



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**A INTERVENÇÃO PRECOCE NOS AJUSTAMENTOS DO TIPO
PSICÓTICO E A CLÍNICA GESTÁLTICA: ENSAIOS PRELIMINARES**

Lílian Cherulli de Carvalho

BRASÍLIA, DF
2008

LÍLIAN CHERULLI DE CARVALHO

**A INTERVENÇÃO PRECOCE NOS AJUSTAMENTOS DO TIPO
PSICÓTICO E A CLÍNICA GESTÁLTICA: ENSAIOS PRELIMINARES**

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA, DF
2008

LÍLIAN CHERULLI DE CARVALHO

**A INTERVENÇÃO PRECOCE NOS AJUSTAMENTOS DO TIPO PSICÓTICO E A
CLÍNICA GESTÁLTICA: ENSAIOS PRELIMINARES**

Esta Dissertação, quesito para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, foi apreciada e aprovada pela Banca Examinadora composta por:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Presidente

Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro, PhD.
Membro

Prof. Dr. Adriano Furtado Holanda
Membro Externo

Prof. Dr. Marcelo Tavares
Suplente

Brasília, agosto de 2008.

*“Porque muito pra mim é tão pouco
E pouco é um pouco demais
Viver tá me deixando louca
Não sei mais do que sou capaz
Gritando pra não ficar rouca
Em guerra lutando por paz
Muito pra mim é tão pouco
E pouco eu não quero mais”*

*Muito pouco
(Moska)*

AGRADECIMENTOS

Wittgenstein certa vez afirmou que “sobre o que não se pode falar, deve-se calar”. A despeito de contrariar o filósofo, encaro o desafio e a tarefa (ingrata!) de tornar sentimentos e sentidos em palavras. Assim, agradeço...

A Deus, por insistir em me agraciar com a leveza dos desafios e por se fazer presente de tantas maneiras, incontáveis. Por sustentar meus anseios de “ser instrumento da Tua Paz”.

Aos meus pais, Marcos e Eliane, e meu irmão Marquinho, por todo exemplo e fé no que eu tenho de melhor. Em vocês, meu primeiro exemplo de ser-no-mundo e o amparo para ser cada vez mais. Obrigada por permitirem me sentir “a recompensa de um amor feliz”.

À(s) minha(s) família(s) – (quero continuar dizendo das avós!) tios e primos – que, cheios de entusiasmo, acompanham cada conquista nossa. Sei (e sinto!) do orgulho em ver a realização de mais esta etapa concluída!

À “Pequena” Letícia Maria, nas palavras do “Pequeno” Príncipe (e que também não era deste mundo!) e esperando que ele possa dar conta da grandeza do que queria dizer... *“Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que fez a tua rosa tão importante.”*

Aos meus amigos de uma vida (antigos, muito antigos, novos, semi-novos...) pela alegria compartilhada na conquista e pela paciência com minhas ausências: Tal, Nana, Isac, Júlia, Shila, Nerícia, Mavi, Maria, Régia, Ivan-Rejane-e-Paola, Augusto Splinter, Ivanna, Luciene, Thaty, Luídia, Maísa, AnaLu, Paulo, Sílvia, Nath, Bruno, Marcão, Kika, Fred, Carol Pipoca, “amigos seguidores”, Cris, Tiago-Dandan-e-Lulu, Kdu e Nando. À “Equipe Linda e Maravilhosa”, tios Vital e Eunice, Oswaldo e Eliane, Ático e Márcia, Eustáquio e Cris, Luiz e Flavinha, Luis Vicente e Pe. Norbey, agradeço todos os dias por ter entrado nessa “roubada” e topou encarar dois grandes desafios de uma só vez: *“Que a minha loucura seja perdoada, porque metade de mim é amor... e a outra metade também.”*

Ao Prof. Ileno Costa, por encerrar em si todo o meu ideal de “educador” e mestre. Pela aposta que fez em mim, pela oportunidade dada de descobrir caminhos e pela ternura tanta com que conduz os seus alunos. A riqueza de toda esta experiência está em deixar-se emocionar... em mão dupla.

Aos professores Adriano Holanda e Jorge Ponciano Ribeiro, por terem sido porta de entrada para a “minha abordagem”, seja nas provocações filosóficas, nas provocações existenciais, no testemunho clínico e pessoal... “Mestre é aquele que estende a mão, inicia o diálogo e encaminha para a aventura da vida”.

Ao Prof. Marcelo Tavares pela presença neste processo de avaliação e no meu processo de preparação profissional, por meio dos ensinamentos durante os anos de Graduação e Pós (na UnB e no IGTB).

Aos professores do IGTB, em especial Miriam Philippi, Mônica Alvim, Nayla Reis, Sheila Anthony e Alexandre Galvão, que com tanto carinho acompanham meus percursos e me incentivam a continuar. À Ana Lúcia Palma, numa conexão bem próxima! Todas as contribuições, emocionais e intelectuais, estão retidas aqui!

Às professoras Ângela Almeida, Elenice Hanna e Regina Pedroza, pela presença tão marcante na minha formação. Ter chegado até aqui, sem dúvida, é também consequência da obra de vocês! Aos professores do Programa de Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura.

Aos amigos do GIPSI, todos! Aos que de agora e aos de antes, pelo acolhimento desde sempre! Por terem me visto crescer e com quem espero crescer ainda mais! Pelas contribuições e encorajamentos, pelo compartilhamento de medos, angústias, loucuras e ideais. Ao Enrique (seu colo foi essencial, amigo!) e à Marina (ô risada boa!), por estarmos juntos nessa investida! Sem dúvida, foi melhor com vocês! Nas palavras do Gonzaguinha: *“Eu apenas queria que você soubesse que esta menina hoje é uma mulher. E que esta mulher é uma menina, que colheu seu fruto flor do seu carinho...”*.

Aos funcionários do CAEP (Soemes, Regina, Telma, Aline, Maria, Emerson e Cristiano) e da Secretaria do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura (Conceição, Carmem e Jhenne), pelo acolhimento e disponibilidades que ultrapassaram, tantas vezes, a mera formalidade. As tarefas, árduas pra todos nós, tendem a ficar mais leves quando encontramos gentilezas em nosso caminho.

Às “Grazielas” que nos aparecem e se dispõem a estar conosco em um trabalho instenoso e não-sem dor. Por toda humanidade e quebra de certezas com que nos presenteiam a cada encontro, tornando-nos melhores pessoas (antes de outra coisa) e clínicos.

Aos meus alunos de Prática Docente, por me estimularem em habilidades desconhecidas e por estarem tão disponíveis à troca de experiências e conhecimentos. O semestre juntos me rendeu reflexões importantes e ânimo para me enveredar nos caminhos mais desafiadores.

À CAPES, pelo fomento concedido durante o período de Pós-Graduação.

SUMÁRIO

RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I - O PARADIGMA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PSICOSES	13
1.1. Sobre a Intervenção Precoce.....	15
1.2. Sobre os Marcos Referenciais de Intervenção Precoce: Crise, Episódio e Internação	19
1.3. Psicoterapia nas Intervenções Precoces	23
CAPÍTULO II - A GESTALT-TERAPIA: EPISTEMOLOGIA, FUNDAMENTOS E REVERBERAÇÕES	30
2.1. O anteparo filosófico	31
2.2. As teorias básicas	44
2.3. Os conceitos principais	62
CAPÍTULO III - A PSICOPATOLOGIA SOB O PONTO DE VISTA GESTÁLTICO	79
3.1. O Ajustamento Psíquico	83
3.2. Sobre o psicodiagnóstico e o processo psicoterapêutico	93
CAPÍTULO IV - A HISTÓRIA DE GRAZIELA: OLHARES DIFERENCIADOS	98
4.1. A história de Graziela	99
4.2. O primeiro olhar diferenciado: a Intervenção Precoce	109
4.3. O outro olhar: uma compreensão gestáltica.....	113
CAPÍTULO V – BUSCANDO ESTABELECEMOS CONTATOS ENTRE A INTERVENÇÃO PRECOCE E A PRÁTICA CLÍNICA DA GESTALT-TERAPIA	123
CAPÍTULO VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS: ABRINDO NOVAS GESTALTEN	139
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXO I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Participação em Pesquisa	148
ANEXO II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do GIPSI	149
ANEXO III – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-FM/UnB)	150

RESUMO

O paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses representa novidade no sistema de saúde brasileiro, referindo-se à gama de terapêuticas possíveis e atuadas o mais cedo possível, com vistas a impedir a cronificação e efeitos deletérios de um episódio do tipo psicótico. A literatura internacional aponta benefícios e importância de sua implementação. Caracteriza-se, a partir de experiências internacionais, a psicoterapia aplicada no paradigma. Já a revisão epistemológica da Gestalt-terapia – fundamentada filosoficamente pelo Humanismo, Existencialismo e Fenomenologia e, teoricamente, pela Psicologia da Gestalt, Teorias Holística, Organísmica e de Campo – a revela como arcabouço psicoterapêutico de grande complexidade e possibilidades de articulação. As posturas, os principais construtos e instrumentos psicoterapêuticos derivados de sua base epistêmica dão idéia de como a Gestalt-terapia se organiza enquanto concepção clínica formalizada. De posse desses referenciais apresenta-se a concepção da Gestalt-terapia sobre a psicopatologia, qual seja a de uma forma de ajustamento criativo enrijecido e cronificado no tempo. Ajustamentos do tipo neurótico e psicótico são diferenciados. O fato de se constituir como abordagem psicológica no contexto de movimento antipsiquiátrico dá à Gestalt posicionamento diferenciado ante o diagnóstico, mais humanizado, e o processo terapêutico. Diante das evidências e características que colocam o paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses e a Gestalt-terapia em condição de vanguarda no cenário das abordagens psicoterapêuticas, apresenta-se o relato da experiência clínica que permitiu as primeiras elaborações rumo às possíveis intersecções. Passa-se, então, a tecer aproximações teóricas entre o paradigma e a abordagem de modo a legitimar e ampliar possíveis encontros entre eles. Sugere-se que ao resultado dessa intersecção dê-se o nome de Intervenção Precoce nos Ajustamentos do tipo Psicótico.

Palavras-chave: Intervenção Precoce, Gestalt-terapia, ajustamento psicótico.

ABSTRACT

The paradigm of Early Intervention in Psychoses is new to the Brazilian health system and refers to a wide array of possible therapies applied as early as possible and targeted at hindering the chronification and deleterious effects of a psychotic-type episode. International literature indicates the benefits and importance of implementation of such therapies. Based on international experience, the psychotherapy applied in the paradigm is characterized. The epistemological review of Gestalt-therapy – rooted philosophically in Humanism, Existentialism and Phenomenology and, theoretically, in Gestalt Psychology, Holistic, Organismic and Field Theories – reveals that it is a psychotherapeutic framework of great complexity and possibilities. The postures, the principal psychotherapeutic constructs and instruments derived from its epistemic base provide an idea of how Gestalt therapy is organized as a formalized clinical conception. With these references, Gestalt-therapy's conception on psychopathology is presented as a form of creative adjustment that has become rigid and chronified over time. Adjustments of the neurotic and psychotic type are differentiated. The fact of becoming a psychological approach in the context of the anti- psychiatric movement makes it possible for Gestalt to adopt a differentiated and more humanized position in the face of the diagnosis and therapeutic process. In light of the evidence and characteristics that place the paradigm of Early Intervention in Psychoses and Gestalt-therapy in the vanguard of psychotherapeutic approaches, clinical experience is discussed, making it possible to take initial steps toward possible intersections. The next step is to theorize as to a theoretical coming together of the paradigm and approach in such a way as to legitimize and broaden possible meeting points between them. It is suggested that the name Early Intervention in Adjustments of the Psychotic type be given to the result of this intersection.

Key words: Early Intervention, Gestalt-Therapy, psychotic adjustment.

INTRODUÇÃO

No espaço da Psicologia Clínica o cuidado para com o outro encontra terreno propício à ação e reflexão. Sua importância e urgência tornam-se ainda maiores se pensamos nas circunstâncias de um tempo em que tanto se fala sobre mudanças de paradigmas com vistas à acolhida, aos significados, à inclusão e à compreensão de singularidades. A pós-modernidade impõe a necessidade de posturas epistemológicas adequadas à sua complexidade, que em muito se revela nas necessidades terapêuticas, também complexas, apresentadas pelos sujeitos.

Essa constatação foi elaborada a partir de crenças pessoais desenvolvidas e/ou reconhecidas desde o período de graduação acadêmica e se constitui como uma primeira motivação para a realização deste trabalho. Desde os primeiros contatos com a Psicologia Clínica e Psicopatologia, dei-me conta da intenção de poder compreender, se assim fosse possível, os diferentes sentidos atribuídos pelas pessoas aos seus sofrimentos, ocasionando “adoecimentos” ou, alternativamente, modos sadios de lidar com as situações. Suscitei também uma série de questionamentos, inclusive quanto às possibilidades e formas de atuação junto a essas pessoas com vistas a colaborar para seu bem-estar e melhor qualidade de vida.

Nos ditos informais do presidente do Instituto de Gestalt-terapia de Brasília – IGTB, Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro, a escolha da abordagem de trabalho reflete o próprio terapeuta, sua visão própria de mundo, sua essência e existência. Talvez a afirmação seja consistente para justificar a escolha pessoal da Gestalt-terapia como abordagem clínica desde o primeiro estágio realizado na graduação em Psicologia e, posteriormente, a opção pelo curso de especialização realizado no IGTB.

Já a experiência junto ao Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica – GIPSI, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, serviu-me como

detonador e estopim para uma série daquelas reflexões que se referem aos atendimentos prestados a quem vivencia algum sofrimento psíquico grave. Nesse espaço de pesquisa e intervenção, o manejo das ditas psicopatologias encontra uma postura pioneira no cenário brasileiro e nacional.

Ao optar pela intervenção nos primeiros sinais ou sintomas de um sofrimento psíquico grave – denominado na linguagem ordinária e técnica como a crise psicótica (Costa, 2003), os afiliados ao GIPSI assumem o papel questionador e instigador de incômodos diante de pressupostos e práticas de domínio comum da área de saúde mental.

Por meio de ressignificações de conceitos básicos e apoiado na perspectiva da Teoria da Complexidade, o Grupo se propõe a uma atuação pautada na interdisciplinaridade e na integração de diferentes saberes com vistas a uma melhor compreensão do fenômeno que são os sujeitos e suas famílias. A principal postura é a do resgate do sentido de saúde, mesmo na situação de doença. A partir dessa posição teórico-filosófica, trabalha-se com um planejamento de tratamento personalizado em que se admitem todas as potencialidades apresentadas por clientes e familiares acolhidos, estendendo-se à rede social que lhes fornecem contexto de vida.

Exatamente a aposta que se faz nos aspectos saudáveis dos indivíduos é uma das principais características motivadoras para a tentativa de aproximar o trabalho de intervenção precoce aos pressupostos da teoria gestáltica. Também sob esse prisma, a Gestalt-terapia instaura a epistemologia de sua práxis.

Nesse contexto de identificações e inquietações, anseios e limitações do próprio campo da Clínica, diante do “objeto” de estudo escolhido e da própria condição de vanguarda da intervenção precoce, esta Dissertação de Mestrado surge como uma tentativa de aproximação de paradigmas que, à primeira vista, podem se legitimar.

Busca-se confirmar a necessidade de se reconhecer os benefícios advindos da Intervenção Precoce, com vistas a reforçar a adoção desse paradigma no âmbito da saúde

mental e ampliá-lo a partir da possibilidade de apropriações outras, além das tradicionalmente reconhecidas. Também se pretende incrementar o escopo teórico-metodológico da Gestalt-terapia ao vislumbrar uma outra possibilidade de atuação – da Intervenção Precoce na clínica do sofrimento psíquico grave – que seja embasada em seus princípios epistemológicos e adequada à complexidade emergente na era da pós-modernidade.

Este trabalho é eminentemente teórico-clínico e consiste de seis capítulos. No primeiro fundamenta-se a Intervenção Precoce nas Psicoses, segundo paradigmas, concepções e crenças filosóficas, posturas e principais características da atuação terapêutica, especialmente como concebida no GIPSI. O segundo capítulo é destinado à fundamentação da Gestalt-terapia enquanto formalização epistemológica de práxis psicoterapêutica. Logo após, o trabalho segue com a conceitualização do ajustamento psicótico, entendível em outro paradigma como sofrimento psíquico grave do tipo psicótico, segundo parâmetros de compreensão gestáltica e fenomenológica. O quarto capítulo apresenta a história de Graziela, cujo acompanhamento do caso despertou boa parte das considerações aqui trabalhadas. O quinto consiste numa reflexão com vistas a tecer aproximações, teoricamente possíveis de serem traçadas, entre a abordagem gestáltica e o paradigma da Intervenção Precoce. Finalmente, no sexto capítulo, espera-se apresentar considerações que, longe de serem finais, possam abrir novos questionamentos clínicos e interesses de pesquisa na área.

CAPÍTULO I

O PARADIGMA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NAS PSICOSES

*"O que me faz rir não é a nossa loucura,
é a nossa sabedoria."
(Michel de Montaigne)*

Tradicionalmente, o sistema de saúde mental brasileiro ocupa-se dos tratamentos quando eles são necessários para remediar um quadro específico de patologia já deflagrado. A intervenção tradicional pauta o tratamento dispensado ao sujeito em normas e padrões que o reestabeçam segundo parâmetros pré-definidos de saúde e normalidade. O cuidado é destinado ao sujeito que sofre muitas vezes isolando-o de seu contexto vital, seja por medidas de contenção física, como a internação, ou medicamentosa, com fármacos destinados à supressão de sintomas, bloqueios de pensamentos e ações.

A atenção preventiva em nível secundário (destinada a impedir a prevalência da situação de doença) tem ainda pouca expressividade no sistema político de saúde mental brasileiro. No entanto, já é possível vislumbrar maior número e força de ações que pretendem alterar o modelo de gestão em favor de políticas de saúde que se ocupem da prevenção, do compartilhamento de responsabilidades entre Estado, profissionais, usuários do sistema e familiares e de terapêuticas que vão além dos meros cuidados paliativos.

O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde e da Coordenação de Saúde Mental, já vem implementando estratégias crescentes rumo à construção de uma rede comunitária de atenção (pela consolidação dos sistemas de atenção psicossocial CAPS/NAPS, cujo caráter é eminentemente ambulatorial) e da desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos em virtude da reestruturação da assistência hospitalar e dos serviços terapêuticos oferecidos aos usuários. Fazem parte do projeto as residências terapêuticas, os

hospitais-dia, uma nova política de internações (que privilegia o limite de 72h de reclusão em hospitais gerais), os programas de re-inclusão dos sujeitos em suas famílias e sociedade, bem como uma série de outras alternativas que tentam promover, inclusive, a modificação do estigma social que circunda as psicopatologias (Brasil, Ministério da Saúde, 2007, 2005).

A Lei 10.216/01 é o principal instrumento legal para assegurar os ideais de superação do hospital psiquiátrico como unidade central de tratamento, em favor de uma rede de atenção à saúde mental, constituída de modo a agregar serviços de complexidade crescente.

Aliada e subjacente a todos os esforços legais está a noção de Reforma Psiquiátrica. Os movimentos reformistas são a luta política e ideológica que refletem a insatisfação histórica de profissionais, usuários e sociedade geral com o modo de atenção que os modelos biomédico e hospitalocêntrico vêm dispensando à saúde mental (Brasil, Ministério da Saúde, 2005).

No cenário brasileiro, o paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses ainda figura como novidade. Aqueles que se dedicam à sua implementação realizam um trabalho pioneiro, integrado à pesquisa e voltado à observação sistemática dos recursos e lacunas existentes no que pode ser oferecido ao sujeito em sofrimento psíquico (Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica [GIPSI], s/d).

Neste trabalho, adota-se o paradigma da Intervenção Precoce como fundamento da clínica diferencial voltada ao tratamento de indivíduos que experimentam “vivências psicóticas”¹. Emoldurá-lo com os princípios gestálticos será diferenciá-lo ainda mais, em busca de uma clínica da “psicose” realmente humanizada e atenta à totalidade do campo de cada pessoa em sofrimento.

¹ Os termos “neurose”, “psicose” e correlatos (“psicótico”, “neurótico”) serão assim utilizados em referência e respeito às idéias originais dos autores citados ou demarcando o uso corriqueiro feito na linguagem ordinária e técnica da Psicopatologia tradicional. Ressalta-se, porém, que este trabalho não endossa a concepção estruturalista de tais usos ou concepções do sofrimento psíquico humano.

1.1. Sobre a Intervenção Precoce

Segundo Lines (2003), a intervenção precoce nas psicoses refere-se a abordagens de tratamento que enfatizam a importância simultânea do tempo e dos tipos de intervenção conferidas aos sujeitos que vivenciam um primeiro episódio psicótico.

Na concepção de Singh e Fisher (2005), essa intervenção pode significar melhores resultados nos casos de psicose por facilitar e consolidar a recuperação, detectando na comunidade morbidades latentes, identificando casos não tratados ou prevenindo a manifestação aguda através de intervenções pré-psicóticas. Garety (2003) aponta a intervenção precoce como a tendência no tratamento das psicoses, seja pela identificação dos grupos de risco, seja pelo tratamento imediato dos indivíduos já diagnosticados.

Intervir precocemente implica devotar, tão logo se reconheçam os sinais e/ou sintomas psicóticos, um tratamento cuja amplitude, intensidade e especificidade sejam individualizadas, com vistas a evitar a deterioração biológica, social e psicológica nos primeiros anos que se seguem ao início da psicopatologia (Birchwood, 1992, em Carvalho, 2006).

Wyatt e Henter (em Louzã Neto, 2004) explicam que o termo intervenção precoce reúne vários objetivos. O primeiro refere-se à detecção na comunidade de indivíduos com alto risco de desenvolvimento ou com sinais prodrômicos a fim de reduzir a morbidade e incidência da desordem psicótica. O segundo diz respeito à identificação e prevenção dos fatores de risco desses transtornos para reduzir sua incidência e, finalmente, o terceiro objetivo remonta às intervenções psicossociais e medicações apropriadas oferecidas às pessoas em primeiro surto com vistas a reduzir a morbidade dos transtornos.

O paradigma de Intervenção Precoce nas Psicoses é coerentemente alocado no rol de procedimentos de atenção à saúde em níveis primário e secundário, levando-se em consideração os objetivos que norteiam a ação terapêutica. A intenção pode ser a de trabalhar a saúde mental mais ampla dos indivíduos, em caráter eminentemente preventivo, evitando,

assim, a ocorrência de qualquer desordem psíquica mais contundente, o que caracterizaria o nível de atenção primária e a precocidade máxima de cuidados. Exemplo são os trabalhos de McGorry (2002) e McGorry e Edwards (2002) sobre a identificação de grupos de alto risco para progressão dos transtornos psicóticos.

Outra intenção pode ser a de detecção precoce de fatores de risco ou desordens psíquicas, ainda em fase de instalação, que intenta diminuir a prevalência dos distúrbios e morbidades adjacentes ao transtorno principal. É característica do nível de atenção secundário a intervenção administrada tão logo haja eclosão da primeira crise ou primeiro episódio psicótico.

Finalmente, a intervenção precoce também se caracteriza como nível de atenção terciária se forem considerados os objetivos de evitar ou reduzir incapacidades provocadas pelas desordens instaladas e/ou impedir seu agravamento, desde que a ação interventiva seja realizada pela primeira vez quando a desordem patológica encontra-se em estágio mais avançado de desenvolvimento e cronificação. Nesses termos, enquadra-se a intervenção realizada junto ao indivíduo, pela primeira vez, ainda que ele já possua histórico de crises e episódios duradouros ou outros.

Para McGorry e Edwards (2002) há benefícios potenciais inerentes à intervenção precoce. Entre outros adjacentes, pode-se citar:

- possibilidade de reduzir morbidades secundárias e cronificação – a deterioração biológica, cognitiva, social e psicológica não é inerente à condição de desajuste psicótico. Elas podem se dar por conseqüências de tratamentos inapropriados ou pela falta dele;
- recuperação melhor;
- remissão mais rápida e completa – verifica-se a remissão da sintomatologia em período mais breve do que em relação aos tratamentos convencionais e de forma completa;

- menor necessidade de hospitalização – trabalha-se com o menor tempo possível de internação, se necessária.
- redução na dosagem e tempo de medicação necessária;
- diminuição dos riscos de recidivas – o prognóstico para o indivíduo é melhorado;
- melhores atitudes e adesão em relação ao tratamento;
- preservação das capacidades psicossociais – especialmente se forem levados em consideração os preceitos de que o sujeito em sofrimento psíquico não precisa estar fora do convívio social para ter um tratamento efetivo e eficaz, posição esta, contrária a de institucionalização das pessoas em desajustes psicológicos;
- preservação dos apoios familiares e sociais;
- menos prejuízos no desenvolvimento e social;
- menores custos no tratamento.

Esses autores também apontam possíveis conseqüências ocasionadas por um tratamento tardio. Segundo eles, as condições do sujeito e ambiente podem se deteriorar significativamente entre 2 e 5 anos do início dos sintomas e o atraso na intervenção pode significar a afetação das chances de recuperação completa e da lentificação da recuperação. O período de psicose não tratada (PPNT) tem sido objeto de vários estudos que pretendem identificar as relações entre a demora da ação terapêutica cabível e o curso de instalação da psicopatologia (Chaves, 2007). Lines (2003) afirma que quanto maior o PPNT, mais ineficientes poderão ser os resultados da intervenção.

Entre outros, o tratamento tardio dos sintomas psicóticos pode levar a (Mc Gorry & Edwards, 2002, p. 14):

- recuperação mais lenta e menos completa;
- pior prognóstico;
- risco aumentado de depressão e suicídio;

- interferência no desenvolvimento psicológico e social;
- enfraquecimento das relações interpessoais, perda dos apoios familiares e sociais;
- desestruturação das atividades parentais (para os sujeitos que já têm filhos);
- estresse e aumento do estresse para a família do sujeito;
- desestruturação das atividades escolares e profissionais, desemprego;
- uso abusivo de substâncias – como condição de morbidade secundária e não etiológica da condição psicótica;
- atos violentos e criminais;
- hospitalização desnecessária;
- perda de auto-estima e auto-confiança;
- aumento nos custos do tratamento.

Costa (2007, p. 117) propõe que a intervenção precoce seja delimitada como:

Ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas relacionais) imediatas, em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos processos condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, sejam eles de estrutura neurótica ou psicótica.

A proposta desse autor contempla o aspecto da complexidade envolvida na opção do paradigma da Intervenção Precoce no manejo de crises psicóticas e abre a discussão sobre o sentido do que seja “mais cedo possível” em se tratando do curso de desenvolvimento marcado pelo predicado “tipo psicótico”.

1.2. **Sobre os Marcos Referenciais de Intervenção Precoce: Crise, Episódio e Internação**

A precocidade de uma intervenção relaciona-se ao momento em que a ação terapêutica é aplicada (Costa, 2006). O autor discute e diferencia os marcos da primeira crise, primeiro episódio e primeira admissão nos serviços de saúde como significativos para dizer sobre a precocidade da intervenção. Keshavan e Schooler (1992), por sua vez, estabelecem parâmetros para identificar o momento de intervenção no curso do transtorno psicótico e alertam para a necessidade de precisão dos limites de início e fim de cada uma dessas etapas a fim de verificações posteriores relativas ao tema serem comparativamente viáveis e confiáveis cientificamente.

O episódio psicótico é o período, de tempo específico de duração, durante o qual o sujeito manifesta um número mínimo de sinais característicos para satisfazer os critérios da categoria de desordem psicótica. O início do episódio coincide com os momentos de apresentação dos sinais e/ou sintomas que definem a síndrome, enquanto o fim do episódio é marcado pela remissão parcial ou completa dos sinais e/ou sintomas por um período determinado de tempo (Keshavan & Schooler, 1992).

McGorry e Edwards (2002) e Keshavan e Schooler (1992) delimitam o curso do episódio psicótico em três momentos. O primeiro é a fase prodrômica, em que ocorrem modificações graduais no comportamento e funcionamento psíquico até que se caracterizem sintomas nitidamente psicóticos. A duração média dessa fase é de 2 anos. O segundo momento refere-se à fase aguda do episódio, onde os sintomas são mais acentuados e diz-se a fase ativa da psicose. A duração dessa fase é variável, podendo perdurar por meses ou vários anos. O terceiro é o de remissão parcial ou residual da sintomatologia e de recuperação do sujeito.

Os autores ainda afirmam que os primeiros 2 a 5 anos pós-episódio são tomados como críticos, por ser um período em que há máxima vulnerabilidade, mas também máxima oportunidade de recuperação do paciente (Keshavan & Schooler, 1992; McGorry & Edwards, 2002; Lines, 2003)

Normalmente, o episódio tende a ser percebido e diagnosticado como tal quando já alcança a fase aguda de produção de sintomas e observam-se significativas alterações no campo vivencial do sujeito. Em outros termos, o episódio psicótico evidencia-se com a eclosão de crises do tipo psicótica.

Encontra-se na literatura que as crises psicóticas referem-se à fase aguda de manifestação dos sintomas positivos (alucinações e delírios) no sujeito ou referem-se à ocasião na qual tais sintomas sofrem exacerbação ou ressurgimento (Leff et al., 1985, em Costa, 2006).

Gondim (2007) assume a crise psíquica grave com episódio psicótico como os momentos em que os contornos do eu tornam-se difusos ou se perdem, numa experiência de despersonalização, desrealização e perda de alteridade. Há também uma ruptura da experiência do tempo consensual e fragmentação do mundo interno.

De acordo com Moffat (1987, em Gondim, 2007), a vivência do mundo interno, em situação de crise, provoca intensa angústia e esta é vivida e experienciada corporalmente e no mundo relacional. O autor distingue o período da crise do quadro psicopatológico instalado. A psicopatologia seria, nesse entendimento, uma defesa contra a vivência insuportável da dissolução do eu e, portanto, uma tentativa de dar continuidade à existência. Gondim (2007) complementa, suportada em Winnicott, que o momento da crise é sucedido pelo adoecimento psíquico que, por sua vez, é o momento em que são despertados meios de ajustamento à situação de ruptura.

Normalmente, a crise psicótica não acontece abruptamente. Na maior parte dos casos, ela é antecedida de sinais prodrômicos que não constituem, necessariamente, a sintomatologia positiva e negativa característica (Carvalho, 2006; GIPSI, s/d). Conforme

McGorry e Edwards (2002), a fase prodrômica é pré-psicótica, mas já subsidia indicações de que alterações significativas estão acontecendo no comportamento e na vivência do sujeito. Segundo McGorry e Edwards (2002) e Carvalho (2006), os pródromos podem ser afirmados como fator ou estado mental de risco para a psicose instalada, isto é, sob essa posição, apenas uma parcela dos indivíduos em fase prodrômica progrediria para um episódio psicótico. Por outro lado, sem que atenção e intervenção apropriadas, o reconhecimento da fase prodrômica só se daria retrospectivamente, uma vez que a psicose poderia seguir seu curso de manifestação.

É possível compreender a fase prodrômica como uma crise em si mesma. Não se confere a ela, no entanto, o predicado “psicótico”, uma vez que a manifestação prodrômica só é reconhecida, *a posteriori*, se anteceder a fase aguda do episódio (Louzã Neto, 2004). Os pródromos não são definidos por uma combinação sintomatológica nem constituem um diagnóstico nosográfico. Pode-se dizer, então, que a fase prodrômica é identificada como uma situação contextualizada que difere qualitativamente o padrão vivencial sem, no entanto, um comprometimento acentuado das funções e contatos desempenhados pelo sujeito. Em nosso entendimento, configura-se mais como uma crise existencial, fenomenologicamente identificada pelos sinais que alteram a vivência e o campo vital da pessoa.

As alterações prodrômicas mais comumente descritas pela literatura incluem alterações no afeto (suspeição, depressão, ansiedade, irritabilidade, tensão, etc.); na cognição (idéias estranhas, pensamento vago, dificuldades de concentração e memória); na percepção de si próprio, de outras pessoas e do mundo e alterações de percepção e físicas (distúrbios de sono, alterações no apetite, queixas somáticas, anergia, desmotivação, etc.) (McGorry & Edwards, 2002).

McGorry e Edwards (2002) ainda indicam outros fatores de risco que podem se associar à presença dos pródromos na indicação de que há perturbações no curso de desenvolvimento do sujeito: a) idade (adolescência e início da idade adulta) – cerca de 80%

dos pacientes afetados por desordens psicóticas tiveram o primeiro episódio entre 16 e 30 anos (Orygen Youth Health, 2002); b) traços individuais (história familiar de transtorno psicótico, personalidade vulnerável, fraco ajustamento pré-mórbido, história de traumatismo craniano); c) estados individuais (eventos vitais, estresse psicossocial, abuso de drogas, alterações funcionais subjetivas).

Keshavan e Schooler (1992) abordam a dificuldade de se precisar o início de uma crise psicótica, esquizofrênica. Chegam a propor, inclusive, que a psicose seja considerada uma síndrome, dada a variedade de possibilidades sintomatológicas e a disposição dessas numa linha de desenvolvimento. A opção por nomear a psicose como síndrome implica considerar o período ativo da crise (em que há produção da sintomatologia positiva e negativa), todos os episódios e duração. A dificuldade em determinar quando é que se está diante de uma crise psicótica advém, também, da dificuldade em delimitar o primeiro episódio.

A importância do reconhecimento da fase prodrômica é notória. A ação terapêutica eficaz neste momento é precoce no sentido de impedir que a situação de risco permaneça presente e com tal força na vida do sujeito que a eclosão do episódio seja inevitável e irremediável. No entanto, a intervenção na fase prodrômica não se caracteriza como uma intervenção precoce na psicose em curso, mas trata-se de intervenção em nível primário, por excelência preventivo. Segundo McGorry e Edwards (2002, p. 18), “a possibilidade de identificar indivíduos com alto risco de desenvolvimento de psicose abre novas possibilidades de prevenção”.

Vale ressaltar que neste momento de intervenção o sujeito terá seus recursos internos psicológicos e as relações sociais estabelecidas muito mais preservados, bem como a capacidade de manter-se associado à realidade por não ter acontecido a cisão do *self* que o coloque nas situações caracteristicamente psicóticas de não-ser ou de severa interrupção de contato.

A primeira admissão, como esclarecem Keshavan e Schooler (1992), denota o tempo de intervenção. Nem sempre a primeira admissão coincide com o primeiro episódio ou primeira crise e refere-se à ocasião em que o indivíduo tem contato com as ações interventivas em decorrência da desordem ou patologia do tipo psicótica. A intervenção nesse contexto privilegia a otimização dos serviços de saúde, orientando a atenção de modo focal e objetivo para o sujeito. Por se tratar do primeiro contato com os serviços de intervenção, deve-se aproveitá-lo da forma mais conveniente para o sujeito e família restabelecerem seus processos de autonomia.

O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica – GIPSI – privilegia as primeiras crises como marco clínico, a partir das quais poderá balizar suas ações terapêuticas. A fase prodrômica, anterior à primeira crise e sinalizadora de crises subseqüentes, é recuperada retrospectivamente, pela memória do sujeito ou familiar.

1.3. Psicoterapia nas Intervenções Precoces

Encontra-se freqüentemente na literatura internacional que as experiências de Intervenção Precoce nas Psicoses envolvem abordagens psiquiátrica e psicológica, destacando-se as cognitivas e comportamentais, no manejo com os sujeitos em crise (McGorry & Edwards, 2002; Garety, 2003; Haddock & Lewis, 2005).

No Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica – GIPSI, o programa de cuidados oferecido sustenta o paradigma de modo diferencial. A direção dada à Intervenção Precoce é interdisciplinar e multifocal, orientada pela abordagem psicossocial. Percebe-se nesse modelo de trabalho que a aproximação com a Gestalt-terapia poderá formalizar uma tendência à atenção individualizada e humanizada, atenta aos princípios mais genuínos do respeito ao potencial criativo do outro.

No GIPSI, as ações terapêuticas são, conjuntamente, de ordem psicológica, médica, assistencial, social e educacional. A presença de profissionais que trabalhem em equipe de saúde é importante para promover a atenção mais ampla aos diversos aspectos vivenciais apresentados pelo sujeito e seu campo relacional. As intervenções, portanto, não acontecem apenas em nível individual, mas serão mais intensas e eficientes se também se ocuparem do sistema familiar do sujeito em sofrimento, bem como das características que permeiam os vínculos relacionais desse e de sua rede social (GIPSI, s/d; Lines, 2003; McGorry & Edwards, 2002).

Tomando as ações psicoterapêuticas no enfoque individual, essas permitem reconhecer e trabalhar com os recursos mantidos pelo sujeito para lidar com a crise. O trabalho terapêutico individual (e individualizado) é um campo privilegiado para a compreensão e significação das vivências do tipo psicóticas manifestadas pelo sujeito.

Com esse trabalho singularizado, o sofrimento do sujeito – seja o precursor das crises ou o que decorre da própria condição de vivência do episódio do tipo psicótico – vem à tona possibilitando ao terapeuta e ao próprio sujeito lidar com aspectos fenomenológicos da experiência vivida, com o aqui-e-agora, com as expectativas e modos de enfrentamento que ele detém, bem como o comprometimento firmado com o tratamento proposto. McGorry (2002) e McGorry e Edwards (2002) enfatizam que as abordagens psicossociais, aliadas às intervenções biológicas e quando administradas desde as fases mais precoces do desenvolvimento de um transtorno do tipo psicótico, colaboram sobremaneira para o estabelecimento de uma aliança terapêutica mais firme e segura no decorrer de todo processo.

A escuta ativa, a flexibilidade do terapeuta, a aceitação pessoal e manifestação de empatia, o conforto e a tranquilidade, o reforço às percepções relevantes e iniciativas promotoras de saúde são posturas estratégicas para estabelecer os objetivos de promoção da recuperação e prevenção das incapacidades crônicas. Existe a preocupação de ressignificar

com o sujeito a experiência do sofrimento psíquico, criando possibilidades de adaptação positiva e controle pessoal sobre as situações ansiogênicas.

Ações (psico)terapêuticas são apropriadas a qualquer tempo do desenvolvimento de um quadro do tipo psicótico. As fases de desenvolvimento do episódio podem ser bem delimitadas e trabalhadas junto aos indivíduos de maneira clara e objetiva, desde o início recente, passando pela fase aguda, até o momento de recuperação e manutenção.

Nas fases iniciais do episódio psicótico, a principal preocupação terapêutica é garantir a adesão do indivíduo aos programas de tratamento, bem como alcançar uma estabilização clínica e oferecer ao sujeito e família as orientações que se fizerem necessárias para desmistificar e minimizar estigmas envoltos pela “psicose”. A literatura aponta que os seis primeiros meses após a fase aguda do episódio – geralmente definida como o período em que ocorrem as manifestações mais intensas dos sintomas positivos – são propícios para uma terapêutica que favoreça a remissão e recuperação dos sintomas positivos (Haddock & Lewis, 2005; McGorry & Edwards, 2002).

A intenção e a postura de apoio e acolhimento ao sujeito e sua família, de escuta ativa, certamente são ferramentas para favorecer que ele se sinta melhor suportado no enfrentamento do tratamento e dos desafios impostos pela própria condição clínica. A adaptação positiva à condição de saúde é também um objetivo da intervenção psicoterapêutica nas etapas iniciais e envolve, especialmente, a construção de significados à experiência vivida.

Nessa fase de recuperação, mais uma vez os princípios de uma terapia de apoio são considerados como elementos indispensáveis à psicoterapia (McGorry & Edwards, 2002). Segundo a literatura, a fase de recuperação precoce situa-se entre o primeiro e o terceiro meses decorridos após o início do episódio. Por volta do sexto ao 18º mês, diz-se da fase de recuperação tardia (Lines, 2003; McGorry & Edwards, 2002).

McGorry e Edwards (2002) caracterizam a fase de recuperação como um período de convalescença e reajustamento, ativo para sujeitos e familiares poderem desenvolver a compreensão sobre o vivido e a integração de experiências. Uma série de estratégias psicossociais pode aumentar o âmbito e profundidade do processo de recuperação. Estas incluem, além das intervenções psicológicas individuais, abordagens familiares e intervenções de grupo baseadas em programas de recuperação cujos objetivos incluem a remissão de sintomas positivos e melhoria dos sintomas negativos, restabelecendo o bom funcionamento e a qualidade de vida.

Inúmeras pesquisas defendem o uso de terapias cognitivo-comportamentais como sendo as mais indicadas para o trabalho de intervenção precoce (McGorry & Edwards, 2002; Garety, 2003; Haddock & Lewis, 2005). A elas é atribuído o caráter de eficiência emergencial, a capacidade de reduzir os sintomas positivos do transtorno psicótico e a avaliação cognitiva aliada a exercícios comportamentais que podem reduzir os danos oriundos dos sintomas negativos. Segundo Garety (2005), as terapias cognitivo-comportamentais envolvem a identificação das principais crenças e idéias e uma revisão das evidências para essas crenças, identificando preconceitos e pensamentos relacionados ao humor e ao comportamento. A abordagem é colaborativa e inquisitiva, objetivando o trabalho do indivíduo rumo a uma nova e compartilhada percepção.

Os procedimentos psicoeducativos são destacados, pois se configuram como meio eficiente de se trabalhar a natureza dos sintomas e transtornos vividos de modo a promover o engajamento ativo do sujeito em seu próprio tratamento. A psicoeducação inclui-se como parte de abordagem terapêutica mais ampla, de maneira formal e informal, adaptando-se às necessidades particulares do sujeito e sua família. Segundo Glick et al. (1994, em McGorry & Edwards, 2002, p. 179): “[A psicoeducação] é uma técnica na prática clínica que pode ser definida como a administração sistemática de informações a respeito de sintomas, etiologia,

tratamento e evolução, com o objetivo de melhorar a compreensão e modificar comportamentos.”

As características terapêuticas cognitivo-comportamentais também são úteis às fases de recuperação e manutenção, onde se evitam as morbidades secundárias, segundo o *modo-de-ser* de cada sujeito, anterior aos sinais prodrômicos. A reavaliação da situação de desordem e a agregação das respostas adaptativas ao momento de crise (existencial, por excelência) são momentos importantes no trabalho por esses objetivos. Também nesse momento, enfatiza-se a importância da atenção psicossocial no ambiente familiar seguro, nas redes sociais, na atividade laboral ou *hobbies*, entre outros micro e macrocampos do indivíduo.

Haddock e Lewis (2005) sugerem que terapias suportivas também sejam altamente indicadas aos pacientes que vivenciam as experiências psicóticas pelas primeiras vezes ou nos estágios iniciais da manifestação sindrômica, especialmente com sujeitos mais jovens.

Além das abordagens cognitivo-comportamentais, atualmente reconhece-se a importância das sistêmicas-familiares no manejo clínico de episódios psicóticos (Garety, 2003; Costa, 2003; Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006, Jansen, 2007).

Garety (2003) compreende as intervenções familiares como mais uma fonte estratégica para favorecer o sujeito em sofrimento psíquico, adotando-o como fim de todas as terapêuticas. Garety ressalta que as intervenções familiares são essencialmente voltadas à redução de recidivas em indivíduos mais vulneráveis, mediante a alteração de uma possível fonte de estresse, que é o ambiente familiar. Utiliza-se para tanto, ferramentas como a provisão de informações sobre a psicose (psicoeducação) e o suporte às questões e soluções encontradas nos limites da própria família. Em outras situações, discute o autor, as intervenções familiares objetivam oferecer suporte à angústia dos cuidadores. São alternativas possíveis, o atendimento das famílias sem a presença dos sujeitos em crise ou a participação em grupos de familiares.

Garety ainda alerta que a “família” inclui aqueles que têm grande ligação emocional com o sujeito, tais como pais, irmãos e parceiros. Sobre o que se considera como sendo a rede familiar, Costa (2003, p. 87) amplia as possibilidades ao definir que “família não é uma ‘relação obrigatória’, mas antes uma dentre outras possibilidades que dão sentido ao ser humano”. Seja que configuração tiver, ela é o meio relacional mais básico para as relações com o mundo.

O Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica contempla o paradigma sistêmico-familiar ao oferecer oportunidade de processo terapêutico às famílias dos sujeitos em sofrimento psíquico e não apenas o trabalho individual.

Amparado na Teoria da Complexidade, corrobora-se, cada vez mais, o enredamento das diversas esferas e atores presentes no campo vital do sujeito, quando numa experiência do tipo psicótica. Entende-se que “distúrbios psicológicos emergem dentro de um campo relacional onde existem diferentes vínculos, papéis, contra-papéis, em um movimento contínuo de interação” (GIPSI, s/d). Tem-se, então, experimentado no GIPSI diálogos entre abordagens e possibilidades terapêuticas que privilegiem uma compreensão holística dos fenômenos com os quais se lida.

A terapia familiar sistêmica visa oferecer um espaço para conversação e comunicação do que não é visto com clareza por seus membros, o desvelamento de significados não-compartilhados, bem como as diversas estratégias tomadas na lida com um sofrimento que é do domínio de todos, em maior ou menor grau.

Costa (2006) defende que os sintomas apresentados por um indivíduo podem refletir, na verdade, uma dificuldade de manejar as transições características dos ciclos de vida, que acomete todo o seu campo familiar. Nesse sentido, o sofrimento psíquico não diz respeito apenas ao sujeito que o expressa, mas pertence a toda família. Uma crise provoca ruptura em todo o sistema familiar, demandando dele a necessidade de re-organizar relações e a instauração de novas regras de funcionamento.

Alguns autores (Palazoli, Boscolo, Cecchin e Prata, 1988) consideram que há um jogo familiar envolvido na construção dos sintomas psicóticos por um de seus membros, como se fosse possível vislumbrar um tipo de processo interativo do qual oriunda a psicose. Palazoli et al. (1988) desenvolveram um modelo de jogo familiar basicamente caracterizado em seis etapas: o impasse no casal conjugal, o enredamento do filho no jogo do casal, o comportamento inusitado do filho, a reviravolta do suposto aliado, a explosão da psicose e as estratégias baseadas no sintoma. Apesar de qualquer delimitação meramente etiológica, o modelo versa sobre a manutenção do estado psicótico de um membro do sistema familiar. Mais uma vez, resgata-se a noção de que o sofrimento é produzido e compartilhado em um meio do qual o sujeito faz parte e não apenas por ele.

O trabalho terapêutico junto à família do sujeito que vivencia a experiência do tipo psicótica é destacado como oportunidade de suporte à própria família (que sofre junto com seu membro em sofrimento psíquico); de melhoria na dinâmica, comunicação e linguagem dentro de todo contexto relacional; de trabalho de fortalecimento dos vínculos para tratamento com o sujeito e conseqüente identificação de problemas e ajuste de soluções, entre outros benefícios potenciais.

Não foram encontrados, nesta pesquisa, registros que estabeleçam relações entre a abordagem gestáltica (ou mesmo humanista) e o paradigma da intervenção precoce. Reconhece-se, no entanto, que muitas posturas e objetivos indicados pela literatura internacional como apropriados ao manejo clínico do primeiro episódio/primeira crise do tipo psicótica são absolutamente condizentes com a epistemologia e a práxis preconizadas pela Gestalt-terapia. Acredita-se que uma e outra área se beneficiariam e seriam certamente enriquecidas se interações entre as mesmas puderem ser construídas e implementadas em favor da atenção aos indivíduos em sofrimento. Daí o grande objetivo deste trabalho e para onde se dirige agora.

CAPÍTULO II

A GESTALT-TERAPIA: EPISTEMOLOGIA, FUNDAMENTOS E

REVERBERAÇÕES

*“Olhar o mundo não basta
Experimente, tente se aventurar, arriscar
Pra trilhar seu caminho, é preciso um pé no ar
Respirar fundo e se banhar no mundo”
(Leticia Maria Castro)*

A Gestalt-terapia surge no cenário das “psicoterapias” como um produto da combinação entre as crises pessoais e a inusitada genialidade de seu principal fundador, Fritz Perls.

A biografia de Perls e todos os personagens que dela fazem parte ajudam a elucidar muitas características encontradas na abordagem gestáltica. A começar pelo nome – “Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo” (Perls, 1969/1979) – sua autobiografia é reflexo *sui generis* de sua essência existencial ou existência essencial: a irreverência e o posicionamento à deriva de qualquer padrão acadêmico que obedeça a lógica formal, senão apenas uma lógica pessoal.

Médico neuropsiquiatra, Fritz também dedicou parte de sua vida à Psicanálise, seja como analisando seja como terapeuta. Foi numa reação crítica à Psicanálise que os primeiros esboços de uma nova abordagem terapêutica começaram a se constituir. Seu primeiro livro, “Ego, fome e agressão” (lançado em 1942), reexamina aspectos da psicanálise com respeito ao lugar da agressão no desenvolvimento do indivíduo (Frazão, em Perls, Hefferline & Goodman, 1997/1951).

As proposituras e inconformismos de Fritz Perls – com relação a todo contexto filosófico-social da época – encontraram eco em outros intelectuais e terapeutas,

especialmente: Isadore From, Paul Goodman, Paul Weisz, Sylvester Eastman, Elliot Shapiro, Ralf Hefferline e Laura Perls, sua esposa.

A primeira apresentação sistematizada da Gestalt-terapia aconteceu em 1951 com o livro *“Gestalt therapy”*, de Friedrich Perls e seus colaboradores, Ralph Hefferline e Paul Goodman.

No contexto da clínica psicológica, é possível dizer que a Gestalt-terapia seja uma perspectiva teórico-prática unificadora das várias dimensões do ser humano (sensorial, afetiva, intelectual, social e espiritual). O trabalho terapêutico é compartilhado entre terapeuta e cliente e a ênfase na relação (real) que se desenvolve permite a atualização das experiências vividas pelos sujeitos (pelo cliente e também pelo terapeuta) a partir da experimentação aqui-e-agora de outras possibilidades existenciais, proporcionando uma ampliação de consciência (*awareness*) a respeito de si e do mundo.

Mais que uma abordagem psicoterapêutica, a Gestalt-terapia se configura como uma postura existencial para quem “se encontra” em sua concepção de homem e posicionamento enquanto ser-no-mundo.

2.1. O anteparo filosófico

Uma possibilidade para se conhecer certa abordagem psicoterapêutica é observar seu conteúdo, métodos e técnicas de trabalho. No entanto, a fim de se garantir melhor entendimento da complexidade que envolve uma ciência, permitindo assim que teoria e prática caminhem juntas, em consonância entre si, e de modo a formalizar contribuições da abordagem, faz-se mister realizar uma epistemologia da Gestalt (Holanda, 2005).

Segundo Holanda (2005, p. 26), “fazer epistemologia significa retomar o percurso de construção de determinada abordagem na tentativa de apreender – a partir de seus alicerces –

os modos de compreensão inerentes ao seu método.” Pela epistemologia reconhece-se, claramente, qual a visão de homem e de mundo que subjaz a abordagem.

Por muito tempo a Gestalt-terapia foi reconhecida como uma associação de técnicas aplicadas sem maiores reflexões epistêmicas (Holanda, *em* Holanda e Faria, 2005). Em parte a fama se deveu ao próprio fundador, Fritz Perls, que realizava grandes demonstrações clínicas como se o uso de técnicas fosse a essência da Gestalt-terapia. Despojava-a, assim, de contexto teórico maior e a empobrecia sob a forma de *slogans* para a vida (From, *em* Perls et al., 1997).

Mas, em sentido absolutamente contrário ao “senso comum”, toda flexibilidade de construtos, técnicas e práxis revelam a imensa complexidade que a envolve, enquanto um arcabouço psicoterapêutico formalmente idealizado.

Inflamado pelo *zeitgeist* de rebeldia contra aspectos materialistas, mecanicistas e deterministas da cultura ocidental, o movimento de contracultura americana foi o pano de fundo para a consolidação da abordagem psicológica de Perls. O tom das idéias e das transgressões que despontavam foi embalado por movimentos filosóficos de caráter humanístico e existencial, resgatados pelos principais pensadores da época. É nesse contexto que se funda a Gestalt-terapia.

Ribeiro (1985) apresenta um caminho de pensamento para a Gestalt-terapia. Segundo ele, um tripé filosófico norteia a visão de homem e de mundo da abordagem gestáltica: o humanismo, o Existencialismo e a Fenomenologia. Os três justapõem-se em vários momentos, de modo que a divisão aqui apresentada justifica-se mais como recurso didático disposto a facilitar a compreensão dos pressupostos do que como delimitação rígida de princípios que em nada se comunicam.

2.1.1. O Humanismo

Não é tarefa simples definir o que é o humanismo. Fazê-lo em termos históricos talvez seja um facilitador, mas ainda assim não seria possível apreender a abrangência de seus

postulados. De início, a melhor forma de se apropriar teoricamente do humanismo é compreendê-lo como uma atitude existencial.

A preocupação em tornar o homem o centro das coisas remonta a idades bem antigas, desde os filósofos gregos. A célebre frase de Protágoras diz que “o homem é a medida de todas as coisas”. Por ela, assume-se que o universo deve ser pensado a partir do homem, de sua centralidade e finalidade.

No entanto, o humanismo nasce como movimento literário e filosófico na Itália renascentista. As artes e o desenvolvimento técnico-científico ilustravam como o teocentrismo medieval foi perdendo campo e força. No Renascimento, retomaram-se os ideais clássicos gregos de exaltação ao corpo, as idéias de capacidade e liberdade do homem, prioridade da vida ativa em detrimento à contemplativa, a ênfase da relatividade de valores morais segundo conveniência (inter) subjetiva (Holanda, s/d).

No decorrer da história, identifica-se o humanismo nas posturas, essencialmente éticas, ocupadas em resgatar a visão de totalidade e que se voltam a um projeto de (re-) valorização do que é humano. O humanismo envolve a reflexão do homem sobre si mesmo, da natureza e realidade em que também se inclui. Também envolve reflexão sobre a constituição da subjetividade (Holanda, s/d).

Diz-se hoje que as abordagens de orientação humanista constituem a terceira força da Psicologia. A Psicologia Humanista surgiu nos Estados Unidos em meio às crises morais e éticas provocadas pela guerra do Vietnã e veio questionar, inclusive, tradições básicas da ciência como a questão da neutralidade e a relação com o “objeto de pesquisa” (Holanda, s/d). Schultz e Schultz (1992) afirmam que ela possibilitou uma nova postura ao adotar como temas básicos a ênfase à experiência consciente, a crença na integralidade da natureza e do ser humano, a liberdade, espontaneidade e criatividade dos indivíduos.

Holanda (s/d) resume as principais idéias que permitem à Gestalt-terapia assumir-se como humanista. Segundo o autor: 1) a Gestalt é um método que tenta fazer o homem

compreender-se e se fazer compreendido; 2) a Gestalt propõe a valorização dos aspectos inter-humanos, visto que admite que o homem é, por excelência, um ser-em-relação; 3) há valorização do homem em seus aspectos positivos, saudáveis e transcendentais da existência; 4) a preocupação terapêutica central é a experiência consciente no aqui-e-agora existencial; 5) há ênfase em características essencialmente humanas, tais como a capacidade de escolha, criatividade, auto-avaliação, etc.; 6) há uma preocupação com a manutenção do valor e da dignidade do homem, numa visão holística dele; 7) a Gestalt-terapia redimensiona a relação entre saúde e doença dialeticamente e reinsere o sujeito na totalidade de seu contexto; 8) conceitos básicos da abordagem gestáltica (contato, diálogo e *awareness*) reiteram os aspectos holísticos e relacionais.

Uma síntese bastante apropriada do Humanismo poderia ser:

O Humanismo, em suma, é uma filosofia para aqueles que amam a vida. Os humanistas assumem responsabilidade por suas próprias vidas e apreciam a aventura de participar de novas descobertas, buscar novo conhecimento, explorar novas possibilidades. Em vez de se satisfazerem com respostas pré-fabricadas para as grandes questões da vida, os humanistas apreciam o caráter aberto de uma busca e a liberdade de descoberta que este proceder traz como sua herança. (Humanismo, s/d.)

O humanismo possivelmente é o fio que alinhava toda epistemologia e que fornece os parâmetros segundo os quais se articula o modelo teórico gestáltico. Orientando-se nos princípios supracitados, procura lidar com os aspectos positivos dos indivíduos, suas potencialidades, sua singularidade, sua capacidade de auto-gestão e auto-regulação (Ribeiro, 1985).

2.1.2. A Fenomenologia

Fritz Perls, ele mesmo chegou a afirmar a Gestalt como uma abordagem fenomenológica (Ribeiro, 1985). Poder-se-ia discutir sobre a Fenomenologia, até mesmo em momento diferenciado e anterior à própria Gestalt-terapia. Sua amplitude transcende a própria Psicologia sendo aplicada a diversos contextos humanos. Contudo, com vistas ao cumprimento dos objetivos deste trabalho, preferiu-se tomar a Fenomenologia como a filosofia e método apropriados ao arcabouço teórico da Gestalt-terapia, constituída e formalizada como abordagem psicoterapêutica.

Originariamente, a Fenomenologia surgiu como uma crítica à ciência. Vigente ainda hoje, o método científico foi inspirado no método cartesiano de conhecimento e dá conta de uma verdade provisória até que outra realidade seja atestada teoricamente. No intuito de se chegar a uma verdade objetiva, portanto, a ciência prima pela neutralidade como ideal a ser atingido pelo sujeito cognoscente.

Segundo Feijoo (2006), o filósofo Husserl, mantendo o propósito de Descartes, intentou dar à filosofia bases e condições de uma ciência rigorosa. Mas diante da dinâmica real das coisas e do mundo, ele entendeu que ciência e filosofia estão em constante mudança, devido ao caráter situacional do homem, também em devir.

A fim de evitar que a verdade filosófica também fosse provisória, Husserl entendeu que a verdade deveria se referir às coisas como essas se apresentam à experiência de consciência. As coisas deveriam ser descritas, estudadas em suas essências, nos significados livres de teorias e preposições apriorísticas comuns no modo ordinário de conhecimento do mundo. Fenomenologia deriva do grego *phainesthai*, aquilo que se apresenta ou que se mostra (Coelho, 2007).

Importante à Fenomenologia é considerar o mundo tal qual ele é experienciado, percebido e significado pela consciência. Parte-se do que é dado e está aí aprioristicamente. O principal foco de atenção do método recai sobre o fenômeno, entendido como “as inter-

relações estabelecidas entre consciência e objeto” (Kiyon, 2001, p. 104). Há o abandono da cisão sujeito e objeto em favor do *noema*, que exprime qualquer objeto que se apresenta para reflexão do homem (Feijoo, 2006).

A Fenomenologia volta-se para o entre, para a relação fundamental que significa o mundo e o próprio sujeito. O entrelaçamento entre sujeito e objeto é o que se denomina intencionalidade da consciência. Esta é voltada para fora e faz-se em duplo movimento, de visada da consciência e produção de sentido:

[...] uma característica definidora da consciência enquanto necessariamente voltada para um objeto (toda consciência é consciência de algo). A consciência só é consciência a partir da sua relação com o objeto, isto é, com o mundo constituído que a precede. Por outro lado, este mundo só adquire sentido enquanto objeto da consciência, visado por ela [...]. (Japiassu & Marcondes, em Kiyon, 2001, p. 107)

Tatossian (2006) afirma que a Fenomenologia só começa a partir da *epoché*, atitude de suspensão de juízos e valores, em um momento pós-vivencial, a fim de chegar ao fenômeno tal como ele ocorreu: “Demanda a passagem do real ao possível e do fato à essência ou *eidós*” (p. 24). Pela redução fenomenológica, procura-se um retorno às coisas mesmas, a “um mundo anterior ao conhecimento, do qual o conhecimento sempre fala” (Merleau-Ponty, 1996, p. 4).

Chegar à essência das coisas mesmas, do mesmo modo pré-reflexivo que acontecem, como dito anteriormente, é impossível. Nesse sentido, a redução eidética (*eidós* = essência) não acontece plenamente, exatamente por não ser possível retornar ao momento da experiência ontológica, originária, imediata. Na prática, realiza-se o que se diz de redução transcendental, onde se buscam os contornos da experiência e sua resignificação *a posteriori*.

Aplicada à clínica psicológica, a Fenomenologia se interessa não pela realidade objetiva, que acontece independente de nós, mas pela realidade enquanto uma dentre várias

possibilidades. Um fenômeno é a realização de uma entre infinitas possibilidades. Interessa ao fenomenólogo em contexto clínico o vivido singular de cada sujeito, seja da patologia, seja da saúde.

A adoção de uma atitude fenomenológica implica e favorece o acolhimento dos modos-de-ser próprios de cada pessoa. Atentar-se ao fenômeno tal como se desvela, e não às explicações previamente construídas sobre as formas e porquês que ele assume, é significar o vivido de modo peculiar, considerando que o sujeito que vive é dotado de intencionalidade e sua existência marcada pela infinitude de possibilidades que se pode assumir.

Para Ribeiro (2006), o cliente é um fenômeno, que só se torna cliente – e fenômeno – quando se torna parte do campo relacional de alguém que o observe (neste caso, o terapeuta). E vice-versa. A função do terapeuta é permitir o desvelamento do fenômeno que se constitui diante dele, de modo que o próprio cliente possa desvendar a própria totalidade para si mesmo.

Sob esse aspecto, é lícito afirmar que a postura fenomenológica expressa totalidade e é relacional por excelência: “o sujeito fenomenológico é intersubjetividade” (Tatossian, 2006, p. 47). Sujeito-observador e outro-observado constituem-se mutuamente pelo ato intencional da consciência. Para Ribeiro (1985), é pelo fenômeno – sendo ele o ponto de encontro da relação com – que cliente e terapeuta se fazem inteligíveis um para o outro. É o método fenomenológico que justifica uma das máximas gestálticas de *ir ao encontro do outro*.

Sob o aporte fenomenológico, o conhecimento advém pelo *encontro com* e por meio da atitude de escuta do ser, segundo princípios de fluidez, espontaneidade, não-saber e não-determinismo (Ribeiro, 1985). A compreensão, tal como proposta por Dilthey², é privilegiada e

² Wilhelm Dilthey diferenciou a compreensão da explicação. A partir da distinção entre ciências da natureza e ciências do espírito, o filósofo estabeleceu métodos apropriados para cada uma. A explicação é o método característico de apreensão das ciências da natureza e implica a percepção de partes em busca da inteligibilidade. Em contrapartida, o método das ciências do espírito é a compreensão, onde o entendimento é dado pela noção de totalidade, abrangência. A psicologia, segundo Dilthey, é a primeira

acontece empaticamente. É diferente da identificação ou da construção de analogias com o outro. Safra (2006) afirma que em sua estrutura ontológica, o ser é possibilidade de compreensão e esta é essencialmente originária no homem.

Segundo Ribeiro (1985) e Ginger e Ginger (1995), a Gestalt-terapia apreendeu da Fenomenologia a consciência: de que o processo desenvolve-se aqui-agora, do refazer-se a cada instante, da evitação do determinismo psicobiológico, da não universalidade das leis.

Yontef (1998) afirma que a Gestalt-terapia é uma Fenomenologia clínica e essa disposição fundamenta uma série de outros pressupostos e conceitos básicos da práxis terapêutica gestáltica. Esses conceitos serão tratados com mais profundidade em seguida.

2.1.3. O Existencialismo

Aliado às outras duas bases filosóficas, a Existencialismo completa o tripé sob o qual se apóia o olhar gestáltico sobre o mundo e o ser humano. Não raro, o Existencialismo se confunde com as duas outras bases filosóficas da Gestalt. Fala-se em humanismo existencialista e também em Fenomenologia existencial, por exemplo.

Existir origina-se no latim: *ex-sistere*. A origem etimológica significa “aflorar, vir de”. Pressupõe uma projeção do que é para o que vem a ser. O homem, nesse sentido, é um projeto de si próprio e realiza-se à medida que se projeta. O ser existe, mas ao mesmo tempo é nada, pois ainda não se realizou finalmente.

Como uma escola filosófica, o Existencialismo surgiu em meados do século XIX inspirado pelas idéias do dinamarquês Søren Kierkegaard e alcançou seu apogeu após a Segunda Grande Guerra, nos anos 50 e 60, com os pensadores Martin Heidegger e Jean-Paul Sartre (Cobra, 2001).

e mais elementar ciência do espírito (Prof. Adriano Holanda, comunicação pessoal; Wikipédia, disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Wilhelm_Dilthey).

Não nos interessa, diante dos objetivos deste trabalho, proceder a uma exposição que especifique diferentes contribuições e caracterize o pensamento de cada filósofo existencialista. Interessa-nos, sim, expor o que qualifica o Existencialismo como tal, especialmente apropriado aos domínios da Gestalt-terapia.

O Existencialismo diz sobre a concretude, totalidade e realidade. O homem em sua característica fundamental de estar e ser-no-mundo de maneira singular e orientando-se a si próprio segundo um projeto pessoal de vir-a-ser (Ribeiro, 1985). Nesses termos, somos confrontados com temas existenciais fundamentais – tais como a angústia, a liberdade, a consciência e a subjetividade – que permeiam a prática psicoterapêutica e nos colocam por seus prismas, tantas vezes, diante do fenômeno que é existir.

Em Kierkegaard está uma das linhas mestras do Existencialismo. Ela tem a ver com o *devoir*, originário em Heráclito, e com a liberdade a que o homem está predestinado. Para Kierkegaard inexistem um projeto básico ou uma essência definidora do homem verdadeiro porque cada um define-se a si mesmo e, assim, é verdade para si. Sob as possibilidades oriundas da indeterminação, a verdade é subjetividade e a liberdade torna-se ilimitada, persistindo o homem na angústia (Cobra, 2001).

Já em Heidegger, a angústia tem origem diversa da liberdade. Ela resulta da precariedade da base da existência humana: o *ser-aí* se angustia diante do *ser-no-mundo* e espera *poder-ser*. É com Heidegger que se evidencia a temporalidade como característica da existência. Essa é temporária – paira entre o nascimento (passado) e a morte (futuro) inevitável – mas só é aqui-e-agora (presente).

Conforme Peres e Holanda (2003, p.100): “Nas Filosofias da Existência, a liberdade é o fundamento do ser, aquilo que constitui o homem, e a responsabilidade é aquilo que a limita. Neste cenário em que o homem se reconhece como legislador de si mesmo e sozinho na execução de seu projeto, a angústia se instala e mobiliza-o para a ação.” Estamos diante da subjetividade como possibilidade de se falar da existência.

A subjetividade, considerada por Kierkegaard, é cerne do Existencialismo uma vez que define “o” homem, tirando-o da condição de generalidade e especificando-o em sua singularidade pessoal. Pela subjetividade, rompe-se com a objetividade irrestrita normalmente atribuída à realidade e instaura-se a possibilidade de que o mundo adquira sentido. O próprio Kierkegaard afirma que “o homem não pode viver sem sentido” (Ribeiro, 1985, p. 41).

A questão do sentido aproxima o Existencialismo da Fenomenologia. Todo sentido, por excelência, é efeito de um ato intencional da consciência. O ser-aí só tem sua existência autêntica, plena em seu sentido, se consciente de suas possibilidades, de sua finitude, da sua condição de devir, da liberdade, da escolha e da responsabilidade inerente a elas. A existência é a síntese da facticidade do mundo com a atribuição de sentido pela subjetividade (consciente, liberta e responsável).

Justifica-se, assim, o principal objetivo da terapia gestáltica, que é a ampliação da *awareness*, da consciência integral e integradora dos sujeitos. Segundo Yontef (1998, p.18), “tornando-se consciente, a pessoa torna-se capaz de escolher e/ou organizar a própria existência de maneira significativa”.

O tema da liberdade adquire expressividade nos trabalhos de Sartre. O filósofo argumenta que toda a existência humana é pautada na liberdade e na responsabilidade por cada ato cometido. O homem não pode desculpar sua ação dizendo que está forçado por circunstâncias ou determinado de alguma maneira a fazer o que ele faz. O homem é totalmente livre e o único responsável pelo que faz de si mesmo, é isso que o constitui. Assim como em Kierkegaard, na visão sartreana a liberdade e responsabilidade são fonte da angústia, o homem, portanto, está condenado a ser livre (Cobra, 2001).

A máxima do Existencialismo, cunhada por Sartre, afirma que “a existência precede a essência” (Ribeiro, 1985). A essência do ser-aí se constitui à medida que ele é-aí, que ele existe, construindo-se interminavelmente até à morte.

Uma psicoterapia de base existencial atenta-se ao sujeito, suas formas peculiares de existir-no-mundo. Há um profundo respeito e crença na liberdade e vontades individuais. O processo terapêutico, muitas vezes, é o lugar que o ser-aí encontra para legitimar seu *poder-ser* e responsabilizar-se por ele como uma escolha consciente por si mesmo. Segundo Feijoo (2000), cabe ao psicoterapeuta trazer à tona expressões autênticas e inautênticas dos sujeitos em atendimento, mobilizando-os a fim de que se reconheçam lançados na liberdade e na responsabilidade para, então, assumí-las. A figura do terapeuta, como o outro que valida, é fundamental, assim como a possibilidade de que o encontro existencial entre terapeuta e cliente³ aconteça dando contexto a uma reflexão pessoal sustentada na experiência de ser-no-mundo.

Feijoo (2000), ao propor uma terapêutica baseada na escuta e na fala, sob aporte fenomenológico-existencial, afirma que a análise da unidade estrutural ontológica do ser-aí, enquanto pre-sença, dá-se pelos momentos constitutivos da mundanidade do mundo (ser-no-mundo), do ser-com e ser-próprio (o “eu” se dá consigo e com os outros) e do ser-em (o objetificar-se no mundo de acordo com as necessidades e da intencionalidade). Apoiada em Heidegger, a autora parte do homem como cuidado (*sorge*) para romper com a visão tradicional do homem posicionado sobre o fechamento. Antes, o homem é ser de abertura para o mundo, para o projeto de ser-aí e, em última instância, para a morte. No fechamento, a subjetividade é tida como enclausurada, o ser-aí perde-se na impessoalidade, que é o oposto do ser-próprio.

A relação, como se vê, é basilar na compreensão existencial de ser humano. Mais, a relação constitui o ser. O ser-aí só é quando em relação com o mundo, com o outro, consigo mesmo. O outro, como uma polaridade dialética, é parte do ser e também é constituída por

³ Com vistas a unificar e esclarecer o uso das terminologias, o termo “cliente” será utilizado quando em referência direta às citações de autores diversos que assim o utilizem ou à relação estabelecida entre terapeuta e sujeito no contexto de processo terapêutico.

ele. Safra (2006, p. 25) postula que “o homem é sempre um ente ontologicamente aberto a um outro (...) o ser humano é um acontecimento em comunidade”.

Filosofia Dialógica

Ao adentrar nesse domínio do campo existencial-fenomenológico – da relação, do encontro – é conveniente que se discorra a respeito da filosofia dialógica, cujo maior e mais expressivo baluarte é Martin Buber. A Filosofia Dialógica não se trata, no entanto, de uma quarta força filosófica formalmente adotada pela epistemologia da Gestalt-terapia, motivo pelo qual será referenciada como uma postura condizente e ponto de encontro entre a Fenomenologia e o Existencialismo.

A Filosofia Dialógica buberiana dá respaldo à relação como sendo um dos aspectos mais importantes da psicoterapia gestáltica (Yontef, 1998). Ela constitui aspecto epistemológico e pragmático da abordagem e define, de certo modo, objetivos terapêuticos.

Buber bebe de fontes do Existencialismo quando considera que a relação e o encontro não são meros aspectos conceituais, mas eventos entre o homem e o ente que se lhe defronta (Zuben em Buber, 2006/1974). Segundo Zuben, que introduz a obra de Buber, “a atitude é um ato essencial ou ontológico em virtude da palavra proferida. Cada atitude é atualizada por uma das palavras-princípio, Eu-Tu ou Eu-Isso” (p. 32).

As palavras-princípio instauram duas possibilidades de realização existencial, quais sejam: a vida dialógica – pela atitude Eu-Tu, e o mundo do Isso – como atitudes de experiência e uso, de reificação. Na relação com o Tu, o ser é totalidade e essa é a condição para que o diálogo aconteça. O mesmo não acontece quando se profere Eu-Isso; nessa ocasião, o ser jamais está em sua totalidade (Buber, 2006/1974).

Em Buber, tem-se que a relação é a dimensão fundante do Eu. Só existe Eu quando o ser está em relação com um Tu ou um Isso, dialeticamente. Para o autor, se prolongadas, as

linhas de todas as relações entrecruzam-se no Tu eterno, único a jamais tornar-se Isso (Buber, 2006/1974).

A relação Eu-Tu, característica do diálogo autêntico, é fadada à fugacidade, pois logo é coisificada transformando-se num Eu-Isso. Buber (2006/1974, p. 57) afirma que “a experiência é o distanciamento do Tu”, o que o aproxima da atitude fenomenológica, que apregoa o encontro como momento pré-reflexivo, impossível de ser alcançado novamente mesmo diante de reduções que intentem alcançar sua essência.

A linguagem, assim como no Existencialismo, ocupa lugar central na filosofia dialógica buberiana. Pela palavra, funda-se a dimensão inter-subjetiva do ser e em ambas as atitudes, Eu-Tu e Eu-Isso, a palavra proferida é atualizadora do ser do homem (Buber, 2006/1974). O homem é a palavra e esta é expressão autêntica de sua linguagem, pois é a palavra que introduz o homem na existência.

Amparada em todos esses pressupostos, afirmar que a Gestalt-terapia é dialógica implica assumir o compromisso de criar condições para que o diálogo aconteça. E apenas condições. Na perspectiva buberiana, não é possível planejar o diálogo autêntico, visto que ele acontece por graça.

Há situações que podem ser propiciadas com vistas a favorecer a emergência do diálogo autêntico, da relação Eu-Tu. Yontef (1998) postula que quatro características do diálogo são enfatizadas na Gestalt-terapia: a *inclusão*, em que se experimenta posicionar-se tanto quanto possível na experiência do outro (empatia); a *presença*, estimulada no terapeuta e no sujeito como forma de autenticar a relação e estimular a autonomia; o *compromisso com o diálogo*, incluindo a permissão para que o diálogo aconteça e; *diálogo vivido* como forma de experiência realizada e não apenas falada a respeito.

2.2. As teorias básicas

Como anteriormente explicitado, o arcabouço teórico-metodológico da Gestalt-terapia entrelaça-se à história pessoal de Fritz Perls, à sua inusitada genialidade. À medida que Fritz encantava-se com alguma idéia ou postura, essa ia sendo incorporada à práxis psicoterapêutica. Compreende-se a formalização da Gestalt-terapia como se constituindo empiricamente numa síntese específica e coerente de tendências da psicologia, da filosofia e da cultura de uma época da qual Perls era parte (Ginger & Ginger, 1995).

As idéias de Fritz encontraram eco em intelectuais reacionários e fomentadores do movimento de *contracultura* européia e norte-americana, que ganhava notoriedade e do qual ele mesmo era militante. E não apenas ele, mas Laura Perls, Goodman e outros colaboradores foram essenciais para a formalização e articulação da Gestalt (Ginger & Ginger, 1995).

Enquanto o tripé filosófico – Humanismo, Existencialismo e Fenomenologia – sustenta a visão de mundo concebida pela Gestalt-terapia, uma série de teorias se articulam e fundamentam métodos e técnicas próprios da abordagem. São a Psicologia da Gestalt, Teoria do Campo, Teoria Holística e Organísmica. Práticas teatrais e psicodramáticas e a filosofia oriental, especialmente o Taoísmo e o Zen Budismo, também são reconhecidas em sua parcela de influência sobre Perls (Ginger & Ginger, 1995).

Antes de passar a uma exposição de cada uma, e dos principais conceitos oriundos delas, é interessante um breve comentário a respeito da primeira obra de Perls – “Ego, Fome e Agressão”, de 1947 – uma vez que ela foi o marco de ruptura com a abordagem psicanalítica e precursora da Gestalt-terapia.

No I Congresso de Psicanálise de Praga, Perls proferiu a palestra embrião de “Ego, Fome e Agressão”. Sua intenção foi rever algumas posições teóricas a respeito das resistências orais, complementando o trabalho de Freud. Sua fala não foi bem recebida pela comunidade psicanalítica e logo Fritz rompeu com a escola.

“Ego, fome e agressão” foi desenvolvido a partir da tese de que as resistências infantis originam-se na fase oral, anterior, portanto, à fase anal preconizada por Freud. A boca, na concepção de Perls, é o local de encontro mais óbvio entre indivíduo e mundo (From & Miller, em Perls et. al., 1997). Fritz empregou o surgimento da dentição de uma criança para elaborar analogias sobre o desenvolvimento humano e psíquico: metabolismo mental (Perls, 1974/2002). Assim como a criança que tem a dentição em formação aprende a discriminar e escolher o que quer ou não para se alimentar, durante a vida escolhemos como nos alimentar dos estímulos disponíveis no ambiente. A criança, até 8 ou 9 meses, apenas engole o que lhe é oferecido, sem oferecer resistências ou expressar desejos (From & Miller, em Perls et. al., 1997). O processo de ir além da mera introjeção é natural à criança tão logo ela comece as funções de mastigação e assimilação mais conscientes. Para Perls, portanto, a autonomia e a individualidade começam mais cedo do que propunha Freud, em um processo sadio de auto-regulação.

Com a metáfora, Perls (1997) confere valor positivo à questão da agressão. Mais uma vez, distancia-se da Psicanálise, para quem a agressão integra o rol dos instintos de morte. A agressão (dental) ilustra o modo de preservação de si mesmo e o modo de contato com o ambiente. No decorrer do desenvolvimento do indivíduo, este continua a agredir o ambiente a fim de alimentar-se do que lhe seja nutritivo.

Já em “Ego, Fome e Agressão” Perls formalizou sua aproximação das teorias e teóricos que viriam a constituir a Gestalt-terapia. Apresentou o conceito de contato, mola-mestra da teoria gestáltica, bem como bloqueios a ele relacionados (Perls, 1974/2002). Na crítica e sugestões à Psicanálise, propôs que a Psicologia da Gestalt fosse incorporada à Psicanálise substituindo a psicologia das associações, tão linear. Também acreditava que o tratamento isolado do psiquismo poderia ser revisto em favor da teoria Organísmica, mais abrangente no tocante ao fenômeno explícito do sujeito (Perls, 1974/2002; Boris, 2002).

2.2.1. Psicologia da Gestalt

A Psicologia da Gestalt surgiu como reação às escolas do elementarismo e atomismo derivadas da Psicologia científica de Wundt. Até seu surgimento, os fatos psicológicos eram concebidos como “átomos” não relacionados entre si, senão pelas associações (Schultz & Schultz, 1992).

Iniciado por Max Wertheimer e pelos psicólogos Kurt Koffka e Wolfgang Köhler, o movimento gestaltista alcançou grande aceitação na Europa, expandindo-se posteriormente para o mundo. A Psicologia da Gestalt nasceu sob os efeitos de um *zeitgeist* marcado pela Fenomenologia e pela noção de campo que despontava na Física e foi fortemente influenciada por esses vieses.

Segundo Heidbreder (1981), Wertheimer colocou em xeque a ciência tradicional cartesiana ao dar-se conta que a experiência real estava sendo ignorada em favor de explicações que combinavam elementos sensoriais e distorciam a experiência imediata. Ele duvidou da percepção como soma de sensações e dos processos fisiológicos correlatos como uma soma de atividades neurais separadas. Há, portanto, mais coisas na percepção do que os nossos órgãos de sentidos conseguem captar. Köhler e Koffka, inicialmente sujeitos de pesquisa de Wertheimer, aderiram à sua concepção e passaram a fomentar tal posição teórica.

Os três psicólogos tinham consciência de que a experiência não acontece como um conjunto de formas separadas e associadas entre si. Antes, a percepção tem caráter de totalidade, pois o que é percebido é percebido como um todo significativo, e segundo alguns princípios. O termo *gestalt* é bem definido como configuração, todo, forma (Ribeiro, 1985; Heidbreder, 1981).

Wertheimer assim define sua Psicologia:

O que é a teoria da Gestalt e o que ela pretende? A ‘fórmula’ fundamental da teoria da Gestalt poderia ser expressa da seguinte maneira: existem

totalidades, cujo comportamento não é determinado pelos seus elementos individuais, mas nos quais os processos parciais são eles mesmos determinados pela natureza intrínseca do todo (Wertheimer em Schultz & Schultz, 1992, p. 306).

A intenção dos gestaltistas é remontar à percepção ingênua, à experiência imediata não corrompida pela aprendizagem e não fixada nos significados apriorísticos que podem limitar a experiência imediata (Heidbreder, 1981). Nesses termos, aproxima-se sobremaneira da atitude fenomenológica da *epoché*.

Mas a aprendizagem também recebe atenção especial. Segundo Ribeiro (1985), ao desconfirmar o modelo de aprendizagem adotado pela ciência, os gestaltistas acreditavam que esse é um processo que envolve introvisão. Esse princípio permite a apreensão ou compreensão aparentemente espontânea e imediata das relações entre elementos perceptivos. Pela introvisão, entende-se que o indivíduo passa, subitamente, a compreender a realidade como um todo; há uma (re)estruturação do campo situacional.

Diante da consideração da totalidade como característica essencial da percepção, a Psicologia da Gestalt permite a emergência da relação (entre elementos perceptivos, em um primeiro momento) como conceito adjacente aos seus postulados. E a teoria tratou disso especialmente se se considerar os conceitos de figura-e-fundo ou todo-e-parte.

Ambos compõem os princípios da organização da percepção elencados pelos gestaltistas. Os princípios, conforme Ribeiro (1985), são antes de tudo tendências, que podem ou não estar atuando em determinado momento. Antes de ater-se a eles com mais precisão, vale expor melhor a questão dos princípios. Basicamente, foram oito os princípios apontados (Heidbreder, 1981; Ribeiro, 1985; Schultz & Shcultz, 1992; Fadiman & Frager, 1986/2002), o que aproximou os gestaltistas do próprio paradigma questionado por eles:

- a) proximidade – elementos próximos no tempo e espaço tendem a ser percebidos juntos;
- b) Continuidade – tendência de perceber a direção dos elementos perceptivos de modo contínuo.
- c) Similaridade – tendência a ver elementos semelhantes como um grupo
- d) Complementação – preenchimento de lacunas, completar a forma incompleta
- e) Simplicidade ou “boa forma” – figuras são vistas de modo tão bom quanto possível, simples, estável, ordenado.
- f) Todo-e-parte - “o todo é *diferente* da soma das partes”
- g) Figura-e-Fundo – formação duo onde uma parte da configuração total se destaca enquanto a outra permanece recuada e mais amorfa.
- h) Aqui-agora – a experiência de percepção passada influencia a visão que se tem da mesma coisa aqui e agora.

Os princípios propostos dizem respeito à percepção sensorial que os indivíduos têm e experienciam. Foram todos ilustrados tendo por base o sentido da visão e, claro, podem ser estendidos a diversas outros olhares. Perls tomou os conceitos e principais idéias do movimento gestáltico e os adaptou à sua psicologia na construção da Gestalt-terapia. A intenção é de que os elementos da teoria alemã pudessem dizer sobre o modo como as pessoas percebem a realidade e entram em contato com ela.

A Psicologia da Gestalt, evocando e compartilhando dos fundamentos das teorias Organísmica e Holística, ressalta a necessidade de se pensar o indivíduo como um organismo que está absolutamente em contato com o ambiente. Considera-se o campo como um todo, constituído pelo sujeito em todas as suas características e o ambiente físico e social que o precede (Perls et al., 1997). A percepção é mediada segundo essa relação, especialmente se for levada em conta a emergência ou manifestação de uma necessidade. Segundo o princípio da boa-forma – cujo construto correlato, na teoria Organísmica, poderia-se dizer, é o de auto-

regulação – a partir da necessidade, o campo perceptivo se reestrutura com vistas à satisfação e estabilidade do todo.

O princípio do *todo-e-parte* de certa forma origina toda discussão da Psicologia da Gestalt. O todo pode ser descrito como um fato fenomenológico global, totalizado. Ele é uma realidade *per se*, regido por leis próprias e, mesmo sendo composto de partes, o todo não se reduz a elas ou às suas leis. Pela noção de *todo-e-parte*, se um novo elemento é introduzido na configuração, o todo será globalmente alterado e daí surgirá nova estrutura (Ribeiro, 1985). É importante considerar as partes sempre em relação com o todo, pois é ele que vai delimitar os contornos de cada elemento constitutivo. Além disso, dialeticamente, só há todo porque as partes o compõem e o todo é dado a partir de uma configuração de partes.

O sentido de totalidade é inerente ao organismo e cada organismo é responsável por dar significados aos todos que a ele se apresentam. Prioriza-se, assim, o *como* em detrimento do *por* que: como se organiza e estrutura para que ela seja significada de determinada maneira, como as partes se organizam para determinar tal configuração, etc.

Aplicado à clínica, tal como tomado por Perls, a partir do princípio *todo-e-parte*, fundamenta-se a opção pelo olhar mais abrangente destinado ao indivíduo que se apresenta em terapia. O caráter relacional do princípio permite reflexões sobre interconexões mantidas entre os diversos elementos de uma configuração e também sobre a relatividade de posições exercidas pelas *partes* que a compõem. O *todo* torna-se cada vez mais complexo e as *partes*, nem sempre visíveis, são capazes de o revelar. Interessa no processo terapêutico gestáltico, como afirma o próprio Wertheimer (Schultz & Schultz, 1992), qual o tipo de totalidade, *como* se dá a articulação entre partes manifestas e latentes que compõem e significam o todo. Exemplo disso é a abordagem que se faz ao indivíduo sintomatológico, privilegiando-o em sua totalidade e potencialidades para além da mera parte que se mostra adoecida. Esse tema será retomado na discussão sobre as concepções da Gestalt-terapia a respeito do processo saúde-doença.

Figura-e-fundo consiste, basicamente, numa aplicação do princípio anterior. Figura é o que se destaca, o que se reconhece diante um fundo que lhe dá contornos. A essa relação de figura sobre fundo, Ribeiro (1985) chama de *formação duo*. A relação de totalidade é também dialética: a figura só se delinea mediante um fundo que a delimita, bem como o fundo só é reconhecido a partir da emergência de uma figura.

A figura é uma configuração com propriedades diferentes das do todo. Porém, figura e fundo mantém características semelhantes, pois ela advém dele. A figura é parte do todo, mas também é um todo *per se* (Ribeiro, 1985).

Perls valeu-se em muito da noção de figura e fundo na proposta da Gestalt-terapia, inclusive conferindo o caráter de totalidade envolvido nesta configuração. Segundo ele (Perls et al., 1997, pp. 45-46):

O processo de formação de figura/fundo é um processo dinâmico no qual as urgências e recursos do campo progressivamente emprestam suas forças ao interesse, brilho e potência da figura dominante. Não tem sentido, por conseguinte, tentar lidar com qualquer comportamento psicológico fora de seu contexto sociocultural, biológico e físico.

O processo terapêutico acontece pela identificação e emergência de figuras, na situação de temas terapêuticos que sejam fluidos. Inconsciente ou conscientemente, as figuras denotam um local mais tensionado ou uma necessidade. Perls (1997) considerou que a agressão e destruição são necessárias à ocorrência da fluidez e a emergência de novas figuras. A partir da agressão, o metabolismo é possível e, assim, acontece a incorporação da nova configuração, da novidade, ao organismo. O sujeito também passa a ser responsável pelo trabalho clínico à medida que reconhece e acolhe as figuras que emergem no processo, que as agride, metaboliza e incorpora em si.

Retomando a compreensão de Perls, a relação figura-fundo é dinâmica; ora tem-se uma figura, ora outra ganha maior visibilidade, ora o sujeito é surpreendido por outra figura e outros temas voltam ao fundo. O que não se perde de vista, na psicoterapia gestáltica, é que a emergência de figuras é contextualizada, seus contornos são definidos pelo fundo que as precede. Figura-e-fundo aplicado à prática terapêutica pode ser compreendido conforme dito por Ribeiro (1985, p. 74):

Quando um cliente expõe um problema, estamos ou devemos estar atentos ao seguinte, partindo do princípio citado: 1º) o cliente é um todo; 2º) deve-se prestar atenção a este todo, mesmo quando ele só fala de uma parte sua; 3º) as duas partes: ele todo e parte dele continuam presentes 'por debaixo' ou 'por detrás'; 4º) ele, como um todo, também se identifica com a parte que está sendo focalizada, ou seja, a parte pequena coincide com sua parte grande; 5º) finalmente, sua parte grande coincide com sua parte menor.

Wertheimer, Koffka e Köhler (Schultz & Schultz, 1992) questionaram a influência de experiências anteriores, isto é, da aprendizagem, nas percepções. Quanto as percepções aqui e agora são afetadas pela percepção e pré-conceitos já adquiridos sobre elas? A própria Psicologia da Gestalt tenta lidar com o fato quando reforça a intenção de se ater na experiência originária, como a atitude fenomenológica de suspensão de juízos e valores, mas não nega completamente que a aprendizagem influencia a percepção presente. Aos gestaltistas o presente enquanto realidade que abarca passado e futuro é suficiente para explicar o que acontece. É plenamente possível, portanto, que o entendimento de determinada situação se dê apenas considerando o campo atual, pois lá estão presentes os elementos históricos e expectativas futuras da configuração constituída.

Na Gestalt-terapia, aqui-agora é o imperativo de trabalho psicoterapêutico. A Gestalt-terapia não busca na realidade concreta pistas do inconsciente, mas reconhece-a em si mesma

como dado importante. Partindo desse princípio Perls teceu críticas à Psicanálise freudiana, que tantas vezes ignora a situação presente em busca de experiências inconscientes do passado, mesmo vendo em Freud o reconhecimento a respeito da importância desse princípio, manifestada na teoria da transferência (Perls et al., 1997, p. 48):

Em psicoterapia procuramos a instigação de situações inacabadas na situação real e, por meio de experimentação atual com novas atitudes e novos materiais da experiência do dia-a-dia concreto, visamos uma integração melhor. (...) A importância de condições novas no presente era perfeitamente compreendida por Freud quando falava da transferência inevitável da fixação da infância para a pessoa do analista; seu significado terapêutico não é de que se trabalha a mesma velha história, mas, precisamente, que ela é trabalhada agora de maneira diferente em forma de uma aventura atual.

Semelhante aos postulados de Wertheimer, Koffka e Köhler, para a psicoterapia gestáltica o que determina uma configuração ou significado de um evento é a estrutura interna, o como, tal qual ele ocorre no momento. É somente aqui-e-agora que a presença autêntica pode acontecer, o encontro ser vivido, a *awareness* pode se dar... O aqui-agora é que determina a experiência originária e ontológica do sujeito e fundamentam os existenciais de espaço e tempo (Ribeiro, 2006).

2.2.2. Teorias Holística e Organísmica

Jan Smuts foi eminente estadista sul-africano e, diante de encontros esporádicos, influenciou Fritz Perls quando este esteve exilado em Joannesburgo (Ginger & Ginger, 1995).

Seguindo o espírito de crítica ao método científico, reducionista, e inspirado pelo advento da teoria evolutiva, Smuts cunhou o termo “holismo” referindo-se a uma tendência

natural de formação de *todos* maiores que a soma das partes, que se dá por meio de uma evolução criativa. Holismo advém do grego *holos*, que quer dizer “tudo, todo, total”.

Aproximando-se corroborando as teses da Psicologia da Gestalt, que afirmava a tendência de perceber a totalidade das coisas, o Holismo subentende uma tendência sintética do Universo (Robine, 1993).

Segundo Robine (1993), reformando conceitos fundamentais de espaço, tempo, matéria e espírito Smuts associou as noções de estrutura e processo. Ele privilegiou o processo criativo e fluido inerente à natureza e, portanto, enfatiza a relatividade de Einstein e a própria noção de campo como lugar inevitável de compreensão das interações. Sob essas concepções, Smuts afirma que a matéria é ativa como a vida, é criativa, é processo a despeito de seu caráter estrutural.

Dos mais complexos até os níveis mais elementares do universo, como as células, encontram-se os processos de regulação. Nos organismos inteiros e nas unidades fundamentais dele se encontram sistemas metabólicos que os permitem funcionar harmonicamente em um todo composto de várias partes diferentes.

O Holismo propõe que o processo de evolução é o criador da realidade. É, portanto, o fator fundamental que designa a criação de totalidades no universo. Pela evolução, não apenas explica-se o mundo, mas inaugura-se nova configuração, cria nova realidade que acontece em totalidade. O Holismo é o princípio que fundamenta a criação de totalidades no universo (Robine, 1993).

A totalidade é entendida como um poder de regulação e coordenação da estrutura e do funcionamento das partes e implica o Holismo como processo síntese. A síntese carrega o conceito de criatividade e conduz à afirmativa principal da teoria holística e também da Psicologia da Gestalt: o todo é diferente da soma de suas partes. Pela síntese criativa geradora de novas totalidades, a evolução acontece. A natureza, em primeira instância, é uma síntese holística.

Até então, tem-se que matéria e vida são duas grandes estruturas do Holismo. A elas, Smuts acrescenta o espírito (*mind*). Para ele, são diversas formas de atividade do espírito tais como consciência, atenção, emoção, vontade... Ele também faz parte do sistema de regulação e coordenação orgânicas e é o principal meio de desenvolvimento da personalidade humana, o que confere ao Holismo um aspecto de individualidade (Robine, 1993).

A auto-regulação é anterior ao espírito, uma vez que tem função de sobrevivência, instinto. O organismo em totalidade procura satisfazer-se, numa busca pela homeostase, como já propunha a teoria da evolução, inclusive o espírito que, diante da tensão, também busca e experimenta possibilidades que o aliviem. O espírito, segundo Smuts (em Robine, 1993), tem um “quê” de rebelde frente às rotinas holísticas, já que instaura liberdade, plasticidade e criatividade. Ao mesmo tempo, o espírito preserva uma capacidade de conceitualização e de racionalização universalizantes.

A última totalidade descrita por Smuts (Robine, 1993), oriunda das outras três – matéria, vida e espírito –, é a personalidade. O autor nega as dualidades caracteristicamente cartesianas em favor da totalidade corpo e espírito, que estabelecem entre si uma relação de intra-ação, ou seja, um age através do outro.

A personalidade, ainda segundo Robine (1993, p. 9), é para Smuts “uma totalidade ou estrutura, mais ou menos equilibrada de diferentes tendências e atividades mantidas em harmonia e em evolução pela unidade holística da personalidade enquanto tal”. A personalidade, portanto, está sujeita aos mesmos princípios de totalidade que o organismo.

Robine (1993) sintetiza as principais influências do Holismo de Smuts sobre Perls, citando: a importância de se considerar o campo como condição para se fazer inteligíveis o ambiente e o organismo; o privilégio do processo; a importância da introjeção/assimilação já definidas por Smuts; a natureza holística das pessoas e do universo e da interconexão entre todas as coisas; a interdependência entre organismo e ambiente.

A Teoria Organísmica, por sua vez, resguarda grande similaridade com o Holismo e também com a Psicologia da Gestalt. Os três movimentos teóricos foram contemporâneos e inter-influente chegando por vezes a se confundirem, tamanha “permuta” de conceitos e idéias entre eles.

Hall e Lindzey (2000) reconhecem que a Teoria Organísmica tomou vários conceitos da Psicologia da Gestalt, chegando a estender a teoria de percepção e aprendizagem alemã para um contexto do organismo como um todo. Apropriou-se também do Holismo, por compreender o organismo como um *todo* complexo e não divisível em unidades singulares.

Vários autores colaboraram e desenvolveram idéias organísmicas, que, certo modo, refutavam os postulados cartesianos dualistas, porém Kurt Goldstein é o principal responsável pela proposta e desenvolvimento da teoria tal como fundamentada hoje. Além disso, a Gestalt-terapia foi profundamente influenciada por suas teses, uma vez que Perls e Laura trabalharam diretamente com ele em seu laboratório. As proposições de Goldstein partiram especialmente de trabalhos em neurologia sobre distúrbios de fala e com soldados lesionados cerebrais da I Guerra Mundial (Hall & Lindzey, 2000). Suas observações o permitiram afirmar que qualquer evento psicológico ou fisiológico sempre acontece no contexto do organismo total e o afeta como um todo. Ou seja, o que acomete uma das partes, acaba sentido no todo.

O primeiro princípio da teoria Organísmica diz respeito à unidade da pessoa. Ela é concebida como sistema integrado, consistente e coerente, de onde se retira que a organização é o estado natural do organismo. A desorganização, por sua vez, resulta de intercorrências ambientais e até mesmo intra-orgânicas, mas tem caráter patológico (Ribeiro, 1985; Hall & Lindzey, 2000). No entanto, ela produz uma busca por novas organizações.

O organismo é assumido como um sistema organizado com um todo diferenciado em suas partes. Todos os elementos se articulam garantindo sua qualidade de associação no todo, de modo que as partes devem ser apreendidas no contexto mais amplo do próprio organismo,

e admitindo que o todo não se reduz às partes. O todo é seu próprio princípio regulador, num resgate ao que a teoria Holística já havia firmado.

Godstein afirma haver uma única pulsão dominante para o organismo. Ele a denomina de auto-realização (ou auto-atualização) e a define como o impulso motivacional dominante para a vida e para a vontade de atualizar potencialidades. Pela auto-realização, o organismo tende a organização visando, sempre, sua boa-forma.

A auto-realização pode ser compreendida como uma tendência criativa da natureza humana (Hall & Lindzey, 2000). É motivada pelas necessidades ou déficits, que levam as pessoas a querer supri-las. As necessidades tornam-se figuras quando são pré-requisitos para a auto-realização, ou seja, se para chegar ao estado de reequilíbrio for preciso resolver uma necessidade, é ela que estará em evidência para ser sanada.

Vale ressaltar, mais uma vez, que Goldstein concebia o organismo como sistema em constante processo, então, além da auto-regulação, reconheceu a equalização e a centragem como princípios dinâmicos.

Pela equalização postula-se que a energia presente no organismo se distribui conferindo um estado médio de tensão. É para ele que o organismo retorna após estimulação e alteração da tensão. Mas o objetivo último, e mais difícil de ser alcançado, é a centragem. Esse processo refere-se a um ideal holístico de se atingir o equilíbrio da tensão, a fim de que o organismo possa melhor lidar com o ambiente (Hall & Lindzey, 2000).

Assumir esses princípios dinâmicos implica a concepção de que a pessoa tem em si potencialidades naturais para regular o próprio crescimento. O meio exterior influencia o desenvolvimento positiva e negativamente, mas não o determina. Goldstein (*em* Ribeiro, 1985, p. 108) chega a afirmar que: “Não há nada que seja naturalmente mau no organismo; faz-se mau por interferência do ambiente inadequado”.

O ambiente objetivo configura-se, ao mesmo tempo, como fonte de perturbação e meio de suprimentos e/ou recursos para a auto-realização. A Teoria Organísmica propõe que o

organismo procure “chegar a um acordo” com o ambiente. A primeira intenção consiste em dominá-lo. Mas diante de eventual impossibilidade, o organismo tentará se ajustar as realidades da melhor maneira possível (Hall & Lindzey, 2000).

Os estados patológicos, nesta visão, expressam isolamento de um processo de auto-realização devido às inconsistências entre potencialidades orgânicas e situações ambientais. Segundo Hall e Lindzey (2000, p. 352):

Goldstein não acreditava que as fontes de perturbação fossem primariamente intra-orgânicas, exceto em situações anormais que produzem isolamento e conflito interno. (...) Como resultado da maturação e da experiência, a pessoa desenvolve modos preferenciais de comportar-se que mantêm em um mínimo as interferências e os conflitos e preservam o equilíbrio do organismo.

Entende-se que todas essas teses orgânicas estão, em alto grau, presentes na teoria e aplicadas na Gestalt-terapia. A teoria ampara concepções gestálticas relacionadas à forma de conceber e “tratar” a pessoa e fundamenta a abordagem como “uma forma de aprendizagem existencial fenomenológica” (Ribeiro, 1985, p. 113) atenta aos limites e criatividade de cada pessoa. Neste trabalho, interessa-se especialmente pela questão da saúde-doença como processo e da psicopatologia na sua expressão relacional (ambiente-organismo) e/ou como ajustamento do ser ao desequilíbrio vivido. Intrínseco a essas idéias está a fé do gestalt-terapeuta nas potencialidades do sujeito e na sabedoria que lhe é própria para chegar ao seu equilíbrio ótimo.

2.2.3. Teoria do Campo

A Teoria de Campo surgiu na Física, como revisão ao modelo científico clássico e mecanicista newtoniano. Até então, a Física concebia os fenômenos como unidades independentes, dispostas em um espaço vazio, que se comportavam determinados por uma causa. Havia distinção entre os conceitos de massa e energia, como se uma estivesse sob determinados princípios e a outra, sob princípios diversos. Einstein rompeu o paradigma ao afirmar que, sob certas condições, a luz se comporta como partícula. Ao conferir a mesma característica essencial à energia e à massa, sugerindo que podem converter-se uma à outra mutuamente, o físico inaugurava as chances de um novo olhar da ciência sobre o mundo. Por exemplo, lançou outros questionamentos como a relatividade do tempo e do espaço.

É nesse contexto que a noção de campo ganha visibilidade. Na Psicologia a primeira manifestação da influência da Física foi sentida na Psicologia da Gestalt quando ela contextualiza o próprio homem em campos de diferentes níveis e o assume como parte (figura) de um todo (fundo). Expandindo a Psicologia da Gestalt, Kurt Lewin pensou numa Teoria de Campo aplicável à Psicologia Geral e que conferisse a ela a “novidade científica” que surgia.

Kurt Lewin desenvolveu seus principais conceitos a partir de correlatos da Física e da Psicologia da Gestalt (Ribeiro, 1999). Houve uma representação topográfica do campo, onde se percebe a pessoa, o meio psicológico e ambiente não-psicológico totalizando o Espaço Vital. A pessoa é representada como um universo diferenciado por um limite contínuo e evidencia uma relação parte-todo (e/ou figura-fundo) pela qual se admite o universo mais amplo. Pessoa e meio psicológico são constituídos de *regiões* dadas em determinado momento segundo os fatos psicológicos que ocorrem. As regiões comunicam-se e conectam-se entre si por meio de mecanismos de fluidez-rigidez, que permitem a mudança e a regulação. Na perspectiva de campo, o comportamento é função do Espaço Vital (Ribeiro, 1985; Hall & Lindzey, 2000).

Lewin tratou do conceito de energia na qualidade de *energia psíquica*. É a que realiza o trabalho psicológico quando liberada tão logo o organismo tente voltar a um estado de equilíbrio quando sai dele. A perturbação do equilíbrio é o que denomina a *tensão*, entendida como um estado da pessoa ou condição de uma com outras regiões intrapessoais. Às tensões associam-se intimamente as necessidades. A necessidade refere-se a um conceito motivacional presente no meio psicológico que surge quando uma tensão se diferencia em determinada região. A equalização da tensão, cuja redução se faz por meio do reconhecimento de necessidades básicas, se faz por *processos* no meio psicológico (Ribeiro, 1985; Hall & Lindzey, 2000).

É também relevante apontar um conceito adjacente ao de tensão e necessidade, identificado por Lewin como *valência*. Para a Teoria de Campo, as necessidades têm valorações que podem ser positivas ou negativas, segundo a capacidade de diminuir ou manter/aumentar uma tensão. Valências positivas diminuem a tensão, são, portanto, as mais básicas a serem supridas. Valências negativas produzem tensão ou a mantêm (Ribeiro, 1985). O conceito de valência estabelece na perspectiva de campo a escolha como característica presente na pessoa e no Espaço Vital. Diante de mais de uma necessidade, a pessoa deverá escolher qual delas será primeiramente satisfeita.

Além de ser uma construção teórica capaz de agregar todas as outras bases epistemológicas que a identificam, Yontef (1998) pontua que a Teoria de Campo capacita a Gestalt-terapia a lidar com a complexidade das relações inter-atuantes no momento presente, as mudanças sofridas com o decorrer do tempo e, mantendo o foco na pessoa, compreender os contextos e modos de construção dos *selves* individuais. A perspectiva de campo permite um suporte teórico que integre corpo, mente, emoções, interações sociais, aspectos espirituais e transpessoais.

Conceitualmente o campo pode ser concebido como “totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam uma fatalidade interativa unificada”

(Yontef, 1998, p. 185). A rede de forças interdependentes reúne-se temporal e espacialmente e se modifica com o tempo, que é também uma dimensão subjetiva. Assim sendo, o campo como realidade objetiva não existe por si só, mas se define fenomenologicamente, isto é, sua amplitude e natureza dependem do observador e do que se tem como foco de observação no momento. Em termos da própria Fenomenologia, admite-se que um campo só se constitui pela intencionalidade de uma consciência.

Yontef (1998) sintetiza e oferece características de um campo. Para o autor, o campo é uma teia sistemática de relacionamentos e existe num contexto de relacionamentos ainda maior. Todos os contatos estabelecidos, a própria existência, podem ser definidos em termos de relacionamento no e com o mundo. No Campo, os relacionamentos se organizam dinamicamente, algumas vezes desintegrando-se, outras se transformando em *gestalten* melhores. Os relacionamentos tendem à organização, de modo que diante de um problema ou disfunção, o próprio campo contém as soluções de auto-ajuste. Mais uma vez, destaca-se a tendência à boa-forma e regulação, bem como a intencionalidade fenomenológica, que considera a relação como fundamento do sentido e da própria subjetividade. A noção de campo amplia o rol de possibilidades fenomenológicas das interações e da própria existência por condensar em si, forças e energias que atuam contemporaneamente e resultam em algo.

Parte-se, assim, para uma segunda característica, a saber: o campo é um contínuo no tempo e no espaço, um constante movimento de energia e forças que interagem mutuamente. Pelo princípio da contemporaneidade afirma-se que um campo acontece no aqui-e-agora de modo que somente fatos presentes produzem comportamento e experiência.

A terceira característica versa sobre a pertença ao campo. Lewin não considerou possibilidade de algo ser fora de um campo. Sempre se é-do-campo. Yontef (1998, p. 189) sintetiza o imperativo afirmando que: “Objetos e organismos existem apenas como parte de um campo fenomenologicamente determinado, e têm significado apenas como interação num desses campos”. Não é uma questão de simplesmente estar-no-campo, mas ser, efetivamente,

dele. O relacionamento é dialético e o que é-do-campo se constitui das mesmas forças que o próprio campo.

Considerando, então, o campo como o lugar de encontro de forças inter-atuantes, dinâmico por excelência, e mediante aceitação dos pressupostos fenomenológicos expostos, faz sentido dizer que em termos de teoria do campo, tudo é devir. A condição essencial do campo, ele próprio e os elementos que o constituem, é ser-em-processo.

Ribeiro (2006), por sua vez, enumera níveis de qualidade do campo e afirma que vive-se simultaneamente em diversos campos, com diversas variáveis psicológicas e não-psicológicas. Em princípio, o autor elenca os níveis geo-biológico, psico-emocional, sócio-ambiental e sacro-transcendental.

É possível dizer que a Teoria de Campo dá respaldo teórico a todas as opções metodológicas da Gestalt-terapia. O foco no aqui-agora, a opção pelos experimentos vivenciais, a condição de devir da pessoa, o reconhecimento que se faz do ambiente como elemento fundamental do espaço vital a ser considerado no trabalho terapêutico. A Gestalt se vale dos conceitos estruturais do campo, bem como dos conceitos dinâmicos.

A terapia é um acontecimento, regido por fatos nos quais se incluem o próprio terapeuta e o sujeito em atendimento. Cada elemento é um campo em si mesmo, mas situam-se em um campo maior que o precede e lhe dá contornos. No acontecimento terapêutico, a sessão como um campo, estão presentes elementos vivenciais, existenciais e essenciais visíveis e metafísicos, história e histórias de cliente e terapeuta. Ambos modificam-se constante e dialeticamente em figura e fundo, estando em evidência, sempre, que o cliente é o elemento mais importante. Na perspectiva de campo não há hierarquia, uma vez que o poder e responsabilidade pelo processo constituído é compartilhado entre terapeuta e cliente. Assumir-se como sendo-do-campo, impele o terapeuta a considerar os próprios sentimentos e as particularidades de ser-no-mundo, que se manifestam no momento do encontro, mas privilegiando sempre o serviço de cuidado com o outro.

Ao terapeuta também cabe a função de atentar-se às valências das necessidades do cliente, provocadoras de tensão e do desequilíbrio energético do campo. O trabalho terapêutico, segundo Ribeiro (1985), surte efeitos quando satisfeitos os trabalhos em três sentidos: ele deve ter uma direção, uma energia própria e um ponto real e concreto de ação. O reconhecimento das necessidades pelo próprio sujeito é condição para sua reorganização do campo perceptual, existencial e conseqüente aprendizagem. A psicoterapia pode ser entendida como um espaço privilegiado de aprendizagem.

2.3. Os conceitos principais

Das filosofias e teorias de base da Gestalt-terapia decorrem alguns conceitos necessários ao bom entendimento da abordagem e das propostas de Perls. Não é do interesse deste trabalho esgotá-los em explicações, até por considerar esta uma tarefa impossível. Assim como o que eles definem, os conceitos adquirem um caráter dinâmico sendo apropriados a variados contextos e extensões teóricas que deles se apoderem e utilizem. O principal objetivo adotado aqui é favorecer a concepção da clínica gestáltica – quase numa redução fenomenológica em busca de sentidos e significados – visando, enfim, sua aproximação de uma clientela e trabalhos específicos (intervenção precoce nas crises do tipo psicótica).

Além dos conceitos já tratados e derivados especificamente de outra teoria, Perls salienta dois construtos e confere a eles um lugar essencial na construção epistêmica da Gestalt. São eles, contato e *self*. Ambos já estão presentes na primeira obra de Perls, “Ego, fome e agressão”, e se desenvolveram no decorrer da consolidação da abordagem inclusive tendo sido aperfeiçoados e ampliados por diversos autores posteriores.

Outros conceitos relevantes estão presentes nas elaborações gestálticas, feitas até mesmo por seus fundadores, e também contribuem para a circunscrição da prática clínica gestáltica. Alguns já foram brevemente abordados, mas serão retomados neste momento.

2.3.1. Self

Em revisão e discussão sobre o conceito de *self*, Ribeiro (1997) ensina que duas concepções são clássicas na literatura gestáltica. Uma identifica o *self* como sistema de contatos e categoricamente afirma que só existe *self* quando há contato. Outra vertente entende o *self* como uma estrutura anterior ao próprio contato, com características essenciais que lhe conferem sentido de individualidade.

Tenório (2003) conceitua o primeiro lugar teórico descrevendo o *self* como um sistema psíquico de caráter existencial, dialógico, processual, dinâmico e variável, que atua no meio através de múltiplas funções e “eus”, representantes de suas diversas formas de ser e estar no mundo.

Essa concepção encontra respaldo na epistemologia gestáltica considerando especialmente a perspectiva da intencionalidade presente no Existencialismo, no Campo e na filosofia dialógica em que o eu apenas se constitui quando em relação com o mundo e vice-versa. Não há como considerar o eu na condição de figura excluindo o fundo que o delinea e que, portanto, está presente em sua configuração constituinte.

É essa a posição defendida por Perls, Hefferline e Goodman (1997) quando definem o *self* como “o sistema de contatos em qualquer momento” e, assim, o assumem como processo variável segundo necessidades ambientais e organísmicas. No mesmo rol de raciocínio, e retomando a afirmativa de que o organismo está sempre em contato com o mundo (Perls et al., 1997), presume-se que o *self* nunca deixa de existir e sua presença é mais ou menos forte de acordo com a intensidade do contato. O *self* é tomado como o processo de ajustamento às

configurações de figura-fundo emergentes e, nesse sentido, ele “existe onde estão as figuras móveis do contato” (p.180).

Nessa perspectiva, o *self* não é em si mesmo, mas é-no-mundo em determinado campo têmporo-espaçial (Ginger & Ginger, 1995). Sintetizando, Tenório (2003, p.17) afirma:

Tal modelo de Self, proposto nesse primeiro grupo, se caracteriza fundamentalmente pela sua capacidade de variar de acordo com suas necessidades e circunstâncias ambientais, em um processo de ajustamento criativo; de auto-regulação e de busca pela recuperação do equilíbrio no campo organismo/meio, que só é possível através do contato. Esse Self, que existe na fronteira de contato com o mundo fora dele, ou seja, que está localizado no espaço entre si mesmo e o 'outro', entre a realidade interna e externa, e que se define na relação que estabelece com os outros, pode ser entendido como sendo o 'eu', ou seja, o aspecto do Self que é atuante, visível e dialogicamente variável.

Sob esses parâmetros, não é possível, aos bons moldes existenciais, conferir ao *self* uma definição estanque que o limite. Há tantas formas de estar e ser no mundo quanto são os contatos que se realizam. Perls et al. (1997) assumem que o *self* cria estruturas específicas para propósitos específicos, ou seja, o *self* organiza-se processual e indefinidamente, à medida que faz contato.

A segunda vertente de entendimentos sobre o conceito assume o *self* como entidade estruturalmente organizada de onde emergem formas existenciais e vários sentidos relacionados ao mundo e a si mesmo (Tenório, 2003). A presente perspectiva considera o aspecto essencial da estrutura – segundo a qual se confere sentido de identidade ao sujeito – e sua origem ontológica anterior ao contato primário.

Tobin e Cahalan (em Tenório, 2003) discorrem sobre essa concepção alocando o *self* não na fronteira, mas no centro do contato num sentido de “eu central” contínuo e integrado que representa o autoconceito do sujeito.

As duas concepções, entretanto, não são excludentes, mas complementares conceitualmente, especialmente se se considerar o aspecto ambivalente e integrador da Gestalt-terapia. A idéia do *self* como estrutura-processo (Ribeiro, 1997; Tenório, 2003) possibilita concebê-lo como uma realidade atuante e integradora da *awareness* necessária ao contato pleno, mas também uma estrutura constituída pelo resguardo de funções que lhe são próprias, conseqüentes dos contatos realizados pelo organismo no meio. Em outro dizer, conforme Ribeiro (1997, p.30): “É o lugar onde sentimos as coisas. É a síntese daquilo que nos tornamos ao longo da vida”.

Visar o *self* como estrutura e como processo leva a reunir essência e existência sob um mesmo construto, visto que a integração organizada de experiências confere a noção de “eu” de cada sujeito bem como essa noção é flexibilizada pelas experiências e contatos intermináveis que se constituem simplesmente pelo estar-no-mundo. Há algo que permanece no *self* enquanto há algo que se modifica continuamente, não permitindo que se perca a auto-referência do sujeito. Pode-se tomar Tenório (2003) como síntese dessa justaposição:

O Self é estrutura, porque é uma totalidade ou sistema organizado com características próprias, composto de partes relacionadas entre si, que determinam o funcionamento do todo e, ao mesmo tempo, são determinadas por este. No entanto, essa estrutura é dinâmica; existe um movimento intenso em seu espaço interno; uma interação contínua entre suas partes; uma dialética permanente entre suas polaridades, produzindo um equilíbrio e uma estabilidade apenas provisórios (op.cit., pp.20-21).

Uma vez reconhecida a natureza ambivalente do *self* tal como apregoada na Gestalt-terapia, surge a necessidade de se discorrer como o modo propriamente dito dele agir-no-mundo. A principal função do *self* diz respeito ao fechamento de *gestalten* incompletas, à satisfação de necessidades emergentes na fronteira de contato. A fim de completar as *gestalten* abertas, inclusive quanto ao próprio conceito/imagem favorecendo uma compreensão organizada e significativa do *self* mesmo (Tenório, 2003). Outras funções secundárias agregam-se a essas; ou, melhor dizendo, fornecem condição para que as outras aconteçam. Perls et al. (1997/1951) já lançaram três possibilidades assumidas pela estrutura-processo. Denominadas como funções do *self*, foram designadas como Id, Ego e Personalidade.

Nas palavras dos autores (Perls et al., 1997/1951, p.184):

(...) 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.

É possível verificar que as três funções constituem momentos de um ciclo de contato, iniciado com a emergência e experiência da necessidade e concluído com a incorporação da vivência ao campo existencial. A percepção do desequilíbrio e a resposta ativa no campo também são partes do ciclo, podendo-se dizer como o contato propriamente dito.

À função Id corresponde o momento de pré-contato. Pela função Id valorizam-se as sensações e a consciência do processo de contato, a capacidade de responder espontaneamente às estimulações presentes no campo. Há algo de visceral na função Id, como se sob sua regência, o *self* apenas respondesse ao meio, livre de racionalizações. O Id é a função do *self* que o permite sentir, simplesmente, as excitações orgânicas, os desejos, impulsos, as emoções... é momento pré-reflexivo. Segundo Tenório (2003, p. 30):

Desse modo, entendemos que a atividade deste 'eu primário' se caracteriza por ser mais impulsiva do que deliberada; mais emocional do que racional; mais automática do que elaborada; mais espontânea do que planejada; mais inconsciente do que consciente; mais irresponsável do que responsável.

A função Ego, em contrapartida, é reconhecida por sua deliberação consciente nos atos realizados. No ciclo de contato caracteriza os momentos de tomada de consciência e contato efetivo no meio com vistas ao fechamento de uma gestalt inacabada. Nesta função o *self* é consciente, *aware* de suas necessidades e dos meios disponíveis para satisfazê-las, é o que motiva a imaginação de possibilidades, planejamentos, em um processo de criação ativo e consciente de recursos.

O Ego é também responsável pela criação de mecanismos de defesa, instaurando barreiras conscientes ou inconscientes à entrada de elementos tóxicos ao *self*. Uma vez invadido, é também o Ego que reage agressivamente tendo como fim a neutralização do elemento mau.

Tenório (2003, p. 32) assim sintetiza:

Com todas estas atividades o ego se torna, inexoravelmente, a função central do organismo psíquico, através da qual o Self escolhe, vivencia e elabora conscientemente suas experiências de contato com o outro e consigo mesmo, estimulado e direcionado por motivações conscientes e inconscientes, ligadas às demandas interna e externa, captadas pela "função id", fornecendo os subsídios necessários para a construção de um "eu" com limites e identidade definidos pela "função personalidade".

Finalmente, a função Personalidade figura como o estado em que o *self* integra novas experiências e vividos ao seu bojo existencial. No ciclo, condiz com as etapas de pós-contato, num processo consciente e reflexivo, exatamente quando a assimilação depois do contato já ter sido efetivado. A função Personalidade confere ao *self* o sentido de eu, de identidade, preserva os ideais de Ego como parâmetros e fins bem como as representações mentais que o sujeito traz de si e do mundo.

Assumindo, então, que a Personalidade é a função que re-organiza vividos e experiências de contato de modo significativo cognitivamente, essa função confere ao *self* seu caráter dinâmico, posto que a assimilação de uma novidade reconfigura uma estrutura, modificando-a e conferindo-lhe movimento.

Seundo Tenório (2003, p. 35):

Descrevemos a 'função personalidade' do Self como sendo aquela que é responsável pela integração de todas as experiências significativas vividas no contato com o outro e consigo mesmo, que resulta na estruturação de um 'eu', que pensa, sente e age de maneira única e mais ou menos estável, cuja unidade é preservada pela identificação com as vivências que são compatíveis com seu auto-conceito e pela alienação daquelas que são

incompatíveis, garantindo assim a manutenção de seu próprio senso de identidade.

Uma vez compreendida a noção de estrutura-processo e as funções por ele assumidas, trabalha-se agora com o construto ao mesmo tempo fundante, condicionante e resultante do *self*: contato.

2.3.2. Contato e Ciclo do Contato

Inspirado nos postulados da Psicologia da Gestalt, Perls cunhou o que seria o principal eixo de trabalho da Gestalt-terapia: o contato. Para ele contato é o que há de realidade mais simples e primeira. A essência da existência é o contato, o funcionamento da fronteira entre organismo e ambiente (Perls et al., 1997).

Perls, Hefferline e Goodman definem o objeto de estudo da Psicologia como sendo o contato, a experiência em seu aspecto mais simples e originário, tal como preconizado pelos antecedentes filosóficos e teóricos da abordagem: “A psicologia estuda a operação da fronteira de contato no campo organismo/ambiente” (Perls et al., 1997/1951, p. 43). Há uma troca incessante entre organismo e ambiente delineados por uma fronteira, que é onde o contato realmente acontece. A noção de contato encerra uma percepção do e uma atitude no campo. Nas palavras de Perls et al. (p. 44): “O contato é awareness⁴ do campo ou resposta motora no campo”.

Perls et al. (1997/1951) explicam que o contato é um processo que se inicia com os excitamentos da fronteira e a conseqüente formação de figuras-fundo, reconhecidas pela consciência e que se torna cada vez maior. Em si mesmo, o contato envolve a configuração e

⁴ Segundo Yontef (1998, p. 215): “*Awareness* é uma forma de experienciar. É o processo de estar em contato vigilante com o evento mais importante do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensorio-motor, emocional, cognitivo e energético. (...) A *awareness* é, em si, a integração de um problema”. A ampliação do contínuo de *awareness* define-se como objetivo de toda terapia gestáltica.

percepção de uma totalidade emergente e se dá a partir de uma resposta consciente no campo e do ajustamento criativo entre organismo e ambiente.

A fronteira, antes de ser limitadora e segregadora de elementos, é o que protege e contém o organismo. Ribeiro (2006) alerta para o cuidado que se deve ter ao falar em fronteira exatamente pela tendência a considerá-la como algo que impede ou interrompe o contato. O autor sugere que se fale em “contornos do contato” pelo termo indicar maior fluidez e ser mais indicado ao próprio conceito de contato. Sugere também que se invertam os termos, em favor de um “contato de fronteira” o que indica que o contato acontece no campo como um todo, mas se intensifica nas fronteiras da pessoa, nos lugares em que uma parte se diferencia de outra. Importante é não perder de vista a medida de fluidez que determina um processo de contato pleno e saudável.

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”. Segundo o autor, 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 posterior consciência.

Ao assumí-lo dessa maneira, instaura-se o contato como processo necessário à assimilação de novidades e de crescimento para o organismo. É fazendo contato que a autorregulação do organismo-no-campo acontece, bem como seu desenvolvimento e aprendizagem. Justifica-se, assim, a relevância deste conceito como centro da psicoterapia gestáltica e lugar de investimento das ações e atenções terapêuticas.

O contato é definido por Ribeiro (1997) como um dos principais elementos teóricos e práticos da psicoterapia gestáltica. Ele pode ser entendido como a matéria-prima da relação terapêutica, uma vez que é o fenômeno pelo qual o encontro ocorre, mas também a forma pela qual a vida acontece e se expressa. Pode-se afirmar, então, que contato é figura – já que

pode ser visto e descrito – e também é fundo – numa expressão das introjeções acumuladas ao longo da existência e atuadas pelo modo de ser-no-mundo. A forma de se fazer contato revela a essência da existência.

Perls et al. (1951/ 1997) tratam do processo de contato traçando uma analogia com a fome e satisfação dessa necessidade. É por esse exemplo que ele implementa o conceito de agressão, de satisfação da necessidade e dos bloqueios do ciclo, bem como do contato satisfatório, integrando as várias teorias que fundamentam suas proposições.

Por conveniência, é possível analisar o processo do contato (que é um todo) segundo as emergências de figuras-fundo. Os estágios de contato saudável e ideal, para Perls et al. (1997/1951), podem ser definidos como *pré-contato* (onde se reconhece o estímulo ambiental ou sensação como figura), *processo de contato* (um conjunto de possibilidades de satisfação da necessidade é reconhecido como figura e há uma emoção; há também uma escolha e rejeição de possibilidades, agressão ao aproximar-se de eventuais obstáculos), *contato final* (em que o objetivo é a figura com a qual se está em contato, o Tu) e *pós-contato* (em que há uma interação fluida entre organismo e ambiente e a retração). Desde Goodman, autores posteriores vieram a incrementar e desenvolver a noção básica de Perls, cada qual colaborando e nomeando o processo segundo aspectos mais ou menos salientes e próximos a determinada teoria: ciclo de satisfação de necessidades, ciclo de auto-regulação orgânica, ciclo de contato-retração e até ciclo da Gestalt (Ginger & Ginger, 1995).

O processo de contato se dá por meio de fases – mais ou menos identificáveis analiticamente – que quando satisfeitas promovem assimilação e equalização de energias no campo. A fluidez entre elas é sinônimo de contato pleno, de *awareness* e de mudança. No entanto, eventualmente podem acontecer bloqueios nas diferentes etapas do contato. Perls et al. (1997) os reconheciam como resistências ao contato, mas já numa crítica à Psicanálise freudiana, conferiram a eles aspectos de salubridade. Segundo esses autores, em situações de frustração ou perigo eminentes, é possível que algumas funções se enrijeçam de modo a

proteger o *self* inteiro. Os bloqueios de contato, sob essa ótica, têm seu caráter saudável, desde que haja manutenção da *awareness* e eles não permaneçam interrompendo continuamente, e do mesmo modo, o contato que o *self* realiza. A patologia, segundo a noção de contato, é caracterizada por bloqueios rígidos não condizentes com a real demanda de contato e cuidado com o *self*, de modo que reconhecer as resistências e torná-las conscientes tanto quanto possível é o objetivo da terapia gestáltica. Interessa não a superação, mas a adaptação delas ao momento presente e contextual da pessoa (Ginger & Ginger, 1995).

Ribeiro formaliza um modelo de contato, nomeado por ele como Ciclo do Contato (1997). O autor operacionaliza nove momentos de contato saudável, denominando-os de *fatores de cura*: fluidez, sensação, consciência, mobilização, ação, interação, contato final, satisfação e retirada. Igualmente, também aponta nove interrupções correlatas, denominando-as de *bloqueios de contato*: fixação, dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, retroflexão, egotismo e confluência.

Segundo Ribeiro (1997), o Ciclo é um paradigma e possibilita leitura do funcionamento comportamental harmonioso e também de um contato interrompido. Pode-se dizer que o Ciclo é um instrumento terapêutico disposto a fornecer diagnósticos e prognósticos da situação clínica do sujeito. Sua concepção parte do pressuposto da “compreensão de que o processo da saúde ou da cura tem uma lógica, uma seqüência na qual uma coisa depende da outra e onde tudo afeta tudo” (p. 59).

O autor corrobora Perls ao afirmar que o contato é uma função do *self* (Ribeiro, 1997; Perls et al., 1997/1951).

É o modelo de Ribeiro que este estudo adota como referencial quando trata da psicopatologia, do diagnóstico e até mesmo do contato enquanto processo. A representação topológica do Ciclo circunscreve o *self* no centro do processo, contornado por uma linha tracejada, indicando a permeabilidade que lhe é característica e necessária ao acontecimento

do contato. Abaixo, a representação do Ciclo, com os fatores de cura e bloqueios tais como descritos por Ribeiro (1997):



CICLO DO CONTATO: baseado no modelo proposto por Ribeiro (1997). Além dos fatores de Cura (representados em vermelho) e dos Bloqueios de Contato (em azul), esta representação também inclui os aspectos da teoria gestáltica de *self*, nas funções Id, Ego e Personalidade.

O ciclo inicia-se pela Fluidez/Fixação e caminha em sentido horário rumo à Retirada/Confluência indicando o fim de um processo de contato. O *self*, concebido como o agente do contato, é posicionado no centro do Ciclo, indicando que é ele quem realiza e sofre todos os momentos do Ciclo, segundo modos diferenciados de ação e de ser e estar-no-mundo. As funções Id, Ego e Personalidade do *self* caracterizam três grandes momentos do ciclo do contato. As propriedades sensório-afetivas, típicas da função Id, relacionam-se especialmente às etapas saudáveis de fluidez, sensação e consciência. Nelas, exalta-se a percepção sensorial do corpo no momento de percepção das figuras, necessidades e do contato propriamente dito. Propriedades motoras, características da função Ego do *self*, identificam-se nos momentos de mobilização, ação e interação do contato. Nelas são enaltecidas as ações efetivas do organismo no campo, sua existência. Por fim, à função Personalidade dizem respeito o momento de tomada de consciência, elaboração, reflexão e

integração da totalidade de contato à auto-imagem e auto-conceito do *self*. Todo esse trabalho de ordem cognitiva, por excelência, delineam as etapas de contato final, satisfação e retirada do contato.

Como o objetivo deste trabalho não é caracterizar a crise psicótica segundo um padrão tipicamente organizado de funcionamento e, portanto, não há pretensão de se apresentar uma combinação específica de bloqueios de contato característicos, pode-se oferecer uma operacionalização sucinta de cada etapa exposta partindo da relação dialética que se estabelece entre o fator de cura e seu bloqueio característico:

1. *Fluidez/Fixação*: A fluidez é a condição para um contato pleno. Por ela entende-se que a pessoa é capaz de estar em contato com as coisas, de deixar-se invadir por elas intencionalmente, mas que também é capaz de retirar-se e diferenciar-se delas tão logo sua auto-regulação tenha acontecido. Esse momento é o que caracteriza disponibilidade da pessoa para um novo contato, para o reconhecimento de novas necessidades. Já a fixação é exatamente a rigidez e a perda da flexibilidade em reconhecer novas sensações, em fazer novos contatos. Uma vez bloqueado na fixação o *self* tem dificuldades em distinguir a emergência de novas figuras, conforme já afirmavam Perls et al. (1997).
2. *Sensação/Dessensibilização*: Descrita por Ribeiro (1997), a sensação é o momento do processo de contato em que o organismo está atento aos estímulos sensoriais disponíveis e com os quais se relaciona continuamente. Há *awareness* sensorial para estímulos externos e internos ao organismo, mais atenção às sensações e sentimentos. Por outro lado, a dessensibilização é identificada nas situações em que há frieza emocional, quando não há diferenciação de estímulos ou quando há uma diminuição sensorial do organismo em relação a si mesmo e ao campo extenso.

3. *Consciência/Deflexão*: A consciência pode ser descrita como objetivo último e condicional para o contato. Na perspectiva gestáltica, como princípio existencialista-fenomenológico, estar consciente de si e do campo é salutar à pessoa e favorece o ser-aí mais autêntico, percebedor do próprio projeto. O mecanismo de bloqueio – deflexão – caracteriza-se pela evitação do contato direto por meio da diminuição da *awareness*. Polster (em Ginger & Ginger, 1995) a define como uma atitude de fuga e evitação da realidade de contato. Ribeiro (1997) ainda evoca a perda de energia gasta no contato indireto e vago próprio da deflexão.

4. *Mobilização/Introjeção*: A mobilização corresponde ao momento do processo de contato em que o *self* busca meios propícios à ação. Diante da figura clara e consciente para o sujeito, há uma preparação do organismo em movimentar-se no sentido da autorregulação. A mobilização diz respeito a esse exato momento em que a pessoa se apronta para agir na figura/necessidade já percebida. Quanto à introjeção, é um mecanismo importante e necessário ao desenvolvimento dos sujeitos, em sua forma não patológica. Perls et al. (1997) a resgataram na Psicanálise e afirmaram sua relevância nos processos de socialização aculturação dos indivíduos. Quando um padrão rígido de interação, a introjeção refere-se à interrupção caracterizada pela aceitação passiva de elementos que sejam estranhos ao indivíduo (Alvim, 2000). Na metáfora da alimentação cunhada por Perls para descrever o processo de contato, a introjeção se revela no “engolir sem mastigar” onde são inibidas a agressão e a assimilação criativa. Segundo Tenório (2003), quanto mais sobrecarregado com introjeções, menos lugar existe para o sujeito se expressar ou mesmo para descobrir como é de fato, neutralizando a própria existência, tornando-se assaz resignado.

5. *Ação/Projeção*: O mecanismo saudável – ação – caracteriza o momento em que a pessoa assume a implementação de um comportamento rumo ao contato. Ribeiro (1997) a descreve segundo a tomada de responsabilidade dos próprios atos, contato realizado em nome do próprio *self*. A projeção, em contrapartida, bloqueio específico da ação, acontece nas situações em que o *self* atribui ao ambiente externo a ele responsabilidades que lhe são próprias. Há um transbordamento do *self* em direção ao mundo exterior, levando consigo os conflitos internos da pessoa (Ginger & Ginger, 1995). Ao projetar, dá-se às coisas existência própria, que se mantém com a cisão na fronteira de contato. Relacionam-se à projeção sentimentos persecutórios (em maior ou menor intensidade e gravidade patológica), desconfianças e medos que a pessoa nutre nos contatos com o campo.

6. *Interação/Proflexão*: Entende-se a interação como o momento em que a pessoa está dirigida para o objeto de contato *per se*, aceitando-o como realmente é e colocando-se na relação de posse de suas responsabilidades e necessidades pessoais. A proflexão bloqueia este momento do ciclo à medida que a pessoa dirige-se ao objeto de contato munida de intenções a seu favor. Em outras palavras, ao interagir já espera que o objeto de contato reaja de modo esperado. Na proflexão há uma investida do *self* para o exterior, mas ela já é marcada pela esperança de que o outro realize suas necessidades. Segundo Crocker (1981, em Tenório, 2003), na proflexão a pessoa faz ao outro o que gostaria de fazer a si mesma ou o que gostaria que o outro lhe fizesse.

7. *Contato final/Retroflexão*: O contato final já havia sido descrito por Perls et al. (1997) quando definiam as etapas do contato. Ribeiro identifica, no entanto, três etapas diferentes para o que fôra apresentado pelos autores anteriores. O contato final, em Ribeiro (1997), pode ser entendido como o contato propriamente dito, como o momento

em que acontece a interação e envolvimento da pessoa com o objeto de contato. A totalidade acontece. O bloqueio se dá quando o *self* deixa de investir na relação com o objeto e volta as energias a si mesmo permanecendo estagnado. Polster e Polster (1979, em Alvim, 2000) a chamam de função hermafrodita exatamente pela exaltação da característica do *self* de conter intenção e objeto intencionado ao mesmo tempo. Tenório (2003) parafraseia Perls e afirma que a satisfação do refletor está na sensação de controle ativo sobre si mesmo. Ante o medo de ser ferido ou de ferir, o *self* bloqueado na retroflexão, volta-se ao único objeto seguro do campo: ele mesmo.

8. *Satisfação/Egotismo*: A satisfação como etapa do ciclo de contato pressupõe que a pessoa reconhece o objeto como fonte de prazer, de satisfação. O contato adquire caráter nutritivo, em mão dupla, uma vez que é pela satisfação que o *self* reconhece, reflete sobre o desfrute que teve com o contato efetivo. O egotismo, por sua vez, é a atenção exageradamente voltada a si mesmo, deixando-se de atentar ao outro como fonte de satisfação. Volta-se o foco não ao entre, fundamental ao contato, mas à parte pessoal envolvida na relação, o que paralisa o fluxo de energia. Com vistas a resistir ao contato tóxico, na defesa egotista, o *self* procura deter sob seu controle todas as possibilidades da relação. Daí acarretam-se vaidade e controle excessivo até uma atitude de desprezo pelo mundo (Tenório, 2003). Um funcionamento egotista pode ser encontrado nos padrões de personalidade descritos como distúrbios narcísicos ou onde haja uma rígida hipersensibilidade de análise do outro.
9. *Retirada/Confluência*: A última etapa do contato, como descrito por Ribeiro (1997), é o momento em que o organismo se retira do processo de contato com o que foi uma figura. Nesta fase do ciclo, a necessidade já satisfeita retorna ao fundo permitindo ao organismo retornar também ao seu estado médio de tensão e colocar-se disponível para a

emergência de novas figuras que se apresentem no campo. A retirada é o momento em que o *self* diferencia-se novamente do objeto com o qual o contato acontecia e o distingue como tal, integrando-o como experiência nutritiva consumada ao seu campo pessoal. Já a confluência, por outro lado, bloqueia essa etapa do contato porque a fronteira encontra-se de tal forma diluída que o *self* mistura-se ao campo externo. Na confluência, a pessoa não consegue se desvincular da satisfação causada pelo contato e permanece fixada nele como forma de reduzir as diferenças que naturalmente se evidenciam pós-contato. Perls et al. (1997) a definem como uma condição de não-contato, visto que a consciência não permite ao *self* dar-se conta de si e do mundo como coisas diferentes em relação. A confluência também é importante no processo de desenvolvimento, especialmente no bebê, mas precisa ser vencida para que o *self* e a personalidade configurem-se na sua unicidade.

CAPÍTULO III

A PSICOPATOLOGIA SOB O PONTO DE VISTA GESTÁLTICO

*“Cada homem será a medida de sua própria normalidade.”
(Kurt Goldstein)*

Diante do exposto – filosofias, teorias básicas e conceitos principais – volta-se agora à compreensão que a Gestalt-terapia adota no tocante à saúde e à patologia psíquica, especialmente com relação ao sofrimento psíquico grave, ordinariamente denominado psicótico.

No livro inicial da Gestalt-terapia, Perls, Hefferline e Goodman (1997/1951; Holanda, 1998; Pimentel, 2003) já teceram críticas a respeito da Psicologia por considerarem que todos os sistemas psicoterapêuticos até então formalizados referiam-se mais ao âmbito da anormalidade, dedicando muito pouco de suas teorizações ao que chamaram de psicologia normal. A própria maneira limitada de se considerar os organismos isolados de outros ambientes impediu a criação de teorias adequadas à compreensão da normalidade e até da anormalidade. Nesse sentido, Perls et al. (1997/1951, p.32) proclamaram a Gestalt-terapia como “a abordagem original, não deturpada e natural da vida; isto é, do pensar, agir e sentir do homem. O indivíduo comum, sendo criado numa atmosfera cheia de rupturas, perdeu sua Inteiraza, sua Integridade”.

Fritz Perls já havia trazido em “Ego, Fome e Agressão” sua concepção pessoal a respeito do ser saudável, metaforizada na situação alimentar de agressão, mastigação e assimilação do alimento (introjetos bons) pelo bebê e a concomitante rejeição de introjetos tóxicos. Em outras palavras, discernir elementos nutritivos e conseguir incorporá-los mediante um contato transformador, bem como rejeitar elementos tóxicos, bloqueando sua entrada no *self*.

Fica claro, logo nos primeiros contatos com a abordagem gestáltica, que esta teoria visa as potencialidades do indivíduo e a sabedoria organísmica, mesmo em momentos críticos de sua existência. O estado saudável caracteriza-se por um processo permanente de manutenção de equilíbrios e de ajustamento às condições, sempre flutuantes, do meio interno e externo (Ginger & Ginger, 1995). A sabedoria organísmica é uma constante e as situações de auto-regulação são vetores de mudança, ocasionados por circunstâncias de desequilíbrio. Conforme o resgate de Clarkson (1993, em Holanda, 1998), justifica-se assim a estima da Gestalt-terapia a situações desestruturantes como fundamentais ao ajustamento ou transformações criativas. Sob esse aporte, pode-se afirmar que a psicopatologia, então, não é concebida como uma categoria limitante da experiência que apenas compromete o indivíduo, pois a Gestalt-terapia não negligencia aspectos saudáveis preservados por ele; antes, encara o processo psicopatológico por um viés positivo de ajustamento em situações insustentáveis ao *self*.

Augras (2002/1986, p. 11), defendendo a Fenomenologia como via de acesso à patologia e ao psicodiagnóstico, afirma a normalidade como uma capacidade adaptativa frente a diversas situações da vida: “A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-lhe e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma (...). A saúde encontra-se nesse jogo de interações.”

Na perspectiva gestáltica saúde e doença constituem um processo dialético, cujas polaridades são definidas pelo estado de organização e desorganização da pessoa. É um *continuum* não definível operacionalmente, mas onde se misturam contextos e adaptações (ou não) a eles. Holanda (1998) argumenta que o viés dialético na concepção da psicopatologia sob o ponto de vista gestáltico remonta à psicologia humanista, força na qual se insere epistemologicamente a abordagem. Segundo esse autor, baseada no Humanismo, a Gestalt-terapia interessa-se pelo desenvolvimento máximo do potencial humano e parte da sua

dimensão saudável pra compreendê-lo como um todo – o “ser” de devir. Nesse ínterim, aspectos conflitantes com o equilíbrio ou “adoecidos” já trazem inerentes em seu bojo a questão da salubridade, posto que o “ser-não” acontece.

A questão existencialista pode ser outra vez recuperada, visto que o ser-sadio é quem, na condição de ser-no-mundo, dispõe livremente do conjunto de possibilidades de relação que se lhe apresentam diante de si no decorrer de sua existência. Neste sentido, o ser-doente define-se pelo aspecto de privação de escolha e liberdade quando comparado ao ser-sadio, ideal (Holanda, 1998).

Independentemente de qual seja o viés, se fundamentado nas bases epistemológicas próprias, percebe-se que, sob o olhar da Gestalt-terapia, a psicopatologia tem um aspecto eminentemente relacional, fruto de toda orientação fenomenológica que perpassa 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.” Instaure-se, pois, uma compreensão de relação psicopatológica e não apenas de uma patologia enclausurada no indivíduo.

Em Buber (2006, *em* Holanda, 1998) essa tendência a uma psicopatologia relacional encontra-se de modo muito claro. Nele tem-se que o essencial à saúde do Eu é ser confirmado pelo Tu e também o inverso, mutuamente: “Confirmar o outro é aceitá-lo como ser de devir, é constituir o outro como parceiro de encontro, é acreditá-lo enquanto pessoa” (p. 43). A patologia seria, então, produto da desconirmação. Como meio de promover a confirmação, a perspectiva buberiana evidencia o diálogo autêntico e o olhar para o sujeito segundo prismas que lhe sejam próprios enquanto outro ser vivente. A questão da responsabilidade também é tratada por ele, que a considera atributo da confirmação, a fé no poder que o outro tem sobre si mesmo.

Uma reunião dos aspectos aqui tratados, das concepções possíveis à Gestalt para tratar da questão da psicopatologia e, inclusive, considerando-a relacional por excelência,

revela a possibilidade de também compreender este momento existencial sob o aporte peculiar do contato.

O processo de formação e transformação de figuras, em movimento fluido, confere o aspecto saudável ao indivíduo. Sua capacidade de perceber necessidades e entrar em contato com o meio externo e interno, retirando-se em seguida e retornando a um estado de ótimo de tensão define o processo de auto-atualização e realização do *self* (Tenório, 2003).

A rigidez e o bloqueio no contato não implicam, necessariamente, que uma (psico)patologia esteja configurada como tal. Como anteviram Perls et al. (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 proteção do *self*.

No entanto, retomando a noção de *continuum* tão cara aos pressupostos da Gestalt-terapia, os bloqueios podem acabar como formas psicopatológicas de contato, quando verificados como comportamentos rígidos ou maneiras cristalizadas e anacrônicas de interação com o mundo (Vasconcelos & 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.”

A questão da consciência é relevante no reconhecimento de um estado de bloqueio patológico posto que a *awareness* de uma situação fortalece o indivíduo a discriminar figuras e fundos, percebendo sua dificuldade e permitindo, quando possível, a visualização ou criação de alternativas. De outro modo, sem que o indivíduo esteja *aware* nenhuma configuração, excitação ou energia será sequer percebida e os ajustamentos criativos não acontecerão de forma satisfatória.

A forma de ajustamento do indivíduo pode acontecer ao molde neurótico ou psicótico, tomando a nomenclatura consagrada pela Psicanálise. Contudo, convém ressaltar o

entendimento de que cada indivíduo existe-no-mundo de uma maneira peculiar, inclusive quando num ajustamento psicopatológico. 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 ajustamento do tipo psicótico.

3.1. O Ajustamento Psicótico

A psicopatologia clássica descreve as psicoses, nomeadas de transtornos, segundo sinais e sintomas definidos por classificações psiquiátricas internacionais como o DSM-IV ou a CID-10. Essas revelam critérios objetivos para o diagnóstico dos transtornos, evidenciando como patológicos os aspectos normalmente não-compartilhados por uma comunidade maior e que colocam o sujeito em um grau intenso de sofrimento psíquico e prejuízos psicossociais e afetivos.

Com relação aos transtornos psicóticos, Costa (2003, p. 72) afirma que “é necessário constatar (...) a impossibilidade da psicose como uma entidade única, ou mesmo como entidade nosográfica, sindrômica”. Carvalho (2006) concorda com essa proposição ao assumir não haver na literatura definição plenamente satisfatória do conceito. No entanto, reconhece que as alterações psicológicas, na psicose, tendem a ser mais graves, intensas e comprometedoras ao indivíduo. A psicose é entendida pela autora como uma categoria sintomatológica geral onde se encontram categorias nosológicas específicas, como a esquizofrenia, o principal diagnóstico psicótico, seja pela frequência ou pela importância clínica. Ela ainda ressalta que a principal característica das psicoses pode ser dada pela alteração no juízo de realidade do sujeito.

Segundo Dalgarrondo (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 lingüísticas como neologismos e parafrasias, etc. Já os sintomas negativos caracterizam-se pela perda de funções psíquicas e empobrecimento global da vida psíquica e social do indivíduo. Como sintomas negativos têm-se o distanciamento afetivo, retração social, empobrecimento da fala e pensamento, abulia, avolição, lentificação psicomotora, entre outros.

A descrição dos sintomas é exaustiva, porém rasa se se considerar a falta de questionamentos acerca da essência ou condições de surgimento e manutenção dos sintomas (Schneider, s/d). A circunscrição dos sintomas com base no campo existencial do sujeito veio a ser a principal diferença da psiquiatria tradicional com a psicopatologia fenomenológica.

Segundo Van den Berg (2000), três períodos podem ser distinguidos na história da psiquiatria fenomenológica. O primeiro foi instaurado por Jaspers em 1913. Inspirado na obra de Dilthey, ele rompeu com o organicismo cartesiano em favor de uma postura compreensiva. Dilthey, e conseqüentemente Jaspers, distinguiu a explicação pelos elementos e a observação compreensiva com caráter holístico e assim afirmou a Psicologia como interessada na observação e compreensão para uma posterior exposição de dados. O segundo e o terceiro períodos da psiquiatria de orientação fenomenológica foram instaurados por Binswanger, em 1923 e 1933. Desses, a primeira etapa caracterizou-se pela reflexão acerca dos trabalhos de Husserl, já a segunda etapa, inspirada em Heidegger. Autores franceses – Minkowski, Merleau-Ponty, para citar alguns – são marcantes na história e afirmação da Fenomenologia aplicada à psiquiatria e psicopatologia.

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 reforçavam a inadequação da psiquiatria como

uma área médica destinada ao tratamento das “doenças mentais”. Os argumentos do movimento antipsiquiátrico podem ser bem sintetizados num de seus principais expoentes: Thomas Szasz. Segundo ele, “doença mental é uma metáfora”, exatamente por não se encontrar em nenhum substrato físico do corpo humano (Szasz, 2002, em Costa, 2003). A Psiquiatria fundamenta-se em rótulos para sua ação terapêutica e desconsidera a verdadeira natureza das desordens mentais. Szasz ainda é mais enfático ao argumentar que os médicos psiquiatras persuadem a comunidade científica e leiga a acreditar em seu poder de cura, num ato duplamente agressivo em que há corrompimento da linguagem e redução da liberdade e responsabilidade individuais dos sujeitos.

É neste contexto de contracultura, de movimento antipsiquiátrico e da psiquiatria fenomenológica que a Gestalt-terapia surge no contexto das abordagens psicológicas e estabelece um olhar teórico sobre a psicopatologia.

Na concepção gestáltica, a natureza da psicopatologia é a interrupção do processo de contato. Entende-se que quanto maior a rigidez na fronteira organismo-ambiente, mais severos os efeitos percebidos no comportamento e desenvolvimento do *self*. O *continuum* de gravidade dos efeitos, no entanto, é decorrente do grau de *awareness* que o sujeito mantém sobre o seu padrão de contato. Nas psicoses, a *awareness* encontra-se mais prejudicada do que nas neuroses, ainda que nessas, o sujeito possa não dar conta de alterar o padrão de interação consigo e com o mundo.

Relacionando-as ao contato, enquanto forma de ajustamento criativo do organismo ao ambiente, Perls et al. (1997/1951) diferenciaram neurose e psicose segundo a intensidade de perturbação na elasticidade da formação figura-fundo e o conseqüente fechamento de *gestalten*. Ao caracterizar as possibilidades de auto-regulação do organismo, afirmaram que o ajustamento criativo poderia adquirir conjuntura tipicamente neurótica ou psicótica, delimitadas pela compreensão que faziam dos dois construtos.

Sobretudo Goodman (*em* Ginger & 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 no ajustamento psicótico, a perda se dá na função Id. A partir do entendimento das funções do *self*, é possível afirmar que o ajustamento neurótico se reconhece em situações em que o sujeito está em contato com o ambiente e até mesmo reconhece o surgimento de figuras enquanto necessidades. No entanto, as respostas e atitudes a essas necessidades não são adaptadas ou satisfatórias.

Perls et al. (1997/1951, p.235) explicam a neurose como “evitação do excitamento 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, com vistas a satisfazer uma necessidade dominante. Há uma clara fixação do *self* em um projeto ideal, o que impede sua flexibilidade e fluidez de energia entre figuras-e-fundo. Já a função Personalidade encontra-se lesada tendo em vista que a incorporação ao *self* do contato finalizado não acontece. Impede-se a satisfação e a retirada, permanecendo o sujeito em um estado de constante desequilíbrio e tensão. Reforçam-se os aspectos cognitivos de auto-imagem do *self* relacionados ao fracasso, ao insucesso, ao desprazer, à não-realização, entre outras internalizações contrárias ao *self* ideal. Em suma, a neurose pode ser dita como a perda da espontaneidade no contato.

Já com uma perda na função Id instaura-se a psicose, “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.” (Perls et al., 1997, p.235). Ginger e Ginger (1995) ainda afirmam que o sujeito em ajustamento psicótico não responde claramente ao mundo exterior nem às suas próprias necessidades, como se estivesse desconexo da realidade, impedindo assim a ocorrência de ajustamento criador do organismo ao meio.

Retomando a definição da função Id, esta 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. 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 sequer são sentidas, quanto mais notadas – numa interrupção profunda do fluxo de awareness. Por outro lado também pode acontecer uma estimulação excessiva dos sentidos, mantendo-se o *self* inundado por sensações que não adquirem significado, exatamente porque não são reconhecidas em outro nível de consciência. Nessa circunstância, o comportamento evidencia a falta de conexão entre o que é sentido visceralmente e o vivido emocional, assim como a falta de criatividade no ajustamento ficando ele restrito aos automatismos.

Conseqüentemente à perturbação da função Id, todas as outras são comprometidas em um movimento óbvio de cronificação do des-ajuste. Por esse olhar, a noção de Eu encontra-se comprometida porque o *self* não dá conta de integrar suas várias manifestações (Tenório em comunicação pessoal). Sem uma atuação da função Ego, o *self* torna-se cada vez mais fragilizado, indefeso quanto aos introjetos tóxicos disponíveis no campo. A desorganização na função Personalidade impede que o *self* integre satisfatoriamente as experiências de contato, deixando abertas *gestalten* e inúmeras possibilidades falseadas de preenchimento.

Tão logo se atenha aos pressupostos dos fundadores da Gestalt-terapia, vê-se que a perspectiva relacional está no cerne da questão da psicopatologia. Não há ajuste em si mesmo, posto que ele só adquire sentido e contornos se concebido sobre um campo. As funções prejudicadas dizem respeito ao modo de funcionamento do *self* quando em situação de contato, que configura a impreterível relação do ser com o mundo. O contato é inevitável e, portanto, sempre o ser está em relação com alguma coisa. A rigor, relação é o elo que permite

uma elaboração da psicopatologia sob diversos pontos de vista conceituais. Em última instância, ela mesma (a psicopatologia) é relacional.

Pelo processo de contato também é possível alcançar entendimentos sobre o ajustamento psicótico. Vasconcelos e Menezes (2005) identificaram como bloqueios em uma pessoa com diagnóstico de esquizofrenia: a) a fixação – nas resistências do passado que não são mais alvos de tanta energia no presente; b) dessensibilização – percebida como uma indefinição de sentimentos, embotamento afetivo, baixa percepção dos sinais emitidos pelo próprio corpo ou acontecimentos à sua volta; c) deflexão – padrão de contato indireto e difuso. O modo de interação mostra que as relações são casuais e descompromissadas. O comportamento verbal tende a tornar-se pouco compreensivo, com discurso impessoal, polido, abundante em palavras e escasso em sentido. O sujeito banaliza ou subestima o valor e importância das sensações, inviabilizando o processo de reconhecimento de uma necessidade definida ou de delimitação de uma figura; d) retroflexão – a realidade externa não é suficientemente segura para investir energia e obter satisfação, encontrando-se impedido de enfrentá-la em função de temer possível decepção, prejudicar ou ser prejudicado. O fluxo de energia, então, é direcionado para um meio considerado pelo indivíduo como mais seguro: ele mesmo, o próprio corpo.

A partir das considerações de Vasconcelos e Menezes (2005), chegar a um modelo de bloqueios e fatores de cura combinados para compreender o que é fenomenologicamente concebido como ajustamento psicótico, tendo o Ciclo do Contato como referência, implica algumas ponderações. Primeiro em virtude do entendimento do ajustamento psicótico como uma maneira peculiar a cada indivíduo de ser-no-mundo. Cada sujeito vivencia o ajustamento por motivos e meios que lhe são próprios, sendo necessária uma descrição atenta em cada caso particular. Em segundo lugar, porque as diversas possibilidades de ser-no-mundo em um ajustamento psicótico têm diferenças consideráveis no que toca aos modos específicos de bloqueios; por exemplo, um sujeito autista tem necessidades e *gestalten* incompletas muito

diferentes de outro sujeito esquizofrênico ou bipolar. Finalmente, porque sabe-se que a postura fenomenológica em situação psicodiagnóstica é de encará-la de modo processual, preservando as características compatíveis com toda a fundamentação epistêmica da Gestalt-terapia. Esse tema será discutido mais adiante.

Outros autores gestálticos – ou cuja orientação filosófica esteja intimamente relacionada à epistemologia da abordagem – colaboram na exploração da psicopatologia de uma forma mais pragmática, por assim dizer. Holanda (1998) afirma que a abordagem fenomenológica da psicopatologia tem por essência a compreensão da totalidade do ser humano e seu enredamento indissolúvel em uma rede de relações. O autor toma Buber como o meio primordial de tratar do assunto.

Segundo Buber (2006), o diálogo autêntico exige que Eu e Tu estejam imbricados um ao outro, conectados relacionalmente. É pelo diálogo que se chega à constituição do Eu (e do Tu) e, para tanto, conforme exposto anteriormente, algumas atitudes o favorecem, tais como a abertura, reciprocidade, presença e responsabilidade (Holanda, 1998): “Na conversação genuína, os dialogantes se confirmam mutuamente como pessoas, o que não significa aprovação do que o outro faz, mas de perceber o outro como existente e confirmá-lo como tal” (Buber, 1979, em Holanda, 1998, p.43).

Buber (Santos, 2005) identifica as psicopatologias com a ausência de diálogo, colocando a gênese de grande parte delas na desconirmação do Eu e na perda do referencial próprio, bem como em disfunções na presença. Para ele, a neurose implica a inautenticidade da presença, enquanto nas psicoses essa presença é esvaziada. Tendo o indivíduo tantas experiências de desconirmação, pode-se dizer que ele se resguarda na segurança de seu isolamento a fim de impedir que nova desconirmação venha a desintegrar seu *self*. Mais uma vez, reconhece-se o padrão psicótico como uma defesa do *self* às situações que o fariam perder-se de vez, um ajustamento não criativo às situações novas que se apresentam, porém potencialmente geradoras de maior sofrimento.

Valendo-se do que afirma Maldiney (1976, em Tatossian, 2006), 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. Seu dramático testemunho (pathei mathos⁵) do que há de irreduzível no homem (...). Também entedemos perceber na existência psicótica o existencial humano que a torna possível, mesmo onde a psicose é uma forma impossível disso (p.317).

Segundo Tatossian (2006), Binswanger, em sua *daseinsanálise* inspira-se em Heidegger e trata da psicopatologia psicótica tomando por base os existenciais de presença e existência. Para Tatossian, Binswanger voltou-se à trajetória do indivíduo concreto, bem mais que aos traços supra-individuais das síndromes psicopatológicas, olhando para a íntima relação entre a biografia do sujeito e a conduta psicótica. De certo modo, a historicidade diz do tempo vivido, sendo uma forma de temporalidade humana, e também contextualiza os fenômenos psicóticos em termos da intencionalidade do ser-no-mundo. Sobre o assunto, Vasconcelos e Menezes (2005) entendem que o ser torna-se paralisado, ocorrendo uma transformação do ser-aí como historicidade em geral para uma forma a-histórica, apesar de que ainda se temporalize e espacialize de alguma maneira, já que sem isso não lhe teria garantido a existência.

Para De Waelhens (1990), a psicopatologia psicótica, em Binswanger, pode ser compreendida a partir de uma série de noções relativas a atitudes existenciais. Num primeiro

⁵ “Aprender pelo sofrimento”, nos dizeres de Ésquilo.

momento, o sujeito rompe com a coerência e evidências do mundo natural, esforçando-se para modificá-las, porém sem sucesso uma vez que não as admite como de fato são. Ele assume um posicionamento arbitrário cujas experiências tornam-se cada vez mais falseadas e lacunares. Depois, em um segundo momento, o sujeito é surpreendido por idéias maniqueístas e por ideais irrealis que conduzem à angústia insuportável. Por fim, no terceiro momento do processo, há uma tentativa de camuflagem e dissimulação do que é insuportável. Diante do insucesso, os sintomas típicos de delírios e alucinações tomam seu lugar fundamental de experiência não-problemática cujas posições irreconciliáveis não mais o dilaceram. Também em Binswanger nota-se o sentido de auto-preservação que os sintomas adquirem e a expectativa de uma relação que seja compreensível aos outros, se os delírios e alucinações forem tomados como discurso que procura estabelecer uma comunicação.

Minkowski, por sua vez, compreende a psicopatologia psicótica sob a perspectiva espaço-temporal e da ruptura do contato vital com a realidade (Tatossian, 2006; Augras, 2002, De Waelhens, 1990). Augras (2002) afirma que a vivência do horizonte temporal, enquanto dimensões significativas do ser, desaparece na psicose e essa perturbação essencial pode descrevê-la e diferenciá-la em termos diagnósticos: “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, 1965, em Augras, 1986, p.36). Para a autora, a questão do espaço é dimensionada pelos limites do corpo e suas extensões, numa ontologia existencial. O espaço vital é imprescindível à sobrevivência e não pode ser invadido.

É possível visualizar os sintomas psicóticos relativos à vivência prejudicada de tempo e espaço como, por exemplo no tocante às alucinações e delírios que, muitas vezes, expressam o temor do sujeito em ver-se invadido em seus sentidos (visuais, auditivos, cinestésicos) e percepções do campo (vivido como persecutório, somático ou em idéias de auto-referência, etc.). A rigidez tão forte de espaço e tempo chega aos limiares da repetição estereotipada autista e até a petrificação catatônica, como vividos possíveis ao sujeito.

Aportados na Fenomenologia, autores diversos tecem suas considerações acerca do que se chamou aqui de ajustamento psicótico. Se for possível apontar um denominador comum entre os raciocínios compreensivos, poder-se-ia chegar redutivamente ao hiato. Hiato entre a realidade vivificante e a experiência vivida, hiato entre a que é sentido e o que é significado conscientemente, nas vivências de tempo e espaço, hiato entre a lógica compartilhada e a lógica pessoal, hiato entre a linguagem e o compartilhamento de significados no campo social, hiatos...

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* com que 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, especialmente, ao sujeito que sofre.

Nesse ínterim, justifica-se a opção pela nomenclatura “tipo psicótico” por se entender que, sendo o ajustamento criativo uma função relacional, não há padrões no curso de desenvolvimento pré-determinados para ele. Apesar do quadro psicopatológico descrito como 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. É possível, diante do fundo relacional e histórico do sujeito, que o ajustamento adquira configurações mais típicas daquilo que se denomina psicótico ou neurótico no contexto psicológico/psiquiátrico. “Tipo psicótico” indica que uma disposição criativa encontra-se, 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.

2.4. Sobre o psicodiagnóstico e o processo psicoterapêutico

Uma breve discussão a respeito do psicodiagnóstico torna-se relevante devido à compreensão diferenciada que é possível alcançar do *pathos*⁶ humano por meio de seu uso. O agir terapêutico complementa e condiciona no próprio diagnóstico, dados os elementos e princípios que os fundamentam. Ambos estão imbricados e relacionam-se à postura compreensiva, dialógica, humanista, existencialista que a abordagem gestáltica pressupõe.

A despeito das críticas normalmente relacionadas ao diagnóstico e ao diagnóstico numa abordagem humanista (Augras, 1986; Yontef, 1998; Saurí, 2001; Pimentel, 2003), entende-se que esse procedimento é plenamente adequado aos propósitos da Gestalt-terapia e colabora sobremaneira para um processo terapêutico apropriado às necessidades do sujeito.

Saurí (2001) afirma que a prática médica define o modo como hoje se utiliza o termo diagnóstico, trazendo, portanto, a noção de conhecimento e reconhecimento de sinais úteis para fixar a identidade de algo. Por um lado, busca-se registrar e agrupar signos na intenção de colocar o comprovado em esquema transcendental, isto é, categorial e generalizado. Por outro, o olhar se volta para a relação entre sujeito, objeto, diagnosticador e diagnosticável. Essa afirmação está no âmbito fenomenológico à medida que considera a intencionalidade entre os diversos elementos envolvidos numa relação diagnóstica.

Dalgarrondo (2000) explica que há no processo diagnóstico uma relação dialética permanente entre o que é particular (a pessoa) e o que é geral e universal (a categoria

⁶ Segundo Augras (2002), Minkowski já propunha a substituição do termo “psicopatologia” por psicologia do *pathos* aludindo não à doença em si, mas ao sofrimento despertado no sujeito pelo drama que vivencia. Martins (1999) esclarece que *pathos* remonta à Heidegger e descreve uma dis-posição afetiva fundamental de todo ser humano. Confere ao *pathos* um lugar essencial no campo holístico da existência, permitindo o “*entendimento do que é estruturante em toda e qualquer destinação humana possível*” (*ibidem*, p.69). Em outras palavras, o *pathos* faz referência a todas as possibilidades de ser-no-mundo, inclusive o adoecimento.

diagnóstica). O autor confere importância à totalidade dos dados clínicos momentâneos e evolutivos do sujeito.

Yontef (1998) concorda com ambos os teóricos e apresenta nova dimensão do diagnóstico. Segundo ele, o bom diagnóstico é aquele que diferencia condições semelhantes pela busca de sintomas significativos ou atributos encontrados em apenas uma delas (diagnóstico diferencial). A busca de significado é o principal objetivo do processo e, mais uma vez, percebe-se a questão fenomenológica norteando os trabalhos. Para o autor, essencial ao diagnóstico é a busca de significados e, na práxis gestáltica, esse se evidencia na relação entre figura e fundo. Yontef (1998, p. 283) afirma que “à medida que a figura fenomenológica da pessoa não é nítida, aguda e energética, seu sentido de significado também será reduzido”. Ele não rejeita a atitude de *epoché* na experiência com o sujeito como forma de se apreender certo padrão existencial e de contato que ele faz com o mundo.

Augras (2002) defende o uso do psicodiagnóstico aportado em referenciais existencialistas e fenomenológicos como complemento ao diagnóstico psiquiátrico, ainda que constitua caminho oposto a ele. Essa atitude pressupõe que a sintomatologia seja compreendida em termos de “expressão das tentativas para recuperar o significado do mundo” (p. 68). Nestes termos, o campo propício para este trabalho é o da avaliação da estrutura e dinamismo do mundo. Augras (2002, em Vasconcelos & Menezes, 2005) reconhece o valor do diagnóstico na garantia que ele confere ao terapeuta de reconhecer as obstruções e os recursos disponíveis para superação das mesmas. O diagnóstico é uma ferramenta técnica que possibilita planejar um esboço do caminho que poderá ser trilhado no tratamento a fim de estabelecer um plano de intervenção mais apropriado.

Na concepção do Ciclo do Contato proposta por Ribeiro (1997), no entendimento que se constrói a respeito dos processos de interações realizados pelo sujeito, em situação específica ou numa compreensão do seu padrão de contatos, já está inclusa a função de entendimento do sintoma e também a especificidade diagnóstica e prognóstica do modelo.

Caso se verifique determinado bloqueio é possível ao terapeuta trabalhar os pólos saudáveis posteriores e/ou anteriores e, junto ao sujeito, identificar meios que o permitam caminhar de maneira fluida rumo ao contato pleno. O julgamento técnico do terapeuta está presente, mas também leva-se em consideração o sujeito que experimenta o contato e a forma como ele o faz.

Frazão (1991) e Pimentel (2003) propõem que se fale em pensamento diagnóstico processual, o que impele a considerar duas posições conseqüentes. A primeira diz respeito à flexibilidade que essa postura impõe para abranger as mudanças de comportamento e que o sujeito apresenta no decorrer de sua existência. A segunda versa sobre o entrelaçamento inevitável que essa concepção estabelece entre o diagnóstico e o próprio processo terapêutico. Considerar o pensamento diagnóstico processual implica ao terapeuta uma reflexão continuada a respeito de seu cliente, sustentado por todas as reconfigurações e ressignificações que se produzem no desenrolar da terapia.

Frazão (1991) compartilha das idéias de Yontef (1998) e Dalgarrondo (2000) quando considera o diagnóstico um meio de se chegar a características comuns aos indivíduos (denominada por ela de comunalidade), mas também voltado à compreensão do funcionamento psíquico de cada singularidade existencial.

Com base nesse referencial, Pimentel (2003) sustenta que o diagnóstico compreensivo e interventivo é o que mais se ancora nos parâmetros epistemológicos da Gestalt-terapia. O trabalho de compreender o sujeito em seu momento singular e também seu padrão interacional de contato tem sido objetivo de muitos profissionais interessados em superar modelos explicativos tradicionais e em formular instrumentais com uso e linguagem próprios e apropriados à comunicação com o espectro maior de interessados, incluindo os próprios sujeitos.

A adoção do diagnóstico interventivo confere à avaliação um lugar privilegiado no *setting* terapêutico, visto que, em última análise, o processo de terapia é o próprio diagnóstico

em andamento. Se se considera o diagnóstico uma avaliação cujas finalidades são terapêuticas, então neste paradigma toda ação terapêutica será norteada por um prévio julgamento do terapeuta, assim como esse será continuamente afetado e, portanto, atualizado, pelo desenvolvimento do sujeito e do campo.

A terapia gestáltica não se pretende a obter nenhuma cura de sintomas dos sujeitos. Os objetivos terapêuticos tendem a ser mais amplos e indeterminados quanto a um padrão normal que deva ser atingido pela pessoa. Ribeiro (1999) afirma que os objetivos da terapia gestáltica se dão em três níveis:

Primeiro, relativo ao plano existencial do indivíduo: são fundamentados no resgate da pessoa, na sua capacidade adaptativa, na valorização dos seus potenciais e na confirmação dela como ser-possível.

Segundo, referente ao plano experiencial: são objetivos comuns a todas as terapias como o alívio da dor e do sofrimento, o despertar da alegria e prazer com a vida, o aumento na auto-estima e melhoria da auto-imagem, a boa forma nos contatos, entre outros.

Finalmente, o terceiro nível de objetivos terapêuticos refere-se ao plano experimental e dizem respeito às expectativas, desejos e necessidades da pessoa.

Ribeiro (1999, p. 139) argumenta que:

O objetivo, portanto, parte de uma visão da totalidade da situação do cliente, não obstante sua procura ser em função de determinado sintoma ou necessidade. Tratar só o sintoma, tentar resolver só a demanda imediata do cliente, deixando de lado o significado do sintoma é caminhar na contramão do processo de cura. Resolve, mas não sara. Como, no entanto, estar nas duas coisas, sintoma e totalidade, vai depender da sensibilidade, da criatividade, da disponibilidade de ambos, só no aqui-agora se verá.

É possível afirmar que a “cura” é uma consequência da adequação das funções *self* aos momentos de contato, de modo que seja possível perceber uma necessidade, agir e satisfazer-se. Cura refere-se ao momento em que o sujeito é capaz de mudar um padrão desadaptado de comportamento em favor do melhor acordo entre ele e o ambiente. Cura diz respeito à energia que o sujeito investe no campo e a forma mais ou menos equalizada com que esse evento ocorre. Cura, especialmente em se falando de ajustamentos psicóticos, reflete os sentidos da pessoa em ver-se una, livre, segura de invasões desestruturantes ao *self*, capaz de lidar com os ideais, as frustrações e o ambiente nem sempre favorável ao seu desenvolvimento.

A despeito do imaginário comum, a “cura” não se dá por mágica, mas por um processo de re-adaptação e ressignificação do vivido. Se há necessidade de firmar um momento como marco de cura, talvez sejam aqueles em que o sujeito toma consciência de sua consciência; a hora em que acontece a integração emotiva-cognitiva-organísmica, marca de profunda *awareness* e de mudança propriamente dita.

A Gestalt-terapia encara processo de cura crendo na relação como instrumento de mudança e lugar em que os vividos podem ser realmente significados por olhares diferentes. Hycner e Jacobs (1997) alegam que a busca pela terapia está vinculada ao diálogo perturbado com os outros e consigo mesmo. Por isso é tão importante que o terapeuta esteja voltado à disposição do cliente. Os autores consideram esse um desafio de estar presente no processo, sem deixar de lado, no entanto, a sensibilidade para perceber como a presença vai impactar o sujeito. As condições para o diálogo autêntico, tais quais sugeridas por Buber (2006) e Hycner e Jacobs (1997), e os princípios fenomenológicos de suspensão de *a prioris* são reafirmadas como necessidades para a relação de cura. É na intenção da relação dialógica autêntica que a Gestalt-terapia orienta suas ações clínicas.

CAPÍTULO IV

A HISTÓRIA DE GRAZIELA: OLHARES DIFERENCIADOS

“Suponho que me entender não é uma questão de inteligência e sim de sentir, de entrar em contato... Ou toca, ou não toca.”
(Clarice Lispector)

Este trabalho consiste em um estudo eminentemente teórico, porém a maior inspiração para ele advém da Clínica. É na possibilidade de contato real com o outro que quaisquer propostas de novas metodologias em Psicologia alcançam sentido e materialidade. A força dessa afirmação torna-se ainda mais expressiva em se tratando de uma abordagem cujas tentativas inovadoras e esforços criativos, surgidos na e da prática clínica, são objetos pretensos. Na Gestalt-terapia, parafraseando Polster e Polster (2001), o terapeuta tem em si mesmo seu principal instrumento de trabalho.

Admitindo que grande parte das questões trazidas neste estudo são produtos da prática clínica pessoal da autora, especialmente desenvolvida no Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica, faz sentido e justifica-se metodologicamente, apresentar sucintamente o caso clínico que despertou o interesse para a realização desta pesquisa.

A escolha pelo relato dessa experiência reflete o objetivo de contextualizar em que condições foram inicialmente ponderadas as possíveis intersecções entre o paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses e a Gestalt-terapia. Ao assumir junto com Graziela⁷ a condução de seu trabalho terapêutico não existia um interesse antecipado e específico de pesquisa. No decorrer do processo, no entanto, foram-se tornando claros os potenciais da

⁷ Todos os nomes utilizados no relato de caso são fictícios.

associação entre o olhar da Intervenção Precoce e a prática gestáltica. Com as descrições da história e das leituras clínicas feitas a partir dela intenta-se ilustrar os caminhos de encontro vislumbrados entre ambos os paradigmas terapêuticos.

Graziela assentiu com a utilização dos dados oriundos de seus atendimentos mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio da pesquisa (Anexo I). Esse termo foi assinado no período posterior ao desligamento de Graziela no Grupo, tão logo se decidiu pelo uso do caso na elaboração deste trabalho. Como participante do programa de atendimentos do GIPSI, Graziela também assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido próprio do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica (Anexo II), autorizando o registro dos atendimentos e outros procedimentos que viabilizassem pesquisas.

Ressalta-se que o projeto desta pesquisa recebeu parecer favorável à sua realização após ser submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília. O documento encontra-se no Anexo III.

Passa-se, então, à apresentação de Graziela e sua história, obtida por meio das sessões individuais e familiares realizadas, além de uma breve circunscrição do que foi seu processo terapêutico e de como ele se justifica entre a proposta de Intervenção Precoce nas Psicoses e a clínica da Gestalt-terapia.

4.1. A história de Graziela

Graziela nasceu em 1979 em uma pequena cidade no interior da Bahia. É a sexta em uma prole de sete filhos: Jeferson, Otávio, Regina, Rita, Jairo, Graziela e Vinícius. Além dela, outros cinco irmãos moram em Brasília atualmente. Os outros dois residem em diferentes estados brasileiros. Os pais ainda hoje moram na terra natal, onde mantêm uma pequena roça.

A família professa a fé católica e Graziela convive desde cedo com os preceitos religiosos, praticando-os. Apenas a irmã Regina é evangélica.

Sua relação com os pais sempre foi boa, conforme ela mesma frisa. Gosta de enaltecer as virtudes de ambos enquanto pessoas esforçadas, trabalhadoras, honestas e presentes na educação dos filhos. Pai e mãe sempre estiveram atentos e preocupados em cuidar e oferecer sustento à família, inclusive a mais extensa. Os pais relataram que uma das razões de não se mudarem para Brasília é a necessidade de cuidar das mães idosas de um e outro.

No período da infância, Graziela é lembrada como uma criança que não dava problemas, tranqüila e caseira. Era bastante ligada à mãe. A família relatou sobre sua sensibilidade aumentada, irritadiça quando contrariada ou frustrada.

Por volta dos seis anos, Graziela estava brincando quando o pai a interrompeu e mandou que ela ajudasse a irmã Rita a arrumar a casa. Diante da negativa, o pai lhe bateu e ela chorou muito. Não conseguiu explicar a ele o porquê de não ir e achou que apanhou sem razão, como se o pai estivesse descontando nela o cansaço de um dia de trabalho. O episódio lhe marcou a infância. Graziela afirma que ama o pai, mas sentiu raiva dele e guardou mágoas por todos esses anos. Nunca comentou sobre seus sentimentos com ele por medo de entristecê-lo. Assumiu a culpa pelo episódio, como se tivesse desobedecido ao pai, tomando para si a responsabilidade de tê-lo respondido com estupidez e provocado sua reação agressiva.

Recentemente, os irmãos a encorajaram a conversar com o pai e, assim, tentar esclarecer os ressentimentos tão antigos, mas ainda tão presentes e fortes. Graziela recusou. Além dessa vez, ela afirma que o pai nunca lhe bateu. A mãe costumava dar tapas na boca se Graziela a respondesse com estupidez ou brigasse com os irmãos. Costumava repreender-lhe com veemência, o que deixava Graziela com muita vergonha e arrependimento do que fizera.

Desde criança, Graziela se acha mais feia que os outros familiares e amigos. Não gostava dos cabelos crespos e atribuía ao pai a culpa por essa característica, chegando,

algumas vezes, 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, também não se sentia bonita e não teve muitos relacionamentos, inclusive namoros. Era mais afeita a três amigas. Duas delas eram mais extrovertidas e costumavam chamar mais atenção dos rapazes. Graziela e a outra tinham medo de se envolver em relacionamentos. Acabavam por ficar mais juntas, o que gerava comentários por parte dos amigos de que teriam um caso. Mas foram apenas especulações. 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.

A saída da Bahia deu-se pela necessidade de trabalho. Todos os sete filhos estão hoje fora da casa dos pais. Dois deles – Jeferson e Otávio – residem em Goiânia. Graziela veio para Brasília e passou a morar com três irmãos solteiros – Rita, Jairo e Vinícius. Regina, já casada, residia com a família em outra casa. Graziela tinha expectativas de conseguir melhorar a qualidade de vida para si e seus pais. A saída da cidade natal trouxe alguns problemas: ela e a irmã Rita foram mal-faladas por morarem sozinhas e ficarem solteiras na cidade grande. Graziela tinha receio de que informações, quanto à conduta moral dela e de Rita, chegassem à sua mãe, que havia ficado na Bahia. O impacto da cultura e da moral características de sua terra de origem é marcante na idade adulta de Graziela.

Aos 22 anos, teve seu primeiro namoro e foi com esse rapaz que Graziela teve sua primeira experiência sexual. Houve pressão por parte dele para que a relação sexual acontecesse, já que ela dizia não estar preparada e com receio de ferir suas crenças religiosas e morais. Graziela expressou que os atos sexuais não foram vividos com prazer. Enquanto as relações aconteciam, ela pensava na família, em Deus e não ficava presente. As dores tornavam-se figuras mais delineadas do que as sensações prazerosas. Na primeira vez, o

namorado chegou a duvidar de sua virgindade e ela não sentiu carinho da parte dele. Depois dessa, relatada como a mais marcante, chegou a tomar remédios na intenção de tirar a própria vida. Alguns meses depois, o namorado a abandonou por outra mulher.

Há grande dificuldade para Graziela comentar sobre o assunto do namoro e das relações sexuais. Ela não costuma detalhar as situações e os eventos ou descrevê-los com mais minúcias. Admite 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 eram esperadas somente com o casamento, já que os ritos sacramentais da Igreja deveriam ser cumpridos. Graziela afirma ter consciência de que isso é o que seus pais esperam dos filhos.

Passou a sentir-se culpada pelo que aconteceu, 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” [referindo-se à crise do tipo psicótica que vivenciou pouco tempo depois, adiante situada]. Acreditava ter sido penalizada pela franqueza com que reclamava do pai pela transmissão de suas características físicas e pela desobediência aos pais. Graziela nunca chegou a se confessar com um padre, por vergonha do que ele poderia pensar a seu respeito. Também nunca comentou a respeito do início de sua vida sexual com os pais, por receio de deixá-los magoados e entristecidos com sua atitude.

À época do término do namoro, Graziela passou a freqüentar alguns cultos da igreja evangélica em companhia de Rita. As duas foram convidadas por amigos e, segundo o relato de ambas, não conseguiram deixar de participar das atividades por se sentirem pressionadas por eles a não desobedecer a vontade de Deus.

Durante o tempo em que freqüentaram a Igreja evangélica, Graziela e Rita disseram ter ficado confusas com tudo que ouviram a respeito da Bíblia e das proibições que lhes eram impostas pela prática religiosa (p.e., com relação às roupas que usavam ou músicas que

ouviam e dançavam). Graziela e Rita chegaram a ingressar em um grupo de estudos, o que incentivou Graziela a passar muito tempo dedicada à leitura da Bíblia.

Na Igreja, Graziela pôde conversar com um pastor a respeito das experiências sexuais e da angústia que sentia por isso. Em uma oportunidade, ela se recorda do pastor comentar que, para Deus, o sexo antes do casamento era um pecado e que Ele a castigaria por isso. Graziela deveria ajoelhar-se e pedir perdão pelo ato que cometeu. As palavras do pastor ficaram em sua cabeça e ela pensava como um Deus tão bom poderia ter criado algo que todo mundo faz, que é o meio de nascimento de todos, e deixá-lo ser uma falta tão grande. Graziela atribui o início de seu adoecimento a essa conversa com o pastor.

Os irmãos afirmaram que todos esses elementos acabaram por deixar Graziela “impressionada”, acreditando que tudo o que lhes era dito sobre os castigos de Deus aconteceria com ela se cometesse algum pecado.

Aumentou sua confusão a respeito da imagem que fazia de Deus, adotando como referência, então, a noção de um Deus vingativo, intolerante, justiceiro e condenador. Até então, o via como misericordioso, bondoso e amoroso. Graziela costumava rezar com frequência e mantinha com Deus uma relação de intimidade, chegando a afirmar que “era uma amizade difícil de encontrar hoje em dia”.

A primeira crise do tipo psicótica aconteceu cerca de 1,5 a 2 anos após o término do namoro, em maio de 2003. Após estudo na Igreja e afim de melhor compreender o texto que relata o episódio de Sodoma e Gomorra⁸, Rita leu a passagem bíblica em casa, juntamente com

⁸ Segundo a passagem bíblica, dois anjos foram enviados pelo Senhor à cidade de Sodoma (Gomorra era território próximo, partes de um mesmo Distrito). Lá, foram recebidos por Ló, homem justo que sofria com os padrões de vida libertinos dos habitantes de sua cidade. Ló abrigou os anjos em casa e foi abordado pelos varões da cidade, que pediam para que os visitantes lhes fossem apresentados. Ló ofereceu a virgindade de suas duas filhas para que os varões da cidade não fizessem mal a seus convidados. Atacado pelos homens da cidade, Ló foi defendido pelos anjos. Os anjos, então, ordenaram a Ló que tomasse sua esposa, filhas e futuros genros e partissem, sem olhar para trás, para outro lugar, pois o Senhor, conforme fôra prometido a Abraão, destruiria a cidade em virtude dos hábitos pecaminosos ali encontrados e desagradáveis a Deus. Os genros não acreditaram em Ló. Sua esposa, ao olhar para trás, transformou-se em uma estátua de sal. O Senhor fez chover enxofre e fogo sobre

Graziela. Nesse momento, ela começou a pensar em agressões verbais e xingamentos contra Deus, a imaginar as partes íntimas dele e viu-se fazendo sexo com Ele. Graziela afirmou ter sentido como se houvesse um dragão dentro do peito, o coração parecia pedra. Ouvia o demônio falando dentro e fora de seu corpo e teve a sensação de sete espíritos invadindo-lhe 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 uma missa ou culto, imaginava os órgãos sexuais do celebrante ou atos sexuais dele. Uma série de “pensamentos automáticos” e xingamentos direcionados a Deus permaneceram. 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 da irmã Regina e a acompanhava nas idas à sua Igreja. Durante os cultos, as pessoas diziam que havia algo dentro dela, que havia sido 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 músicas em rádios e 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 para elas fossem conhecidas ou não. Relatou inúmeras vezes que deixou de amar até sua família e não tinha por eles nenhum afeto positivo.

Sodoma e Gomorra, destruindo-as. Ló abrigou-se com as filhas no alto de um monte e tiveram as vidas preservadas. A filha primogênita disse à menor que diante da falta de varões para a preservação da descendência, elas deveriam dar vinho ao pai e se deitar com ele a fim de conservar sua semente. Assim, as duas fizeram e deram à luz dois filhos homens (Gn 18, 19).

Graziela dizia que os pensamentos contra Deus eram involuntários, mas causavam a ela angústia e culpa por ofenderem a Deus.

Foi logo após essa crise que Graziela deu entrada pela primeira vez na emergência de hospital psiquiátrico. Medicada com Haloperidol, Prometazina, Diazepam (suspensão em seguida) e Levomepromazina, drogas neurolépticas. Foi atendida no pronto-socorro por duas vezes em uma semana. Nas duas ocasiões recebeu tratamento emergencial, permanecendo internada e liberada ao final do dia.

Graziela chegou ao GIPSI em julho de 2003, posteriormente às breves internações de emergência. Contava, então, 24 anos. Foi encaminhada por um dos psiquiatras que a acompanhou durante o período de atendimentos emergenciais. O referido médico também fazia parte do grupo e boa parte do tratamento psiquiátrico inicial de Graziela foi feito sob supervisão interdisciplinar.

A relação com o psiquiatra permeou todo o processo psicoterápico, 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 Graziela e família.

Os atendimentos individuais no GIPSI foram iniciados no mês seguinte, agosto de 2003. Concomitantes, e satisfazendo os propósitos de trabalho diferencial do Grupo, foi disponibilizado o espaço para terapia familiar. Além da dupla terapêutica, uma equipe esteve observando os atendimentos pelo espelho. Essa modalidade de atendimento foi disponibilizada por seis meses e 6 sessões foram realizadas no período. Em intervalos de tempo definidos junto aos terapeutas, os pais, os irmãos e a própria Graziela participaram do processo, que foi interrompido pela dificuldade de reunião da família. Os irmãos e os pais se alternavam nas ausências inviabilizando a entrada efetiva no processo terapêutico.

Durante os atendimentos individuais e familiares realizados, foi-se trabalhando com eles os sentidos para as demandas que surgiam. Procurou-se contextualizar a crise, dando conta das potenciais recaídas, trabalhando os elementos trazidos pela cliente a respeito de seu passado, presente e as expectativas quanto ao futuro.

Os irmãos acreditavam que pelo fato de Graziela ser muito “nervosa” e ter mudado de religião, tenha se impressionado muito com a questão dos castigos de Deus aos pecados cometidos. O pai, por outro lado, acreditava que o problema surgiu pela grande preocupação que a filha passou a ter, depois de formada, com a questão de trabalho, financeira e ajuda à família. Diante da família, Graziela concordou com o pai, sobre a preocupação como origem do seu “adocimento”. Em atendimento individual, no entanto, relatou outros sentidos para a crise, especialmente a experiência da relação sexual e da desobediência a ela relacionada.

Graziela dizia ter nela uma dupla personalidade: uma gostava de Deus, queria o bem das pessoas, tinha afetos pela família. A outra gostava do demônio, rejeitava e odiava Deus, desejava o mal aos outros e não agüentava mais a vida. Com a mesma ambigüidade 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 a ela. Nesses momentos, especialmente durante a noite ou sozinha em casa, sentia 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 seu pedido de ser mais bonita do que era na infância. Ao contrário, após 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 auto-imagem foi figura nas sessões, chegando a instaurar-se uma outra crise, dessa vez sem as características tipicamente “psicóticas” de sintomatologia positiva. Por um olhar gestálico, dir-se-ia que Graziela funcionava em ajustamento do tipo neurótico (a *awareness* esteve mais preservada do que na primeira crise e observou-se prejuízos mais relacionados às funções Ego e Personalidade do *self*).

No decorrer do processo individual, Graziela expressou seu 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 idéia do Deus vingativo, que não perdoa os pecados mesmo aqueles 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, a descrevia como uma sensação de vazio. Seu sofrimento a fez desejar desaparecer e pedia a Deus por isso: não queria estar em lugar algum, nem na vida, nem no céu e nem no inferno.

De modo cindido, também demonstrou dificuldades em conceber o processo terapêutico e o próprio desenvolvimento, marcado pelo adoecimento e pela saúde, dialeticamente. Sua auto-imagem pré e pós-crise eram concebidas dissociadamente e sua esperança era de voltar àquela forma ideal de um dia para o outro.

Graziela tinha nos irmãos – especialmente em Rita – o único suporte durante o período de crises e remissão do episódio. Rita assumiu os cuidados de Graziela e foram presença e companhia uma para a outra. Em algumas ocasiões, Rita procurou os terapeutas do Grupo para dar conta de sua angústia e receber algum suporte e aconselhamento para melhor ajudar a irmã. Chegou a relatar o seu incômodo por ter que assumir, junto com Graziela, o

enfrentamento da maioria dos problemas familiares, sem que os outros irmãos se envolvessem e compartilhassem responsabilidades.

Após o quarto ano de tratamento, demonstrando sinais de autonomia mais evidentes, os irmãos começaram a tratar Graziela de forma corriqueira, retomando suas atividades e os modos de atenção e contato característicos dessa família. A mudança de comportamentos teve impacto na dinâmica de Graziela, que passou a sentir falta da companhia e atenção de Rita, da paciência e cuidado dos outros irmãos.

Ela sentia o incômodo que causava na família, mas, ao mesmo tempo, tinha 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. Além de Rita, seus incômodos se referiam, principalmente, à Regina, Jairo e Vinícius, que cuidaram dela no período inicial da crise.

Os conflitos com relação à família e as reações de Graziela tornaram-se diferentes. Agora diziam respeito ao esforço dela em ser atendida e manter-se na posição privilegiada de quem recebe mais atenção dos irmãos e pais. Quando não satisfeita ou frustrada em suas necessidades e desejos, Graziela costuma ter reações de nervosismo, segundo ela, incontroláveis.

Desde muito nova, Graziela costuma ficar nervosa em situações onde se sinta desrespeitada ou frustrada. Nessas ocasiões costuma ficar muito irritada e percebe-se tomada pelo ódio. Há um aperto no peito e os braços chegam a formigar. Ela e a família já haviam percebido essa reação, mas nunca esperaram que esse padrão comportamental pudesse ter conseqüências mais sérias, numa alusão à crise do tipo psicótica. Graziela associou o que ela nomeia como “nervoso” a aspectos religiosos, como se o demônio a estivesse tentando nesses momentos. Fato é que o “nervoso” tem manifestações fenomênicas: nesses momentos, Graziela expressa 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 4,5 e 5 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 por um emprego, a vontade de ter sua própria 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 pela redução do 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 e ela mesma optou pela alta e pela maneira que essa deveria acontecer. Na mesma sessão em que o assunto foi tratado, Graziela deu-se conta de que gostaria de se liberar naquele momento: “Se o Grupo acredita que isso é o certo, eu também acredito. Não venho mais não, vou voar!”. Encerrou o processo agradecendo ao Grupo, à terapeuta e ao supervisor por tudo que fôra feito por ela: “É o que Deus teria feito por um filho. Me sinto [sic] como uma criança aprendendo a andar (...). O Grupo está me oferecendo caminhos.”

4.2. O primeiro olhar diferenciado: a Intervenção Precoce

Desse momento em diante, quando se falar no paradigma da Intervenção Precoce, evita-se o adjunto “nas Psicoses”, visto que ele instaura, como já exposto, uma forte noção de estrutura patológica, não condizente com o aparato teórico existencial-fenomenológico gestáltico. Faz-se opção pela denominação “em crise do tipo psicótica”, conforme adotado no

GIPSI, até para contemplar o aspecto momentâneo do ajustamento que o indivíduo faz no seu modo de contato padrão.

Graziela foi a primeira cliente a entrar em processo terapêutico junto ao GIPSI. Durante os anos de acompanhamento, as necessidades detectadas e a condução do seu caso permitiram ao Grupo orientar-se e instituir metodologias próprias para o melhor atendimento do público-alvo específico (sujeitos em primeira crise do tipo psicótica). A aplicação diferencial que o GIPSI realiza do paradigma da Intervenção Precoce em crises do tipo psicótica – a reunião de estratégias terapêuticas médico-biológicas, psicossociais e psicológicas individual e familiar – foi sobremaneira enriquecido e confirmado à medida que o caso de Graziela ia se desenvolvendo e alcançando resultados, ora mais ora menos satisfatórios clinicamente.

Por motivos de ordem e objetivo deste trabalho, não puderam ser apreciados em detalhes todos os aspectos trabalhados junto à cliente; no entanto, ressalta-se que o acompanhamento psicoterapêutico, em todos os seus momentos, contemplou um dos temas mais característicos na sua forma de ajustamento: a experiência religiosa. A vivência da religião – evidenciada na relação estabelecida por Graziela com as figuras divinas, com a própria Igreja, com os religiosos e a comunidade – constituiu-se uma figura constante no processo. A partir de e sobre a sua realidade foi possível trabalhar uma série de introjetos e conteúdos, tanto relativos à crise como ao modo-de-ser típico de Graziela.

Pode-se identificar três etapas no processo individual de Graziela, sendo os marcos de diferenciação entre elas as trocas de terapeutas realizadas.

A primeira etapa aconteceu no momento imediatamente seguinte à crise, logo depois do vínculo com o GIPSI para o início do processo terapêutico. Durou cerca de sete meses e, durante esse intervalo, Graziela recebeu atendimentos psiquiátrico e psicológico individuais e a breve terapia familiar. Essa etapa coincide com o que Lines (2003) e McGorry e Edwards (2002) definiram como a fase precoce de recuperação, especialmente delimitada entre os seis primeiros meses da eclosão da crise e podendo se estender até o primeiro ano.

Os principais objetivos da intervenção na fase precoce de recuperação foram alcançados com sucesso: reduziu-se o intervalo de episódio psicótico não-tratado, acompanhou-se de perto o impacto da crise aguda já sofrida, com vistas a minimizá-lo em ocorrências e intensidade (novas crises não tornaram a acontecer durante todo o processo terapêutico), evitou-se nova internação e se obteve a sólida adesão da cliente ao tratamento.

Na fase precoce de recuperação, no plano individual de tratamento, Graziela foi acompanhada por uma estagiária em Psicologia Clínica da Graduação cuja principal orientação foi existencial-fenomenológica. Nas supervisões, a fenomenologia, especialmente, foi obtendo lugar especial no manejo das situações clínicas e é reconhecidamente uma das ferramentas mais utilizadas no GIPSI em contexto psicoterapêuticos.

Próximo à data em que se completou um ano do início do episódio agudo, aconteceu a primeira troca de terapeutas. Também estagiária em Psicologia Clínica na Graduação, a segunda terapeuta individual a assumir o caso não seguia um referencial teórico específico. As supervisões tiveram apelo mais psicodinâmico sem perder, no entanto, o caráter fenomenológico característico do GIPSI como já referenciado. Os processos de acompanhamento e supervisão do caso consideraram os fenômenos que aconteciam com Graziela e no campo cliente-terapeuta. Essa terapeuta permaneceu no caso por um ano e nove meses.

Nesse tempo, procurou-se tratar sobre os efeitos secundários oriundos da vivência do episódio e de aspectos mais internos do *self*. Havia intenção de promover a recuperação integral de Graziela, não restringindo as ações terapêuticas meramente ao alívio e mascaramento dos sintomas. As questões de cunho sexual foram amplamente exploradas, levando Graziela a entrar em contato com os sentidos e sensações relacionados ao ato sexual.

Aliado à psicoterapia, o tratamento medicamentoso permaneceu. Segundo a literatura (Lines, 2003; McGorry & Edwards, 2002), à fase precoce se segue o período de recuperação tardia, mais ou menos circunscrita nos primeiros 6 a 18 meses após o início da crise

sintomaticamente ativa. São objetivos a manutenção da medicação (se necessária), o fortalecimento do *self* e a construção de uma recuperação mais consistente.

Finalmente, no quarto ano após o início do episódio do tipo psicótico, deu-se a terceira troca de terapeutas individuais, agora com a entrada da autora deste trabalho. Essa terapeuta permaneceu com Graziela por outros dois anos e dois meses, até o fim do processo no GIPSI. As intervenções tiveram a Gestalt-terapia como fundamento, tendo sido utilizados conceitos, técnicas e compreensões epistemologicamente suportados na abordagem.

Procurou-se, nessa etapa, o manejo das situações clínicas a partir do campo relacional estabelecido nas sessões, bem como dos macrocampos presentes na história de vida de Graziela. Houve a preocupação de torná-la mais *aware*, presente no momento de vida atual, buscando compreender e significar a crise e os eventos passados. Desenvolveram-se situações de experimentos durante as sessões, com objetivos variados e contextualizados nas demandas de cada momento. Buscou-se compreender a forma de contato que Graziela estabelecia com o mundo, procurando trabalhar os principais bloqueios.

Segundo os estudos de McGorry e Edwards (2002), Keshavan e Schooler (1992) e Lines (2003) o período de 3 a 5 anos após a primeira crise são notados como de maior vulnerabilidade, mas também de máximo potencial de recuperação para o sujeito. Com Graziela, houve oportunidade de se aprofundar e significar, na relação, os temas mais referidos aos sintomas, aos danos secundários e às novas demandas que surgiam na vida da cliente. A fase também foi marcada pelo manejo preventivo do suicídio, posto que Graziela apresentou fortes indícios de ideação.

Em situações em que se intensificava a angústia ou que o campo vital apresentava mudanças em favor da sua autonomia, ela deu sinais de que poderia ter recidivas. Preservava, no entanto, a consciência sobre seu sofrimento e os elementos estressores. Nessas ocasiões, Graziela chorava muito, intensificava-se o desejo de morrer para deixar de incomodar a família

e era comum relatar a sensação de que o demônio a estava rodeando. Outras crises do tipo psicótica não mais aconteceram

Graziela foi atendida por cinco anos, sendo desligada dos serviços em março de 2008. A alta foi um processo acordado e compartilhado entre Graziela, a terapeuta e o Grupo.

Dada a contextualização histórica e fenomenológica da crise que fez, é lícito afirmar que o atendimento prestado à Graziela sustenta o paradigma da Intervenção Precoce em uma crise do tipo psicótica. O olhar diferenciado é afirmado nas estratégias terapêuticas dedicadas ao suporte e promoção dos aspectos saudáveis da cliente, em intervenções orientadas ao aprofundamento e re-significação do período crítico de ajustamento do tipo psicótico e na preocupação com o envolvimento pessoal e familiar de Graziela na condução de seu próprio processo terapêutico, em um compartilhamento de responsabilidades pelos sucessos alcançados.

4.3. O outro olhar: uma compreensão gestáltica

Considerando a história apresentada, passa-se a uma elaboração apoiada na clínica gestáltica. Optou-se pelo Ciclo do Contato como instrumento, por permitir uma compreensão globalizada do processo de Graziela e o aprofundamento em figuras específicas emergidas no campo.

Bloqueios de Contato	Fatores de Cura (mecanismos saudáveis)
-----------------------------	---

<p>Fixação</p>	<p>Graziela permaneceu fixada nas sensações de “ser invadida”, tentada pelo demônio. Em situações e contextos diferentes do período de franca crise do tipo psicótica ou dos fatores estressantes típicos dessa fase, ela permaneceu temendo (e até sentindo) as mesmas reações sensoriais e psicológicas.</p> <p>Também se pode dizer que ela permaneceu fixada à culpa sentida por desobedecer aos pais e a Deus.</p>	<p>Fluidez</p>	<p>Um contato fluído foi especialmente percebido ao final do processo terapêutico. Graziela reconhecia suas necessidades, dificuldades e optou, conscientemente, por caminhar sozinha. Esperava dar conta de suas demandas sustentada pelo trabalho, pelo contato com e diferenciação dos familiares, pela disponibilidade e abertura a novas situações afetivas.</p> <p>Muitas coisas ainda estavam em construção e Graziela demonstrava estar ciente de que ainda precisava ser esclarecido e trabalhado.</p>
<p>Dessensibilização</p>	<p>Nas situações de crise, fossem do tipo psicótica ou não, os estímulos internos e ambientais tendiam a ser percebidos de modo indiferenciado. Por vezes, ela não conseguiu entrar em contato com outras demandas do <i>self</i> (de atenção, saudade, desejos sexuais), permanecendo indiferente às novas sensações que emergiam no campo.</p>	<p>Sensação</p>	<p>Graziela foi apontada pelos pais e irmãos como alguém bastante sensível ao ambiente. Isso se evidencia na própria construção do seu ajustamento, entendido em vários aspectos como uma tentativa do <i>self</i> dar conta da solidão e ausência familiar, da ausência de afetos significativos que fornecessem continência à angústia vivida.</p> <p>Quanto às próprias sensações, Graziela permaneceu sensível aos próprios sentimentos de tristeza e angústia, indicando quando eles se intensificavam ou estavam mais brandos.</p>
<p>Deflexão</p>	<p>Mesmo vivenciando conflitos de ordem diferente daqueles experienciados na fase prodromica, para Graziela a sensação de não ser amada por Deus, de angústia e vazio permaneciam. Nessas ocasiões, não havia consciência de que os sentidos pudessem ser outros daqueles já construídos por ela.</p> <p>Graziela evitava entrar em contato com a situação de resgate e ressignificação da experiência sexual, bem como das situações em que provocava conflitos familiares (agressões verbais aos pais e irmãos, por exemplo). As agressões a Deus não foram ditas. Graziela falou sobre elas, mas não as expressou verbalmente.</p> <p>Defletindo o contato, Graziela afirmava ter se esquecido das situações contadas ou perdia-se no próprio relato. Durante a sessão, suas falas tornavam-se repetições vazias de novos sentidos.</p>	<p>Consciência</p>	<p>Durante o processo terapêutico, Graziela foi tomando consciência das situações inacabadas que a angustiavam, tornando-a mais <i>aware</i> a respeito do seu jeito-de-ser no mundo (ato sexual, desobediência ao pai quando criança, vontade de ter sua independência, entre outros). Necessidades de ordem afetiva e material foram se tornando figura para Graziela, evidenciado por seu ideal de beleza própria, seu desejo de voltar a trabalhar e retomar sua autonomia. Os limites pessoais também foram trabalhados: respeitou-se quanto ao momento de procurar e o tipo de trabalho (não queria trabalhar em casa de família que a fizessem dormir longe da sua casa, p.e.); quanto ao momento e nível de intimidade para o namoro e quanto ao manejo da autonomia e disponibilidade para a família (em relação aos sentidos de ser cuidada, mas de também cuidar de si e dos outros).</p>

<p style="text-align: center;">Introjeção</p>	<p>A introjeção se manifesta como bloqueio ao contato pleno a partir do momento em que os padrões morais e religiosos herdados da família e do meio cultural se tornaram parâmetro para a angústia e intenso sofrimento psíquico.</p> <p>A rigidez também se percebe na agressão inibida, que impede Graziela de expressar verbalmente a raiva que sente dos pais, da família e de Deus. Somente nos momentos de crise e de “nervoso” é que Graziela libera toda agressividade e sentimentos como raiva e frustração.</p> <p>A experiência sexual, de certo modo imposta à Graziela também configura no rol das introjeções. Baseando-se em seus relatos, pode-se dizer da passividade com que consentiu transar com o ex-namorado.</p>	<p style="text-align: center;">Mobilização</p>	<p>A mobilização foi um dos mecanismos saudáveis mais proeminentes desenvolvido na etapa final do processo junto à Graziela. Uma vez reconhecidas figuras claras e conscientes, motivadoras do ajustamento do tipo psicótico e até neurótico, percebeu-se que Graziela se preparava para agir em direção à auto-regulação. Buscou-se trabalhar sua predisposição ao trabalho, ao namoro, às atividades cotidianas, à independência e diferenciação no meio familiar, entre outros.</p>
<p style="text-align: center;">Projeção</p>	<p>A projeção como bloqueio se revela, primeira e mais fortemente, na sintomatologia positiva produzida na crise. As alucinações e delírios configuraram-se como a projeção extremada da culpa e dos desejos de Graziela. O “Deus bom”, “Deus mau”, o “demônio” assumiram características relacionadas à própria Graziela, como a raiva, os desejos sexuais, a crença na redenção (cura), a auto-imagem positiva e bela, o medo de ser castigada e perder o amor dos pais (em virtude de tê-los desobedecido moralmente). Também é possível dizer que as projeções se revelam nos “pensamentos automáticos” não assumidos como próprios, mas surgidos em sua mente por força do demônio. Segundo ela, se não eram da sua vontade, as agressões a Deus não lhe pertenciam.</p> <p>A forma como concebia e atribuía a Deus responsabilidades por seu estado de sofrimento também refletem a projeção. Graziela esperava que Deus modificasse sua vida e seus afetos.</p>	<p style="text-align: center;">Ação</p>	<p>Desde o início do processo terapêutico, Graziela assumiu o próprio tratamento, permanecendo engajada nele. Nunca deixou de tomar as medicações indicadas e não tinha alto índice de absenteísmo nas sessões psicoterapêuticas e psiquiátricas. Engajou-se no propósito de “fazer a própria parte” para estar melhor.</p> <p>As ações de Graziela puderam ser sentidas já no fim do processo. Já era possível assumir as responsabilidades que lhe cabiam no fato de ter se dado à relação sexual ou de ter agredido o pai quando mais nova, p.e. Nessa altura, ela também havia feito contatos e entrevistas de emprego (recebendo a promessa de contratação).</p> <p>O mecanismo de ação marcou o desligamento de Graziela do GIPSI. Por decisão dela resolveu caminhar sozinha, procurando dar conta de sua vida.</p>

<p style="text-align: center;">Proflexão</p>	<p>O bloqueio pode ser reconhecido nos momentos de “nervoso” como tentativas de chamar a atenção dos irmãos, esperando deles cuidados e demonstrações de afetos. Graziela não exprimiu ter se dado conta desse mecanismo, mas chegou a expressar a falta que sentia dos irmãos, de quanto eles já não se preocupavam com ela como à época da crise aguda. Notou-se que em seguida aos comentários, ela relatava episódios de ideação suicida ou “crises de nervoso”. Nessas situações, a família tendia a mobilizar-se para ajudá-la, permanecendo mais próxima, carinhosa e atenciosa para com ela. O contato com a família era marcado, de antemão, pelo desejo de atenção.</p>	<p style="text-align: center;">Interação</p>	<p>A interação, como mecanismo de contato pleno, foi observada quando Graziela reconheceu e se conscientizou das necessidades dos irmãos, especialmente Rita (seu cansaço por não dormir durante as noites cuidando e dando atenção à irmã, seu desejo de namorar e estar com o namorado, etc.). Graziela não perdeu de vista as próprias necessidades de atenção, companhia dos irmãos, mas quis manter sua autonomia, independência e diferenciação. Chegou a expressar: “Preciso falar pra Rita que quero minha liberdade, minha autonomia”.</p>
<p style="text-align: center;">Retroflexão</p>	<p>Graziela alimentava os próprios medos (de ferir e ser ferida, deixar e ser deixada pela família e por Deus), não conseguindo investir nas relações externas a si mesma. Voltou energias e tempo à manutenção de uma condição “adoecida”.</p> <p>Deus e o demônio refletiam imagetivamente o desejo próprio de satisfazer-se, mas de toda culpa envolvida nisso. Graziela tornava a eles, projeções do próprio <i>self</i>, suas inquietações, anseios, dúvidas e esperanças, numa sensação de auto-controle, da qual era retirada por pensamentos automáticos que não lhe pertenciam, permanecendo estagnada nessa condição.</p>	<p style="text-align: center;">Contato final</p>	<p>Acredita-se que Graziela tenha entrado em conato com suas angústias, com as origens atribuídas a elas e com as situações inacabadas de sua vida a partir do momento que passou a tomar mais consciência dos seus movimentos projetivos e profletores.</p> <p>Novas experiências de contato, seja em termos da própria sexualidade ou da relação autêntica com a família (pela elucidação de não-ditos, pela exposição da raiva e das mágoas, pela expressão das necessidades de intimidade com eles), começaram a ser vivenciadas. Ao término do processo terapêutico no GIPSI, muitas situações reais se constituíam nesse sentido (trabalho, aproximações afetivas, relações mais sinceras e afetuosas com os irmãos...).</p>

Egotismo	<p>Durante o processo terapêutico observou-se a demasiada exigência de atenção que Graziela requeria de seus irmãos. Havia necessidade de falar repetidamente sobre o que estava passando, da angústia sentida com relação a Deus (pouco ou nada falava sobre a relação sexual ou outras <i>gestalten</i> abertas). Pelas crises suscitadas no decorrer do processo, foi notada a necessidade de controle das relações, inclusive do campo terapêutico. As ideações suicidas (incluindo uma falsa tentativa, posto que deixou a irmã Rita acreditar que havia tomado medicação em excesso), reações e choros intensos em casa deixavam irmãos e terapeutas em alerta a seu respeito. O contato encontrava-se bloqueado à medida que Graziela mantinha seu foco apenas em si e não no entre das relações mantidas.</p> <p>O bloqueio também se evidenciou nos momentos em que Graziela dizia não sentir afetos pelas pessoas, senão a própria angústia.</p>	Satisfação	<p>Graziela passou a perceber o cansaço dos irmãos, as necessidades deles. Passou a aproveitar os momentos juntos, as conversas e os cuidados deles para com ela. Sentia necessidade de mantê-los, mas também tinha consciência do que poderia fazer para estar mais presente para eles. À época do desligamento do GIPSI, trabalhava-se a questão de nutrir as relações em mão-dupla, sendo plausível a possibilidade de satisfazer o outro.</p>
Confluência	<p>Notou-se que Graziela permaneceu confluída à sua imagem idealizada de família. Permanecia fixada às satisfações sentidas nessa relação virtual, como se os irmãos fossem sempre presentes, unidos e preocupados uns com os outros.</p> <p>Estava também bastante apegada à auto-imagem referente ao período anterior ao episódio do tipo psicótico. Não aceitava a condição de ter engordado e cortados os cabelos, como efeitos adversos ao tratamento e da falta de recursos financeiros.</p> <p>Também se pode dizer do contato fixado à imagem e à relação que tinha com Deus durante a adolescência. Lembrava-se do período e chegou a expressar que “hoje não se encontra uma amizade assim”, referindo-se à intimidade que mantinha com Deus. Era esse o referencial que tanto buscava e que provocava nela tanta angústia.</p>	Retirada	<p>O processo de retirada fez-se evidente ao término dos processos terapêuticos no GIPSI. Graziela assumiu a disponibilidade para novas situações em sua vida.</p> <p>Modificou a relação com Deus, deixando de freqüentar a Igreja e abandonando, segundo relato próprio, o que não a fazia bem. Foi preciso desligar-se de Deus para reconstruir a imagem que fazia dele. Ao término do processo terapêutico Graziela mencionou uma relação com um Deus mais amoroso, misericordioso, que a permitia ter fé e acreditar em dias melhores.</p> <p>O desejo de diferenciação dos irmãos foi atuado, especialmente pela vontade de morar sozinha e ter um emprego e o próprio salário para sustento.</p>

Diante da caracterização dos mecanismos de contato exposta, percebe-se a complexidade da compreensão a ser buscada. Uma mesma situação pode ser compreendida como mais de um mecanismo de bloqueio e, 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, como descrito anteriormente, é possível indicar os mecanismos de projeção, deflexão, introjeção e confluência como os bloqueios mais proeminentes na história de Graziela.

Durante a crise aguda do tipo psicótico, a função Id aparece como dominante no funcionamento do *self*. A crise mesmo – e os sintomas alucinatórios e delirantes – dizem do domínio do sentir e da espontaneidade não-elaborada por racionalizações conscientes.

Na primeira etapa do processo terapêutico – fase precoce de recuperação – a projeção configurou-se como principal bloqueio ao contato pleno. Fenomenologicamente, se manifestou na sintomatologia positiva que configurou o ajustamento do tipo psicótico. As alucinações e 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 o quanto era difícil à Graziela 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 auto-conceito de *self* – 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 xingavam 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 qualquer 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 por toda 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, onde o “Deus justiceiro” destruiu, sem piedade, uma cidade corrompida pela libertinagem sexual e desobediência às leis divinas (morais). Em outra leitura, percebe-se que o “Deus mau” e o demônio, permitiam à Graziela expressar o que lhe era interdito. O “Deus bom”, por outro lado, era tido como ideal a ser re-conquistado, onde se encontrava, 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 das alucinações e delírios, houve a intenção clínica de que Graziela pudesse entrar em contato com essas necessidades e incongruências entre a auto-imagem e a realidade do campo, motivando nela a entrada em processos outros de ajustamento, que pudessem criar ativa e conscientemente recursos para a auto-equilibração. Instaurou-se, assim, a investida no *self* para que a função Ego pudesse mediar reflexivamente o que antes se dava em nível proprioperceptivo.

Nesse contexto terapêutico deu-se a troca de terapeutas, marcando a segunda etapa do processo. Ressalta-se o esforço para realizar um trabalho cadenciado, dando seguimento às conquistas clínicas significativas rumo a uma equilíbrio saudável de Graziela.

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.

Até pelo jeito-de-ser próprio da terapeuta responsável pelos atendimentos e pela relação no campo terapeuta-cliente, a temática da sexualidade foi um tema 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 havia acontecido e como se deu.

Durante as sessões, realizaram-se intervenções próximas à técnica de “fantasia dirigida”, onde se trabalham as imagens mentais do sujeito com vistas a trabalhar e ressignificar aspectos não-conscientes. As questões da sexualidade e dos desejos figuravam como não-ditos e eram cercadas 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. No momento posterior à crise aguda, já numa fase 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 freqüência, uma recaída e nova crise do tipo psicótica.

A terceira troca de terapeutas, e 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 de fala e escuta privilegiados. As sensações típicas do delírio e da alucinação, conforme conhecidas por ela, foram figura nas primeiras sessões. Daí, o trabalho terapêutico voltou o foco 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 auto-conceito idealizado de *self*. Os padrões culturais, morais, religiosos e os mitos familiares tornaram-se parâmetro para Graziela orientar suas ações e expectativas.

Em seu relato, mesmo não considerando ter feito nada de errado para merecer castigos divinos, era grande a sua culpa e medo pelos pecados cometidos. Graziela alterou o seu modo de vida, afetando 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 as próprias crenças e projetos 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 o que engolia, retomando a metáfora de Fritz Perls (Perls et al., 1997/1951).

Trabalhar os introjetos possibilitou presentificar as experiências, lidando conscientemente com os aspectos que lhe conferem a lente que freqüentemente utiliza para olhar o mundo. Dessa forma, buscou-se trabalhar o pólo 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”.

A questão de reconhecer o término de um processo relaciona-se estreitamente com o bloqueio tido como confluência. No processo terapêutico vivido junto com Graziela, reconhece-se sua dificuldade em tornar-se disponível a um novo contexto de vida, diferente qualitativa e quantitativamente do período pré-episódico. O trabalho procurava favorecer à Graziela integrar os elementos à sua experiência, re-organizando os vividos e assimilando-os à sua imagem de “eu”, por meio da função Personalidade do *self*.

É possível afirmar que, especialmente 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 auto-imagem e auto-conceito de *self*, ao Deus que conhecera e à vida que mantinha. Suas fronteiras pessoais encontravam-se difusas, diluídas no meio extenso. Novas figuras, novos contatos emergentes não eram notados por Graziela, assim como a característica processual de todas as conquistas e mudanças realizadas por ela.

Finalmente, a partir das intervenções realizadas com vistas ao favorecimento da retirada, ao término do processo terapêutico, Graziela já estava com uma situação de emprego encaminhada, reconhecia espaços diferentes entre ela e os irmãos, sabia administrar anseios e frustrações externando-os, delimitava seu espaço diferenciado entre as pessoas a partir dos seus aspectos saudáveis e não mais dos “adoecidos”.

CAPÍTULO V

BUSCANDO ESTABELECEER CONTATOS ENTRE A INTERVENÇÃO PRECOCE E A PRÁTICA CLÍNICA DA GESTALT-TERAPIA

*“A vida é a arte do encontro, embora haja
tanto desencontro pela vida...”
(Vinícius de Moraes)*

O percurso deste trabalho começou a ser traçado tendo como pontos de partida paradigmas que versam sobre metodologias psicoterapêuticas. De um lado, o paradigma da Intervenção Precoce nas crises do tipo psicótica, postura advinda do pensamento reformista em saúde mental e que prima por intervenções a serem conjugadas e aplicadas o mais cedo possível no intuito de preservar e favorecer maior bem-estar e saúde dos sujeitos que vivenciam episódios de grave sofrimento psíquico e/ou situações agudas do tipo psicóticas. De outro lado, a Gestalt-terapia, constituída epistemologicamente e formalizada enquanto abordagem psicológica clínica que resguarda e mantém uma práxis personalizada que a identifica.

Inspirando-se na prática clínica, sobretudo na apropriação do paradigma de Intervenção Precoce nas crises do tipo psicótica, como concebida no GIPSI, aposta-se na coerência entre as duas posturas terapêuticas, pela agregação de pressupostos epistêmicos e evidências pragmáticas de intervenções, na validação e otimização dos objetivos clínicos traçados junto aos clientes atendidos.

Desde suas origens já se permitem interlocuções entre os dois gêneros terapêuticos. Semelhante à Gestalt, o paradigma de Intervenção Precoce nas crises do tipo psicótica surge em movimentos de contracultura, sendo marcado pelos viéses antipsiquiátrico e reformista, rebelando-se e formalizando-se como uma novidade no modo-de-fazer terapêutico vigente.

A postura de privilégio à atenção humanizada dada aos sujeitos em sofrimento psíquico e aos que fazem parte de seu campo vital, vincula os paradigmas filosoficamente. O Humanismo coexiste em ambos os sistemas.

Retomando o que ensina Holanda (s/d), as mesmas posturas que permitem à Gestalt-terapia contextualizar-se em território humanista poderiam ser estendidas ao paradigma da Intervenção Precoce, justificando-o no rol das abordagens de atenção à saúde orientadas por essa perspectiva e a existencialista:

- 1) sob o paradigma da Intervenção Precoce, há a intenção de que o sujeito compreenda-se e se faça compreendido na angústia que é sua e partilhada nas relações a que pertence;
- 2) a estratégia de uma intervenção multifocada, nos planos individual e relacional, proporciona a valorização dos aspectos inter-humanos e redimensiona a questão da psicopatologia descentrada meramente do sujeito, colocando-a como mais um elemento relacional por excelência;
- 3) o paradigma de Intervenção Precoce também se ocupa em valorizar o homem nos seus aspectos positivos, saudáveis e transcendentais de existência adotando, para isso, junto ao cliente em crise do tipo psicótica e família, posturas otimistas em relação ao tratamento e ao curso do desenvolvimento de vida;
- 4) existe na Intervenção Precoce uma preocupação terapêutica com o aqui-agora existencial do sujeito, com a crise e com os eventos envolvidos no campo vivencial que fomentam ou tolhem as situações de desajuste do tipo psicótico;
- 5) no plano terapêutico assentado na Intervenção Precoce também há ênfase em características essencialmente humanas, tais como a capacidade de escolha, criatividade, autonomia, auto-avaliação, volição que, entre outras, colocam o indivíduo e sua família como principais atores do seu processo terapêutico;

- 6) o paradigma observa o sujeito numa visão holística e preocupa-se, de maneira genérica e idiossincrática, em salvaguardar o valor e a dignidade do homem;
- 7) assim como a Gestalt-terapia, o paradigma da Intervenção Precoce nas Crises do tipo Psicótica visualiza o sujeito inserido em sua totalidade, abarcando ambas as polaridades dialéticas de saúde e doença.

Por óbvio, o humano também se revela nas manifestações psicóticas, que causam estranheza às outras maneiras de ser por geralmente não serem compartilhadas nos sentimentos e percepções. A atenção humanizada, tão requerida nos meios de provimento à saúde na pós-modernidade, privilegia a garantia à autonomia dos sujeitos – estejam eles vivenciando ou não crises psíquicas – como um atributo que também afirma o respeito aos direitos fundamentais de ser humano.

Ainda em terreno filosófico, outros encontros podem ser traçados entre a Gestalt-terapia e o paradigma da Intervenção Precoce.

Aceitar a condição de devir do ser-no-mundo implica considerar que inexistente o ser-total, finalizado em sua existência. Antes, as infinitas possibilidades de ser – que, por um lado instauram a angústia para o homem e, por outro, estabelecem sua ilimitação – levam fé por parte dos que se ocupam do trabalho terapêutico em ambas as formações, pois envolvem a imensa gama de recursos disponíveis pelos sujeitos em crise (individual e familiar) para retomar outro modo de ser-aí além do “tipo psicótico”.

Nota-se que as proposituras da Intervenção Precoce, como preconizadas no GIPSI, aliam-se aos ideais gestálticos de manter foco nas potencialidades e modo-de-ser singulares de cada sujeito e família no planejamento e manejo da situação terapêutica. Não há roteiro *a priori* a ser seguido no *setting*, mas – até mesmo pela urgência e incerteza ocasionadas pela crise psicológica – orientações norteadoras das ações. Há uma adaptação idiossincrática à relação original estabelecida entre terapeuta e cliente(s).

Quanto à concepção da angústia, tema central na perspectiva do Existencialismo, sob o paradigma da Intervenção Precoce não é objetivo terapêutico a “cura” de uma psicopatologia definível, mas a melhoria e adaptação aos contextos de vida que o ser-no-mundo 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.

A experiência junto à Graziela permitiu essa elaboração. Um dos temas mais recorrentes nas sessões, figura bem delineada para ela, era o sentimento de angústia. Graziela descrevia com propriedade as sensações e percepções físicas ou psicológicas nomeadas por ela como a sua angústia. O sofrimento de Graziela advinha, grande medida, do ideal de *self* perdido pelos acontecimentos vividos (separação dos pais, conquista de autonomia, relacionamento sexual) e do dar-se conta de que ela já não correspondia às expectativas introjetadas. Buscou-se trazer à consciência, e à aceitação pessoal, uma auto-imagem de referência que estivesse mais suportada em parâmetros e condições reais, atualizadas no tempo.

A despeito de qualquer “estrutura psicótica” que Graziela pudesse ter, e cuja existência perde a relevância se se considerar o processo de ajustamento à uma circunstância, o trabalho terapêutico norteou-se pela conscientização de Graziela a respeito do seu próprio campo existencial, presentificado também em suas escolhas de vida.

Reafirma-se, nesse sentido, a preferência de Costa (2003; 2006) pela nomenclatura de *sofrimento psíquico grave* para indicar não apenas o que está sob os desígnios da definição de psicose, mas para superá-la rumo ao apontamento de fenômenos existenciais, fenomenológicos, de caráter relacional e dinâmico que digam da angústia humana bem mais que a mera classificação nosográfica e categorial sintomatológica. Com esta opção, o autor procura resgatar a dimensão natural de qualquer sofrimento humano, inclusive aqueles tidos como psicóticos.

Do mesmo modo, a adoção do termo “do tipo psicótica” evidencia outro aspecto a ser reconhecido também na Gestalt-terapia, especialmente em se tratando do aporte fenomenológico-existencial. Segundo Costa (2003; 2007), a definição da psicose como doença específica é inviabilizada dada a heterogeneidade de sintomas e apresentações clínicas que a envolvem.

O autor toma a expressão “do tipo psicótica” para se referir à intensidade da vivência – diferente do padrão existencial da própria pessoa e que pode ou não desenvolver-se para uma desorganização maior da atividade psíquica – e à preservação, neste mesmo momento, de potenciais de retorno a um estado existencial de menos sofrimento, sem a determinação de ser psicótica *a priori*. A mesma opção é feita na abordagem gestáltica quando esta entende que o ajustamento do sujeito é uma função relacional e não uma predisposição patológica de sua forma-de-ser. O ajustamento do tipo psicótico, conforme a compreensão gestáltica, indica que o sujeito vivencia algum grau de desorganização da experiência, mas não limita a disposição de auto-regulação do *self*.

Graziela permite esse olhar. Na recuperação de sua história, percebeu-se que a reação de “nervoso” a acompanha desde a infância, constituindo-se como mecanismo de enfrentamento e ajustamento às situações relacionais de frustração, raiva ou outra em que ela se via inabilitada e desautorizada a agir. Ainda que incompreensível às lógicas pessoais dos pares, por meio do descontrole emocional, Graziela dava conta de lidar com o que lhe tirava do equilíbrio.

A crise do tipo psicótica caracteriza-se, assim, como mais um meio de ajustar-se à realidade insustentável. Diferiu qualitativa e quantitativamente do padrão existencial de Graziela, de seus modos costumeiros e peculiares de lidar com as necessidades, mas não se estabeleceu como rompimento irrevogável dela com a realidade. Ao contrário, pela desorganização mais acentuada foi possível à Graziela recuperar e dar-se conta do que a

“mantinha viva”, elaborando e ressignificando esses elementos em uma nova concepção de si mesma.

A angústia é inerente à condição humana e cabe ser trazida à tona em contexto terapêutico por meio de expressões autênticas e inautênticas e mediante um encontro existencial entre terapeuta e cliente que dê suporte à experiência. O trabalho com o sujeito e família em crise do tipo psicótica evidencia a angústia mais insuflada, reflexo da abertura deles consigo mesmo e entre si. Pode-se posicionar o paradigma da Intervenção Precoce sobre os princípios da filosofia dialógica.

É fático o encontro entre terapeuta e cliente e esta relação pode se fundar segundo as possibilidades existenciais Eu-Tu ou Eu-Isso. A reificação característica de uma relação Eu-Isso é mais facilmente reconhecida no entendimento tradicional que a saúde mental dispensa aos sujeitos em sofrimento quando identifica nele uma série de sintomas e lógicas diagnósticas orientadas a um fechamento conceitual pré-definido e compartilhado por meio de códigos nosográficos de doenças. Contrariando o tradicional paradigma médico-biológico, a Intervenção Precoce tem na relação dialógica uma importante ferramenta para se diferenciar enquanto modalidade terapêutica preocupada em ofertar serviços diferenciais e pioneiros. A intenção de uma relação fundada na palavra-princípio Eu-Tu cria condições para um diálogo e expressão da angústia autênticos, no qual se valorize a humanidade e subjetividade do outro, sua totalidade ainda que marcada pelas discontinuidades envoltas no “tipo psicótico”.

Não há dúvidas que essa característica perpassou os cuidados destinados à Graziela. Por muito tempo, ela repetiu histórias, discursos, contou e recontou episódios, em busca, talvez, de perceber sentidos e agregá-los ao campo perceptivo e vivencial. Houve a preocupação por parte dos terapeutas que a acompanharam em acolher suas falas, atentos aos seus movimentos e às minúcias de cada dito (ou não-dito). O olhar voltado à Graziela, para além da sintomatologia e do fenômeno aparente, buscava compreender seu sofrimento e

apreender que sentido estava sendo conferido por ela a todas as vivências e limitações/potencialidades da experiência de ajustamento.

O trabalho no Grupo, pelas supervisões, intervisões de colegas e discussões do caso, preconizaram a atenção com que os terapeutas se posicionavam na relação terapêutica, mantendo-se vigilantes à questão da qualidade da presença no campo e de como essa poderia se tornar, também, instrumento terapêutico.

A postura fenomenológica também pode ser tomada como diferencial na aplicação do paradigma de Intervenção Precoce nas Crises do tipo Psicótica. Inicialmente, por serem ambos críticas aos modelos (científico e de atenção à saúde, respectivamente) tradicionalmente em voga. Depois, o emprego de uma abordagem fenomenológica aplicada à Intervenção Precoce 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 no paradigma a (re)significação da crise pelo próprio sujeito, e logo nos primeiros momentos em que isso seja possível, com vistas a 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. Implica, assim, suspender os juízos e os valores (inclusive diagnósticos) acerca de um fenômeno particular. No paradigma da Intervenção Precoce apoiado em abordagem fenomenológica, assim como na Gestalt-terapia, não se fala em psicose, mas em vivências do tipo psicótica, ampliando também as possibilidades e formatos que se podem assumir, inclusive sintomatológicos.

Pela Fenomenologia rejeitam-se prognósticos já traçados para os “pacientes psicóticos” e ainda rótulos limitadores da totalidade existencial, como esse. Mais uma vez, reforça-se a noção de que planos de intervenção precoce são sujeitos às particularidades de

cada pessoa, percebidos somente se uma atenção diferenciada e livre de considerações apriorísticas lhes for dirigida.

Retomando o relato de experiência clínica, respeitava-se e reconhecia-se Graziela em sua pessoalidade, historicidade, singularidades na vivência e compreensão que ela desenvolvia a respeito de si mesma enquanto fenômeno. Essa atitude diante de Graziela permitiu que terapeutas e Grupo se emocionassem com ela, fossem atingidos em sua humanidade pela humanidade dela, que se desvelava a cada encontro. A postura fenomenológica, de ir além dos sintomas brutos, favoreceu o olhar admirativo contagiável pelas surpresas e encantamentos com a pessoa Graziela, em um fenômeno de empatia e compartilhamento dos sofrimentos e conquistas.

Quanto às teorias de base da Gestalt-terapia, alguns elementos podem ser percebidos na epistemologia do paradigma de Intervenção Precoce, enquanto outros poderiam incrementar e enriquecê-lo ainda mais.

Da Psicologia da Gestalt, reconhecem-se os princípios de aprendizagem, sejam os que o sujeito denota como compreensão de sua crise como aqueles usados em trabalho psicoeducativo com ele e/ou familiares. Normalmente, o próprio sujeito não consegue estabelecer as relações mais amplas que envolvem a emergência do quadro de desordem do tipo psicótica. A complexidade da situação, no entanto, deve ser percebida e sinalizada pelo clínico e isso, em muito, faz parte do atributo de novidade que o paradigma da Intervenção Precoce impinge. A noção da 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 primeiro episódio do tipo psicótico. Incluem-se aí as terapias familiares e de rede, que colaboram sobremaneira para a compreensão da totalidade do fenômeno.

Na experiência relatada, percebeu-se que os encontros familiares possibilitaram aos participantes esclarecer eventuais dúvidas que pudessem ter sobre o que estava acontecendo.

Entre eles mesmos, surgiram pedidos, perguntas e respostas aos anseios. Houve espaço para que cada membro da família pudesse expor o seu próprio sofrimento quando em contato com o sofrimento de Graziela. Deu-se lugar, também, para que os cuidadores da cliente (nesse caso, os irmãos e, mais especialmente, Rita) encontrassem amparo para as dificuldades e cansaços impostos pela tarefa de acompanhar. Os sentidos atribuídos à crise de Graziela puderam ser trabalhados na sua presença, de modo a ratificar ou desconfirmar percepções, dependendo da circunstância.

Observou-se que os encontros familiares tendem ao compartilhamento de um sofrimento, a co-responsabilização das partes de uma totalidade. Também oferecem espaço para a emergência de olhares diversos sobre um mesmo fenômeno, a partir de posições diferentes do campo e no campo.

Nota-se que a Intervenção Precoce preconiza a “boa forma”. Ao dar ênfase aos aspectos saudáveis preservados, às potencialidades do indivíduo, o paradigma privilegia a equilíbrio e o sentido de totalidade ordenada do sujeito em suas relações consigo e com o resto do campo.

A questão de trabalhar no aqui-e-agora faz parte de toda uma compreensão terapêutica, especialmente embasada na Fenomenologia, pois permite uma apreensão do fenômeno que se desvela no momento presente, não se ocupando apenas do resgate histórico definidor de sentidos e porquês. A opção por uma Intervenção Precoce de orientação gestáltica estabelece esta possibilidade terapêutica, que nada mais é do que uma metodologia de ação e compreensão, adaptando-se aos objetivos e necessidades que a intervenção em crise impele ao clínico: o trabalho envolvendo as fases de desenvolvimento do episódio, a adesão do indivíduo ao tratamento, redução do impacto dos sintomas negativos e positivos, além das demandas que surgem da própria angústia exacerbada.

Com Graziela tornou-se imperativo o trabalho no aqui-e-agora, de modo a favorecer que a cliente modificasse o olhar sobre si e as relações mantidas com outros. Sob esse prisma,

pôde-se reforçar o engajamento dela com o próprio processo terapêutico, valorizar e buscar o fortalecimento de aspectos saudáveis preservados na crise, vislumbrar e dar realidade às possibilidades existenciais a partir de uma auto-imagem coerente e autêntica.

Figura-fundo é um conceito legítimo à compreensão que o paradigma da Intervenção Precoce intenta ter de cada caso. Nesse contexto, 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. É claro que as figuras que emergem na relação terapêutica dizem das principais necessidades do sujeito e da psicodinâmica da sua experiência de ajustamento.

Mas, assim como a psicoterapia gestáltica, o paradigma da Intervenção Precoce nas Crises do tipo Psicótica não perde de vista que a emergência de figuras é contextualizada por um fundo. Justifica-se, mais uma vez, a opção metodológica por trabalhos terapêuticos conjuntos – familiar e de rede, terapia ocupacional, medicamentosa, entre outras –, indicando as relações e contextos como elementos fundamentais no manejo da crise do sujeito e da concepção de que há muito mais em um episódio do tipo psicótico do que meramente o próprio episódio em si.

Ainda abrangendo o conceito, o plano terapêutico multifocal de uma Intervenção Precoce não desconsidera que a mudança em uma parte afeta o todo do sujeito. A conjugação das terapias, o quanto antes oferecidas, permite uma à outra desenvolvimento e condução diferentes, já que são afetadas mutuamente. Essa concepção terapêutica caminha no sentido de uma concepção holística do homem, incluindo seus aspectos físicos e transcendentais. O próprio esforço em olhar para o sujeito que experiencia uma crise do tipo psicótica de modo integrado interrompe o padrão de rompimento e cisão, marcas tipicamente psicóticas.

O caráter organísmico e holístico da Gestalt-terapia são consonantes com o paradigma da Intervenção Precoce à medida que este concebe o organismo como dotado de recursos para a auto-regulação e equalização. Nesse entendimento, o episódio do tipo psicótico

consistiria num impasse entre as potencialidades orgânicas e as situações ambientais pouco favoráveis ao ajustamento. A intervenção terapêutica precoce visa, entre outras coisas, explicitar as inconsistências entre sujeito e ambiente (interno e externo) e trabalhar com elas de modo a reduzi-las e ao seu impacto, retornando a um nível ótimo de equilíbrio orgânico no e do campo.

Com Graziela, o apontamento e conscientização dessas inconsistências orientou boa parte do trabalho terapêutico, especialmente na terceira etapa do processo. Nessa fase de manutenção da recuperação pós-crise, onde o mecanismo da confluência bloqueava a emergência de contato pleno, buscou-se a assimilação e reorganização de vividos de modo que o *self* pudesse integrar significativamente uma identidade congruente com novos contextos e novas configurações do campo vital.

No campo, o paradigma de Intervenção Precoce e a Gestalt-terapia ainda se encontram. A noção é fundamental para a prática psicoterapêutica gestáltica e, certamente, seus postulados podem ser apropriados para o contexto de tratamento cuja amplitude, intensidade e especificidade sejam traçadas para evitar deterioração em nível biológico, social, psicológico e, por que não, espiritual-religioso.

A ação terapêutica multifocal proposta pelo paradigma contempla o campo existencial do sujeito, contextualizando o sofrimento e fornecendo um olhar para a complexidade que é a vivência do primeiro episódio do tipo psicótico. Os meios biológico, familiar e social (em suas esferas macro e micro), são campos inter-atuantes e passíveis de intervenção, como teoricamente fundamentado pela Gestalt-terapia e pragmaticamente contemplado pela Intervenção Precoce nas Psicoses. Em busca de se 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.

Não há, como se observou com Graziela, um evento desencadeador ou provocador de ajustamento do tipo psicótico, mas uma série de fatores que, relacionados, instauram

necessidades de adaptação ao organismo. As formas escolhidas para se lidar com as situações estressoras, bem como a mobilização do *self* em suas três funções básicas dizem da existência única revelada em cada sujeito. Assim, entende-se que cada manifestação do tipo psicótica só encontra sentidos se percebida no todo que é cada pessoa e oferece elementos privilegiados para compreensão daquele sujeito.

O campo é referenciado também no *setting*, na relação entre clínico e cliente. Os fatos acontecidos no momento terapêutico falam sobre a dialética de uma relação de poder compartilhada entre aqueles. A presença no campo, de terapeuta e cliente, permite que ambos manejem situações existenciais e, na perspectiva de cuidado com o outro, que se observem as peculiaridades de ser-no-mundo do sujeito em crise. A perspectiva de campo ajuda o terapeuta a identificar demandas e pontos de tensão mais desequilibrados, favorecendo, assim, uma intervenção oportuna.

Outro ponto a ser mencionado, na apropriação da Gestalt-terapia à conjuntura de Intervenção Precoce, é o contato, que pode ser uma ferramenta *sui generis* para o manejo do paradigma no *setting* terapêutico e na compreensão da experiência de ajustamento. 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 clínico de como se constituiu a existência que se desvela à sua frente pela crise do tipo psicótica. Tomando-se a história de vida do sujeito, atual e pregressa, aqui-e-agora e retrospectiva, é possível que se configure para o terapeuta as interrupções mais rijas e graves de contato, responsáveis em muito pela manifestação do ajustamento do tipo psicótico.

A presença do terapeuta no campo, e as reflexões a respeito do contato estabelecido, foram instrumentos fundamentais à condução do processo terapêutico de Graziela. Importantes elaborações clínicas sobre o modo de contato mantido e intervenções posteriores com vistas a trabalhar os mecanismos saudáveis se deram em decorrência da observação do aqui-e-agora do campo terapêutico. Exemplo disso eram as deflexões de Graziela,

demonstrando sua impossibilidade de lidar e entrar em contato com os eventos traumáticos para ela. Em outra ocasião, notou-se que ela começou a faltar às sessões e a ligar para a terapeuta aos fins de semana, chorando e ameaçando tirar a própria vida. A repetição dos eventos foi sendo entendida como uma tentativa de chamar a atenção para si, semelhante ao que fazia com os irmãos para obter deles a presença e a companhia. Essa procura pela terapeuta nos momentos de folga começaram a acontecer no período em que Graziela relatava nas sessões seus sentimentos de carência afetiva com relação aos irmãos, que já começavam a tratá-la “normalmente”, sem maiores atenções ou diferenças por sua “doença”, como ela mesma dizia.

O modelo do Ciclo do Contato faz-se 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 se obter o contato pleno, promovendo uma adaptação saudável do indivíduo ao seu momento de vida.

Numa via de mão dupla, se reconhecem no paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses elementos enriquecedores à prática da Gestalt-terapia. Especialmente se a considerarmos em contexto de metodologia da clínica de crises.

Como se viu, as crises fazem parte da epistemologia gestáltica: são reconhecidamente um aspecto importante da vida e do desenvolvimento humanos. Também no paradigma da Intervenção Precoce, as crises são abordadas como momentos de tensão naturais do processo de vida. Atenta-se, no entanto, ao caráter de intensidade e magnitude que a crise adquire, indicando a urgência e emergência que ela pode demandar de uma intervenção.

Algumas crises, ao adquirirem contornos mais severos, carecem de maior atenção e cuidado por parte do terapeuta por meio de uma intervenção mais específica. A intervenção específica, especialmente em se tratando de crises do tipo psicótica, é importante para otimizar cuidados e trabalhar o 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 pelos momentos de reconstrução e ajustamento do sujeito, mas, na verdade, refletem a preocupação de não correr os riscos de cronificação dos padrões de contato que tipifiquem um ajustamento psicótico e de sofrimento psíquico mais grave.

Pelo paradigma se aprende que em momentos de crises do tipo psicótica, o sujeito pode ficar mais vulnerável a contratempos outros, como comportamentos inadequados socialmente (com relação a si mesmo e a terceiros) e até mesmo o suicídio, o que coloca seu bem-estar e a própria vida em situação de risco aumentado. Nesse cenário, todas as ferramentas que o terapeuta tem à mão são úteis na tentativa de cuidar do cliente. Ele não precisa, portanto, limitar-se somente à Gestalt-terapia, mas incluí-la num sistema de possibilidades clínicas que vá se aproximar mais da complexidade envolvida.

Outras técnicas, leituras diferenciadas dos fenômenos ou mesmo compreensões elaboradas a partir de posições teóricas diferentes podem ser úteis à formalização de um plano terapêutico mais eficaz, o que reforça a importância de uma equipe multidisciplinar trabalhando junta. A postura é condizente com uma terapia diretiva, cujos objetivos clínicos podem estar mais ou menos definidos no início da intervenção e onde processos de avaliação são conduzidos concomitantes ao processo de obtenção de informações.

Oferecendo o olhar existencial-fenomenológico, Ribeiro (1999) discute a questão do processo terapêutico que atenda às demandas complexas da pós-modernidade e que seja aplicado o mais cedo e mais brevemente possível objetivando oferecer oportunidade de auto-equilíbrio ao sujeito. O autor chama esta abordagem de Gestalt-terapia de curta duração. Segundo ele:

Gestalt-terapia individual de curta duração é um processo no qual o cliente e psicoterapeuta se envolvem em soluções imediatas de situações de qualquer ordem, vividas pelo cliente como problemáticas, utilizando todos os recursos disponíveis, de tal modo que no mais curto espaço de tempo o cliente possa se sentir confortável para conduzir sozinho sua própria vida. (Ribeiro, 1999, p. 136)

Os princípios do que se chamou Gestalt-terapia de curta duração contemplam os propósitos de uma Intervenção Precoce nas crises do tipo psicótica. Não apenas pelo que se encontra como definição, mas também pelo que se espera do psicoterapeuta e, por que não, da disposição do cliente para o processo a ser trilhado.

Para Ribeiro (1999), o terapeuta se encontra diante de uma demanda clara de ajuda. São atitudes convenientes o exame da situação atual do sujeito com vistas ao estabelecimento de planos claros de trabalho e da abordagem direta à questão primordial da demanda. Também é relevante que se utilizem todos os recursos disponíveis a si e ao cliente a fim de otimizar e facilitar o processo de mudança, centrar-se na própria experiência imediata e na do cliente de modo claro e preciso, agir desprendido de teorias atentando-se primordialmente às necessidades apresentadas pelo sujeito.

Importa o “como” fazer, o sentimento de liberdade para tratar dos pontos mais tensos, dos mais fluídos, para discutir atitudes e formas de contato da pessoa com o mundo, explorar histórias, elogiar, sinalizar reações, incentivar caminhos e soluções quando e se necessário.

A atitude positiva de terapeuta e cliente diante da experiência do ajustamento do tipo psicótico advém da crença nas capacidades adaptativas do *self* e da capacidade de resolução

de conflitos de modo criativo e autônomo, numa expressão da auto-regulação orgânica. No processo, dá-se destaque às funções egóicas (funções de contato e teste de realidade, especialmente) e à função integradora do *self* evidenciando os recursos de saúde mais do que as partes que se encontram fragilizadas, *gestalten* abertas e provocadoras de tensões.

CAPÍTULO VI

CONSIDERAÇÕES FINAIS: ABRINDO NOVAS GESTALTEN...

*"O que chamamos de começo é sempre fim.
E fazer um fim é fazer um começo.
O fim é de onde nós começamos."
(T.S. Elliot)*

Esta Dissertação se dispôs a tecer possíveis pontos de encontro entre o paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses e a abordagem psicológica da Gestalt-terapia.

Trabalharam-se os conceitos inerentes à Intervenção Precoce e sua emergência no cenário da saúde mental brasileira, como postura vanguardista em se tratando das políticas reformistas e antimanicomiais, críticas ao modelo tradicional de atenção. Os potenciais benefícios da Intervenção Precoce, atuados tão logo se reconheçam sinais que tipifiquem uma crise psicótica, decorrem de uma série de pesquisas e da experiência internacional no manejo clínico das situações de sofrimento psíquico.

Sob esse referencial, apresentou-se a aplicação do paradigma e o método diferencial idealizado no contexto do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica – GIPSI, em atividade da Universidade de Brasília com serviços voltados à comunidade. Além da Intervenção Precoce, o Grupo assume o respaldo da Teoria da Complexidade e uma postura acadêmica e política críticas ante a saúde mental em Brasília e no Brasil.

A experiência pessoal desta autora no GIPSI, aliada à sua formação como terapeuta gestáltica, forneceu os parâmetros e a motivação para a tarefa de procurar traçar contatos entre uma e outra abordagens clínicas.

Assim, apresentou-se a epistemologia gestáltica e os principais conceitos e teorias derivados da postura existencial-fenomenológica, que conferem à abordagem seu olhar singular para o sofrimento humano.

Toda essa construção foi-se dando empiricamente, por meio de uma experiência clínica vivida pela autora. O relato da história de Graziela pretendeu contextualizar a ocasião em que esses encontros começaram a ser visualizados e percebidos.

Durante o processo terapêutico, verteu-se sobre Graziela dois olhares diferenciados: o primeiro, no atendimento clínico proposto segundo parâmetros da Intervenção Precoce e a crença nos benefícios associados. O segundo, especialmente quando o processo foi assumido por esta autora, caracterizado como processo terapêutico gestáltico, orientado pelos pressupostos existenciais-fenomenológicos e pela noção de contato.

No que concerne ao vivido desse processo, por vezes, estar com Graziela exigiu um esforço intencional de se fazer presente com ela, fosse pelos conteúdos repetitivos trazidos, pela resistência deflexiva que dificultava a interação no campo ou pela demanda por atenção em momentos outros às sessões terapêuticas. A intensidade de seus sentidos impactava, o sofrimento vivido extrapolava os limites dela mesma, conectando terapeuta e cliente, contagiando e, em tantas ocasiões, levando ao compartilhamento de emoções e “não emoções” sentidas.

Ao mesmo tempo, perceber a caminhada de Graziela e suas conquistas rumo a um estar-no-mundo mais saudável e significativo, foi motivo de grande contentamento. Graziela permitiu e convidou à conexão afetiva com ela. A relação, que ora se traduzia em sentimentos ambivalentes, traduziu o próprio vivido intenso, ao mesmo tempo revoltado e contido da cliente.

Acredita-se que o trabalho tenha rendido resultados positivos e tem-se consciência de que as elaborações possíveis à Graziela não chegaram ao fim. A interrupção do contrato com o GIPSI reconheceu a potencialidade e a condição da cliente em dar conta das próprias demandas, procurando, se ela mesma reconhecer a necessidade, outros meios de satisfazê-las.

Partindo do contato travado com Graziela e expandindo as reflexões para o plano teórico, diante do sujeito em ajustamento do tipo psicótico depara-se com a necessidade de

flexibilizar que mecanismos de contato (saudável ou interrompido) pertencem a que esfera de funcionamento do *self*.

Pela teoria do Ciclo de Contato, o bloqueio projetivo refere-se à ordem da função Ego, que abrange as propriedades motoras e de ação consciente no ambiente. Faz sentido afirmar que as projeções estejam no rol dos mecanismos atrelados à função Ego – se diagnosticadas em associação às alucinações e delírios de uma crise do tipo psicótica – posto que os comportamentos alucinatórios e delirantes não retiram a consciência do sujeito, mantendo-o atuante e reflexivo no campo. Por outro lado, a projeção presente no ajustamento do tipo psicótico também se refere a um nível anterior de consciência, pré-reflexiva, em que os sentidos e as alterações perceptivas são a figura mais bem reconhecida no organismo. Entende-se, assim, que a projeção também se refere à função Id do *self*.

O ajustamento do tipo psicótico coloca o sujeito diante da dificuldade de discernimento entre o que lhe é passível de entendimento e o que lhe foge às possibilidades de responsabilização. Dir-se-ia, então, que diante da desorganização do *self*, independente da função em que o contato seja primeiramente interrompido, todas as outras são afetadas na mesma intensidade. Id, Ego e Personalidade confundem-se no contato bloqueado e as novas experiências não podem ser integradas e assimiladas.

Diante das interlocuções expostas e das críticas que a postura fenomenológica-existencial (e, portanto, a própria Gestalt) tece aos conceitos patológicos e seus usos limitantes da experiência, talvez a assimilação da abordagem gestáltica pelo paradigma fosse mais apropriada se tratado como Intervenção Precoce nos Ajustamentos do tipo Psicótico. Seriam contemplados, assim, os aspectos diferenciais de ambas as modalidades de intervenção e estaria se inaugurando, no “entre”, uma nova possibilidade de ação junto aos sujeitos em sofrimento psíquico intenso.

Conceber o manejo terapêutico na perspectiva do ajustamento, devotado o mais cedo possível quando identificados sinais de um vivido marcado pelo sofrimento psíquico intenso,

implica ressaltar e validar todos os esforços e estratégias mantidos pelo sujeito pela preservação da sua possibilidade de contato pleno. Volta-se a atenção para o processo vivido pelo sujeito e não apenas às crises episódicas, momentos agudos de manifestações sintomáticas.

As ações terapêuticas e uma postura existencial-fenomenológica sustentada na presença e no diálogo autêntico permitem ao sujeito a re-organização do seu próprio campo geo-biológico, psico-emocional, sócio-ambiental e sacro-transcendental, aludindo aos níveis destacados por Ribeiro (2006). Desse modo, configura-se um re-ajustamento, pautado na experiência mais consciente e mais congruente com a própria noção de *self* internalizada.

A partir da elaboração deste trabalho, percebeu-se que uma nova forma de atuação é possível. Envolve o esforço conjunto de profissionais e clientes, enquanto partes de uma sociedade maior, em direção à superação de categorias limitantes que enclausurem os projetos de ser-no-mundo. Envolve a superação de pré-conceitos sociais, presentes dentro das próprias famílias, nas instituições sociais de grande apelo e impacto na vida cotidiana (como a Igreja, escolas, locais de trabalho) e até nos espaços que oferecem serviços de atenção e promoção da saúde.

Nesse sentido, há que se buscar novas possibilidades de intersecção entre a Gestalt-terapia e o paradigma da Intervenção Precoce, preocupando-se em divulgá-los como estratégias viáveis ao manejo de situações críticas relativas aos sofrimentos, humanos por excelência. Faz-se mister que se abram espaços na Academia, na Clínica e na sociedade maior para a emergência de diálogos. Pela Educação e a socialização das informações, faz-se a oportunidade das novas tecnologias saírem da mera possibilidade e se tornarem realidade para os que estão ansiosos por fazer diferente. O ponto de partida para uma nova mentalidade pode, e deve, começar desde a formação básica, ampliando-se no decorrer da experiência e da prática, especialmente no contato com os outros, sujeitos reais, detentores de histórias, presente e projetos de futuro.

Novos casos podem ser discutidos, novos projetos implantados, novos questionamentos levantados a partir da prática clínica ou mesmo das discussões teóricas fundamentais. Não há *gestalt* a ser fechada neste trabalho. Antes, e primordialmente, inúmeras *gestalten* a serem abertas e exploradas. Permanece o incômodo desequilíbrio a ser ajustado...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvim, M. B. (2000). *Ensaio para modelo psicológico da análise organizacional na perspectiva da abordagem gestáltica*. Dissertação de Mestrado, UnB, pp. 45-70.
- Augras, M. (2002). *O ser da compreensão: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. (Trabalho original publicado em 1986). Petrópolis: Vozes.
- Boris, G. D. J. B. (2002). *Sobre Fritz Perls e "Ego, Fome e Agressão"*. Disponível em: <http://www.icgt.com.br/artigos.htm>. Retirado em 12/01/2008.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Relatorio15%20anos%20Caracas.pdf>. Retirado em 11/03/2008.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006*. Ministério da Saúde: Brasília. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.pdf. Retirado em 11/03/2008.
- Buber, M. (2001). *Eu e Tu*. (Trabalho original publicado em 1974). São Paulo: Centauro.
- Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.
- Chaves, A. C. (2007). "Primeiro episódio psicótico: uma janela de oportunidade para tratamento?". Em: *Revista. Psiquiatria Clínica*, 34, supl. 2; pp. 174-178.
- Cobra, R. Q. (2001). *Existencialismo*. Disponível em: <http://www.cobra.pages.nom.br/ftm-existencial.html>. Retirado em 13/01/2008.
- Coelho, M. (2007). *O que é a Fenomenologia*. Disponível em: <http://www.artigos.com/artigos/psicologia/o-que-e-a-Fenomenologia?-304/artigo>. Retirado em 10/01/2008.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: ABRAFIPP
- Costa, I. I. (2006). *Adolescência e Primeira Crise Psicótica: problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave*. Disponível em <http://www.fundamentalpsychopathology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>. Retirado em 28/11/2007.
- Costa, I. I. (2007). "Família e psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave". Em: Féres-Carneiro, T. F. (Org.). *Família e casal: saúde, trabalho e modos de vinculação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, pp. 99-136.
- Dalgalarrodo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- De Waelhens, A. (1990). *A Psicose: ensaio de interpretação analítica e existencial*. Rio de Janeiro: J. Zahar.
- Fadiman, J. & Frager, R. (2002). *Teorias da Personalidade*. (Trabalho original publicado em 1986). São Paulo: Harbra.
- Feijoo, A. M. L. C. (2000). *A escuta e a fala em psicoterapia: uma proposta fenomenológica-existencial*. São Paulo: Vetor.
- Frazão, L. M. (1991). "Pensamento Diagnóstico Processual: uma visão gestáltica de diagnóstico". Em: *Revista de Gestalt*. Vol. I, pp. 27-31.
- Garety, P. A. (2003). "The future of psychological therapies for psychosis". Em: *World Psychiatry*, 2:3, outubro, pp. 147-152.
- Ginger, S. & Ginger, A. (1995). *Gestal: uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.
- GIPSI, Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica. Manual Programático. *Programa de Estágio e Pesquisa, orientações, bibliografias, plano de trabalho e caracterização do GIPSI*. Material não publicado.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B. & Fadden, G. (2006). "Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal". Em: *Acta Med*, 19, pp. 01-08. Portugal.
- Gondim, M. F. (2007). *Os sentidos dos vínculos na crise psíquica grave*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, pp. 08-28.
- Gouvêa, G. (s/d). *Psicoterapia Breve e Abordagem Gestáltica*. Disponível em: www.gestalttemfigura.com.br/psibreve.htm. Retirado em 08/04/2008.
- Haddock, G. & Lewis, S. (2005). "Psychological Interventions in Early Psychosis". Em: *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 31, n° 3, pp. 697-704.
- Hall, C. S., Lindzey, G. & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade*. Porto Alegre: Artmed.
- Heidbreder, E. (1981). "A Psicologia da Gestalt: Wertheimer, Köhler e Koffka". Em: Heidbreder, E. (Org.) *Psicologia do Século XX*. São Paulo: Mestre Jou.
- Holanda, A. F. (2005). "Elementos de epistemologia da Gestalt-terapia". Em: Holanda, A. F. & Faria, N. J. (orgs.) Em: *Gestalt-terapia e contemporaneidade*. Campinas: Livro Pleno.
- Holanda, A. F. (1998). "Saúde e doença em Gestalt-terapia: aspectos filosóficos". Em: *Estudos de Psicologia*. Vol. 15, n° 2, pp. 29-44.
- Holanda, A. F. (s/d). *A noção de Humanismo e os Humanismos: alicerces para um entendimento da Gestalt-terapia*. Não publicado.
- Humanismo (s/d). Portal São Francisco. Disponível em: <http://www.colegiosaofrancisco.com.br/alfa/humanismo/humanismo1.php>. Retirado em 10/01/2008.
- Hycner, R. & Jacobs, L. (1997). *Relação e Cura em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.

- Jansen, M. C. C. (2007). *Saúde mental e estrutura familiar: o lugar do sofrimento psíquico grave*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.
- Keshavan, M. S. & Schooler, N. R. (1992). "First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization". Em: *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 18, nº 3, pp. 491-513.
- Kiyan, A. M. M. (2001). *E a Gestalt Emerge: Vida e Obra de Frederick Perls*. São Paulo: Editora Altana, 2001.
- Lines, E. (2003). *An Introduction to Early Psychosis Intervention: some relevant findings & emerging practices*. Canadian Mental Health Association.
- Louzã Neto, M. R. (2004). "Detecção Precoce da Psicose". Em: *Viver Mente&Cérebro*, setembro, pp. 24-31.
- Martins, F. C. (1999). "O que é pathos?" Em: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, II, 4, pp. 62-80.
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. Revisão Científica de Mario Rodrigues Louzã Neto. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica.
- McGorry, P. D. (2002). "The recognition and optimal management of early psychosis: na evidence-based reform". Em: *World Psychiatry*, 1:2, junho, pp. 76-83.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.
- Orygen Youth Health (2002). *The Early Diagnosis and Management of Psychosis*. Disponível em: <http://www.orygen.org.au>. Retirado em 28/05/2007.
- Perls, F. (1979/1969). *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo*. São Paulo: Summus.
- Perls, F. (2002). *Ego, fome e agressão*. (Trabalho original publicado em 1974). São Paulo: Summus.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1997/1951). *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Pimentel, A. (2003). *Psicodiagnóstico em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Polster, E. & Polster, M. (2001). *Gestalt-terapia Integrada*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Gestalt-terapia de curta duração*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (1999). *O Ciclo do Contato*. São Paulo: Summus.
- Ribeiro, J. P. (2006). *Vade-mécum de Gestalt-terapia. Conceitos básicos*. São Paulo: Summus.
- Robine, J. (1993). *Le Holism de J. C. Smuts*. Tradução de Thais Dugues Barreiro. Disponível em: www.gestalt.org/Robine/htm. Retirado em 15/01/2008.
- Safra, G. (2006). *Hermenêutica na situação clínica*. São Paulo: Edições Sobornost.

- Santos, E. G. (2005). "A esquizofrenia sob o olhar da Gestalt-terapia". Em: *XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. Anais "Presença e Existência"*. N° 01, pp. 179-185.
- Saurí, J. J. (2001). *O que é diagnosticar em psiquiatria*. São Paulo: Escuta.
- Schultz, D.P & Schultz, S. E. (1992). *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix.
- Singh, S. P. & Fisher, H. L. (2005). "Early intervention in psychosis: obstacles and opportunities". Em: *Advances in Psychiatric Treatment*, Vol. 11, pp. 71-78.
- Tatossian, A. (2006). *A Fenomenologia das Psicoses*. São Paulo: Escuta.
- Tenório, C. M. D. (2003). *Os transtornos da personalidade histriônica e obsessiva-compulsiva na perspectiva da Gestalt-terapia e da teoria de Fairbairn*. Tese de Doutorado, UnB.
- Van Den Berg, J. H. (2000). *O Paciente Psiquiátrico*. Campinas: Livro Pleno.
- Vasconcelos, A. C. V. & Menezes, S. M. M. (2005). "Processo diagnóstico da esquizofrenia: uma visão gestáltica". Em: *XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. Anais "Presença e Existência"*. N° 01, pp. 215-231.
- Yontef, G. M. (1998). *Processo, Diálogo e Awareness*. São Paulo: Summus.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO EM PESQUISA

Você está sendo convidado(a) a participar de um processo de pesquisa acadêmica em Psicologia, que acontecerá durante os atendimentos de psicoterapia realizados pelo GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicóticas, na Universidade de Brasília.

A pesquisa que está sendo realizada tem por objetivo verificar se a abordagem da Gestalt-terapia é adequada à proposta diferenciada de trabalho oferecido pelo Grupo. As sessões terapêuticas acontecerão normalmente, segundo suas necessidades e conforme os procedimentos do GIPSI (entrevistas, uso de testes psicológicos, contato com os médicos, anotações e registros). Para efeito da pesquisa, serão considerados apenas os dados relativos aos primeiros 6 (seis) meses de trabalho terapêutico. Após esse período, o acompanhamento terapêutico continua, mas os dados não serão mais utilizados para a pesquisa.

Durante as sessões terapêuticas poderemos utilizar alguns recursos áudio-visuais como câmeras de vídeo e/ou gravadores. Poderão ser utilizadas imagens e gravações de áudio obtidas como parte dos resultados do trabalho realizado, mas apenas mediante sua autorização específica. **Garantimos absoluto anonimato de sua identidade, sigilo e confidencialidade de todas as informações.** Todo esse material será destruído após sua utilização.

Os atendimentos também poderão ser observados por integrantes do GIPSI, que assumem os mesmos compromissos acima.

Todo o acompanhamento é vinculado aos serviços disponibilizados pelo GIPSI, tendo em vista sua saúde e bem-estar. Oferecemos um serviço pioneiro em Brasília ao possibilitar tratamento multiprofissional tão logo aconteça uma primeira crise ou evidências de sofrimento psíquico grave. Isso significa que, sempre que necessário, o acompanhamento terapêutico também será realizado por médicos (psiquiatras, neurologistas, clínicos) e/ou outros profissionais (educadores, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, etc.) de sua confiança ou indicados pelo Grupo. Há vários benefícios comprovados nesse tipo de atenção à saúde, desde a melhor recuperação até a diminuição dos gastos com a saúde.

A participação nesta pesquisa é voluntária e não compromete sua participação no acompanhamento oferecido pelo GIPSI. Ou seja, seu tratamento não será prejudicado ou interrompido.

Caso sinta qualquer dificuldade ou se quiser desistir de participar você deverá comunicar sua decisão com antecedência para que possamos tomar as devidas providências. Colocamo-nos à disposição para fornecer informações ou tirar quaisquer dúvidas que possa(m) ter.

Desde já agradecemos por sua atenção e eventual participação!

CONTATOS

Pesquisadora responsável: **Psicóloga Lílian Cherulli de Carvalho** – Tel.: (61) 8142-1063
Prof. responsável: **Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa** - Tel(s): 3307-2625 – Ramal: 615 / (61) 9981-3287
Tels. Institucionais: CAEP: 3307-2625 – Ramal 614 / 3273-8894 (Fone/Fax)
Comitê de Ética em Pesquisa – Faculdade de Medicina/UnB - 3307-2520/ 3273-4069

LIVRE CONFIRMAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____,

() cliente () pai/mãe/responsável () outro: _____

declaro que fui informado e compreendi todas as informações acima descritas, referentes à minha participação na pesquisa acadêmica a ser realizada durante meu acompanhamento terapêutico.

Endereço: _____

Telefone para contato: () _____

Brasília, ____ de _____ de 2007.

Assinatura do Participante

ANEXO II



Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O presente consentimento se refere ao convite feito a você(s) (cliente/familiar/es), para participar(em) de um processo de pesquisa e atendimentos psicológicos. Eu sou _____, Psiquiatra / Psicólogo (a) / Professor (a) / Aluno (a) do *Curso de Psicologia da Universidade de Brasília*, participante do **Projeto do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo Psicótica**, sob a coordenação do *Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa* do *Departamento de Psicologia Clínica*. O objetivo principal deste programa é detalhar sua(s) avaliação(ões) psicológica(s) com vistas ao melhor encaminhamento de seu acompanhamento. **No entanto, você(s) é (são) livre(s) para aceitar participar ou não.** Se você(s) aceitar(em), realizaremos algumas entrevistas pessoais, poderão se aplicados testes psicológicos, entraremos em contato com seu(s) médico(s), estudaremos seu prontuário e conversaremos com seus familiares, quando poderemos anotar informações, gravar ou filmar entrevistas. **Todas as informações serão mantidas sob o mais absoluto anonimato, sigilo e confidencialidade.** No caso de gravações, o material poderá ser destruído após a sua utilização e, caso haja interesse científico/acadêmico em utilização de imagens, esta será precedida de uma autorização específica. Se você(s) tiver(em) alguma dificuldade com ou desistir(em) de continuar em nosso processo, você(s) deverá(ão) nos informar com antecedência para que possamos tomar as providências necessárias. Estamos disponíveis também para esclarecer suas dúvidas no momento em que desejar(em). Com este consentimento, você(s) declara(m) também que recebeu(ram) não só as informações acima, como está(ão) informado(s) sobre todos os detalhes do Grupo recebidas através do folder “Orientações sobre o GIPSI”, com os quais afirma concordar. Obrigado pela sua atenção e eventual participação. (Documentação legal: Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e Princípios Éticos Internacionais para participação em Pesquisa - Códigos de Nuremberg e Helsinki).

CONFIRMO ESTE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO E LIVREMENTE CONCEDIDO

Nome completo: _____

() Cliente () Pai/Mãe ou Responsável () Outro (por procuração): _____

Endereço Completo: _____

Telefone (s) para contato (s): _____

Brasília/DF. ____/____/200__.

Assinatura: _____

CONTATOS:

Pesquisador (es) / Profissional (ais): _____

Telefone (s): _____

Prof. Responsável: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Telefone(s): 307.2625 Ramal 615 / 9981.3287

Telefone (s) Institucional (ais): CAEP – 307.2625 Ramal 614 – 273.8894 (Fone/Fax)

ANEXO III



Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

Campus Universitário, Asa Norte – CEP 70910-9000 – Brasília, DF - Tel.: (061) 3307-2520 / 3273-4069

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro de projeto: CEP-FM 003/2008

Título: "O PARADIGMA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NAS CRISES DO TIPO PSICÓTICAS E A PRÁTICA CLÍNICA DA GESTALT-TERAPIA: APROXIMAÇÕES POSSÍVEIS"

Pesquisador responsável: Lilian Cherulli de Carvalho

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo(s) de pesquisador(es).

Data de entrada: 13/11/2007

Proposição do(a) relator(a)

Aprovação

Não aprovação

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UnB: 31/03/2007

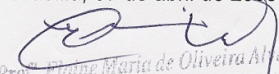
Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UnB: 07/04/2008

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS Nº 196/96, que regulamenta a matéria, a Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR**, *ad referendum*, conforme parecer do(a) relator(a), o projeto de pesquisa acima especificado, quanto aos seus aspectos éticos.

- 1 – Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;
- 2 – O(s) pesquisador(es) deve(m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM.

Brasília, 07 de abril de 2008.


Prof. Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina-UnB