

Quadros clínicos disfuncionais e

Gestalt-terapia

**Coleção Gestalt-terapia:
fundamentos e práticas**

Organizadoras:
Lilian Meyer Frazão e
Karina Okajima Fukumitsu

05

Q18

Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia [recurso eletrônico] / organização Lilian Meyer Frazão , Karina Okajima Fukumitsu. - São Paulo : Summus, 2017.
recurso digital (Gestalt-terapia: fundamentos e práticas ; 5)

Formato: epub

Requisitos do sistema: adobe digital editions

Modo de acesso: world wide web

Inclui bibliografia

ISBN 978-85-323-1085-9 (recurso eletrônico)

1. Psicologia. 2. Livros eletrônicos. I. Frazão, Lilian Meyer. II. Fukumitsu, Karina Okajima. III. Série.

17-44394 CDD: 150

CDU:159.9



Compre em lugar de fotocopiar.
Cada real que você dá por um livro recompensa seus autores
e os convida a produzir mais sobre o tema;
incentiva seus editores a encomendar, traduzir e publicar
outras obras sobre o assunto;
e paga aos livreiros por estocar e levar até você livros
para a sua informação e o seu entretenimento.
Cada real que você dá pela fotocópia não autorizada de um livro
financia o crime
e ajuda a matar a produção intelectual de seu país.

Quadros clínicos disfuncionais e Gestalt-terapia

LILIAN MEYER FRAZÃO
KARINA OKAJIMA FUKUMITSU
[ORGS.]



QUADROS CLÍNICOS DISFUNCIONAIS E GESTALT-TERAPIA

Copyright © 2017 by autores

Direitos desta edição reservados por Summus Editorial

Editora executiva: **Soraia Bini Cury**

Assistente editorial: **Michelle Neris**

Capa: **Buono Disegno**

Diagramação e conversão para ePub: **Crayon Editorial**

Summus Editorial

Departamento editorial

Rua Itapicuru, 613 – 7º andar

05006-000 – São Paulo – SP

Fone: (11) 3872-3322

Fax: (11) 3872-7476

<http://www.summus.com.br>

e-mail: summus@summus.com.br

Atendimento ao consumidor

Summus Editorial

Fone: (11) 3865-9890

Vendas por atacado

Fone: (11) 3873-8638

Fax: (11) 3872-7476

e-mail: vendas@summus.com.br

Sumário

[Capa](#)

[Ficha catalográfica](#)

[Folha de rosto](#)

[Créditos](#)

[Apresentação](#)

[1. O ajustamento do tipo psicótico](#)

[Psicopatologia – uma compreensão fenomenológico-existencial](#)

[Das psicoses ao sofrimento psíquico grave e o ajustamento do tipo psicótico](#)

[Uma experiência de manejo clínico: a história de Graziela](#)

[Referências](#)

[2. Transtorno bipolar, temporalidade e conexão com o outro: reflexões preliminares](#)

[A psicopatologia fenomenológica e a temporalidade](#)

[Reflexões com base na Gestalt-terapia](#)

[Referências](#)

[3. Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação](#)

[Suicídio, a pessoa que se mata e o comportamento suicida](#)

[Doença autoimune, a pessoa acometida pela doença autoimune e o comportamento que busca reconquistar a imunidade](#)

[A autolesão, a pessoa que se mutila e o comportamento autolesivo](#)

[O manejo de pessoas em sofrimento existencial advindo da autodestruição](#)

[Referências](#)

[4. A ansiedade e seus transtornos na visão de um Gestalt-terapeuta](#)

[A ansiedade](#)

[Transtorno de pânico](#)

[Para finalizar](#)

[Referências](#)

[5. Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico “borderline”](#)

[A psicopatologia e suas questões](#)

[Violência no campo como geradora das interrupções de contato](#)

[Sofrimentos emocionais agravados em Gestalt-terapia](#)

[Vivências de uma pessoa com sofrimentos emocionais agravados com diagnóstico](#)

borderline

Alguns aspectos importantes para o psicoterapeuta

Referências

6. Transtorno do Espectro Autista: um mundo visto através do caleidoscópio

Referências

7. Dependência química e Gestalt-terapia: aproximações possíveis

Em busca de uma compreensão do fenômeno

Possibilidades de intervenção

Referências

8. Do desassossego da culpa ao resgate da autoaceitação: um olhar gestáltico sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Referências

9. Transtornos alimentares na clínica gestáltica

Anorexia de Marina

A bulimia de Helena

Considerações finais

Referências

10. Depressão na contemporaneidade: ajustamentos depressivos, experiência depressiva patológica e campo depressivo

Diretrizes diagnósticas e abordagem diagnóstica processual

Psicoterapia de abordagem gestáltica

Ajustamentos depressivos e gestalten fixas depressivas

Terapia do contato no campo depressivo

Considerações finais

Referências

11. Depressão maior

Reflexões

Referências

Os autores

Apresentação

LILIAN MAYER FRAZÃO

KARINA OKAJIMA FUKUMITSU

Para nós, organizadoras, a **Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas** tem sido fruto de muito esforço e orgulho. Com ela percebemos a necessidade, na comunidade gestáltica, de uma compilação de estudos cujo propósito principal seja o de expandir as fronteiras da abordagem da Gestalt-terapia no Brasil.

Este volume surgiu quando recebemos um e-mail de Fabíola Mansur Polito Gaspar propondo “um livro que contivesse artigos que compartilhassem experiências clínicas específicas – por exemplo, com pessoas que sofrem de transtorno bipolar, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, com ajustamento neurótico confluyente etc.”.

Somos gratas à sugestão de Fabíola e julgamos a proposta interessante e propícia para compor o conteúdo do volume 5 da **Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas**, sobretudo por nos intrigar a carência de material bibliográfico em Gestalt-terapia que abordasse o assunto. Além disso, pelo fato de sermos docentes e treinadoras em cursos de formação em Gestalt-terapia e psicoterapeutas, este livro corroborou nosso desejo de apresentar peculiaridades da abordagem gestáltica na compreensão dos quadros clínicos que causam intenso sofrimento para o ser humano. Portanto, aceitamos a empreitada de organizar um livro que tratasse dos quadros clínicos cujo funcionamento se apresenta interrompido e que impedem o indivíduo de viver com qualidade e bem-estar. Dessa forma, pretendemos desmitificar a visão dualista de que “saúde” e “doença” são opostos, devendo a doença ser combatida a

qualquer custo. Visamos, ainda, mostrar que toda interrupção de contato pode ser compreendida por meio da perda das funções do *self*, como veremos em alguns capítulos deste volume. O *self*, um dos principais eixos do constructo teórico da Gestalt-terapia, é sistema de contato que contém as funções id, ego e personalidade.

O aspecto primordial que norteou esta obra foi a crença de que não adoecemos porque queremos. Adoecer implica lidar com diversas restrições e inúmeros ajustamentos criativos. Assim, agarramos a oportunidade de refletir sobre o significado de duas palavras comumente utilizadas na faculdade de Psicologia e na especialização em Psiquiatria: “normalidade” e “patologia”. Aqui, eles deram lugar aos termos “disfuncionais” e “funcionais”, pois, como dissemos, vinculamos as disfunções às perdas das funções do *self*.

A perda da função id é abordada no capítulo de Lílian Cherulli de Carvalho I. da Costa e Ileno Izídio da Costa e traz considerações profundas e ampliadas sobre a compreensão do [“Ajustamento do tipo psicótico”](#). Os autores apontam a noção de *self* como “uma justaposição estrutural e processual”. Apresentando um caso clínico em que explicitam a proposta do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises Psicóticas, oferecem ao leitor uma perspectiva aprofundada a respeito das psicoses, apontando que nelas “a *awareness* encontra-se mais prejudicada do que nas neuroses”.

No Capítulo 2, Mônica Botelho Alvim escreve sobre [“Transtorno bipolar, temporalidade e conexão com o outro: reflexões preliminares”](#). Ela reflete sobre os significados da existência e enfatiza a importância da articulação entre as dimensões que envolvem tanto a singularidade da pessoa quanto as características universais de um quadro clínico psicopatológico – mais

especificamente do transtorno bipolar – marcado por um histórico de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos acompanhados de episódios depressivos maiores. A autora preconiza ainda que, no processo de formação figura-fundo dado no transtorno bipolar, “o fluxo temporal da *awareness* está impedido e o processo de formação de *Gestalten*, desorganizado”.

No capítulo [“Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação”](#), Karina Okajima Fukumitsu aborda a tríade dos processos autodestrutivos, percebidos pela autora como retroflexões disfuncionais cuja diferença principal é a direção na qual a energia é retrofletida.

No Capítulo 4, denominado [“A ansiedade e seus transtornos na visão de um Gestalt-terapeuta”](#), Ênio Brito Pinto propõe um diálogo que aponta quatro aspectos fundamentais: a compreensão diagnóstica que abarca os diagnósticos extrínseco e intrínseco; o fenômeno da ansiedade visto pela perspectiva fenomenológica; a fundamentação alicerçada mais no *como* que no *por quê*; e a importância do campo existencial na definição da ansiedade segundo o aporte gestáltico.

Em [“Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico ‘borderline’”](#), Angela Schillings apresenta sua forma de conceber os sofrimentos emocionais agravados em Gestalt-terapia, afirmando que estes “são colocados como situações de campo e não como aquelas que pertencem isoladamente a uma pessoa, ou pessoas, ou a uma categoria”. A autora relata um atendimento que ilustra belamente a relação de “pisar em ovos” que exprime a metáfora de quem convive com uma pessoa borderline.

No capítulo [“Transtorno do Espectro Autista: um mundo visto através do caleidoscópio”](#), Cintia Lavratti Brandão elucida os leitores

a respeito do campo em que se insere o TEA, aborda as definições médico-psiquiátricas do problema e apresenta o diálogo com a perspectiva gestáltica. A autora questiona a forma como o *self* opera nas circunstâncias de interação e contato das pessoas reconhecidas e diagnosticadas com TEA e aponta a compreensão das funções id, ego e personalidade na compreensão caleidoscópica do espectro autista.

[“Dependência química e Gestalt-terapia: aproximações possíveis”](#), de Luiz Gustavo Santos Tessaro e Cleber Gibbon Ratto, aborda um grave problema de saúde pública no Brasil que traz implicações em diversas áreas, como educação, segurança pública, política e economia. Os autores refletem de maneira contundente sobre o fato de o distúrbio acontecer “no campo e não apenas de uma perspectiva individual”. Por esse viés, apresentam a compreensão gestáltica de conceber a dependência química como fenômeno multifacetado, ressaltando que o “dependente” não deve ser confundido com a substância. Assim, “o fato de a pessoa depender de uma substância psicoativa não pode ser transformado em uma definição acerca dela, mas é um aspecto importante de um todo multifacetado, constituído de outras características”. Nessa direção, os autores preconizam que o autossuporte do dependente químico é “quase inexistente; suas energias são investidas no comportamento adito”.

Não podíamos nos esquecer de Fabíola Mansur Polito Gaspar, que além de propor o conteúdo deste volume escreveu o capítulo [“Do desassossego da culpa ao resgate da autoaceitação: um olhar gestáltico sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo”](#). A autora explica que as “dores fazem parte do fundo de historicidade das pessoas que sofrem de TOC” e, entre essas dores, destaca “os

registros de experiências recheados de culpa, medo, sentimentos de inadequação e opressão”. Fabíola acrescenta que, quando a *awareness* é ampliada, a pessoa pode realizar ressignificações para lidar com a expiação da culpa e, sobretudo, para aprender novas maneiras de ser e de se libertar da prisão de sua temporalidade.

No Capítulo 9, [“Transtornos alimentares na clínica gestáltica”](#), Arlene Leite Nunes enfoca a anorexia e a bulimia nervosas, vistas por ela como ajustamentos criativos. A autora salienta que é importante descobrir “para que ajustamento criativo o transtorno serve e de que modo a pessoa se apropria dele como mecanismo de evitação”. Além disso, afirma que, se o transtorno alimentar é sintoma, o sentido existencial do sintoma é a direção a ser tomada pelo Gestalt-terapeuta.

Segundo relatório global da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2017), 322 milhões de pessoas no mundo têm depressão. No Brasil, 11,5 milhões, o equivalente a 5,8% da população, sofrem desse transtorno de humor ou afetivo. Ainda segundo a OMS, entre 2005 e 2015 o número de pessoas deprimidas aumentou 18%.

Preocupadas em incentivar o aprofundamento dos estudos sobre depressão, encerramos este volume apresentando dois capítulos sobre esse quadro clínico disfuncional. No texto [“Depressão na contemporaneidade: ajustamentos depressivos, experiência depressiva patológica e campo depressivo”](#), Claudia Baptista Távora apresenta um panorama sobre os quadros depressivos correlacionando-os com a linguagem gestáltica. Já Claudia Ranaldi Nogueira aborda especificamente a [“Depressão maior”](#) segundo o aporte da Gestalt-terapia. Dessa maneira, evidenciamos o tom que pretendemos dar a este livro: a crença de que devemos ir além dos sintomas da depressão considerando que, embora no(s) episódio(s)

depressivo(s) tudo pareça ser igual, monocromático, indiferenciado e anacrônico, é fundamental atentar para as diferenças e singularidades que colorem a existência humana. Dada a grande incidência dos quadros depressivos no mundo contemporâneo, acreditamos que esses dois capítulos possam contribuir significativamente para lidar com a questão em nossa abordagem.

Ressaltamos que nossa preocupação primeira foi a de enaltecer o olhar do Gestalt-terapeuta – que deve se voltar não apenas para os sintomas, mas para aquele que os apresenta. Assim, o profissional de saúde deve transcender as queixas e a descrição dos quadros doentes para enxergar a pessoa adoecida e sua maneira de se expressar no mundo.

Esperamos que o leitor desfrute da leitura deste livro, suspenda o *a priori* contido no olhar que demanda a cura e oferte um olhar que respeite a singularidade humana – considerando, acima de tudo, o sofrimento de nossa espécie.

1. O ajustamento do tipo psicótico

LÍLIAN CHERULLI DE CARVALHO I. DA COSTA

ILENO IZÍDIO DA COSTA

PSICOPATOLOGIA – UMA COMPREENSÃO FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAL

Em sua obra inaugural, em que desenvolvem teoria e métodos da Gestalt-terapia, Perls, Hefferline e Goodman (1997) estabeleceram que a abordagem visa às potencialidades do indivíduo e à sabedoria do organismo, mesmo em momentos existenciais mais críticos. O estado saudável, antes de constituir “situação de completo bem-estar” (OMS, 1946), caracteriza-se por um processo permanente de manutenção de equilíbrios e de ajustamento às condições, sempre flutuantes, dos meios interno e externo (Ginger e Ginger, 1995). Conforme Perls e seus colaboradores (1997), a identificação e a satisfação de necessidades mais proeminentes do aqui e agora se dão no movimento de alternância de figuras e fundos – que, mobilizando e organizando o comportamento do indivíduo, permitem a sobrevivência organísmica. As situações de autorregulação são vetores de mudança, ocasionados por circunstâncias de desequilíbrio. Assim, compreende-se, como Clarkson (*apud* Holanda, 1998), que se justifica a estima da Gestalt-terapia por situações desestruturantes, vistas como fundamentais ao ajustamento ou às transformações criativas.

A abordagem não negligencia aspectos saudáveis preservados pelo organismo; em vez disso, encara o processo psicopatológico por um viés positivo de ajustamento diante de situações insustentáveis para o *self*. Segundo esse aporte teórico-clínico, a psicopatologia não é concebida como categoria limitante da

experiência, que apenas compromete o indivíduo, mas tem um aspecto eminentemente relacional, fruto da orientação fenomenológica que subsidia a abordagem. Nos dizeres de Holanda (1998, p. 41), “‘adoecer’, em Gestalt-terapia, é estar em desarmonia relacional, seja com o mundo em geral, seja consigo mesmo”. Tal posição admite o fenômeno do adoecimento de modo concorrente às clínicas psicológica e psiquiátrica tradicionais, de orientação positivista, que imputam ao sujeito as justificativas e as explicações sobre aquelas manifestações divergentes da “norma comportamental” e de sofrimento.

Instaura-se, pois, uma compreensão de relação psicopatológica e não apenas de uma patologia enclausurada no indivíduo, além de revelar-se a possibilidade de compreender o momento existencial do adoecimento da perspectiva peculiar do contato.

Ribeiro (1997, p. 20) afirma que o “contato pleno é aquele em que as funções sensitivas, motoras e cognitivas se juntam, em movimento, para, através de uma consciência emocionada, produzir no sujeito um bem-estar, uma escolha, uma opção real por si mesmo”. Para esse mesmo autor (Ribeiro, 2006), os instrumentos do contato são os sentidos: é preciso entrar em contato com o mundo por meio dos sentidos para que a realidade se faça inteligível. A experiência de contato envolve o organismo como um todo, o corpo, as emoções e a consequente consciência.

A rigidez e o bloqueio no contato não implicam, necessariamente, que uma (psico)patologia esteja configurada como tal. Como anteviram Perls, Hefferline e Goodman (1997), em sua sabedoria, o organismo se vale de resistências para a defesa do *self* quando este se encontra em situação de potencial ameaça ou impossibilidade de contato. Os bloqueios, como funções preservativas, são, num

primeiro momento, estratégias saudáveis e criativas para a subsistência e a proteção do *self*. Podem, no entanto, denotar formas psicopatológicas de contato quando manifestos como comportamentos rígidos ou maneiras cristalizadas e anacrônicas de interação com o mundo (Vasconcelos e Menezes, 2005). Augras (2002, p. 12) define que “patológico é o momento em que o indivíduo permanece preso à mesma estrutura, sem mudança e sem criação”.

Convém ressaltar que a consciência é relevante no reconhecimento de um estado de bloqueio patológico, posto que a *awareness* de uma situação auxilia o indivíduo a discriminar figuras, perceber dificuldades e favorecer, tanto quanto possível, a visualização ou a criação de alternativas. De outro modo, sem que o indivíduo esteja consciente, nenhum excitação, nenhuma configuração ou energia será sequer percebido e os ajustamentos não acontecerão de forma satisfatória ou criativa.

A forma de ajustamento pode acontecer aos moldes neurótico ou psicótico, se tomarmos a nomenclatura consagrada pela psicanálise. Contudo, convém ressaltar que cada indivíduo existe no mundo de uma maneira peculiar, inclusive quando num ajustamento conservativo – ou, em extremo, psicopatológico. Tenório (2012, p. 225) compreende que o ajustamento conservativo acontece quando o *self*,

na impossibilidade de transformar as circunstâncias do meio, no sentido de promover sua autorrealização, atua com o objetivo de garantir sua sobrevivência e manter seu equilíbrio no nível em que o ambiente permite, o que implica abrir mão de seus verdadeiros objetivos e interesses, para adequar-se às exigências externas.

Ajustamento criativo, em contrapartida, é o processo de

autorregulação organísmica por meio do qual o *self*, no seu sistema de contatos, assimila e integra figuras segundo a dinâmica de aparecimento de necessidades. O *self* atua por meio de respostas conscientes no campo, transformando-o ao passo em que é transformado por ele.

A vivência, a significação e até a forma de apresentação de traços sintomáticos serão diferentes tantos quanto forem os indivíduos. O respaldo para uma diagnose vem, como já alertara Augras (2002), do algo de coexistência na existência, que faz um indivíduo ser comunicável para os demais. É com esse princípio norteador que se pretende circunscrever compreensivamente o que adotamos como ajustamento do tipo psicótico.

Nesses termos, adentrar no terreno da fenomenologia é lidar com os mais variados aspectos na compreensão da psicopatologia:

Uns fazem da psicose uma alienação da condição humana. Outros explicam que não há nada nem pessoa a alienar; para esses, o homem é o significado de um discurso sem palavra [...]. Neste infinito neutro [...] não há lugar para um eu capaz de presença e ausência [...]. Mas a psicose não se entrega. Também entendemos perceber na existência psicótica o existencial humano que a torna possível, mesmo onde a psicose é uma forma impossível disso. (Maldiney *apud* Tatossian, 2006, p. 317)

A psicopatologia fenomenológica reconhece sintomas como manifestações comportamentais, mas seu foco é, na verdade, as modificações do vivido. À abordagem importa nem tanto o sintoma, mas o fenômeno: a maneira *sui generis* como um indivíduo manifesta o seu vivido de ser no mundo (Tatossian, 2006). É esse o referencial que se une à Gestalt-terapia na tentativa de desenvolver um olhar sobre o fenômeno do ajustamento psicótico em si, mas, sobretudo, no sujeito que sofre. Recepciona-se o *pathos*, o sofrer como possível registro ontológico da vida. Recepciona-se, ademais,

o modo único de cada sujeito de viver e manifestar o sofrimento. A experiência psicótica adquire contornos tão idiossincráticos quanto a trajetória pessoal dos indivíduos.

DAS PSICOSES AO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE E O AJUSTAMENTO DO TIPO PSICÓTICO

A literatura técnica descreve as psicoses, demarcadas como transtornos, segundo sinais e sintomas definidos por classificações psiquiátricas internacionais como o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) ou o Código Internacional de Doenças (CID). Estes revelam critérios objetivos para o diagnóstico dos transtornos, evidenciando como patológicos os aspectos normalmente não compartilhados por uma comunidade maior, que colocam o sujeito em um grau intenso de sofrimento psíquico e de prejuízos psicossociais e afetivos.

Em geral, a psiquiatria, a psicologia clínica e a psicanálise configuram a psicose como quadro psíquico no qual se verifica alguma perda de contato com a realidade. Segundo Dalgalarondo (2000), o diagnóstico dos transtornos psicóticos envolve a sintomatologia positiva e negativa. Sintomas positivos são as manifestações produtivas do quadro psicótico e configuram os sintomas típicos como delírios, alucinações, comportamentos bizarros, agitação psicomotora, produções linguísticas como neologismos e parafrases etc. Já os sintomas negativos caracterizam-se pela perda de funções psíquicas e pelo empobrecimento global da vida emocional e social do indivíduo. Nesse caso, aparecem o distanciamento afetivo, a retração social, o empobrecimento da fala e do pensamento, a abulia, a avolição e a lentificação psicomotora, entre outros. Costa (2010a, p. 44) afirma

que, no âmbito do pensamento, com o psicótico ocorre o processo de clivagem, isto é, “o pensamento delirante primário não se reprime nem fica embutido, o que possibilita agir com uma normalidade aparente”. O sujeito apresenta dificuldades de criar metáforas, interpretando na literalidade aquilo que vê ou escuta.

Para Carvalho (2006) a psicose é entendida como uma categoria sintomatológica geral na qual se encontram categorias nosológicas específicas, como a esquizofrenia – o principal diagnóstico psicótico, seja pela frequência ou pela importância clínica – e os transtornos esquizotípicos, delirantes persistentes, agudos e transitórios, delirantes induzidos, esquizoafetivos e outros não orgânicos ou não especificados. A autora ressalta ainda que a principal característica das psicoses pode ser dada pela alteração no juízo de realidade manifestada pelo sujeito, porém admite que o conceito é impreciso. Reconhece, no entanto, que as alterações psicológicas, na psicose, tendem a ser mais graves, intensas e comprometedoras ao indivíduo.

A descrição dos sintomas é exaustiva, porém superficial se considerada a falta de questionamentos acerca da essência ou das condições de surgimento e manutenção destes. A circunscrição sintomática com base no campo existencial do sujeito veio a ser a principal diferença entre a psiquiatria tradicional e a psicopatologia fenomenológica.

A ruptura do paradigma psiquiátrico tradicionalista, fundamentado na ciência positivista, dualista e organicista, deu-se também com as críticas do movimento da antipsiquiatria, cujos principais argumentos reforçam a inadequação da psiquiatria como área médica destinada ao tratamento das “doenças mentais”. Thomas Szasz (*apud* Costa, 2003), precursor da antipsiquiatria, defende que a “doença mental é

uma metáfora”, exatamente por não se encontrar em nenhum substrato físico do corpo humano. Afirma, ainda, que a psiquiatria se fundamenta em rótulos para sua ação terapêutica e desconsidera a verdadeira natureza dos transtornos mentais. Para esse autor, a práxis psiquiátrica promove um ato duplamente agressivo, em que há comprometimento da linguagem e a redução da liberdade e da responsabilidade dos sujeitos.

Em anuência, Costa (2003, p. 72) afirma ser “necessário constatar [...] a impossibilidade da psicose como uma entidade única, ou mesmo como entidade nosográfica, sindrômica”. Nesse sentido é que o autor propõe o termo “sofrimento psíquico grave” para não apenas se referir ao que está sob os desígnios da definição de psicose, mas também para superá-la rumo ao apontamento de fenômenos existenciais, fenomenológicos, de caráter relacional e dinâmico que digam da angústia fundamental humana bem mais que a mera classificação nosográfica e categorial sintomatológica. Com essa opção, busca-se resgatar a dimensão natural de qualquer sofrimento humano, inclusive daqueles tidos como psicóticos. Segundo Costa (2010b, p. 60),

O sofrimento psíquico grave deve ser entendido de forma a pensarmos como sofrimento algo essencial do humano, o psíquico que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, da ordem do afeto) e o grave para enfatizar a sua intensidade e, em geral, de difícil manejo comum.

Essa terminologia encontra respaldo filosófico na abordagem gestáltica e fenomenológica, uma vez que resgata aspectos que dizem, tão somente, da experiência humana e das inúmeras possibilidades de ser no mundo.

Pela concepção gestáltica, pode-se assumir que a natureza da

psicopatologia é a interrupção do processo de contato. Quanto maior a rigidez na fronteira organismo-ambiente, quanto maior a perturbação na elasticidade de formação figura-fundo, mais severos os efeitos percebidos no comportamento e no desenvolvimento do *self* (Perls, Hefferline e Goodman, 1997). O *continuum* de gravidade dos efeitos, no entanto, decorre do grau de *awareness* que o sujeito mantém sobre o seu padrão de contatos. Nas psicoses, a *awareness* encontra-se mais prejudicada do que nas neuroses – ainda que, nestas, o sujeito também se veja incapaz de alterar o padrão de interação consigo e com o mundo.

Assumimos aqui a noção de *self* como uma justaposição estrutural e processual, totalidade organizada com características próprias, cujas partes relacionam-se entre si e determinam o funcionamento do todo ao passo em que são determinadas por ele. A estrutura é, do mesmo modo, dinâmica, dado o intenso movimento interno decorrente da interação contínua entre suas partes, formalizando um equilíbrio e uma estabilidade apenas provisórios (Tenório, 2003). As funções descritas por Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 184) – id, ego e personalidade – são aqueles “modos de funcionamento” que permitem ao *self* cumprir sua principal função, qual seja, a do fechamento de *Gestalten* incompletas, a satisfação de necessidades emergentes na fronteira de contato:

[...] o id, o ego e a personalidade são as etapas principais de ajustamento criativo: o id é o fundo determinado que se dissolve em suas possibilidades, incluindo as excitações orgânicas e as situações passadas inacabadas que se tornam conscientes, o ambiente percebido de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente. O ego é a identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o

comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação. A personalidade é a figura criada na qual o *self* se transforma e assimila ao organismo, unindo-a com os resultados de um crescimento anterior.

Sobretudo Goodman (*apud* Ginger e Ginger, 1995) difere a neurose da psicose – e, portanto, os ajustamentos neuróticos e psicóticos – segundo a função do *self* mais prejudicada: na neurose, fala-se, prioritariamente, de uma perda nas funções ego ou personalidade, enquanto na psicose a perda se dá na função id. Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 235) explicam a neurose como “evitação do excitação espontâneo e a limitação das excitações”, como se o sujeito impedisse o contato em totalidade. A função ego está prejudicada à medida que o *self* se boicota a fim de não agir (repressão), ou agir de maneira não atualizada, objetivando satisfazer uma necessidade dominante. Já a função personalidade é lesada tendo em vista que a assimilação do contato finalizado ao *self* não acontece, permanecendo o sujeito em um estado de constante desequilíbrio e tensão. Faltam ao contato pleno a satisfação e a retirada. Em suma, a neurose pode ser definida como a perda da espontaneidade no contato.

Com uma perda na função id, ocorre “a aniquilação de parte da concretude da experiência; por exemplo, as excitações perceptivas ou proprioceptivas. Na medida em que há qualquer integração, o *self* preenche a experiência [...] A fisiologia primária começa a ser afetada” (*ibidem*). Assim, instaura-se a psicose. Ginger e Ginger (1995) afirmam que o sujeito psicótico não responde claramente ao mundo exterior nem às próprias necessidades, como se estivesse desconexo da realidade – impedindo, assim, a ocorrência de ajustamento criador do organismo ao meio.

A função id se relaciona aos momentos mais próprios do sentir

pré-reflexivo. O *self* rege-se na função id enquanto à disposição das sensações mais primárias, rudimentares e primitivas, afetivas por excelência. Um bloqueio severo em qualquer das etapas de contato relacionadas [fluidez, sensação e consciência, segundo Ribeiro (1997)] evidencia um padrão de comportamento que denota o desligamento de si e do mundo numa interrupção profunda do fluxo de *awareness*. Por outro lado, também é possível uma estimulação excessiva dos sentidos, mantendo-se o *self* inundado por sensações que não adquirem significado exatamente porque não reconhecidas em outros níveis de consciência. Nessa circunstância, o comportamento evidencia a falta de conexão entre o que é sentido visceralmente e o vivido emocional, psiquicamente simbolizado e significado.

Em decorrência da perturbação do id (por falta ou excesso), todas as outras funções do *self* são comprometidas, em um movimento óbvio de cronificação do des-ajuste. Assim, todo o processo de contato permanece prejudicado, evidenciando a rigidez e a forte cristalização dos bloqueios. No sofrimento psíquico do tipo psicótico, a noção de eu é afetada, porque o *self* não dá conta de integrar suas várias manifestações. Sem uma atuação da função ego, o *self* torna-se cada vez mais fragilizado, indefeso quanto aos introjetos tóxicos disponíveis no campo. Em consequência, a desorganização na função personalidade impede que o *self* integre satisfatoriamente as experiências de contato, deixando *Gestalten* abertas a inúmeras possibilidades falseadas de preenchimento.

A depender da configuração de bloqueios desenvolvida pelo *self*, restará evidente o modo como o contato não se desenvolve de modo satisfatório e saudável, bem como o que preserva (ou deseja preservar). Cada indivíduo organizar-se-á diante da perda nas

funções de contato de modo específico, justificado pela sua trajetória de vida e pelo que reconhece como “fundo” numa perspectiva de vividos espaçotemporais. São temerárias, a nosso ver, definições de padrões comportamentais e de contato que caracterizem o quadro psicótico, sob pena de se incorrer em generalizações que falseiem a primazia da experiência individual.

Nesse sentido, faz-se mister algumas ponderações. Primeiro, em virtude da concepção de adoecimento como ajustamento, um modo peculiar de cada indivíduo ser no mundo: cada sujeito vivencia o ajustamento por motivos e meios que lhe são próprios, sendo necessária uma descrição atenta a cada caso particular. Segundo, as diversas possibilidades de ser no mundo em um ajustamento psicótico têm diferenças consideráveis no que tange aos modos específicos de bloqueio; por exemplo, um sujeito autista tem necessidades e *Gestalten* incompletas muito diferentes de outro sujeito autista ou esquizofrênico ou bipolar. Por fim, é imperioso que a postura fenomenológica em situação psicodiagnóstica deve ser processual, preservando as características compatíveis com toda a fundamentação epistêmica da Gestalt-terapia e da fenomenologia.

Nesse ínterim, justifica-se a opção pela nomenclatura “ajustamento do tipo psicótico” para se referir ao que, comumente, chamamos de psicose. Sendo o ajustamento criativo uma função relacional, não há para ele padrões predeterminados no curso de desenvolvimento. Apesar do quadro nosológico descrito para a psicose, pela proposta do ajustamento do tipo psicótico o sujeito não é rotulado segundo um padrão predefinido e específico de uma forma de ser patológica. “Tipo psicótico” indica que uma disposição criativa se encontra, em algum grau, potencialmente desorganizada; porém, o mesmo termo não limita a autorregulação do *self* nem

estabelece uma linha psicopatológica evolutiva definitiva no curso da vida do sujeito.

UMA EXPERIÊNCIA DE MANEJO CLÍNICO: A HISTÓRIA DE GRAZIELA

A apresentação do caso clínico a seguir não intenta, por certo, limitar as possibilidades de atuação e compreensão do ajustamento do tipo psicótico pela clínica gestáltica. Antes, objetiva expor uma entre tantas possibilidades de compreensão clínica e manuseio de ferramentas teórico-conceituais disponíveis à abordagem. Oferecemos uma leitura do caso clínico sob o aporte das teorias do *self* e do contato, considerando-as, sobretudo, “mapas” que nos conduziram pelo processo psicoterápico e nos permitiram compreender o fenômeno à medida que ia se desvelando na relação terapêutica. O ciclo do contato, conforme descrito por Ribeiro (1997), possibilitou-nos uma visão globalizada da história clínica e conveio como instrumental para a focalização das figuras emergentes no campo.

Passamos, então, a história de Graziela. Ressalta-se que todos os nomes são fictícios e que, à época do acompanhamento, a cliente concedeu (e assinou) seu consentimento livre e esclarecido.

Graziela, sexta filha de uma prole de sete, nasceu em uma pequena cidade no interior da Bahia. Teve, segundo relatos, boa relação com os pais e convivência com os preceitos religiosos católicos, praticando-os.

No período da infância, Graziela é lembrada como uma criança que não dava problemas, tranquila e caseira. Por volta dos 6 anos, apanhou do pai ante a recusa de ajudar a irmã em tarefas domésticas. O episódio marcou sua infância. Embora o amasse,

sentiu raiva do pai e guardou mágoas. Assumiu a culpa pelo episódio, tomando para si a responsabilidade de tê-lo respondido com estupidez e provocado sua reação agressiva. Ela afirmava que o pai nunca mais batera nela. A mãe costumava dar-lhe tapas na boca se Graziela lhe respondesse com estupidez ou brigasse com os irmãos. Também lhe respondia com veemência, o que provocava em Graziela vergonha e arrependimento.

Desde criança, Graziela demonstrava problemas com a autoimagem. Achava-se feia, não gostava dos cabelos crespos (e atribuía ao pai a culpa por essa característica), chegando a expressar para ele seu descontentamento. Sofria com as brincadeiras dos colegas sobre sua aparência e costumava rezar a Deus pedindo que ele a transformasse em uma pessoa mais bonita. Na adolescência, não teve muitos relacionamentos, inclusive namoros. Seu primeiro beijo aconteceu com um rapaz, logo depois que chegou a Brasília, quando tinha cerca de 19 anos. Essa época é apontada como o momento ideal de beleza para si: os cabelos eram compridos e cacheados e o corpo, magro, o que lhe permitia usar qualquer tipo de roupa.

Mudou-se para Brasília e passou a morar com três irmãos solteiros, em busca de oportunidades de trabalho. Ela tinha expectativas de conseguir melhorar a própria qualidade de vida e a dos pais, mas a mudança acabou por deixá-la e à irmã malfaladas por morarem sozinhas e solteiras na cidade grande. O impacto da cultura e da moral características de sua terra de origem era marcante na idade adulta de Graziela.

Aos 22 anos, teve seu primeiro namoro e a primeira experiência sexual. Houve pressão para que a relação ocorresse, já que ela dizia não estar preparada e tinha receio de ferir suas crenças

religiosas e morais. Graziela expressou que os atos sexuais não foram vividos com prazer. Pensava na família, em Deus e não ficava presente na experiência. As dores tornavam-se figuras mais delineadas do que as sensações prazerosas. Na primeira vez, o namorado duvidou de sua virgindade e, por tal razão, ela chegou a tomar remédios na intenção de tirar a própria vida. Meses depois, o rapaz a trocou por outra mulher. Graziela tinha dificuldade de falar sobre o namoro e as relações sexuais. Defletia quando indagada sobre as situações e os fatos vividos. Admitiu ter sofrido muito com a perda do namorado, mas pior era o sentimento que advinha da desobediência aos pais e a Deus. As crenças familiares estabeleciam que as relações sexuais deveriam acontecer somente com o casamento, já que os ritos sacramentais da Igreja deveriam ser cumpridos.

Passou a se sentir culpada pelo acontecido, por ter cometido um grave pecado em relação ao que orientam as leis divinas, a igreja e os pais. Chegou a afirmar: “Toda culpa de ter magoado ou ofendido minha família voltou com esse problema”. Acreditava ter sido penalizada pela franqueza com que reclamava do pai pela transmissão de suas características físicas e pela desobediência aos genitores.

À época do término do relacionamento, Graziela passou a frequentar uma igreja evangélica em companhia da irmã, cujas interpretações bíblicas a deixaram confusa com relação às proibições que lhe eram impostas pela prática religiosa (por exemplo, com relação às roupas ou músicas que ouviam e dançavam). Na igreja, expôs ao pastor a angústia pelas experiências sexuais e se recorda de ele ter comentado que, para Deus, o sexo antes do casamento era um pecado e ela seria

castigada por isso. As palavras do pastor ficaram em sua cabeça e ela pensava como um Deus tão bom teria criado algo que todo mundo faz, que é o meio de nascimento de todos, e deixado ser considerado uma falta tão grande. Graziela atribuía o início de seu adoecimento a essa conversa.

Os irmãos afirmaram que todos esses elementos acabaram por deixar Graziela “impressionada”, acreditando que os castigos de Deus aconteceriam também com ela. Aumentou sua confusão mental, adotando como referência a noção de um Deus vingativo, intolerante, justiceiro e condenador. Até então, via-o como misericordioso, bondoso e amoroso e costumava orar com frequência, mantendo com Deus uma relação de intimidade: “Era uma amizade difícil de encontrar hoje em dia” (sic).

A primeira crise psicótica aconteceu cerca de 18 a 24 meses após o término do aludido namoro. Após a leitura da passagem bíblica de Sodoma e Gomorra (Gn. 18, 19), Graziela começou a pensar em agressões verbais e xingamentos contra Deus, a imaginar suas partes íntimas e viu-se fazendo sexo com Deus. Afirmou ter sentido um dragão dentro do peito, o coração parecia pedra. Ouviu o demônio falando dentro e fora de seu corpo e teve a sensação de sete espíritos invadindo-a pelas costas. Viu fogo saindo das bocas de lobo dos bueiros. Imaginou-se no próprio julgamento, onde Deus e o demônio brigavam por ela e Jesus a defendia. Nesse delírio, Deus dizia que ela não era digna de seu filho. No decorrer do episódio, os delírios passaram a ter como figuras o pai e os irmãos. Graziela se via tendo relações sexuais com eles. Durante o culto, imaginava os órgãos sexuais do celebrante ou atos sexuais dele. Uma série de “pensamentos automáticos” e xingamentos direcionados a Deus permaneceu. A prática do sexo passou a ser

vista como absurda e feia, tanto na forma quanto no sentido atribuído. Imaginava que Deus a condenaria ao inferno por todos os pensamentos e desejos que tinha, além das agressões destinadas a Ele.

Após a primeira crise, Graziela ficou sob os cuidados de familiares, que a acompanhavam nas idas à igreja. Durante os cultos, as pessoas diziam que havia algo dentro dela, que fora vítima de macumba. Nessas ocasiões, chegava a ouvir vozes diferentes que a assustavam. Sentia que o demônio tomava seu corpo e chegava a mudar o tom de voz ao conversar com as pessoas. Deixou de assistir à televisão, de ouvir rádio e de fazer outras coisas que antes eram do seu gosto, como dançar e sair com amigos. Sentia raiva e inveja de outras pessoas, queria o mal delas – fossem conhecidas ou não. Relatou inúmeras vezes que deixou de amar até a família e não tinha por eles nenhum afeto positivo. Graziela dizia que os pensamentos contra Deus eram involuntários, mas provocavam-lhe angústia e culpa.

Logo após essa crise, Graziela deu entrada pela primeira vez na emergência de um hospital psiquiátrico. Foi atendida no pronto-socorro duas vezes em uma semana. Ela chegou à nossa clínica universitária posteriormente às breves internações de emergência. Contava, então, com 24 anos. Foi atendida pelo Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises Psicóticas (Gipsi), no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O grupo destina-se ao atendimento precoce de pacientes que vivenciam as primeiras crises do tipo psicótico, por meio da clínica ampliada e da intervenção multidirecionada ao paciente, a seus familiares e à comunidade de apoio.

A relação com um psiquiatra permeou todo o processo

terapêutico, tendo sido mantidas as consultas regulares para ajuste da dosagem medicamentosa e avaliações. Graziela manteve um forte vínculo de confiança, recorrendo a ele nas ocasiões em que se sentia mais angustiada. Eventuais atendimentos emergenciais também foram feitos por telefone, reforçando a importância da presença desse médico e do acolhimento dispensado por ele à jovem e à sua família.

Concomitantemente aos atendimentos psicoterápicos individuais, foi disponibilizado o espaço para terapia familiar. Os irmãos e os pais, no entanto, se alternavam nas ausências, inviabilizando a entrada efetiva no processo terapêutico.

Durante os atendimentos realizados, foram trabalhados os sentidos para as demandas que surgiam. Procurou-se contextualizar a crise, dando conta das potenciais recaídas de Graziela, trabalhando os elementos trazidos pela cliente a respeito de seu passado, presente e as expectativas quanto ao futuro, equalizando os diferentes sentidos atribuídos à crise pela família e pela própria cliente.

Graziela dizia ter dupla personalidade: uma gostava de Deus, queria o bem das pessoas, tinha afeto pela família. A outra gostava do demônio, rejeitava e odiava Deus, desejava o mal aos outros e não aguentava mais a vida. Com a mesma ambivalência se relacionava com Deus e com o demônio. Por vezes, desde a crise aguda, tinha a sensação de que o demônio a dominava e influenciava, como se estivesse próximo dela. Nesses momentos, sobretudo à noite ou quando sozinha em casa, tinha medo. Em contrapartida, sentia que seu coração chamava pelo demônio. Com relação a Deus, além do sofrimento impingido a Sodoma e Gomorra (Deus não deveria ter agido sob domínio da ira, uma vez que Ele é

perfeito) e da permissão para que ela sofresse sem perspectivas de cura, Graziela sentia raiva por não ter atendido ao seu pedido de ser mais bonita na infância. Ao contrário, depois de ter adoecido sofreu os efeitos colaterais da medicação, especialmente o ganho de peso. Em certo momento, além da raiva de Deus, passou a ter inveja e raiva também de Nossa Senhora. Sentia-se rejeitada por Deus por não ser sempre tão bonita e feliz.

Por algum tempo durante o processo terapêutico, a temática da autoimagem foi figura nas sessões, chegando a instaurar-se outra crise, dessa vez sem as características tipicamente “psicóticas” de sintomatologia positiva. Por um olhar gestáltico, dir-se-ia que Graziela funcionava em ajustamento do tipo neurótico (a *awareness* esteve mais preservada do que na primeira crise e se observaram prejuízos mais relacionados às funções ego e personalidade do *self*).

No decorrer do processo individual, Graziela expressou o desejo de morrer e a própria incapacidade de cometer o suicídio. Revelou que já tivera uma ideação por volta dos 14 anos, motivada pela tristeza de não se sentir bem com a própria aparência e com o desencaixe social. Chegou a pegar uma faca, mas recuou por falta de coragem. Tinha medo do que aconteceria após a morte, já que na Bíblia os suicidas estão condenados ao inferno. Essa crença reforçava a ideia do Deus vingativo, que não perdoa nem mesmo os pecados cometidos devido a sofrimentos intensos. A angústia foi constante, ora mais acentuada, ora menos. Graziela a descrevia como apertos no peito, como se o coração estivesse apertado, doído. Por vezes, referia-se a ela como uma sensação de vazio. Seu sofrimento a fez desejar desaparecer e pedia a Deus por isso; não queria estar em lugar nenhum: nem na vida, nem no céu, nem

no inferno.

De modo cindido, também demonstrou dificuldades de conceber de modo dialético o processo terapêutico e o próprio desenvolvimento, marcado pelo adoecimento e pela saúde. Sua autoimagem pré e pós-crise era concebida dissociadamente e tinha esperança de voltar àquela forma ideal de um dia para o outro.

Após o quarto ano de tratamento, demonstrando sinais de autonomia mais evidentes, os irmãos começaram a lidar com Graziela de forma corriqueira, retomando suas atividades e os modos de atenção e contato característicos dessa família. A mudança de comportamento teve impacto na dinâmica de Graziela, que começou a sentir falta da companhia e da atenção deles, da paciência e do cuidado. Sabia do incômodo que causara à família, mas, ao mesmo tempo, mostrava consciência de suas necessidades para dar conta da angústia. Precisava falar sobre os pensamentos, sobre as dores e dificuldades e sentia-se abandonada, vendo que eles não estavam mais tão disponíveis. Os conflitos com relação à família e as reações de Graziela tornaram-se diferentes. Agora diziam respeito ao seu esforço para ser atendida e manter-se na posição privilegiada de quem recebia mais atenção dos irmãos e pais. Quando não satisfeita ou frustrada em seus desejos e necessidades, Graziela costumava ter reações de nervosismo, segundo ela, incontroláveis.

Desde muito nova, ficava nervosa em situações em que se sentia desrespeitada ou frustrada. Nessas ocasiões, irritada, percebia-se tomada pelo ódio. Ela e a família já tinham notado essa reação, mas nunca esperaram que esse padrão comportamental pudesse ter consequências mais sérias, numa alusão à crise do tipo psicótico. Graziela associou o que ela chama de “nervoso” a aspectos

religiosos, como se o demônio a estivesse tentando nesses momentos. Fato é que o “nervoso” tem manifestações fenomênicas: Graziela expressava insatisfação, frustração, raiva, tristeza ou outros afetos socialmente negativos. Percebeu-se no processo que Graziela conseguia atuar sua agressividade apenas quando tomada pelo “nervoso”.

Entre quatro e meio e cinco anos do processo começado, a dinâmica de Graziela já não delineava um padrão de ajustamento psicótico. Passou a vivenciar conflitos de ordem relacional e dificuldades da vida cotidiana, como a retomada de sua autonomia, a procura de emprego, a vontade de ter casa e família, a necessidade de aumentar a renda familiar e sustentar-se, entre outros. Nessa fase, observou-se a recorrência de faltas às sessões, além do desejo expresso de que se reduzisse o número de atendimentos em encontros mensais.

Foi-se configurando no campo entre terapeuta e cliente, e levado à discussão com o Grupo, que Graziela já demonstrava condições de caminhar sozinha. O processo de desligamento dos serviços do Gipsi foi negociado com a cliente, a qual optou pela alta e decidiu como esta deveria acontecer. Encerrou o processo agradecendo: “É o que Deus teria feito por um filho. Sinto-me como uma criança aprendendo a andar [...]. O Grupo está me oferecendo caminhos”.

A construção teórica, elaborada *a posteriori* das situações clínicas, pode nos conduzir estrategicamente durante o processo terapêutico e, na ocasião, na compreensão fenomenológica da relação estabelecida no curso de toda experiência clínica.

O modelo do ciclo do contato é útil e adequado se por ele for reconhecida a interrupção do contato sadio. Como instrumento diagnóstico, provê a identificação dos bloqueios característicos do

sujeito em crise – sendo, portanto, capaz de tornar a ação terapêutica ainda mais precoce ao nortear o terapeuta para um trabalho mais específico, baseado no padrão interacional observado. Já como instrumento orientador de prognósticos, ao assumir a lógica do processo de saúde contida no modelo (Ribeiro, 1997), é possível ao clínico vislumbrar, junto com o cliente, possibilidades e meios de obter o contato pleno, promovendo uma adaptação saudável do indivíduo ao seu momento de vida.

Diante da caracterização dos mecanismos de contato, percebe-se a complexidade da compreensão a ser buscada. Uma mesma situação enseja e mobiliza mais de um mecanismo de bloqueio para, logo em seguida, apresentar-se como mecanismo saudável quando em relação a outros processos existenciais. O campo se constitui, dessa forma, cheio de vetores inter-relacionados que se sobrepõem, indicando as necessidades do sujeito. Posto isso, a partir de uma redução do processo terapêutico e retomando-o em etapas, é possível indicar os mecanismos de *projeção*, *deflexão*, *introjeção* e *confluência* como os bloqueios mais proeminentes na história de Graziela.

A questão do reconhecimento do término de um processo relaciona-se estreitamente com o bloqueio tido como confluência. No processo terapêutico vivido com Graziela, reconhece-se sua dificuldade de tornar-se disponível para um novo contexto de vida, diferente qualitativa e quantitativamente do período pré-episódico de crise. É possível afirmar que, sobretudo pelo período do episódio do tipo psicótico, Graziela manteve-se confluída com sua família e à imagem idealizada que mantinha dela. Assim também à sua autoimagem e autoconceito de *self*, ao Deus que conhecera e à vida que mantinha. Suas fronteiras pessoais encontravam-se difusas,

diluídas no meio externo. Novas figuras, novos contatos emergentes não eram notados por ela, assim como a característica processual de todas as conquistas e mudanças realizadas. Na primeira etapa do processo terapêutico a projeção configurou-se como principal bloqueio ao contato pleno. Fenomenologicamente, manifestou-se na sintomatologia positiva que configurou o ajustamento do tipo psicótico. As alucinações e os delírios com Deus, de estar em relação sexual com o pai, os irmãos e com Jesus, as imagens de “Deus bom” e “Deus mau” refletem toda culpa de Graziela pela desobediência aos princípios morais e culturais recebidos da família.

Constatou-se quanto era difícil para a cliente reconhecer em si mesma os desejos eróticos e o consentimento ao ato sexual com o ex-namorado. Também resistia ao sentimento de raiva nutrido pelo pai, pela família e até por Deus ao sentir-se frustrada, injustiçada ou punida em seus afetos desde a infância. Trazer à consciência e entrar em contato com todos esses conteúdos seria como destruir o autoconceito – boa filha, amorosa, obediente e temente aos pais e a Deus, incorrupta – e arriscar-se a perder o amor das pessoas. Nesse sentido, uma vez insustentável lidar com as situações emergentes no campo perceptivo, a projeção tende a se caracterizar como uma defesa adequada ao funcionamento do *self*. “Pensamentos automáticos” apareciam à consciência de Graziela, como obra do demônio, e ofendiam a Deus. Assim também o desejo que sentia pelo mal dos outros. O demônio a fazia querer a morte ou a sentir inveja de outras pessoas, conhecidas ou não. Isso potencializava o sentido de “vazio” e de que não nutria afeto pelas pessoas (nem mesmo por si própria).

Deus, por sua vez, encerrava a ambivalência dos conflitos existenciais de Graziela (“Deus mau” e “Deus bom”). Ora Deus era

culpado pelo “adoecimento” e pela angústia experimentada, ora esperava-se dele a solução mágica de todos os problemas. Observou-se que essas projeções encontraram sustento na compreensão de Graziela sobre a passagem bíblica de Sodoma e Gomorra, em que o “Deus justiceiro” destruiu, sem piedade, uma cidade corrompida pela libertinagem sexual e desobediência às leis divinas (morais). Em uma leitura mais aprofundada, percebe-se que o “Deus mau” e o demônio permitiam à Graziela expressar o que lhe era interditado. O “Deus bom”, por outro lado, era tido como ideal a ser reconquistado; nele se encontravam, como no período anterior à crise, o perdão e a ausência de pecados.

No trabalho terapêutico, ao trazer para o campo os “pensamentos automáticos” e a vivência de alucinações e delírios, houve a intenção clínica de que Graziela pudesse entrar em contato com os elementos e integrá-los à sua experiência, ao seu *self*.

À medida que se iam buscando os conteúdos de maior valência no campo, Graziela defletia o contato por meio de respostas evasivas e lapsos de memória. Observou-se também que ela evitava a espontaneidade do contato com esses mesmos temas. As falas tornaram-se racionalizadas, bloqueando as emoções mais espontâneas do *self* com relação aos desejos, impulsos, emoções e excitações orgânicas.

O tema da sexualidade foi bastante explorado. Nas sessões, Graziela não expressava, pela fala, os “pensamentos automáticos” que lhe causavam angústia. Costumava confirmar, ou não, expressões trazidas pela terapeuta como exemplo do que pensava. Dessa maneira, também não conseguiu descrever a situação da relação sexual, o que acontecera com ela e como. Durante as sessões, realizaram-se intervenções próximas à técnica de “fantasia

dirigida”, em que se trabalham as imagens mentais do sujeito a fim de ressignificar aspectos não conscientes. A sexualidade e o desejo figuravam como não ditos, sendo cercados pela vergonha.

Assim também com as situações de conflito familiar. Graziela se esquivava de entrar em contato e expressar autenticamente, durante a sessão, as agressões (de ordem verbal, moral, física ou psicológica) que sofria ou provocava nos pais e irmãos. A deflexão caracterizava, ainda, a diminuição de *awareness* com relação aos sentidos atribuídos por Graziela aos seus momentos existenciais. Na fase posterior à crise aguda, já numa etapa de recuperação, outros conflitos ou outros sentidos já se configuravam. No entanto, a sensação de vazio e angústia e a percepção de não ser amada por Deus nem pela família permaneciam. Ela não conseguia diferenciar os sentimentos ou as percepções próprios de cada momento, temendo, com frequência, uma recaída e nova crise psicótica.

A entrada na etapa final do processo terapêutico deu-se em momento posterior a um período de férias. Graziela relatava intensa angústia, ocasionada inclusive pela perda dos espaços privilegiados de fala e escuta. As sensações típicas do delírio e da alucinação, conforme conhecidas por ela, foram figura nas primeiras sessões. Então o trabalho terapêutico voltou-se para o momento presente, o aqui e agora de Graziela, atuado em seu campo vital.

O mecanismo de introjeção destacou-se como forma de bloqueio, fixando Graziela a um autoconceito idealizado de *self*. Os padrões culturais, morais e religiosos e os mitos familiares tornaram-se parâmetros para que ela orientasse suas ações e expectativas. Em seu relato, mesmo não considerando ter feito nada de errado para merecer castigos divinos, eram grandes a culpa e o medo pelos pecados cometidos. Graziela alterou substancialmente sua vida

social e afetiva, inclusive no meio familiar. Deixou de sair para se divertir, de ver televisão, de ouvir música, de estar com os irmãos e amigos, de namorar. Permaneceu atenta e vigilante às leis de Deus...

O fato de ter cedido à vontade da relação sexual com o ex-namorado, contrariando seus projetos e suas crenças de si mesma, também pode ser encarado como um introjeto tóxico.

Na introjeção, nota-se que a agressividade e a assimilação criativa encontram-se inibidas. Em Graziela, a interrupção do contato sob esse pretexto é clara. Era muito doloroso expressar a raiva e a frustração que sentia nas relações estabelecidas. Somente quando fora do controle racional, nas crises e nos momentos de “nervoso”, é que Graziela vomitava tudo que engolia, retomando a clássica metáfora de Fritz Perls. Trabalhar os introjetos permitiu-lhe presentificar as experiências, lidando de forma consciente com os aspectos que lhe conferem a lente que utiliza para olhar o mundo. Dessa forma, buscou-se trabalhar o polo dialeticamente relacionado à introjeção, que é a mobilização. Tornando-se mais *aware* dessas introjeções, e tendo o *self* fortalecido para reconhecer expectativas próprias e de outrem, abandonando-as se necessário, Graziela pôde se abrir à intenção de agir em favor de si mesma, rumo à sua “boa forma”.

Por fim, depois das intervenções realizadas a fim de favorecer a retirada e o término do processo terapêutico, Graziela já estava com uma situação de emprego encaminhada, reconhecia espaços diferentes entre ela e os irmãos, administrava anseios e frustrações externando-os e delimitava seu espaço diferenciado entre as pessoas com base em seus aspectos saudáveis e não mais nos “adoecidos”.

Aceitar a condição de devir do ser no mundo implica considerar que inexiste o ser completo. As infinitas possibilidades de ser – que, por um lado instauram a angústia para o homem e, por outro, estabelecem sua ilimitação – envolvem a imensa gama de recursos disponíveis pelos sujeitos em crise (individual e familiar) para retomar outro modo de ser no mundo, para além do “tipo psicótico”. Não é objetivo terapêutico a “cura” de uma psicopatologia, mas a melhoria e a adaptação aos contextos de vida de que o indivíduo dispõe, a fim de que ele mesmo possa lidar, da melhor maneira possível, com os conflitos e situações que motivam a angústia, existencial por excelência.

Não há roteiro *a priori* a ser seguido no *setting*, mas – até mesmo em virtude da urgência e da incerteza ocasionadas pela crise psicológica – orientações norteadoras das ações. É importante que o terapeuta tenha consciência de que algumas situações ensejarão intervenção psicoeducativa, a fim de evitar riscos ao cliente e/ou a outrem. Não raro, o cliente não consegue estabelecer as relações mais amplas que envolvem a emergência do quadro psicótico. A complexidade da situação, no entanto, pode ser percebida e sinalizada pelo clínico. Essa dimensão de complexidade pode ser construída na relação entre terapeuta e cliente e ainda complementada pela articulação dos vários serviços disponibilizados para o tratamento do sujeito que vivencia um episódio do tipo psicótico. Entre eles, as terapias familiares e de rede, que colaboram sobremaneira para a compreensão da totalidade do fenômeno.

Nada que contradiga a postura fenomenológica do Gestalt-terapeuta, que permite ao sujeito que vivencia a “crise psicótica” expressar o que realmente vivencia, da forma que vivencia e, assim,

abrir oportunidade ao clínico de conhecer aquele sujeito particular, suas maneiras de significar o mundo e a própria experiência. Valoriza-se a (res)significação da crise pelo próprio paciente e assim que isso seja possível, a fim de permitir que ele retome, o mais brevemente possível, caminhos diferentes dos que causam e mantêm a angústia.

Atuar clinicamente nos moldes da fenomenologia é também estar aberto ao sujeito tal qual ele se apresenta. Assumir o fenômeno como um ajustamento do tipo psicótico implica suspender os juízos e os valores (inclusive diagnósticos) acerca de um fato particular, ampliando também as possibilidades e os formatos que ele pode assumir, inclusive sintomatológicos. Rejeitam-se ainda prognósticos já traçados para os “pacientes psicóticos” e rótulos limitadores da totalidade existencial. A ênfase no aqui e agora faz parte de toda uma compreensão terapêutica fenomenológica, pois permite uma apreensão do fenômeno que se desvela no momento presente, não se ocupando apenas do resgate histórico definidor de sentidos e porquês de uma crise do tipo psicótico. Assim também, figura-fundo é um conceito legítimo à compreensão, tendo em vista que a sintomatologia apresentada não encerra em si mesma todo o problema do sofrimento psíquico, assim como um sujeito em crise não encerra em si mesmo todo o problema que vivencia.

Em busca de pensar a fenomenologia da crise, percebe-se a rede de forças interdependentes, reunidas temporal e espacialmente, que mantêm e geram a manifestação psicótica e refletem o modo de ser do indivíduo. A perspectiva de campo ajuda o terapeuta a identificar demandas e pontos de tensão mais desequilibrados, favorecendo, assim, uma intervenção oportuna. Ademais, considerando a relação terapêutica, o fenômeno do contato permite ao terapeuta estar com

seu cliente e perceber nele o modo mais ou menos comum que ele encontra para estar no mundo. Essa mesma observação dá pistas ao Gestalt-terapeuta de como se constituiu a existência que se desvela à sua frente pela crise psicótica. Tomando a história de vida do sujeito, atual e pregressa, aqui e agora e retrospectiva, é possível que se configurem para o terapeuta as interrupções mais rijas e graves de contato, responsáveis em muito pela manifestação do ajustamento do tipo psicótico.

Crises fazem parte da epistemologia gestáltica: são reconhecidamente um aspecto importante da vida e do desenvolvimento humanos. Algumas, ao adquirir contornos mais severos, carecem de maior atenção e cuidado por parte do terapeuta, que deve realizar uma intervenção mais específica. Sobretudo em crises psicóticas, ela é importante para otimizar cuidados e trabalhar quanto antes no foco de uma situação-problema. A postura pode parecer ir de encontro aos pressupostos de respeito ao cliente como detentor do poder sobre si mesmo ou ao respeito aos seus momentos de reconstrução e ajustamento; porém, reflete a preocupação de não se incorrer nos riscos de cronificação dos padrões de contato que tipifiquem um ajustamento psicótico e de sofrimento psíquico mais grave.

Tal atitude advém da crença nas capacidades adaptativas do *self* e de resolução de conflitos de modo criativo e autônomo, numa expressão da autorregulação organísmica. Dá-se destaque às funções egoicas (funções de contato e teste de realidade, especialmente) e à função integradora do *self* (personalidade), evidenciando os recursos de saúde mais do que a própria patologia. Uma atitude mais diretiva do terapeuta colabora na focalização das principais demandas (figuras) e dos conteúdos mais urgentes,

característicos dos sintomas tipicamente psicóticos.

As ações terapêuticas e uma postura existencial-fenomenológica sustentada na presença e no diálogo autêntico permitem ao sujeito a reorganização do seu campo geobiológico, psicoemocional, socioambiental e sacrotranscendental, aludindo aos níveis destacados por Ribeiro (2006). Desse modo, configura-se um reajustamento, pautado na experiência mais consciente e mais congruente com a própria noção de *self* internalizada.

Por fim, acrescentamos que o diálogo dessa abordagem com novos estudos e pesquisas de fundamentação fenomenológica recentes – como os realizados no Gipsi e coordenadas pelo segundo autor (Costa, 2006, 2007, 2010a, 2010b, 2013, 2014; Costa e Carvalho, 2012) – contribuirá para uma compreensão fenomenológica mais aprofundada desse fenômeno essencialmente humano e desafio para as ciências humanas e sociais chamado de loucura.

REFERÊNCIAS

- Augras, M. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- Carvalho, N. R. *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação (mestrado em Psicologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- Costa, I. I. *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: Abrafipp, 2003.
- _____. “Intervenção precoce na psicose: uma proposta de promoção da saúde mental”. In: Villar, L. M. A. (org.). *Os novos velhos desafios da saúde mental*. Livro do 9o Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica. Ribeirão Preto: Eerp/USP, 2006.
- _____. “Família e psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave”. In: Féres-Carneiro, T. (org.). *Família e casal – Saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- _____. “Psicose: um conceito (?) absolutamente impreciso”. In: Costa, I. I. (org.). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco, 2010a.
- _____. “Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento

- psíquico grave de ‘psicose’”. In: Costa, I. I. (org.). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kaco, 2010b.
- _____. *Intervenção precoce e crise psíquica grave – Fenomenologia do sofrimento psíquico*. Curitiba: Juruá, 2013.
- _____. *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado*. Brasília: Ed. da UnB, 2014.
- Costa, I. I.; Carvalho, N. R. “Dos pródromos da intervenção precoce nas psicoses à fenomenologia das primeiras crises psíquicas graves”. In: Viana, T. C. (org.). *Psicologia clínica e cultura contemporânea*. Brasília: Liber Livros, 2012.
- Dalgalarrodo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- Ginger, S.; Ginger, A. *Gestalt: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus, 1995.
- Holanda, A. F. “Saúde e doença em Gestalt-terapia: aspectos filosóficos”. *Estudos de Psicologia*, v. 15, n. 2, 1998, p. 29-44.
- Organização Mundial da Saúde. *Constituição da Organização Mundial da Saúde*. Nova York: WHO, 1946. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 20 abr. 2017.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Ribeiro, J. P. *O ciclo do contato*. São Paulo: Summus, 1997.
- _____. *Vade-mécum de Gestalt-terapia – Conceitos básicos*. São Paulo: Summus, 2006.
- Tatossian, A. *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta, 2006.
- Tenório, C. M. D. *Os transtornos da personalidade histriônica e obsessiva-compulsiva na perspectiva da Gestalt-terapia e da teoria de Fairbairn*. Tese (doutorado em Psicologia), Universidade de Brasília, Brasília, 2003.
- _____. “As psicopatologias como distúrbios nas funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica”. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. XVIII, n. 2, jul.-dez. 2012, p. 216-23.
- Vasconcelos, A. C. V.; Menezes, S. M. M. “O processo diagnóstico da esquizofrenia: uma visão gestáltica”. *Revista do XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, n. 1, 2005, p. 215-31.

2. Transtorno bipolar, temporalidade e conexão com o outro: reflexões preliminares

MÔNICA BOTELHO ALVIM

A fim de compreender o fenômeno que se passa com uma pessoa que nos chega ao consultório buscando tratamento e cura para seu sofrimento, perguntamo-nos pelos possíveis significados desse existir. Orientados pela perspectiva da Gestalt-terapia, estamos interessados, em primeiro lugar, em acolher e conhecer aquela pessoa em sua singularidade, o que demanda também um olhar para os aspectos intersubjetivos da situação por ela vivida, buscando encontrar dimensões mais universais expressas em sua narrativa.

A perspectiva fenomenológica de compreensão da existência humana não adota uma visão explicativo-causal dos fenômenos, mas um procedimento descritivo de sua complexidade, recomendando-nos que, para ser compreendidos, deve-se ter em conta seus aspectos universais e suas dimensões singulares. Nesse sentido, ao pensar nos significados de certa existência, estamos interessados: nas características descritivas universais de determinado quadro, estado ou fenômeno que nos ofereçam grandes mapas que nos auxiliem na escolha do caminho a seguir com aquela pessoa; na singularidade do indivíduo, em suas idiossincrasias, seu estilo pessoal, sua vivência particular. Ao articular essas duas dimensões, o terapeuta consegue ampliar sua compreensão de um indivíduo com base nos parâmetros deste, mas

articulado com diferentes realidades.

Ao buscar características universais, devemos atentar para o risco e a tentação da categorização, o que pode nos fazer perder de vista a característica temporal e processual do fenômeno humano. Nesse sentido, a Gestalt-terapia trata com cautela o diagnóstico e a nosologia. De acordo com Francesetti (2015) a psicopatologia, que pode ser utilizada de modo reducionista para rotular pessoas, é uma maneira respeitosa de explorar as formas que o sofrimento humano pode assumir. Segundo Yontef (1998, p. 317) “diagnosticar pode ser um processo de prestar atenção, respeitosamente, a quem a pessoa é, tanto como um indivíduo único como no que diz respeito às características compartilhadas com outros indivíduos”.

Ressaltado esse aspecto fundamental, podemos pensar nos aspectos universais do transtorno bipolar, tal como descrito e classificado na literatura médica, para, então, avançar em uma tentativa de compreensão fenomenológica e gestáltica desse fenômeno.

O transtorno bipolar é classificado, segundo o manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV – como um “transtorno do humor”. Tal perturbação do humor pode diminuir ou elevar a energia vital, gerando, respectivamente, os quadros depressivos e maníacos. Não se descrevem ali quadros exclusivamente maníacos, sendo os episódios ou sintomas maníacos sempre acompanhados por episódios ou sintomas depressivos – e, por essa razão, denominados “transtornos bipolares”. As síndromes identificadas e classificadas no DSM-IV descrevem dois grandes grupos: os quadros depressivos ou os quadros bipolares e suas variações.

Os transtornos bipolares envolvem a presença (ou história) de

episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, geralmente acompanhados de episódios depressivos maiores.

Entre as principais características dos episódios depressivos estão: humor deprimido ou irritado na maior parte do dia, no mínimo por duas semanas; interesse e prazer acentuadamente diminuídos; alterações no apetite, peso ou sono; agitação ou retardo psicomotor; baixa de energia; sentimentos de culpa e desvalia; dificuldade de pensar, concentrar-se ou decidir; ideação suicida. A ocorrência dos sintomas deve estar acompanhada de um prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social/profissional.

As principais características dos episódios maníacos são: humor anormal e persistentemente elevado; humor que se transforma em irritabilidade quando os desejos da pessoa são frustrados; instabilidade do humor; autoestima inflada e grandiosidade; necessidade de sono diminuída; aumento de energia; loquacidade: fala pressionada, alta, rápida, difícil de interromper; trocadilhos, piadas, bobagens divertidas, postura teatral, maneirismos; fuga de ideias que pode levar a um discurso desorganizado ou incoerente; distratibilidade; aumento da atividade dirigida a objetivos sexuais (impulsos, fantasias e comportamento sexual exacerbado), profissionais (assumir novos e múltiplos empreendimentos sem considerar risco, potencial etc.) e sociais (busca de antigas amizades, invasão de privacidade, rompimento de limites etc.); agitação psicomotora; envolvimento excessivo em atividades prazerosas que podem trazer consequências dolorosas, como compras, sexo, direção imprudente. Tudo isso ocorre devido à expansividade, ao otimismo injustificado, ao sentimento de grandiosidade e ao julgamento fraco.

Ao atentar para os sintomas presentes nos dois episódios,

podemos observar que, tal como indica a expressão “bipolar”, há uma oposição entre dois polos: humor deprimido *versus* exacerbado; interesse diminuído *versus* atividade dirigida a objetivos; prazer diminuído *versus* envolvimento excessivo em atividades prazerosas (inclusive com riscos); baixa energia *versus* aumento de energia; sentimentos de culpa e desvalia *versus* autoestima inflada e grandiosidade. Essas características são descritas pela literatura psiquiátrica atual e indicam aquilo que foi identificado pelos métodos das ciências médicas como universais para esse tipo de síndrome clínica. Por sua vez, a psicopatologia de base existencial-fenomenológica aborda os universais de outra perspectiva epistemológica, tal como discutiremos a seguir.

A PSICOPATOLOGIA FENOMENOLÓGICA E A TEMPORALIDADE

A psicopatologia fenomenológica busca obter, partindo de projetos de vida individuais, descrições de estilos de existência que possam nos oferecer o *modus vivendi* específico ou um “eidos universal” (Petrelli, 1999) de cada quadro psicopatológico. A vivência da temporalidade, da espacialidade, da corporeidade e da relação com o outro é essencial nessa perspectiva, tendo sido explorada por autores clássicos em psicopatologia fenomenológica – como Karl Jaspers, Eugène Minkowski, Ludwig Binswanger, Medard Boss e Arthur Tatossian. Neste trabalho vamos ressaltar a dimensão da temporalidade para alimentar nossas discussões acerca do transtorno bipolar.

Minkowski tomou a dimensão temporal como base de todo um pensamento sobre a psicopatologia, realizado a partir do estudo da estrutura íntima do tempo. Tal como propôs Augras (2000) ao

discutir o pensamento de Minkowski, sua compreensão alude a uma perturbação na sincronia entre o tempo do mundo e o tempo do eu. Assim, na melancolia há descompasso entre tempo do mundo e tempo do eu, enquanto na esquizofrenia há suspensão e perda do próprio conceito de tempo, o que atesta o fato de que “cada estrutura peculiar diz respeito, em última análise, à maneira como o indivíduo se situa em relação à vivência do tempo e do espaço” (Minkowski *apud* Augras, 2000, p. 36).

Binswanger, tendo desenvolvido seu trabalho em íntima relação com o pensamento de Martin Heidegger, discutiu o fenômeno psicopatológico em termos de certa perturbação da presença. Tal como afirma Moreira (2011), a limitação da presença em torno de uma categoria existencial prioritária está relacionada a determinados modos de existir. Segundo a autora (*op. cit.*, p. 177),

Ocorre aí o que Binswanger vai chamar de formas de existência frustrada, onde o indivíduo se fecha em si mesmo perdendo o eixo comum com o mundo do outro. A presença psicopatológica se projeta assim de diferentes formas: presença perdida (melancolias), momentânea (manias), vazia (esquizofrenias), exibicionista (histeria) e controlada (transtorno obsessivo-compulsivo).

Notamos aqui a referência a uma dimensão comum com o outro e também à dimensão temporal. No fenômeno da melancolia, a referência é ao passado, como presença ao outro que se perdeu; a forma na mania envolve uma presença momentânea ao outro e ao mundo. Em ambos os casos, há uma relação fraca com o outro e uma espécie de fragmentação do fluxo temporal e fixação no passado ou no presente – o que mais adiante discutiremos em termos gestálticos, partindo da dinâmica figura-fundo presente no contato.

Moreira e Bloc (2012, p. 448) discutem a temporalidade nos transtornos bipolares considerando o tempo vivido bipolar como formas plurais de existir no mundo; os autores se referenciam em Tatossian para discutir a questão da temporalidade, em termos muito próximos aos de Binswanger:

Segundo Tatossian (1979/2006, p. 166), tanto na melancolia quanto na mania “o motor é o relaxamento intencional da temporalidade”. Vive-se em uma pura apresentação, sem protensão ou representação, em puros “presentes” privados de retenções e que, embora se constituam em um mundo intersubjetivo, dificilmente podem constituir um mundo comum.

Como vimos discutindo, essa desordem da categoria tempo é desagregante, um *modus vivendi* dissociativo que já foi considerado um *modus* da psicose antes da compreensão atual que o situa no campo dos transtornos de humor. Para Petrelli (1999), o eidos esquizofrênico implica uma dissociação perceptiva que fragmenta o mundo e impede a manutenção de um todo, com perda da ordem estética da unidade espacial. Já o eidos maníaco é uma desordem temporal.

Ao pensar fenomenologicamente na dinâmica existencial de um indivíduo com quadro maníaco, Petrelli (1999, p. 32) descreve “uma desordem da estrutura e da sequência dos momentos temporais”. A ação maníaca é temporalmente perturbada, pois se fixa no presente e fica desconectada do passado e descompromissada com o projeto futuro: “O momento propriamente maníaco é o presente que se dissocia do passado e do futuro, ficando ilhado em si mesmo, sem raízes, sem galhos projetados para o céu” (*ibidem*, p. 34).

A dinâmica depressiva tem sido largamente discutida na literatura psicológica e descreve um processo de sofrimento psíquico que

envolve vazio existencial, desesperança e momentânea desistência da vida. Ao refletir sobre a perturbação do fluxo da temporalidade, pensaríamos em uma fixação no passado. O estado depressivo aponta para uma ausência. A ação, em geral resultante da esperança e do desejo – aquele movimento energético que impulsiona na direção do futuro, na busca da construção de sua obra, de sua história –, está momentaneamente ausente. O indivíduo vive imerso na dor de algo que ficou perdido em algum lugar do passado e nos sentimentos de desesperança, menos-valia e culpa. Sua energia vital está fixada nessa situação do passado que engole o presente e o futuro; “[...] há apenas lembrança, fixação do irreparável, pedra irremovível no caminho existencial, que perde sua linearidade progressiva, recolhendo-se intrapsiquicamente e regressivamente ao ponto inicial.” (*Ibidem*)

REFLEXÕES COM BASE NA GESTALT-TERAPIA

Tomando como referência a Gestalt-terapia, nossa compreensão da temporalidade que permeia a existência humana é de que o sentido de coesão do *self* envolve um processo de reconstrução constante e ao mesmo tempo um sentido de permanência, dados na temporalidade do contato no mundo com o outro. A *awareness* do presente implica, segundo Yontef (1998, p. 307), uma figura atual que se conecta com o passado e emerge dele e se move na direção das possibilidades, já emergentes, do futuro.

Essa compreensão descreve um processo de existir que se sustenta numa estrutura temporal, passado-presente-futuro, como movimento e fluxo. O contato é um processo temporal dado no campo organismo/ambiente que envolve formação de *Gestalten*. A

função *self* é temporal, “função de contatar o presente transiente concreto” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 177), o que está implicado com a vivência de estados alternados de indiferenciação e diferenciação do campo, de abertura e fechamento.

O novo e estranho a nós é aquilo que se nos apresenta concretamente, pois nossa percepção é movimento intencional, busca de significar o que nos interroga na situação aqui e agora em que estamos engajados. Situação é aqui compreendida como campo de presença: constituído por acontecimentos que nos são dados no presente e por um fundo indiferenciado de experiências compartilhadas intersubjetivamente – compondo um horizonte de passado, na forma de hábitos, assim como um horizonte de futuro, na forma de expectativas. Estamos engajados na situação, em coexistência com outros, e, a partir desse estado de indiferenciação inicial e do encontro com a novidade do mundo e do outro, formas emergem, se diferenciam e atualizam hábitos e expectativas, para então retomar o estado de indiferenciação, em um movimento de temporalização infinito (Alvim, 2016). Movimento que, ao mesmo tempo, singulariza – resultando em crescimento – e preserva um eixo de pertencimento ao mundo.

Nesse sentido, identificamos aqui um diálogo com a ideia de Binswanger de presença como a existência de um eixo comum com o outro e o mundo. A noção de presença perturbada pode dialogar com a concepção gestáltica de que nos estados patológicos haja uma fixação em uma forma que “rompe” a temporalidade e a presença. Como vimos, “o hábito, uma forma do passado que estaria sempre sendo atualizada a partir da situação presente, não se atualiza mais. Mantém-se fixado como uma forma passada que permanece no presente, [...] impedindo o fluxo temporal” (Alvim, *op.*

cit., p. 325). O que gera o fechamento em si, desengajamento da situação e do outro e uma existência sem presença.

Francesetti (2015) compreende a psicopatologia gestáltica como uma exploração das modalidades pelas quais os seres humanos podem se perder e ficar ausentes da fronteira de contato e dos caminhos que tiveram de ser encontrados para voltar à presença na fronteira de contato. Um episódio depressivo, por exemplo, pode ser considerado a atualização de um campo em que não houve possibilidade de encontro com o outro nem experiências de vínculo.

Nessa mesma direção, ao discutir o transtorno bipolar na perspectiva da Gestalt-terapia, Gecele (2013, p. 455, tradução minha) afirma que “a impossibilidade de encontrar o outro oferece uma chave específica para compreender o vasto território formado para os sofrimentos relacionados à depressão”. A autora considera que o fluxo do contato exige um movimento de sincronia recíproca, na qual as pessoas envolvidas possam estabelecer uma relação que permita fluir o movimento intencional.

Tal leitura corrobora nosso entendimento do contato como intencionalidade e temporalidade. O fluxo de *awareness* é um processo de configuração de formas que organizam o campo e pode ser compreendido como intencionalidade. Assumindo a perspectiva de campo, podemos pensar nesse movimento intencional não como dado pela consciência do sujeito, mas como uma produção do campo, que inclui eu e outro. “Concebemos a vida como movimento, ritmo, compasso que se marca no campo de presença: eu-corpo em presença do mundo e do outro-corpo, imbricados, lado a lado, identidade e diferença.” (Alvim, 2016, p. 319)

Partindo dessas considerações, nas quais compreendemos o contato como uma dança, sincronia com o outro e copertencimento,

podemos pensar as experiências depressiva e maníaca como formas polares caracterizadas pela impossibilidade de estabelecer essa sincronia com o outro.

Compreender a existência nessa perspectiva implica sublinhar o papel do outro no desenvolvimento de um senso de eu baseado no suporte, na relação, no vínculo, que provêm o sujeito com a segurança necessária para enfrentar a vida e suas contingências mantendo seu estilo singular. Quando esse suporte não foi desenvolvido ao longo da vida, ou quando a situação atual é por demais difícil, perde-se em algum grau a capacidade de encontrar o outro e de estabelecer sincronia.

Diversos Gestalt-terapeutas discutem o desenvolvimento humano e relações parentais fracas como fatores que prejudicam o senso de si e de suporte estável (Miller, 2001; Lichtenberg, 2001; Francesetti, 2015, Gecele, 2013). O desenvolvimento de uma competência intersubjetiva envolve a possibilidade de contato com o outro. Ao pensar no transtorno bipolar dessa perspectiva, Gecele (2013) afirma que, quando o desenvolvimento falha em alcançar esse tipo de sincronia com o outro, o impulso vital é afetado. É nesse sentido que compreendo sua afirmação de que a impossibilidade de encontrar o outro é a chave para os sofrimentos depressivos.

Para Tatossian (2016, p. 33), no estado depressivo o sujeito vive “uma impotência muito especial no sentido de que não há recursos possíveis a si” e que o recurso a outrem não é mais esperado por não haver uma confiança básica. Tal confiança não é um sentimento psicológico, mas uma experiência bem mais primitiva que “concerne a um tipo de comunicação vital tranquilizadora entre o ser humano e o mundo em volta” (*ibidem.* p. 35). O autor afirma que essa comunicação vital tem por protótipo a confiança fundamental,

originada no contexto dos cuidados maternos, mas que precisa ser reativada em todas as etapas da vida. Ele classifica essa “confiança faltante” (*ibidem*, p. 36) como um fenômeno do corpo, uma perda de confiança no corpo, do qual o sujeito deprimido se “dessolidariza”. O corpo vivido não é, assim, capaz de exprimir a si próprio.

Ao olhar para a dinâmica bipolar – marcada por um caminhar entre depressão e mania, entre passado e presente, entre tristeza profunda e alegria exacerbada –, penso que estamos falando de uma tentativa desesperada de autorregulação, cujo fundo é um estado depressivo como perda do impulso vital.

No estado depressivo, a fixação no passado, no irreparável, na culpa e na impotência gera um estado de desesperança, paralisia e retraimento. Invasivo e durável, tal estado se estende a tudo e a todos. A fronteira de contato está indisponível, ocupada por uma forma que não se atualiza e funciona como um introjeto. Gecele (2013, p. 457, tradução minha) relaciona as variações de humor a introjetos; segundo ela, a “impossibilidade de encontrar o outro” pode ser compreendida

[...] como a cristalização de uma impossibilidade que se torna o fundo para subsequentes introjeções. Esses corpos estranhos, os quais a experiência da vida pode modificar, mas apenas parcialmente e com grande dificuldade, podem algumas vezes se tornar figura e, emergindo, eles podem anular o resto, tornando-se, quase literalmente, o senhor do campo. Onde isso acontece, a depressão toma posse.

No estado maníaco, ao contrário, há uma exacerbação de energia, que pode ser compensatória. Uma tentativa de reação na forma de movimento disperso, dissipador de energia, que funciona como uma espécie de antídoto contra a desesperança e a dor. Movimento incessante, marcado pela deflexão, que disfarça a

tristeza implícita no estado depressivo com a alegria do presente efêmero. Isso pode acontecer em momentos nos quais um acontecimento, uma experiência ou um encontro potente permite que introjetos se dissolvam ou se desloquem, abrindo o espaço, a temporalidade e o fluxo de excitação, o fluxo de energia vital. Entretanto, na vivência maníaca esse fluxo vem desorganizado, sem conexão com o futuro e sem direção. Em uma espécie de abertura radical ao mundo e ao outro que se apresenta, os estímulos presentes aqui e agora invadem a experiência de modo caótico; figuras se sucedem desconectadas do fundo. A experiência acontece de modo disperso, sendo caracterizada por uma agitação que talvez seja uma forma de exaurir um excesso de exigências proprioceptivas que não encontram possibilidade de satisfação no ambiente. O excitação flui, portanto, sem direção, não canaliza energia; perde-se a capacidade de discriminar o que assimilar e o que rejeitar. Daí as características de agitação, distratibilidade, aumento da atividade. O movimento dissipa energia e não gera resultado.

Sem orientação da intencionalidade, o fluxo temporal da *awareness* está impedido e o processo de formação de *Gestalten*, desorganizado. Poderíamos, assim, pensar em um desajuste no processo de formação figura-fundo dado no transtorno bipolar. Essa espécie de fixação no presente indica um processo no qual o indivíduo perde contato com o fundo da experiência, com o fato de que tudo que acontece agora está conectado com horizonte de passado e futuro que o sustenta, dá suporte. Muda de figura como se estivesse mergulhado num vazio, desconectado de tudo. Só o que existe, para ele, é aquele momento, efêmero e fugidio. Não há retenção nem duração.

Podemos relacionar a alegria do aqui e agora com a dimensão lúdica, proposta por Petrelli (1999) e definida como a alegria que acompanha qualquer atividade na qual toda a atenção está centrada sobre a própria ação, intencionando uma competência por si mesma, fora de qualquer concorrência. A originalidade e a criatividade acompanham a atividade lúdica. No momento maníaco, a desesperança, a dor e a fixação no passado são substituídas por uma vivência radicalmente centrada no aqui e agora, desconectada do futuro e que funciona como uma espécie de bálsamo ou de droga. Falamos, assim, de um desequilíbrio que tem como fundo a depressão, mas se reveza no plano figural com a mania, tentativa falha de equilíbrio.

Ao observarmos tal fenômeno, não podemos deixar de notar a presença do poder criador do *self* tão frisado por Perls, Hefferline e Goodman (1997). Para desenvolver um quadro de tal complexidade, houve um trabalho de criação que se pautou pela necessidade do indivíduo de lidar com o sofrimento que se tornou insuportável e não administrável.

Se, de um lado, há esse “ganho”, de outro, a fixação radical no presente gera descontinuidade e a impossibilidade de construção de si próprio e das relações. A pessoa parece ter limitada sua capacidade de colocar-se nas relações considerando seu sentido de continuidade. A perda do contato com o fato de que existe um fundo gera um fenômeno de divisão, característico dos distúrbios de personalidade do tipo borderline – em que ocorrem súbitas transições de sentimentos de amor para ódio e vice-versa.

Miller (2001) discute esse fenômeno de transição como um distúrbio profundo na fronteira de contato, que aparece na formação de *Gestalten*. Nele, há uma desconexão entre figura e fundo, o qual

parece não existir. Essa perda de capacidade de ligação da figura ao fundo resulta em transições abruptas – como o sujeito adoecido que, decepcionado com a atitude de alguém, não é capaz de se conectar a outras situações nas quais aquela pessoa lhe ofereceu suporte e confiança, sabendo que o outro não se resume àquilo que aconteceu agora. Sua experiência não conecta o agora com aquilo que sentiu ontem nem com o que sentirá amanhã. Segundo Miller, tais sentimentos decorrem de relações frágeis e perigosamente imprevisíveis nos primeiros anos de vida, que não permitiram o desenvolvimento de um senso de suporte estável, tal como discutimos anteriormente.

Freud (1974), no clássico texto “Luto e melancolia”, referiu-se ao quadro maníaco-depressivo como uma patologia que envolve uma perda objetual de natureza mais ideal, que não se percebe externamente e nem o próprio indivíduo sabe o que perdeu, fazendo-o sentir-se vazio, desprovido de valor, incapaz de realização e moralmente desprezível. Segundo ele, o conteúdo da mania em nada difere do da melancolia; ambos os distúrbios lutam com o mesmo complexo. Na melancolia, o ego sucumbe; na mania, ele domina ou põe de lado o complexo. Na mania, demonstra sua liberação do objeto – introjetado – que causou o seu sofrimento, procurando, como um homem faminto, novas catexias objetais. Gecele (2013) ressalta essa hipótese de que a crise maníaca está envolvida com uma liberação rápida de energia antes ocupada pelo introjeto, acompanhada de um senso de euforia e triunfo. É importante ressaltar aqui, corroborando a autora, que, ainda que a partir da Gestalt-terapia possamos corroborar essa hipótese de Freud, nossa perspectiva de campo nos distancia da concepção intrapsíquica na base da psicanálise. “Para a Gestalt-terapia o que

permanece ocupado a partir do introjeto é o campo, a fronteira de contato” (Gecele, 2013, p. 457) e, tal como propomos, uma forma passada, introjetada, que permanece ocupando o campo de presença.

As características de excessivo bem-estar, grandiosidade e autoestima inflada presentes nos episódios maníacos foram discutidas na literatura e relacionadas ao narcisismo. Freud (1974) relacionou o estilo de caráter narcisista e os estados depressivos, sugerindo que “a tendência a adoecer de melancolia (ou parte dessa tendência) reside na predominância do tipo narcisista da escolha objetal”. Yontef (1998, p. 317) ao abordar as perturbações do tipo narcísicas, utiliza a denominação “gangorra narcísica” para referir-se a esse estado de trânsito entre os polos da grandiosidade e da impotência e menos-valia. Segundo ele, “a grandiosidade ajuda a pessoa a evitar a *awareness* do estado desinflado”.

Algumas características descritas no DSM-IV para os episódios maníacos se assemelham a características do estilo de personalidade narcisista, sobretudo no que diz respeito ao sentimento grandioso da própria importância. Talvez pudéssemos ir mais longe e dizer que, no estado maníaco, o indivíduo coloca em prática suas fantasias grandiosas (presentes naqueles com traços narcisistas). Desse ponto de vista, poderíamos pensar no distúrbio bipolar afirmando que, uma vez que o indivíduo esteja em um estado desinflado, o da depressão, a grandiosidade narcísica da mania chega como o contrapeso da gangorra que o “leva para cima”. Essa grandiosidade pode ser observada, por exemplo, nas características sedutoras e conquistadoras, que sugerem uma conotação do outro como uma espécie de plateia de seu drama, do papel que desempenha.

Para manter e afirmar a perspectiva de campo da Gestalt-terapia, é fundamental lembrar que o adoecimento não é uma produção intrapsíquica, mas implica a situação em sua complexidade na atualidade da experiência vivida. Perls, Hefferline e Goodman (1997) discutiram longamente essa concepção. Tatossian (2016, p. 37) comenta o aumento dos casos de depressão e o relaciona às mudanças na sociedade pós-industrial. Para ele, a depressão pode ser compreendida como “posição de retraimento, de fuga do mundo, e, antes mesmo de ser suicida, o deprimido é um desertor do mundo”, o que permitiria neutralizar e filtrar “estímulos patogênicos provenientes do mundo exterior” (idem). Ao discutir o fato de que sucesso social e a confirmação podem produzir euforia, elevar a energia e o bem-estar e aproximar-se de vivências características de estados de mania, Gecele (2013) afirma que, ao contrário de esse fato contradizer a hipótese de que a mania surja em momentos nos quais introjetos são dissolvidos, ele afirma essa hipótese. Para ela, ao assumir papéis sociais que nos coloquem em acordo com as normas sociais predominantes, ainda que de modo introjetor, podemos redefinir parte dos introjetos negativos a nosso respeito. Nesse sentido, temos discutido a situação contemporânea e seu papel na produção de modos de subjetivação ou *selfing*, assim como na gênese do sofrimento e do adoecimento.

As transformações da sociedade contemporânea afetam sobretudo a experiência do tempo, do espaço e do corpo (Alvim, 2014). O individualismo, a velocidade, a pressa e a exigência de produtividade produzem desarticulação dos coletivos, solidão e ausência do outro e da confiança básica que pode ser produzida nos laços de solidariedade. O trabalho como força produtiva sofre transformações e cria mecanismos perversos que transformam os

sujeitos em autores da própria exploração e expropriação, na corrida competitiva que promete lhes propiciar um lugar no pódio, a forma possível de reconhecimento no contexto da cultura do narcisismo (Lasch *apud* Robine, 2015). O mundo contemporâneo atualiza, assim, modos de ser pautados na retroflexão, na confluência, na introjeção, que devemos compreender não como fenômenos psicológicos, mas como fenômenos de campo.

O contexto produtivo afeta também os modos de sociabilidade e o desenvolvimento infantil – do ponto de vista do cuidado e do estabelecimento de vínculos primários às exigências dirigidas a crianças e jovens em sua educação e formação. A cultura do excesso, da velocidade e da pressa reflete em perturbação da experiência do corpo, da presença e do vínculo com o outro.

A perturbação no sentido de temporalidade prejudica a fluidez do existir, uma vez que torna os indivíduos incapazes de manter um sentido de coesão no contexto: ser, pertencer, fazer parte, sentir suporte interno e externo. Nos episódios de mania, a orientação é dada apenas pelo presente imediato. Nos de depressão, esse momento preciso transfere-se para o passado. Isso constrói um estado de perturbação da cronologia, dada pelo tempo *chronos* – aquele que rege a duração, indica processo, sequência, estabelece ordem nas datas e nos fatos da história.

O trabalho com pessoas em estado bipolar deve estar pautado pela tentativa de resgate dessa dimensão temporal. Poderíamos falar de um trabalho que resulte em uma “crônica”, definida por Robine (1999) como a narração, real ou imaginária, que tenta refletir uma realidade social ou histórica, como se deu em uma ordem temporal. A construção dessa crônica tem como principal objetivo reintegrar, associar, conectar passado, presente e futuro. E, ao

construí-la, encontramos com a possibilidade de ressignificar. Para ser eficaz, a terapia com esses clientes deve propiciar a construção de novos sentidos, por meio da conexão entre figuras presentes no aqui e agora e *Gestalten* mais amplas. Relacionar a figura de atenção aqui e agora ao pano de fundo para reconstruir um sentido de identidade de si com o outro no tempo vivido. Restaurar o fundo, que consiste no horizonte temporal, na presença e no corpo, de modo que seja possibilitada a construção de suporte e resgate da confiança fundamental.

A tarefa de construção da crônica cabe ao terapeuta e ao cliente, como a coconstrução de uma obra. Em um primeiro momento, com pacientes em estados alterados, com perda da capacidade cognitiva e de orientação no tempo e espaço, o terapeuta está mais engajado com sua presença; a presença do cliente se configura quase como uma “esperança”. À medida que se vai despertando uma presença por meio da relação terapeuta-cliente, ambos vão assumindo o papel de diretores. Segundo Petrelli (1999, p. 42),

o objeto da terapia é o despertar de uma presença adormecida na relação íntima por meio de uma presença consciente em ação [...] A presença do terapeuta se realiza mediante uma ação investigativa, penetrante e compreensiva, numa história de vida que ainda não se revelou à consciência do paciente, cuja existência, por isso, não tem projeto nem obra: sem passado, sem futuro, estilhaçada em um presente às vezes agitado e às vezes parado, sem ação. Despertá-lo, reinseri-lo no fluxo do tempo, em que se faz a história como protagonista, esta é a tarefa do psicoterapeuta.

As considerações feitas até aqui acerca dos universais presentes no *modus vivendi* do transtorno bipolar levaram-nos a uma clínica desses transtornos que busque resgatar a temporalidade nos processos de figura-fundo, na presença e no vínculo com o outro e o campo. Nessa tarefa, entendemos que a Gestalt-terapia oferece, na

perspectiva de campo, uma sinalização essencial para os caminhos no processo terapêutico, tal como exemplificaremos com um breve caso clínico.

Débora era uma jovem de 26 anos quando chegou ao meu consultório. Trazia uma fisionomia sofrida, um semblante sem vitalidade; seu rosto parecia estar caindo pelos cantos da boca. Contou, quase com indiferença, que se sentia triste, sem ânimo para nada, com vontade de desistir de tudo. Foi apresentando, em sua fala, clássicos sintomas depressivos: perda de apetite, sono, baixa de energia, dificuldades de fazer seu trabalho, sentimento de incompetência acompanhado de culpa, angústia e desesperança de poder reparar tudo que estava acontecendo. Não havia um fato especial ao qual ela se referisse como motivo da tristeza; chamou minha atenção o fato de que, quando falava do trabalho, da família, do filho ou de qualquer outra pessoa, mostrava-se indiferente e desconectada. Parecia distante das pessoas e sua proximidade soava quase teórica, um papel exercido no dever ser filha, mãe, irmã, amiga. *Sua presença estava perturbada*: expressão distante, tom monocórdico, quase sem vibração, afetando-me de tal forma que, quando ela saiu, percebi em meu corpo um peso que quase não me deixava levantar da cadeira. Minha respiração estava curta; eu temia inspirar, abrindo um espaço e fazendo doer meu peito.

Aos poucos, Débora foi-me contando fragmentos de sua história. A adolescência conflituosa, especialmente com o pai, a quem teria várias vezes declarado ódio durante suas discussões. A gravidez aos 17 anos. O trabalho que fazia com muita competência e o sucesso profissional precoce, tendo ocupado um cargo alto em uma empresa multinacional já aos 23 anos, o que a fez sentir-se muito energizada. As altas exigências de metas, o cargo de chefia e os

problemas de relacionamento com subordinados, que a consideravam autoritária e fria. O sofrimento que relatava era paralisante e não via esperança em nada. Indiferença e desconexão, distância e desistência eram a tônica. Percebi que o trabalho seria longo e demandaria de mim uma implicação radical. Como conectar-me a ela?

No início do processo terapêutico, percebi uma piora de seu estado – como se ela, ao admitir que não tinha forças e se declarar incompetente para gerir a vida, se entregasse mais ao estado de indiferença e desesperança. A cada sessão eu sentia agravar-se o peso em meu corpo e o medo de respirar. Percebi que aquele medo estava relacionado a uma sensação de incapacidade de conduzir aquele caso; comecei a duvidar de que eu seria capaz de ajudá-la, o que me fez perceber que começava a se formar um campo depressivo em nossa relação, e que aquela sensação estava sendo cocriada no campo. O peso e o medo estavam presentes, compondo o id da situação (Alvim, 2016), e mantinham nosso processo em certo estado de paralisia e desesperança.

Um dia, Débora falava de seu trabalho e de sua incompetência em gerir determinada situação, culpando-se por algo que não havia dado certo. Naquele momento, percebi que a sensação de peso se acentuou e compartilhei com ela o meu medo de não a estar ajudando em seu processo. Acrescentei, enfaticamente, que, quando olhava para ela e via quanto ela estava ali, mesmo sem energia, lutando para ultrapassar essa crise e acreditando em meu trabalho, eu me enchia de esperança e percebia que ela era uma aliada para que pudéssemos encontrar juntas uma saída. Naquele momento percebi, pela primeira vez, que Débora me encontrara. Seus olhos brilharam com alguma emoção, ela me encarou e

esboçou um leve sorriso. Veio-me de imediato um suspiro profundo que gerou grande ardor no meu peito. Notei que esse suspiro a contagiou e percebi que ela também suspirava. Perguntei então por sua sensação e ela me disse que o ar fazia arder seu peito e aumentava a sensação de angústia. Ficamos um tempo em silêncio, até que propus que ela fosse respirando e experimentando diferentes amplitudes de entrada e saída do ar, percebendo os limites da sensação de angústia.

Depois de um tempo, comecei a experimentar o exercício com ela, tentando acompanhá-la. Percebi que o exercício se desorganizou um pouco: perdeu o ritmo, o fluxo. Falei da minha percepção e da minha vontade de fazer junto com ela, propondo que tentássemos encontrar um modo. Ela propôs contarmos mentalmente 1, 2, 3... ao inspirar e ao expirar. Para marcar a contagem, deveríamos estalar juntas os dedos. Esse exercício deu início a um processo curioso, surgido da minha dificuldade de coordenar o estalar dos dedos com a respiração, o que gerou uma energia lúdica forte. Rimos muito de minhas e nossas tentativas falhas, até que ela propôs que eu seguisse seu estalar de dedos. Aceitei o desafio e fluímos numa interação forte.

Nesse primeiro marco que destaco do processo, estava trabalhando com ela o fator fundamental nesse tipo de sofrimento, que é a possibilidade de encontrar o outro, o desenvolvimento de presença, de um eixo de pertencimento ao mundo com o outro. Isso se deu em nosso processo a partir do encontro com o campo depressivo que cocriávamos e de onde emergia o medo, a respiração curta – o que depois nos levou à ludicidade no encontro pelo exercício de respiração.

A partir dessa sessão, percebi que ela começou a prestar atenção

à sua respiração e propus que fizesse isso no dia a dia. Notei também que ela passou a ampliar sua presença – primeiro prestando atenção a mim, à minha respiração, depois perguntando como eu a percebia, o que eu achava de coisas que ela me contava. Então, vi se desenvolver uma experiência de vínculo e maior intimidade. Começamos a explorar as situações em que havia medo, angústia e a relação disso com a amplitude da respiração. Ela percebeu que o medo estava presente e era maior sempre que se encontrava numa situação de maior proximidade com alguém. Sentia-se desconectada do outro e incapaz de interagir com ele. Ao dar-se conta disso, entrava numa tristeza mais profunda e tendia a se fechar. Nesses momentos, eu me mantinha, na terapia, numa posição de guardiã da conexão e do fluxo temporal figura-fundo, resgatando com ela experiências passadas em que já se sentira conectada, imaginando e projetando, no futuro, experiências de conexão que ela gostaria de ter e explorando sua experiência aqui e agora comigo. Esse trabalho com a temporalidade visava manter a conexão entre presente, passado e futuro, mantendo as vivências que emergiam como figuras conectadas com o fundo.

Aos poucos foram surgindo de nossas explorações os personagens de seu cotidiano que afetavam mais significativamente sua experiência de medo e desconexão. Muito lentamente, fomos explorando essas relações e o que provocavam nela, resgatando o tempo passado, as conexões temporais. Isso foi trabalhado tendo em vista um padrão de contato retrofletor, autoculpabilizante, e buscando ampliar a perspectiva relacional na produção dos acontecimentos da sua vida.

Percebi que, gradualmente, sua energia vital se elevava, a voz era mais firme, a expressão do rosto subia, a fala se tornava mais

loquaz, os sorrisos, mais comuns. O pai se tornou figura em nosso processo; era difícil lidar com sua presença. À medida que começamos a lidar com os introjetos relacionados ao pai, cuja participação foi percebida por ela na produção de seu sofrimento, e compreendendo que havia uma cocriação da depressão, seu humor começou a oscilar e emergiu uma agressividade que até então não havia aparecido senão em seus relatos da adolescência. Essa agressividade aparecia sobretudo dirigida ao filho. Notei que quando ela falava do pai eu também sentia raiva, culpando-o por tudo. E que quando ela falava do filho eu sentia raiva dela. Percebi, então, que culpabilizar o outro a partir da raiva era uma dinâmica presente naquele campo, mas naquele momento não conseguimos avançar nisso, pois eu não sentia mais a conexão com ela que sentira.

Essa perda de conexão foi o primeiro indício da emergência de uma crise de mania, que se mostrou primeiro por uma presença dispersa, por um movimento intenso nas redes sociais, buscando encontros com amigos, ex-namorados, e se desenvolveu como compulsão por namoro e atividade sexual, assim como por compras e gastos excessivos. Isso resultou numa intervenção da família, que anunciou a decisão de trocar a psicóloga e o psiquiatra, alegando que o tratamento não funcionava. Meu diálogo com o psiquiatra era permanente; discutindo a situação, percebemos que aparecia ali a dinâmica de culpabilizar o outro – nesse caso, os terapeutas.

Tomamos a decisão de convocar a família para uma reunião e discutir esse fato com eles, o que resultou na decisão de manter o tratamento e na percepção deles de que seria necessário maior engajamento de todos no processo. Nesse momento, a família, já muito desgastada e preocupada com o filho de Débora, que apresentava sintomas no desempenho e no comportamento escolar,

percebeu que estava implicada em seu sofrimento. Comecei a atendê-la, além das sessões individuais, em sessões com a família, pelo menos a cada cinco semanas. Esse processo foi fundamental para a reconstrução da crônica existencial no campo familiar ampliado. Eles perceberam que eram críticos e descrentes em relação a ela, como ela ocupava um lugar distante em relação aos irmãos, que tinham idade muito próxima à dela, como o pai era exigente com ela e como a mãe permitia que ele a castigasse, embora desse à filha um apoio furtivo, na forma de cumplicidade velada.

Em uma sessão feita somente com os pais, por solicitação deles e com autorização de Débora, eles abordaram seu nascimento. Eles estavam casados havia oito anos e o marido não queria filhos, pois a união era conflituosa e ele mantinha um caso com outra pessoa. A mãe engravidou de Débora, o que fez o pai decidir manter o casamento. Ele sempre achou que a mãe teria engravidado propositalmente para prendê-lo. Nunca aceitou bem a gravidez, mas passado um ano tiveram outra filha e depois, um filho. Ainda que tenha sido um pai afetivamente distante, ele se deu conta de que seu afeto por Débora era muito diferente do pelos outros filhos. Esse assunto nunca havia sido discutido pelo casal, até que naquela crise a mãe percebeu como esse peso caíra sobre Débora e tomou a iniciativa de quebrar o silêncio que pairava sobre o assunto. Foi uma sessão muito tocante; o casal se responsabilizou pela construção daquela história de vida que começara 23 anos atrás. Eles pediram perdão um ao outro e abriram os caminhos para um recomeço entre eles e com a filha. Minha participação nessa sessão foi basicamente de testemunho. Eles dialogaram de modo fluido e com uma sinceridade e lucidez impressionantes. Decidiram convidar Débora

para uma nova sessão, dias depois. Ali contaram a ela a situação que viviam quando de sua concepção e lhe pediram perdão. Esse foi um dos pontos mais cruciais do processo, pois, ao contrário de receber bem aquele pedido, ela foi agressiva com os pais e necessitou de um longo período para elaborar todo o impacto daquela revelação. Nesse momento, a crise maníaca já estava bem arrefecida e tivemos muito medo de que pudesse voltar. Meu papel era sustentar a agressividade de Débora, tentando manter com ela uma conexão com o fluxo temporal, com a figura do pai e da mãe, cada um a seu modo, permitindo que o fundo e a figura se mantivessem conectados e a agressividade se voltasse para o desenvolvimento de sua função ego.

Para ressignificar suas experiências com eles, era necessário refazer sua crônica, distinguir-se deles e ao mesmo tempo reconhecer-se parte do campo familiar. Nesse momento, trabalhamos o sentido de ajustamento da depressão em suas muitas facetas: sua gravidez fora vivida por ela como um castigo por seu modo de existir, que tentou mudar radicalmente para adotar o modo de existência desejado pelo pai. A administração era a profissão dele e o sucesso profissional advindo daí a fazia sentir-se confirmada, mas ao mesmo tempo tinha a sensação de que aquele sucesso era falso – uma farsa que encenava bem.

O processo terapêutico transcorreu durante vários anos, nos quais as oscilações entre depressão e mania aconteceram outras vezes, mas a intensidade das crises foi-se reduzindo. Aos poucos, mudanças de vida ocorreram e nossa crônica foi sendo refeita e ressignificada a cada novo acontecimento.

Com esse caso, illustrei as principais premissas gerais da Gestalt-terapia, assim como o que é específico no trabalho com esse

transtorno. Destaquei a crença na possibilidade de transformação e na capacidade criadora da pessoa. Apesar de relações e vínculos precoces, estamos permanentemente em relação, mantendo, fazendo ou refazendo vínculos e renovando nossas possibilidades de vir a ser. Débora não pôde desenvolver na família a confiança básica que permite o vínculo com o outro. A Gestalt-terapia aposta na clínica como um espaço-tempo para o desenvolvimento de suporte estável e resgate dessa confiança básica, com base em vivências de conexão com o outro/terapeuta e com o mundo. Por meio do estabelecimento de uma relação terapêutica pautada no acolhimento, na abertura admirativa, na confiança no outro e na empatia, o terapeuta convida o cliente para uma presença que permita resgatar a solidariedade com o corpo, engajado no campo, e o outro.

O desenvolvimento de presença e suporte exige um trabalho com a corporeidade, ou seja, com a ampliação da percepção de si como corpo vivido no mundo com o outro, corpo que “pensa” sentindo, afetando-se, excitando-se e movendo-se. A empatia é compreendida aqui como uma operação do corpo que permite uma comunicação sensível e silenciosa que reconhece o outro naquilo que ele próprio ainda não consegue, objetivamente, dizer e elaborar. É nesse sentido que a clínica deve pautar-se por uma ética da alteridade, em que o outro é um sujeito-corpo para mim e eu sou um sujeito-corpo para o outro – e na experiência intercorporal encontraremos-nos empaticamente com modos humanos de sentir e viver que possam ser compartilhados. É com base nesse lastro de humanidade, forjado na sintonia afetiva com o outro, que conseguimos enfrentar a experiência da diferença, outra face da alteridade que nos coloca diante da angustiante tarefa de nos

assumir em nossa singularidade. O terapeuta precisa exercitar sua capacidade empática e sensível para que possa perceber, no campo, a presença ou não de suporte que permita lidar com a tensão da diferença. É a experiência da diferença que exigirá do cliente um trabalho de criação, gestos que confirmem à sua crônica existencial a marca do seu estilo mais pessoal, conquistando o direito de ser.

Por fim, é fundamental que o foco do trabalho terapêutico não esteja no sintoma, mas na energia que o mantém, focalizando a totalidade do campo organismo-ambiente. Nesse sentido, nossa tarefa como Gestalt-terapeutas implica radicalizar a perspectiva de campo em dois sentidos: além de priorizar na clínica a experiência aqui e agora, implicando-nos empaticamente e permitindo emergir no campo da terapia a experiência da diferença e da criação, nossa tarefa estaria incompleta se não nos dirigíssemos ao âmbito intersubjetivo. Devemos buscar compreender, com o cliente, seu modo de existência em sua inserção no mundo naquele momento, trazendo para o primeiro plano e integrando, aos poucos, às figuras dos sintomas as forças familiares, da sociedade mais ampla, as forças políticas e econômicas. Implicando e fazendo aparecer os elementos do campo que compõem a articulação produtora do sofrimento. Desse modo, a crônica existencial que se produz não será psicologizante e individualizante, mas se construirá a partir do campo, ampliando o fundo para além de uma responsabilização individual que gere culpa e mine a força vital. Entendemos essa tarefa como fundamental para que se inicie o reencontro da sincronia entre o tempo do mundo e o tempo do eu, ampliando a possibilidade de presença engajada, a conexão com um eixo comum com o outro e com o mundo – gerando expansão e criação

no exercício da singularidade e do direito à diferença.

Nesse processo, em geral árduo, difícil, cheio de sofrimento, de crises e de progressos e retrocessos, é necessário praticar a espera e a esperança para que, lentamente, a experiência fragmentada ganhe forma, figuras emirjam do fundo, o excitamento flua, o corpo sinta e vibre, movimentando a vida a partir do contato, resgatando o caráter de devir mais originário da experiência humana.

REFERÊNCIAS

- Alvim, M. B. "O corpo-tempo e o contato: situações contemporâneas". In: Prestelo, E.; Quadros, L. C. *O tempo e a escuta da vida: configurações gestálticas e práticas contemporâneas*. Rio de Janeiro: Quartet, 2014.
- _____. "The id of the situation as the common ground of experience". In: Robine, J.-M. (org.). *Self: a polyphony of contemporary Gestalt therapists*. St. Romain la Virvée: L'Exprimerie, 2016.
- Augras, M. *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Francesetti, G. "The emergent suffering: field perspective on psychopathology in Gestalt therapy". In: Klaren, G.; Levi, N.; Vidakovic, I. (orgs.). *Yes, we care! Social, political and cultural relationship as therapy's ground – A Gestalt perspective*. Nieuw-Buinen: EAGT, 2015.
- Freud, S. *Luto e melancolia*. Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, v. XIV (1914-1916). Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- Gecele, M. "Bipolar experiences". In: Francesetti, G.; Gecele, M.; Roubal, J. (orgs.). *Gestalt therapy in clinical practice: from psychopathology to the aesthetics of contact*. Siracusa: Istituto di Gestalt HCC, 2013.
- Lichtenberg, P. "Attachment and the brightening and dimming of self". In: Gestalt Therapy international network. Caderno de textos, France, 2001.
- Miller, M. V. Anotações de aula. Curso "A formação do caráter no desenvolvimento humano". Brasília: Cegest, 2001.
- Moreira, V. "A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica". *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 17, n. 2, dez. 2011, p. 172-84. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- Moreira, V.; Bloc, L. "Fenomenologia do tempo vivido no transtorno bipolar". *Psicologia – Teoria e Pesquisa*, v. 28, n. 4, out.-dez. 2012, p. 443-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jul. 2017.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

- Petrelli, R. *Para uma psicoterapia em perspectiva fenomênico-existencial*. Goiânia: Ed. da UCG, 1999.
- Robine, J.-M. "The post-modern paradigm of Gestalt therapy". *Studies in Gestalt Therapy*, n. 8, 1999.
- _____. "A transformação social começa a dois". In: Alvim, M. B.; Castro, F. G. *Clínica de situações contemporâneas: fenomenologia e interdisciplinaridade*. Curitiba: Juruá, 2015.
- Tatossian, A. "O sentido da depressão". In: Tatossian, A.; Bloc, L.; Moreira, V. (orgs.) *Psicopatologia fenomenológica revisitada*. São Paulo: Escuta, 2016.
- Yontef, G. *Processo, diálogo e awareness: ensaios em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1998.

3. Facetas da autodestruição: suicídio, adoecimento autoimune e automutilação

KARINA OKAJIMA FUKUMITSU

Este capítulo objetiva apresentar reflexões a respeito da autodestruição – mais especificamente do suicídio, do adoecimento autoimune e da autolesão. Embora esses três temas apareçam substancialmente diferentes, a meu ver eles se entrelaçam, pois convergem para a compreensão de que são ajustamentos criativos retroflexivos. Conforme Perls (1979, p. 313), “as retroflexões mais importantes são: ódio dirigido contra o *self*, narcisismo e autocontrole. A autodestruição é, sem dúvida, a mais perigosa de todas as retroflexões”.

Destruição significa “ação de pôr abaixo o *que está construído*” (Houaiss e Villar, 2010, p. 254, grifos meus). Sempre me intrigou o fato de a pessoa desejar pôr abaixo “o que está construído”, inquietação que gera três questões: 1) Que significado do que foi construído a pessoa deseja pôr abaixo? 2) O que de fato a pessoa deseja destruir? 3) Por que, em alguns momentos da vida, precisamos modificar o que foi construído?

Penso que a necessidade de desconstruir o conhecido pode acarretar um grande conflito verdadeiro – que, segundo Souto (2012, p. 17), se configura “quando existe luta por um objeto importante; pressupõe um arriscar-se no desconhecido e, necessariamente, mudança do *status quo*”. Os comportamentos disfuncionais revelam desarmonia e geram intensa ansiedade, que

repercute na corporeidade. Se, ao lidar com problemas e intempéries, a pessoa apresentar má qualidade de contato e cristalização da disfuncionalidade, os comportamentos autodestrutivos emergirão. Perls (1979, p. 54) afirma:

quando uma pessoa retroflexiona um comportamento, trata a si mesma como originalmente quis tratar a outras pessoas ou objetos. Para de dirigir suas energias para fora [...]; ao invés disso, redirige sua atividade para dentro e se coloca no lugar do meio como alvo do comportamento.

Em estudo anterior pontuei que, às vezes, “quando temos muito rancor, ódio e desprezo, devemos colocar para fora. Penso que se não há explosão haverá implosão” (Fukumitsu, 2016, p. 213). Ressaltando essa analogia entre explosão *versus* implosão, destaco as nuances dos três aspectos: percebo o *suicídio* como uma *explosão*, o *adoecimento autoimune* como uma *implosão* e a *automutilação* como o *caminho entre a implosão e explosão*. Ainda para explicar as devidas diferenças entre eles, estabeleci uma “ordem”. O suicídio será o primeiro fenômeno a ser abordado. Em seguida, tecerei considerações sobre a compreensão da implosão que acontece no adoecimento autoimune, e o terceiro tema a ser contemplado será a autolesão. Aliás, “ordem” é o aspecto mais prejudicado quando tratamos de retroflexões disfuncionais, pois a autodestruição inclui a confusão, a desorganização e a falta de sentido. Consequentemente, toda autodestruição representa um grito do sofrimento existencial que clama por acolhimento, escuta e respeito.

Uma das maneiras de manejar o processo autodestrutivo é proporcionar reflexões sobre os pensamentos prejudiciais que ressaltam o estigma. Nesse sentido, no que diz respeito aos termos

utilizados nos subtítulos, preferi diferenciar o fenômeno da pessoa e de seu comportamento. Por exemplo, não utilizo o termo “suicida” para me referir àquele que se mata, pois acredito ser importante não confundir o *comportamento da pessoa* com a *pessoa*. E, nas palavras de Alves (2013, p. 61), “enganamo-nos quando confundimos as pessoas com seus atos. Ninguém é idêntico àquilo que faz. É só isso que nos permite odiar o pecado e amar o pecador”.

SUICÍDIO, A PESSOA QUE SE MATA E O COMPORTAMENTO SUICIDA

Conforme a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2015), o suicídio é a segunda maior causa mundial de morte de jovens entre 15 e 19 anos e, infelizmente, os números de morte por suicídio crescem a cada ano. Perls (1979, p. 229) define que as pessoas que se matam têm “uma impotência para enfrentar a situação; e escolhem a maneira mais primitiva: explosão em violência”. Compartilho da crença ensinada por Lilian Meyer Frazão, em conversa informal: ao considerar o ciclo de contato proposto por Joseph Zinker (2007, p. 115), ela aponta que a pessoa que deseja se matar é um “atuante no sentido de *acting-out*”. Acrescenta que não há a percepção da sensação nem mobilização de energia; a pessoa migra diretamente para a ação. Assim, a ação se torna “para fora”.

No trabalho com o comportamento suicida, “o psicoterapeuta pode focar nos sentimentos, sobretudo culpa, vergonha, medos, raiva, expectativas frustradas, desilusões amorosas, falta de esperança, desamparo e solidão” (Shneidman, 1993, p. 152). Tais aspectos são ilustrados em alguns dos atendimentos realizados a uma cliente que, cinco anos depois de ter tentado se matar por

ingestão de medicamentos, iniciou um comportamento no qual retirava as casquinhas de suas feridas.

Segundo ela, o sentido principal de arrancar tais casquinhas era o de “aliviar seu estresse quando brigava com alguém”, pois, ao retirá-las, “era como se estivesse tirando, com as próprias mãos, toda a raiva e a culpa que sentia quando brigava com o pai e com o namorado”. Uma das frases que chamaram minha atenção era a de que deveria retirar as casquinhas “meticulosamente e com perfeição”.

Acrescentava que todo o processo tinha de ter “começo, meio e fim”. Identificamos que a formação de uma nova ferida e de sua “retirada perfeita com começo, meio e fim” significava deixar uma marca num lugar em que pudesse escolher. Assim, percebemos que ela comunicava sua impotência, bem como expressava suas dificuldades de lidar com situações nas quais se sentia desrespeitada em suas escolhas. Li para ela um trecho de meu livro (Fukumitsu, 2016, p. 261):

Deixe que o tempo cicatrize sua ferida. É necessário deixar a “casquinha” da ferida se formar. Se a gente não permite que a casquinha da ferida se forme, raramente veremos a cicatrização e, por isso, o bom é aquilo que faz bem para o coração da gente e o que nos faz sentir “fazendo sentido”.

Logo após a leitura, a cliente verbalizou, com os olhos marejados: “É. Eu não estou me autorizando a ver minha superação e cicatrização por causa da raiva que o outro me faz sentir”. Pedi para que ela repetisse a frase, e ao fazê-lo caiu no choro. A rigidez de pensamento era evidenciada pela introjeção disfuncional baseada na crença de que era errado sentir raiva e, por isso, deveria se culpar. Os sentimentos eram agravados pela fantasia de que ela

seria destruída pelo meio caso comunicasse seus sentimentos, pois considerava que o pai e o namorado “não eram capazes de aguentar certas verdades”. Quando questionada sobre o que de pior aconteceria se ela falasse as verdades, disse que temia a violência por parte deles e que “reviveria os espancamentos” que viveu quando criança e quando iniciou sua relação com o namorado. A contenção dos sentimentos e a repressão da ação agressiva em relação à pessoa/situação que provocava a raiva eram dirigidas a ela mesma.

Em sessão subsequente, disse que “não conseguia fazer nada certo quando aquilo que deveria fazer envolvia outras pessoas”, “que não terminava o que começava”. Imediatamente me lembrei da *perfeição* e da *forma meticulosa* com que ela dizia arrancar as cascas das feridas.

— Não é verdade que não faz nada certo! Você me contou que retira suas casquinhas com perfeição e meticulosamente, com começo, meio e fim — intervi.

— Isso eu faço bem mesmo — disse a cliente, sorrindo.

Ao que respondi:

— Você está sorrindo. Parece que isso faz sentido para você. Se fizer, quem sabe poderemos investir a mesma energia que utiliza na retirada das casquinhas para afastar *perfeitamente* da sua vida as relações tóxicas que te fazem mal.

Ao retirar as casquinhas, a cliente mostrava sua interrupção de contato entre a percepção da sensação (estou com raiva da pessoa) e a ação (retiro perfeitamente as casquinhas que são formadas), “pulando” a etapa da mobilização de energia e direcionando-se para a ação interativa com o meio.

Considerando que ela tentara se matar havia cinco anos,

ingerindo e “colocando para dentro” a raiva, a culpa e os remédios – portanto, o tóxico –, e, naquele momento, retirara e “colocara para fora” a própria cicatrização de suas feridas, compreendi o intenso ajustamento criativo realizado, pois sua mobilização de energia foi modificada para que, em vez de se autoaniquilar, ela passasse a destruir partes suas.

Aniquilar é transformar em nada, rejeitar o objeto e suprimir sua existência. A Gestalt completa-se sem esse objeto. Destruir (desestruturar) é a demolição de um todo em fragmentos, para assimilá-los como partes num novo todo. Primordialmente, a aniquilação é uma resposta defensiva à dor, à invasão do corpo ou ao perigo. (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 149)

Assim como a cliente modificou seu comportamento e suas ações (de se autoaniquilar para se autodestruir), meu foco de trabalho também mudou, pois se outrora zelava pelo aniquilamento de sua totalidade e buscava formas para que ela sentisse mais viva, o foco passou a ser o da mobilização de energia para que ela ampliasse as formas de enfrentamento dos entraves interpessoais e mantivesse as casquinhas das feridas que a ajudariam com a cicatrização não somente física, mas também biopsicossocial.

DOENÇA AUTOIMUNE, A PESSOA ACOMETIDA PELA DOENÇA AUTOIMUNE E O COMPORTAMENTO QUE BUSCA RECONQUISTAR A IMUNIDADE

Ao explicar a retroflexão disfuncional, Schillings (2014, p. 208, grifos meus) afirma que

a tentativa de eliminar a energia leva a duas possibilidades: caso haja medo de destruir o meio, a energia contida será usada para danificar-se, por exemplo, nas doenças autoimunes; caso haja medo de ser destruído pelo ambiente, a energia contida será

usada na utilização de formas indiretas que podem lesar o meio, como no caso da tentativa de suicídio.

Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 79), “a doença é uma situação inacabada por excelência, podendo ser acabada apenas pela morte ou pela cura”. Quando o sistema imunológico ataca os tecidos e as células de nosso corpo, previamente considerados sadios, o adoecimento surge. Nosso sistema imunológico confunde as células saudáveis do corpo com agentes invasores e passa a atacá-las repetidamente, desencadeando o que chamamos de doenças autoimunes. Nesse aspecto, a morte e a cura se apresentam de maneira confusa, pois a proteção se torna ameaça e o que antes era considerado saudável se torna tóxico. Vale mencionar os significados de proteção, “2. O que serve para abrigar” (Houaiss e Villar, 2010, p. 635), e de ameaça “2. Início de algo negativo, que não chega a consumir-se” (*ibidem*, p. 41).

São algumas das doenças imunológicas: lúpus, esclerose múltipla, psoríase, tireoidite de Hashimoto, doença de Graves, vitiligo, diabetes do tipo 1, doença celíaca, artrite reumatoide e anemia hemolítica.

O medo de destruir o meio é um pensamento onipotente da pessoa acometida pela doença autoimune. Representa o egotismo neurótico, “um tipo de confluência com a *awareness* deliberada, [...] uma tentativa de aniquilação do incontrolável e do surpreendente” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 257). Acreditando não estar capacitada para comunicar ao meio sua insatisfação, a pessoa prefere, de maneira autossuficiente, conter a energia. Talvez ela tenha aprendido que deveria gerir todos os recursos necessários para viver e introjetou que teria de dar conta do recado sozinha. Ou seja, quando se decepciona com o outro, direciona contra si a

energia agressiva em vez de expor suas insatisfações. Para gerenciar o conflito, exige-se viver um processo solitário em busca de maneiras de se defender do que antecipa ter de enfrentar.

Em 2014, fui acometida por uma inflamação cerebral, Acute Disseminated Encephalomyelitis (Adem), uma doença autoimune. Depois, durante meu convalescimento, recebi o diagnóstico da síndrome de Cushing, consequência da elevada carga de corticoides ministrada durante o tratamento para a inflamação cerebral. Para meu espanto e surpresa, meu organismo começou a produzir uma alta dosagem de cortisol, hormônio do estresse. Foi da experiência antagônica de meu organismo produzir hormônios do estresse que entendi que aquilo que um dia foi o elemento responsável por salvar minha vida (corticoides) tornou-se destrutivo (corticoides em excesso). Perdi totalmente os parâmetros do saudável e do patológico. Concluí que tudo na vida deve ser comedido; brincando com as palavras, tudo deve ser feito *com medida*, conforme a necessidade e a prontidão existencial.

Foi nesse momento de plena ambivalência que confrontei as polaridades morte *versus* cura; proteção *versus* ameaça; morte *versus* vida e teci aproximações com minha onipotência, constatando que o egotismo outrora importante na infância para salvar a vida de minha mãe em suas várias tentativas de suicídio já não era mais necessário quando me tornei adulta. Pela falta de atualização e ressignificação, precisei passar pela vivência do adoecimento autoimune para me reinventar e me resgatar existencialmente.

Enfim, o que desejo enfatizar é que no manejo das doenças autoimunes precisamos observar e acolher as ambivalências inerentes ao processo de descoberta de que aquilo que foi bom um

dia pode se tornar ruim caso não seja atualizado e ressignificado. Nessa direção, será preciso favorecer a fluidez no processo da autorregulação e acreditar na sabedoria organísmica a fim de integrar as polaridades vida e morte; proteção e ameaça; saúde e doença.

A saúde, portanto, se encontra na integração harmoniosa dos aspectos do *self*. Conforme Tellegen (1982, p. 84), “viver é contato. E o foco em Gestalt-terapia está na qualidade de contato, i.e. na precisão, na energização, na fluidez, na disponibilidade e abertura, no ritmo e na discriminação”. Dessa maneira, os processos autoimunes podem nos ajudar no desencantamento daquilo que não nos é essencial. Ou seja, ao mesmo tempo que a autodestrutividade exposta na perda da imunidade escancara a fragilidade, a vulnerabilidade, evidencia o pensamento enrijecido e a necessidade utópica de controle da situação, é também uma possibilidade de novas aprendizagens.

A AUTOLESÃO, A PESSOA QUE SE MUTILA E O COMPORTAMENTO AUTOLESIVO

No caso da autolesão, é comum ouvir relatos sobre a sensação “de estar no controle da situação”, pois, ao se cortar, a pessoa escolhe o local, a profundidade e o tamanho do corte que realiza em si mesma. Tal aspecto difere do comportamento suicida, pois muitas vezes não conseguimos localizar onde dói e como é o sofrimento de quem se mata. Assim, ao se mutilar, a pessoa mostra o que deseja cortar e localiza o que a faz sofrer.

A impulsividade se faz presente nos comportamentos autolesivos: diante da necessidade de alívio imediato do sofrimento provocado pelos conflitos com o meio, a pessoa se lança para o conhecido

disfuncional de se mutilar. Escutei vários clientes mencionando que o comportamento autolesivo ou o *cutting*, ato de se cortar, representava “uma marca que eles mesmos podem fazer”, “é uma tatuagem da dor” ou “é uma amostra da dor que é impressa no corpo”. Ao tentar compreender esse processo, percebi que as formas autolesivas mais comum são as que acontecem na pele, por meio das ações de cortar, arranhar, queimar, beliscar etc.

Fazendo uma correlação entre a pele e a fronteira de contato, Mori (2015, p. 14) diz que “a pele [...] seria como um sistema de refúgio, de amparo da nossa própria individualidade, ao mesmo tempo que nos protege, é a fachada que nos expõe”. Nesse sentido, vale a pena trazer a assertiva de Tellegen (1982, p. 85) a respeito da fronteira de contato:

O contato é uma ocorrência de fronteira, fronteira eu-não eu, conhecido, velho-novo. A fronteira de contato é dialeticamente ao mesmo tempo o ponto de divisa e o ponto de união [...]. É na fronteira que pode ocorrer mudança, transformação. O que se trabalha em Gestalt-terapia são exatamente as confusões, os impedimentos que ocorrem na fronteira de contato e que diminuem as possibilidades de crescimento e transformação criativa da relação homem-mundo.

Se o *self* é a fronteira de contato em atividade, se é ali que a experiência ocorre e onde há a limitação do organismo, a contenção e a proteção (Perls, Hefferline e Goodman, 1997), podemos pensar que o comportamento autolesivo pode ser visto como “válvula de escape” ou escoamento para que a pessoa expresse seus sentimentos inóspitos, como tristeza, raiva e decepção.

A fim de ilustrar a dissociação advinda das interrupções do ciclo de contato, apresento outro recorte de atendimento a um indivíduo que se mutilava “com qualquer objeto que pudesse cortá-lo”. Ao ser questionado sobre o significado de se cortar, respondeu que “se

cortar era uma maneira de se sentir”. Solicitei que ele mostrasse a maneira como se cortava, ao que o cliente afirmou estar surpreso, pois “nunca ninguém havia feito esse pedido a ele”. E acrescentou estar emocionado pelo fato de eu “não ter nojo dele”, tampouco “ter demonstrado nenhuma aversão” pelo comportamento que ele julgava “ser *uma* loucura”.

Ao se cortar, manifestava a interrupção de contato que acontecia na fase entre sensação (de querer se sentir) e ação (se cortar), “pulando” a percepção. Identifiquei que a introjeção era a de que se cortar era errado e que percebia seu comportamento como “uma loucura”. A autopercepção permeada de julgamentos a seu respeito deixava-o mais desamparado. Por esse motivo, pontuei sobre seu preconceito a respeito do próprio comportamento e convidei-o a acolher a maneira como aprendera a se comunicar com o mundo, dizendo:

— Você é o maior prejudicado nessa história e imagino que esteja falando de um grande sofrimento. Por isso, acredito que você possa ser mais generoso com o que você sente e com a maneira que encontrou para se comunicar. Todos nós fazemos loucuras e fico feliz por você dizer que “se cortar é *uma* loucura” e não duas, três ou várias, como todos nós, seres humanos, fazemos.

Por meio da confluência funcional por meio da oferta de empatia, escuta e acolhimento, da compaixão para com sua dor, a intervenção foi realizada para que pudéssemos ressignificar sua percepção a fim de mobilizar a energia em busca de novas maneiras de se declarar homossexual. Meu cliente buscava modos de se sentir à vontade “dentro dele”. Mais tarde, conquistou novas maneiras de fortalecer seu autossuporte, conclusão que ficou evidenciada em uma de suas falas: “Hoje me sinto mais dentro de

mim, pois antigamente eu estava perdido de mim. Estou mais forte para encarar minha homossexualidade”.

O MANEJO DE PESSOAS EM SOFRIMENTO EXISTENCIAL ADVINDO DA AUTODESTRUÇÃO

Diz Zinker (2007, p. 21): “Nesta fuga frenética para alcançar tudo que for possível na vida, acabamos por nos comportar como turistas desesperados: fotografando tudo, mas não enxergando nada”.

Devemos entender a autodestruição não apenas pelo corpo que se torna enfermo; é preciso adotar um olhar mais atento ao que é essencial para o humano a fim de realizarmos uma cuidadosa investigação dos diversos fatores envolvidos na ação de se destruir. Nesse sentido, a autodestruição explanada neste estudo é vista como o adoecimento da morada existencial, do *ethos*, cuja etimologia da palavra remete a dois sentidos:

[...] como práxis, costume, e [...] como morada e pátria. [...]. Quando uso a palavra ética [...] refiro-me ao seu sentido de morada e pátria. [...] Decorre que a fragmentação do *ethos* – morada – leva a um tipo de sofrimento que, apesar de alcançar registro psíquico, não tem sua origem no psíquico. São os sofrimentos que acontecem em registro ontológico! (Safra, 2004, p.26)

Para Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 166), sofrimento significa “um meio de impedir o isolamento do problema para que, trabalhando o conflito, o *self* cresça no campo do existente”. Dessa forma, entendo que fugir do sofrimento provoca maior perturbação, pois muitas vezes não podemos evitar o inevitável. Nada é por acaso. Tudo que nos aconteceu carrega um motivo e, mesmo que não entendamos qual seja, precisamos ser tolerantes. Afinal, a vida não é do jeito que a gente quer e, como reza o provérbio chinês,

“quando não compreendemos a dor, ela nos dilacera; quando entendemos seus fins, ela nos aperfeiçoa”.

Minha principal conduta no manejo do sofrimento existencial decorrente tanto dos comportamentos suicidas e autolesivos quanto das doenças autoimunes – explanados neste capítulo como facetas do comportamento autodestrutivo – é a de estimular novas experiências para que a pessoa se reinvente. Contudo, a prática que tenho adotado como Gestalt-terapeuta é a consideração da máxima de Perls (1977a, p. 30): “Aprender é descobrir que é uma questão de experiências novas”. Assim, na lida com os comportamentos autodestrutivos, procuro promover a ampliação das possibilidades existenciais dos clientes para que eles aprendam novas formas de sentir mais vivos e conquistem tolerância existencial para encontrar seu modo mais espontâneo. Perls (1977b, p. 78) assinala que o critério de um tratamento bem-sucedido é “atingir o grau de integração que facilite o próprio desenvolvimento. Um pequeno buraco cavado na neve muitas vezes é suficiente para drenar a água. Uma vez que a drenagem tenha começado, o filete d’água alarga o seu próprio leito; ele facilita seu próprio desenvolvimento”.

A Gestalt-terapia busca não corrigir os comportamentos dos clientes, mas compreender o comportamento disfuncional que é vivenciado como conflito e crise. Destarte, a principal convergência entre os três sofrimentos apresentados se encontra no apelo que carregam – o apelo para um resgate existencial. São comportamentos que escancaram a dor que se expressa por meio de pedidos de socorro. Há de se frisar que quem não se sente ouvido tem de gritar. Todos os nossos comportamentos disfuncionais são gritos por acolhimento e respeito. Além disso, são

retroflexões disfuncionais e podem ser vistos, portanto, como agressividade mal canalizada. Trata-se de implosões e explosões intensas; revelam conflitos consigo e com o ambiente; clamam por fortalecimento do *self*; são convites para a descoberta de fatores de proteção; exigem ajustamentos criativos e novas aprendizagens para se comunicar. Sobretudo, são possibilidades vindouras de modificar comportamentos.

Desencantar-se das vaidades, driblar o orgulho e aceitar os defeitos são convites ao acolhimento das vulnerabilidades e, sobretudo, oportunidades para conquistar o desprendimento criativo. Segundo Perls, Hefferline e Goodman Perls, (1997, p. 161), este significa uma “atitude peculiar do *self* espontâneo” pela qual, ao aceitar seu “interesse e o objeto e exercendo a agressão, o homem criativamente imparcial excita-se com o conflito e cresce por meio deste; ganhe ou perca, ele não está apegado ao que poderia perder, pois sabe que está mudando e já se identifica com o que se tornará”.

A assertiva de Alvarez (1999, p. 135) – “o argumento final contra o suicídio é a própria vida” – é a direção principal do meu trabalho. Ao mesmo tempo que presto atenção ao obscuro do comportamento autodestrutivo, acredito que a energia desse comportamento fornecerá a potência para que a pessoa administre sua impotência, crença essa embasada pela seguinte afirmação de Perls (1979, p. 17): “Os opostos são potencial e realização (ou atualização). Um grão de trigo tem o potencial de se tornar uma planta e a planta de trigo é a sua realização”.

No manejo de indivíduos em sofrimento existencial, enfatizo o respeito da pessoa para com ela mesma, pois “o objetivo da terapia é superar a solidão, restaurar a autoestima e realizar a comunicação

sintática” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 89). A partir do momento em que a pessoa sente acolhimento de minha parte e da dela e abre-se à compaixão, sobretudo por seu sofrimento, inicia-se uma nova percepção a seu respeito e sobre a maneira como age. Rumamos para a descoberta de novas formas de ela se comunicar sem precisar se machucar nem se matar.

Em síntese, o contrário da autodestruição é a autoconstrução e a autodescoberta, pois é da mesma energia para colocar abaixo o que se construiu que surgirá o potencial para reconstruções, desde que haja ressignificação.

Sobretudo porque “o sentido pertence ao ‘sentidor’, aquele que sente a dor” (Fukumitsu, 2014, p. 59), reverencio a história do cliente, respeito e legítimo sua dor e considero sempre o significado atribuído por ele ao seu comportamento, seja ele destrutivo ou construtivo. Monja Coen (2015, p. 72) ensina: “Não veja apenas o lado sombrio, veja a luz, pois sem ela nem a sombra existiria”. Faço minhas as palavras dela. Persigo os sinais de vida e de vitalidade na pessoa que se encontra perdida em sua escuridão. Assim, com o cliente, construímos um solo um pouco menos fragmentado a fim de buscar luz na escuridão.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, A. *O deus selvagem: um estudo do suicídio*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- Alves, R. *Paisagens da alma*. São Paulo: Planeta, 2013.
- Fukumitsu, K. O. “A busca de sentido no processo de luto: escuta Zé Alguém”. *Revista de Gestalt*, v. 19, 2014, p. 59-61.
- _____. *A vida não é do jeito que a gente quer*. São Paulo: Publish & Print, 2016.
- Houaiss, A.; Villar, M. de S. *Dicionário Mini Houaiss*. 4. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010.
- Monja Coen. “Uma analogia”. In: *108 contos e parábolas orientais*. São Paulo: Planeta, 2015.
- Mori, A. A. S. “Pele: a inter-relação na fronteira de contato”. *Revista de Gestalt*, v. 20, 2015.
- Perls, F. “Terapia de grupo versus terapia individual”. In: Stevens, J. O. *Isto é Gestalt*. São

Paulo: Summus, 1977a.

_____. "Teoria e técnica de integração da personalidade". Stevens, J. O. *Isto é Gestalt*. São Paulo: Summus, 1977b.

_____. *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata do lixo*. São Paulo: Summus, 1979.

Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

Safrá, G. *A po-ética na clínica contemporânea*. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.

Schillings, A. "Concepção de neurose em Gestalt-terapia". In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais* (Coleção Gestalt-terapia: conceitos fundamentais, v. 2). São Paulo: Summus, 2014.

Shneidman, E. *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Londres: Jason Aronson, 1993.

Souto, M. C. P. do S. "Conflito: um novo olhar sobre um velho tema". *Revista de Gestalt*, v. 17, 2012, p. 33-43.

Tellegen, T. "Atualidades em Gestalt terapia". In: Porchat, I. (org.). *As psicoterapias hoje*. São Paulo: Summus, 1982.

Zinker, J. *Processo criativo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2007.

WHO. Suicide Data. 2015. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html. Acesso em: 11 maio 2017.

4. A ansiedade e seus transtornos na visão de um Gestalt-terapeuta

ÊNIO BRITO PINTO

A posição teórica da abordagem gestáltica sobre a ansiedade humana e seus transtornos difere em alguns pontos substanciais do olhar que impera hoje na psicopatologia e em seus manuais – assim como no senso comum –, pois, dados seus pressupostos fenomenológicos e compreensivos, além de sua peculiar visão de ser humano, a Gestalt-terapia pode lançar um olhar amplo e abrangente sobre esse fenômeno. Com isso, alcança a possibilidade de desenvolver importantes e eficazes recursos terapêuticos para o manejo da ansiedade em suas variadas manifestações e em seus diversos graus de saúde ou patologia. Esse olhar original da Gestalt-terapia não impede o diálogo com outras abordagens, antes pelo contrário: fomenta a busca da melhor forma de manejar clinicamente um fenômeno cada vez mais comum no dia a dia das pessoas e nos consultórios. Este artigo é parte dessa busca de um diálogo que propicie aos indivíduos de nosso tempo e de nossa cultura uma vida mais plena e atualizada, com mais e melhores suportes para cuidar da ansiedade que marca esta época de tanta informação e pouco conhecimento, de tanto movimento e tão pouca concentração, de tanta pressa e tão pouca contemplação.

Iniciarei este diálogo apontando quatro aspectos, entre muitos outros, nos quais me parece que a abordagem gestáltica traz diferenças e significativas contribuições para o entendimento da

ansiedade e de seus transtornos.

O primeiro desses aspectos diz respeito à compreensão diagnóstica, a qual, em Gestalt-terapia, é realizada tendo por base dois pilares, denominados por Francesetti e Gecele (2009) diagnóstico extrínseco e diagnóstico intrínseco.

A compreensão diagnóstica intrínseca (também chamada de estética) se fundamenta no contato do psicoterapeuta com seu cliente, se dá a partir do *entre* da relação terapêutica a cada situação terapêutica e se caracteriza por se apoiar na percepção do terapeuta (e do cliente) acerca do vivido em cada sessão. Ela se baseia na relação terapêutica, vista como uma cocriação entre terapeuta e cliente, para compreender como este último vivencia seu sofrimento e qual é o sentido desse sofrimento. É uma pesquisa que não objetifica o cliente, mas o coloca como parte ativa da busca de compreensão do que é vivido e das alternativas de atualização pedidas pelo sintoma.

Na compreensão diagnóstica intrínseca, é fundamental entender a qualidade do contato do cliente e, por isso, ela tem ênfase estética, ou seja, nos sentidos – ou, ainda em outros termos, em como o cliente percebe a si, ao seu mundo, ao seu momento existencial. Estético aqui não tem relação somente com a beleza, como no senso comum, vai além disso, ao encontro do sentido etimológico mais amplo da palavra, como nos ensina o dicionário Houaiss (Houaiss e Villar, s/d): “gr. *aisthētikós, ē, ōn* no sentido de ‘relativo à percepção’”. Na compreensão diagnóstica intrínseca, própria da psicoterapia, busca-se entender como a ansiedade aparece e como é vivida pelo cliente em seu cotidiano e na situação terapêutica. Essa compreensão diagnóstica é fundamental para o terapeuta porque o orienta quanto aos prognósticos do atendimento

e, sobretudo, a respeito da qualidade de suporte que deve oferecer ao cliente para que este possa, por sua vez, incrementar seu autossuporte e seu suporte ambiental para alcançar a vivência fértil da ansiedade e a autoatualização necessária. A compreensão diagnóstica intrínseca exige do terapeuta capacidade de entrega e concentração, além de coragem para trabalhar as próprias ansiedades emergentes a cada situação terapêutica.

Concomitante à compreensão diagnóstica estética, há o diagnóstico extrínseco, baseado na sintomatologia, ou seja, em um modelo teórico que orienta a observação do cliente pelo terapeuta. É um mapa que visa guiar o terapeuta em suas observações, possibilitando também o diálogo multi e transdisciplinar, que se dá com base em um referencial comum. No caso da ansiedade, além da fundamentação teórica da abordagem gestáltica, pode-se utilizar o DSM, agora 5 (2014), referencial em todo o mundo ocidental para o diagnóstico em saúde mental. Neste artigo, utilizarei-me do DSM-5 especialmente quando for comentar sobre os transtornos de ansiedade, mantendo um diálogo entre esse manual e o olhar gestáltico.

A segunda peculiaridade da abordagem gestáltica ao estudar o fenômeno da ansiedade (e também todos os outros descritos no DSM-5) fundamenta-se em seu viés fenomenológico: graças a esse olhar, como explicarei mais adiante, se para a psicopatologia tradicional a ansiedade é mal a ser extirpado, ou, na pior das hipóteses, minimizado, para o olhar gestáltico ela é impulso a ser considerado e compreendido. Dizendo de outro modo: a vivência da ansiedade, mesmo a disfuncional, é muitas vezes uma oportunidade para que a pessoa cresça por meio do contato com questões até então evitadas; isso porque na abordagem gestáltica

compreendemos que um sintoma como a ansiedade pede uma mudança em aspectos do existir que não seriam modificados se esse sofrimento fosse simplesmente extirpado ou amenizado de modo temporário. Dessa forma, um sintoma que não tenha atendido seu sentido, quer dizer, uma ansiedade disfuncional que, porque extirpada, não tenha como saída uma atualização de um potencial, deixará em seu lugar um vazio existencial, ainda que adaptado, ou uma abertura para um novo sintoma – até que a pessoa possa, se ainda tiver tempo, prestar atenção às mudanças existenciais que precisa fazer para se atualizar e buscá-las.

Vivências de ansiedade, ainda que muito dolorosas, são possibilidades de crescimento e de autoatualização. Por isso, é necessário que dialoguemos com nossas ansiedades, saudáveis ou patológicas, funcionais ou disfuncionais, compreendendo-as como oportunidades de flexibilização de nossos padrões existenciais, ampliação de nosso autossuporte e de nosso suporte ambiental, apropriação de nossa coragem de ser (Tillich, 1967). Tarefa difícil esse diálogo, é bem verdade – a ansiedade pode ser vivida como uma cunha que abre caminhos dolorosamente. Em nossa cultura, dado o medo do sofrimento, cada vez mais pessoas preferem se anestesiar (*an-estesia*: não percepção; contato empobrecido; sem estética) a buscar em si e em seu ambiente os suportes para a coragem de ser e de se renovar.

A terceira peculiaridade da compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia é que ela se fundamenta muito mais no *como* que no *por quê*. Além disso, no meu modo de ver, ela se apoia sobretudo (mas não só) em seis pontos mais importantes, os quais orientam o trabalho psicoterapêutico e também guiarão minhas observações doravante neste artigo: *como* o cliente lida com:

- 1 as relações (consigo e com o mundo – subjetividade, intersubjetividade e culturalidade);
- 2 a temporalidade (o tempo vivido);
- 3 a espacialidade (o espaço vivido);
- 4 a corporeidade (o corpo vivido);
- 5 o dar-se conta (conscientização);
- 6 a vida afetiva.

É cada vez mais comum encontrarmos queixas iniciais em terapia ligadas a vivências de ansiedade. Elas variam na forma como essa ansiedade se relaciona com esses seis aspectos, mas sempre há um que prepondera. Digo que prepondera porque todos eles, interdependentes que são, aparecem na trama do sofrimento que leva uma pessoa à terapia, de forma que todos devem ser olhados com cuidado pelo terapeuta e pelo cliente, em prol de uma psicoterapia mais eficaz e a mais breve possível.

Por fim, a quarta peculiaridade, que diz respeito à importância do campo e complementa esses seis pontos: o ser humano é do mundo, só existe em um campo vivido temporal e espacialmente, faz parte de uma cultura – sua subjetividade só emerge na intersubjetividade e na culturalidade. Mais que isso: é cocriador de sua realidade e corresponsável por ela. Isso quer dizer que não podemos compreender alguém se não entendermos seu campo existencial em seu aspecto mais ampliado, o qual inclui, além das condições de vida no momento, sua história pessoal, sua história familiar/geracional, seus projetos existenciais e como eles são vividos. Para a Gestalt-terapia, o ser humano só existe no contato, o qual, por sua vez, se dá em um campo, de modo que a psicopatologia não pode ser compreendida como algo apenas subjetivo ou meramente individual:

Se encararmos o homem em seu meio tanto como indivíduo quanto como ser social, como parte do campo organismo/meio, não podemos jogar a culpa desta alienação nem no indivíduo nem no meio. Desde que indivíduo e o meio são meramente elementos de um único todo, o campo, nenhum deles pode ser considerado responsável pelas doenças do outro. Mas ambos estão doentes. (Perls, 1977b, p. 40)

Colocadas essas quatro peculiaridades, cumpre agora buscar uma definição sucinta do fenômeno ansiedade que fundamente o diálogo que estabelecemos aqui.

A ANSIEDADE

Começemos pelo que ela não é, ou seja, quando falo de ansiedade aqui não estou me referindo a medo nem a angústia. Acompanho Kurt Goldstein (2000, p. 230, tradução minha) nesse aspecto, para quem o medo aparece quando há um objeto que pode ser removido ou do qual se pode fugir: “Temos consciência de nós mesmos assim como do objeto, podemos deliberar como vamos nos comportar perante ele”. No caso da ansiedade, como ela não tem exatamente um objeto, mas se caracteriza mais por um vazio ou por uma ameaça vaga à existência, “a única coisa que podemos fazer é uma tentativa de fugir disso sem saber aonde vamos, porque nós a experimentamos como não tendo um lugar particular”. Depois de afirmar que os estudiosos (da área psi e filósofos) da ansiedade sempre buscam diferenciá-la do medo, Goldstein (2000, p. 231) afirma que “devemos enfatizar que tanto Kierkegaard quanto Heidegger consideravam o medo como medo de algo, ao passo que a ansiedade, na visão deles, lida com a ‘não existência’; suas descrições indicam que a ansiedade é um estado sem referência a um objeto”.

Também não vou diferenciar aqui, por ser complexo e fugir do escopo deste artigo, a ansiedade da angústia. Fico mais uma vez com Goldstein (2000, p. 230), que afirma usar a palavra “ansiedade” em correspondência ao alemão *Angst*. Nesse aspecto, May (1988, p. 122) discorre sobre a dificuldade do idioma inglês, que não tem uma boa tradução para o termo alemão *Angst*, “palavra usada por Freud, Kierkegaard, Goldstein e Biswanger (conforme suas traduções do alemão)” e dá a entender que, na falta de uma boa palavra, traduz-se o alemão por *anxiety*, o que não é exatamente correto. Por isso, obriga a que se tome o sentido da palavra *ansiedade* em sua base ontológica, compreendendo-a “como uma ameaça ao próprio ser”. Nesse texto também me utilizarei deste caminho, mesmo acreditando que o idioma português tem riqueza suficiente para se aproximar do alemão. Faço isso para entrar em consonância com o uso do termo “ansiedade” no DSM-5 e nas principais referências da área psi e da Gestalt-terapia.

Ainda no que diz respeito ao diagnóstico desse distúrbio, é preciso levar em conta que a ansiedade pode ser considerada existencial, natural, inerente à vida, saudável, ou disfuncional. O que diferencia uma da outra não é exatamente a ansiedade, mas o suporte para o diálogo com ela, ou seja, a forma como ela é vivida, a coragem com a qual ela é enfrentada. É nesse sentido que Goldstein (2000, p. 239, tradução minha) afirma que “a pessoa criativa, que se aventura em muitas situações que a expõem a sobressaltos, se verá ainda mais frequentemente em situações de ansiedade que a pessoa comum. Os indivíduos diferem na quantidade de ansiedade que podem tolerar”.

Goldstein faz essa afirmação a respeito das pessoas criativas porque todo ato criativo implica ansiedade, à medida que nos coloca

em contato com a possibilidade de mudança e, por óbvio, de perdas, de ameaças ao ser tal qual conhecido e vivido. No processo de desenvolvimento pessoal, o ser humano caminha da extrema dependência do ambiente para a independência relativa, da participação passiva no coletivo para a participação ativa, num processo infinito de coconstrução do mundo e descoberta de si e do outro. Cada passo nesse caminho exige coragem para enfrentar a ansiedade inerente a ele.

O enfrentamento da ansiedade a cada nova configuração de si e do mundo se dá com base em um autossuporte adequado, reforçado por um continente suporte ambiental, uma vez que ninguém vive sozinho ou independente do outro e do campo. Para que a criança fique sozinha e bem na escola no primeiro dia de aula, é preciso que ela confie em si e em seus recursos, bem como nos recursos que o ambiente lhe provê para esse enfrentamento – ela confia na família e na escola, ela projeta um futuro melhor se for à escola, ela confia em suas habilidades para enfrentar o novo, o desconhecido; sua existência não está fortemente ameaçada. Ela então vive um estado de excitação, de energização para dar conta da tarefa e ampliar, assim, seu espaço vital. Essa excitação é uma das facetas do que podemos chamar de ansiedade existencial; se a pessoa não tem suporte para vivenciar tal excitação, esta pode transformar-se em ansiedade disfuncional, na qual há uma inquietação que não tem sua descarga natural, de modo que ela se torna excessiva e “o equilíbrio organísmico não pode ser restaurado. Impedindo a descarga dessa excitação, o sistema motor do organismo não descansa, mas permanece inquieto” (Perls, 2002, p. 127).

Uma pessoa vive ansiedade quando imagina – ainda que às

vezes nem se dê conta disso explicitamente – que pode não ter capacidade ou recursos para manejar determinada situação. Se ela confia plenamente em seu autossuporte e no suporte ambiental do momento, pode correr o risco e crescer, e aí temos a ansiedade existencial. Se ela se retrai em demasia, se evita por um longo período essa responsabilidade inerente ao crescimento e à autoatualização, pode entrar num impasse que é característico da ansiedade disfuncional (patológica, para o DSM). Nesse caso, ela em geral age como descreve Perls (1977a, p. 63):

[...] uma pessoa apenas acredita que não dispõe de recursos. Ela apenas impede a si mesma de usar estes recursos conjecturando uma porção de expectativas catastróficas. Ela espera alguma coisa má do futuro. [...] Nós temos todas essas fantasias catastróficas pelas quais nos impedimos de viver, de ser. Estamos continuamente projetando no mundo fantasias ameaçadoras, e estas fantasias nos impedem de assumir riscos razoáveis que são parte e parcela do crescimento e do viver.

Lembro-me de uma religiosa de aproximadamente 54 anos que me procurou certa vez para terapia com uma queixa de ansiedade. Havia nos primeiros contatos um bom clima, uma atmosfera de acolhimento. Eu anotei à época, depois de duas sessões: “A cliente conta muitas vivências que tem e teve na vida consagrada, fala um pouco de sua história e da família, de casos e de coisas aparentemente sem um motivo especial. Ela precisa falar, penso eu, e me coloco ouvinte. Então, ouço muito e pouco intervenho. E espero”. Duas sessões depois, anoto: “A cliente faz certo suspense, demorou-se como que a tomar fôlego, provocando em mim fantasias a respeito de que segredo seria esse de sua queixa, e finalmente conta que tem vivido muita ansiedade quando tem de falar em público, sobretudo quando precisa fazer palestras sobre a vida consagrada ou uma leitura nas celebrações. Explorando um

pouco mais essa ansiedade, damos um passo além e ela relata suas dúvidas a respeito da continuidade da vida consagrada.” Ela imaginava que depois de tanto tempo de ter feito essa escolha não poderia mais ter essas dúvidas, isso era uma coisa inaceitável. Por alguns meses trabalhamos essa ansiedade ante a dúvida, até que ela conseguisse ter coragem suficiente para aceitar que não existem escolhas que não possam ser revistas – e até refeitas –, e que uma mudança de rumos agora não invalida o caminho escolhido até então. Dado esse passo, ela pôde se aprofundar no diálogo com a ansiedade, e, com esse diálogo, seu tema na terapia sofreu uma importante mudança: não era a vida consagrada que ela queria abandonar, mas a maneira como a vivia. Ela precisava e desejava ser mais autêntica, mostrar-se mais como era do que como achava que as pessoas queriam que fosse. E ela arriscou-se. Mais e mais se mostrou em seus contatos interpessoais como estava no momento, enfrentando suas expectativas catastróficas e seus “deverias”, confiando em sua autonomia ampliada e em ampliação, lidando com críticas de algumas pessoas da congregação, saboreando o incentivo de outras como suporte ambiental para uma maior autenticidade. Ao fim de nosso processo de psicoterapia breve, a ansiedade já tinha cumprido sua função e ido embora; ela já lia com fluidez e fé os textos das celebrações, não gaguejava em suas palestras, estava suficientemente confiante e satisfeita com a nova forma como vivia sua vida consagrada.

No processo terapêutico e no enfrentamento da ansiedade, essa cliente pôde mudar substancialmente a maneira como se relacionava consigo e com as pessoas de seu cotidiano, confiando mais em si e avançando em direção ao mundo, correndo o risco de ser rejeitada e/ou de não gostar de si no novo modo de se

comportar. Abandonou um perfeccionismo que a fizera sofrer por muito tempo; ocupou melhor espaços que antes temia ocupar; integrou a idade que tinha, suas limitações e sabedorias; confiou mais em seu futuro; não há mais tensão entre seu aqui e agora e seus lá e então, o do passado e o do futuro. Passou a ter melhores diálogos consigo, fruto de uma ampliação de sua capacidade de dar-se conta organismicamente e de uma elaboração muito rica de seu contato corporal. Com isso, conseguiu aceitar afetos antes inaceitáveis, reconhecer desejos sem tentar negá-los nem temer que eles a tomassem; finalmente, pôde reconhecer a ansiedade vivida como impulso para que ousasse realizar essas modificações.

De minha parte, creio que minha atitude de autêntica espera e verdadeiro acolhimento, sem julgamento, foi eficiente suporte para que ela ousasse se ver antes de se mostrar no cotidiano. Minha admiração por ela e pelo que já tinha vivido e conquistado também lhe deu chão para se orgulhar de suas conquistas e, no fim da terapia, até de suas pertinentes dúvidas. Especialmente, penso eu agora, meu olhar de validação das escolhas que fizera até então, além da validação de sua historicidade, facilitou a ela confiar no que não mudaria como base para o que precisava mudar. Como cumpre acontecer nas mudanças com bom prognóstico, o velho/conhecido, transformado, serviu de suporte para o novo flexibilizador.

Embora não tenha acontecido no caso aqui relatado, é cada vez mais comum receber no consultório pessoas que já vêm com um diagnóstico fechado. É preciso que tomemos cuidado com a autodefinição proporcionada por um diagnóstico de alguma síndrome ansiosa, seja ele dado por um profissional de saúde, seja por consulta à internet. O risco é que esse diagnóstico se transforme num rótulo, e este numa identidade, dificultando o aparecimento da

curiosidade sobre si, base do autoconhecimento. Quando alguém chega em meu consultório dando o diagnóstico como identidade – “eu sou TAG” (transtorno de ansiedade generalizada), como me disse certa vez um cliente –, já sei que o início do trabalho terapêutico será ajudar essa pessoa a primeiro descobrir essa vivência como um estado, uma contingência (“eu tenho TAG”, ou “eu sofro de TAG”) e não como uma estrutura de identidade. Esse passo se inicia pelas perguntas mais básicas – como você vive esse fenômeno ansioso? Como ele se relaciona com o todo de sua vida? Que sentido ele tem para você? Quando começou? Que mudanças estão necessárias e difíceis? Como seria sua vida sem essa vivência? etc. –, as quais visam possibilitar a reapropriação de si como um ser complexo e nunca pronto, um ser irreduzível a um diagnóstico.

TRANSTORNO DE PÂNICO

Se as pessoas não são redutíveis a um diagnóstico, isso não quer dizer que não devemos buscar fazer boas compreensões diagnósticas – uma redução cuidadosa, criteriosa e atenta é ótimo antídoto para reducionismos. Temos ao nosso dispor bons construtos que nos favorecem encontrar meios de ser profissionalmente úteis a nossos clientes e ajudá-los a se conhecer melhor. No que diz respeito à ansiedade, o DSM-5 fez algumas mudanças em relação ao DSM-IV, como não mais considerar o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) transtorno de ansiedade, o mesmo se dando com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e com estresse agudo. Também se separaram como diagnósticos distintos o pânico e a agorafobia. Apesar disso, ainda

existem 11 transtornos de ansiedade descritos no DSM-5. São eles: 1) transtorno de ansiedade de separação; 2) mutismo seletivo; 3) fobia específica; 4) ansiedade social; 5) transtorno de pânico; 6) agorafobia; 7) transtorno de ansiedade generalizada (TAG); 8) transtorno de ansiedade induzido por substância/medicação; 9) transtorno de ansiedade devido a outra condição médica; 10) outro transtorno de ansiedade especificado; 11) transtorno de ansiedade não especificado. A intenção dessas modificações, provavelmente, foi facilitar a escolha do tratamento medicamentoso.

Obviamente, não temos aqui espaço para discutir todos esses transtornos, mas podemos destacar um deles e fazer algumas considerações. Como um dos transtornos mais recorrentes em psicoterapia é o de pânico, farei alguns comentários sobre ele daqui por diante, no intuito de ir finalizando este diálogo. Também por questões de espaço, não vou descrever esse transtorno, pois suas características podem ser facilmente encontradas no DSM-5. Nessas considerações, vou me apoiar em alguns eixos teóricos gestálticos desenvolvidos por Francesetti (2012; 2013).

Embora o ataque de pânico possa redundar em vivência de outros transtornos, é mais comum que ele redunde em transtorno de pânico, um temor de que o ataque e, com ele, todo o sofrimento vivido se repitam. Entre tudo que já vivi, li e estudei sobre o ataque de pânico, nenhum texto me impressionou tanto quanto o de Francesetti (2012), dados a clareza de seus conceitos e o sentido que sua hipótese interpretativa faz para quem já viveu um desses ataques, menos ou mais ameaçadoramente. É preciso ressaltar, para maior clareza, que o ataque de pânico, embora vivenciado como inesperado, surpreendente, é o pico de uma construção paulatina. Se fizermos uma análise acurada de cada vivência de

ataque de pânico, logo descobriremos que ele se anunciou aos poucos e seus sinais não foram considerados devidamente, até que ele irrompesse, como uma barragem cujas pequenas fissuras, não cuidadas, rompem em caudalosos e sofridos desastres.

Francesetti (2012, p. 83, tradução minha) cita Rousseau, para quem “não existem enfermidades. Só existem os enfermos”, o que nos obriga a tomar os critérios de diagnóstico extrínsecos apenas como referências e não como algo neutro ou objetivo, pois são “uma descrição estatisticamente embasada (mas arbitrária) e compartilhada (mas empobrecida para que se possa compartilhar)”. Ele continua, então, e traz de maneira cuidadosa sua criativa premissa para a compreensão do ataque de pânico, defendendo primeiramente que este se assemelha muito a uma vivência psicótica, com a diferença (fundamental!) de que a pessoa logo emerge do ataque de pânico, ao contrário do que sucede na psicose. Porque repentino e imprevisto, o ataque de pânico “é percebido como uma descontinuação do *continuum* da vivência e está delimitado de forma precisa no tempo” (*ibidem*, p. 92).

Ao quebrar o *continuum* da vivência, o ataque de pânico coloca, de forma abrupta, quase cruel, a pessoa em contato com a mais dolorida solidão, a solidão essencial. Por um lado, esse contato traz à consciência a revelação de que cada um de nós nasce sozinho, vive sozinho e morre sozinho; ninguém pode passar por mim pelo que é meu. Por outro lado, essa vivência de solidão põe a pessoa diante da mais humana e mais bela das necessidades, a necessidade do outro, o que potencialmente nos torna mais responsáveis e solidários.

Vejamos a hipótese de Francesetti (*ibidem*, p. 93, tradução minha) para compreender melhor o ataque de pânico: “[...] a característica

fundamental e específica de um ataque de pânico é que o fundo se torna figura de repente, precisamente porque está desabando; ao mesmo tempo, a figura de contato que estava se formando naquele momento se dissolve”.

Nesse texto e em outro (2013, livro no qual cada capítulo é seguido de comentários de outro gestaltista sobre o texto recém-lido), o autor explica que entende por fundo nesses casos os padrões de vivência e comportamento desenvolvidos pela pessoa ao longo da vida. Descreve esses padrões com base no ciclo de contato, mas, sem explicar a razão, prefere não chamá-los de estilo de contato, o que merece um questionamento – que eu assino embaixo, embora discorde da afirmação de que o estilo reduz a presença da pessoa, pois me parece que ele delimita e configura, o que está longe de ser uma redução no sentido empregado aqui – de Nancy Amendt-Lyon (2013, p. 657, tradução minha) nos comentários sobre o texto:

Francesetti fala de interrupções de contato, embora eu preferisse o termo “estilos de contato”, que descrevem os padrões específicos que os seres humanos tendem a criar para fazer frente às exigências da vida. Ainda que o estilo de contato de uma pessoa reduza sua presença, isto é, limite seu crescimento pessoal, essa maneira individual e habitual de comportar-se com os outros e administrar as exigências da vida converteu-se em parte da mesma base que permite o contato. Quando as modalidades habituais da pessoa são, repentinamente, insuficientes e o campo não proporciona o apoio adequado, surgem os ataques de pânico.

Dizendo de outra maneira, o que compreendo da hipótese de Francesetti é que ela se baseia na ideia de que, ao longo da vida, cada um de nós desenvolve uma forma-padrão de existir e de reagir às demandas da vida, o que caracteriza nosso modo de ser e nos possibilita ter identidade, conhecermo-nos a nós mesmos, termos

alguma possibilidade de previsibilidade. Essa forma de ser se modifica, se atualiza ao longo da vida, sem no entanto se tornar outra (Pinto, 2015). Por um lado, muitas dessas atualizações são difíceis, exigem desprendimento e coragem, gerando a possibilidade de postergação, de convivência com demasiadas *Gestalten* abertas e de cristalizações; por outro lado, nossa necessidade de autoatualização cobra-nos o enfrentamento dessas dificuldades, estimula-nos a crescer. A maioria das pessoas passa por essas etapas com sofrimentos suportáveis e pode comemorar as conquistas; alguns, pelas mais diversas razões, cristalizam seu modo de ser e se tornam mais sujeitos ao ataque de pânico. Nesse sentido, o ataque de pânico é um momento potencialmente transformador, ainda que deveras dolorido existencialmente.

É óbvio que ainda falta um elo a esse modelo teórico proposto por Francesetti, por melhor que ele seja. Se é verdade que isso acontece às pessoas que vivem ataques de pânico, o que torna essa compreensão extremamente útil para as psicoterapias, é óbvio também que há indivíduos que não se atualizam e nem por isso vivem ataques de pânico. A pergunta inevitável aqui é: qual será a diferença? Por que alguns vivem o pânico e outros, que também não se atualizam suficientemente, vivenciam outro tipo de sofrimento?

A fim de ilustrar esse aporte teórico, discutirei alguns aspectos de um atendimento que fiz há muitos anos. A paciente me foi encaminhada por um psiquiatra, com o diagnóstico de transtorno do pânico. Vou chamá-la aqui de Juliana, um nome fictício.

Juliana tinha cerca de 30 anos, idade em que os ataques de pânico são mais comuns, pois tendem a acontecer com mais frequência nas mulheres e entre a adolescência e os 40 anos –

época em que as pessoas são chamadas a fazer importantes e difíceis atualizações e flexibilizações em seus estilos de contato, sobretudo o abandono da casa da família de origem para construir a própria morada, compartilhada ou não com outras pessoas. Era uma mulher cuja beleza chamava a atenção; casada, mãe de quatro filhas, já havia trabalhado como inventiva artesã, mas agora, por imposição do marido, era dona de casa.

Por todo o tempo em que trabalhamos, algo próximo de seis meses, embora não houvesse uma proposta de terapia breve, o contato com Juliana foi tranquilo e suportivo. As sessões eram fluidas, ela falava bem e contava com propriedade o vivido, queixando-se principalmente de solidão e de falta de sentido para a vida. Uma profunda frustração era flagrante em seus relatos e em suas vivências, fruto de um potencial ativo que não encontrava como se realizar. De classe social média-baixa, casara-se muito cedo, com a expectativa de que saindo da casa paterna pudesse ter uma vida mais livre, o que não alcançara, haja vista que seu marido era ainda mais repressor e ciumento que seu pai. Seu trabalho o obrigava a longas e demoradas viagens e ele seguia um antigo padrão de favorecer gravidezes da mulher como forma de tê-la sob controle e ocupada – daí a quantidade de filhos do casal. Isso combinava com o padrão cristalizado de Juliana, que se baseava em certa submissão, sobretudo ao masculino, representado pelo pai e, depois, pelo marido – ambos vistos por ela como excessivamente poderosos.

Juliana tinha um estilo de contato que caracterizo como basicamente confluyente, o que dificultava seus passos em direção à desejada e temida autonomia. Tentava submeter-se ao que chamava de “meu destino”, mas, ao mesmo tempo, sonhava com

voos mais altos, com a possibilidade de voltar a exercer sua profissão e ter seu dinheiro, entre outras liberdades.

O ataque de pânico se dera em uma noite em que estava sozinha em casa com as filhas pequenas e fora uma experiência muito marcante. O medo de morrer, a impossibilidade de contar com o apoio das meninas, muito novas, a impossibilidade de pedir socorro, a madrugada longa que a agoniava e não permitia o nascer do sol e o despertar de pessoas que pudessem socorrê-la. Foram horas de ansiedade, de profunda solidão e enorme temor de não conseguir cumprir suas responsabilidades como mãe. Quando veio para a terapia, Juliana estava medicada com antidepressivos e ansiolíticos, além de um hipnótico, pois, desde o ataque, se tornara mais frequente nela a repetição de um sonho que tirava seu sono e a fazia acordar sobressaltada, suada, com medo de que o ataque de pânico se repetisse.

Meu trabalho, tal qual eu o vejo hoje, era sobretudo o de constituir uma relação de suporte impulsionador, isto é, um ponto de confiabilidade que reconhecesse a pertinência de seus anseios existenciais ao mesmo tempo que referendava seu potencial para realizá-los. Além disso, fiquei no lugar do masculino que colocava seu poder a serviço do crescimento dela, esperando coragem e ousadia em vez de submissão – o que facilitou muito que essa relação fosse vivida por ela como efetivamente uma *experiência emocional atualizadora* (Pinto, 2009). Foi um trabalho que muitas vezes vivi como lento, como costuma acontecer nesse tipo de atendimento. Diversas vezes voltamos ao seu sonho repetitivo, sem fazer grandes progressos na tentativa de compreender sua mensagem existencial, mesmo que eu usasse toda a minha intuição e as técnicas de trabalho com sonho que conhecia. Apesar de

perceber o progresso da terapia, eu ficava preocupado, temendo que ela se estendesse demasiadamente e com poucos resultados, o que não é raro nos casos de vivência de pânico por pessoas de estilo confluyente.

Depois de uns meses de trabalho, ocorreu algo interessante: a aparente lentidão do trabalho acabou por demonstrar ser muito mais uma preparação para um salto que lentidão de fato. Esse salto ocorreu depois de uma sessão especialmente intensa, na qual Juliana pôde olhar com mais esperança seus projetos de futuro. Entre essa sessão e a próxima, ela viveu algo que só posso descrever como um ataque de saúde, polar ao ataque de pânico que vivera. Chegou ao meu consultório energizada, vitalizada, dizendo-se livre do pânico. Contou que estava se separando do marido e já tinha aceitado uma proposta de emprego que recebera havia algum tempo em outra cidade, para a qual se mudaria em breve. Com certa surpresa, perguntei-lhe o que poderia justificar toda aquela mudança em tão pouco tempo. Então Juliana contou que, naquela semana, voltara a ter o sonho repetitivo – um touro enorme a perseguiu e ela sentia que já não tinha para onde fugir, a respiração angustiada, os olhos assustados em busca de um refúgio, a possibilidade da morte iminente presente na consciência. Porém, no meio do sonho, sem saber bem o porquê, ela parou, virou-se para o touro, olhou bem nos olhos dele, agarrou seus chifres enormes e o derrubou no chão, deixando-o estirado, derrotado, passivo, enquanto ela vivia uma enorme felicidade e uma poderosa sensação de força e de reencontro consigo mesma. Acordou de manhã para a vida.

Nosso trabalho acabou pouco tempo depois. Juliana de fato separou-se, conseguiu um emprego promissor em outra cidade e

para lá partiu, já sem a medicação psiquiátrica, para cuidar sozinha da própria vida e da vida das filhas. Por coincidência, encontrei-me casualmente com ela alguns meses depois, em um feriado em que ela aproveitara para visitar os pais, moradores da mesma cidade que eu. Conversamos um pouco, e ela me disse que estava bem, já havia sido promovida no trabalho, as filhas estavam adaptadas à nova vida e o sonho nunca mais se repetiria. Despedimo-nos e ela seguiu seu caminho de mãos dadas com uma das filhas, deixando-me emocionado a observá-la, vendo-a cruzar a praça, seu andar seguro, sua cabeça erguida por um olhar confiante, a vida pela frente. Guardei em um canto especial da minha memória essa cena, para nunca me esquecer de que vale a pena, sim, acreditar em nosso potencial e lutar pela sua realização, mesmo que isso implique atravessar lancinantes dores.

PARA FINALIZAR

Se o ato criativo, por ser necessariamente ousado, é ansiogênico em essência (como criar sem estender fronteiras?), resta-nos a inescapável pergunta: de que forma transformar essa ansiedade na fértil ansiedade existencial e não na paralisante ansiedade disfuncional? Não existe resposta simples para essa questão, mas há boas pistas: controle e certeza nos levam à ansiedade disfuncional, ao passo que cuidado e confiança nos mantêm na existencial; quanto mais cuidamos para não transformar diferenças em desigualdades, mais próximos estamos da ansiedade existencial; quanto mais podemos rever criticamente e atualizar nossos valores, mais distantes ficamos da ansiedade disfuncional. Mas é preciso atenção, pois nosso campo existencial de momento

no Ocidente é mais ambíguo do que jamais foi quanto a essa questão.

Vivemos um tempo propício a ansiedades disfuncionais, uma passagem na cultura ocidental de um modelo egotista de convivência para um modelo profletor de relações. Um momento em que necessitamos descobrir que a identidade não é um eu, mas um eu em relação com um nós, um eu e nós flexível. O outro é muito mais próximo e semelhante do que supúnhamos. Se não acreditarmos nisso e não nos conduzirmos por essa fé, o futuro não nos sorrirá, como bem têm demonstrado as mudanças climáticas, os escândalos de corrupção no Brasil e no mundo e os atentados terroristas, entre tantas outras vivências e alienações de nossos tempos. Dizendo de outra forma: vivemos uma época que nos abre quase bipolarmente dois caminhos: o da percepção de nossa profunda solidão e de uma identidade cada vez mais fluida e mutável, matriz de intensas ansiedades; e o de uma enorme criatividade que nos possibilita um contato cada vez mais rápido e fácil com pessoas em todas as partes do mundo, matriz de uma rica e potencial solidariedade. Estamos diante de enorme desafio: a necessidade de costurar esses dois caminhos em belos bordados.

Trata-se de algo difícil, pois implica que possamos criar em nosso cotidiano um bom ritmo entre autossuporte e suporte ambiental, ora caminhando com as próprias pernas, ora sendo amorosamente suportivo, ora sendo amorosamente suportado, sempre em consonância com a situação, numa harmoniosa alternância entre solidão e solidariedade.

Por fim, é importante lembrar que o amor e a esperança são antídotos para a ansiedade disfuncional, assim como a coragem é o melhor suporte para a lida criativa com a ansiedade existencial.

REFERÊNCIAS

- Francesetti, G. "Fenomenología y clínica de los ataques de pánico". In: Francesetti, G. (org.). *Ataques de pánico y postmodernidad: la psicoterapia gestáltica entre clínica y sociedad*. Madri: Asociación Cultural Los Libros del CTP, 2012.
- _____. "La perspectiva de la terapia Gestalt en los ataques de pánico". Comentarios de Nancy Amendt-Lyon. In: Francesetti, G. et al. (orgs.). *Terapia Gestalt en la práctica clínica: de la psicopatología a la estética del contacto*. Madri: Asociación Cultural Los Libros del CTP, 2013.
- Francesetti, G.; Gecele, M. "A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis". *British Gestalt Journal*, v. 18, n. 2, 2009, p. 5-20.
- Goldstein, K. *The organism*. Nova York: Zone Books, 2000.
- Houaiss, A.; Villar, M. S. "Estético". *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. s/d. Disponível em <<http://www.houaiss.uol.com.br>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- May, R. *A descoberta do ser*. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.
- Perls, F. *Gestalt-terapia explicada*. São Paulo: Summus, 1977a.
- _____. *A abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977b.
- _____. *Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud*. São Paulo: Summus, 2002.
- Pinto, E. B. "A experiência emocional atualizadora em Gestalt-terapia de curta duração". *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, ano 9, n. 1, 2009, p. 72-86. Disponível em: <<http://www.revispsi.uerj.br/v9n1/artigos/pdf/v9n1a07.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2017.
- _____. *Elementos para uma compreensão diagnóstica: o ciclo de contato e os modos de ser*. São Paulo: Summus, 2015.
- Tillich, P. *A coragem de ser*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

5. Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico “borderline”

ANGELA SCHILLINGS

Cada homem é, sob certos aspectos:

a. como todo homem;

b. como certos homens;

c. como nenhum outro homem.

(Kluckhohn e Murray, 1948, p. 35)

A PSICOPATOLOGIA E SUAS QUESTÕES

Antes de nos aprofundarmos no tema deste capítulo, faz-se necessário discutirmos o significado do termo “diagnóstico”. A etimologia da palavra vem do grego *diagnóstikós*, que significa “capaz de distinguir, de discernir” (Houaiss, 2001; Cordás e Salzano, 2006). Foi no século XVIII, na França, que o termo *diagnostique* passou a ser usado na medicina. Em psicopatologia, a palavra refere-se à identificação da existência de sofrimentos mentais, transtornos e patologias psíquicas vividas pelos seres humanos (Dalgalarondo, 2008).

De acordo com Frazão (1995), a Gestalt-terapia tradicionalmente se opôs aos diagnósticos psicopatológicos devido à influência do movimento antipsiquiátrico em voga nos anos 1960 – década de ascensão da abordagem nos Estados Unidos. Assim, muitos Gestalt-terapeutas se abstiveram de usar o termo ou se opuseram à sua utilização.

Podemos também considerar que Perls, Hefferline e Goodman,

no livro inaugural da nossa abordagem (1997), descrevem de forma muito consistente as ocorrências da neurose, possivelmente satisfazendo a maior parte dos Gestalt-terapeutas que trabalhavam essa questão na clínica, pois os diagnósticos mais graves eram tratados em instituições psiquiátricas.

No Brasil, a partir do movimento antimanicomial, a prática dos psicólogos sofreu modificações com as políticas públicas de saúde e as ações socioeducativas, gerando a chamada clínica expandida ou contemporânea – a qual permite que os profissionais atendam hoje, no dia a dia e em vários espaços, portadores de psicopatologias mais severas. Assim, a discussão sobre essa temática torna-se indiscutivelmente necessária.

Na Gestalt-terapia é imprescindível que pensemos uma clínica em consonância com o sentido existencial. Nela importa a existência do ser humano na nossa prática, pois estamos a serviço desse outro em uma relação que é sempre intersubjetiva e ocorre no entrelaçamento entre o universal e o singular (Tatossian e Moreira, 2012). Portanto, é necessário refletir sobre o significado da psicopatologia no mundo contemporâneo – onde, mais do que nunca, importa um olhar atento e cuidadoso para as premissas de diagnósticos preestabelecidos.

Sabemos que o “normal” é um critério de validação social que representa consenso de alguns grupos em determinados posicionamentos sociais. Para exemplificar, basta recordarmos o que ocorreu com o DSM-V (APA, 2014): o Instituto de Saúde Mental dos Estados Unidos, que trabalha com as pesquisas científicas que sustentam sua publicação, se negou a ver o nome da entidade associado a ela. Esse fato político é relevante porque esse instituto é o maior patrocinador mundial de pesquisas em saúde mental.

Uma de suas principais críticas ao manual foi a de que sua lógica estava contaminada pelos interesses da indústria dos psicofármacos (Guldberg, 2014).

Dessa forma, no sistema social, econômico e ideológico em que vivemos, os critérios de normas sociais e de comportamento parecem bastar para qualificar uma pessoa como saudável ou disfuncional. Continuamos baseados no antigo binômio saúde-doença e, portanto, aprisionados de modo irremediável à normatização das emoções: ou se é mentalmente saudável ou se é doente. Mais ainda, de forma bastante tendenciosa, essa normatização psicopatológica buscar eliminar a doença, ou muitos de seus sintomas, retornando ao que é chamado de saúde. Portanto, os dois lados do binômio em oposição colocam os profissionais da área psi na posição de “consertar” o que está “errado”.

Essa crítica, creio, faz-se necessária para não adentrarmos o ingênuo mundo da ajuda que podemos dar para “salvar e consertar” os que vivem situações emocionais graves, que, na maioria das vezes, diferem daqueles que as estudam e, por meio da cientificidade, correm o risco de se afastar da “sabedoria” das dores existenciais humanas.

Buscando dar um sentido mais coerente aos diagnósticos psicopatológicos, relacionando-os com as vivências que promovem sofrimento mais intenso na relação com o meio, chamo-os de sofrimentos emocionais agravados; como tal, são colocados como situações de campo e não como aquelas que pertencem isoladamente a uma pessoa, ou pessoas, ou a uma categoria. Com essa denominação, pretendo sair do relativismo valorativo e da objetivação estatística que os manuais buscam conferir; acredito

que tais sofrimentos, como processos dolorosos que são, foram gerados na relação indissociável organismo/meio. Quando eles se manifestam, a pessoa – que é a figura – expõe as ocorrências vividas em sua interação com o meio – que é o fundo. Nessa visão de campo, é possível compreender como se processam as formas encontradas para sua sobrevivência relacional. Assim, observando o fluxo figura-fundo, colocamos a perspectiva de uma pré-diferença, citada por Perls (2002), que busca retirar os *a priori*, permitindo-nos compreender como as partes estão estreitamente relacionadas entre si e também a relação dessas partes com o todo.

VIOLÊNCIA NO CAMPO COMO GERADORA DAS INTERRUPÇÕES DE CONTATO

Para falarmos das várias formas de sofrimento emocional agravado, é necessário retomar nossas vivências – sobretudo as infantis, pois é nessa fase de vida que dependemos dos adultos para satisfazer quase todas as nossas necessidades. Nesse momento, ainda não temos a capacidade de buscar, por meio de ações, a organização daquilo que necessitamos. Desse modo, somos dependentes da maneira como o meio – na figura dos nossos cuidadores adultos – atende ou não a nossas demandas. Eles fazem por nós o que mais tarde teremos de fazer, e essas são funções que afetam o campo.

Quando a criança tem uma necessidade, ela a exprime ao meio da forma como consegue. Por exemplo: se sente medo, ela o mostrará ao meio chorando ou pedindo ajuda e acolhimento. Se o cuidador não a escuta e persiste em não lhe dar acolhida, ela terá de fazer algo diferente com o medo – por exemplo, tentar esquecê-lo –, pois necessita de tal cuidador. Assim, existe uma figura em processo de expansão e uma situação que o meio coloca como

impedimento ao seu fechamento.

Segundo Latner (1994), essa interrupção de contato, denominada por ele situação de emergência, pode ser entendida como a transformação do fluxo espontâneo em um fluxo adaptado às situações de impedimento que o meio impõe à criança. E, quando existe uma situação de emergência no campo, o organismo recorre a um repertório de proteção, chamado pelo referido autor de função de segurança.

Dessa forma, o organismo responde a uma dificuldade com uma função de segurança, ou seja, aliena sua parte na fronteira de contato para lidar com a emergência imposta pelo meio. Para tanto, precisa inibir a excitação que apareceu espontaneamente. Se a situação de emergência persiste, o comportamento de proteção também perdura, e entendemos que essa é a melhor forma possível. Assim, é necessário suprimir o excitamento da procura da satisfação da necessidade genuína, o que demanda voltar-se contra a necessidade espontânea. O indivíduo então entra em conflito consigo e, dessa forma, a energia vai para a contenção do que é necessário ao organismo e não para sua satisfação.

Se, de forma constante e contínua, o impedimento exercido pelo meio persiste, pode-se transformar a supressão que inicialmente era percebida em uma forma não mais percebida; instala-se desse modo uma função de segurança que estará presente mesmo quando deixarem de existir situações de emergência. Com o excitamento contido, não conseguimos dispor dele para lidar com novas situações, podendo a formação figura-fundo ficar danificada nas situações de campo posteriores. Esse dano que ocorre de forma reincidente pode-se dar de diversas maneiras; em seu percurso de vida, a pessoa poderá ter maior ou menor grau de

impedimento ao desenvolvimento das novas figuras que emergirão no fluxo figura-fundo.

Com base no artigo “A violência no contexto intrafamiliar e social” (Schillings, 2011), a seguir serão expostos alguns aspectos importantes para o tema dos sofrimentos emocionais agravados.

A retirada, pelo meio, das possibilidades de fechamento das necessidades reais de uma pessoa constitui uma modalidade de violência, seja ela exercida de forma consciente ou não. A violência, em geral, existe em duas formas: a declarada, ou explícita, ligada principalmente às ações infligidas ao corpo físico; e a velada, ligada às ações que se referem aos afetos. Tanto uma quanto a outra agem na desconstrução do humano e assumem os mais variados formatos, (des)organizando o fundo que sustenta nossas ações no mundo; essas são vivências que também trazemos em nossa história – a qual vai qualificar nossa existência.

Quando as vivências singulares de uma criança são violadas, o rompimento ocorre nos seus significados. Ela é exposta a outra realidade que não é a sua e sua liberdade diminui ou é eliminada, o que pode anular sua identificação com o que lhe é próprio. Suas potencialidades ficam fragilizadas e ela se sente confusa a respeito daquilo que ela é e daquilo que não é. Isso ocorre quando os cuidadores – sejam eles pais, educadores ou os responsáveis legais – não respeitam a singularidade e a forma de ser da criança, exigindo que seja diferente (ser como seu irmão, irmã ou alguém que não é ela). Nesse momento, um ato de violência acontece, pois lhe retiram a possibilidade de se reconhecer como é.

Quando a criança tem um desconforto que é desconsiderado, anulado, tornado invisível aos olhos do adulto, uma forma de violência está sendo cometida. Afinal, se ela não é confirmada nos

seus sentimentos, como confiará em si mesma e no mundo que a rodeia?

Importante salientar, sem dúvida, a dolorosa e inexplicável experiência de sofrer violência oriunda de abusos físicos e sexuais, na qual o violentador utiliza sua força e seu poder para subjugar a criança à sua própria desorganização, deixando marcas tão profundas que lhe é negada a possibilidade de se sentir capaz de ser digna de amor. As feridas desses atos violentos são experimentadas como uma enfermidade da alma, tornando a criança desnuda, vencida, carente de dignidade e de valor.

Lichtenberg (2008) afirma que todos nós somos ou fomos crianças abusadas. Para confirmar isso, basta lembrar a disciplina que nos foi aplicada – os castigos, as ameaças, o medo. Todos, sem exceção, fomos oprimidos e ainda assim protegemos os nossos opressores. Segundo o autor, proteger o abusador é a marca do abusado.

SOFRIMENTOS EMOCIONAIS AGRAVADOS¹ EM GESTALT-TERAPIA

No livro que inaugura nossa abordagem, Perls, Hefferline e Goodman (1997) descrevem a neurose como a interrupção da função ego do *self* e a psicose como a interrupção da função id do *self*.

Existe ainda uma forma intermediária, não citada no referido livro, chamada de transtornos pela psiquiatria² e a qual denomino sofrimentos emocionais agravados. Estes compõem um caminho intermediário entre a neurose e a psicose, ou seja, uma forma de interrupção mais agravada que na neurose e não tão impeditiva quando na psicose. Tomando a descrição de neurose de Perls,

Hefferline e Goodman (1997), ressaltamos também que, compreendendo os comportamentos relativos aos sofrimentos emocionais agravados como forma de interrupção de contato, não estamos falando de pessoas e sim dos processos que ocorrem no sistema *self* de contato, já que cada pessoa e suas vivências são singulares, não sendo possível reduzi-las a rótulos nem a sintomas.

A fim de explicar essa forma de compreender tais sofrimentos, utilizarei um dos parâmetros básicos da Gestalt-terapia, que se refere aos dois polos sustentadores da vida humana: preservação e crescimento. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 179),

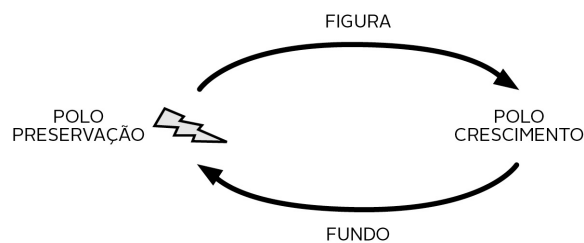
um organismo preserva-se somente pelo crescimento. A autopreservação e o crescimento são polos, porque é somente o que se preserva que pode crescer pela assimilação e é somente o que continuamente assimila a novidade que pode se preservar e não degenerar.

Dessa forma, a preservação e o crescimento são polos indissociáveis à manutenção do que é denominado sistema *self* de contato no campo, e, quando falarmos de interrupções de contato, estaremos nos referindo às interrupções que ocorrem nestes dois polos.

Portanto, na neurose, compreendida como a interrupção da função ego do *self*, existe a impossibilidade de ocorrer a formação de uma figura gerada da experiência no aqui e agora. Além disso, no fluxo figura-fundo, a figura é uma adaptação pela vivência da ansiedade em vez do acolhimento do excitamento, o que gera a impossibilidade de satisfação no processo de fechamento do que é espontâneo no *self*. Não existe ajustamento criativo e sim uma adaptação ao processo de campo, já que o organismo não pode satisfazer suas necessidades genuínas no meio.

Esse processo acarreta um ciclo repetitivo e, dessa forma, as vivências serão de ansiedade, medo e frustração, gerando uma insatisfação continuada na forma de estar no mundo – até que o novo possa ser vivido e novamente assimilado, atualizando e reorganizando o fundo de vivências anteriores (Perls, Hefferline e Goodman, 1997).

A Figura 1 ilustra a neurose nos polos preservação/crescimento citados anteriormente:



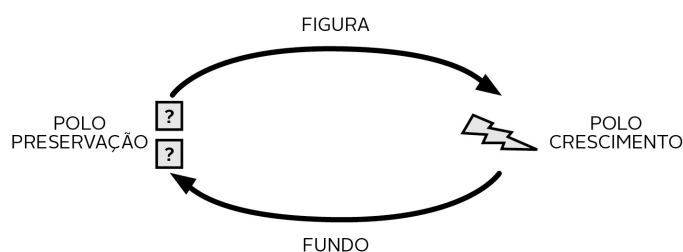
Na neurose, a interrupção do contato ocorre na função ego do *self*, ou seja, não existe deliberação espontânea para a formação da figura.

Assim, o fundo não consegue formar a figura genuína que bloqueia o excitamento e impede que o fluxo figura-fundo ocorra de forma saudável. Com esse impedimento, o fluxo é adaptado a uma figura advinda do meio e não a uma figura aderente à necessidade originária que estava em curso.

Já a psicose é compreendida como a interrupção da função id do *self*. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 235), trata-se da “aniquilação da concretude da experiência”. Com base nessa afirmação, podemos pensar que a concretude da experiência se refere ao fluxo dos processos de formação e fechamento de *Gestalten* e que a função id é a que disponibiliza a espontaneidade no fundo a partir das experiências decorrentes da assimilação do contato.

Se, na interrupção da função id, a organização da situação ficou impossibilitada, o fluxo figura-fundo torna-se “inconsistente”, ou seja, parece não haver sustentação na emergência das figuras que sejam inteligíveis, pelo menos para o meio. Podemos observar, sobretudo nas vivências de surto psicótico, a nossa incapacidade de compreender o fluxo figura-fundo quando, ao buscar utilizar a concretude das nossas experiências em comum com o meio, não encontramos um sentido que se assemelhe a elas. Assim, as vivências relacionais na psicose se tornam incompreensíveis, já que suas formas peculiares não atendem a um processo de compartilhamento no meio.

A Figura 2 mostra a psicose nos polos preservação/crescimento:



Na psicose, a interrupção de contato ocorre na função id do *self*, ou seja, havendo a aniquilação da concretude das experiências, o fundo está impossibilitado de sustentar a emergência da figura.

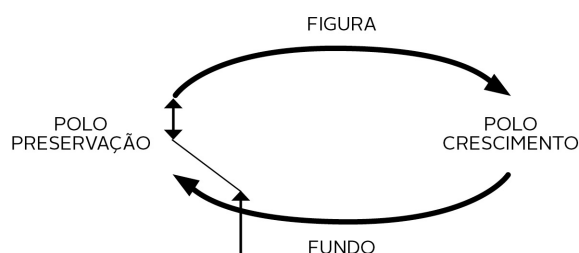
Assim, com a interrupção dos fechamentos sem a assimilação de figuras vividas, o fundo parece conter uma construção que difere dos significados compartilhados com o meio. Além disso, as figuras que aparecem não fazem sentido na situação em curso.

Com relação aos sofrimentos emocionais agravados, consideramos que eles são uma forma de interrupção de contato estabelecida a partir de um modo fixo no repertório do fluxo figura-fundo que se repete – ou seja, as ocorrências de campo que

mobilizam o excitamento apresentam-se numa conexão “preestabelecida”. Quando o excitamento no campo é mobilizado, parece acionar um “mesmo” fundo, que faz emergir a “mesma” figura, acarretando as “mesmas” defesas avolumadas na relação com o meio. Com isso há um grande impedimento de que novas *Gestalten* sejam criadas para atualizar as existentes, exacerbando ainda mais a “mesma” forma.

O que ocorre para tal fixidez? Acreditamos que as vivências de impossibilidade relacionais que ocorreram no campo em processos continuados de impedimento forjaram um escudo que precisou ser fixado para a sobrevivência; assim, a fixidez acaba se tornando a única forma de se relacionar com o meio. Como sabemos, as defesas são vitais à nossa sobrevivência, mas viver por meio delas, e de forma fixada, transforma a vida em um grande perigo a ser enfrentado cotidianamente.

A Figura 3 mostra os polos preservação/crescimento nos sofrimentos emocionais agravados:



Nos sofrimentos emocionais agravados, a interrupção do contato ocorre tanto na função ego quanto na função id do *self*, ou seja, quando o excitamento é tocado o fundo fixo é acessado e a figura que se apresenta também é fixa, repetindo a mesma conexão.

No livro *Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo de contato e os modos de ser*, Pinto (2015, p.

54) aborda as formas de defesa como descontinuações. Para ele, a descontinuação no contato “pode se dar como uma defesa adequada às circunstâncias – ou, quando cristalizada ou repetidamente de amplitude desproporcional ao exigido da situação, ser compreendida como defesa patológica”.

Nessa última forma, o autor também se refere aos sintomas que se assemelham ao DSM (buscando com isso aproximar a linguagem dos gestaltistas à dos profissionais que trabalham com aquela linguagem, sem no entanto equipará-las), afirmando que as defesas cristalizadas podem se reverter (e entendemos aqui se tratar da neurose), mas as defesas “estruturais” não. Diz ainda que, nestas, foi possível transformar a defesa em estagnação, fixação e aprisionamento (entendemos estas como os sofrimentos emocionais agravados que aqui mostramos).

Assim, diferentemente da cristalização na neurose, compreendemos que a repetição nos sofrimentos emocionais agravados ocorre de forma exacerbada. E mais: que existe um “ponto relacional” desencadeador de um fundo específico que, quando tocado, faz emergir uma figura fixa, promovendo uma excessiva refutação à situação do aqui e agora. Parece não haver diferenciação entre as vivências anteriores dolorosas e as atuais; é como se a dor estivesse à espreita para se expressar sempre da mesma forma. Esse “ponto relacional” refere-se à singularidade da historicidade de cada pessoa, porém percebemos que a forma de se defender dele é precisamente o que torna tais sofrimentos semelhantes.

Também consideramos que eles diferem da psicose, pois neles não se percebe a aniquilação da experiência concreta, já que as defesas utilizadas são passíveis de reconhecimento pelo meio.

Porém, isso acontece em desconformidade com as vivências em curso.

Esta fixidez que caracteriza os sofrimentos emocionais agravados gera uma grande dificuldade adaptativa à vida cotidiana, parecendo estar relacionada com a dinâmica do campo vivencial em situações de dor e sofrimento emocional que se perpetuaram na história de vida de cada um e, muitas vezes, se perpetuam até o hoje, assim como também pelo significado que lhes foi dado.

Na prática clínica, quando existe procura precoce de tratamento, percebe-se uma maior flexibilização nessa fixidez, podendo existir uma retomada do fluxo figura-fundo caso o meio onde a pessoa está inserida também flexibilize novas formas de percepção e relacionamento interpessoal.

Porém, quando a procura é feita apenas tardiamente, e se o meio não disponibiliza novas formas relacionais, a tendência dessa fixidez na conexão estabelecida é manter-se e, inclusive, se agravar.

Ainda de acordo com a prática clínica, constata-se que as histórias de vida das pessoas com sofrimentos emocionais agravados foram marcadas por opressão e violência emocional, física e/ou sexual em etapas muito precoces. E, quando alguém necessita utilizar defesas de forma continuada em um período tão crucial para aprender a se relacionar com o mundo – e ainda não tem autonomia de recursos reais para resolver problemas básicos de sobrevivência, tampouco meios de modificar a situação opressiva ou sair dela –, a utilização constante de defesas torna-se imprescindível à sua integridade.

Portanto, o significado que é possível dar às situações vividas é de que sempre há um perigo a ser combatido, o que, nas situações que foram vivenciadas, era uma realidade. Mais ainda: se as

vivências de risco perduram, esse significado no convívio com o meio torna-se cada vez mais usual e “familiar”; as vivências de campo passam a ser “filtradas” pelas repetições necessárias à sobrevivência e as defesas avolumam-se e acabam por reverberar em todas as dimensões significativas da experiência.

Assim, constitui-se um fundo que se mantém fixo, ou seja, quando tocado, tende a repetir sempre o mesmo significado, mesmo quando as condições reais são diversas. E, se o fundo fixou as sensações de dor e sofrimento excessivo, quando o excitação for tocado, essa dor fixada é a que será mobilizada em detrimento das outras sensações existentes. Em consequência, a figura que se destacará desse fundo será a saída da dor. Aí está estabelecida a fixidez no fluxo interrompido figura-fundo, ou seja: fundo fixo – dor; figura fixa – saída da dor. Assim se configura a conexão preestabelecida no fluxo figura-fundo.

Podemos então compreender que para a saída da dor avolumada é necessário utilizar defesas também avolumadas. Como as duas formas mais comuns de defesa são a fuga e o ataque, em cada tipo de sofrimento emocional agravado identificamos a utilização de uma delas de forma mais explícita, ou de ambas ininterruptamente, num intenso movimento: ou atacando o meio, ou a si mesmo, ou fugindo do meio, ou de si mesmo. E, como a necessidade de relacionar-se com o mundo continua em curso, quer se queira ou não, existirá um grande descompasso entre estar inserido no meio e a necessidade de se defender dele. Assim chegam a nós as pessoas com quem trabalhamos.

VIVÊNCIAS DE UMA PESSOA COM SOFRIMENTOS EMOCIONAIS AGRAVADOS COM DIAGNÓSTICO BORDERLINE

Em 1938, o psicanalista Adolf Stern criou o termo “borderline” (fronteiriço ou limítrofe) para identificar pacientes que não se enquadravam nem nas neuroses nem nas psicoses (Costa Pereira, 1999). As pessoas que padecem desse tipo de sofrimento parecem carecer de “pele emocional”, ou seja, a qualquer toque a dor emocional e a reação imediata são extremas.

Poderíamos pensar que uma criança demasiadamente sensível, em contato com um ambiente invalidador, multiabusivo e destruidor de sua autoconfiança básica, tem uma tendência a desenvolver comportamentos defensivos que vão se constituir nas próprias características de estar no mundo. (Cukier, 1998, p. 82)

Se a criança não aprendeu como lidar com suas emoções, como saberá reconhecê-las, expressá-las, contê-las e compreender que elas são uma forma válida de dar significados às suas vivências?

Dessa forma, pela enorme sensibilidade e impossibilidade de cuidar de si, existe a busca de um “cuidador” constante. Seu comportamento é passivo diante do que precisa realizar, porém extremamente ativo para que o outro faça em seu lugar – e, mais ainda, que esse outro seja perfeito, o que acarreta uma decepção continuada, acionando suas defesas agressivas. Essa é a posição de uma criança perante o mundo; na realidade, esses pacientes são crianças no corpo de adultos. Pela instabilidade emocional que parece tocar todas as esferas de sua vida, a convivência com eles é delicada: o tempo todo parecemos “pisar em ovos”.

Depois desses aportes iniciais, abordarei a seguir as vivências de uma pessoa com sofrimento emocional agravado que acompanhei em psicoterapia. Darei a ela o nome fictício de Violeta, flor que tem raízes muito sensíveis e cujas flores e folhas não podem ser molhadas, pois apodrecem com a umidade. Além disso, mesmo

gostando de sol, não deve ficar exposta diretamente a ele. Se tratada com cuidado, pode florir por muito tempo; porém, em qualquer situação adversa, suas flores morrem e a planta deixa de florir.

Violeta tinha 25 anos quando iniciamos os atendimentos. Filha única, foi criada pela mãe e, quando criança, passava temporadas na casa da avó, de quem dizia não gostar, pois apanhava muito quando fazia algo que ela desaprovava. O pai abandonou a mãe quando esta engravidou. A mãe era usuária de drogas e Violeta fumava maconha desde o início da adolescência; segundo ela, a maconha a acalmava, porém não da mesma maneira que quando se cortava. A mãe deixava as drogas espalhadas pela casa e a agredia verbalmente quando ela as pegava. Conheceu o pai quando tinha cerca de 8 anos e foi abusada sexualmente por ele, e o encontrou novamente aos 10, quando ocorreu novo abuso. Depois disso, nunca mais o viu. Não contou a ninguém sobre o abuso, com medo da reação da mãe e do que as outras pessoas pesariam dela. Violeta era uma moça bonita e tinha vários “ficantes” – como ela se referia a eles –, com os quais mantinha relações violentas, tanto física quanto sexualmente. Dizia-se promíscua, que era o nome que sua mãe usava para falar dela desde que começou a sair com rapazes, no início da adolescência. Tinha várias cicatrizes de cortes e de queimaduras de cigarro nos braços, sempre cobertas com blusas de mangas compridas. Quando se sentia desesperada, o que dizia ocorrer com frequência, precisava quebrar alguma coisa ou se cortar para se acalmar.

É importante ressaltar que as vivências infantis de Violeta podem ser vistas como “orfandade”, que ocorre quando adultos impossibilitam a criança de adquirir os recursos necessários ao

desenvolvimento da autoconfiança. Assim, ela fica sem parâmetros de limites e capacidades, tornando-se um adulto incapaz de discriminar e fazer escolhas por si. Negligenciada em suas necessidades básicas de amor e afeto e submetida a abusos de várias formas, a criança acaba invalidando sua experiência emocional e fica prisioneira das suas emoções. Mais tarde, quando qualquer estímulo a toca, gera reações intensas, já que as feridas desses atos violentos parecem ainda estar abertas (Schillings, 2011).

Nas sessões com Violeta, quando ela percebia qualquer movimento meu – como uma mudança de posição na poltrona –, via o gesto como indicação de que eu estava cansada e queria que a sessão terminasse. Em outros momentos, se eu lhe perguntasse como ela se sentia ao me relatar um acontecimento, ela respondia, sempre com voz alterada, que eu estava dizendo que ela não sabia falar direito e a estava recriminando. Era preciso, então, deixar claro o que eu tinha feito ou dito e esclarecer o que ela imaginara ao ver meu movimento ou o que pensara ao me ouvir. O estabelecimento de acordos, de que “uma não colocaria palavras na boca da outra”, por exemplo, foi fundamental para que pudéssemos estar juntas, diminuindo as dificuldades relacionais.

A instabilidade, a impulsividade e a grande inconstância emocional que chegam ao campo provocam inúmeras dificuldades e tensão. O estabelecimento de limites de forma firme e afetiva torna-se imprescindível, pois os limites são testados o tempo todo; só assim é possível a percepção de que a diferenciação não torna inviável uma relação.

Em muitos momentos, Violeta passava por vivências em que dizia que a vida não valia nada, sendo preferível morrer. Em geral, essas

situações ocorriam quando os rapazes com quem se relacionava estavam saindo com outras garotas; Violeta ia atrás deles para mostrar-lhes sua afeição. Sentia que fazia tudo que eles queriam, mas mesmo assim era desconsiderada. Dizia se dedicar a eles “de corpo e alma”. Aparecia nas sessões com machucados feitos por eles e, em seguida, mostrava as marcas de automutilação que infligira a si para se acalmar. Dizia que precisava sentir dor física, causada por ela em seu corpo, para não enlouquecer. Ver seu sangue e tocar nele tinham o poder de diminuir seu desespero. Depois, trancava-se em casa e tomava remédios de forma exagerada, para “dormir por muito tempo e quem sabe não acordar”. Violeta tentou suicídio algumas vezes, porém em nenhuma delas as ações eram capazes de tirar sua vida: fazia cortes em locais não fatais ou tomava comprimidos numa dose insuficiente para causar a morte. Porém, em todas essas ocasiões, ela “sabia” que não morreria e acabava dizendo: “Quem sabe numa próxima vez?” Ela me contava tais episódios com raiva e com certo orgulho, desafiando-me a lidar com isso.

Nesses momentos, a relação terapêutica é fundamental para prover apoio e estabilidade; sobretudo em situações de crise extrema, é necessário centrar-se na concretude das ocorrências que são trazidas à terapia, discriminando as ações efetuadas, os sentimentos que não podem ser tolerados e suas consequências reais e imaginadas. Acolher a necessidade desesperada de ser reconhecido como alguém capaz de existir como ser humano que sofre e precisa de acolhimento na sua dor e não nos atos que pratica pode auxiliar a distinção dos afetos, relacionando-os com os atos realizados. Dessa forma, é necessário disponibilizar suporte para atravessar as crises sem que haja danos irreparáveis, pois

talvez algum ato cometido, mesmo sem a séria intenção de cometer suicídio, acabe atingindo esse propósito.

Como os sentimentos de rejeição e desvalorização de si são enormes, por vezes há uma desconfiança do vínculo terapêutico e o consequente “boicote” à terapia para demonstrar isso. Lembro-me de que, quando saía de férias, Violeta ficava o mesmo período sem comparecer às sessões depois da minha volta. Quando eu ligava para saber como ela estava, pedia para dizer que quando pudesse iria ao consultório. Em outras palavras, era como se me dissesse que se eu a abandonava ela também me abandonaria – e eu sofreria por isso.

Também é importante ressaltar que nos sofrimentos emocionais agravados o trabalho com a rede de apoio básica torna-se fundamental, pois é necessário que haja suporte fora da relação terapêutica. Como a mãe de Violeta se negava a participar do trabalho terapêutico, foi necessário identificar alguém que estivesse mais próximo dela e pudesse ser acionado em situações importantes. Uma amiga de longa data se disponibilizou e foi de grande valia. Ela participava da terapia em vários momentos e tinha vontade de ajudar; entrava em contato comigo e com o psiquiatra nos momentos em que Violeta passava por crises. A presença da amiga também foi fundamental para que Violeta percebesse que os vínculos são possíveis mesmo quando não se está “fundido” ao outro.

Quando do término do trabalho terapêutico, que durou cerca de oito anos, Violeta já conseguia perceber o que era real e o que era fantasia, e a intensidade de suas crises diminuiu. Não mais se automutilava e descobriu outras formas de se acalmar quando o desespero a invadia: batia num saco de boxe ou fazia um cachecol

de tricô – que já devia ter em torno de cinco metros quando finalizamos a psicoterapia. Estava se relacionando com um rapaz que, segundo ela, era esquisito e parecido com ela, mas uma pessoa boa, que não a violentava.

ALGUNS ASPECTOS IMPORTANTES PARA O PSICOTERAPEUTA

Creio ser necessário destacar algumas questões para o profissional que se disponibilize a atender pessoas com sentimentos emocionais agravados. Entre elas, é fundamental: estar *aware* de si, pois o cliente é um “radar” de emoções; ter disponibilidade para confrontar seus “piores” sentimentos, que sem dúvida estarão presentes nos atendimentos; ter limites claros e presentes; disponibilizar-se para uma relação que permita que o cliente se reconheça e seja apreciado como uma pessoa digna de afeto, mesmo com todas as dificuldades que traz para a relação; dar permissão ao cliente para separar-se e diferenciar-se com a finalidade de reativar seu processo de crescimento; auxiliá-lo a criar novos comportamentos nos momentos mais significativos de dor e desespero; ter firmeza para trabalhar com e na rede de apoio básica do cliente, apesar das dificuldades que se apresentam. E, sem dúvida, é necessário dispor de afeto, firmeza e uma alta dose de paciência. Como disse Paulo Barros (1998, p. 105), “o terapeuta deve ter identificado e dominado seus próprios demônios e conquistado suas coisas valiosas”; caso contrário, não conseguirá disponibilizar-se nessa relação para que exista um espaço de suporte e segurança e os sentimentos de dignidade e afeto estejam presentes.

Por último, e talvez mais importante, para ocuparmos uma parte no campo que não perpetue a situação de violência dos afetos no

campo em que estamos incluídos, creio ser necessário que o trabalho se inicie em nós profissionais, na *awareness* de nossas dores acarretadas pelas violências que também sofremos, pois estamos imersos nessa mesma cultura de maneira muito semelhante àqueles com quem trabalhamos. Caso contrário, corremos o risco de repetir em nossas ações a violência que os que nos procuram já viveram (ou vivem). Dar-mo-nos conta de que fomos/somos violentados pode evitar que entremos no lugar de violentadores ao projetar no outro um lugar a que ele precisa chegar, de querer tirá-lo de suas dores tentando modificá-las ou retirá-las. É necessário, portanto, acolher a criança ferida que existe em cada um de nós. Assim, poderemos compartilhar de uma relação que se disponibiliza com o assecuramento de uma autoconfiança há muito esquecida (Schillings, 2011).

Como diz Alice Miller (1997), na nossa vida, em que a violência foi algo tão presente, necessitamos de alguém que esteja conosco da forma mais simples, mais óbvia, que é a de sermos confirmados na nossa existência, qualquer que seja ela, principalmente se for dolorida.

Creio que é a nossa dor que referencia a dor de outro ser humano ao reconhecê-lo como semelhante. Se me afasto da minha dor que é tocada pela dor do outro, corro o risco de afastar-me da essência da nossa humanidade.

REFERÊNCIAS

- American Psychological Association. *Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Barros, P. "Vivências de um terapeuta". In: Porchat, Y. (org.). *As psicoterapias hoje*. São Paulo: Summus, 1998.
- Cordás, T. A.; Salzano, F. T. "Diagnóstico psiquiátrico". In: Abreu, C. N. *et al.* *Síndromes psiquiátricas: diagnósticos e entrevista para profissionais de saúde mental*. Porto Alegre:

- Artmed, 2006.
- Costa Pereira, M. E. "A introdução do conceito de 'estados-limítrofes' em psicanálise: o artigo de A. Stern sobre 'the borderline group of neurosis'". *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. II, n. 2, 1999, p. 153-58. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v2n2/1415-4714-rlpf-2-2-0153.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2017.
- Cukier, R. *Sobrevivência emocional – As dores da infância revividas no drama adulto*. São Paulo: Ágora, 1998.
- Dalgalarrondo, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Frazão, L. M. "Reverendo a questão do diagnóstico em Gestalt-terapia: entendidos e mal-entendidos". In: *Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia*, v. 1, n. 1, 1995, p. 80-86.
- Guldborg, H. "Review: Saving normal – A rebellion against the pathologisation of everyday life". *Psychology Today*, 16 jul. 2014. Disponível em: <<https://www.psychologytoday.com/blog/reclaiming-childhood/201407/review-saving-normal-0>>. Acesso em: 23 abr. 2017.
- Houaiss, A. *Dicionário eletrônico Houaiss da língua portuguesa*. CD-ROM. Rio de Janeiro: Objetivo, 2001.
- Kluckhohn, C.; Murray, H. A. *Personality in nature, society and culture*. Nova York: Alfred A. Knopf, 1948.
- Latner, J. *Fundamentos de la Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos, 1994.
- Lichtenberg, P. *Psicología de la opresión*. Santiago: Cuatro Vientos, 2008.
- Miller, A. *O drama da criança bem-dotada*. São Paulo: Summus, 1997.
- Perls, F. *Ego, fome e agressão*. São Paulo: Summus, 2002.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Pinto, E. B. *Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo de contato e os modos de ser*. São Paulo: Summus, 2015.
- Ribeiro, J. P. *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus, 1999.
- Schillings, A. "A violência no contexto intrafamiliar e social". *Sampa GT – Revista de Psicologia do Instituto Gestalt de São Paulo*, n. 6, 2011, p. 46-51.
- Tatossian, A.; Moreira, V. *A clínica do Lebenswelt – Psicoterapia e psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Escuta, 2012.

1 Os sofrimentos emocionais agravados são identificados como situações de campo, na indissociabilidade organismo/meio. Para compreendê-los, é necessário entender a vida, a existência de quem os vivencia, "porque somente a vida contém a essência do sentimento existencial de cada um" (Ribeiro, 1999, p. 109).

2 Os transtornos são descritos como alterações que interferem significativamente na regulação emocional dos indivíduos e comprometem os aspectos psicológicos subjacentes ao processo mental (DSM-V, 2014).

6. Transtorno do Espectro Autista: um mundo visto através do caleidoscópio

CINTIA LAVRATTI BRANDÃO

Conheci um caleidoscópio ainda criança, e desde então me sinto fascinada pelo pequeno objeto cilíndrico, com espelhos inclinados em seu interior, recheado com miúdos fragmentos de acrílico coloridos. Quando movimentado, o reflexo dos fragmentos nos espelhos produz uma infinidade de formas e cores, com combinações belíssimas que parecem jamais se repetir.

Penso que o trabalho com pessoas que se enquadram no Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode ser visto, metaforicamente, como as formas do caleidoscópio. Pois, embora os parâmetros de diagnóstico criem uma fronteira sintomatológica que insere os portadores do transtorno no “cilindro”, cada indivíduo dito autista é como uma variação das imagens e combinações que emergem do interior do objeto, com contornos e cores singularizados. Talvez resida exatamente aí a beleza e a inquietação ao se identificar, diagnosticar e propor formas interventivas quando o assunto é autismo.

Ainda caminhamos em uma seara permeada por muitos fragmentos e pouca unidade. A complexidade e a variabilidade na manifestação dos sintomas ainda não aponta para estudos e esclarecimentos “que pareça[m] contribuir de forma decisiva para a manifestação desse transtorno” (Silva e Mulick, 2009, p. 121).

Diante desse panorama, o que tem a dizer a Gestalt-terapia? De que forma um psicoterapeuta que trabalha com essa concepção

teórico-metodológica pode compreender as formas de ajustamento autista e intervir nelas? Partindo dessas interrogações, o propósito deste capítulo é caracterizar o campo em que se insere o TEA, apontar suas definições médico-psiquiátricas e, então, tecer possibilidades de diálogo com o entendimento proposto pela Gestalt-terapia para compreender a manifestação do transtorno, bem como construir parâmetros interventivos por meio do compartilhamento de um caso clínico.

O *Manual de diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais* (DSM-5, 2014, p. 50) – assim define o TEA:

- 1) Déficits persistentes na comunicação social [...] verbal e não verbal e nas interações, [...] falta de reciprocidade social [...].
- 2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades [...], aderência excessiva a rotinas.
- 3) Os sintomas devem estar presentes na primeira infância (mas podem não se manifestar plenamente até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas).
- 4) Os sintomas causam limitação e prejuízo no funcionamento diário.

Ainda na esteira de uma descrição médica, encontramos na *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* da Organização Mundial da Saúde (CID-10, 2008) os seguintes elementos para a identificação e o diagnóstico do autismo:

Transtorno global do desenvolvimento caracterizado por a) um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes:

interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas – por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (autoagressividade).

Abujadi (2013, p. 5), psiquiatra e pesquisador, descreve os seguintes sintomas nos portadores do TEA:

[...] impulsividade, dificuldade de controle inibitório, dificuldade de direcionamento, intolerância a frustrações, comportamento agressivos com acessos de auto e heteroagressividade e agitação psicomotora. Comumente, os pacientes têm respostas extremas aos estímulos sensoriais, tais como hipersensibilidade a luz, som, toque, e fascinação por certos estímulos auditivos ou visuais.

Diante do exposto, podemos reconhecer o TEA como uma forma de ser e estar no mundo que apresenta – em níveis diferenciados e com molduras singulares – um conjunto de sintomas que implica dificuldades em três esferas: a) o contato e a interação social com o semelhante, na forma consensual como entendemos relacionamento; b) perspectivas de comunicação restritas ou amplamente atípicas, com grunhidos, interações monossilábicas, ecolálicas ou desprovidas de simbolismo e abstração; c) condutas motoras que podem ser discretas ou bem severas e limitadoras, baseadas em rituais rígidos e repetitivos de manipulação corporal e/ou ambiental.

É importante ressaltar que a literatura médico-psiquiátrica anuncia um conjunto de sintomas que na maioria das vezes não contempla as especificidades e singularidades da observação e da escuta clínica, uma vez que os critérios diagnósticos dificilmente alcançam a manifestação real do humano.

Na clínica de orientação gestáltica, assumimos uma posição bastante clara acerca das premissas diagnósticas. Por mantermos uma visão que privilegia a totalidade, ocupamo-nos, sim, da identificação e do manejo das características sintomatológicas de uma síndrome ou um transtorno. Reconhecemos a importância dos manuais médicos para compor uma hipótese diagnóstica e propiciar a formulação de um pensamento clínico inserido em um contexto de discursos e trocas multiprofissionais. Porém, delimitamos de forma contundente a necessidade de ir além desses referenciais descritivos; advogamos na direção da necessidade de contemplar a pessoa sem jamais nos restringirmos ao código que classifica a doença. Tal postura “implica pensar em processo, em relações [...] e principalmente implica *compreender* (apreender com), alicerce central do relacionamento terapêutico” (Frazão, 1996, s/p).

Feito esse esclarecimento no que se refere aos elementos descritivos da diagnose do TEA, assim como à maneira como estes estão presentes no olhar clínico de um Gestalt-terapeuta, vejamos como a estrutura teórico-metodológica da Gestalt-Terapia (doravante GT) pode dar conta do entendimento desse transtorno.

Penso que a prática clínica da GT precisa ser epistemologicamente coerente com as estruturas conceituais básicas que delimitam a fronteira de entendimento e manejo da abordagem. Por certo, a orientação fenomenológico-existencial nos fornece parâmetros bem esclarecedores nesse sentido, uma vez que se apresenta na prática clínica como uma postura que reconhece o homem como alguém que “cria o próprio mundo na razão em que lhe dá significados e, por intermédio de sua subjetividade, distingue-se dos demais seres, impede-se de se tornar objeto, torna-se pessoa” (Ribeiro, 1999, p. 29).

Reconhecemos nos processos de intencionalidade da consciência a dimensão que torna o homem arquiteto de sua existência, pois em sua forma mais singular de visar e dar significado ao mundo ele é capaz “de restaurar a qualidade de contato [...], buscando a vivacidade, a fluidez, a disponibilidade e a abertura” (Juliano, 1999, p. 25) – pilar indispensável para o entendimento da pessoa em seu processo de trocas com o ambiente. À medida que o contato emerge dessas redes de significado, conferindo uma orientação intencional às ações que a pessoa arregimenta no campo, podemos compreender esse processo de interação pessoa-mundo por meio do funcionamento do *self*.

Para Távora (2014, p. 65), o funcionamento do *self* é constituído na direção de um entendimento que ressalta a integração dos elementos presentes na forma como o contato acontece. A autora reconhece ser o *self* “o processo ativo e permanente de perceber, selecionar, interpretar, sentir, valorizar, estimar, prever, agir, integrar e dar sentido a si e ao ambiente”. Ela adverte que, embora existam funções distintas nesse processo de contatar – id, eu e personalidade –, tais funções são facetas do processo único de reconhecimento e implicação de si mesmo, inserido indissociavelmente em um contexto.

Assim, o conceito de *self* implica a interação constante e de mútua influência entre a pessoa e o mundo no qual se insere e trava relações. Pois bem, parece-nos oportuno descrever que tais interações acontecem com base no entrelaçamento de funções ou dimensões no processo de contatar. “A função id é concernente às pulsões internas, às necessidades vitais e, especialmente, à sua tradução corporal” (Ginger e Ginger, 1995, p. 127). Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 441) acrescentam “[...] o ambiente percebido

de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente”. Particularmente, entendo a função id do sistema *self* como a dimensão do contato em que nossas vivências históricas estão “disponíveis” e, assim, funcionam como lentes e filtros para a forma como nosso passado nos conecta com o mundo que sentimos e percebemos aqui e agora.

Essa conexão temporal que assume um caráter de unidade entre passado, presente e futuro acontece pelo intercâmbio da função id com as demais funções do sistema *self*. Na dimensão eu, o *self* assume a função de “identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o comportamento motor [...]” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 441). É precisamente aí que percebemos o sujeito em sua dimensão de ação e deliberação sobre o mundo.

Por fim, temos a função personalidade, que “é a representação que o sujeito faz de si mesmo, sua autoimagem, que lhe permite se reconhecer como responsável pelo que sente ou pelo que faz” (Ginger e Ginger 1995, p. 128). Trata-se de uma espécie de biografia, que confere um valor de identidade aos vividos.

Diante do exposto, podemos pensar o *self* como um parâmetro de orientação para o entendimento da forma como o contato ocorre. Dito de outra maneira, a forma peculiar que garante o entendimento de uma existência no mundo. Em sua dimensão funcional, o *self* permite o reconhecimento claro de uma necessidade/figura e uma ação que gera satisfação, ou seja, formação e dissolução de *Gestalten*. Precisamente neste ponto inserimos o questionamento: de que forma o *self* opera nas circunstâncias de interação e contato das pessoas reconhecidas e diagnosticadas com TEA?

De início, encontramos em Robine (2006, p. 28) uma reflexão acerca daquilo que se poderia chamar de formas psicopatológicas: “[...] se uma abordagem psicopatológica deve ser tentada no contexto da Gestalt-terapia, ela só poderá ser considerada abordagem descritiva [...] da experiência que pode ocorrer na fronteira de contato” – ou seja, uma preocupação voltada ao entendimento de *como* a experiência de contato dita disfuncional está ocorrendo. Goodman, citado por Ginger e Ginger (1995, p. 127), acrescenta: “A psicopatologia é o estudo da interrupção, da inibição ou de outros acidentes no processo do ajustamento criador”, arregimentado justamente pelo sistema *self*.

Embora Fritz Perls nunca tenha feito menção clara ao autismo, apresentou uma instrução válida quando situou as disfuncionalidades do processo de contato atreladas ao funcionamento do *self*: “Como distúrbio da função de *self*, a neurose encontra-se a meio caminho entre o distúrbio do *self* espontâneo, que é a aflição, e o distúrbio das funções de id, que é a psicose” (Perls, 1977, p. 235). Usaremos esse enunciado como parâmetro para pensar o autismo.

Então, descritivamente, qual seria o “acidente de contato” presente nos ajustamentos dos autistas? Partindo do entendimento da forma e da função das dimensões do *self*, parece-nos adequado supor que exista, por uma infinidade de elementos genéticos e ambientais, um comprometimento assentado inicialmente na dimensão id do sistema *self*, que acarretaria a construção de uma forma atípica de funcionamento na dimensão eu, assim como na função personalidade.

Sendo o TEA uma modalidade de relação com o mundo na qual existem comprometimentos tanto na interação social e comunicação

quanto nas condutas motoras, podemos respectivamente localizar aspectos ligados à possibilidade de reconhecer e de perceber o outro que parecem não emergir como necessidade – e nas condutas motoras estereotipadas, elemento atrelado fortemente às sensações corporais; assim, parece devido localizar a disfunção na dimensão id do sistema *self*. Precisamente porque, nas palavras de Perls (1977, p. 235), quando a função id está comprometida, este reconhece haver a possibilidade de “aniquilação de parte da concretude da experiência; por exemplo, as excitações perceptivas ou proprioceptivas”. Sugere, portanto, que em algumas circunstâncias de interação os episódios de contato não puderam ser retidos adequadamente, trazendo como consequência a falta de unidade e coesão no contato, não disponibilizando parte da experiência como um fundo organizado do qual novas figuras pudessem emergir de forma clara e nítida, resultando em prejuízo interacional tanto quanto em ações motoras aparentemente descontextualizadas.

Ainda sobre dificuldades atribuídas à função id, Perls (1977, p. 174) descreve que “[...] o psicótico nem mesmo tenta lidar com as frustrações; ele simplesmente nega as frustrações, e se comporta como se elas não existissem”. Claramente não se trata, aqui, de incluir o autismo nas manifestações psicóticas, mas se correlacionarmos essa apatia e falta de iniciativa dirigida ao meio descrita pelo autor com momentos em que a função id se encontra disfuncional, por certo podemos entrelaçar esse entendimento com os comportamentos que observamos nos clientes com TEA.

Assim, diante da hipótese de que a função id seria a dimensão na qual se inicia o TEA, podemos acrescentar aqui as ideias de Carvalho e Costa (2010, p. 15-16):

O *self* rege-se na função id enquanto à disposição das sensações mais primárias,

rudimentares e primitivas. Um bloqueio severo em qualquer das etapas de contato relacionadas evidencia um padrão de comportamento que denota o desligamento de si e do mundo – posto que novas configurações nem sequer são sentidas.

Parece razoável supor que a literatura gestáltica aponte para a compreensão de que, nas formas autistas, a pessoa apresenta uma dificuldade – cuja gravidade pode variar – na maneira como se conecta ao mundo, na forma mais rudimentar de sentir e reagir a essas sensações, ratificando as percepções clínicas e o discurso de pais e professores de que as crianças e os adolescentes com TEA estão centrados no próprio mundo – talvez poeticamente conectados com as formas que somente eles são capazes de reconhecer em seus caleidoscópios.

Assim, parece fazer todo sentido que a pessoa portadora do TEA tenha uma atitude de isolamento, pois na forma consensual de contato e trocas afetivas no ambiente parece não “encontrar os excitamentos requeridos pelo interlocutor. Isso porque a função id parece não se apresentar. Por conta disso, a alternativa [...] é afastar o demandante” (Müller-Granzotto e Müller-Granzotto, 2012, p. 159).

Nessa mesma direção, Amescua (1999, p. 3) acrescenta:

[...] a pessoa com autismo não tem clareza do que é seu e do que é externo, está presa na fronteira de contato, não consegue expressar o seu desejo e vê o mundo e os outros como ameaçadores; para defender-se, aferra-se a objetos que para ela são um prolongamento de seu corpo e lhe dão a ilusão de existir, atenuando seu sentimento de não existência.

É importante salientar que, mesmo havendo na dimensão id do *self* elementos primitivos e sensoriais indisponíveis ou disfuncionais que conectam a pessoa ao mundo, o sistema *self* sempre há de

achar uma solução. Nosso entendimento de autorregulação organísmica é ao mesmo tempo revolucionário e encantador, pois, com gestos repetitivos e estereotipados, com sons ou poucas palavras, com um tipo especial de relacionamento, as pessoas com TEA encontram uma forma criativa de existir. Partimos da crença de que “o fim último da autorregulação é a busca do bem-estar, do prazer, da harmonia possível” (Lima, 2014, p. 97).

Em minha prática clínica, acompanhei algumas crianças e famílias que vieram até mim com a angústia e a inquietação de ter um filho enigmático; sim, uma criança com TEA é um enigma. Sempre desafiada a decifrar o enigma, senti-me frustrada um sem-número de vezes e aprendi que o trabalho precisa respeitar a imperiosa temporalidade daquela criança, que ela, e apenas ela, detém as senhas e as pontes que possibilitarão o encontro.

Robinson, nome fictício em alusão ao personagem de Daniel Defoe, chegou com o diagnóstico de TEA feito pelo neurologista. Trouxe consigo pais desolados, sem saber como ajudá-lo a ser quem ele estava destinado a ser. E sem saber qual era ao certo seu destino.

Robinson, de 11 anos, era o primeiro filho. A mãe deixou o trabalho para acompanhá-lo na maratona de consultas e terapias. O garoto tem uma fala restrita: às vezes tenta se comunicar por sons com função de advertência se algo o incomoda; em outras, usa palavras fora do contexto de frases complexas, dizendo: “quero, horrível, não”. Tenta claramente estabelecer comunicação verbal. Muito inteligente, estuda em escola regular da rede particular. Alfabetizado com sucesso, lê e escreve sem dificuldade.

Tentei vários objetos lúdicos de aproximação e contato, em especial os sinalizados pelo sistema familiar como preferidos. Foram

muitas tentativas sem sucesso, até que um dia ele entrou no consultório, espontaneamente pegou um Pokémon e disse: “Gosto!”

Iniciamos a saga Pokémon: desenhos, cartas, jogos, pinturas. Robinson tinha seus personagens favoritos e beijava os bonecos ou desenhos destes. Assim, sugeri que ele escrevesse a história de seus Pokémon favoritos, o que ele aceitou. Começou a entender que cartas eram formas seguras de comunicação. Embora não carregassem afeto, possibilitavam a interação. Na escola, Robinson começou a jogar jogos de Pokémon com outras crianças – outra estratégia segura de interação que não exigia dele algo além do que pudesse ofertar. Estava mais integrado, menos ansioso. Como tinha tremores nas mãos sempre que se desorganizava, combinamos uma maneira de sinalizar sua necessidade nesses momentos, que ele chamava de “horríveis”. Sempre que fatos horríveis – como alguém mexer em sua mochila, atraso para buscá-lo, tocar nele sem permissão, exigir que parasse de gritar ou se sentasse quando estava agitado – pudessem acontecer ou aconteciam, ele dizia: “Não! Não! Longe”. Objetivava com isso ter o direito de se isolar para se reorganizar; aquela era sua estratégia de equalização e centragem.

Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012, p. 153) pontuam que os indivíduos com TEA produzem uma espécie de defesa contra as demandas. Segundo os autores, suas condutas de isolamento não têm nenhuma relação com aspectos aleatórios e ensejam uma reação a solicitações ou demandas a que não são capazes de responder – como parar de gritar, ou de ter gestos estereotipados. “Os autistas produzem respostas que [...] tentam deter as demandas afetivas em proveito de um modo de satisfação totalmente alheio às expectativas abertas pelos demandantes.”

Cada criança com TEA tem particularidades, abre espaços de troca e relação muito singularizados e com a temporalidade de sua cronologia interna. O trabalho clínico com crianças que fazem ajustamentos autistas consiste em dar legitimidade e cidadania *ao seu mundo*. Não objetivamos conseguir essa ou aquela habilidade; almejamos que o baú se abra, permitindo a realização daquilo que lhe é mais próprio, daquilo que determina sua maneira de ser e estar no mundo. Ao assegurar o respeito à singularidade, garantimos também a satisfação e a paz de existir.

Ao longo do trabalho com crianças com TEA, elaborei uma espécie de itinerário no caminho de escuta e intervenção: a) entrevistar repetidas vezes o sistema de cuidadores para uma definição clara e explícita acerca das expectativas do processo psicoterapêutico; b) identificar as singularidades que permeiam os aspectos identitários da criança; c) respeitar o tempo e as possibilidades da criança, sem projetos; d) pensar as intervenções como ampliações do campo de possibilidades daquela criança, partindo de onde ela está para lugares que talvez ela queira/possa ir; e) identificar “pontes e senhas”, o que entendo ser o caminho de acesso ao contato com a criança; f) incluir todo o sistema de atuação que se relaciona com a criança – familiares e técnicos; g) advogar veementemente na direção do esclarecimento do papel da medicação, reconhecendo a serviço de quem o remédio está.

Para além dos procedimentos e recursos utilizados, talvez o elemento que se apresenta com maior atravessamento na clínica com pessoas com TEA resida no desafio de compreender e acolher os pais na relação com seu filho autista, além de dar suporte a eles. Há um grande mérito em oferecer um amor que não mostra seu reflexo nos olhos brilhantes do outro; existe grandeza, dor, revolta e

honradez em amar com a gratuidade de dar afeto e esperar apenas que seu filho ou filha possa ser quem é, pelas lentes singulares e surpreendentes de sua forma de olhar o mundo.

REFERÊNCIAS

- Abujadi, C. *Estimulação magnética transcraniana em indivíduos com autismo*. Dissertação (mestrado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- Amescua, G. "Autismo na teoria Gestalt – Em direção a uma teoria Gestalt da personalidade". *Gestalt Review*, ano 3, v. 3, 1999, p. 226-38.
- Carvalho, L. C. de; Costa, I. I. da. "A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico". *Revista da Abordagem Gestáltica* [on-line], v. 16, n. 1, 2010, p. 12-18. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 ago. 2017.
- Frazão, L. M. "Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico". *Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-terapia*, v. 2, 1996.
- Ginger, S; Ginger, A. *Gestalt-terapia: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus, 1995.
- Juliano, J. C. *A arte de restaurar histórias*. São Paulo: Summus, 1999.
- Lima, P. V. A. "Autorregulação organísmica e homeostase". In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus, 2014.
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014 [recurso eletrônico].
- Müller-Granzotto, M. J.; Müller-Granzotto, R. L. *Psicose e sofrimento*. São Paulo: Summus, 2012.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – CID-10*. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 12 maio 2017.
- Perls, F. *Gestalt-terapia explicada*. 2. ed. São Paulo: Summus, 1977.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Ribeiro, J. P. *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus, 1999.
- Robine, J. M. *O self desdobrado: perspectiva de campo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2006.
- Silva, M.; Mulick, J. A. "Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas". *Psicologia, Ciência e Profissão*, v. 29, n. 1, Brasília, 2009, p. 116-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000100010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2017.
- Távora, C. B. "Self e suas funções". In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus, 2014.

7. Dependência química e Gestalt-terapia: aproximações possíveis

LUIZ GUSTAVO SANTOS TESSARO E CLEBER GIBBON RATTO

EM BUSCA DE UMA COMPREENSÃO DO FENÔMENO

Um dos grandes desafios de qualquer profissional de saúde mental é, sem dúvida, pensar em intervenções diante da verdadeira epidemia atual de transtornos por uso de substâncias. A dependência de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, para além de qualquer julgamento moral individual, constitui um grave problema de saúde pública no Brasil, com repercussões nos âmbitos da educação, da segurança pública, da política e da economia.

Existe uma ampla produção de conhecimento acerca desse tema publicada no campo da psicologia, da psiquiatria e das neurociências. A Gestalt-terapia, no entanto, ensaia-se nesse empreendimento. Ao abordar o tema da adição, este capítulo não pretende encerrá-lo ou produzir novas “verdades”; antes, objetiva inserir-se em um movimento de aproximação da Gestalt-terapia diante do fenômeno em questão, buscando compreensões e possibilidades de intervenção.

Não é possível atuar no contexto das adições sem considerar o que já se sabe a seu respeito, mesmo que esse conhecimento seja oriundo de outras ciências ou de outras abordagens teóricas. Seria ingênuo e – por que não dizer? – irresponsável diante de uma questão tão complexa. Cabe aqui fazer uso de um pensamento de Perls (1977b, p. 33), quando este escreveu que a Gestalt-terapia “tenta estar em harmonia, em acordo com tudo mais, com a

medicina, com a ciência, com o universo, com aquilo que é”. Assim como ele, compreendemos que a busca de uma compreensão holística e integradora, que englobe outros saberes, é de importância capital.

Isso, contudo, não significa que não possamos fazer a crítica aos discursos e práticas existentes que entram em conflito com a visão de homem e de mundo de nossa abordagem, bem como de suas concepções filosóficas de base, como o próprio Perls fez. É necessário um movimento de assimilação desse conhecimento, a fim de que ele não se torne um introjeto na prática profissional, o que seria desastroso e incoerente.

O modelo de cuidado às pessoas que sofrem devido a transtornos aditivos tem se mostrado eminentemente biomédico e centrado na internação, seja em hospitais, fazendas ou clínicas (Tessaro e Ratto, 2015, p. 85), embora não seja a única alternativa da política pública de saúde vigente. As intervenções são, em geral, prescritivas, focadas em reduzir sintomas, no que há de doente e disfuncional no indivíduo, numa lógica de controle. Quando tal modelo se mostra impotente, pode haver forte culpabilização das pessoas alvo dessas ações, muitas vezes oriunda dos profissionais de saúde ou das próprias famílias.

Diante desse contexto, o ponto de partida de qualquer compreensão, antes mesmo de uma descrição de como se apresenta esse distúrbio, precisa ser o questionamento acerca de diante de quem estamos. Se compreendemos que estamos diante de um “dependente químico”, de um “adito” ou de um “drogado”, por certo produziremos práticas estigmatizantes e que reduzem o todo a uma parte. É necessário entender que o “dependente” é uma pessoa que, entre outras coisas, depende de drogas (Tessaro e

Ratto, 2015, p. 87). O fato de a pessoa depender de uma substância psicoativa não pode ser transformado em uma definição acerca dela, mas é um aspecto importante de um todo multifacetado, constituído de outras características. Essa pessoa, em coerência com os fundamentos teóricos da Gestalt-terapia, é um ser de um campo, se relaciona com o ambiente de forma ímpar e indissociável.

A consequência imediata dessa constatação é que há algo de singular na relação que o sujeito estabelece com a droga; além disso, tal relação não é apenas individual e subjetiva, pois o sujeito é de um campo. Portanto, alterações nesse campo podem promover reconfiguração, busca de uma nova unidade de sentido (Ribeiro, 2006, p. 85). Ademais, não podemos desviar o olhar desse campo que se organiza para sustentar determinada figura em dado momento histórico, social e familiar. É possível olhar para a adição de ambos os pontos de vista – da pessoa e do campo –, como quem vislumbra ora a figura, ora seu fundo, desde que não se desconsidere a indissociabilidade destes.

Na abordagem gestáltica, a dependência química tem sido descrita em algumas publicações da última década no país na perspectiva da teoria da neurose (Antunes, 2011; Cremer, 2011; Parente, 2013; Tessaro e Ratto, 2015). Um contraponto a essa visão é a produção de Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012), que trazem o conceito de “ajustamento banal”, construto em que situam o uso de substâncias. Os autores afirmam que, diferentemente do que ocorre na neurose e na psicose, no ajustamento banal há uma substituição da *awareness* pelo consumo, de forma que o sujeito se destitui da possibilidade de sentir, desejar e assumir identidades sociais. O ajustamento banal também difere do ajustamento criativo. Neste, há uma regulação saudável entre o organismo e o meio,

dentro das possibilidades que se apresentam; no ajustamento banal, há um rompimento com esse meio – nas palavras dos autores, uma “ruptura com as demandas do outro capitalista” (Müller-Granzotto e Müller-Granzotto, 2012, p. 201). As atitudes passam a ser banalizadas, assumidas sem responsabilização.

Cabe destacar que tais descrições são um movimento possível de aproximação descritiva do fenômeno; não podem constituir uma tipologia acerca da pessoa que depende de drogas, tampouco permitir que se desconsidere a possibilidade de indivíduos com outros ajustamentos (como a psicose) e com comportamento adito. Uma compreensão acerca do sentido e da forma de uso que uma pessoa estabelece com a substância não pode ser estabelecida *a priori*, sob risco de cometermos uma incoerência epistemológica. Sentido e forma revelam-se por meio da relação dialógica que se estabelece entre o terapeuta e o cliente (Tessaro e Ratto, 2015).

Tendo esses cuidados em mente, passaremos a descrever de forma genérica maneiras possíveis de funcionamento que uma pessoa que depende de drogas pode apresentar, com fundamento na perspectiva da neurose. Afirmamos, com Perls (1977b, p. 21), que tais pessoas apresentam um “caráter”, ou seja, uma resposta ao ambiente fixa, rígida, previsível; estão impedidas de lidar com o mundo por meio de outros recursos. O uso pesado e recorrente da substância leva o indivíduo a perder o controle sobre essa atividade, que é um recrudescimento desse funcionamento cristalizado.

Essa perda de controle está ligada ao funcionamento neurobiológico que as substâncias em questão provocam. Apesar de existirem diferentes substâncias, com mecanismos farmacológicos diversos, em geral pode-se afirmar que elas agem na ativação direta do sistema de recompensa cerebral – e isso é

intenso a ponto de fazer outras atividades ser relegadas a segundo plano (American Psychiatric Association, 2014). É como se apenas pelo uso da substância e pela sensação que ela lhe traz fosse possível existir, lidar com o ambiente, com as alegrias e com as frustrações da vida, ser no mundo (Parente, 2013).

A pessoa nessa condição apresenta um autossuporte quase inexistente; suas energias são investidas no comportamento adito. Não são raros os casos em que recorrem a um suporte externo que lhes apoie e motive uma mudança de comportamento – um(a) companheiro(a), um(a) filho(a), uma religião, entre outros –, tendo em vista que não encontram em si os recursos necessários. Assim, por mais que o heterossuporte achado venha a possibilitar respostas alternativas à fixidez estabelecida, isso se torna algo instável, pois há uma repetição da mesma forma de ser no mundo, a qual continua sendo dependente de algo exterior a si mesmo.

Outro aspecto relevante no funcionamento de algumas dessas pessoas é a hipótese de que há nelas uma dificuldade de estar *aware* de seu corpo, de seus sentimentos e de suas necessidades. Parente (2013) afirma que podemos pensar, assim, em uma perturbação na função id do *self*. As necessidades, assim, estariam sendo encobertas, suplantadas por uma hierarquia que põe a substância em ordem prioritária em relação a todo o resto.

A dificuldade de estar *aware* pode ter sido desenvolvida diante da identificação de sentimentos dolorosos intensos ou de um ambiente de hostilidade recorrente. As cristalizações daí decorrentes parecem advindas de um processo semelhante ao da “fisiologia secundária”, conforme descrito por Perls, Hefferline e Goodman (1997). Na Gestalt-terapia, a fisiologia secundária corresponde a uma série de manifestações que se desenvolvem no corpo, no decorrer da

história do sujeito, de forma que há uma troca da espontaneidade por hábitos aos quais o sujeito não está *aware*. Assim, em última análise, a droga apresentou-se, com sua ação anestésica ou prazerosa, como um ajustamento criativo possível. Uma cristalização seria a gênese do ajustamento neurótico. Não sentir “nada”, de fato, é uma afirmação comum dessas pessoas (Tessaro e Ratto, 2015) e faz todo sentido diante dessa compreensão. Aqui constatamos alguma proximidade com as ideias de Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012), quando consideram o uso de drogas um substituto do sentir e do desejar.

Uma gama de possibilidades de mecanismos de evitação do contato também pode compor o modo de funcionamento adito. Citaremos algumas, a título de exemplo. A confluência, conforme a imagem de Erving e Miriam Polster (2001), é como um contrato não expresso verbalmente, à custa do abandono dos próprios sentimentos e necessidades; há excessiva permeabilidade e plasticidade das fronteiras de contato e, conseqüentemente, de diferenciação. Quando há rompimento desse contrato, surge uma polarização entre o “traidor” e o “traído”: o primeiro se culpa e se pune; o segundo assume o papel de vítima.

Esses acordos silenciosos muitas vezes estão presentes nas organizações familiares dos dependentes químicos (Cremer, 2011), de forma que, por vezes, estruturas se mantêm nessa mesma lógica, existindo sempre “o doente e o cuidador” – ou, em uma linguagem mais usual em relação ao tema em questão, “o dependente e o codependente”. Fica claro, assim, que tal distúrbio se dá no campo e não apenas de uma perspectiva individual. A adição pode ser ainda uma forma de lidar com o rompimento da confluência disfuncional estabelecida, que pode ter sido

interrompida sem o desenvolvimento do autossuporte necessário para seguir adiante.

Podemos inferir ainda o uso da substância química como “remédio” de escolha para amenizar o desconforto de um organismo que abriu mão da agressividade necessária à assimilação e se constituiu de introjetos ao longo da vida. É comum a identificação, no relato de pessoas que dependem de drogas, de uma série de “deverias” acerca de como precisam ser ou agir, além de juízos de valor sobre sua conduta e desconfirmações de sua existência oriundas do meio (Tessaro e Ratto, 2015). Esse mecanismo pode ser uma forma histórica de constituição desse sujeito. Cabe lembrar que a introjeção disfuncional gera “uma luta até o empate [...] onde a personalidade fica imobilizada para qualquer crescimento e desenvolvimento posteriores” (Perls, 1977a, p. 48).

Uma forma de lidar com os conteúdos introjetados é projetá-los no campo. Projetam-se também sentimentos e impulsos de difícil reconhecimento. Aquele que projeta se torna “um objeto passivo, a vítima das circunstâncias” (Perls, 1977a, p. 50). Pode haver um recrudescimento desse estado, gerando uma autossustentação paranoide com a consequente experiência de que as pessoas estão contra ou a favor (Polster e Polster, 2001). A projeção, portanto, pode ser uma forma de a pessoa dependente de drogas lidar com os introjetos negativos a seu respeito, bem como depositar no meio a responsabilidade por seus atos (tais como o descontrole no uso), visto que é difícil reconhecê-los. Pode desenvolver ainda a relação dual suposta por Polster e Polster (2001), de forma que a desconfiança se instaura fortemente nos relacionamentos, dificultando o estabelecimento de uma relação de ajuda.

A dependência pode ser um meio de retrofletir, de dirigir a

agressividade, que por razões variadas não foi expressa no ambiente, contra si por meio da repetição de um comportamento que deteriora o corpo e as relações (Parente, 2013). São assim as formas de uso que conduzem à fragilização dos laços afetivos e, por vezes, à overdose e à morte. Tais ações exercem, portanto, consequências não apenas sobre o indivíduo, mas também sobre o campo. Conforme Perls, Hefferline e Goodman (1997), na retroflexão neurótica existe a produção de resultados secundários no campo, de forma que a intenção inibida original é realizada à custa de remorso e não de satisfação.

A adição pode ser ainda um meio de defletir, evitando o contato com o sofrimento emocional. Dessa forma, a ação química perturbadora, excitatória ou relaxante promove um torpor que dá prazer ou alívio, além de impedir o contato com um meio tóxico (às vezes tanto ou mais que a droga) e a *awareness* de sentimentos para os quais não se tem suporte. Desse modo, pode estar havendo a constituição do “escudo invisível” – metáfora utilizada por Polster e Polster (2001, p. 103) – mediante o qual a pessoa experimenta a si própria como “imóvel, entediada, confusa, vazia, cínica, não amada, sem importância e deslocada”.

O ajustamento egotista pode ser exemplificado na pessoa adita isolada no campo, comprometida consigo mesma e com o prazer que a substância lhe causa, que nega e esconde o uso para preservar uma imagem externa. Em geral, esses indivíduos reproduzem o discurso de que não são dependentes e podem parar quando quiserem, negando qualquer tipo de ajuda.

É oportuno relembrar o pensamento, ainda atual, de Laura Perls (1961). Ela afirmou que, quando há repressão da expressão da individualidade e da singularidade humanas, ocorre a produção de

uniformidade, tédio e vazio de significado. Assim, a consciência da finitude passa a ser alienada pelo uso do que ela chamou de “‘diversões’, ‘gozando a vida’ e outras futilidades acumuladas ou excitações artificiais (álcool, drogas, delinquência)” (*ibidem*, p. 179). Por outro lado, existe a polaridade oposta, que consiste numa ênfase exacerbada da individualidade e da singularidade que gera um falso humanismo, resultando em exagero de expectativas e frustração. Com base nessas afirmações, de um ponto de vista cultural, talvez seja interessante questionar quão aterrorizante tem sido, para o homem contemporâneo, encarar a consciência da morte e, assim, inferir uma possível relação dessa dificuldade com um aumento do uso, do abuso e da dependência de substâncias.

Vivemos sob o signo de uma “sociedade do risco”, onde a segurança ontológica se vê minada não mais apenas pelas forças naturais que atualizavam a consciência da nossa fragilidade diante dos movimentos desarrazoados da natureza. Agora agregamos à consciência ontológica da finitude o risco gerado pelas formas racionalizadas do pretense “domínio” da natureza (humana, inclusive) e a consumação do “progresso”. Giddens (1991) aponta quatro focos de confiança e segurança ontológica, todos eles agudamente fragilizados em nossa condição cultural contemporânea: 1) as relações de parentesco; 2) a comunidade local; 3) as cosmologias religiosas; 4) a tradição. Esses quatro focos de segurança se alteraram drasticamente das sociedades pré-modernas para as sociedades modernas.

Segundo Giddens (1991, p. 38),

a certa altura – muito recentemente em termos históricos – passamos a nos inquietar menos com o que a natureza pode fazer conosco, e mais com o que fizemos com a natureza. Isso assinala a transição do predomínio do risco externo para o do risco

fabricado.

O risco provocado por nós mesmos acaba por constituir uma fonte adicional de angústia, para a qual as diferentes formas de entorpecimento parecem oferecer seu falso consolo, obnubilando nossa responsabilidade sobre a existência.

POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO

Para discutir possibilidades de intervenção diante do fenômeno que nos propusemos discutir, lançaremos mão de uma breve vinheta clínica, como fizemos em produção anterior (Tessaro e Ratto, 2015). Esse recurso já é consagrado na literatura gestáltica, sendo utilizado por diversos autores. Os dados pessoais do cliente, bem como outras informações essenciais, foram modificados ou suprimidos, a fim de preservar o sigilo do caso.

Mauro, adulto, divorciado, mora sozinho e está afastado do emprego em função de sua condição psicológica. Passou a utilizar álcool com frequência e em elevadas doses depois de sua separação. Além disso, fuma uma carteira de cigarros por dia. Tem histórico de internações em clínicas psiquiátricas em função do uso. Não ingere bebidas alcoólicas desde a alta médica, há aproximadamente cinco meses, mas com grande dificuldade. Frequenta grupo de Alcoólicos Anônimos regularmente, utiliza medicação e faz psicoterapia. Hoje, queixa-se de dificuldades financeiras e da falta de uma companheira; sente-se solitário e incapaz de ser feliz sozinho. Tem muito medo de passar mal em sua residência e não ter ninguém por perto para acudi-lo; no entanto, passa os dias em casa, saindo apenas quando essencial, com muita dificuldade. Não vê a possibilidade de uma vida sem as medicações

que utiliza hoje e têm lhe proporcionado melhores dias. Ressente-se pelo fato de a filha única ter preferido ficar com a mãe, sua ex-mulher, após a separação. Afirmava ainda que não sabe do que gosta. Preocupa-se com o irmão mais velho que, por problemas de saúde, está acamado há vários anos. Mauro cuidou de seu pai idoso até a morte deste e, alguns anos depois, do referido irmão. Culpa-se por não conseguir dar hoje ao irmão o apoio outrora dado, ao mesmo tempo que considera que já fez tudo que podia pela família.

Concordamos com Yontef (1998, p. 303) quando ele afirma que a Gestalt-terapia exige que o clínico faça contato com a pessoa singular do paciente, que não é uma abordagem de “manual ou livro de receitas”. Da mesma forma, concordamos quando o autor diz que existem padrões entre as pessoas, de modo que, de um ponto de vista prático, “não precisamos reinventar a roda, repetidamente” (*ibidem*, p. 290). Essa afirmação permite pensar em pistas de ação para o trabalho terapêutico com pessoas aditas – não de um modo dogmático e prescritivo, mas como possibilidade, que precisa ser avaliada na singularidade que o contato dialógico promove.

Tomando o caso como ilustração de tantos outros, com semelhanças e diferenças, acreditamos que um dos pontos a ser trabalhados com pessoas que dependem de drogas é o do desenvolvimento de autossuporte. Assim como na vinheta, são muitos os casos em que a necessidade de algo ou alguém é premente. Como vimos, o heterossuporte que encontram pode ser demasiadamente frágil diante da sobriedade que buscam. O terapeuta precisa ter isso claro, caso contrário pode converter-se em um “terapeuta codependente” (Tessaro e Ratto, 2015, p. 89), profissional que permite a manutenção de um modo de ser no mundo dependente baseado em sua onipotência.

É bem verdade, contudo, que se trata de pessoas, por vezes, com vínculos sociais e familiares muito fragilizados, que necessitam de um apoio externo inicial a fim de que possam encontrar em si o suporte necessário no tempo necessário. A frustração, nesse caso, precisa ser habilidosa e cautelosa. O apoio dado por grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, por grupos terapêuticos em Centros de Atenção Psicossocial (Caps) ou em outros serviços de saúde e também na comunidade onde a pessoa reside é imprescindível, bem como um vínculo terapêutico seguro. Construir com o cliente (ou usuário, no caso dos profissionais que atuam em serviços públicos de saúde ou assistência social) redes de cuidado – tanto na clínica tradicional quanto na perspectiva da chamada clínica ampliada – que ofereçam um heterossuporte inicial e ofertem auxílio parece ser o paradigma a ser adotado. Passa por essa ideia de rede a consciência de que o trabalho multiprofissional é vital.

Abordar o introjeto “sobriedade” também pode ser uma pista de ação relevante. É útil questionar o significado que isso tem para a pessoa atendida, bem como as expectativas dos familiares e das demais pessoas com quem há relação, além das próprias expectativas do terapeuta. Para a Gestalt-terapia, saúde é muito mais do que estar sóbrio; está relacionada com a “capacidade de emergir do apoio e da regulação ambientais para um autoapoio e uma autorregulação” (Galli, 2009, p. 61).

O ponto de partida para o autossuporte é o próprio indivíduo em seu estado atual, de forma que a tão almejada mudança só pode ocorrer quando a pessoa “abandona, pelo menos de momento, aquilo que gostaria de se tornar e tenta ser aquilo que é” (Beisser, 1975, p. 111). Mauro, o cliente da vinheta, claramente precisava

desenvolver seu autossuporte, na medida em que sua vida era regida pela dependência de algo.

Esse movimento de aceitação de si é muito delicado, uma vez que o uso de drogas é uma atitude socialmente censurada e pode, inclusive, levar a problemas legais. Todavia, é importante confirmar o sujeito em sua totalidade. As estratégias de redução de danos podem ser importantes instrumentos nesse intento, pois não objetivam a abstinência imediata (que pode ser uma meta temporariamente inviável, demandada por terceiros). Elas podem propor a diminuição da frequência de uso, uma variação da droga de escolha ou uma alteração da forma de utilização, de modo que o prejuízo físico e social se reduza. Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2012) também consideram a redução de danos uma abordagem interessante no trabalho de restituição dessas pessoas a um lugar de protagonismo.

O trabalho com polaridades também pode ser de grande auxílio. A dualidade básica que se constitui na experiência da pessoa que depende de drogas, chamada por outras abordagens de “ambivalência”, está justamente no conflito entre a abstinência e a continuidade do uso. Se não for dado o tempo necessário para que essa escolha seja amadurecida – ou para o surgimento de outras possibilidades, como a redução de danos –, a tendência é o recrudescimento do conflito. É o “jogo da autotortura” (Perls, 1977b, p. 36) protagonizado pelo lado dominador, representado pelas exigências de perfeição e sobriedade, e pelo dominado, representado pelo lado defensivo e impotente. Como sabemos, é um jogo que leva ao impasse, à estagnação.

Diante do ser que afirma “não sentir” ou, como na vinheta clínica, não saber do que gosta, parece imperiosa a necessidade de um

resgate da possibilidade de estar *aware*. O *continuum de awareness*, afinal, é o objetivo da psicoterapia em nossa abordagem (L. Perls, 2004, p. 164), e não pode ser diferente com pessoas que nos procuram em função de questões relativas à perda de controle no uso de substâncias químicas. Para que outras *Gestalten* possam ter a oportunidade de surgir em um livre fluxo, dando vazão a novas possibilidades de experiência, é indispensável lançar mão das iniciativas técnicas gestálticas que exercitem essa possibilidade.

Contudo, quando há conflitos sociais e familiares, entre tantos outros, no campo, existem impedimentos a esse fluxo da *awareness* (Alvim, 2014, p. 25). Nesse sentido, torna-se imperioso o trabalho com a família das pessoas aditas. Esse trabalho pode ser oferecido por meio da terapia familiar (simultaneamente à individual), pela parceria com outros profissionais e instituições que possam atender concomitantemente aos membros ou pela participação de alguns familiares em sessões conjuntas, conforme propõe Cremer (2011). Isso, muitas vezes, não é fácil, visto que pode haver uma forte projeção sobre o outro, que é depositário de todas as queixas, e uma resistência às mudanças no funcionamento familiar.

Compreender – e intervir em – organizações familiares adoecidas, que perpetuam, promovem e sustentam a emergência da figura do “dependente químico”, é ação fundamental do terapeuta que pretende atuar com esse público. Perder de vista essa perspectiva pode condenar o processo terapêutico ao fracasso.

[...] nada é mais claro, infelizmente, do que o fato de que certas tensões e bloqueios não podem ser liberados a não ser que haja uma mudança real do ambiente que ofereça novas possibilidades. Se as instituições e os costumes fossem alterados, muitos sintomas recalcitrantes desapareceriam repentinamente. (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 48)

Desse modo, consideramos até que ponto alterações na forma como um todo se configura podem ocasionar a emergência de novos ajustamentos criativos, para além da repetição sintomática do comportamento adito (Carbonera, Prado e Silva, 2014).

Tomando por base o excerto supracitado de Perls, Hefferline e Goodman, podemos pensar que, para além de uma intervenção apenas familiar, existe forte potencial para o estabelecimento de projetos da ordem de uma clínica ampliada por parte dos psicólogos que trabalham nas instituições de saúde ou de assistência social.

Esse enfoque holístico, defendido por Perls [...], ao trazer o conceito de campo unificado, campo organismo/ambiente, rompe o dualismo mente/corpo e pessoa/mundo, concebendo o homem como uma totalidade organísmica que não pode ser considerada independente do ambiente no qual está inserta. Assim, a clínica ampliada convida a um fazer clínico que, embora mantenha as atitudes de observação e escuta originárias do conceito de clínica, inclui as ações sociais e a rede de relações da vida do usuário. (Brito, 2015, p. 165-66)

Projetos que oportunizem uma intervenção nos contextos sociais e comunitários, para além da perspectiva unicamente individual, são a proposta da clínica ampliada. Assim, foge-se do risco de incorrer em práticas que (des)qualificam o sujeito como “o problema” e consideram-no isolado da sociedade (e, de fato, há tratamentos que investem nesse isolamento como única proposta de cuidado). Em outras palavras, o foco não pode ser apenas no sintoma do indivíduo, mas em todo um fundo que o sustenta.

Ainda são necessários reflexões teóricas, estudos e relatos de experiência, entre outros, sobre as possíveis compreensões e intervenções da Gestalt-terapia diante do fenómeno das adições. Como dissemos, este capítulo é apenas mais uma tentativa de aproximação, não objetivando constituir-se em discurso de verdade

definitiva, o que não seria coerente com nossa perspectiva teórica. O conhecimento acerca dos fenômenos que, na contemporaneidade, nos convocam à atuação precisa estar em processo de atualização constante e em diálogo com os conceitos da Gestalt-terapia.

REFERÊNCIAS

- Alvim, M. "Awareness: experiência e saber da experiência". In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus, 2014.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatísticos dos transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Antunes, L. "O uso de drogas sob o enfoque da Gestalt-terapia". *Aware*, v. 2, n. 1, 2011, p. 30-36.
- Beisser, A. R. "Teoria paradoxal da mudança". In: Fagan, J.; Shepherd, I. L. (orgs.). *Gestalt-terapia: teoria, técnicas e aplicações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- Brito, M. A. Q. "Gestalt-terapia na clínica ampliada". In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2015.
- Carbonera, A.; Silva, A. F.; Prado, J. A. F. A. "A luta de uma mulher contra a dependência química: um olhar da Gestalt-terapia". *IGT na Rede*, v. 11, n. 21, 2014, p. 297-307.
- Cremer, E. "O uso de drogas como um ajuste possível do sistema familiar e sua possível terapêutica". *IGT na Rede*, v. 8, n. 15, 2011, p. 238-69.
- Galli, L. M. P. "Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença : a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia". *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, v. 9, n. 1, 2009, p. 58-70.
- Giddens, A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: Ed. da Unesp, 1991.
- Müller-Granzotto, M. J.; Müller-Granzotto, R. L. *Clínicas gestálticas: sentido ético, político e antropológico da teoria do self*. São Paulo, Summus, 2012.
- Parente, N. M. A. "Dependência e codependência do álcool: uma leitura gestáltica sobre saúde e doença". *Revista de Gestalt*, v. 18, n. 18, 2013, p. 17-28.
- Perls, F. S. *A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977a.
- _____. *Gestalt-terapia explicada*. São Paulo: Summus, 1977b.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Perls, L. "Abordagem de um Gestalt-terapeuta". In: Fagan, J.; Shepherd, I. L. (orgs.). *Gestalt-terapia: teoria, técnicas e aplicações*. Rio de Janeiro: Zahar, 1961, p. 174-80.
- _____. *Vivendo en los límites*. Cidade do México: Plaza y Valdés, 2004.
- Polster, E.; Polster, M. *Gestalt-terapia integrada*. São Paulo: Summus, 2001.
- Ribeiro, J. P. *Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos*. São Paulo: Summus, 2006.

Tessaro, L. G. S.; Ratto, C. G. "Pessoas que dependem de drogas: ensaio de figuras e fechamentos". *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 21, n. 1, 2015, p. 83-94.

Yontef, G. M. *Processo, diálogo e awareness: ensaios sobre Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1998.

8. Do desassossego da culpa ao resgate da autoaceitação: um olhar gestáltico sobre o Transtorno Obsessivo-Compulsivo

FABÍOLA MANSUR POLITO GASPAR

*Se eu pudesse eu pegava a dor. Colocava dentro
de um envelope e devolvia ao remetente.*

Mário Quintana

Quanta dor subjacente ao gosto pela ordem, pela norma, pelo perfeccionismo! Quanta dor oriunda da necessidade de esconder o medo de errar, de desagradar, de não ser bom o bastante, de perder o controle, de sentir! Muitas dessas dores fazem parte do fundo de historicidade das pessoas que sofrem de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O reconhecimento e o acolhimento dessas dores, mais do que objetivos, são um dos maiores desafios do trabalho gestáltico.

Podemos relacionar o TOC a um funcionamento em que o excesso, o exagero, a estereotipia estão presentes, sustentados por um sofrimento emocional imensurável. Os conhecimentos acerca do TOC merecem ser profunda e seriamente ampliados em suas nuances.

De acordo com o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV* (American Psychiatric Association, 2002), o TOC está inserido no grupo dos chamados “transtornos de ansiedade” e se caracteriza pela presença de obsessões e compulsões. No DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), o TOC passou a fazer

parte de um capítulo intitulado “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e transtornos relacionados”, com ênfase nas semelhanças e diferenças no que diz respeito tanto aos “validadores diagnósticos” quanto às “abordagens de tratamento” deles.

Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados, enquanto compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que um indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. (American Psychiatric Association, 2014, p. 235)

Na clínica gestáltica, é muito importante diferenciar, por exemplo, pessoas com um ajustamento egotista disfuncional (que pode ser entendida como uma pessoa com personalidade obsessivo-compulsiva) daquelas diagnosticadas com TOC, o transtorno propriamente dito instalado. Embora a ansiedade e a angústia sejam o cerne de ambos, no primeiro pode não haver comportamentos compulsivos ou os chamados rituais; mas, caso existam, o grau de comprometimento da pessoa é pouco ou menos significativo. Podemos ousar dizer que o funcionamento egotista, em razão de sua dinâmica, está suscetível à instalação do TOC, o que não implica dizer que pessoas com ajustamento egotista necessariamente o desenvolvam.

O conceito gestáltico de egotismo, no que se refere ao aspecto saudável, fala de um processo em que a pessoa busca se certificar de que não haverá surpresa ou ameaça no meio para, então, entregar-se à finalização do contato. No que tange à forma disfuncional, há uma “interrupção da espontaneidade que acontece no momento em que tudo está pronto para o contato final” (Lima, 2014, p. 33). Com isso, o egotista tende a evitar a novidade,

empreendendo “uma tentativa de aniquilação do incontrolável e do surpreendente” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 257), o que corrobora o impedimento de novas experiências e de crescimento.

Para Deslile (2005, p. 187, tradução minha), “não se deve confundir essas duas entidades clínicas” (personalidade obsessivo-compulsiva e Transtorno Obsessivo-Compulsivo); o TOC “é caracterizado por compulsões que, como diferença capital, são distônicas ao eu, sendo, portanto, reconhecidas como aberrantes para o cliente, que é incapaz de resistir a elas”. Uma diferenciação sobre esse assunto merece uma reflexão mais aprofundada, porém não é o foco deste artigo.

Longe de esgotar o tema, a ideia aqui é propor um olhar mais fenomenológico do TOC, contando com as contribuições da Gestalt-terapia. E convidar os profissionais a repensar alguns pontos, entre eles: a forma como são estabelecidos os vínculos terapêuticos; o poder do campo; a ampliação de *awareness*; a angústia dessas pessoas; e a possibilidade de que elas minimamente se resgatem e se aceitem.

A perspectiva fenomenológica permite ampliar a compreensão da vivência psicopatológica e o desdobramento que essa ampliação pode gerar na prática clínica. Assim, por mais que o TOC se configure por obsessões e compulsões, há particularidades na forma como esses pensamentos e comportamentos são constituídos e experienciados.

Para Tatossian (2001, p. 134), “o vivido fenomenológico liga indissolivelmente comportamento exterior e significação”. Segundo Yontef (1998, p. 283), a “busca de significado” está intrinsecamente ligada ao fluxo de formação e destruição de figura e fundo: “Para ser eficaz, o terapeuta precisa construir significado, conectando o

momento a *Gestalten* mais amplas, o que é vital para a tarefa terapêutica”. E a construção de significados acontece no campo terapeuta-cliente. “Na relação terapêutica a aceitação do terapeuta parece abrir a possibilidade de autoaceitação do cliente, e isso lhe permite aprofundar sua própria *awareness*” (Hycner e Jacobs, 1997, p. 75).

Os fundamentos fenomenológicos que sustentam a prática clínica dos Gestalt-terapeutas guardam uma grande eficácia, no sentido de compor uma parte fundamental que sustenta o vínculo de confiança entre terapeuta e cliente. Os comportamentos obsessivo-compulsivos, ao ser entendidos como fenômenos, são considerados partes de uma historicidade singular, vivenciados e experimentados pela pessoa diante de nós (psicoterapeutas), cujos sentimentos e emoções, igualmente importantes, também podem ter um espaço de escuta e acolhimento no âmbito psicoterapêutico.

Quando a *awareness* vai sendo ampliada (embora esse processo não seja uma especificidade do trabalho com TOC), a pessoa com esse transtorno começa a se dar conta de que seu funcionamento atual guarda relações profundas com suas vivências anteriores – e, sobretudo, passa a compreender os mecanismos de seu funcionamento, culminando em ressignificações possíveis.

O *self* é o facilitador responsável pelo resgate da fluidez na formação e na destruição de figura e fundo, que sai de condições debilitantes para formas de ajustamento criativo. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 217),

[...] o *self* não é a figura que ele cria, mas o processo de criar a figura: isto é, o *self* é a relação dinâmica entre fundo e figura. [...] o método terapêutico, que só pode fortalecer o *self*, é insistir em relacionar a figura fraca de primeiro plano (por exemplo, o conceito que alguém tem de si próprio) com seu fundo, trazer o fundo mais plenamente para a

awareness.

A ampliação da *awareness*, por meio de trabalhos com o corpo, com ênfase na observação da respiração, é um caminho significativo acerca dos sintomas obsessivo-compulsivos. Quando aquietamos a mente, damos chance ao corpo de se manifestar, de ser ouvido, visto. Também é importante que o terapeuta compreenda que o novo é angustiante ao extremo para quem sofre do TOC e, por isso, é muito provável que a tentativa de permanecer em um lugar que mantenha sua imobilidade, sua zona de conforto seja uma das principais investidas desse tipo de cliente.

Outro grande conflito das pessoas com TOC é a necessidade de agradar, de atender a todas as exigências do meio. E, mesmo depois de concretizar essa árdua tarefa, ainda assim se sentem insuficientes. Em relação ao sentimento do cliente de “ser insuficiente”, o terapeuta precisa estar muito atento a fim de não correr o risco de “dar respostas”, reforçando ainda mais a sensação de incapacidade e de impotência de quem está acompanhando.

Deslile (2005, p. 191) aborda esse aspecto quando diz que “as pessoas obsessivo-compulsivas têm uma necessidade imperiosa de sentir que dominam a situação. Essa atitude pode nos dar a impressão de que devemos trabalhar com uma camisa de força”. Entretanto, no que tange à metodologia clínica, a Gestalt-terapia fornece subsídios para que o terapeuta consiga encontrar um equilíbrio para sua atuação entre o que pede que esteja sob o controle do cliente e o que é de responsabilidade de condução do terapeuta. Se o terapeuta entender que o fundo de vividos atua como o guardião da culpa e a necessidade de controle é a figura que tenta manter esse fundo o mais inibido possível, ele pode estar mais *aware* de como intervir em relação às atitudes dominadoras

dos clientes com TOC.

A ação controladora assegura a repetição, o conhecido, pois é aí que o obsessivo-compulsivo se sente protegido da novidade, das possibilidades de transformação. Assim, no trabalho com esse transtorno, o convite à realização de experimentos deve ser cauteloso e atento, pois, por mais que haja um acordo entre terapeuta e cliente e um aceite deste último, um experimento pode reforçar a tentativa de controle do cliente, aguçar seu desejo de agradar ao meio (no caso, o terapeuta) ou, ainda, exacerbar maneiras consideradas reativas, raivosas e mais defensivas.

A Gestalt-terapia possibilita ao cliente com TOC trazer recortes de sua história não somente de modo intelectualizado, mas buscando enfatizar as emoções, as sensações. Isso é possível a partir de intervenções que Deslile (2005, p. 190, tradução minha) denomina “assuntos por detrás dos quais está escondido o coração”. Essa forma contribui para mobilizar energia e, respeitando os recursos de cada cliente, liberar partes de sua excitação adormecida. O pano de fundo é o trabalho de contato e *awareness* – alguns dos tesouros da metodologia gestáltica.

Mesmo se tratando de um transtorno – entre vários outros hoje chamados por Schillings (2016) de sofrimentos emocionais agravados –, o TOC também é compreendido da perspectiva gestáltica de pensamento diagnóstico processual. Frazão (2015, p. 96) afirma que “o pensamento diagnóstico processual envolve uma descrição e compreensão do funcionamento psíquico de cada indivíduo singular, bem como seu desenvolvimento e mudanças ao longo do processo psicoterapêutico”.

A ideia de que o diagnóstico seja pensado como processo ressalta a importância de que a pessoa não receba um rótulo que a

restrinja àquilo que ela é, mas que possa ser vista acerca de como ela está em cada momento do percurso terapêutico.

Na compreensão dinâmica do transtorno obsessivo-compulsivo, as vivências não são espontâneas, mas adaptadas, de onde a vida acaba girando em torno de uma intensa rigidez. Gestalticamente falando, o fundo de historicidade das pessoas com TOC é marcado por registros de experiências recheados de culpa, medo, sentimentos de inadequação e opressão. Esse fundo guarda histórias de prováveis experiências em que tal pessoa sofreu julgamentos que denegriram ou invalidaram suas atitudes; de erros que foram marcantes ou indevidamente ressaltados, gerando um sentimento constante de medo de errar, ansiedade, vergonha e culpa.

Podemos entender a culpa do obsessivo-compulsivo relacionando-a a uma dificuldade da pessoa de se desvencilhar, de se libertar do passado. Segundo von Gebattel (1967, p. 221, tradução minha), “o compulsivo não toma o passado como um tempo pretérito – pretérito perfeito. [...] Aquilo que não se termina é o que prende o compulsivo, que lhe chama a atenção”.

Os comportamentos compulsivos funcionam como uma ocupação neurótica com o que não é essencial, fundamental, pois não estão vinculados ao desejo genuíno. As compulsões são uma espécie de “torre de controle” em busca da perfeição,

[...] perfeição essa que escapa constantemente; precisamente aí está a perturbação, em que a perfeição exterior de seu trabalho não inclui, ao mesmo tempo, o processo interior de tornar-se pessoa, sua expansão no tempo e a autorrealização do seu próprio eu. (von Gebattel, 1967, p. 220, tradução minha)

Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 217) retratam muito bem

essa questão: “Um conflito intenso em primeiro plano é um sinal de que o conflito verdadeiro no plano de fundo está alienado ou oculto, por exemplo, na dúvida obsessiva”. E esse conflito em primeiro plano, a figura relativa à dinâmica do TOC, é a ação em si, a compulsão propriamente dita.

A compulsão é uma ação que não visa à expansão, ao desenvolvimento; ao contrário, restringe este último, interrompe sua vitalidade, seu potencial de realização. Nas palavras de von Gebattel (1967, p. 228, tradução minha), “tudo que normalmente atrai o indivíduo para o mundo e o convida a se fundir com ele fica condenado a um sistema especial de ineficiência”, pois o novo é ameaçador e acaba comprometendo a qualidade do contato organismo-ambiente, mantendo a dinâmica obsessivo-compulsiva.

Na compulsão, “o ego é, ao mesmo tempo, o objeto e o princípio dessa força esmagadora” (*ibidem*, p. 222), pois, assim como age com grande condescendência em relação ao meio, às expectativas e exigências externas as quais registrou, o próprio eu sofre uma repulsa, já que não pode ou não aprendeu a fazer valer suas vontades.

O movimento perfeccionista tenta organizar, no meio, aquilo que sente estar desorganizado internamente. A pessoa portadora de TOC maximiza suas preocupações e se ocupa intensamente a fim de evitar o contato consigo mesma, com seus sentimentos e emoções. A ansiedade passa a ser uma vivência exclusiva, cerne desse funcionamento.

De acordo com Robine (1999, p. 123, tradução minha), “uma tarefa, nada fácil, consiste em permitir a mudança da excitação fixa na ansiedade pela excitação ativa e, portanto, permitir a análise dessa imobilização”. Acredita-se ser esse um dos aspectos mais

trabalhosos do processo terapêutico de pessoas com TOC, uma vez que, ao mexer nesse fundo repleto de ansiedade e medo, costuma-se mobilizar sentimentos de frustração, impotência e raiva perante a dificuldade de autoaceitação e autoconfirmação. Nesse momento, instala-se a culpa.

Em geral, a raiva não percebida gera culpa e a culpa produz fantasias, como as de limpeza. É aí que os comportamentos obsessivos se instalam, a fim de que essa culpa seja expurgada e de que aquela pessoa tente, ao menos por um brevíssimo instante, não se sentir suja ou má. Assim também podemos entender as razões pelas quais as pessoas com TOC não costumam sair, viajar, ir ao teatro ou ao cinema; sua energia vital acaba ficando presa aos rituais. “A falta de liberdade patente na conduta do compulsivo pertence à essência de sua situação” (von Gebattel, 1967, p. 219, tradução minha). A obsessão é intrínseca ao funcionamento dessas pessoas; o ato de esquecer vai contra sua natureza. Para Moreira e Chamond (2012), falar da falta de liberdade dos obsessivo-compulsivos é falar de um estilo existencial em que os indivíduos estão “prisioneiros de sua temporalidade”. Acrescentam que “o obsessivo estaria sem porvir porque ele se vivencia como privado de liberdade, e, sem sentir-se livre, não consegue realizar-se na ação” (*ibidem*, p. 281).

Para ilustrar alguns aspectos que foram ressaltados até aqui, escolhemos apresentar recortes da história de Ben (nome fictício):

Ben é um homem de 55 anos, solteiro, que não completou o ensino médio. Ele é o filho que “vingou” depois de cinco abortos espontâneos sofridos pela mãe. Seu pai faleceu quando Ben tinha 18 anos. Tem uma irmã oito anos mais nova. Os primeiros contatos com Ben foram marcados por uma sensação de estar tateando sua

história com respeito e cautela. Como terapeuta, vários fenômenos saltavam aos meus olhos, como sua formalidade, seu olhar desviante, seu retesamento corporal (como se precisasse conter quaisquer movimentos, protegendo-se do contato), seu fascínio pelo uso erudito das palavras.

Uma das primeiras lembranças que Ben contou foi a de que, quando sua família viajava para a praia, ele não podia tirar as sandálias para brincar na areia. Sua mãe dizia que ele se sujaria ou pegaria alguma doença. Referia-se à mãe como muito medrosa e preocupada.

Não se pode negar que essa lembrança é riquíssima e, possivelmente, contribuiu e contribui para o funcionamento de Ben. A interrupção de sua espontaneidade, de sua energia vital desde a infância – marcada explicitamente por atitudes restritivas da mãe – sustenta suas obsessões acerca da limpeza, culminando no comportamento compulsivo de ficar horas tomando banho, num ritual em que ele utiliza um tipo diferente de sabonete para lavar cada parte do corpo.

Como terapeuta, percebo diante de mim uma criança completamente fragilizada, aterrorizada e sofrida por detrás daquele rosto barbado e meio calvo. A forma como nosso vínculo se estabeleceu foi fundamental para que Ben pudesse, a conta-gotas, trazer informações sobre sua história.

Ele diz que gosta muito quando faço perguntas que ele chama de “fora da caixa”. No trabalho com TOC, Deslile (2005, p. 189, tradução minha) argumenta que “o humor e as broncas ajudam a reduzir sua rigidez e os mantêm suficientemente desequilibrados para que se possa começar uma troca de perspectiva”.

Mas, para isso, o vínculo terapêutico precisa estar bem

fortalecido, uma vez que é muito comum esses clientes colocarem o terapeuta em um lugar de autoridade tal que, caso não haja uma relação minimamente confiável, o próprio humor pode favorecer o rompimento dessa relação.

Outro aspecto curioso é que, mesmo depois de alguns anos do falecimento da mãe, Ben não permite que nada dela seja tirado do lugar ou doado. Até os chinelos de pano que ela usava continuam nos pés da cama de seu quarto. Como os obsessivo-compulsivos se consideram completamente responsáveis pelos acontecimentos em geral, os sintomas do TOC são como um castigo, uma punição, muito provavelmente pelos sentimentos que não puderam ser expressos e acolhidos, sobretudo a raiva, a indignação e a frustração. Nas palavras de Santos (2013, p. 85-88), “[...] esse estado de que se é hiper-responsável pelas circunstâncias à volta, mesmo sem a participação nisso, é uma das formas como a culpa pode evoluir e se tornar patológica”.

É como se o obsessivo se impusesse um castigo. Castigo esse que pode ser relacionado à compulsão. Podemos fazer uma comparação metafórica com o mito de Sísifo, que diz respeito a esse movimento de culpa, castigo e punição. Ao desafiar os deuses, Sísifo sofre uma punição: por toda a eternidade, empurrar uma pedra até o topo de uma montanha; a pedra então rolaria para baixo e ele teria de começar tudo novamente (Camus, 2010).

A metáfora do mito se relaciona à ideia de “absurdidade” do próprio comportamento obsessivo-compulsivo, da falta de sentido expressa em tais comportamentos, concomitantemente à consciência dolorosa de todo o funcionamento por parte da pessoa que sofre desse transtorno.

Embora o obsessivo-compulsivo tenha consciência da

dissonância, do “absurdo” de seus atos, ainda assim ele é compelido a executá-los, quase sempre em razão do sentimento de culpa. E o castigo e a punição podem ser entendidos como a própria fixidez e rigidez existencial.

Apesar de o absurdo e a insensatez fazerem parte da condição humana, a ideia é a de que tanto as pessoas com TOC quanto seus psicoterapeutas não passem a acreditar que seus esforços por superação e transformação são infrutíferos, em vão.

Mesmo quando as pessoas que sofrem de TOC se sentirem “vencidas” por suas obsessões e compulsões, aí se insere um dos pontos centrais do trabalho gestáltico: o que pede para ser confirmado são as emoções e os sentimentos. Que o tormento de Sísifo, considerado o “herói absurdo”, não nos deixe (clientes e terapeutas) cegos perante a lucidez de nossas forças, nem esgotem ou silenciem nossas potencialidades como seres humanos.

O desejo é que, com o trabalho gestáltico, o que se repete dê uma chance ao novo, o vazio dê lugar à criação e o que era negado possibilite uma abertura para a autoaceitação de quem se é!

Que essas reflexões “toquem” nossa humanidade como terapeutas e possamos olhar com novas perspectivas para as pessoas portadoras do transtorno obsessivo-compulsivo. Que novos encontros sejam restauradores!

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

_____. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Camus, A. *O mito de Sísifo*. Rio de Janeiro: Record, 2010.

Deslile, G. *Las perturbaciones de la personalidad: una perspectiva gestáltica*. Madrid: Sociedad de Cultura Valle-Inclán, 2005.

Frazão, L. M. “Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico

- processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais”. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2015, p. 83-102.
- Hycner, R.; Jacobs, L. *Relação e cura em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Lima, A. M. V. “O egotismo na Gestalt-terapia”. *Aware*, v. 4, n. 1, 2014, p. 32-44.
- Moreira, V. e Chamond, J. “O estilo obsessivo-compulsivo: Laura prisioneira de sua temporalidade”. In: Tatossian, A.; Moreira, V. (orgs.). *Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Escuta, 2012, p. 277-84.
- Perls, F. S.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Robine, J. M. *Contacto & relación en psicoterapia: reflexiones sobre terapia Gestalt*. Santiago: Cuatro Vientos, 1999.
- Santos, G. A. O. “A angústia e a culpa no transtorno obsessivo-compulsivo: uma compreensão fenomenológico-existencial”. *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 19, n. 1, 2013, p. 85-91.
- Schillings, A. “A Gestalt-terapia e as situações de sofrimentos emocionais agravados – Uma perspectiva gestáltica dos chamados transtornos de personalidade” (curso pré-congresso). *XV Encontro Nacional de Gestalt-terapia e XII Congresso Brasileiro da Abordagem Gestáltica*, Fortaleza, 2016.
- Tatossian, A. “Culturas e psiquiatria”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 4, n. 3, 2001, p. 131-36.
- von Gebattel, V. E. “El mundo de los compulsivos”. In: May, R.; Angel, E.; Ellenberger, H. (orgs.). *Existencia: nueva dimensión en psiquiatría y psicología*. Madri: Gredos, 1967, p. 212-31.
- Yontef, G. M. *Processo, diálogo, awareness: ensaios em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1998.

9. Transtornos alimentares na clínica gestáltica

ARLENE LEITE NUNES

Segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5* (Associação Americana de Psiquiatria [APA], 2014, p. 329), os transtornos alimentares

[...] são caracterizados por uma perturbação persistente na alimentação ou no comportamento relacionado à alimentação que resulta no consumo ou na absorção alterada de alimentos e que compromete significativamente a saúde física ou o funcionamento psicossocial. São descritos critérios diagnósticos para pica, transtorno de ruminação, transtorno alimentar restritivo/evitativo, anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar.

Pica (ingestão de substâncias não alimentares), transtorno de ruminação (regurgitação repetida de um alimento) e transtorno alimentar restritivo/evitativo (dificuldade na relação com a comida na qual há desinteresse ou esquiva na alimentação, levando a perda de peso, deficiência nutricional, dependência de suplementos) são mais comuns na infância e não serão descritos no presente artigo. Nosso foco recairá principalmente sobre a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, que ao longo do texto serão chamadas apenas de anorexia e bulimia. Falaremos brevemente sobre transtorno de compulsão alimentar. É importante ressaltar que, embora não contemplados no DSM-5, outros fenômenos do comportamento alimentar têm sido descritos e vêm despertando a atenção dos profissionais da saúde: vigorexia (nome popular de um subtipo do transtorno dismórfico corporal – com dismorfia muscular – no qual a pessoa acredita que

sua estrutura corporal é muito pequena ou insuficientemente musculosa); drunkorexia (combinação de restrição alimentar, abuso de álcool e indução de vômito); diabulimia (privar-se ou usar menos insulina do que o necessário no tratamento de diabetes tipo 1, no intuito de controlar ou perder peso); e pregorexia (redução da ingesta calórica e abuso de atividade física para evitar ganho de peso na gestação) (Grupo Especializado em Nutrição e Transtornos Alimentares e Obesidade [Genta], s/d.; APA, 2014).

Esses esclarecimentos iniciais são necessários para que saibamos exatamente a que estamo-nos referindo quando falamos de transtornos alimentares, uma vez que, embora os critérios diagnósticos sejam claros com relação aos sintomas de cada quadro, ainda é comum haver confusão no diagnóstico.

A anorexia apresenta três características essenciais: restrição contínua de ingesta calórica; medo muito grande de ganhar peso ou comportamento que evite ganho de peso; e perturbação na forma de perceber o próprio peso ou forma corporal (APA, 2014).

Na bulimia, há episódios recorrentes de compulsão alimentar, seguidos de comportamentos compensatórios (como uso de laxantes, diuréticos, vômitos autoinduzidos, jejuns prolongados, abuso de atividade física) no intuito de impedir o ganho de peso; e autoavaliação influenciada de forma negativa pela forma e pelo peso (APA, 2014).

O transtorno de compulsão alimentar envolve episódios de compulsão alimentar recorrentes acompanhados de sensação de falta de controle do comportamento alimentar. A bulimia e o transtorno de compulsão alimentar compartilham desse comportamento, porém, na bulimia, após esse episódio há o uso de algum método compensatório para evitar ganho de peso, o que não

acontece no transtorno de compulsão alimentar, no qual também não é encontrada preocupação marcante com o peso e a forma corporal (APA, 2014).

Voltemos agora o nosso olhar para os transtornos alimentares pela ótica da Gestalt-terapia: ao falarmos em transtornos alimentares, referimo-nos ao adoecer visto como um processo e não como algo definitivo, sem perspectiva de transformação. Ao contrário: trata-se de uma experiência peculiar do indivíduo. Já a saúde é sinônimo de comportamento livre, espontâneo, criativo e fluido (Polito, 2010). Na Gestalt-terapia, tratamos uma pessoa única e não um tipo de doença. Além da doença, a pessoa tem expressão (verbal, não verbal), movimentos do corpo, mudanças físicas. Tudo no ser humano é profundo em significados, e precisamos lembrar que não é o sintoma que está em terapia, mas o indivíduo como um todo, sendo necessário ir além do sintoma para que seja possível trabalhar com os processos que o mantêm (Panazzolo, 2002).

Considerando a base fenomenológico-existencial dessa abordagem e compreendendo o homem com base em sua existência, sua subjetividade e seu potencial de constante crescimento e autorregulação, o adoecer é visto como uma etapa de um ajustamento criativo disfuncional, capaz, muitas vezes, de proteger a pessoa de determinadas experiências insuportáveis (Polito, 2010).

Essa ideia nos remete a uma consideração diferenciada da psicopatologia, não mais como categoria nosológica ou manifestação sintomatológica, mas como processo e modo de ser ou existir, numa perspectiva que nos aproxima da tradição fenomenológica de psicopatologia e psiquiatria. (Nunes e Holanda, 2008, p. 175)

A Gestalt-terapia se enquadra nesse movimento quando fala de

“processos psicopatológicos”, como em Perls, Hefferline e Goodman (1997). Segundo Tenório (2003, p. 34), “os teóricos da Gestalt-terapia desenvolveram uma compreensão dos processos psicopatológicos do desenvolvimento a partir dos estudos dos processos de autorregulação orgânica [...]”. O ser humano tende a se autorregular para se adaptar melhor às relações com seu meio. Porém, nem sempre a autorregulação dá conta de todas as situações, tornando-se necessário que a pessoa faça “algo mais” (Nunes e Holanda, 2008). Esse “algo mais” é o ajustamento criativo, que representa:

[...] o processo através do qual o indivíduo se relaciona de forma ativa e criativa com o meio na busca da satisfação plena de suas necessidades, ou seja, na busca de equilíbrio, sendo, então, um processo de adaptação em que não há primazia de um sobre o outro, e sim uma negociação entre ambas as partes, como um acordo que se cria entre o indivíduo e meio. (Mattos, 2000, p. 16)

Esses transtornos podem ser considerados ajustamentos criativos, na medida em que possibilitam que a pessoa não tenha de lidar com as tensões nem com o meio. Assim, é importante descobrir para que ajustamento criativo o transtorno serve e de que modo a pessoa se apropria dele como mecanismo de evitação. O foco fica nos comportamentos – comer, vomitar, contar calorias – e assim a pessoa não faz contato com outras questões que, muitas vezes, são o cerne do conflito, como o enfrentamento do cotidiano, angústias e ansiedades, sexualidade etc., usando esses comportamentos como um muro protetor entre ela e o mundo (Angermann, 1998; Teixeira, 2004a; 2004b).

Quando a pessoa chega à terapia, traz uma queixa, que é uma parte do todo – um todo que também tem uma parte. Tudo que se

vive vive-se no corpo: emoções, tristezas, alegrias, dores. E suas manifestações também se dão no corpo: sorriso, lágrimas, contração muscular. O organismo participa de tudo, tendendo a se autorregular; procura satisfazer suas necessidades de equilíbrio, buscar o que é melhor para si em determinado momento, com o que percebe de disponível. Quando se considera exclusivamente a queixa, perde-se a oportunidade de ver esse outro lado que, muitas vezes, nem a própria pessoa conhece (Nunes, 2010).

Podemos olhar para os transtornos alimentares como um sintoma: a expressão fenomenal do sujeito que aparece como tal, ou seja, o sintoma apresenta o sujeito próprio da sua manifestação, dado que mostra (presentifica) aquele que o “sente”. É também uma forma de ajustamento, mas que não está de acordo com as necessidades reais e atuais do organismo. Contudo, não se pode simplesmente eliminá-lo, uma vez que ele foi desenvolvido pelo organismo. É importante entender o sentido existencial do sintoma na vida da pessoa (Nunes e Holanda, 2008; Teixeira, 2004a; 2004b), pois ele “representa uma expressão do homem como um todo, representa determinada configuração das partes desse todo. Com isso, podemos dizer que o homem não tem um sintoma, ele é o seu sintoma” (Mattos, 2000, p. 14).

Como na Gestalt-terapia o indivíduo é visto e tratado como um todo e não como um sintoma apenas, não será tratada, então, apenas uma dor de cabeça, mas uma *pessoa* com queixa de dor de cabeça. Uma vez que não há problemas isolados em nosso corpo, não deveria haver tratamentos isolados. Esse sintoma diz algo a respeito da vida da pessoa, como se fosse uma “mensagem”; então é importante que a pessoa compreenda a serviço do que ele se instalou e está presente nesse momento de sua existência, que

lugar ele está ocupando em sua vida (Rodrigues, 2000).

Muitas vezes, o sintoma é o único suporte do indivíduo, e tirá-lo pode deixá-lo sem alicerce, o que poderá levar ao desenvolvimento de novos sintomas (ajustamentos). Uma terapia que só foca o sintoma não vê o que a doença apresenta da realidade existencial da pessoa: “Na medida em que enfocamos a totalidade da pessoa, com seu sentido vivencial, a eficácia terapêutica poderá trazer um resultado mais profundo do que um tratamento que só atue sobre a doença ou sobre o sintoma” (Rodrigues, 2000, p. 133).

A seguir serão relatados trechos de atendimentos clínicos de pessoas que receberam diagnóstico de transtornos alimentares. Descreveremos suas vivências e como se deu o trabalho terapêutico na prática. Todas autorizaram a publicação dos relatos e receberam nomes fictícios para não ser identificadas.

ANOREXIA DE MARINA

Janeiro de 2013: chega ao consultório uma menina-mulher, 35 anos, 1,71 m, 42 quilos. Quando a olho, vejo uma pessoa muito magrinha, pálida, quase assustada. Quando a escuto, percebo seu sofrimento. Sofrimento de quem tem como companheira a anorexia desde os 17 anos. Ela não chegou “sozinha” ao meu consultório. Vamos chamá-la de Marina.

Marina relata o que já viveu desde que sua “companheira” entrou em sua vida: os anos de tratamento com psicoterapia, nutricionistas, homeopatia, entre outros, como era feliz e gostava de comer antes da anorexia. Porém, já compartilhara mais da metade de sua vida na companhia dela: às vezes, era uma presença muito intensa; em outras, menos, mas sempre estava com ela.

Ela sabe de seu diagnóstico, reconhece sua situação. É uma profissional da área da saúde, mas isso não é suficiente para que consiga vencer a batalha, normalmente difícilíssima, contra a anorexia – batalha essa que só tem lugar para uma sobrevivente, pois a doença em muitos casos é fatal.

Marina mora com um namorado bem mais velho que ela; seus pais, embora casados, moram em estados diferentes; tem uma irmã um pouco mais velha. Marina e a anorexia não chegam sozinhas – elas vêm acompanhadas de uma forte distorção da imagem corporal, alucinação auditiva (“uma voz dentro da minha cabeça”) e muitos introjetos ligados à alimentação, típicos dos quadros de anorexia: comidas boas, más, permitidas, proibidas, quantidades.

Apesar de emagrecida ao extremo, frequentava academia de segunda a sexta-feira, fazendo exercícios aeróbicos e musculação. Na academia, ninguém desconfiava que ela tivesse anorexia... Era elogiada pelos professores e incentivada a se dedicar cada vez mais. Chegava a passar duas horas por dia na academia. Não raro, ia cansada ou sem vontade. Era uma obrigação. Quando não ia, sentia-se extremamente culpada.

A alimentação, à base de frutas e verduras, ela mesma preparava e também levava ao trabalho. Raramente saía de sua rotina alimentar; quando isso acontecia, era motivo de muita culpa: a “voz que falava” em sua cabeça não a poupava nesses momentos – era extremamente crítica e exigente –, não permitia deslizes. Quando almoçava em restaurante em quilo, a regra era clara: não podia ultrapassar 170 gramas. Enquanto estava se servindo, a voz falava sobre o que a moça da balança ia pensar quando visse o prato dela, pegando tanta comida. Era um sofrimento enorme. Além disso, precisava lidar com os comentários dos familiares, quando estavam

presentes, que sempre queriam que ela comesse mais – tanto em quantidade quanto em qualidade.

Marina tinha medo da comida, não tinha coragem de comer coisas que tempos atrás haviam lhe dado tanto prazer. Engordar era motivo de pânico, inegociável, fora de cogitação. Ela se olhava e se via muito gorda. Havia algumas regras com relação ao corpo: as coxas não podiam encostar uma na outra; media o braço (bíceps) com uma mão e o dedo indicador precisava encostar no polegar (o que ocorria no meu pulso), caso contrário estava gorda, entre outras.

Tinha consciência da gravidade do seu estado, da distorção de imagem corporal, mas era difícil duvidar daquilo que seus próprios olhos viam no espelho, do que ela observava quando olhava para seu corpo; era difícil comer e não ter medo, livrar-se daquela inimiga que a acompanhava havia tantos anos. Ela não aguentava mais aquela companhia. O sofrimento era enorme e o preço a ser pago, altíssimo: cansaço, fraqueza, indisposição, sintomas depressivos, baixa autoestima, acessos de raiva e dificuldades de relacionamento – tanto na família quanto no trabalho e, mais tarde, no namoro.

À medida que conhecemos melhor Marina e sua história, olhamos para além do seu transtorno alimentar: ela é um todo, e é com esse todo que ela chega à terapia. É para esse todo que o Gestalt-terapeuta olha. A anorexia é uma parte deste todo que é Marina. Uma parte grande, importante – mas ainda assim uma parte. Como Gestalt-terapeutas, precisamos olhar o todo. À medida que olhamos para esse todo, compreendemos melhor essa “companheira” anorexia e também a Marina.

Por exemplo, ela tinha grande dificuldade de colocar limites, de perceber o que era dela e o que era do outro, o que era importante

para ela, suas necessidades, seus desejos. Percebeu, ao longo da terapia, que havia se perdido de si mesma em algum momento do percurso, que havia abandonado a maioria das coisas de que gostava, que havia perdido o prazer pela vida.

Em nenhum momento do processo o foco é exclusivo na anorexia. Porém, não se pode perder de vista que, quando estamos diante de uma pessoa com anorexia, estamos diante de um risco real de morte. Assim, ao mesmo tempo que se trabalha fenomenologicamente com aquilo que a pessoa traz, o terapeuta deve ter em mente que, se a pessoa não fizer mudanças imediatas e concretas em seus hábitos alimentares e de vida – no caso de Marina, o excesso de atividade física e uma alimentação extremamente restritiva e hipocalórica –, corre risco de perder a vida a qualquer momento.

Diante disso, o Gestalt-terapeuta que trabalha com uma pessoa com anorexia precisa ter claro que, embora a Gestalt-terapia tenha uma base fenomenológica e por conta disso as sessões sigam o ritmo da pessoa, trabalhando com o que ela escolhe, em muitos momentos não há tempo para esperá-la trazer o tema do transtorno alimentar, para esperar essa figura emergir. Orientações com relação à gravidade do quadro, por exemplo, precisam ser feitas.

Atender pessoas com transtornos alimentares exige um conhecimento que vai para além da Gestalt-terapia: é preciso conhecer a fundo como esses transtornos se manifestam, as complicações médicas, sobretudo as decorrentes da desnutrição e dos comportamentos purgativos – como anemia, alterações endócrinas, osteoporose e alterações hidroeletrólíticas, entre outras. Além disso, quando “gravemente abaixo do peso, indivíduos com anorexia nervosa apresentam sinais e sintomas depressivos, como

humor deprimido, isolamento social, irritabilidade, insônia e diminuição da libido” (APA, 2014, p. 341). É sabido que, devido ao estado nutricional, ao enfraquecimento e à falta de energia disponível para “excessos”, a pessoa que tem anorexia corre sério risco de ter uma parada cardíaca, por exemplo.

Um dos aspectos muito fortes da anorexia de Marina era a distorção da imagem corporal. Ela realmente se olhava e se via gorda, enorme. Vários recursos foram usados para ampliar sua *awareness*, sendo o trabalho realizado muito no concreto, no corpo. Em uma ocasião, quando ela falava do braço, que era gordo, perguntei a ela qual de nós tinha o braço mais gordo: eu ou ela. Imediatamente respondeu que era ela. Medi nossos braços usando o método dela – juntar polegar e indicador: no meu bíceps, os dedos nem sequer se encostavam; no dela, meu polegar tocava o indicador. Ela ficou perplexa, sem entender: ao olhar para o próprio braço e para o meu, Marina enxergava o dela mais gordo. Porém, quando medimos usando o mesmo critério, vemos que o meu é “mais gordo”. Difícil para ela acreditar. Diante disso, deu-se conta de que há algo “errado” naquilo que ela vê. Essa vivência não fez que ela passasse a ver o braço do tamanho que era imediatamente, mas naquele momento ela entendeu que algo estava acontecendo. Passou a não confiar exclusivamente no que seus olhos viam – sobretudo na questão do próprio corpo – e a usar dados concretos de realidade: medidas com os dedos e cinto, por exemplo.

Em determinada sessão pedi que ela desenhasse, em uma folha de papel *craft*, seu corpo do tamanho como o via. Assim que ela terminou, coloquei a folha no chão e pedi que ela se deitasse, para que eu pudesse, com outra cor de caneta, fazer o contorno do corpo dela – o tamanho real. Fiz o desenho encostando a caneta no corpo

dela, chamando sua atenção para isso. Quando terminei, Marina ficou surpresa, pois a diferença entre a forma como ela se *via* e a forma que de fato *tinha* era enorme. Mais uma vez ela deparou com a realidade que se apresentava: aquilo que seus olhos viam não era o retrato fiel da realidade.

A presença constante da “voz na sua cabeça” também era motivo de sofrimento. Imagine ter “alguém” habitando sua cabeça, sem se calar durante parte considerável do dia. Trabalhamos de várias formas com essa voz: procuramos dar um lugar a ela, compreender sua função; utilizamos o recurso da cadeira vazia; propus que Marina lhe desse uma forma, um tamanho. Numa ocasião em que ela relatou que a voz mandava nela o tempo todo, questionei pelo que ela precisava obedecer. Então ela se deu conta de que, embora não pudesse “calar a voz”, não precisava obedecer a ela – nem brigar, discutir ou convencer. Ao olharmos para outros aspectos da vida da Marina, não era muito diferente: ela, uma mulher de 35 anos, obedecia a todas as ordens que lhe davam. Não tinha suporte para dar limites, diferenciar-se, dizer não, ficar com o que era seu. Esse foi um primeiro passo em direção a tudo isso. Em menos de duas semanas sem “obedecer à voz”, ela sumiu.

Ao atender pessoas com transtornos alimentares, é importante ir além *do que* é uma anorexia, bulimia ou compulsão alimentar, e compreender *como* é: e como é o transtorno alimentar de cada pessoa. Os transtornos alimentares são sintomas. É aquilo que aparece, é a pontinha do iceberg. É preciso focar no que sustenta isso. A anorexia é uma parte muito importante. Mas é uma parte. Ao olhar para a história de Marina, percebemos que muitos aspectos dos seus relacionamentos familiares com pai, mãe e irmã foram trabalhados profundamente ao mesmo tempo que trabalhávamos

aspectos da anorexia. Aspectos do trabalho, sua forma de ser, posicionar-se, colocar-se, colocar limites, não colocar, tudo isso foi trabalhado ao longo do processo. O namoro inicialmente descrito como “perfeito”, à medida que foi olhado de fato, revelou-se um relacionamento no qual ela sumiu, abandonou-se, deixou-se de lado – assim como a “Anorexia” fez com ela.

Anorexia, dieta, comer, não comer, emagrecer e exercícios a protegiam, de certa forma, de ver sua vida da forma como estava. Muito do seu tempo era ocupado com essas temáticas – não havia espaço para olhar para a vida, encarar a realidade, inclusive as frustrações e questões familiares e de relacionamento.

À medida que o processo avançava, Marina foi corajosamente olhando para essas relações, assim como para sua forma de ser e estar no mundo. Sua forma de se relacionar com os outros não era muito diferente da forma como se relacionava com a comida: inúmeras regras, tudo tinha de ser de um jeito predeterminado. Quando as coisas não aconteciam exatamente da forma como ela queria ou esperava, ficava muito incomodada.

Em alguns momentos, aquele corpo de menina estava contextualizado com um comportamento de menina – foi preciso tempo até que ela chegasse de fato à idade que tinha. Encarar um prato de comida e inserir itens alimentares novos no dia a dia foram apenas alguns dos desafios que ela enfrentou no processo de terapia. Marina de fato encarou muitos fantasmas da sua história. E foi vencendo um a um, assim como o fantasma da anorexia.

Enfrentar a anorexia exige da pessoa coragem: ao mesmo tempo que tem medo de engordar, sabe que se continuar sem comer vai morrer, mas se comer vai “engordar”, fato que uma pessoa com anorexia mais teme. A anorexia é uma doença perigosa. E dos

terapeutas, além de conhecimento e técnica, exige deixar de lado todo julgamento e preconceito que, embora façam parte do trabalho de todo terapeuta, por vezes é um desafio: não foram raras as vezes em que ouvi em consultório “entre engordar e morrer, prefiro morrer”. É preciso sensibilidade e cuidado para olhar para isso sem minimizar o problema, sem julgar nem considerar birra, manha, já que é dessa forma que esses transtornos costumam ser vistos pela maioria das pessoas. Essa frase é sempre dita com enorme sofrimento e dor. É preciso ao terapeuta coragem para permanecer com o cliente nessa dor, até que ele possa sair dela. E, ao mesmo tempo, lutar contra o tempo, contra a morte.

A BULIMIA DE HELENA

Helena, 26 anos, chega à terapia com queixa de bulimia. Os sintomas começaram a aparecer em torno dos 21 anos. Tem episódios compulsivos e vomita. Não aguenta mais viver com bulimia. Cobra-se. Culpa-se. Sabe o que é e como funciona o transtorno. Não aceita o fato de não conseguir controlá-lo. Afinal, para ela trata-se apenas de “É só não comer”. Mas há momentos em que não resiste, não se controla. E, quando a compulsão começa, não consegue parar – até o momento em que não cabe mais nada. Então, provoca o vômito, sente-se mal, culpada. Esse é o ciclo da bulimia, que parece nunca ter fim.

Ao olharmos para sua história além da bulimia, vemos que ela chega à terapia poucos dias antes de perder sua única irmã, cinco anos mais nova, que tinha uma doença genética crônica sem cura, diagnosticada logo que nasceu – o que a levaria a uma vida breve. Poucos meses antes perdera a avó, uma das pessoas mais

importantes em sua vida.

Todos esses aspectos precisam ser levados em consideração para compreendermos o fenômeno da bulimia. Não qualquer bulimia, não a bulimia de modo geral, mas a bulimia da Helena, na vida dela. Entender a serviço de que esse sintoma está presente *neste momento*, pois nem sempre é possível compreender a serviço de que ele se instalou *na vida dela*.

Em determinada sessão, ela relata um episódio bulímico ocorrido na semana anterior: “Estava tudo bem, eu estava bem, foi do nada”. Pedi que descrevesse como tinha sido aquele dia e, depois de relatar vários acontecimentos triviais de um dia comum, lembra-se de uma notícia que recebeu e a mobilizou muito: uma pessoa da família com ideação suicida intensa, já em fase de planejamento. Na hora pensou que não estava preparada para mais um velório e sentiu-se egoísta por ter tido tal pensamento. Tinha perdido a avó e a irmã, estava com as feridas abertas, vivendo intensamente seu luto. E então comeu muito, vomitou e o final de semana inteiro ficou em torno de “comer; não comer; vomitar; comi; por que comi?”.

Helena conseguiu compreender o papel do seu sintoma: deu-se conta de que esse episódio bulímico, de certa forma, “a protegeu” de olhar para uma dor maior, uma dor que ela não estava suportando, uma raiva desse familiar que “escolhe tirar a vida enquanto outros a perderam sem querer, outros que queriam tanto viver”. Não adoecemos à toa. Nossos sintomas não são à toa.

Desse modo, torna-se fundamental olhar para a pessoa e entender o sofrimento dela, sua vivência, e então procurar compreender o papel desse sintoma em sua vida. O que a faz se ajustar *dessa forma nesse momento*? O trabalho com ampliação de *awareness* é essencial – como todo trabalho em Gestalt-terapia. As

peessoas estabelecem relações com o mundo de modos diversos, sendo a comida igualmente uma experiência mundana. Usando a relação com o alimento como metáfora, trata-se de não mais lidar com os aspectos formais da alimentação (controle, regulação etc.) apenas, mas de lidar com suas relações mais amplas com o mundo e a vida; trabalhar com seus significados e sentimentos dirigidos à sua existência como ser no mundo (Nunes e Holanda, 2008).

Se, no paciente com anorexia, o tempo é um fator importante, no caso da bulimia o próprio funcionamento do transtorno nos possibilita trabalhar sem o risco iminente de morte. Durante um episódio bulímico, a pessoa come muito e, entre comer e fazer uso do método compensatório, nutrientes são absorvidos, já que a absorção começa na boca. Ou seja, Helena, diferentemente de Marina, não corre risco de vida imediato em virtude do transtorno alimentar. Como terapeuta, tenho mais tempo e tranquilidade para trabalhar; posso seguir seu ritmo.

O mais importante no trabalho com Helena é compreender a função da bulimia na vida dela nesse momento e ampliar sua *awareness*: em que momento esse sintoma aparece, como se manifesta no seu dia a dia, como acolhê-lo quando surge. Hoje ela compreende que em determinados momentos é muito difícil ficar com os sentimentos e a compulsão alivia a dor, o sofrimento. Aceita que hoje ainda está assim e percebe que, à medida que se dá conta do seu funcionamento, da maneira como lida com seus sentimentos, a frequência dos episódios bulímicos diminui consideravelmente, pois ela consegue lidar com eles de formas mais saudáveis. Poder se acolher, aceitar que é dessa forma que ela consegue lidar com sua dor *nesse momento* tem feito muita diferença.

A bulimia pode ser uma metáfora na qual a fome fisiológica se

transmuda em fome de relação, de pertencimento, cuja satisfação a pessoa não encontra no meio e busca na comida. Assim, é importante perguntar sobre a quantidade de alimento ingerido durante um episódio de compulsão, pois muitas pessoas nem comem tanto assim e podem vomitar depois de pequenas porções, como depois de comer um pedaço de pizza. Mesmo que o tamanho da porção seja considerado “normal” ou aceitável, o elemento crítico é que a pessoa não pretendia “comer pizza”, então o ato é percebido como uma compulsão, o que induz o vômito. Logo, observa-se que o vômito não segue necessariamente apenas episódios de compulsão, mas pode ocorrer depois de qualquer ingestão de comida, o que muitas vezes ocorreu na vida da Helena (Angermann, 1998).

As pessoas com transtornos alimentares perdem muito tempo e energia contando calorias, desenvolvendo horários elaborados para praticar exercícios, planejando os detalhes do próximo episódio compulsivo e/ou purgativo, examinando o corpo na busca de defeitos. Desse modo, é importante que se compreenda com o que se está tentando evitar entrar em contato dirigindo toda a energia para preocupações com a comida, o peso e o corpo. É preciso ampliar o foco do seu mundo interno para o mundo externo, a fim de diminuir essas obsessões. Ao entrar em contato com o que realmente está acontecendo e com o que o sintoma está encobrindo, tem-se a possibilidade de descobrir novas formas de lidar com a comida, assim como com suas outras relações (Angermann, 1998; Teixeira, 2005).

Diante disso, é importante correlacionar o ato, o sintoma, questionando de que forma eles podem estar relacionados com outros fatos ou acontecimentos na vida da pessoa. Ela precisa estar

aware de como estabelece sua relação com a comida, compreender para que serve esse padrão em sua vida como um todo. Esse padrão de alimentação representa uma escolha – é o melhor que o indivíduo está fazendo com os recursos que ele possui (Nunes, 2010).

A comida tem um significado diferente para cada um. Dessa forma, em vez de simplesmente modificar um hábito alimentar e, assim, eliminar o sintoma, deve-se possibilitar que a pessoa compreenda o significado que essa comida tem, bem como o lugar que ocupa na vida dela – pois, muitas vezes, os indivíduos guardam segredos de si mesmos e não percebem que há algo de errado em seu padrão alimentar (Gaspar, 2004a; 2004b; Saikali, 2004).

Assim, é preciso compreender e aceitar esse padrão alimentar para possibilitar uma reconfiguração dessa relação tanto com a comida quanto com o mundo, ou seja, ir além do controle alimentar. O sintoma protege, é um pedido de ajuda: mesmo diante de situações que parecem caóticas, o indivíduo está fazendo o melhor que pode naquele momento, tendo em vista que não consegue se relacionar com o mundo de outra maneira (Nunes, 2010).

O paciente também precisa ter curiosidade por si mesmo: compreender o sentido dos sintomas, entender que o comer compulsivo, o não comer, o vomitar estão encobrendo alguma coisa. É necessário levá-lo para o despertar do que estava sentindo quando teve a crise (Teixeira, 2004a; 2004b).

A Gestalt-terapia oferece, portanto, recursos riquíssimos para trabalhar transtornos alimentares: seu olhar de saúde e doença; tomar o sintoma como fenômeno, como aquilo que aparece; a visão de homem como um ser único; olhar o sintoma do cliente, no cliente; os conceitos de *awareness* e ajustamento criativo; o respeito e o

cuidado com a resistência; o trabalho com fronteira e funções de contato; a fundamentação na psicologia da Gestalt que nos mostra como percebemos o que percebemos, bem como as teorias de campo e organísmica; suas bases filosóficas; a compreensão de neurose.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma das bases filosóficas da Gestalt-terapia é a fenomenologia, na qual toda interpretação é contextualizada e circunscrita. Assim, trata-se de uma abordagem compreensiva, na qual as “leituras” partem das relações intencionais e se encontram nestas (Nunes e Holanda, 2008).

Partindo dessa perspectiva compreensiva, o trabalho terapêutico busca a realidade concreta e particular de cada sujeito, como um ser que existe. Os objetivos e a forma de trabalho com pessoas que apresentam transtornos alimentares são similares àqueles utilizados nos demais pacientes, pois atendemos à pessoa e não à doença (Nunes e Holanda, 2008). Porém, existem alguns cuidados especiais e, de modo geral, pode-se dizer que a meta do trabalho psicoterápico em Gestalt-terapia nos transtornos alimentares é a “conscientização da dinâmica patológica que fomenta estes distúrbios, visando ampliar as possibilidades existenciais do paciente, que no momento se encontram cristalizadas” (Panazzolo, 2002).

A Gestalt-terapia apresenta importante contribuição na compreensão da pessoa com transtorno alimentar, pois a ideia de um processo terapêutico baseado na relação intersubjetiva liga terapeuta e cliente e, no caso dos transtornos alimentares, o

trabalho experiencial – como resgate do vivido de cada um – é muito importante, uma vez que muitas pessoas com esses transtornos apontam para uma relação limitada ou desconectada com seu corpo e seus sentimentos. Além disso, por focar nos aspectos saudáveis, resgata os aspectos criativos de cada um (Nunes e Holanda, 2008; Perls, Hefferline e Goodman, 1997; Teixeira, 2004a; 2004b; 2005).

Nessa abordagem, terapeuta e cliente, juntos, focam no “como”, não no “por que” a pessoa está onde está. Como modo de aumentar a *awareness* e integrar partes fragmentadas do *self*, os clientes com transtornos alimentares apontam para uma demanda de experienciar seus conflitos de forma direta. Embora o terapeuta esteja ativo neste processo, a interpretação de fatos, experiências e até mesmo de sonhos é responsabilidade do cliente. Mudança e metamorfose não são planejadas nem exigidas no processo terapêutico. É possibilitado ao cliente revelar-se: tornar-se quem ele realmente é, gastando menos energia em ser quem ele não é (Angermann, 1998). Dessa forma, pode-se descrever como caminho da saúde

[...] o resgate da consciência sobre o seu corpo, pensamentos e sentimentos, de forma a tornar-se uma presença consciente. Aprender a assumir responsabilidade sobre suas ações e escolhas. Ser capaz de criar metas e reconhecer limites para dar sentido à sua existência. Exercer a autorregulação de forma consciente para poder hierarquizar as suas necessidades e se ajustar criativamente ao meio. (Antony e Ribeiro, 2004, p. 134)

Quando olhamos exclusivamente para a anorexia ou bulimia, perdemos o mais importante: a pessoa. E a pessoa não é uma interrupção ou um ajustamento. A pessoa é uma pessoa. Que faz vários ajustamentos ao longo da sua vida para poder sobreviver. Reduzir a anorexia a um ajustamento seria simplificar algo que é

muito complexo. E, além disso, resumir a vida de alguém a uma doença. Sua vida não para por conta da doença: tudo continua acontecendo, outros ajustamentos, conflitos, alegrias, tristezas.

É inegável que a anorexia e a bulimia são doenças que acometem infinitamente mais as mulheres do que os homens, o que nos coloca diante da teoria de campo e da influência que o meio exerce sobre nós. Especialmente sobre as mulheres quando se fala de padrões de beleza e de tudo que envolve os transtornos alimentares. Também não podemos perder de vista fenômenos como a vigorexia e a drunkorexia, que, embora não descritos nos manuais de psiquiatria, existem e têm crescido de modo assustador.

Isso pode nos levar a várias reflexões, como: o que tem acontecido conosco na contemporaneidade? Temos feito contato no sentido gestáltico da palavra? Como estão nossa *awareness*, nossas vivências? Até poucas décadas atrás, não se ouvia falar de anorexia, bulimia... O que isso nos diz do lugar que temos habitado? Dos nossos valores? Do que temos consumido e valorizado?

Há também de se olhar para o meio, além de olhar para nós, e para nossa relação com esse meio. Até que ponto reproduzimos, ainda que sem nos dar conta, parte disso e contribuímos na construção de um solo fértil para a manifestação desse tipo de transtorno? Não só o meio, mas a relação que o indivíduo estabelece com o meio. Mas o que está disponível nesse meio para que transtornos como esses encontrem solo fértil para brotar e se desenvolver?

Trabalhar com pessoas com transtornos alimentares tem-me possibilitado revisitar minha relação com a comida, minha relação com meu corpo. Como parte do meio, também sou exposta a essa cultura do culto ao corpo, tão impactante no caso dos transtornos

alimentares. Olhar para como eu me relaciono com a comida, meus introjetos, crenças e valores ajuda-me a compreender melhor o outro, sua relação com a comida, seu corpo, suas dificuldades e sofrimentos.

REFERÊNCIAS

- Angermann, K. "Gestalt therapy for eating disorders: an illustration". *The Gestalt Journal*, v. 21, n. 1, 1998, p. 19-47.
- Antony, S.; Ribeiro, J. P. "A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica". *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 20, n. 2, mai.-ago. 2004.
- APA – American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Gaspar, F. M. P. "Um olhar gestáltico sobre a bulimia nervosa". Trabalho apresentado no X Encontro de Abordagens Terapêuticas Humanistas e Fenomenológicas, Marília, São Paulo, 2004a.
- _____. "O trabalho com pacientes obesos mórbidos no Hospital do Servidor Público Estadual (SP)". Trabalho apresentado no X Encontro de Abordagens Terapêuticas Humanistas e Fenomenológicas, Marília, São Paulo, 2004b.
- Grupo Especializado em Nutrição e Transtornos Alimentares e Obesidade – Genta. *Outros transtornos alimentares: neotranstornos alimentares*. s/d. Disponível em: <<http://www.genta.com.br/page-373>>. Acesso em: 11 jul. 2017.
- Mattos, J. M. *A visão de saúde e doença da Gestalt-terapia na compreensão da compulsão alimentar*. 2000. 32 f. Monografia (conclusão do curso), Capacitação e Treinamento em Gestalt-terapia. Núcleo Dialógico de Gestalt-terapia, Rio de Janeiro, 2000.
- Nunes, A. L. *Transtornos alimentares na adolescência: depoimentos das adolescentes, Gestalt-terapia e pesquisa*. Curitiba: Juruá, 2010.
- Nunes, A. L.; Holanda, A. "Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia". *Revista da Abordagem Gestáltica*, v. 14, n. 2, 2008, p. 172-81.
- Panazzolo, M. A. "Distúrbios alimentares numa visão fenomenológica". *Revista do VII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, n. 8, 2002, p. 114-25.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Polito, F. M. "A polaridade saudável do processo do adoecer". Instituto de Psicologia Fronteiras Gestálticas. 19 mar. 2010. Disponível em: <<http://fronteirasgestalticas.blogspot.com.br/2010/03/polaridade-saudavel-do-processo-do.html>>. Acesso em: 23 mar. 2015.
- Rodrigues, H. E. *Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Petrópolis: Vozes, 2000.
- Saikali, M. O. J. "Atendimento familiar". Trabalho apresentado no X Encontro de Abordagens Terapêuticas Humanistas e Fenomenológicas e I Encontro da Abordagem Gestáltica do Interior Paulista. Marília, São Paulo, 3-5 set. 2004.

Teixeira, M. J. "Anorexia nervosa". Trabalho apresentado no X Encontro de Abordagens Terapêuticas Humanistas e Fenomenológicas e I Encontro da Abordagem Gestáltica do Interior Paulista. Marília, São Paulo, 3-5 set. 2004a.

_____. "Fome de vida – A psicoterapia com pacientes com transtornos alimentares". Minicurso ministrado no X Encontro de Abordagens Terapêuticas Humanistas e Fenomenológicas e I Encontro da Abordagem Gestáltica do Interior Paulista. Marília, São Paulo, 3-5 set. 2004b.

_____. "Fome de vida: a obesidade feminina à luz da Gestalt-terapia". In: Frazão, L. M.; Rocha, S. L. C. de O. (orgs.). *Gestalt e gênero – Configurações do masculino e do feminino na contemporaneidade*. Campinas: Livro Pleno, 2005, p. 35-75.

Tenório, C. M. D. *Os transtornos da personalidade histriônica e obsessiva-compulsiva na perspectiva da Gestalt-terapia e da teoria de Fairbairn*. Dissertação (mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

10. Depressão na contemporaneidade: ajustamentos depressivos, experiência depressiva patológica e campo depressivo

CLAUDIA BAPTISTA TÁVORA

*Os sintomas, como tais, não são nossos inimigos, mas nossos amigos;
onde há sintomas, há conflito, e conflito indica sempre
que as forças da vida, que pugnam pela harmonização
e pela felicidade, ainda lutam.*

ALDOUS HUXLEY

A questão do sentido – e do não sentido – faz parte da vida. Com frequência, na contemporaneidade, aparece como um sentimento difuso de “falta de sentido”. O fascínio pelo progresso científico e tecnológico promete fornecer conforto e satisfação baseados em consumo crescente. Por ele paga-se o preço de uma vida instrumental e apressada, isso para usar palavras mais neutras, que não tragam o julgamento de uma possível degradação. Esse fascínio é concomitante à vivência de uma humanidade desumanizada pelo condicionamento à felicidade obrigatória, ao prazer ao alcance de uma tecla – ou de uma pílula. Nos dias atuais, é difícil encontrar alguém que jamais tenha tomado remédios por ter se sentido deprimido em algum momento da vida. Psicólogos e psiquiatras em consultórios privados e em unidades da rede de saúde pública, possivelmente temos entre nossos pacientes uma maioria com queixas e/ou sintomas de depressão. Muitos deles, na verdade, verbalizam essas queixas por meio do pedido de

prescrição de medicamentos.

De acordo com números atuais, a depressão é a principal causa de incapacidade mental e física global e a quarta maior na contribuição à Carga Global de Doença (Horton, 2012). Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde (2017), o número de casos de depressão aumentou 18% entre 2005 e 2015: a depressão afeta 322 milhões de pessoas em todo o mundo, a maioria mulheres. No Brasil, a doença atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões de brasileiros, cerca de 10% da população. Todos os relatórios mencionam o aumento de casos entre adultos jovens. Avalia-se que, entre 2000 e 2011, o número de pessoas que utilizavam antidepressivos mais que dobrou no mundo.

Entre trabalhadores de saúde, a concepção mais atual é a de que se faz necessária uma visão integrada dos pacientes com quadros depressivos, assim como uma assunção de responsabilidade conjunta e multiprofissional. Segundo o princípio da integralidade do cuidado, essa responsabilidade começa com as equipes de saúde gerais e de família no nível do cuidado primário, tanto na identificação diagnóstica como na inclusão do tema no conjunto de sua atuação terapêutica. E passa a requerer a interferência do especialista em saúde mental quando os diversos aspectos e sintomas exigem uma atenção diferenciada, para apuração diagnóstica e tratamento psicológico e psiquiátrico continuado, quando não encontrada ou não pertinente em termos institucionais no nível do cuidado primário (Villano e Nanhay, 2011).

O aspecto epidemiológico é importante, mas é recomendável compreendê-lo para além da simples estatística. Em documentário recente sobre a depressão (Dominici, 2015), especialistas de

diversos programas em saúde mental nos Estados Unidos, na Europa e no Japão referem aumento de casos diagnosticados, mas destacam que tais diagnósticos se devem também ao aumento do número de pessoas que: procuram médicos e serviços de saúde; tomam medicamentos; fazem psicoterapia; realizam o autodiagnóstico (pelo uso direto ou on-line do CID ou DSM, usando a descrição de sintomas que, no caso da depressão, são de fácil memorização).

Alguns especialistas envolvidos com os manuais diagnósticos afirmam que estes, embora propiciem a vantagem da sintonia diagnóstica entre médicos diferentes, acabam misturando a depressão propriamente dita com episódios leves, que muitas vezes se referem a dificuldades e aflições da vida cotidiana e não necessariamente demandam tratamento médico. O diagnóstico e o tratamento precoce da depressão *stricto sensu* são extremamente importantes, mas deve-se considerar o impacto do tratamento e da medicalização excessivos na promoção da doença.

O espírito de nossa época parece mesmo estar marcado por sentimentos diversos e constantes de ansiedade, depressão e medo. É interessante discutir as características da sociedade contemporânea, possivelmente associadas aos quadros depressivos mais comuns. Temos uma crise macroeconômica assolando boa parte do mundo. E, de modo paradoxal, o par cultural “alta produtividade *versus* baixa produtividade” permanece como um dos principais eixos de qualificação das pessoas. A depressão é comumente associada à falta de eficácia no trabalho. E, nos dias atuais, o trabalho invade a vida privada, mas nem sempre proporciona bem-estar econômico e satisfação pessoal. Na verdade, falta emprego para muitos. Os cidadãos são transformados em

consumidores sem discernimento nem capacidade de discriminar desejo de necessidade. A violência e a falha das instituições é outra característica a levar em conta. Quando a estrutura social e econômica gera desespero, desamparo e vergonha e a cultura não oferece suporte para projetos de mudanças nem esperança, torna-se imperioso o cuidado de não psicologizar o que é desumano.

Por outro lado, é importante considerar também os efeitos do crescimento da medicalização na escalada da estatística de depressão. Por mais que sejam reconhecidos os efeitos benéficos de medicamentos com indicação estrita em tratamentos específicos, a generalização dos antidepressivos pode também se tornar banalizadora. A indústria farmacêutica funciona pelo método de vender remédios vendendo doenças, ou convencendo as pessoas de que estão doentes (*sell pills, sell ills*) – e a mídia de propaganda é bastante eficaz nesse campo. As dificuldades e aflições da vida cotidiana são facilmente classificáveis como “depressão” em uma sociedade que não dá espaço para o conflito nem legitima as possibilidades de resistência à padronização dos afetos e desejos.

Assim, os sentimentos comuns de tristeza ou desânimo motivados devem ser diferenciados da depressão conforme considerada em sua descrição técnica e *stricto sensu*; só assim poderemos falar de suas distintas formas de abordagem em psicoterapia.

DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS E ABORDAGEM DIAGNÓSTICA PROCESSUAL

Aqueles que já lidaram com casos de depressão na família ou entre suas relações próximas sabem que o conselho “você precisa se ajudar, ter ânimo, praticar pensamento positivo” em geral não funciona. Na verdade, sem entendimento e ajuda adequados, exigir

que alguém deprimido “se anime” pode ter efeito contrário, intensificando ainda mais o sentimento de impotência nos casos em que a depressão é sentida e vivida como incapacitante.

De acordo com os manuais diagnósticos, a depressão é um transtorno afetivo em que a perturbação fundamental é a alteração do humor ou do afeto. Mas o quadro clínico da depressão maior é diferente das flutuações regulares de humor e das respostas emocionais de curta duração aos desafios da vida cotidiana. Sobretudo quando de longa duração e com intensidade moderada ou grave, a depressão pode de fato se tornar um sério problema de saúde, levando a pessoa afetada a grande sofrimento e disfunção em todos os setores da vida (família, escola, trabalho); pode, inclusive, gerar ideias suicidas.

A depressão afeta o organismo como um todo, comprometendo os aspectos físicos, do humor, do pensamento; e alterando a maneira como a pessoa vê e sente o mundo, percebe e processa a realidade, lida com emoções e tem prazer. Como quadro clínico de origem multifatorial, pode incluir uma combinação de fatores orgânicos, fisiológicos, hormonais, psicológicos. Também se associa, com frequência, a outros quadros e sintomas. Do ponto de vista clínico, também é importante diferenciar o transtorno depressivo maior dos demais transtornos de humor, como o transtorno bipolar, a distímia e o transtorno depressivo derivado do uso de substâncias psicoativas – além do transtorno de ansiedade.

Assim, podemos considerar o diagnóstico de depressão quando se observam características: físicas (fadiga aumentada e nível de atividade diminuída, dores crônicas, alterações do sono e do apetite, energia reduzida de modo geral); cognitivas (perdas na memória e concentração, autoestima rebaixada); emocionais (tristeza

persistente, perda do interesse e do prazer – anedonia); volitivas (apatia, passividade, humor rebaixado e não responsivo às circunstâncias). Para efeitos de diagnóstico, esses sintomas devem se manter ao longo de um período considerável (mínimo de duas semanas) e não manter relação conhecida com acontecimentos ou fatores externos identificados – ou então persistir por longo tempo após o término desses acontecimentos relacionados aos sintomas. Na prática, esse critério de duração mínima de duas semanas revela a mistura, já mencionada, de quadros com diagnóstico e prognóstico diferentes sob a mesma classificação. E anuncia a tendência de pouca tolerância à presença de sentimentos de tristeza motivada, assim como a intenção de rápida supressão destes pelo uso de medicação.

Na discussão desenvolvida neste capítulo, tomaremos por base (desde que com a devida apreciação sobre as variações de intensidade) as características e os sintomas incluídos nas diretrizes diagnósticas da Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (1993) para episódio depressivo, conforme descritas em F32, e com os critérios especificados para transtorno depressivo recorrente, em F33:

- concentração e atenção reduzidas;
- autoestima e autoconfiança rebaixadas;
- ideias de culpa e inutilidade;
- visões desoladas e pessimistas do futuro;
- ideias ou atos autolesivos ou suicidas;
- sono perturbado;
- apetite diminuído.

Porém, a depressão maior, diferenciada dos estados mais

comuns de desânimo, conforme nossa sugestão apresentada na seção anterior, se restringiria aos episódios depressivos graves, descritos em F32.2 e F32.3, e ao transtorno depressivo recorrente com episódio atual grave, em F33.2 e F33.3. Quadros menos severos – como descritos em F32.0, F32.1, F33.0 e F33.1 – necessitariam de ampla e cuidadosa avaliação clínica a fim de clarificar o diagnóstico e escolher o tipo de tratamento. A distímia também deveria ser diferenciada e correlacionada aos demais quadros. Para avaliação de quadros na infância e na adolescência, seria importante observar outras associações, uma vez que nessas fases o transtorno depressivo pode ter uma aparência de agressividade e isolamento ou estar associado a comportamentos considerados antissociais (mentiras ou pequenos delitos, comportamentos autolesivos ou de adição).

O fato de que nos diversos estados depressivos o sofrimento psíquico é de grande intensidade – com manifestações de impotência, incapacidade de satisfação, isolamento do meio e outras derivadas desse estado afetivo de tristeza e melancolia – pode dificultar sobremaneira a compreensão de tal situação conforme é vivenciada pela pessoa deprimida. Por vezes, isso aumenta o sentimento de inadequação e o isolamento do indivíduo, gerando um ciclo recorrente de sintomas marcado por sentimentos de culpa. Também é capaz de gerar um estigma social ou aumentá-lo. Tudo isso interfere na compreensão e na elaboração diagnósticas.

Por outro lado, o fato de que o estado depressivo, em geral, se desencadeia por uma perda marcante – como morte de ente querido, desilusão afetivo-amorosa ou falta de sucesso profissional e estresse crônico – deve ser avaliado com cuidado, de forma

integrada à observação dos demais fatores. Costuma-se considerar também uma possível predisposição, mas essa deve ser uma avaliação igualmente criteriosa. Por exemplo e a título de ilustração: no caso do estudo sobre um dos genes identificados como relacionado à depressão (o Slc6a15), os pesquisadores relataram que ele tanto pode aumentar a resistência de um indivíduo às agruras da vida quanto permitir que ele desmorone mesmo em situações mais brandas (Baima, 2017).

Em todo caso, o conhecimento da psicopatologia e de sua fenomenologia pode ser associado à abordagem diagnóstica processual. Esta facilita a compreensão clínica dos diferentes quadros classificáveis como depressivos, permitindo o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica inicial, que será verificada e atualizada de modo contínuo ao longo do processo psicoterapêutico no campo presente da relação terapeuta-paciente (Frazão, 2015).

PSICOTERAPIA DE ABORDAGEM GESTÁLTICA

A depressão é fenômeno complexo e multideterminado, que abarca fatores genéticos, bioquímicos, desenvolvimentais e ambientais. Por isso, requer abordagem pluralística, com a combinação de diversas modalidades de tratamento que possam colaborar no prognóstico do paciente. Embora seja inegável que em casos graves a terapia medicamentosa auxilie na melhora de alguns sintomas depressivos, e apesar da dificuldade de elaboração de critérios chamados “científicos” para a avaliação de resultados, a psicoterapia é reconhecida em eficácia na abordagem global do paciente. Alguns estudos apontam resultados em técnicas psicoterapêuticas

específicas (Souza, 2015).

A psicoterapia é uma forma de tratamento que usa a comunicação e o relacionamento sistematizado entre terapeuta e pacientes. Tem como objetivos identificar, entender e dar sentido aos conflitos; perceber distorções nas próprias percepções e nas do mundo; e promover uma melhora das relações interpessoais. Como a depressão ocorre em um contexto interpessoal e sociocultural, o estabelecimento de conexões entre os fenômenos psicossociais atuais do paciente e seus sintomas depressivos pode ser o foco de trabalho para uma possível mudança na forma de lidar com pessoas e situações de vida. Além disso, a psicoterapia se fundamenta em uma aliança entre terapeuta e cliente, implicando um vínculo baseado nos objetivos do tratamento.

Trata-se, aqui, de considerar de que forma a psicoterapia de orientação gestáltica (e sua associação com o método fenomenológico) compreende o paciente em depressão e que formas de intervenção propõe.

Na perspectiva fenomenológico-existencial, mais que um conjunto de sintomas, a psicopatologia é vista como um fenômeno complexo que deve ser apreendido pela compreensão do homem em sua singularidade e totalidade, como alguém que está em processo contínuo de criação e recriação de si e do mundo, em criação contínua de significado e realidade. Assim, de início vale lembrar a máxima fenomenológica de que, quando um paciente descreve seu mundo, descreve a si mesmo – e quando descreve a si próprio, está descrevendo seu mundo e suas relações (Van den Berg, 1981). Então, no caso do paciente deprimido, se descreve um mundo nebuloso e escuro, no qual tem muita dificuldade para encontrar uma direção, é esse mundo que precisa ser considerado o mundo

“real” para ele. Se diz que não tem perspectivas de futuro, que sua vida não tem sentido, é assim que precisa ser visto e reconhecido. Se lamenta sua impotência, sua incapacidade de se satisfazer com o que quer que seja, pede para ser encontrado dessa forma. Desse modo, não partimos de critérios pressupostos porque “conhecer o paciente, fenomenologicamente, é construí-lo no ato de conhecê-lo” (Távora, 2009, p. 50). Na prática, isso significa “permitir que se desenvolva na cena exterior o que acontece na cena interior, que se torne explícito o que está implícito acerca das relações desse sujeito com um campo dado” (*ibidem*, p. 51).

Essa atitude é decisiva quando consideramos as diversas e repetidas queixas provenientes desse estado melancólico, que torna o ambiente ainda mais reativo ao paciente depressivo, dificultando a aproximação e o contato necessários. Pois, ao contrário do que possa parecer ao senso comum – que pressupõe que o paciente não quer melhorar ou não deseja ser feliz e ter uma vida prazerosa –, a questão do contato e da interação no campo pode ser considerada o ponto de partida para a compreensão e o tratamento de pessoas deprimidas. Para fundamentar essa hipótese, citamos os autores fundadores da abordagem gestáltica (doravante PHG), no capítulo sobre a estrutura de crescimento:

Em toda e qualquer investigação biológica, psicológica ou sociológica temos de partir da interação entre o organismo e seu ambiente. Não tem sentido falar, por exemplo, de um animal que respira sem considerar o ar e o oxigênio parte da definição deste, ou falar de comer sem mencionar a comida, ou de enxergar sem luz, ou de locomoção sem gravidade e um chão para apoio, ou da fala sem comunicadores [...]. O significado da raiva compreende um obstáculo frustrante; o significado de raciocínio compreende problemas de prática. Denominemos esse interagir entre organismo e ambiente em qualquer função o “campo organismo/ambiente”. (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 42)

No campo organismo/ambiente humano interagem fatores não apenas físicos, mas também históricos, culturais, psicológicos e sociais. Tais fatores interagem de forma intrínseca em todo e qualquer problema ou conflito que se apresente. Isso posto, a psicologia e a psicoterapia tratam dos ajustamentos criativos na fronteira de contato, sendo seu tema a transição sempre renovada entre a rotina e a novidade, que resulta em assimilação e crescimento. E, de modo correlato, a psicopatologia é o estudo da interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer dos processos de ajustamento criativo. Isso considerando que “criatividade e ajustamento são polares, são mutuamente necessários” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 45).

A teoria da Gestalt-terapia considera a fronteira de contato o órgão específico de contato na situação nova no campo (*ibidem*, p. 69) e o *self* a força integrativa, o contatar criativo (*ibidem*, p. 61). *Self* é uma demarcação experiencial entre o que o organismo considera “si próprio” e a alteridade (*ibidem*, p. 25). O funcionamento saudável se caracteriza pelo bom contato, descrito como uniformidade, clareza e fechamento da figura-fundo; graça e força de movimento; espontaneidade e intensidade de sentimento (*ibidem*, p. 73). A outra possibilidade é a do funcionamento neurótico, em que existe “um desequilíbrio crônico de baixa tensão, um incômodo contínuo de perigo e frustração, entremeado de crises agudas ocasionais, e nunca completamente relaxado” (*idem*) que cria uma “sobrecarga crônica tanto do receptor quanto do proprioceptor” (*ibidem*, p. 73-74).

No entendimento dos fundadores da Gestalt-terapia, a condição humana alterna sofrimento, movimento e excitamento. Assim, em contrapartida, consideram que a neurose “é a evitação do

excitamento espontâneo e a limitação das excitações” (*ibidem*, p. 235). Haveria um tipo de introjeção tóxica na base de todas as neuroses e a utilização repetitiva de diversos mecanismos de defesa, ou de interrupção de contato. Isso geraria um padrão rígido e obsoleto de funcionamento – dificultando a recuperação do equilíbrio, o crescimento e a autorrealização do sujeito e engendrando um sentimento crônico de impotência e menos-valia em relação aos outros.

Assim, a depressão, como todo tipo de adoecimento psíquico, é o resultado de processos de autorregulação do *self* diante de circunstâncias que são vivenciadas, ao mesmo tempo, como intoleráveis e inevitáveis. Nessas circunstâncias, o sujeito interrompe seu contato com o meio e se instala um conflito interno (às vezes chamado de conflito “dominador-dominado”). A perda da capacidade de realizar o ajustamento criativo se manifesta em uma forma particular de retirada do contato. O paciente depressivo clássico frequentemente atinge um bom nível de *awareness*. Porém, sem autoconfiança, desejo e motivação para o contato, ele se interrompe no ponto de transição antes de entrar na fase seguinte do ciclo. Assim que começa a mobilizar energia, para antes da ação que poderia satisfazer sua necessidade presente. Resignado, fica rodando num círculo vicioso, sem conseguir ver nenhum futuro à sua frente.

Aqui o vínculo terapêutico pode ser um instrumento fundamental para o desenvolvimento e o fortalecimento do sentido de *self*. Lembrando que não faz sentido usar o termo *self* como uma “causa interior” da ação humana; ele só existe onde existe de fato uma interação na fronteira de contato: “Se não estiver apto a fazer ajustamentos no campo presente, *self* se tornará ao mesmo tempo

fixado e patologizado, tanto quanto o próprio campo” (Távora, 2015, p. 46, tradução minha). Por isso descrevo *self* mais como um *road movie* do que como uma fotografia, já que “ser capaz para o contato é simultaneamente meio e fim para o *self*” (*ibidem*, p. 48).

A sessão de psicoterapia gestáltica é estruturada a fim de provocar uma espécie de “emergência segura” pela concentração na situação atual. O objetivo é que, na situação de emergência segura com o terapeuta, a intenção inicial seja experienciada, torne-se dominante e transforme a figura.

Como descrevi anteriormente (Távora, 2015, p. 53, tradução minha), acompanho um caso em que a queixa inicial do paciente era de “fuga” e “boicote” em vários setores. Esses comportamentos repetidos e a dificuldade de mudar poderiam levar a um diagnóstico (precipitado) de transtorno de personalidade. O paciente, um homem de meia-idade, passava boa parte do tempo sentado à minha frente sem olhar diretamente para mim, mantendo o olhar enviesado em direção a um canto da sala, até o dia em que ousei perguntar pela primeira vez:

- Em quem você pode confiar?
- O quê? Não tenho ninguém por mim.
- Como você sabe, se não olha para ver por si mesmo?

Essas perguntas foram seguidas de um convite que possibilitou uma experiência nova e atual e permitiu modificar o suporte percebido e, mais tarde, o autossuporte do paciente. Isso fez que ele passasse a me olhar nos olhos, de frente. Tanto que hoje, nas sessões, é difícil acreditar que um dia foi diferente. Uma hipótese diagnóstica é a de um tipo de quadro depressivo residual (atualmente em remissão), que teve associados sintomas de outros quadros em certos períodos de sua vida. O restabelecimento

mínimo das funções de contato permitiu que o sentido desses outros sintomas emergisse ao longo do trabalho terapêutico.

Na verdade, hoje temos boas conversas sobre assuntos vitais para ele em diversos setores da vida. Às vezes, peço sua opinião em algum ponto importante para minha compreensão da terapia. Também aprendi a confiar. O outro é realmente um polo de equivalente importância na experiência de si mesmo.

AJUSTAMENTOS DEPRESSIVOS E *GESTALTEN* FIXAS DEPRESSIVAS

A descrição do tipo de interrupção de contato tende a simplificar a variedade de formas clínicas da depressão. Estas aparecem em pacientes ansiosos, raivosos, que sofrem dores crônicas ou abusam de substâncias. A fenomenologia da clínica da depressão não se encaixa em um único ponto de interrupção, nem mesmo em um único ciclo de contato. Para alguns autores, o mecanismo principal de distúrbio do contato saudável é a retroflexão, um modo econômico de contato em que a pessoa volta a energia para si mesma. E que não é em si um distúrbio, mas pode se tornar um quando o padrão retroflexivo fica fixado, sendo utilizado rigidamente com o ambiente sem considerar a necessidade do organismo no aqui e agora.

Portanto, segundo a visão gestáltica, faz sentido distinguir os “ajustamentos depressivos” da “depressão” como Gestalt fixa, conforme sugerido por Roubal (2007). Na perspectiva desse autor, o modo como uma pessoa deprimida se relaciona com seu ambiente e consigo mesma não é necessariamente uma disfunção. Pode se tornar disfuncional e justificar que chamemos de desordem ou transtorno o caso em que o indivíduo venha a utilizar uma forma

depressiva rígida e estereotipada para se relacionar, a qual limite de modo significativo sua capacidade criativa para os ajustamentos. E aí podemos nos indagar sobre que tipo de *Gestalt* ficaria fixada no caso da depressão. Nos estados emocionais funcionais, ela talvez seja a do “humor baixo”, uma espécie de “modo *stand-by*” que limita a intensidade da experiência, mas atua como mecanismo adaptativo cujos sintomas lembram a depressão; trata-se, na verdade, de um ajustamento criativo.

O ajustamento depressivo é um modo de lidar com certas situações de vida. Quando triste, a pessoa conserva recursos pessoais. Isso pode acontecer, por exemplo, após a perda de um parceiro ou de um emprego. Nesse caso, o ajustamento depressivo leva a uma economia de esforço e à conservação de recursos. Ele capacita a pessoa a parar, considerar a situação mudada e tomar uma decisão com base em estratégias alternativas; regula economicamente o investimento pessoal e ajuda a controlar o impulso em direção ao esforço improdutivo. A depressão como possibilidade de retiro também é abordada por Pinto (2001, p. 14).

Ao contrário do ajustamento depressivo, a depressão como *Gestalt* fixa seria uma forma de defesa desregulada ou extrema, na qual o ajustamento original, que estava a serviço de necessidades emergentes atuais, perde sua utilidade original para o indivíduo e a sociedade e se torna uma fixação patológica. Esse processo acontece no curso da vida, influenciado por fatores biológicos e sociopsicológicos (e pode incluir também um componente de “neuroplasticidade”). Assim, por exemplo, aquele que experiencia uma perda significativa em idade precoce, sobretudo se essa situação de perda implica humilhação e abandono, pode preservar essa experiência na forma de “esquemas emocionais

depressogênicos” (Roubal, 2007, p. 39). Esses esquemas são um padrão rígido fixado, que afeta tanto a percepção quanto a experiência. Com frequência envolvem avaliações negativas introjetadas, uma organização de *self* sobrecarregada de sentimentos de menos-valia, humilhação, medo, solidão, insegurança, falta de amor e de poder, além de vergonha.

Pode ser difícil encontrar o momento da interrupção de contato “original” no caso da depressão.

Uma jovem estudante de graduação foi-me indicada depois de algum tempo em atendimento com um profissional de outra linha. Sua família percebia que ela vivia com grande sofrimento, apesar de todo o conforto e liberdade que lhe proporcionavam. Nas primeiras entrevistas, ela se descreveu como alguém que não se relacionava de verdade, que não se permitia emoção ou interesse. Dizia que apenas “ia jogando os fatos” e que no fundo “não acreditava em nada”. Culpava-se e se recriminava o tempo todo, sobretudo em relação ao final de um namoro com um rapaz que descreveu como extremamente agressivo.

No novo relacionamento que tentava com muito custo iniciar, com frequência sentia medo, tristeza e raiva. Quando fazia intervenções terapêuticas no sentido de focar ou de ampliar sua *awareness*, ela conseguia identificar que seu sentimento mais forte era a raiva. Porém, quando pedi que ela se imaginasse na posição de expressar ao ex essa raiva, ela disse timidamente: “Você nunca mais vai fazer isso comigo” e, em seguida, pareceu hesitar; disse se sentir insegura e sem convicção, com medo de que tudo voltasse a acontecer, medo de ser agredida e humilhada.

Então, começou a falar da raiva que tinha de si mesma. E disse que era assim quando se olhava no espelho. Olhava e dizia a si

mesma: “Ai, sai daqui!” Sentia-se inferior e triste – e já começando a levar a pior de novo.

No curso da terapia, revelou-se que a perda sofrida envolvia uma crença importante. A raiva, retrofletida após a triste descrença, retirava toda a energia de qualquer novo contato. A tristeza intensa e impronunciável em idade muito precoce se cristalizou como depressão.

O trabalho terapêutico implica restaurar a capacidade do *self* de realizar ajustamentos criativos em acordo com as necessidades presentes do organismo, além de estabelecer a habilidade para o contato e a retirada fluente e flexível. O perigo de que o sofrimento emocional destrua o paciente é genuíno. Mas na perspectiva da Gestalt, entretanto, “não se deve enfrentá-lo necessariamente enfraquecendo o conflito, mas fortalecendo o *self*” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997, p. 167).

Assim, por exemplo, os pacientes citados neste capítulo são protegidos “não pela atenuação da dificuldade, mas porque esta vem a ser sentida exatamente nas áreas onde a habilidade e o *eu* criativo também são sentidos” (*ibidem*, p. 62-63).

Aqui, a distinção entre tristeza e depressão é essencial. Como aponta Roubal (2007, p. 40), “trabalhar psicoterapeuticamente com a tristeza e a depressão usando a mesma abordagem pode até mesmo fazer mal ao paciente”. No caso da tristeza, o processo natural de luto não precisa ser confrontado, evitado, nem sofrer nenhum tipo de interferência por parte do terapeuta, podendo até ser encorajado. A tristeza como emoção que acompanha um mecanismo adaptativo tem qualidade adaptativa, sendo considerada, portanto, um ajustamento depressivo na visão desse autor.

Já no caso da depressão, o princípio da abordagem terapêutica é o suporte e o provimento de segurança e estrutura. O paciente vai precisar aprender a encontrar e a contar com suporte do ambiente até que possa construir um sistema de autossuporte. Como as pessoas deprimidas sempre se frustram, é fundamental usar a apreciação do esforço mais que a frustração. O paciente foi exposto repetidamente a situações oriundas de um ambiente limitante e ameaçador, e não desenvolveu o espectro completo de funções de *self*. Assim, o trabalho terapêutico terá como tarefa principal criar um ambiente/campo relacional seguro em que possa ativar sua potência.

TERAPIA DO CONTATO NO CAMPO DEPRESSIVO

Embora de grande valor para o estabelecimento da terapia experiencial no *mainstream* das abordagens clínicas da depressão, quando apontam que tanto o uso de antidepressivos quanto a psicoterapia podem levar ao desbloqueio do estado rígido e à restituição da plasticidade flexível de conexões entre células nervosas, as visões “neuroplástica” e “depressogênica” em geral se mantêm no nível biológico e patológico do problema. O “ajustamento depressivo”, entendido como mecanismo adaptativo, supõe o entendimento de uma organização depressiva do campo terapêutico conforme emerge entre terapeuta e cliente (Roubal, 2007). A ideia de campo depressivo modifica por completo a visão e a atuação do terapeuta. Ela sugere uma implicação diferente conforme se observa nas perguntas: “Como eu contribuo para o fato de que o paciente sentado à minha frente está retrofletindo e parando antes da ação? Como estamos deprimindo juntos?” (*ibidem*, p. 41)

Essas perguntas apontam para a importância de que o terapeuta não se resigne nem repita as reações com as quais o paciente está acostumado em seu ambiente original e dão apoio à Gestalt fixada de depressão. Elas se aplicam também à noção de campo psicopatológico e de campo depressivo (Francesetti, 2015, p. 7), substituindo a pergunta “O que posso fazer por um paciente tão deprimido?” A grande e significativa diferença aqui é colocar o foco não na psicopatologia, mas no campo psicopatológico, campo fenomenológico no qual há uma ausência na fronteira de contato e no qual o sofrimento é contido como uma ausência. Tomando o campo, e não o indivíduo, como objeto da psicopatologia, há uma mudança epistemológica no entendimento e na abordagem do sofrimento. Ele se torna um fenômeno emergente na fronteira de contato. Portanto, o terapeuta não trabalha sobre o cliente, mas primariamente sobre si mesmo, “modulando sua presença e sua ausência na fronteira de contato” (idem).

Esse autor considera que as expressões comuns relacionadas ao sofrimento depressivo, tais como “cliente deprimido”, “cliente sofrendo de depressão” ou “cliente tendo uma experiência depressiva”, permanecem todas dentro de um enquadre individualista. Mas podemos, ao contrário, dizer que “o encontro com o cliente é atualizado em um campo depressivo”, colocando o fenômeno depressivo em uma referência relacional e ativando a busca de sentido dentro do contexto terapêutico, ajudando o terapeuta a se sentir parte dele. Assim, um campo psicopatológico depressivo pode ser considerado “a atualização do campo fenomenológico no qual o cliente e o terapeuta experienciam um sentimento de derrota sem esperança” (idem). Esse sentimento pode ser reconhecido tanto pelo terapeuta quanto pelo paciente e

será atualizado em diferentes formas ao longo do processo com cada cliente deprimido e com o mesmo cliente deprimido a cada momento. Porque permitirá a descrição da forma específica como cada *Gestaltung* se desdobra para diferentes tipos de sofrimento; e a descrição dos aspectos fenomenológicos e estéticos específicos dos diferentes campos psicopatológicos atualizados. Nesse sentido, a noção de campo depressivo pode ser considerada revolucionária.

É necessário usar a própria *awareness* para não reagir de forma automática e, em seguida, gerar um espaço livre para criar uma forma diversa de relação. Por exemplo, a raiva ou a crítica que o paciente retroflete e direciona a si mesmo em vez de dirigir ao ambiente pode ser experimentada diretamente no campo da relação terapêutica. Qualquer mínima mobilização para a ação que possa levar a contato interpessoal precisa ser encontrada e apreciada, como uma simples expressão de opinião por parte do paciente. Se esta for experienciada como algo com que o paciente possa lidar, ele perceberá que não é completamente incapaz para a ação. O exemplo do terapeuta ao expressar sua experiência no campo pode funcionar como instrumento de ruptura com o padrão retrofletivo.

A pessoa deprimida precisa encontrar uma forma de se proteger que não seja se isolando; por isso, nem sempre funciona trabalhar a projeção e a deflexão no sentido de aprofundar a experiência. Esta precisa ser direcionada do conflito interno para a relação com o contexto de seu ambiente. A ideia é orientar a energia em sentido contrário ao da retroflexão, para fora, em direção ao desenvolvimento da habilidade para o contato-retirada, primeiro com o terapeuta e, em seguida, com outras relações.

Quando Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 161) diziam que “os distúrbios estão no campo”, referiam-se ao fato de que a

essência dos conflitos na relação sentida e perturbada é irreduzível às partes. Assim, “um campo depressivo atualizado em um grupo, por exemplo, é palpável e perceptível pelas pessoas presentes como uma atmosfera” (Francesetti, 2015, p. 8). Os fenômenos que emergem no campo fenomenológico vibram constantemente no espaço “entre”.

Então, o que se avalia e aquilo a que se dá suporte não é o cliente, mas o processo de contato, o que em termos gestálticos é o processo de formação de Gestalt (*Gestaltung*) na fronteira de contato. A curiosidade tem destaque nesse processo. Se, no caso do sofrimento depressivo, existe um sujeito que emerge, mas é incapaz de estar plenamente presente na fronteira de contato, o ato terapêutico é permitir que o campo de sofrimento seja atualizado no *setting* terapêutico – sem, no entanto, tentar mudá-lo. A mudança é efeito da própria atualização do sofrimento. A tarefa do terapeuta é dar suporte à emergência do campo psicopatológico. “Estar *aware* da presença da ausência significa captar e se deixar tocar pela dor do cliente” – pela exaustão de ter sentido e carregado o fardo e até mesmo de tentar não sentir e se anestesiar. Quando tudo isso é atualizado na situação atual e o paciente experiencia junto com o terapeuta, ambos plenamente presentes no campo, nesse momento não há ausência, mas encontro e contato. Emergindo no campo depressivo como ausência, com a dor que essa ausência implica, e nesse enquadre relacional, a ausência pode se tornar presença (Francesetti, 2015, p. 12).

A noção de campo depressivo é interessante na discussão sobre diferentes formas de ajustamento depressivo.

Uma mulher em uso de antidepressivos havia longo tempo tinha períodos de leve melhora no estado de ânimo quando saía,

encontrava amigos e “ficava” com alguém. Mas trocava de parceiro com frequência. Reclamava da falta de libido e por isso também trocava de médico, em busca de menos “efeitos colaterais”. Descrevia como insuportável a visão dos parceiros felizes, enquanto ela própria não sabia para que serviam seus atributos de beleza. Era alta e esbelta; quando entrava no consultório, carregava sua bolsa e qualquer outro objeto, como um casaco, com os braços estendidos de forma que quase tocavam o chão, os ombros quase sem formar ângulo. Por vezes eu chegava a me assustar por vê-la perecendo se arrastar, como em uma caricatura.

Era comum que suas primeiras frases em sessão começassem com “Como pude...?”, “Como pude fazer isso?”, “Como pude fazer aquilo?”. Eram perguntas que não pareciam demandar de mim uma resposta. Em poucos minutos, uma atmosfera de solidão tomava conta do consultório como uma névoa, a ponto de parecer que estava escurecendo mais cedo que de costume.

Um dia, ainda à porta, perguntei se eu poderia levar sua bolsa e uma sacola que também portava. Ela me entregou os objetos sem mostrar resistência – nem satisfação. Coloquei tudo cuidadosamente sobre uma cadeira próxima e, como percebesse peso considerável, perguntei:

— Você veio andando de casa até aqui? Costuma carregar sempre tanto peso?

— Nem sei mais o que tem aí dentro. Mas é assim mesmo, né? A mala vai ficando pesada ao longo da vida.

Propus que trabalhássemos com aquela frase como se refletindo seu sofrimento e sua necessidade atuais. E ela foi se desdobrando em uma imagem de sua vida como “uma viagem chegando ao fim”. Atenta aos gestos e expressões, além das palavras, a fim de não

negligenciar eventual impulso suicida, perguntei:

— Gostaria de fazer algo a respeito?

Ao que ela retrucou:

— Você tem alguma sugestão?

Como ela, então, me olhasse parecendo nutrir uma expectativa, sugeri que usássemos a bolsa como se fosse a mala que levava nessa viagem. E seguimos juntas examinando o que ela tinha vontade de fazer com os itens que lá se encontravam (roupas, ideias, pessoas...). Foi a primeira vez que ela disse querer descartar a autorrecriação que carregava pelo menos desde o início da idade adulta. Seguiram-se algumas sessões nesse sentido.

Sendo *self* uma noção estritamente ligada ao conceito de campo, como função de contato, sua utilização no trabalho clínico como “interface” pode facilitar o trabalho com a relação entre forma e conteúdo da experiência no campo terapeuta-cliente (Távora, 2015; 2017). No caso citado, como com frequência em outros de pacientes que chegam à terapia em uso prolongado de medicação, foi necessário o fortalecimento das funções de *self* (Távora, 2014) antes que pudesse ser cogitada uma mudança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se dizer que há um sentimento de derrota sem esperança. Não só na clínica e nos pacientes, mas no campo “depressivo” da contemporaneidade. A vida é, entre tantas qualidades descritivas, também uma espécie de fenda aberta, em que o sentido não é original nem essencial, mas efeito e produção.

A depressão é uma condição contemporânea, cultural, econômica e social. É também clínica. Mas a intervenção psicológica e

psicoterapêutica que privilegia a noção de campo depressivo permite pontuar e cuidar da interrupção do processo sem desqualificar os ritmos e a própria processualidade característica do contato do humano em seus diversos aspectos. Por mais que pareçam iguais todos os quadros depressivos, “na qualidade de obra de seu próprio *self* criativo, o sintoma expressa a singularidade de um homem” (Perls, Hefferline e Goodman, 2007, p. 93).

REFERÊNCIAS

- Baima, C. “Atividade de gene em região do cérebro está ligada à depressão”. *O Globo*, 7 jul. 2017, p. 31. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/saude/atividade-de-gene-em-regiao-do-cerebro-ligada-depressao-21562534>>. Acesso em: 8 ago. 2017.
- Dominici, M. *The sad people factory*. Flach Film Production for Art, 2015.
- Frazão, L. M. “Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais”. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *A clínica, a relação terapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, v. 3. São Paulo: Summus, 2015.
- Francesetti, G. “From individual symptoms to psychopathological fields – Towards a field perspective on clinical human suffering.” *British Gestalt Journal*, v. 24, n. 1, 2015, p. 5-19.
- Horton, R. “GBD 2010: understanding disease, injury, and risk”. *Lancet*, v. 380, n. 15/22/29, dez. 2012, p. 2053-54.
- Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- _____. “Depressão afeta mais de 300 milhões de pessoas e é doença que mais incapacita pacientes, diz OMS”. Portal ONU.BR. 7 abr. 2017. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/depressao-afeta-mais-de-300-milhoes-de-pessoas-e-e-doenca-que-mais-incapacita-pacientes-diz-oms/>>. Acesso em: 8 ago. 2017.
- Perls, F.; Hefferline, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.
- Pinto, E. B. “Globalização, sexualidade e religião – reflexões”. *Último Andar*, São Paulo, ano 4, n. 5, 2001, p. 111-35.
- Roubal, J. “Depression: a Gestalt theoretical perspective”. *British Gestalt Journal*, v. 16, n. 1, 2007, p. 35-43.
- Souza, L. H. *Depressão de difícil tratamento: validadores para classificação e resposta à terapia interpessoal*. Tese (doutorado em Psiquiatria). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.
- Távora, C. B. “Três ensaios sobre o self: intencionalidade, crise e mudança”. In: Pinto, E. B. *Gestalt-terapia: encontros*. São Paulo: Instituto Gestalt de São Paulo, 2009.
- _____. “Self e suas funções”. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *Gestalt-terapia: conceitos fundamentais*. Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas, v. 2. São Paulo:

Summus, 2014.

_____. "Because the world is round it turns me on: self as the form-content interface in contemporary clinical practice". In: Robine, J.-M. *Self: a polyphony of contemporary gestalt-therapists*. Paris: Léxprimérie, 2015.

_____. "Corporalidades, tecnologias e a interface eu-outro na contemporaneidade". In: Frazão, L. M. (org.). *Questões do humano na contemporaneidade*. São Paulo: Summus, 2017.

Van den Berg, J. H. *O paciente psiquiátrico – Esboço de psicopatologia fenomenológica*. São Paulo: Mestre Jou, 1981.

Villano, L. A. B.; Nanhay, A. L. G. "Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde". *Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto*, (Hupe-Uerj), ano 10, n. 2, 2011.

11. Depressão maior

CLAUDIA RANALDI NOGUEIRA

O que me encanta na profissão de psicoterapeuta é a troca que se dá, em uma atmosfera de intimidade, entre os universos que se tocam, se estimulam e se enriquecem mutuamente. Não há como ser terapeuta sem trazer a própria história de vida; sentimentos, alegrias, tristezas e estar disponível para receber o outro com toda sua bagagem pessoal que nos toca. Juntos, embora com fronteiras bem delineadas, debruçamo-nos para favorecer o alívio da dor ou do sofrimento do cliente com o propósito de que ele retome um caminho de crescimento.

Abordar o tema da depressão é uma tarefa difícil, pois o conceito é amplo e cercado por inúmeras variáveis e singularidades. A manifestação desse transtorno afetivo acontece de forma complexa e única em cada indivíduo; entretanto, nós, psicólogos, precisamos conhecer as diversas formas em que a depressão se apresenta. Essa não é uma tarefa exclusiva do psiquiatra, uma vez que, com tamanha prevalência, muitos clientes em depressão chegam primeiramente às mãos do psicólogo. Precisamos saber reconhecê-la e verificar a necessidade ou não de encaminhamento para o psiquiatra.

O DSM-5 aponta nove descrições diferentes de depressão. Serão abordados aspectos da depressão maior, cujos principais sintomas são humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, insônia ou hipersonia, fadiga ou perda de energia, capacidade diminuída de pensar ou se concentrar, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa e ideação de

morte, entre outros. Como aponta o DSM-5, os sintomas causam sofrimento ou prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

Ainda há preconceito com relação à medicação por parte de alguns psicólogos e muito abuso de remédios por parte de médicos e pacientes que não querem “perder tempo” sentindo-se tristes. De um lado, pessoas sofrem excessivamente sem fazer uso de recursos medicamentosos; de outro, indivíduos que precisam ampliar a compreensão de si mesmos e estão sendo chamados a entrar em contato com suas vulnerabilidades anestesiam suas angústias com os antidepressivos, deslocando-as para o fundo sem um trabalho de elaboração dos sentimentos.

É importante reconhecer o cliente que, em seu sofrimento, dá pequenos sinais de que tem autossuporte; apesar do momento de fragilidade, apresenta recursos e consistência suficientes para se autorregular e ajustar-se criativamente de forma saudável. Conhecer o campo e identificar em que contexto o cliente está inserido pode falar dos heterossuportes existentes em sua vida e, assim, com maior segurança, dar uma chance ao trabalho psicoterapêutico e ao paciente de não recorrer à medicação de antemão.

Por outro lado, ao saber identificar a necessidade de encaminhamento para que o psiquiatra avalie e medique o cliente, o psicólogo oferece a possibilidade de uma psicoterapia mais eficaz. Muitas vezes, quem está em franca depressão sente-se embotado e angustiado de tal forma que o seu processo de contato e *awareness* ficam interrompidos. Desse modo, o indivíduo se mantém em retração quase o tempo todo. Outras vezes, o cliente se encontra tão fragilizado que não dá conta de elaborar conteúdos e se nutrir do que foi abordado na sessão terapêutica.

A depressão tem toda uma gama de intensidades, podendo se apresentar de forma grave e abarcar fatores como alterações bioquímicas e herança genética; portanto, não se deve ignorar a história familiar do cliente. Podemos dizer que a depressão é a resultante de fatores biológicos, psicológicos e situacionais que se interconectam e mutuamente se influenciam.

Quando não é tratada de forma adequada, os episódios depressivos tornam-se mais intensos e frequentes ao longo da vida. Além disso, segundo as pesquisas mais recentes, estão sendo associados à doença de Alzheimer e a outras patologias. Há pessoas que passam a vida inteira imersas na depressão e, por desconhecimento ou preconceito, levam sua existência de forma precária e miserável.

É preciso compreender se o que está se manifestando no cliente é uma depressão ou um momento penoso da vida. Pedimos uma descrição detalhada de como se sente e se percebe no campo, na relação com as pessoas, nas situações de lazer e em seu ambiente cotidiano profissional e familiar. O que mudou? Diante de um cliente novo, é fundamental diferenciar o que são características e modo de ser do que é novo e vem se apresentando.

Em geral, diversas mudanças manifestam-se gradativamente no cliente. Muitas atividades que lhe traziam alegria e prazer perdem a graça e o sentido. Sente-se cansado, passivo e apático. Há um recolhimento e afastamento das atividades sociais. Déficits de memória, dificuldade de concentrar-se e dores no corpo são comuns e podem estar relacionados ao distúrbio do sono.

Um dos momentos difíceis para a pessoa em depressão é ter de sair da cama. Muitos dormem muito mal, têm sono leve, despertam várias vezes durante a noite e ainda apresentam despertar precoce;

outros acordam de madrugada e só vão adormecer pela manhã. Sentem-se cansados, mas, sobretudo, sem motivação para despertar para a vida. A pior sensação se dá antes de abrir os olhos, no instante em que percebem que acordarão e terão de se levantar e cumprir todas as tarefas e desempenhar os papéis que a vida lhes pede e já não fazem o menor sentido. É um momento de luta intensa entre atender a si mesmo ou às obrigações da vida.

Alguns se levantam e vão se “arrastando” para a vida até que se dessensibilizam e alienam-se de si mesmos. Entram em funcionamento “automático” e passam a cumprir tarefas – sem energia, sem motivação, sem brilho. Outros sucumbem à angústia e ao desânimo e se autorregulam voltando a dormir, totalmente entregues à falta de sentido e de perspectivas para a vida. Dormem por horas, às vezes por dias a fio, mas o sono e a vontade de dormir não se esgotam. É o que se chama de hipersonia.

Os sentimentos de tristeza, desesperança e vazio interno contribuem, muitas vezes, para um excesso de sensibilidade que provoca vontade de chorar em diversos momentos do dia. Por exemplo, o cliente fica extremamente mobilizado ao parar em um farol e prestar a atenção a um mendigo, imaginando e confluindo com ele em sua miséria e sofrimento. Esse mesmo cliente, em outros momentos da vida, em contato com o sofrimento alheio, não se sentiu tomado pela tristeza.

Cabe aqui abrir parênteses e diferenciar a tristeza comum da que se apresenta em uma pessoa em depressão. A tristeza é um estado de infelicidade que pode variar em intensidade e surge em resposta a um fato significativo e dolorido. Pode vir acompanhada de angústia e choro, mas, em geral, é passageira e o indivíduo fica preservado em seu funcionamento global. É uma figura nítida, com

limites e contornos claros. Já o indivíduo em depressão se desequilibra de forma mais ampla e profunda, sendo a tristeza persistente e acompanhada de diversos sintomas, inclusive com pensamentos em relação à morte. Pode ocorrer ideação suicida ou o desejo de não existir.

Nós, psicólogos, precisamos conhecer e compreender a experiência da depressão para tomar a decisão do encaminhamento, ou não, ao psiquiatra. O terapeuta deve estar com suas funções de contato em ação, com a sensibilidade e a intuição apuradas.

É preciso determinar até que ponto a falta de energia, o desinteresse pela vida, o sentimento de falta de perspectiva, o excesso de sensibilidade e angústia, entre outras manifestações, estão interferindo no funcionamento do cliente, a ponto de trazer-lhe prejuízos pessoais, sociais e profissionais. Devemos conhecer o cliente em sua totalidade, compreender o contexto em que está inserido, suas demandas e seus auto e heterossuportes para atender àquelas solicitações que são imprescindíveis. É preciso, ainda, discriminar seus limites e possibilidades no momento atual e identificar se seu estado emocional oferece riscos que possam vir a desorganizar ainda mais a ele e a sua vida, como a perda do emprego.

Devemos encaminhar ao psiquiatra aquele cliente que se encontra paralisado diante da vida. Sua angústia é de tal porte que ele se encontra limitado em seu funcionamento e, portanto, prejudicado em seu contato com o mundo. Nesses casos, é indicado que se faça uma avaliação psiquiátrica para que, preferencialmente juntos, cliente, terapeuta e médico cheguem a um diagnóstico. Entretanto, como aponta Frazão (2015, p. 84), “em Gestalt-terapia,

pensar diagnosticamente demanda uma atitude de investigação inicial e também ao longo de todo o processo psicoterapêutico, comungando investigação e tratamento – que devem caminhar lado a lado”.

O diagnóstico em Gestalt-terapia não é definitivo; ao contrário, compõe-se de uma compreensão processual que se reconfigura ao longo do tratamento. Portanto, a depressão “está sendo” no momento presente, uma entre tantas outras possibilidades de o cliente ser e estar na vida.

O cliente que faz tratamento com medicação deve ser assistido periodicamente pelo psiquiatra. Por sua vez, cabe ao psicólogo acompanhar o tratamento psiquiátrico e ajudá-lo a se comprometer com o uso correto da medicação. Atualmente, inúmeros profissionais se propõem a conversar com o psicólogo e a desenvolver um trabalho integrado à psicoterapia, o que contribui significativamente com o processo terapêutico. É recomendável que o psicólogo tenha um psiquiatra de sua confiança a quem possa encaminhar seus clientes com quem possa trabalhar em parceria.

A depressão pode ser vista como uma forma de o organismo reagir às pressões do campo. Ocorre um desajuste na relação organismo/meio que desequilibra esse fluxo de interação e desorganiza o indivíduo. Este, por sua vez, retrai-se, tensionando o corpo e diminuindo a atividade respiratória em reação vigilante ao evento do campo. A baixa oxigenação e a tensão corporal provocam fadiga e interrompem o livre fluxo da energia vital. O organismo se fragiliza e, conseqüentemente, necessita de maior proteção.

O indivíduo se desestabiliza devido às inúmeras sensações que emergem durante as experiências que se apresentam nas relações vividas nesse campo. Tais interações acionam *Gestalten* abertas,

nebulosas e algumas cristalizadas que se encontram no fundo. Estas podem estar relacionadas aos sentimentos de frustração, impotência, incapacidade, raiva e desamparo, entre outros. A depressão é um ajustamento criativo disfuncional que vem carregado de crenças e mitos pessoais e familiares que, de alguma forma, foram moldando tal jeito de lidar com as situações do campo.

A experiência da pessoa deprimida é de angústia ou até mesmo de vazio; entretanto, muitas vezes ela não está *aware* do que foi mobilizado em seu mundo interno. O estado de depressão vem como um bloqueio que ajuda o indivíduo a se distanciar das solicitações do campo e aliviar a angústia.

O corpo, desvitalizado, fica muito pesado. As reações corporais e emocionais quase não acontecem e, quando a pessoa tenta reagir, o esforço é gigantesco. A percepção desse esforço é nítida para o indivíduo deprimido, o que só faz aumentar sua sensação de insuficiência. O mundo torna-se grande demais para aquela existência fragilizada, pois lhe falta energia agressiva para interagir com o ambiente de maneira produtiva e alcançar respostas positivas. Pode ocorrer uma redução vivencial a ponto de o indivíduo não se sentir pertencente ao mundo. Encolhe e murcha, voltando-se para si mesmo a fim de não sentir a dor de tamanha precariedade existencial.

Considerando o ciclo do contato descrito por Ribeiro (1997), compreendemos o indivíduo que apresenta depressão maior como alguém que, ao longo da vida, experimentou situações difíceis na relação com suas principais figuras de referência afetiva. Suas necessidades não foram compreendidas e, por uma questão de sobrevivência emocional, essas experiências conflitantes com suas demandas internas foram engolidas por inteiro, sem que pudesse

mastigá-las. Tais experiências fizeram que introjetasse ideias e valores a respeito de si mesmo que acabaram por torná-lo um indivíduo com autoestima rebaixada e pouca autoconfiança. Paralisado nessa posição, sente-se incapaz de explorar o ambiente, de ir em direção ao novo e crescer. Frustrado e amedrontado diante das solicitações da vida, ocorre o bloqueio de contato por meio da dessensibilização. Ribeiro (1997, p. 45) o descreve de forma muito semelhante ao torpor, tão presente nos estados depressivos.

Dessensibilização (“não sei se existo”): processo pelo qual me sinto entorpecido, frio diante de um contato, com dificuldade para me estimular, e sinto uma diminuição sensorial no meu corpo, não diferenciando estímulos externos e perdendo o interesse por sensações novas e mais intensas.

A proposta diante desse estado é ajudar o cliente a intensificar o contato colocando o foco em si mesmo, sensibilizando-o para receber e perceber os sinais que seu corpo produz.

Outra forma de bloqueio de contato nítida na pessoa em estado depressivo mais acentuado é a deflexão. Estar consigo já é custoso; estar com o outro, nessas condições, chega a ser árduo.

Deflexão (“nem ele nem eu existimos”): processo pelo qual evito contato pelos meus vários sentidos ou faço isso de uma maneira vaga e geral, desperdiço minha energia na relação com o outro, usando um contato indireto, palavreado vago, inexpressivo ou polido de mais, sem ir diretamente ao assunto. Sinto-me apagado, incompreendido, pouco valorizado, afirmando que nada dá certo em minha vida e sem saber por que as coisas acontecem como acontecem. (Ribeiro, 1997, p. 46)

A depressão proporciona qualidade de contato frágil com o ambiente, percepção de figuras nebulosas e, portanto, uma interação sem brilho nem vigor, alimentando assim a baixa autoestima e os introjetos negativos do indivíduo.

O fator de cura, segundo Ribeiro, é buscar a consciência de si próprio e do seu entorno de maneira mais clara e reflexiva. Intensificar o contato com o ambiente, buscando relacionar-se com maior reciprocidade com as pessoas e as coisas.

A pessoa deprimida não se dá conta do que a está ameaçando nem se apropria de suas necessidades genuínas. De alguma forma, aprendeu a não buscar no ambiente o que satisfaça suas reais necessidades e a aceitar o que lhe dão sem nenhuma discriminação do que lhe serve ou não. Segundo Ribeiro, o introjetor não defende seus direitos com medo da própria agressividade. Teme sua mudança e, por isso, escolhe situações já conhecidas e controláveis.

Em sua vivência interna, sente-se impossibilitado de fazer ajustamentos criativos funcionais. Retroflete direcionando para si mesmo a energia que deveria direcionar ao ambiente ou a alguém. Talvez, de outra forma, explodisse, agredisse, largasse tudo, partindo para uma posição polar. Essas seriam atitudes desejadas, porém extremas, com cujas consequências não conseguiria lidar posteriormente.

Recebi em meu consultório uma moça que chamarei de Célia. Seu olhar me parecia apreensivo; sua fala, reticente. O corpo demonstrava tensão e receio. Logo me contou que fazia terapia e teve problemas com a terapeuta anterior. Fiquei bem atenta à minha postura e bastante cuidadosa no contato.

Ao longo da sessão, citou o fato de ter sido roubada de sua mãe quando pequena, o que me deixou alerta. Contou que recentemente fora assaltada e sofrera um acidente grave em que quase ficara cega. Foi diagnosticada com estresse pós-traumático e passou a tomar antidepressivos, mas logo parou, pois, sua terapeuta anterior

fora contra a medicação.

Demos início a um longo e árduo trabalho que continua em andamento.

Em sua primeira sessão comigo, Célia se sentia culpada por ter magoado e abandonado sua terapeuta, que lhe oferecera acolhimento e afeto. Começou a questionar a relação porque se sentia pressionada a assumir a uma mediunidade nunca percebida por ela, mas afirmada pela psicóloga. Decidiu, então, interromper o processo terapêutico.

Célia chegou a ir a um local de candomblé indicado pela terapeuta. Ficou bastante perturbada, sentindo-se pressionada a se converter. Um dos procedimentos seria raspar a cabeça e usar vestimentas específicas por um tempo. Célia não tinha autossuporte nem condições emocionais para lidar com as exigências e doutrinas do candomblé naquele momento. Pedi-lhe, então, que por ora esquecesse a questão e não fizesse nada nesse sentido. Ela precisaria estar mais fortalecida para fazer aquela escolha de forma tranquila e consciente. A cliente mostrou-se bastante aliviada com minha solicitação.

Por vezes, a terapeuta apontara que sua mãe lhe fazia mal e que deveria se separar dela, saindo de casa. Pedi a ela que também nos desse um tempo para trabalhar essa questão.

Aos poucos, fomos dando contorno ao que é uma relação terapêutica. Sonhava comigo constantemente, trazia fantasias e desconfianças em relação a mim. Foi um longo trabalho de diferenciação de posturas terapêuticas e de construção do vínculo de confiança.

Suas colocações eram carregadas de angústia e questionamentos; a postura e o tom de voz mostravam

esmorecimento. Eu mais a acolhia e pouco conseguíamos trabalhar devido à sua extrema fragilidade. Na semana seguinte, voltava excessivamente mobilizada com suas inquietações e reflexões. Na mesma época, encontrava-se pressionada pelo prazo do mestrado – do qual já havia muitas vezes pensado em desistir, pois não se sentia em condições de terminá-lo. Mostrei-lhe, então, a necessidade de retomar o tratamento para a depressão, o que foi aceito de pronto.

Terapeuta ocupacional, sempre trabalhou no serviço público, na área da saúde. Solteira, morava com a mãe. Tinha poucas amigas e não saía aos finais de semana. Usava esse tempo para dormir e assistir a seriados policiais com temas relacionados a crimes, inclusive sexuais.

Seus pais se separaram quando tinha 3 anos. O pai, que não queria a separação, resolveu “roubar” a filha enquanto esta dormia. Célia acordou na casa de um tio que vira poucas vezes. Seu pai apareceu para visitá-la uma vez e nunca mais voltou. Muito pequena, tinha muito medo de dormir e dificuldade de pegar no sono, pois dormia sozinha em uma sala grande. Sua tia ouvia as histórias policiais de Gil Gomes. Célia prestava atenção e ficava impressionada com as narrativas de estupro e assassinato.

Não sabe precisar quanto tempo permaneceu nessa casa, mas fora bastante, pois seu cabelo, antes muito curtinho, estava comprido quando reencontrou a mãe.

Aos 12 anos, sofreu uma tentativa de estupro. A partir de então, passou a ter medo de ficar sozinha em casa, muitas vezes entrando em pânico enquanto sua mãe não chegava do trabalho.

A mãe sempre disse que ela não era bonita, mas muito inteligente. Célia chegou a fazer plástica no nariz para sentir-se

melhor em relação à aparência.

Dona Diva (nome fictício), sua mãe, também apresentava episódios depressivos. Com extrema dificuldade de lidar com o afeto, mostrava-se distante e defletora no contato. Não havia diálogo, não havia intimidade emocional entre mãe e filha. Célia passou a adolescência escondendo o corpo com camisetas largas e compridas, sem vaidade, sem ir a festas, sem convívio com garotos.

Perdeu o contato com o pai e só foi vê-lo aos 15 anos, contra a sua vontade, e aos 20, quando ele já estava bastante doente.

Escolhi essa cliente por apresentar um quadro de depressão maior cujo trabalho, apoiado na relação dialógica, mostrou-se imprescindível para que pudéssemos nos encontrar e construir um vínculo. Um vínculo que oferecesse condições para que se reconhecesse e legitimasse o valor de sua existência.

Durante dois anos, Célia pouco tratou de sua história pessoal. O ambiente de trabalho, seus questionamentos e sua postura profissional, bem como os episódios depressivos, tomavam toda a sua atenção e suscitavam muito conteúdo para o trabalho psicoterapêutico.

A gravidade dos sintomas que apresentava e a recorrência dos episódios foram me mostrando sua fragilidade interna. Enorme sofrimento e desamparo, vividos de modo solitário.

Ainda muito pequena, Célia precisou interromper o contato com suas necessidades emocionais básicas de amor e segurança. Aprendeu a sobreviver acionando suas defesas e fazendo ajustamentos criativos na relação com as pessoas.

O fato de ter sido bruscamente afastada da mãe por uma figura de referência amorosa – seu pai, que também sumiu – mobilizou em mim a imagem que refletia a vivência de uma criança pequena,

perdida e desamparada, que não conseguia reconhecer um rosto familiar em meio à multidão. Minha compreensão foi de que a sensação de tal vivência havia se cristalizado e permanecera preenchendo o mundo interno de Célia, pois ela não tinha intimidade emocional com ninguém, nem mesmo com a mãe.

Como pano de fundo estava a nossa relação. Acredito que ela precisava vivenciar um vínculo seguro e saudável, em que pudesse sentir-se acolhida e confirmada em suas necessidades afetivas e emocionais. Uma relação que lhe assegurasse de que não seria abandonada e em que pudesse apenas ser, sentindo-se incondicionalmente aceita.

Ofereci minha presença e disponibilidade para acolhê-la em sua dor, acompanhá-la em seu estreitamento vivencial, ficar com ela em seu mundo vazio e ajudá-la a suportar a falta de esperança. Estive com ela por muito tempo e por muitas vezes na atmosfera sombria em que vivia e nas experiências de impotência e impossibilidades, na vida difícil que sempre tivera. Não manifestava tristeza, parecia estar muito além desta. Conseguia levar a semana de trabalho sem que as pessoas tivessem ideia do que se passava com ela – o que é muito comum em pacientes que sofrem de depressão ao longo de toda a vida.

Sempre com um senso rigoroso em relação ao dever e à responsabilidade, esgotava suas forças e passava os finais de semana na cama, dormindo três dias sem se alimentar. Nessas fases pesadas, eu ficava muito atenta para me autorregular de forma saudável e, assim, preservar minha presença na relação com Célia.

Estive também com minha disponibilidade para rir com ela, para me indignar junto com ela, acompanhá-la nas histórias de seus

pacientes, admirá-la e respeitá-la como profissional. Célia é uma pessoa com senso de justiça, acolhimento e altruísmo, com enorme capacidade empática e de compaixão por seus pacientes. Quando está bem, é alegre e brincalhona.

Quando um novo episódio depressivo se aproximava, começava a sentir-se estranha, dizia que estava ficando “chata”. Suas fronteiras se enrijeciam, parecia se distanciar lentamente e uma leve irritabilidade começava a despontar. Essa irritabilidade ficava presente na nossa relação; por muitas vezes sentia-me rechaçada por Célia e, então, percebia que precisava dar-lhe espaço e ficar apenas presente para acompanhá-la na nova crise que estava por vir. Recolhia-se em si mesma, não dando chance para o contato com as pessoas e, mais uma vez, mergulhava na solidão e no isolamento. Teve de ser afastada algumas vezes do trabalho a fim de se recuperar.

Aos poucos, Célia passou a se recuperar com mais rapidez a cada novo episódio. Pude, então, ajudá-la a entrar em contato com seus temas mais íntimos e delicados. Visitamos e revisitamos sua história por várias vezes. O buraco no peito e o sentir-se desagregada deram espaço à tristeza. Tristeza que, antes, não se tornava figura. Tristeza que deu forma e contornos nítidos à devastação de suas vivências em fases tão primárias e primordiais para a construção de sua identidade. Célia chorou muito.

Chorou comigo, chorou sozinha, chorou com a mãe e ainda tem a chorar. Com o processo terapêutico, recuperou sua história e sentimentos que, desde então, por sobrevivência emocional, tiveram de ficar guardados no fundo. Ressignificou experiências vividas na relação com a mãe e se apropriou do afeto recebido do pai quando era bem pequena.

REFLEXÕES

Considero a relação dialógica e a metodologia fenomenológica as ferramentas mais preciosas da Gestalt-terapia para o trabalho com pacientes depressivos. A troca de olhares, gestos e palavras, como fruto do exercício do contato com empatia, inclusão, busca de sintonia e confirmação do cliente, conferem uma qualidade à presença do terapeuta e lhe permitem criar uma situação segura e fértil para que a compreensão se amplie e o cliente sinta-se encorajado a experimentar novas possibilidades e arriscar-se a trilhar novos caminhos.

É importante considerar que o distúrbio no campo atual vem carregado de feridas que permanecem abertas ao longo da história de vida do indivíduo e contaminam a sua interação nesse campo. O método fenomenológico propicia um descortinar gradual das emoções e permite acompanhar o cliente passo a passo à medida que ele próprio possa se acolher e se sustentar diante de sua dor. O processo requer do terapeuta permanência e paciência para que o cliente respeite o seu tempo e suas condições no contato com as inúmeras sensações e os sentimentos que o assolam. Só assim, permanecendo no que se evidencia, a transformação poderá ocorrer.

Durante as sessões, o terapeuta procura constantemente alternar os momentos de reflexão e elaboração do vivido com a abertura para a inclusão e para o diálogo amoroso e profundo. Assim, por meio dessa relação de confiança e amorosidade, vai-se construindo um suporte compartilhado por terapeuta e cliente, base para que uma relação segura e consistente se desenvolva.

Só assim o heterossuporte oferecido pela presença do terapeuta pode ser apropriado pelo cliente e transformado em autossuporte e

heterossuporte social.

Só a profunda aceitação e o sentimento de cuidado respeitoso e amoroso podem ajudar o cliente a aceitar a si mesmo, diminuindo a autocrítica.

As respostas estão no próprio indivíduo e no meio em que está inserido. Aos poucos, a relação terapêutica se torna referência segura e, desse modo, o indivíduo consegue absorver e criar novas relações com funcionamento saudável.

O processo pode ser árduo, carregado de grandes e pequenos obstáculos, mas quando emerge uma luz no fundo do túnel e renasce a esperança e o sabor pela vida é possível dizer que se descortina um horizonte impregnado de uma beleza única, que nos alimenta no mais profundo recanto do nosso ser.

REFERÊNCIAS

Frazão, L. M. "Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais" In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (orgs.). *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2015.

Ribeiro, J. P. *O ciclo do contato – Temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus, 1997.

Os autores

Angela Schillings

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Gestalt-terapeuta pelo Centro de Gestalt-terapia de São Paulo. Diretora e coordenadora técnica do Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia, em Florianópolis (SC), onde é coordenadora de turmas, professora e orientadora de prática clínica. Professora do Departamento de Psicologia da UFSC desde 1982. Gestalt-terapeuta de adultos nas várias modalidades de atendimento há 35 anos e com ênfase em sofrimentos emocionais agravados há mais de 20 anos. Responsável pela formação de Gestalt-terapeutas desde 1989.

Arlene Leite Nunes

Psicóloga, psicoterapeuta e supervisora clínica. Mestre em Nutrição pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e especialista em Psicologia Clínica (Gestalt-terapia) pelo Instituto Gestalten. Professora e supervisora do curso de Formação Plena de Gestalt-terapia do Comunidade Gestáltica. Professora dos cursos de Psicologia e Medicina da Universidade da Região de Joinville (Univille) e do curso de Nutrição do Centro Universitário Católica de Santa Catarina. Autora do livro *Transtornos alimentares na adolescência* e de vários artigos e capítulos de livros nessa temática. Coordenadora do projeto de extensão “Encontro”, que presta atendimento interdisciplinar em grupo a pessoas com sobrepeso e obesidade (Univille).

Cintia Lavratti Brandão

Graduada em Psicologia pela Associação Catarinense de Ensino. Realizou estudo e aperfeiçoamento em Gestalt-terapia pelo Centro de Gestalt-terapia do Paraná. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Pará. Professora adjunta VI, supervisora clínica na abordagem gestáltica, membro do Núcleo Docente Estruturante na Universidade da Amazônia e coordenadora do projeto de extensão Plantão Psicológico e Contemporaneidade desde 2010. Sócia-fundadora do Centro de Capacitação em Gestalt-terapia (CCGT). Professora convidada em institutos de Gestalt-terapia em âmbito nacional. Trabalhos com ênfase em Gestalt-terapia, fundamentos filosóficos e epistemológicos da Gestalt-terapia, clínica infantojuvenil, sistemas íntimos e psicopatologia. Atuação docente em transmissão, formação e supervisão em Gestalt-terapia e psicóloga clínica em consultório particular.

Claudia Baptista Távora

Psicóloga, atua como psicoterapeuta de jovens, adultos, casais e famílias desde 1988. Mestre em Psicologia e Práticas Socioculturais, é especialista em Psicologia Clínica e graduada no Programa do Center for the Studies on Intimate Systems aplicado a casais e famílias pelo Gestalt International Study Center. Psicóloga concursada em saúde pública, atuante na saúde mental desde 1992 e coordenadora de psicologia em equipe multiprofissional. Autora de artigos sobre psicoterapia, saúde mental e subjetividade na contemporaneidade, em publicações nacionais e internacionais. Membro do corpo editorial da revista *Gestalt Review*, pesquisa teoria do *self* na clínica contemporânea.

Claudia Ranaldi Nogueira

Especialista em psicologia clínica. Psicoterapeuta de crianças,

adolescentes e adultos. Coordenadora do Instituto Gestalt de São Paulo. Realizou treinamento Intensivo em Gestalt-terapia pelo Gestalt Therapy Institute of Los Angeles e especialização pelo Instituto de Psiquiatria e Psicoterapia da Infância e Adolescência.

Cleber Gibbon Ratto

Psicólogo e psicoterapeuta. Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS). Pesquisador do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ). Bolsista de produtividade do Programa de Pós-Graduação em Educação do Centro Universitário LA Salle (Unilasalle). Professor permanente do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação e Inclusão do Centro Universitário Metodista/IPA.

Ênio Brito Pinto

Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), é mestre e doutor em Ciência da Religião pela mesma instituição e tem pós-doutorado em Psicologia Clínica Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Gestalt-terapeuta, é coordenador do Instituto Gestalt de São Paulo e professor convidado de cursos de formação em Gestalt-terapia no Brasil. É autor, entre outros, de *Os padres em psicoterapia: esclarecendo singularidades*, *Psicoterapia de curta duração na abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica* (Summus, 2009) e *Elementos para uma compreensão diagnóstica: o ciclo de contato e os modos de ser* (Summus, 2015).

Fabíola Mansur Polito Gaspar

Psicóloga clínica e Gestalt-terapeuta com formação pelo Instituto Sedes Sapientiae (SP) e especialização pelo Comunidade

Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia em Florianópolis (SC). Especialista em Psicologia Clínica pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo. Mestre em Engenharia de Produção, na área de Ergonomia, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora e supervisora dos cursos de Formação Básica e de Formação Plena em Gestalt-terapia na Comunidade Gestáltica. Autora do livro *Obesidade e trabalho: histórias de preconceito e reconhecimento vividas por trabalhadores obesos* e de capítulos em livros e revistas dentro dessa abordagem.

Ileno Izídio da Costa

Psicólogo clínico. Professor adjunto do Departamento de Psicologia Clínica. Pós-doutorando pela Universidade de São Paulo (USP), pela Universidade Federal do Rio Grande de Norte (UFRN) e pela UCL/Portugal. Coordenador dos Grupos de Intervenção Precoce nas Psicoses (Gipsi), Personna (estudos e pesquisas sobre violência, criminalidade, perversão e “psicopatia”) e do Centro Regional para Enfrentamento às Drogas da Universidade de Brasília (CRR-UnB/Darcy Ribeiro/Senad). Orientador de pós-graduação *lato* e *stricto sensu* (especialização, mestrado e doutorado) do Programa de Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Presidente da Associação de Saúde Mental do Cerrado (Ascer).

Karina Okajima Fukumitsu

Psicóloga e psicoterapeuta. Pós-doutoranda e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Psicologia Clínica pela Michigan School of Professional Psychology. Especialista em Psicopedagogia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e em Gestalt-terapia

pelo Instituto Sedes Sapientiae. Autora dos livros (todos publicados pela Digital Publish & Print) *A vida não é do jeito que a gente quer* (2016); *Suicídio e luto: história de filhos sobreviventes* (2013), *Suicídio e Gestalt-terapia* (2012) e *Perdas no desenvolvimento humano: um estudo fenomenológico* (2012). Coeditora da *Revista de Gestalt* do Instituto Sedes Sapientiae. Cooordenadora da Especialização em Psicologia Clínica Gestalt-Abordagem Clínica e Institucional da Universidade Cruzeiro do Sul (Unicsul). Co-organizadora, com Lilian Meyer Frazão, desta obra e da **Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas**.

Lílian Cherulli de Carvalho Ismael da Costa

Psicóloga e licenciada em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem da Gestalt-terapia pelo Instituto de Gestalt-terapia de Brasília (IGTB). Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB. Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura pela mesma instituição. Analista judiciária/supervisora substituta da Seção Psicossocial da Vara de Execuções Penais do Tribunal de Justiça do Distrito Federal e Territórios (VEP/TJDFT). Docente do IGTB.

Lilian Meyer Frazão

Uma das pioneiras na abordagem gestáltica no Brasil, é mestre em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (USP), professora do Instituto de Psicologia da USP e do Departamento de Gestalt-terapia do Instituto Sedes Sapientiae, colaboradora em treinamentos de Gestalt-terapeutas no Brasil e no exterior, autora de artigos em revistas e responsável pela tradução de artigos e livros de Gestalt-terapia para o português. Coautora do livro *Gestalt-terapia, Psicodrama e terapias neo-reichianas no Brasil 25 anos*

depois (Ágora, 1995); autora do artigo “Gestalt-terapia” na coleção Psicoterapias da *Revista Mente e Cérebro*; co-organizadora e autora do livro *Gestalt e gênero* (Livro Pleno, 2005); co-organizadora e autora da **Coleção Gestalt-terapia: fundamentos e práticas**.

Luiz Gustavo Santos Tessaro

Psicólogo. Gestalt-terapeuta pela Comunidade Gestáltica – Clínica e Escola de Psicoterapia, em Florianópolis (SC). Mestrando em Psicologia Clínica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). Bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares (Capes/Prosup).

Mônica Botelho Alvim

Gestalt-terapeuta formada em Brasília com Jorge Ponciano Ribeiro. Cofundadora do Instituto de Gestalt-terapia de Brasília (IGTB). Professora associada do Instituto de Psicologia e membro do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente em diversos cursos de especialização em Gestalt-terapia no Brasil. Pesquisa a situação contemporânea e as dimensões teórico-metodológicas da clínica da Gestalt-terapia em contextos psicoterápico e comunitário, com base em um diálogo interdisciplinar com a fenomenologia e a arte contemporânea, tendo Merleau-Ponty como autor principal no campo da filosofia. É autora do livro *A poética da experiência: Gestalt-terapia, fenomenologia e arte* e coautora do livro *Clínica de situações contemporâneas: fenomenologia e interdisciplinaridade*, assim como de capítulos e artigos em Gestalt-terapia, no Brasil e no exterior.