mais amplos (estruturas sociais, políticas, econômicas e culturais). Para o autor, não se pode atribuir uma causa unitária para explicar a amplitude das manifestações do TDAH. Debroitner e Hart⁸ complementam:

“Aqueles que ainda hoje investem na idéia de que o TDAH é uma doença (invisível) do cérebro estão buscando uma explicação simples para um distúrbio que é complexo e multidimensional. Acreditamos que a nossa obsessão nacional pela genética como fator para explicar as disfunções sociais e psicológicas encontrou seus limites com o TDAH”.

Ao longo do estudo será apresentada uma compreensão mais abrangente sobre a complexidade do fenômeno da hiperatividade, apoiada no enfoque da Gestalt-Terapia, a fim de elucidar as implicações subjetivas do TDAH no funcionamento motor, cognitivo e emocional da criança hiperativa. A partir dessa discussão, será defendida a idéia de que déficit de atenção e hiperatividade são fenômenos distintos, com características funcionais específicas a cada um e, por isso, não podem continuar a ser tratados como pertencendo ao mesmo quadro clínico.

REFLETINDO SOBRE O TDAH E SUAS CARACTERÍSTICAS BÁSICAS

A criança hiperativa em sua vivência cotidiana mostra uma necessidade de movimento contínuo e uma capacidade de atenção difusa, por meio da qual dirige a percepção a tudo e a todos (em um curto espaço de tempo), distraíndo-se com facilidade. Não consegue esperar sua vez; interrompe a fala dos outros; é impaciente, ciumenta, altamente emotiva, generosa, prestativa, afetuosa, dramática, alegre; quer mandar nas brincadeiras, opõe-se a ordens; frustra-se e irrita-se com facilidade, põe-se em situações de risco com certa frequência; derruba (ou quebra) coisas por distração. Segundo Lima¹, esse quadro de manifestações afetivo-comportamentais aparece em todos os contextos de vida da criança, sendo que o grau de hiperatividade pode variar, sendo mais ou menos intenso, conforme as condições da situação e a forma como o meio familiar, social e escolar respondem à criança.

O DSM-IV³, para fins diagnósticos, exige que esse padrão comportamental (que são considerados sintomas), tenha surgido antes dos 7 (sete) anos, que persista, por, no mínimo, 6 (seis) meses e se manifeste em dois ou mais ambientes. As diretrizes clínicas e os critérios diagnósticos utilizados para definir o transtorno descrevem claramente características comportamentais que traduzem um modo de ser-no-mundo, mais do que sintomas. Tais aspectos psicomotores não revelam um existir mórbido que obstrui, desvia, modifica ou interrompe o curso do desenvolvimento e o funcionamento natural da criança. A hiperatividade não se instala como um processo negativo ou doentio na vida da criança, o qual retarda o desenvolvimento psicomotor. Ao contrário, a maioria das crianças inicia precocemente a marcha aos 9 (nove) meses e a aquisição da linguagem se dá no período normal (por volta de 1 ano de idade).

Weiss⁹, em suas investigações, afirma que a frequência e a severidade dos sintomas variam significativamente conforme a idade cronológica, mental, o gênero da criança e os fatores ambientais e familiares. Rohde et al.¹⁰ afirmam que sintomas que ocorrem apenas em casa ou somente na escola devem alertar para a possibilidade de que a desatenção, a hiperatividade/impulsividade podem ser apenas sintomas de uma situação familiar conflitiva ou de um sistema escolar inadequado. Da mesma forma, flutuações de sintomatologia com períodos assintomáticos não são características de TDAH, o que significa que tais características comportamentais devem ser observadas como uma constante no modo de agir e ser da criança, constituindo um quadro comportamental com características psicológicas típicas.

Gesell¹¹, em seus estudos sobre o desenvolvimento da criança, descreve o comportamento da criança de 6 (seis) anos equivalendo àquilo que constitui o modo de ser da criança hiperativa: inconsistência de conduta, fraca capacidade de modulação emocional, distração fácil com o que se passa a sua volta, impulsiva, dramática, excitável, ativa (excede-se no seu comportamento motor), gosta de ser o centro das atenções, reage com todo seu sistema de ação a qualquer tipo de emoção, gosta de experiências novas, parece em constante estado de tensão. As manifestações comportamentais da criança hiperativa são próprias do processo desenvolvimental infantil, diferenciando-se pela intensidade, frequência e especificidade da idade.

Barkley et al.¹² apontam que a característica mais nítida dessa desordem não é nenhum sintoma *per se*; ao contrário, seria aquilo que todos esses sintomas primários possuem em comum – a excitação. Nessa linha de pensamento, Goldstein S e Goldstein M¹³ entendem a hiperatividade como uma forma exacerbada daquilo que pode ser um comportamento apropriado para certa idade, sendo considerada um transtorno comportamental em função do exagero das manifestações emocionais, da expressão motora e da flutuação incessante da atenção, ressaltando o critério de distinção quantitativo de comportamento para o diagnóstico.

A complicação, então, emerge do incômodo causado por suas condutas intempestivas. A criança em sua turbulência psicocorporal torna-se um transtorno para o outro que não tolera seu comportamento impulsivo, irrefletido, irrequieto. Os mesmos autores escrevem que *“a hiperatividade, portanto, precisa ser considerada um distúrbio da interação”* e tratam a hiperatividade como ma-

nifestação de um temperamento, referindo-se à *“criança de temperamento hiperativo”*. Destacam, ainda, que o modo como essa criança é tratada junto com os fatores ambientais irá determinar o surgimento de sintomas secundários e comorbidades.

Silva¹⁴ refere-se ao indivíduo com cérebro DDA para designar tanto o desatento quanto o hiperativo por considerar a desatenção como o núcleo básico orientador do comportamento e afirma: *“não se tem DDA, se é DDA”*, fortalecendo a idéia de ser constitutivo.

A hiperatividade, portanto, vem se delinear como um modo de existir que revela características específicas de temperamento e qualidades inatas à criança em contraposição à classificação de transtorno ou doença. A criança hiperativa é muito mais que um cérebro que decodifica os estímulos internos e externos, é muito mais que um corpo que se movimenta excessivamente, pois um corpo revela uma organização psíquica, um sujeito em ação.

Uma vez que a hiperatividade mostra-se como um quadro comportamental com um perfil psicológico específico, distingue-se da hiperatividade como sintoma. São várias as situações clínicas em que se diagnostica a hiperatividade erroneamente, por se considerar apenas a agitação motora. Há, por exemplo, o caso de crianças com deficiência mental que podem ter a hiperatividade como sintoma, assim como, aquelas que sofrem de epilepsia (devido ao dano cerebral sofrido e suas conseqüentes implicações comportamentais). A hiperatividade, ainda, pode surgir como sintoma de ansiedade, autismo, transtorno bipolar, deficiência auditiva, visual ou mesmo cognitiva, revelando outros problemas da infância, da vida familiar, social e/ou escolar. É importante salientar que a criança hiperativa tem uma capacidade intelectual mediana ou superior à média.

Outra questão paralela à definição do diagnóstico de hiperatividade relevante diz respeito à classificação de déficit de atenção sem hiperatividade. Benczik¹⁵ destaca pesquisas realizadas por Furman, Goodyear e Hynd, em 1992, que apontam diferenças entre crianças com TDAH sem hiperatividade e crianças com TDAH com hiperatividade, a saber: um tempo cognitivo mais lento, mais autoconsciência, maior retraimento social e maior incidência de transtornos de aprendizagem.

Barkley et al.¹² em suas diversas investigações também assinalam que há diferenças significativas entre a criança desatenta não-hiperativa e a criança com comportamento hiperativo/impulsivo. O tipo predominantemente desatento está mais associado com “sonhar acordado”, apatia, processamento lento de informação, confusão mental, timidez, hipoatividade, fraca recuperação de informação da memória.

As diferenças comportamentais citadas marcam claramente a existência de uma configuração psicológica distinta para a criança com déficit de atenção e a criança hiperativa. Como é possível incluir uma criança inibida dentro de um mesmo quadro psicológico ou psicopatológico de uma criança impulsiva? Cada psicopatologia revela uma tipologia e as manifestações patológicas dependem da personalidade, em interação com o ambiente, para formar um determinado quadro clínico. É necessário se pensar uma nomenclatura distinta que diferencie a criança que tem unicamente o déficit de atenção da criança com hiperatividade.

Atualmente o TDAH não é mais considerado um transtorno exclusivo da infância. Rohde et al.¹⁰ em seus estudos epidemiológicos estimam que entre 50 a 70% de crianças diagnosticadas hiperativas conservam certa sintomatologia na adolescência e na vida adulta, havendo uma diminuição no nível da inquietação motora, mas permanecendo a agitação mental, na forma de atenção difusa e no fluxo incessante de idéias. O fato é que a hiperatividade não tem cura porque é constitutiva da pessoa. Não será superada, mas sim poderá ser manejada com a ajuda dos pais, professores e profissionais que venham a orientar o hiperativo sobre como regular a alta excitação orgânica experienciada.

Sob esse prisma, o TDAH deve deixar de ser entendido apenas como uma doença e passar a ser visto como um temperamento que, devido a sua condição “hiper”, provoca certos desequilíbrios funcionais (como uma balança que tem um peso em um de seus extremos e fica com uma parte muito elevada e outra baixa demais). A criança nasce hiperativa (quer seja por trauma no parto, problemas durante a gestação, uso de droga ou álcool da mãe, fatores genéticos), não se torna hiperativa. A hiperatividade é parte da totalidade da pessoa e, por isso, permanecem certas manifestações, em maior ou menor grau, ao longo de sua vida. Será apresentador, em seguida, como se dá o funcionamento global da criança resultante da vivência da hiperatividade em seu organismo.

COMPREENDENDO A CRIANÇA HIPERATIVA COMO UMA TOTALIDADE EM AÇÃO

Os resultados conclusivos de Lima¹ revelam que a hiperatividade é a condição que define o transtorno; não há propriamente um déficit de atenção, mas uma hiperatenção; e que a criança hiperativa tem uma hiperemotividade, uma reatividade emocional intensa aos estímulos ambientais que delineia um funcionamento psicológico próprio. Sendo assim, a criança funciona “hiper” em todas as suas dimensões existenciais, configurando uma *gestalt* neuropsicomotora em ação.

Considerando seu estado orgânico de permanentemente alta excitação, entende-se que a dificuldade de concentração é decorrente da “hiperatenção”, definida como a imensa capacidade da criança atentar aos múltiplos estímulos sensoriais e ambientais. Olha para tudo que vê e quer ouvir tudo que escuta, mostrando dificuldade em eleger aquele objeto que é mais importante em seu campo perceptivo. Age como se “tudo estivesse em toda parte”, percebe as partes isoladamente sem integrá-las ao todo, não foca a atenção em detalhes.

A criança revela uma atenção exagerada voltada para o ambiente, onde a percepção contínua do exterior sobrepõe-se à percepção de si mesma, evidenciando uma reduzida consciência de suas experiências internas. A atenção é difusa porque a consciência é confusa, tendendo a não diferenciar nem discriminar suas necessidades em uma ordem hierárquica (problemas no processo de percepção figura-fundo). Não é raro, os pais comentarem que o filho parece uma “formiguinha elétrica” que quer fazer muitas coisas ao mesmo tempo, interrompendo uma atividade para passar a outra repentinamente, sem permanecer o tempo necessário para fazer contato consciente com o objeto perceptual. A criança aparenta muitas vezes não saber bem o que fazer, o que olhar, o que procurar por não saber priorizar as suas necessidades.

O modelo de Chelune et al., citado por Hallowell e Ratey¹⁶, enquadra o DDA como uma falta de capacidade de parar de receber mensagens, “a pessoa não consegue deter o fluxo incessante de acontecimentos, respondendo cognitivamente a tudo”. Funciona como uma antena parabólica que capta todas as informações sem filtrar, sem seguir uma hierarquia de importância. Em vez de colocarem a síndrome como uma incapacidade de prestar atenção, enfatizam a capacidade da pessoa com DDA atentar para múltiplos

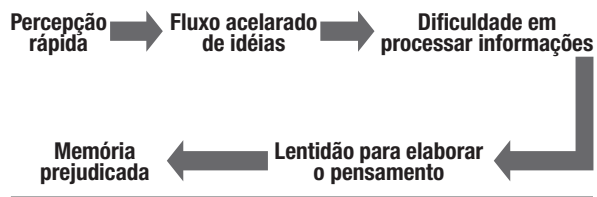
estímulos mais que a pessoa comum, o que pode ser visto como uma qualidade. A criança hiperativa ainda possui a capacidade do “hiperfoco” ou da “hiperconcentração”. Quando tem interesse em algo ou está executando uma atividade que confirma sua competência, é capaz de concentrar-se intensamente por um longo período, desligando-se de qualquer estimulação externa e interna. Aqui vê-se o paradoxo entre a hiperconcentração e o déficit de atenção, onde o hiper e o déficit co-existem em uma relação figura-fundo, predominando conforme a necessidade e motivação da criança em um determinado contexto.

Percepção-atenção-pensamento-memória são processos estreitamente interligados no mundo cognitivo do ser humano. Para Nurcombe¹⁷, a percepção se refere à consciência imediata ou ao reconhecimento de uma impressão sensorial. Já a atenção é definida como “o ato ou faculdade de seleção mental pelo qual se localiza, examina e responde a um objeto ou idéia significativa”. O ato de concentrar a atenção requer, portanto, uma intencionalidade da consciência, onde a atenção voluntária supõe um esforço mental para selecionar e orientar a atividade psíquica em direção a um estímulo motivacional e mantê-lo dentro do campo perceptivo consciente, a fim de dar significado ao que percebe.

A rápida percepção da criança (sua prontidão em responder aos múltiplos estímulos ambientais) afeta a sua capacidade de focar e manter a atenção necessária sobre um dado objeto para realizar o processo de decodificação de informações e a posterior elaboração e assimilação de tais informações perceptuais. Se a criança não consegue dar significado àquilo que percebe, ela irá ter problemas na organização do pensamento (e até mesmo da ação) e, por conseguinte, na retenção de informações. Quanto maior a quantidade e complexidade de informações verbais, menor a sua capacidade de memorizar. Pais e professores comentam que a criança tem melhores resultados em matemática, porque essa disciplina não exige o esforço mental da leitura e interpretação. A criança hiperativa, no entanto, possui ótima memória com dados de pequeno porte que não exigem elaboração do raciocínio por informação auditiva. Ela aprende melhor com os olhos do que com os ouvidos, necessitando ser trabalhada mais em nível concreto, ou seja, vendo e tocando. A figura abaixo ilustra a descrição do funcionamento cognitivo da criança.

Figura 1

Fluxograma do funcionamento cognitivo.



Benczik¹⁵, ao abordar os desajustamentos educacionais da criança, destaca as falhas na escrita (letra irregular, tremida) que ocorrem devido à deficiência na coordenação viso-motora que prejudica a habilidade motora fina. Tal dificuldade viso-motora provoca lentidão em copiar as tarefas do quadro, assim como gera inabilidade em praticar esportes com bola (futebol, vôlei, basquete).

Armstrong⁶ ressalta que a criança hiperativa tem um estilo cognitivo diferente que requer uma metodologia de ensino apropriada, a saber: atividades manuais para aprender, programa de aula ou tarefas conduzidas passo a passo com sua participação ativa; filmes, jogos e outras atividades altamente estimulantes que capturem o seu interesse, atenção, motivação (tipos de atividades que facilitarão a aprendizagem de toda criança). A criança, portanto, tem plena capacidade de aprender e ter um bom rendimento escolar, desde que receba uma assistência pedagógica diferenciada e criativa que inclua tarefas para trabalhar sua dificuldade viso-motora, a discriminação auditiva, a percepção figura e fundo.

A hiperatividade coloca o corpo em evidência no funcionamento psicoemocional da criança. A inquietação motora como característica predominante vem atrelada à impulsividade e distingue a ação sob o seguinte lema: “Sinto, logo ajo”. O fraco controle dos impulsos e das experiências sensoriais sugere que o corpo é que domina a criança, apontando para uma desarmonia entre o sentir, o pensar e o agir. A falta de domínio do corpo-eu supõe a existência da falta de consciência de seus atos e pensamentos, onde não há lugar para o pensar a si mesma. A criança, muitas vezes, não consegue ter uma ação certa no momento certo. Uma das crianças da pesquisa de Lima¹ faz uma narração da lâmina 10, do teste de percepção temática com figuras animais (CAT-A), da seguinte forma: “Ele tem um negócio no corpo, tem um tipo de deficiência moral, moral. Ai ele não consegue pensar direito”. A sua impulsividade ainda inibe sua capacidade de espera, criando dificuldades na relação com a dimensão temporal, onde se observa não saber constituir o tempo em antes, agora e

depois. Tudo é pra já! Os seus anseios têm que ser atendidos imediatamente.

A hipercinesia da criança pode revelar, então, a falta do pensamento organizado, onde parar significa cair no vazio da falta de uma forma que delinea e demarca o seu corpo-eu. Nas palavras de Bergés, citado por Levin¹⁸, “*Tudo seria como se estas instabilidades representassem a busca incessantemente fracassada dos limites, como se o corpo carecesse de fronteiras*”. Na linguagem gestáltica, a instabilidade motora da criança hipercinética é apenas a figura sobre um fundo desorganizado. Isto é, a hiperatividade é a aparência, o sintoma de uma existência desarmonizada, desregulada. As mudanças constantes de atividade, as tarefas interrompidas, deixam contínuas situações incompletas (*gestalten* abertas) que geram um estado de insatisfação permanente. A sua conduta frenética insinua haver uma falta, uma carência, uma necessidade essencial a ser satisfeita. Antony e Ribeiro¹⁹ explicitam que o fundo desorganizado diz do dilema da criança “hiper” para apropriar-se de si mesma, do seu corpo, o qual se mantém preso ao olhar controlador do outro que não lhe permite a autonomia, nem reconhece suas necessidades originais. A criança, na verdade, trava uma luta interna na qual tem de renunciar ao seu modo de ser, aos seus movimentos, ao seu espaço, às suas necessidades, em troca de satisfazer as vontades e expectativas alheias, por não poder ser aquilo que é.

A afetividade da criança hiperativa se expressa de forma intensa, levando a criança a responder ao mundo com uma forte sensibilidade sensorial e emocional. O seu funcionamento global “hiper” cria a hiperemotividade que provoca um alto nível de reatividade diante de toda experiência afetivo-emocional. A hiperemotividade gera vulnerabilidade emocional (chora com facilidade, tolera pouca frustração, fica ressentida por qualquer motivo, explode em alegria); carência ou déficit de afetividade (quer ser a mais amada, o centro das atenções, a primeira em tudo, deseja receber muito carinho e contato físico); e instabilidade emocional (mudança repentina de humor – ora está rindo, ora fica irritada).

A criança apresenta ainda baixa auto-estima e atitudes de imaturidade emocional. Apesar de, em muitas situações, mostrar ser imperativa, determinada com aquilo que quer, não aceitar ordens, ser mandona nas brincadeiras, ela guarda sentimentos de insegurança quanto a ser aceita e amada pelos outros, duvidando de si, de seu valor, de sua competência e adequação. De tanto ser criticada

(“Que menino chato! Que menina esquecida! Faz tudo errado! Derruba tudo, esse desastrado!”) por movimentar seu corpo excessivamente, derrubar (ou quebrar) as coisas por desatenção, constrói uma auto-imagem negativa com sentimentos de rejeição que sustentam uma baixa auto-estima e um confuso conceito de seu próprio corpo-eu.

Debroitner e Hart⁸ entendem que a criança hiperativa vivencia uma profunda alienação de si mesma, apresenta uma falta de consciência das próprias necessidades corporais, não integrando as experiências corpo/mente (não lê, interpreta e dá sentido aquilo que suas sensações estão lhe dizendo). A criança, assim, carece de um sentido de organização e integração por não colocar a consciência a serviço de sua sensação-ação-interação.

Há uma tendência no meio psiquiátrico em colocar a hiperatividade como vilão para o surgimento de psicopatologias em adulto. Apontam uma predisposição da criança em se tornar um usuário de drogas, um alcoolista, podendo ainda desenvolver um transtorno de personalidade anti-social, um transtorno bipolar, um transtorno de ansiedade. Há muitas expectativas negativas para quem é hiperativo. Isso mostra o desconhecimento da natureza da hiperatividade e até da origem das outras psicopatologias. Não se nega que possa haver comorbidade, mas rejeita-se a idéia de que o TDAH potencializa a produção de comorbidades. O que se constata, a partir dos atendimentos psicológicos com os pais e a criança, é que o ambiente familiar, juntamente com as características psicológicas particulares dos pais, cria perturbações emocionais na criança que favorecem a formação de quadros mentais associados.

A dinâmica interna e relacional da criança hiperativa: uma visão gestáltica

A Gestalt-Terapia (GT) é uma abordagem fundamentada em teorias de base holística que propiciam uma visão dinâmica e multidimensional do ser humano e do mundo. Alicerçada em suas teorias de base (Psicologia da Gestalt, Teoria Organísmica, Teoria do Campo, Teoria Holística de Smuts), formula que o campo organismo/ambiente constitui uma unidade indissociável, uma totalidade cujo significado emerge das inter-relações entre as partes que compõem um dado todo. Tudo está interligado, tudo depende de um outro todo. Nada existe isoladamente, por si só. A pessoa existe em relação a um outro e a uma realidade mundana. Tais fatores estão em constante interação, influenciando-se reciprocamente através do

processo de ajustamento criativo que visa à auto-regulação do organismo.

Os conceitos de contato e de *awareness* formam o eixo básico para a compreensão da forma de pensar, agir e sentir da pessoa. *Awareness* representa o ato da consciência que apreende a totalidade dos fatos, dando significado aos eventos psicológicos vividos. *Contato* é o processo psíquico ou comportamental pelo qual o indivíduo entra em relação consigo, com o outro e com o mundo em busca da diferenciação. Perls, Hefferline & Goodman²⁹ definem de maneira sucinta a dinâmica do contato de união/separação, evitação/aproximação, identificação/alienação: “*Primordialmente, contato é a awareness da novidade assimilável e comportamento com relação a esta; e rejeição da novidade inassimilável. O que é difuso, sempre o mesmo, ou indiferente, não é objeto de contato*”. Portanto, contato representa um processo ativo e consciente de ajustamento criativo que valoriza o indivíduo como ser-em-relação.

Os movimentos dialéticos representativos da experiência do contato ocorrem por meio da auto-regulação organísmica realizada pelo *self* no campo organismo/ambiente. Esse processo revela um fluxo dinâmico de ciclos sucessivos de satisfação de necessidades, onde uma figura emerge de um fundo indiferenciado. A interrupção sistemática e repetida do fluxo de formação e dissolução de figuras deixa *gestalten* abertas e necessidades não satisfeitas, o que gera desequilíbrio no funcionamento natural do organismo. A pessoa saudável sabe hierarquizar suas necessidades, reconhecendo aquela que é mais importante em uma dada situação e tenta satisfazê-la, escolhendo a ação mais apropriada, de forma a evitar danos a si e prejuízo nas suas relações pessoais. Por exemplo, uma criança em sala de aula deve ser capaz de decidir se presta atenção naquilo que a professora está a explicar, no que os colegas conversam ou nos ruídos externos à sala, a fim de efetuar o comportamento mais adequado naquele dado momento. Quando a necessidade dominante não emerge com base na consciência, a pessoa não organiza a atividade motora necessária agindo de forma inapropriada e insatisfatória, e assim cria distúrbios no ajustamento criativo.

Situações permanentes de tensão e angústia produzem bloqueios do contato entre o indivíduo e o meio. Tais bloqueios são mecanismos psicológicos com funções defensivas que visam inibir a consciência de sentimentos, pensamentos, comportamentos que geram ansiedade e colocam em

risco a relação com o outro significativo. Formam dinâmicas internas e relacionais que levam o indivíduo a manter no presente *gestalten* inacabadas do passado, impedindo-se de realizar um contato saudável. Ribeiro²¹ reconhece nove processos de interrupção ou bloqueio do contato para diagnosticar e compreender o funcionamento psicológico da pessoa (fixação, dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, retroflexão, egotismo, confluência) e que tem os fatores de cura como seus correspondentes polares (fluidez, sensação, consciência, mobilização de energia, ação, interação, contato final, retraimento) que explicam a experiência do contato e todo comportamento.

Partindo para elucidar a vivência da hiperatividade, considerando os fatores polares dos bloqueios do contato, temos que: a inquietação e a atenção difusa representam um constante processo de fluidez da criança, que está em contínuo movimento em busca de novos estímulos. Há um excesso de excitação que cria um alto nível de mobilização de energia para a execução da ação, a qual é efetuada pronta e impulsivamente. Assim, mantém um contato superficial com as coisas, trocando incessantemente o foco da atenção ou ação de um objeto a outro prematuramente sem manter a continuidade até o fechamento da *gestalt*. A criança raramente se satisfaz plenamente, não entra em retraimento, não alcança a harmonia organísmica, experienciando um estado permanente de insatisfação na troca com o mundo.

Do ponto de vista dos mecanismos de bloqueio de contato, destacam-se a **deflexão**, a **projeção**, a **proflexão** e o **egotismo** como os processos básicos que organizam o funcionamento psicológico da criança hiperativa. A **deflexão** se firma como o processo psicológico que define o transtorno e suas manifestações comportamentais, onde a inquietação e a hiperatenção (desatenção) caracterizam um modo vago e superficial de fazer contato com as coisas e com os outros, em razão da dificuldade em enfrentar situações de tensão. A **projeção** representa o mecanismo de defesa, de recusa em lidar com os aspectos não aceitáveis de sua personalidade, construídos em base a introjeções negativas (“Você é chato, não fica quieto. Você é desobediente. Você está sempre aprontando, fazendo coisas erradas”) que a impedem de agir conforme as suas necessidades genuínas de movimentação contínua e características próprias. A criança, por conseguinte, vive um eterno conflito interno entre os “não deverias” e aquilo que é originalmente o seu modo de ser e agir (inquieto, agitado, dramático), criando uma baixa auto-estima oriunda de

uma confusa imagem corporal que compromete a sua ação-interação. O **egotismo** emerge como o processo psicológico que sustenta a personalidade da criança. Refere-se às características de onipotência e auto-referência da criança, ao seu modo imperativo e voluntarioso de agir (não aceita a opinião dos outros, quer fazer do seu jeito mesmo que errado), a sua necessidade de ser o centro das atenções, a sua alta demanda de afeto, que torna a criança ciumenta, competitiva e imatura emocionalmente. A **proflexão** é um mecanismo de defesa secundário que visa compensar o sentimento de rejeição, fazendo ao outro aquilo que gostaria que fizessem consigo.

A combinação dinâmica desses quatro mecanismos revela os seguintes processos internos e relacionais da criança: a criança deflete por meio da inquietação e da desatenção. Ao defletir com uma ação motora excessiva que ocorre em simultaneidade com a atenção difusa, a criança passa a se comportar de forma inapropriada sem atender à necessidade prioritária. Sua ação desorganizada advém da **projeção**, ao lançar no ambiente partes de si consideradas inaceitáveis (introjetos tóxicos) que, por sua vez, cria perturbação na qualidade da interação. Nesse ponto, a criança recorre à **proflexão** como mecanismo saudável para reparar as suas condutas inadequadas, sendo prestativa na esperança de receber em troca aprovação e afeto para compensar seu “Déficit de Afetividade”. O **egotismo** revela a luta da criança (já que não é aceito o seu modo de ser) para impor sua identidade perante o mundo: “Já que o mundo não me aceita como eu sou, não me compreende e não atende as minhas necessidades de afeto, eu mesma vou me nutrir, vou fazer o que preciso e quero. Ninguém manda em mim”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A visão holística da GT leva a pensar a criança hiperativa como fruto de um mundo globalizado que está hiperativo e que, ao longo do tempo, provoca alterações neurofisiológicas no organismo humano com implicações comportamentais e sociais. Considerar a hiperatividade somente sob a ótica do modelo biomédico é reduzir a uma dimensão unicamente neurológica a complexidade da manifestação dos fenômenos.

A hiperatividade representa um alto nível de excitação orgânica com implicações orgânico-funcionais associadas a fenômenos de ordem emocional cujo elevado fluxo de energia faz a criança

funcionar em “alta voltagem”, respondendo ao mundo com **hiperatividade, hiperatenção e hiperemotividade**. A hiperatividade na sua aparência vem mostrar que, no agir excessivo, a criança está à procura de si mesma, de se delimitar no espaço para demarcar a sua individualidade. O seu agir intempestivo obstrui o pensar reflexivo sobre o seu mundo interno. A criança carece de uma noção sólida de si devido à ausência de uma imagem interna e externa confirmadora de sua natureza hiperativa.

A criança hiperativa experimenta dois extremos (rapidez na percepção x lentidão no pensamento, hiperatenção x déficit de atenção, hiperemotividade x déficit de afetividade) que revelam uma dialética paradoxal de fenômenos, onde “o excesso cria a deficiência”, a falta, o desequilíbrio em uma função oposta complementar.

Colocar o TDAH totalmente no domínio da patologia, não é correto. Há talentos oriundos dessa alta excitabilidade – a intuição, a atividade criativa, a afetuosidade, a vitalidade, a genialidade perceptiva – que devem ser exaltados e sobrepostos aos supostos déficits. São habilidades extraordinárias que possibilitam à criança vantagens em atividades que envolvem grande esforço físico, rapidez de execução motora, de percepção, de raciocínio e criatividade. A natureza da criança “hiper” é ser alegre, comunicativa, experimentadora, revelando muito mais elementos para ser considerada saudável do que doente.

O itinerário terapêutico gestáltico com a criança hiperativa deve trilhar o resgate da consciência de seu corpo próprio, de seus pensamentos e sentimentos, de forma a torná-la uma presença consciente no mundo. Aprender a fazer escolhas e assumir responsabilidade por suas ações. Ser capaz de criar metas e planos para dar organização e sentido a sua vida. Saber hierarquizar suas necessidades, os estímulos auditivos e visuais para poder se ajustar criativamente ao meio. A visão gestáltica exige que as intervenções transcendam a criança e penetrem no seu campo holístico relacional, o que requer um trabalho de conscientização com os pais, professoras, comunidade para promover uma melhor integração social, oferecer um suporte educacional mais apropriado e um tratamento mais humano e respeitoso a essa criança.

REFERÊNCIAS

1. Lima, SA. A criança hiperativa: uma visão gestáltica segundo a teoria do ciclo do contato. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.
 2. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.
 3. American Psychiatric Association. DSM-IV, Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
 4. Guardiola A, Fuchs F, Rotta N. A prevalência do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em estudantes: uma comparação entre os critérios do DSM-IV e neurológicos. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 58(2), 2000. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 08/fev/2001.
 5. Barbosa GA, Gaião A, Di Lorenzo WF. Transtornos hipercinéticos: uma revisão crítica. *Neurobiologia*. 1996; 59 (4):125-136.
 6. Armstrong T. The myth of the ADD child: 50 ways to improve your child's behavior and attention span without drugs, labels or coercion. 2a ed. New York: Plume; 1997.
 7. Bauermeister J. Nuevas perspectivas sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Costa Rica: Fundación D.A.; 1998.
 8. Debroitner R, Hart A. Moving beyond ADD/ADHD - the book. Disponível em <http://www.magicnet.net/beyond/book.html>. Acessado em 07/fev/2001.
 9. Weiss, G. Transtorno de déficit de atenção por hiperatividade. . In: Lewis, M. Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995; p. 557-575.
 10. Rohde LA, Barbosa G, Tramontina S, Polanczyk G. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2000; 22 (2):1-16.
 11. Gesell A. A criança dos 5 aos 10 anos. São Paulo: Martins Fontes; 1987.
 12. Barkley R, Murphy K, Bauermeister J. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. New York: Guilford Press; 1998.
 13. Goldstein S., Goldstein M. Hiperatividade: como desenvolver a capacidade de atenção da criança. 6ª ed. Campinas: Papirus; 2000.
 14. Silva AB. Mentis inquietas: entendendo melhor o mundo das pessoas distraídas, impulsivas e hiperativas. São Paulo: Gente; 2003.
 15. Benczik E. Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização diagnóstica e terapêutica: um guia de orientação para profissionais. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
 16. Hallowell E, Ratey J. Tendência à distração: identificação e gerência do distúrbio do déficit de atenção da infância à vida adulta. Rio de Janeiro: Rocco; 1999.
 17. Nurcombe B. O desenvolvimento da atenção, percepção e memória. In: Lewis, M. Tratado de Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 178-186.
 18. Levin E. A clínica psicomotora: o corpo na linguagem. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
 19. Antony S, Ribeiro J. Hiperatividade: doença ou essência: um enfoque da Gestalt-Terapia. *Psicologia: ciência e profissão*. CFP; 2005, 25(2):186-197.
 20. Perls F, Hefferline R, Goodman P. Gestalt-Terapia. São Paulo: Summus, 1997.
 21. Ribeiro JP. O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus; 1997.
-