



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

A EXPERIÊNCIA DAS PSICOSES:
Um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia

MARCELLA ALBO DE OLIVEIRA

Brasília – DF

2015

MARCELLA ALBO DE OLIVEIRA

A EXPERIÊNCIA DAS PSICOSES:

Um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia clínica do Instituto de psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientador: Prof. Dr. ILENO IZÍDIO COSTA

Brasília – DF

2015

A EXPERIÊNCIA DAS PSICOSES: Um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia

MARCELLA ALBO DE OLIVEIRA

Trabalho realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Dissertação aprovada por:

Prof. Dr. Ileno Izídio Costa
(Presidente)

Prof. Dr. Jorge Ponciano Ribeiro
(Membro PsiCC-UnB)

Prof. Dr. Marco Aurélio Bilibio
(Membro Externo)

Prof. Dr. Márcia Teresa Portela de Carvalho
(Membro PsiCC-Unb - Suplente)

Brasília, 14 de Setembro de 2015

*À todas as pessoas que tive a honra de cruzar o caminho
que transformei e por elas fui transformada.
Minha eterna gratidão
pela abertura, presença verdadeira e
por todos os instantes
eternizados em minha experiência
vivida.*

AGRADECIMENTOS

Dizem que o importante não é o lugar que você quer chegar, mas o caminho percorrido e os aprendizados. Finalizar essa dissertação foi uma baita jornada, muitas vezes tortuosa e difícil, mas que se tornou mais leve porque tive a honra de fazê-lo acompanhada. Cada um de vocês fizeram parte disso e tem uma parcela nesse trabalho e no meu coração.

“À Deus eu agradeço/e a toda natureza”

Agradeço a Deus por todo o amor que me trouxe até aqui. “Louvado seja Deus em tudo que se manifesta” e por isso agradeço a toda e qualquer manifestação divina terrena – toda natureza, ao sol, lua, estrelas, o ar que respiro, ao alimento - e no astral – aos orixás, pretos-velhos, caboclos, à linha da esquerda, anjos, arcanjos. Ao Mestre Irineu e ao Padrinho Sebastião por me ensinarem o valor da firmeza, da disciplina e que “havendo força de vontade nada pra nós é custoso”.

À minha família da terra e aos nossos laços. Aos meus pais que se esforçaram para me dar o melhor que eles conseguiram. Pela afetuosidade, o carinho, o cuidado e admiração, vocês são meus exemplos, meu norte e minha base. À minha mãe Márcia pelo cuidado que só as mães sabem dar, por estar comigo, por partilhar, pelo incentivo, por me ajudar, me organizar (e me alimentar!). Ao meu pai Pedro por ter me ensinado o valor das coisas mais simples, pelo apoio (quase que) incondicional, por se orgulhar e acreditar em mim. Aos meus irmãos, Lucas, Beto e Pedro que, cada um com seu jeitinho de se importarem comigo contribuíram para que eu fosse quem sou hoje. Aos outros pais que a vida escolheu para mim, Fernando, que acompanha meu crescimento, me incentiva e fortalece nas searas da vida e acadêmica; e Adriana, pelo cuidado.

À minha família estendida, meus avós Humberto e Maria José, que foi de onde a transgeracionalidade, se assim podemos chamar, começou, sendo minha vó uma das poucas mulheres de sua época com oportunidade de estudar, se formando psicóloga e ancorando na nossa família o apreço pelo cuidado, pelo o olhar para o outro; Aos meus avós Sérgio e Denilze; E, falando em transgeracionalidade, às minhas tias Marta, Mariane e Mara que compartilham, não só o Mar no nome, mas o amar. Há mar!

Às minhas companheiras de jornada e psicólogas mais brilhantes, inteligentes e sensacionais que já conheci, Fernanda Duarte, Ana Paula Morais, Bruna Lima. Obrigada por conterem minhas crises, me auxiliarem a organizar meus pensamentos, se disporem a ajudar sempre, sou muito sortuda de ter vocês na minha vida.

Às pessoas que acreditaram em mim, que me apoiaram e me ofereceram cuidado, principalmente Ana Elisa Vincentin, por me sustentar, me alegrar, me apoiar; Janaína Almeida, minha sereia e princesa que me abrilhanta e comporta toda minha água; Juliani França, pelo valor de nossa amizade.

Ao meu querido GIPSI por me fazer acreditar na psicologia novamente, por me inspirar essa dissertação - mesmo que a suor e lágrimas. Especialmente a Iva, que fez sua passagem antes

de ver esse trabalho completo. Àqueles que transcenderam o espaço profissional e se tornaram meus amigos de vida: Brisa Oliveira, Fernando Assunção, Ludmila Alkmin, Mariana Guerra, Mariana Reis, Natália Campos, Natália Arruda, Victor de Jesus. Também à Cristina e Raquel Mano.

Ao Grupo Persona, em especial à Elisa Walleska.

Ao meu orientador Ileno Costa, que se dispôs a me acolher e me iniciar na seara da saúde mental. Pelo cuidado, atenção e preocupação, pelo espaço dado para que minhas ideias pudessem se desenvolver e tomar forma. Principalmente pela paciência em manejar minhas próprias crises.

Aos professores que construíram meu pensamento e que dividiram seu largo conhecimento formal e de vida – suas aulas reverberam até hoje na minha vivência. Da UnB: Ana Lúcia Galinkin, Lúcia Pulino, Elizabeth Queiróz, Domingos Sávio, Balsen Pinelli, Sheila Murta, Maurício Neubern, Marcelo Tavares; do IGTB: Jorge Ponciano, Adriana Fitipaldi, Larissa Vitória, Alexandre Galvão.

Aos professores, Jorge Ponciano, Márcia Portela e Marco Aurélio Bilibio que gentilmente se dispuseram a estar na banca e auxiliarem no enriquecimento deste trabalho.

Aos meus clientes, pela disposição em compartilhar suas vivências. Vocês sempre me inspiraram a ser uma pessoa melhor e a buscar uma psicologia que ofereça espaço de abertura e escuta. Essa dissertação não faria o menor sentido se não fosse por vocês.

Aos meus maninhos da espiritualidade por onde passei, tanto meus momentos no Céu da Hoaska, Estrela Azul e Céu do Planalto. Aos mais colados, agradeço à Juliana Bicudo – princesa me conquistou, por todas nossas conversas e seu apoio e desejo do meu crescimento, Rodrigo Gervasio, Kauã Jaya, Kevillyn, Thiago Rocha, Lucimar Carbonera, Fábio Selva e tantos outros que fica difícil de citar! “para sempre, para sempre, para sempre/amigo do meu irmão/ que ele é a minha luz/ nesse mundo de ilusão”.

Ao querido grupo Resistance, por tantos anos de amizade e risadas. Obrigada por me fazerem rir nos intervalos de escrita e por torcerem por mim!

À turma de psicologia da UnB do 2/2007, principalmente aos meus queridos amigos Ana Molina e Rafael Moore. Aos transeuntes do CA que, em algum momento, dividiram vivências enquanto esperávamos por qualquer coisa. À UnB, por ter me acolhido e ter sido minha segunda casa (às vezes primeira!) durante alguns vários anos.

Ao IGTB e minha amada turma com que tive o prazer de realizar minha formação – pela confluência e experiência de viver Gestalt, em um ambiente seguro e acolhedor. Agradeço, especialmente, ao Marcus Fonseca, Taís Polonio, Bia Borfírio, Camila Barros e Nana Limp.

Aos alunos da disciplina tópicos especiais em psicologia da personalidade, por todas as discussões, dúvidas, vivências e elaborações. Obrigada por terem trocado a experiência de vocês comigo. Vocês não tem ideia o quanto foram importantes! Essa disciplina me trouxe,

também uma amiga e forte influenciadora do meu pensamento, Vanessa Dantas. Agradeço por todas as trocas e discussões gestálticas, por compartilhar comigo o teor meio que anarquista, meio que *de boa*.

À todas as pessoas e caminhos que tive a honra de cruzar nas estradas do mundo das viagens que já empreendi para dentro e fora de mim mesma. Principalmente às minhas hermanas Julieta y Joana Martino – gracias chicas, por me aceptaren, porque son las mejores amigas argentinas boludas de mi vida, feliz diz que nos conocimos. Desde el helado fin de mundo hasta el calor de tuyos corazones!

Aos funcionários do CAEP e IP, especialmente à Soemes Dias.

Às minhas parcerias não-humanas, minhas companheiras Cherrie, Brigitte e Diva pela presença, pelo acolher sem palavras, por estarem sempre juntas, seja latindo pedindo comida, seja deitando caprichosamente em cima dos meus livros ou esquentando meus pés nas madrugadas frias de Brasília. E claro, um agradecimento ao veganismo por me ensinar o valor da liberdade humana e animal nesse mundo de objetificações em que vivemos.

À CAPES/CNPQ pelo financiamento.

E a todos aqueles que não citei aqui – depois de tantas páginas escritas a cabeça começa a falhar, mas o coração é sempre grande.

*É dito: pelo chão você não pode ficar
Porque lugar da cabeça é na cabeça
Lugar de corpo é no corpo
Pelas paredes você também não pode
Pelas camas também você não vai poder ficar
Pelo espaço vazio você também não vai poder ficar
Porque lugar da cabeça é na cabeça
Lugar de corpo é no corpo*

Stela do Patrocínio

RESUMO

Este trabalho, de cunho teórico-clínico, teve como objetivo estabelecer reflexões acerca de como a Gestalt-Terapia (GT) pode ser uma abordagem no tratamento das psicoses. Apesar da dos poucos estudos sobre esse tema dentro da GT, defendeu-se que a base fenomenológica-existencial pode ser benéfica por focar-se na experiência imediata e por ter a clínica voltada para a retomada da espontaneidade do contato, o aumento da *awareness* e reconexão com o campo. Além disso, prima pelo olhar para a totalidade da experiência, enquanto uma vivência espaço-temporal, buscando o continuum entre funcionamento saudável e não saudável. O ponto de partida foi o da imprecisão teórica das psicoses na literatura da área e como o cuidado oferecido se organiza, define-se e se orienta a partir do que se pensa ser esse fenômeno. E, como tal, insere-se na compreensão de um sofrimento psíquico grave, muito mais existencial, concreto, intersubjetivo e relacional do que somente sintomatológico. Tais desconstruções são necessárias, também, para abrir caminho à maior apreensão de como a GT compreende as psicoses, que destoa das construções psiquiátricas e psicanalíticas. Assim, revisitou-se criticamente as teorias e filosofias de base da GT, questionando possíveis alicerces para a discussão sobre de uma psicopatologia própria. A pessoa é vista como um campo organismo/ambiente e uma experiência de psicose se inscreve como uma vivência de desequilíbrio do processo figura/fundo e quebra dessa unicidade, caracterizando-se como a aniquilação da parte da realidade do que está sendo dado na experiência. A clínica gestáltica orienta-se pelo valor dado à vivência imediata, que valoriza e legitima a experiência vivida, por meio de posturas de presença, encontro, inclusão e confirmação na relação terapeuta-cliente, nas quais o psicoterapeuta é implicado no processo. Busca-se, então, dar atenção ao campo relacional, à criação de um contexto seguro e estável para que, progressivamente, juntamente com a diferenciação, a fronteira de contato possa ser reconhecida e os contatos possam ser realizados espontaneamente. Isso objetiva, também, a disponibilização de um fundo; a diferenciação criativa, principalmente no reconhecimento da fronteira de contato e subjetivação; a percepção de tempo e espaço como categorias que orientam e dão ritmo ao self; a busca de uma clara e distinta percepção das próprias necessidades; o desenvolvimento do ajustamento criativo. Conclui-se que é possível construir um saber teórico acerca desse fenômeno usando a teoria gestáltica, numa retomada efetiva dos pressupostos da fenomenologia-existencialismo e não apenas importar categorias e compreensões estrangeiras. Além de enfatizar a importância da união e fortalecimento entre teoria e prática gestáltica, que não podem estar dissociadas de um levantamento epistemológico lógico e de uma fundamentação sólida, pois tais alicerces direcionam a forma de se pensar a pessoa e o mundo.

Palavras Chave: Psicose; Gestalt-Terapia; Psicoterapia.

ABSTRACT

This work, that have a theoretical and clinical nature, aimed to establish reflections about how Gestalt Therapy (GT) may be an approach in the care of psychosis. Despite the few studies on this topic within the GT, it was claimed that the phenomenological-existential basis can be beneficial because it focus on the immediate experience and to have the clinic focused on the resumption of spontaneous contact, increased awareness and reconnection with the field. In addition, gives the importance to the totality of experience as a spatio-temporal, seeking the continuum between healthy functioning and unhealthy. The starting point was the theoretical imprecision of psychosis in the literature and as the care provided is organized, defined and oriented by what is thought to be this phenomenon. And as such, is part of the understanding of serious psychological distress, more existential, concrete, intersubjective and relational than just symptomatic. Also, such deconstructions are necessary to make the understanding of how the GT comprehends psychoses, which is different of psychiatric and psychoanalytic constructs. The theories and GT base philosophies was critically revisited, questioning the foundation for the discussion of its own psychopathology. The person is seen as a field organism/environment and psychosis experience is inscribed as an imbalance of the figure/ground process and the break this unity, characterized as the annihilation of part of the reality of what is being given in experience. The gestalt clinic is guided by the value given to the immediate experience, which values and legitimizes the lived experience through postures of presence, encounter, inclusion and confirmation in the therapist-client relationship, in which the therapist is involved in the process. The aim is to give attention to the relational field, the creation of a secure and stable environment so that progressively, along with differentiation, contact boundary can be recognized and contacts can be carried out spontaneously. This objective, also, the creation of a secure background; the creative differentiation, especially in recognition of the contact boundary and subjectivity; the perception of time and space as categories that guide and give rhythm to the self; the search for a clear and distinct perception of one's needs; the development of creative adjustment. It concludes that it is possible to construct a theoretical knowledge about this phenomenon using the gestalt theory, in an effective resumption of phenomenology-existentialism assumptions and not just import categories and foreign understandings. In addition, it emphasizes the importance of strengthening unity by theory and practice gestalt, which can not be dissociated from a logical epistemological understanding and a solid foundation, because it directs the vision about person and the world.

Keywords: Psychosis; Gestalt-Therapy; Psychotherapy

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	i
AGRADECIMENTOS.....	ii
EPÍGRAFE.....	v
RESUMO	vi
ABSTRACT	vii
INTRODUÇÃO ⁹	
CAPÍTULO I - AS PSICOSES: PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO	13
1. Uma retomada histórica: da psiquiatria à psicanálise.....	15
2. Sintomatologia e Classificações atuais.....	23
CAPÍTULO II – GESTALT-TERAPIA: REVISITANDO AS BASES	33
1. Contextualização do Nascimento da Gestalt-Terapia	36
2. Bases Filosóficas	
2.1 Fenomenologia	38
2.2 Existencialismo.....	43
2.3 Humanismo.....	50
3. Bases Teóricas	
3.1 Psicologia da Gestalt – a importância do todo	53
3.2 Teoria de campo – “eu sou eu e minha circunstância”	55
3.3 Holismo	57
3.4 Teoria Organísmica	58
4. A antropologia gestáltica: o campo organismo/ambiente	60
CAPÍTULO III GESTALT-TERAPIA E PSICOSE: UM POSSÍVEL DIÁLOGO	73
As Psicoses: “a aniquilação da realidade do que está sendo dado”	93
CAPÍTULO IV- EM BUSCA DE UMA CLÍNICA GESTÁLTICA	
DAS PSICOSES	110
A relação terapêutica – “teorizar sobre o que sempre nos escapará.....	124
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS E A ETERNA SUCESSÃO	
DE <i>GESTALTEN</i>	136
REFERÊNCIAS	141

INTRODUÇÃO

Durante todo o percurso do mestrado, por diversas vezes me perguntei qual a minha motivação para realizar esse trabalho e o que eu gostaria de alcançar. Realizar esse exercício, aqui-agora, como a Gestalt-terapia preconiza, é re-visitar minhas motivações iniciais de estudar o ser humano e sua saúde. Para mim, havia uma dimensão do *ser* que não era possível de ser apreendida segundo o pensamento psicopatológico tradicional no qual fui instruída a olhar os pacientes. Ao entrar na prática de estágios, tive contato com os chamados *loucos*, e perceber a forma como *aquilo que se pensa ser a doença dirige as práticas de saúde*. Incomoda-me a forma de diagnóstico, a forma de tratamento, o olhar: pessoas incríveis, separadas do convívio de outros, divididas em classes de acordo com seu diagnóstico, recebendo ‘tratamentos’ profissionais, científicos.

Foram dois encontros na minha graduação que me confortaram e me orientaram. O primeiro foi com o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), na Universidade de Brasília, do qual fiz parte desde 2012. Esse grupo, criado em 2001 pelo professor (e orientador dessa dissertação) Ileno Costa tem por objetivo questionar as práticas de saúde mental vigentes, bem como oferecer um serviço de atenção às pessoas e suas famílias que estão vivenciando um *sofrimento psíquico grave*. Havia saída, então, para o paradigma tradicional: era possível uma orientação dirigida ao cuidado, à humanização das psicoses, com pessoas que acreditavam na saúde e não na doença.

Meu segundo encontro foi com a Gestalt-Terapia (GT), no Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília, dirigido pelo professor Jorge Ponciano, que me deu bases teóricas e práticas para conseguir lidar com essa demanda: a oferecer cuidado humanizado a qualquer pessoa, independente de sua vivência.

Entretanto, o encontro das psicoses com a GT ocorreu timidamente. Poucas menções foram feitas ao longo da história dessa abordagem e há poucos estudos que as relacionem, como a dissertação realizada por Carvalho (2008), que debateu o ajustamento do tipo psicótico dentro da abordagem da Gestalt-terapia e a intervenção precoce; Carvalho e Costa (2010), que discutiu sobre as acepções do sofrimento psíquico grave e o ajustamento do tipo psicótico e Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2008; 2012), que começou a dar bases para compreensão sobre diferentes tipos de ajustamento do tipo psicótico, como os de preenchimento ou ausência de fundo. Outros trataram da esquizofrenia, como Vasconcelos e Menezes (2005), que analisaram, a partir do Ciclo do Contato, as vivências esquizofrênicas; Vieira (2005) que escreveu sobre como seria a relação na clínica com esse tipo de clientela. Na literatura internacional, pode-se apontar Spagnuolo-Lobb (2002), que trabalha não apenas com psicose, mas com pacientes em internação psiquiátrica, Delacroix (2005) que amplia a compreensão dessa vivência a partir de algumas comunicações orais em congressos.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1992), a psicose é identificada como a terceira *doença* mais incapacitante pela população mundial. Afirma que, mesmo depois de estar em estado de remissão, ela está associada a uma baixa qualidade de vida. Afeta por volta de 1% da população mundial e apenas um terço dos casos alcança completa remissão dos sintomas e recuperação social (OMS, 1992). Uma vivência desse tipo, quando não cuidada adequadamente, pode trazer uma série de prejuízos sociais, cognitivos, relacionais, pessoais, laborais (Lines, s.d.; Birchwood, 2004).

Apesar dos poucos estudos em GT frente a considerável incidência e urgente necessidade de cuidado, defendemos que essa abordagem pode ser benéfica no cuidado de pessoas que vivenciam a psicose, principalmente porque busca a “manutenção e o desenvolvimento desse bem-estar harmonioso, e não a cura ou ‘reparação’ de qualquer

distúrbio – que subentenderia uma referência implícita a um estado de ‘normalidade’, posição oposta ao próprio espírito da Gestalt, que valoriza o direito à diferença, a originalidade irreduzível de cada ser” (Ginger e Ginger, 1987, p. 14-15).

A clínica *gestáltica* tem por objetivo o aumento da *awareness*, aliando a busca de maior contato e reconexão com o campo e com si mesmo, algo que se desequilibra em uma vivência de psicose. Implica posturas clínicas de presença, encontro, diálogo franco e confirmação na relação terapeuta-cliente (Jacobs, 1997), focando-se naquilo que emerge no aqui-agora.

Nesse sentido, essa dissertação é o resultado de nossa inquietação com o que se pensa ser a psicopatologia e como esse pensamento organiza, define e dirige a forma como os profissionais de saúde mental trabalham. Dentro dessa temática, o recorte dado foi entre as vivências conhecidas como Psicose e a abordagem da Gestalt-terapia, que será abordada em estudo teórico-clínico.

Falar de psicose é um grande desafio. Ao pensar como começar a tratar de um fenômeno tão diverso, me deparei com um vasto universo, de diversas abordagens, olhares e possibilidades. De fato, os enfoques ao tema são múltiplos e para não incorrer em uma *megalomania acadêmica*, decidimos delimitar o objetivo a como (e se) a GT pode ser uma abordagem no cuidado da psicose. É claro que para discutir esse questionamento, precisaremos percorrer um (longo) caminho antes.

O ponto de partida é a própria psicose – ou melhor, *as psicoses* (Costa, 2003). Buscaremos compreender o que se entende por psicose, quais abordagens mais se interessaram por esse fenômeno e quais seriam as implicações dessas visões, principalmente na forma de tratamento. Esforçarmo-nos em não incorrer no erro que Szas (1974/1979) alerta, que é o de se perder tempo pensando em nomenclaturas, ao invés de dar maior atenção aos

processos e intervenções. Entretanto, é preciso que se compreenda qual o ponto de partida para perceber como esse fenômeno é visto atualmente.

O segundo passo será o de apresentar a GT enquanto abordagem a partir de suas principais bases teóricas e filosóficas. Para além de apenas mostrar seus alicerces, buscaremos apontar algumas contradições e falhas epistemológicas nas quais essa abordagem se funda. Um olhar crítico se faz necessário para que possamos encontrar um caminho mais seguro e um terreno melhor preparado para tratar nosso tema. É nesse sentido que daremos ênfase no entendimento de como se dá o funcionamento da pessoa para a GT.

Em um terceiro momento, buscaremos construir e retomar a ideia de psicopatologia para Gestalt-terapia, abarcando temas como o do psicodiagnóstico, funcionamento saudável/não-saudável, objetivando ampliar nossa compreensão para pensarmos nas psicoses.

No quarto capítulo, buscaremos olhar como se dá a clínica da GT em sua relação com a psicose, principalmente a partir de uma perspectiva fenomenológica. Terminaremos tomando posse das *gestalten* abertas durante esse percurso e seus possíveis encaminhamentos.

CAPÍTULO I - AS PSICOSES: PARA ALÉM DO DIAGNÓSTICO

*prazer
da pura percepção
os sentidos
sejam a crítica
da razão*

Leminski, 1987

A palavra *diagnóstico*, de origem grega, remete-se ao *reconhecer*. Do ponto de vista médico, campo de saber onde a psicose começou a ser estudada, o diagnóstico é essencial e tem por objetivo a diferenciação de doenças, com um propósito clínico (tratamento), de comunicação e de investigação. É a partir do diagnóstico, então, que se pode prever o prognóstico, comunicar com outros profissionais e orientar o paciente e seus familiares quanto a evolução e, além disso, definir e orientar as intervenções (Sadock & Sadock, 2007).

Como se reconhecer, então, a psicose? O que, dentre tantas manifestações humanas, pode ser apontado como psicose? Foram várias as tentativas de se reformular as categorias diagnósticas ao longo do tempo: várias divisões diferentes foram criadas na tentativa de apreensão do fenômeno, o que gerou imprecisões e confusões. Como realizar um diagnóstico daquilo que não se sabe ao certo o que é? Nesse sentido, uma breve retomada histórica se faz necessária para que se compreenda os fundamentos que alicerçaram a transformação dessa manifestação humana em uma *doença* e, portanto, passível de reconhecimento e intervenção.

De um ponto, a psicose foi reconhecida como uma doença no cérebro, que se manifestava em formas de sintomas diversos, passando pela mania, melancolia, alucinações, delírio, catatonia, comportamento desorganizado. A lista é grande e foi se transformando ao longo do tempo (Pessotti, 1999). A psicanálise foi responsável por inserir a parte subjetiva na discussão, definindo a organização das estruturas da personalidade em neurótico, perversa ou psicótica, de acordo como funcionava o id, ego e superego (Resende & Calazans, 2013).

Não mais uma doença do cérebro, mas uma tentativa de lidar com a realidade. O diagnóstico na psicanálise toma importância por dar bases para a compreensão da psicodinâmica do sujeito, bem como a postura do analista frente à pessoa. Porém, com sua riqueza de autores, a definição de uma psicose continua imprecisa (Costa, 2003). Talvez a dificuldade de tradução para o contexto *científico* se dê frente a própria diversidade da psicose.

Nas duas correntes de compreensão que mais se ocuparam de estudar esse fenômeno - a psiquiatria e a psicanálise - a psicose é reconhecida por ser uma *perda da realidade*, apesar de possuírem formas de cuidado diferentes. As duas se encontram historicamente, como, por exemplo, em Bleuler que cunhou o termo esquizofrenia baseado em seus estudos psicanalíticos. Nas versões mais antigas do DSM e CID, as categorias trazidas pela psicanálise ainda eram utilizadas, porém, atualmente, com a tentativa de serem atóricos e baseados em pesquisas empíricas, cada vez mais estão se afastando dessa raiz histórica.

Justifica-se a retomada dessas duas abordagens por serem, historicamente, as responsáveis pela compreensão que possuímos hoje da psicose. Essas bases estão presentes ainda hoje na forma de intervenção dada a este tipo de sofrimento, logo, faz sentido essa compreensão com objetivo de fornecer bases para pensarmos em outras formas de cuidado.

Essa contextualização se faz importante para compreendermos como a psicose é vista dentro da Gestalt-Terapia e porque, epistemologicamente, essas ideias não podem ser totalmente incorporadas por essa abordagem.

1. Uma retomada histórica: da psiquiatria à psicanálise

*“Estou começando a passar mal
Mal do cérebro?
Tô sim, tô começando a passar mal do cérebro
Da cabeça [...]”
Stela do Patrocínio*

O conceito de loucura precede, historicamente, o de psicose, carregando, suas imprecisões (Costa, 2003). A ideia de revisar a história dessa terminologia é que, para compreender os atuais olhares, se faz necessário traçar os anteriores a fim de situar-nos do ponto de partida deste tema (Pessoti, 1999). Além disso, resgatar a história objetiva uma desnaturalização dos conceitos, principalmente por entender que esse fenômeno abarca dimensões não só físicas e psíquicas, mas também, sociais, culturais, antropológicas, políticas e históricas, as quais não podem ser negligenciadas para sua melhor compreensão (Silveira & Braga, 2006).

Dessa forma, buscar a história da psicose é, antes de tudo, encontrar com a loucura. Ao longo dos séculos, a loucura gerou um misto de fascínio e medo, que a levou a ser estudada, categorizada, tratada e, por muitas vezes, enclausura, calada e abafada (Foucault, 1978; Pessoti, 1999, Szasz, 1974; Costa, 2003).

A loucura é um termo genérico, que designa as diferentes manifestações da autonomia psicológica do ser humano (Foucault, 1978). Desde as primeiras tentativas de compreensão desse fenômeno, o desafio foi de buscar suas causas que, em boa parte das vezes, eram de origem puramente orgânica (Pessoti, 1999). Uma etiologia organicista transportou o fenômeno da loucura para um saber médico, transformando-a em *doença mental*. A tentativa de tradução e compreensão da loucura pelos estudiosos da época gerou um universo vasto de olhares diferentes. Antes de Kraepelin, era comum que cada pessoa abordasse esse fenômeno de formas diferentes: as tentativas de apreender, ordenar ou reordenar a confusão,

aumentaram, ainda mais, a imprecisão dos conceitos. Com dificuldades de uniformização da linguagem científica, diversas intervenções foram testadas (Costa, 2003; Pessoti, 1999).

Foi durante o século XIX que o termo loucura foi sendo substituído por psicose, o que significou uma mudança na crença de que um transtorno mental seria um estado de total irracionalidade cognitiva, a *perda da razão* (Berrios & Beer, 2012). Em 1845, Von Feuchtersleben utiliza, pela primeira vez, o termo psicose para designar a doença mental ou loucura alienada (Saggese, 2001, em Costa, 2003).

Hoenig (2012) aponta que há dificuldades em precisar a história da psicose, pois antes de Kraepelin, novos termos eram constantemente incluídos, havendo uma falta de unificação. Um mesmo nome denominava muitos fenômenos diferentes, mas o que permanecia constante na ideia de psicose é que os sintomas de mania e a melancolia estavam sempre inclusos.

Porém, sem uma diretriz de pesquisa e uniformização dos dados, a mudança de termo gerou mais imprecisões e desencontros nessa compreensão. Foi Kraepelin que defendeu que a classificações deveriam ser oriundas de pesquisas clínicas (Engstrom, 2012). Assim, ele empreendeu esforços para tornar as descrições baseadas em pesquisas longitudinais e acreditava que o objetivo era o de buscar uma unidade básica natural que estaria implícita nas doenças (Hoff, 2012).

Para Berrios e Hauser (2012), essa essência imutável dos transtornos estaria na base do processo de adoecimento e, encontrando essa unidade, a psiquiatria poderia ser capaz de realizar o prognóstico. Segundo esses autores, a definição do curso da condição era central na definição diagnóstica para Kraepelin. Assim, ele acreditava que, independente do recorte dado pelo estudo, havia essa unidade natural da psicose, a qual ele divide em dois grandes grupos: *demência precoce* e *insanidade maníaco-depressiva* que se diferenciavam, basicamente, pelo prognóstico (Hoff, 2012). Por exemplo, várias das manifestações psicóticas que antes não

encontravam classificação foram incluídas na categoria de demência precoce, pois caminhavam para um mesmo estágio final (Porto, 2004; Hoff, 2012).

Foi Morel quem primeiro cunhou o termo *demência precoce*, que, em Kraepelin, indicava os distúrbios na vontade e vida afetiva que levassem à completa desintegração da personalidade, sendo um dos critérios mais importantes a evolução deteriorante (Pessoti, 1999; D'Agord, s.d.; Sadock e Sadock, 2007; Hoff, 2012). Câmara (2007) completa, afirmando que

Kraepelin não privilegiou os sintomas psicóticos (alucinações, delírios) nas psicoses endógenas, já que não eram específicos de uma só doença. Ele privilegiou essencialmente o curso e o resultado da doença. Assim, por exemplo, caracterizou a *dementia praecox* essencialmente como uma incapacidade crônica de cuidar de si mesmo, de funcionar socialmente, uma ausência de interesses ou ambições, um ensimesmamento, distanciando-se afetivamente de seu entorno, e acabando por cair na pobreza e mendicância. Para Kraepelin, o fator distintivo da *dementia praecox* é a deterioração progressiva. Neste particular, a “demência” a que ele se refere neste constructo não é a demência cognitiva das psicoses senis, mas uma demência afetiva, sem prejuízo da inteligência (p. 310).

A grande importância dos estudos de Kraepelin foi a transformação das classificações nebulosas do século XIX para uma nosologia melhor estruturada e fundamentada em pesquisas, partindo de um método de estudo longitudinal e empírico (Hoff, 2012).

Gruhle (1932, em Hoenig, 2012) afirma que a história da psicose pode ser mais bem compreendida se levarmos em consideração a esquizofrenia. Assim, foi Bleuler quem primeiro cunhou o termo *esquizofrenia*, a manifestação mais comum da psicose, para substituir a *dementia praecox* (Sadock e Sadock, 2007). A ideia de mudar o termo utilizado foi por perceber que nem todos os casos tinham desfechos deteriorantes, mas que o principal sintoma era uma cisão do psiquismo, demonstrando a influência da psicanálise em seu pensamento (D'Agord, s.d.). Para ele, diferentemente de Kraepelin, os sintomas de cisão, e não o prognóstico, eram a base do diagnóstico, já que, para Bleuler, independente do curso do quadro, era impossível a restauração completa da personalidade.

As ideias delirantes presentes na esquizofrenia eram explicadas por Bleuler como desejos ou temores deformados, que seriam expressos como uma cadeia de associação, pensamento este ligado à formação do inconsciente expressa pela psicanálise (D'Agord, s.d.). Assim, enquanto Kraepelin estabeleceu a demência precoce sem apontar um sintoma obrigatório, Bleuler tinha um sintoma primário: o bloqueio de pensamento ou dissociação das ideias (Hoenig, 2012). As alucinações, delírios, afetos anormais e transtornos de pensamento seriam sintomas secundários e não estariam necessariamente ligados ao processo da doença – sintomas estes que estão presentes nos manuais psiquiátricos utilizados atualmente.

Apesar de serem considerados críticos um do outro e por se basearem, respectivamente, no organicismo e psiquismo (Hoenig, 2012), as ideias de Kraepelin e Bleuler tem algo em comum. A mudança empreendida por esses pensadores é que era possível de se diagnosticar a partir de um comportamento, redefinindo a doença para "*comportamento anormal*" (Costa, 2003).

Para que se compreenda o *comportamento anormal* é preciso que se observe que o discurso do patológico baseou-se em uma ideia de normalidade. Afinal, aquilo que é desviante desvia de *algo*. A palavra *normal* mudou seu sentido corrente com Augusto Comte, na década de 1820, para designar seu objetivo de conhecer como seria um corpo funcionando *normal* para, assim, realizar o estudo da patologia (Miskolci, 2003). Funda-se, então, dentro de um saber médico, com o objetivo de “medir, classificar e disciplinar os indivíduos de forma a que estes se conformassem a normalidade” (Miskolci, 2003, p. 110).

Mais tarde, foi usada dentro do modelo capitalista burguês com o objetivo tanto de qualificar aqueles que seguem a norma hegemônica ou não, quanto o de corrigir e restabelecer a normalidade àqueles desviantes, constituindo, assim, o biopoder, ideia construída por Foucault durante a década de 70 – que seria a ação do Estado perante aos sujeitos, que, a

partir da ideia de normalidade, legitima as práticas dirigidas ao corpo. Rabinow e Rose (2006) sugerem que

o conceito de biopoder procura individualizar estratégias e configurações que combinam três dimensões ou planos: uma forma de discurso de verdade sobre os seres vivos; um conjunto de autoridades consideradas competentes para falar aquela verdade; estratégias de intervenção sobre a existência coletiva em nome da vida e da morte; e modos de subjetivação, nos quais os indivíduos podem ser levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a estes discursos de verdade, por meio de práticas do self, em nome da vida ou da saúde individual ou coletiva (p. 23)

Assim, tudo aquilo que se desviasse da produtividade e sexualidade reprodutora era considerado anormal e, portanto, passível de intervenção. A definição do que é doença tem sempre um caráter valorativo, pois não é somente aquilo que é estatisticamente médio que é *normal*, mas depende de um julgamento de valor dado por uma comunidade que considere que o desvio é negativo (Silva, 2008). Mais do que isso, aquele que é considerado fora da norma ameaça uma potencial ordem e organização da própria sociedade, pois “o que se teme no anormal é mais do que sua diferença, é o poder de transformação social de seu estilo de vida (...) têm o potencial de colocar em cheque os fundamentos da ordem vigente e subvertê-la” (Miskolci, 2003, p. 123).

A psicose, então, se torna um comportamento anormal, a qual precisaria ser definida pela etiologia, especificidade nosográfica, quadro sintomático, marcha e decurso clínico (Pessoti, 1999). Por se tornar uma doença, aliás, uma *doença mental*, era preciso tratamento médico, seja por meio de medicações ou internações, havendo uma naturalização do sofrimento humano, legitimação do estigma e das práticas dirigidas a ela (Foucault, 1978; Costa, 2003; Júnior e Medeiros, 2007).

Szasz (1974), defensor da inexistência da doença mental, propõe que

(...) os critérios do que constitua doença mental foram modificados – de uma desordem fisio-química do corpo para a inabilidade e sofrimento da pessoa. (...) rotulando de doença mental todo e qualquer tipo de experiência ou comportamento humano que pudessem detectar ou atribuir a um mau-funcionamento ou sofrimento (p. 48).

Para esse autor, o *mito* da doença mental poderia ser resumido, basicamente, nos seguintes pontos: as doenças só podem afetar o corpo, logo não faria sentido uma doença na mente, não sendo, portanto, algo que alguém tenha, mas algo que alguém faz ou é; os diagnósticos psiquiátricos rotulam pessoas que incomodam ou ofendem os outros com seu comportamento, apontando que aqueles que reclamam de seu próprio comportamento seriam os neuróticos, enquanto os que incomodam os outros seriam os psicóticos; o sucesso da cura ou tratamento estariam relacionadas à mudança para um comportamento socialmente aceito pela sociedade (Szasz, 1974).

Além disso, evidencia-se que a construção daquilo que é considerado doença mental está intimamente ligado a um contexto social. Isso pode justificar as diversas concepções ao longo dos tempos da psicose (Turner, 2012). Silva (2008), utilizando Foucault, afirma que

O conceito de loucura muda de acordo com mudanças ocorridas na sociedade que legitima esse conceito. Dito de outro modo, a legitimação de uma intervenção em saúde mental depende do conjunto de valores que prevalecem na sociedade naquele momento. Se uma definição de loucura é situada no tempo e no espaço, como garantir que os critérios adotados para gerar essa definição são melhores que outros quaisquer? (p. 142)

As ideias de Bleuler sobre a esquizofrenia traziam influência da psicanálise, mas foi com Freud que ocorreu uma busca de ir além dos conceitos classificatórios (Costa, 2003). Mais do que apenas uma doença do cérebro, Freud traz uma ideia revolucionária para compreender que os sintomas clássicos psicóticos não eram apenas indícios, mas “uma tentativa de restabelecimento, um processo de reconstrução” (Freud, 1911/1996, p.193). O sofrimento gerado pela psicose passa a ser uma forma de comunicação (Figueiredo e Tenório, 2002).

Em 1924, Freud escreve “A perda da realidade na Psicose e na Neurose”, implicando uma diferença estrutural em ambas. Para ele, a psicose estaria associada a uma defesa mais enérgica que na neurose, na qual o ego rejeitaria a reprodução de algo insuportável, como se

esta jamais tivesse existido. O delírio seria, então, um remendo no lugar em que originalmente apareceu uma fenda na relação do sujeito com o mundo externo (Nasio, 2001).

Outra contribuição importante foi a de estabelecer *a perda da realidade* como condição primordial para a psicose (Freud, 1924). Assim, em um primeiro momento o ego seria afastado da realidade e é seguido por uma tentativa de se reaproximar mas, na psicose, outra forma de ver o mundo seria criada: “a psicose a repudia [a realidade] e tenta substituí-la” (Freud, 1924, par. 6).

Em suma, para Freud, as psicoses são um tipo de defesa, sendo “a expressão mórbida da tentativa desesperada que o eu faz para se preservar, para se livrar de uma representação inassimilável, que, a maneira de um corpo estranho, ameaça a sua integridade” (Nasio, 2001, p. 36). Para a psicanálise freudiana, uma parte desse ego seria expulsa, rejeitada ou perdida, enquanto outra alucinaria ou deliraria esse pedaço como uma nova realidade. A origem da psicose na teoria freudiana, então, são conflitos pulsionais intrapsíquicos originados no complexo de Édipo (Loparic, 2006). Essa ideia foi desenvolvida posteriormente por autores como Melanie Klein, Lacan, Winnicott entre outros. Sem a intenção de entrar em detalhes de cada teoria, posto que isto exigiria um esforço fora do escopo do presente trabalho, resumo o ponto que aqui nos interessa que é o de que para a teoria psicanalítica a busca pela origem da psicose é um tema recorrente e que sempre está na infância (Loparic, 2006; Nasio, 2001).

Na teoria psicanalítica, então, a psicose seria uma estrutura da personalidade, diferente da neurose e da perversão. O diagnóstico é realizado a partir da transferência e, portanto, da relação, sendo essencial para dirigir as práticas do analista e suas compreensões psicodinâmicas do funcionamento do sujeito e

Seguindo essa vertente, chegamos a interrogar o diagnóstico menos como uma descrição objetiva e mais como uma operação descritiva do analista, em que a nomeação da estrutura do paciente incide sobre a conduta do tratamento em vários

níveis. Este tipo de diagnóstico pode permitir ao analista manter no horizonte a produção de uma verdade singular e a emergência de uma história única. Deste ponto de vista, as categorias diagnósticas clássicas da psiquiatria perdem em muito sua significação, devendo ser novamente situadas tanto em seu estatuto quanto em sua função (Figueiredo & Machado, 2000, p. 67).

Assim, percebe-se que Freud seguiu, de certa forma, a tradição médica por iniciar seus estudos sobre a saúde a partir da psicopatologia, ou seja, buscou encontrar como uma pessoa *normal* funcionava partindo daquelas que sofriam (Medeiros, Bernardes e Guareschi, 2005). No início de seus estudos, ele acreditava em uma origem orgânica da psicose, contudo, ele inseriu a subjetividade do indivíduo como coautor de seu sofrimento e não apenas produto de um desequilíbrio cerebral.

Apesar do desenvolvimento de uma teoria da psicose, Freud não deixou bases para a clínica psicanalítica dessa estrutura e excluiu os *psicóticos* da análise por acreditar que eles não investiam no mundo exterior e por isso não realizavam transferência (Nasio, 2001).

Foi em Melanie Klein que a *análise de psicóticos* começou a ser desenvolvida, usando os mesmos moldes daquela usada em neuróticos, colocando a interpretação da neurose de transferência como central no *setting* (Zimmerman, 2004). Porém, para Zimmerman (2004) há uma diferença básica entre uma clínica psicanalítica para neuróticos e psicóticos e no que concerne a função do analista: para os neuróticos, enquanto estrutura, eles teriam capacidade de formular seus sentidos; já para os psicóticos, é o psicanalista que nomearia e significaria a angústia.

Sobre a postura analítica, o clínico deve conter alguns atributos básicos correspondentes àqueles que falharam na constituição do sujeito. Um ponto importante seria o de assumir a *função da maternagem*, além de uma *função continente*, nas quais estão inclusas a empatia, a paciência, o cuidado, a escuta das demandas – mais do que o atendimento delas.

Assim, o analista aos poucos é introjetado como um novo modelo de identificação, sendo a partir da *atividade interpretativa* que o paciente começa a significar seu vazio primordial (Zimmerman, 2004).

2. Sintomatologia e Classificações atuais

A despeito de a psicanálise ter desvinculado a ideia da psicose como uma condição orgânica, atualmente, o diagnóstico tende a ocorrer nos moldes dos manuais psiquiátricos, destituindo o saber psicológico. Ao buscarem ser atóricos e se basearem somente em evidências empíricas e estatísticas, tanto o CID-10 (1993) quanto o DSM-IV-TR (2002) excluíram a história da psicopatologia. Resende e Calazans (2013) tecem uma crítica a esses manuais diagnósticos por compreenderem que eles buscam eliminar o saber psicanalítico dos psicodiagnósticos, tornando a classificação puramente psiquiátrica. Tendo a psicanálise excluída, significa que o cuidado e a gênese dessas condições tornam-se focadas na organicidade, mesmo que a causa da esquizofrenia seja desconhecida (Sadock e Sadock, 2007).

De acordo com esses manuais, a psicose é entendida como uma categoria sintomatológica, que inclui, basicamente, comportamentos ou crenças que não são compartilhadas socialmente e que trazem sofrimento e/ou colocam em perigo o indivíduo ou outros, com sua principal manifestação nosológica a esquizofrenia (Carvalho e Costa, 2010).

Tais comportamentos ou crenças podem se manifestar a partir dos sintomas psicóticos tanto positivos (delírio, alucinação, comportamento bizarro, discurso desorganizado) quanto negativos (embotamento afetivo, alogia ou avolição). Para o DSM-IV-TR (2002), as alucinações correspondem a uma percepção que apresenta a sensação de uma realidade, mas não há estimulação externa – como escutar vozes com a convicção que são oriundas de uma

realidade física. Os delírios se referem a uma falsa crença acerca da realidade externa, de forma a não ser compartilhada por outras pessoas.

Assim, para o DSM-IV-TR (2002), os sintomas psicóticos são delírios, alucinações, fala desorganizada, comportamento altamente desorganizado ou catatônico. Vale ressaltar que para ser diagnosticado corretamente, segundo esse manual, é necessário que se observe uma disfunção ocupacional/social, isto é, um prejuízo nas principais áreas de funcionamento, seja no trabalho, relações interpessoais ou autocuidado ou mesmo o fracasso em atingir o nível esperado de desempenho interpessoal, acadêmico ou ocupacional (DSM-IV-TR, 2002). Caso os sintomas não estejam totalmente claros, seria importante observar a duração, bem como o diagnóstico diferencial com outras condições que teriam sintomas semelhantes como, por exemplo, uma depressão com sintomas psicóticos de um transtorno esquizoafetivo. Por fim, seria necessário a exclusão de Substância/Condição clínica geral para que se diagnostique uma *doença mental*.

Já para o CID-10 (1993), o que se aproximaria de uma psicose está dentro da categoria F20 até F29: esquizofrenia, distúrbios esquizotípicos e delirantes. Essas condições têm como base a perda do juízo da realidade e o não compartilhamento das crenças pela cultura em que o sujeito está inserido.

A partir desses dois sistemas classificatórios, amplamente usados no diagnóstico e tratamento desse fenômeno, é possível perceber que a condição de doença está relacionada a um funcionamento esperado dentro da normalidade e da manutenção da produtividade, sendo esse um dos critérios para o diagnóstico – mas, a psicose, em si, não tem uma definição concreta. A título de exemplificação, o termo “psicótico”, no DSM-II e CID-9 correspondia a qualquer transtorno que trouxesse prejuízo na capacidade de atender às demandas habituais da vida (DSM-IV-TR, 2002).

Retomando a breve discussão sobre normalidade anteriormente colocada, percebe-se como o normal burguês ainda se encontra como base para definir o desviante, na qual “a produtividade econômica e utilidade prática são consideradas os principais padrões de referência de identidade para os indivíduos” (Miskolci, 2003, p. 113). O sofrimento só é passível de intervenção se tornar o sujeito *anormal*, em um sentido de produtividade.

A cura, então, segue a ideia médica que seria o retorno às atividades, a readaptação (Silveira e Braga, 2005) e supressão dos sintomas, posto que não se sabe a causa orgânica. Na maioria das vezes, é feito por meio de tratamento farmacológico (Sadock e Sadock, 2007). Curar significa o retorno ao considerado normal.

É interessante inserirmos, nesse ponto da discussão, o DSM-V (2013) e sua nova classificação das psicoses. A partir da reformulação do DSM-IV-TR (2002), esse novo manual diagnóstico, lançado em 2013, tem por objetivo fornecer classificações mais baseadas cientificamente para uma melhor aplicação e pesquisa (DSM-V, 2013). Dentre as diversas mudanças e inclusões de novas doenças, o critério diagnóstico da esquizofrenia se altera, estando na seção “espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos”.

A característica principal da psicose nesta nova classificação é “anormalidades em um ou mais de cinco domínios a seguir: delírios, alucinações, pensamento (discurso) desorganizado, comportamento motor grosseiramente desorganizado ou anormal (incluindo a catatonia) e sintomas negativos” (DSM-V, 2013, p. 87), retirando a catatonia como um sintoma. Sobre o diagnóstico da esquizofrenia em relação ao DSM-IV-TR (2002), além do abandono da diferenciação em subtipos da esquizofrenia, há a retirada da exceção com relação ao Critério A – no DSM-IV-TR (2002) havia a possibilidade de diagnóstico caso um sintoma do critério A correspondesse a delírios bizarros ou alucinações auditivas em que vozes realizavam comentários sobre a pessoa ou conversassem entre si. Nesses casos, não

seria mais necessário outros sintomas. O motivo dessa retirada foi por considerar que delírios bizarros esbarrariam em questões culturais e a definição de sintomas clássicos é pouco específica (Araújo e Neto, 2014).

Mesmo com os avanços da medicina, não há testes que comprovem a presença ou não dessas condições (Sadock e Sadock, 2007; Silva, 2006). Há algumas teorias etiológicas, destacando-se a teoria genética e a dopaminérgica, embora nenhum achado seja conclusivo (DSM-V, 2013; Silva, 2006). Apesar disso, o saber médico continua buscando suas origens biológicas, por entender que a psicose é uma desordem orgânica. Ao focar-se nessa questão, o discurso que se veicula é que o sujeito não tem autonomia dentro de sua *doença*,

(...) desautorizando qualquer intencionalidade humana que o mesmo tenha sobre seus atos. Poder sobre os atos, que, não pertencendo mais ao sujeito, são controlados por técnicas, tanto asilares quanto químicas, de contenção, ou com vistas à restituição desse poder – que ele perdeu para as forças advindas de um orgânico fora da normalidade natural (Júnior e Medeiros, 2007, p. 76).

Dessa forma, apesar de ser incluída como um saber médico, o diagnóstico é baseado no juízo do profissional perante a história psiquiátrica e do exame do estado mental. Silva (2008) acrescenta que

O diagnóstico, simplesmente, não responde à questão do que é uma patologia, ele apenas estabelece, a partir de critérios legitimados por um discurso específico, a inserção de determinadas manifestações em tipologias de forma a orientar uma atuação. O que interessa em um diagnóstico é a validade dos critérios que conduzem a ele (p. 142).

Ainda sobre essa discussão, Figueiredo e Tenório (2002) apontam para os perigos do que eles chamam de *triumfalismo da psiquiatria biológica*. Segundo os autores, isso ameaçaria a clínica psiquiátrica de uma simples aplicação de equivalência entre os sintomas que são observados e aqueles descritos nos manuais, que clamam serem ateóricos, o que, como vimos, abstrai o sujeito de sua própria condição.

Estes autores chegam à conclusão de que um psicodiagnóstico decorre de uma ideia da função da própria clínica e, ao mesmo tempo, indica os limites do tratamento. Se, para

algumas formas de praticar a psiquiatria, a intervenção é somente farmacológica, a supressão dos sintomas e a restauração de um normal biológico seria o objetivo; já para a psicanálise, um diagnóstico estrutural direcionaria a conduta do analista.

Assim, o ato de diagnosticar está inserido dentro de práticas científicas e sociais aceitas, não sendo, portanto, neutro ou ateuórico. Um exemplo disso é a epidemiologia da esquizofrenia quando relacionada aos estudos de gênero, que ocorre com mais frequência em homens do que em mulheres, enquanto o transtorno esquizoafetivo aparece mais em mulheres. Percebe-se o engendramento: enquanto é esperado que o homem seja mais agressivo, a mulher é vista como mais afetiva (Narrow, 2008; Phillips e First, 2008).

Outro exemplo é que, antes do DSM-III, os Estados Unidos, que seguiam as ideias de Bleuler, tinham duas vezes mais diagnósticos de esquizofrenia do que a Europa, que adotava Krapelin como referência. Depois da padronização, a incidência se tornou mais proporcional (Sadock e Sadock, 2007).

Tais exemplos retomam a discussão de que não é possível compreender as *doenças mentais*, e dentro delas a *psicose*, sem levar em consideração o aspecto social também da ciência, como uma construção de saber que não é neutra. Danzinger (1994) aponta que o que mantém os pesquisadores juntos não é apenas o compartilhamento de temas ou a neutralidade nas relações, mas também laços de poder e conflito. A construção de conhecimento dentro da psicologia, nesse sentido, só encontra lugar se for reconhecido pelos pares, ou seja, essa construção só tem legitimidade a partir de um saber que é compartilhado dentro da comunidade.

Nesse sentido, Berrios e Porter (2012) afirmam que o grande desafio da psiquiatria tem sido buscar um substrato orgânico definitivo para cada condição de desequilíbrio, mas

apontam que um fato natural não existe independente de sua significação cultural. Partindo dessa crítica, os autores citam duas metáforas, em que

Uma mostra o clínico catalogando espécies (doenças) em um jardim (isto é, assumindo a invariância ontológica); a outra vê o clínico como um escultor esculpindo formas de matéria informe, isto é, criando “formas clínicas”. A perspectiva do jardim encoraja a busca de um “descobridor”, o qual com sua potente mirada supera todas as descrições enganosas. A abordagem criacionista requer que a visão que guia o escultor seja “contextualizada” (p.426-427).

Isso reitera a questão social da ciência, em que, mesmo que se localize organicamente a definição da psicose, isto estaria sujeito a transformações e novos olhares. Como o trecho acima sugere, a busca por uma realidade única nessas vivências humanas reforça a ideia de uma invariância ontológica tanto do ser humano quanto do contexto social, um pensamento impossível de adoção. Essa postura crítica de *des* e *re-construção* àquilo que é dado é a que adotamos nesse trabalho. Para Holanda (1998)

o grande erro da psiquiatria tradicional, que impregnou e ainda impregna de sobremaneira o pensamento psicopatológico atual, é desconsiderar a globalidade do indivíduo enquanto uma realidade interativa e interatuante, e, pois, fundamentalmente dinâmica e dialética, para considerar a patologia como algo meramente individual e intrapsíquico, quando não intraorgânico (p. 31).

Nesse sentido, buscamos, para além do dualismo cultural-orgânico, chegar a uma compreensão que abarque todas facetas quanto possíveis, posto que a própria GT objetiva uma visão holística dos fenômenos. Vimos que há diferentes conceituações e que nenhuma parece ser totalmente satisfatória (Costa, 2003). Talvez nunca cheguemos a uma verdade única frente a um tema tão diverso. É inegável que há uma base biológica, como, por exemplo, diversas pesquisas médicas apontam a baixa de dopamina como algo comum à maioria das pessoas que experienciam o que se conhece como psicose (Sadock e Sadock, 2007). Afinal, é algo que acontece no corpo e esse corpo também é biológico.

Por outro lado, temos a teoria psicanalítica, que entende a psicose como produto de traumas na mais tenra infância, seja pela forclusão do Nome-o-Pai em Lacan (1985), pela

cisão entre o seio bom e o seio mau na teoria kleiniana (Klein, 1946/1991) ou como uma falha no ambiente, como dito em Winnicott (1952/1978). Diversas são as aproximações psicanalíticas e são vários autores que buscaram explicar a psicose.

Dessa forma, chegamos a um ponto central: o da imprecisão do conceito de psicose e a dificuldade em se dizer, com exatidão, a que se refere esse termo. Não há uma psicose, mas *psicoses*. Como ponto de partida, Costa (2013) aponta que “podemos dizer que a característica central do que se chama psicose é a perda do teste da realidade, evidenciado pela presença de distúrbios da percepção (alucinações, distúrbios do pensamento e delírio)” (p. 85).

A característica mais marcante na psicose, então, é a alteração do juízo de realidade, incluindo-se, como possíveis sintomas, o delírio, a alucinação e a mania (Tatossian, 2006). Campbell (1986, em Costa, 2003) resume alguns critérios que caracterizariam, também, a psicose: gravidade (é uma condição mais desintegradora), grau de retraimento (paciente se afastaria de suas relações), afetividade (as emoções se tornam diferentes), intelecto (há perturbação na cognição), regressão (retorno a níveis mais básicos de comportamento).

Enriquecendo essas reflexões, Lopes (2001) aponta que as psicoses trariam dois componentes centrais: o da despersonalização e o da desrealização, ou seja, se fundaria nas alterações do próprio eu e no conhecimento do mundo.

Neste capítulo, falamos sobre a construção do conceito de psicose e, além disso, compreendemos como não podemos entendê-la sem ter um olhar crítico às práticas vigentes. Se o que se pensa sobre as psicoses define e determina a forma de intervenção e, por vezes, o destino da pessoa que experiencia uma vivência psicótica, ela se inscreve em um campo político e social. Entretanto, acreditamos que o problema não está no ato em si, mas no *diagnosticar* sem um cuidado e um pensamento crítico. Sem pensarmos na dimensão social e

em suas consequências, recorreremos no erro da universalização e naturalização, impossível no fenômeno humano.

Apesar das diversas críticas tecidas, o psicodiagnóstico tem a importância de trazer um fenômeno para uma linguagem comum entre os profissionais, mas que precisa estar sempre a favor da pessoa. É necessário que seja pensado e questionado de forma processual e não somente estrutural. Talvez o que precisamos atentar é a sua finalidade: a quem serve? É para o cuidado do sujeito? Qual o objetivo? Como é realizado o diagnóstico?

Um brevíssimo exemplo é um caso clínico que acompanhamos em outro momento (ver Albo e Costa, 2013). No estudo em questão, a cliente havia tido uma *crise* em sua adolescência, na qual ela relata que estava sofrendo com o que as pessoas diziam e faziam com ela e resolveu falar, de modo agressivo, tudo o que achava de todos. Foi internada prontamente e diagnosticada com Transtorno Bipolar, medicada e atendida com base nesse diagnóstico.

Se ela perdeu a *razão*, ficou *louca*, se de fato a vivência foi de uma ordem da patologia nós não sabemos. O que sabemos é que esse episódio afetou toda a sua vida e por anos ela foi conhecida como a estranha da família, aquela frágil e com problemas. Certo dia, ela me perguntou se era possível o diagnóstico estar equivocado, como se a primeira pessoa que a diagnosticou estava errada e ela pegou isso para sua vida; outras vezes, não acreditava que havia *essa coisa de bipolar*, que ela tinha que parar de colocar a culpa do fracasso da sua vida nisso. De fato, esse diagnóstico a excluiu, operacionalizou suas relações com as pessoas e com o mundo. Calou-a diversas vezes pelo medo do estigma, do discurso deslegitimado, afinal ela era *louca*, *não tinha mais voz* que pudesse fazer sentido para os demais.

Ao decidirmos que ela tinha uma demanda que a caracterizava como cliente do GIPSI, havia um diagnóstico implícito, porque atendemos a ela e recusamos outras pessoas em outros

tipos de sofrimento. Entretanto, nunca a cuidamos com base nessa crença, de que ela era *doente*: buscamos sua humanização, demos voz a suas vivências e questionamentos.

Dessa forma, o que criticamos é uma postura pautada exclusivamente no diagnóstico e não no humano, uma classificação que não serve aos propósitos da pessoa que sofre, mas da sociedade que se incomoda com o diferente, de uma ciência pautada na predição e controle do *fora do normal*. Parece que o próprio rótulo viria antes da pessoa, adjetivando-as como *esquizofrênicos, psicóticos, loucos* – e foram inúmeras pessoas e famílias que chegaram ao GIPSI desacreditadas porque seus filhos, irmãos, maridos, mães foram diagnosticados com uma doença mental incurável - e não como seres humanos que, em certo momento de sua vida, experienciam vivências conhecidas culturalmente como esquizofrenia ou psicose.

Diante das dificuldades de se compreender teoricamente a psicose, frente a sua multiplicidade de conceitos, que prestam mais um desserviço para a pessoa em sofrimento do que algum auxílio, uma saída para esse impasse seria a adoção da proposição realizada por Costa em diversos estudos (2003; 2010; 2013; 2014), que é a da abordagem de um *sofrimento psíquico grave*, que pode ser melhor explicitada:

Assim, entendemos o sofrimento psíquico como sendo: *a)* algo essencial e inerente a todo ser humano; *b)* que se constrói e é expresso nas relações (afetivas, sociais e culturais); *c)* que demanda delimitação em cada particularidade; *d)* é simbolizado de forma diferente em cada sujeito, e *e)* que, portanto, no caso do sujeito “*tido como psicótico*”, existe uma particularidade a ser entendida, estudada e respeitada, além de demandar o desenvolvimento de formas de dar continência, apoio e cuidado (...) deve ser entendido de forma a pensarmos como *sofrimento* algo essencial do humano, o *psíquico* que não é só da ordem do orgânico (sendo, portanto, também da ordem do afeto) e o *grave* para enfatizar a sua intensidade e, em geral, de difícil manejo comum. Esta forma de delimitar nos remete a uma possibilidade de cuidar da crise psíquica como um acontecimento essencialmente fenomenológico e não apenas sintomatológico ou nosográfico, oferecendo no cuidado desta, um processo de possibilidades de estruturação e uma necessidade de estar ao lado do sujeito que sofre, seja em que intensidade for (Costa, 2013, p. 40-41).

A utilização dessa terminologia implica um esforço em ir além das descrições rasas nosográficas e buscar a compreensão com base mais próxima à fenomenológico-existencial da

compreensão do sofrimento humano, de um extremo do suportável ao desorganizado (Costa, 2013).

Além disso, de acordo com outro ponto que tratamos nesse capítulo, que foi o da imprecisão e dificuldade de delimitação do que seriam as psicoses, o diagnóstico sofre limitações de validade e, portanto, aplicação (Costa, 2003). Em todas as definições históricas, a principal herança para a psicose, atualmente, é a ideia de negativo, de incapacidade, de déficit, de falta. Parece não haver foco nas capacidades saudáveis do indivíduo. Silveira e Braga (2006) afirmam que “é preciso, antes de tudo, que se execute uma reelaboração de concepções, de dispositivos e das formas encontradas para que se possa relacionar com a loucura. Caso contrário estar-se-á apenas repetindo as relações antimanicomiais em outros espaços” (p. 594).

Várias foram – e são – as críticas em relação à teoria psicanalítica que, pela riqueza de autores, acaba por se perder em uma unificação da compreensão da psicose. A própria GT nasce das críticas realizadas à psicanálise, principalmente a freudiana. Fato é que a psicanálise já se transformou muito desde Freud, porém até hoje se vê em autores *gestaltistas* que insistem em validar sua abordagem atacando a psicanálise, sem um conhecimento aprofundado e com olhares tendenciosos. Acredito que a GT já se estabeleceu enquanto abordagem psicoterápica e não precisamos mais realizar esse esforço de se alicerçar em críticas, pois ambas são irmãs próximas, mas com maneiras de pensar e cuidar diferentes.

Tais desconstruções foram necessárias, também, para abrir caminho para uma maior apreensão de como a GT compreende as psicoses, que foge das construções psiquiátricas e psicanalistas. Epistemologicamente, ambos os campos parecem não fazer sentido dentro da GT: enquanto a psicanálise se foca em buscar a estrutura e a origem dessa condição em um passado, para a GT o trabalho se foca no processo da vivência tal qual ocorre no aqui-agora, não trabalhando com a noção de estrutura, mas de processo; já a psiquiatria tem um olhar

biológico, compreendendo as psicoses como produto de desequilíbrios no corpo, enquanto a GT se foca no organismo como um todo interligado. Psiquiatria e psicanálise buscam uma origem, uma causa, uma estrutura o que nunca fora o objetivo da própria GT, que olha o processo, a vivência imediata.

Abarcamos, criticamente, as visões mais influentes que buscaram compreender e que fundamentaram a crença do que seriam as psicoses. Foi necessário compreender esses dois paradigmas mais utilizados na compreensão desse tema para entendermos que não fazem sentido dentro da GT, o que buscaremos ampliar nos próximos capítulos.

Capítulo II – GESTALT-TERAPIA: REVISITANDO AS BASES

“Nossa verdade, em gestalt-terapia, é apenas temporária”.

Erving & Miriam Polster

Não só na Gestalt-terapia, mas nas abordagens da psicologia em geral, é necessário sempre uma atualização e o desenvolvimento de novos olhares para as transformações dos fenômenos. É nesse contexto de mudança que a GT surge, marcando o rompimento com o paradigma psicanalista e comportamentalista veiculado em sua época, trazendo uma nova visão de pessoa (Ginger & Ginger, 1985). Falaremos um pouco da história da GT tão somente, por questões de concisão, a partir de três nomes que julgamos importantes para o desenvolvimento dessa abordagem: Fritz Perls, Laura Perls e Paul Goodman. Por mais que as ideias primeiras dessa abordagem estejam presentes na prática atualmente, como nos afirmam os Polster (2001), a verdade em GT é sempre temporária, está sempre em construção, pois relaciona-se intrinsecamente com o campo.

Antes, entendemos ser importante levantar algumas críticas à falta de coesão e de estudos epistemológicos dentro da Gestalt-Terapia, como nos alerta Holanda (2005). Este autor levanta considerações sobre como a teoria e a prática gestáltica não podem estar dissociadas de um levantamento epistemológico lógico e de uma fundamentação sólida, pois tais alicerces direcionam a forma de se pensar a pessoa e o mundo.

Pensar nas filosofias e teorias de base como simplesmente *dadas* faz com que incorramos no erro de uma *pseudofusão*, nas palavras de Holanda (2005), à “associação pura e simples de uma variedade imensa de técnicas sem a devida reflexão acerca das suas possibilidades de adequação epistêmica aos pressupostos básicos e à visão de mundo *gestáltica*” (p. 23). Além disso, Robine (2006) afirma que, para compreender e estabelecer a

Gestalt-terapia enquanto abordagem com uma epistemologia firme e que sustente os rompimentos realizados por Perls e Goodman, seria necessário se apoiar nos trabalhos epistemológicos contemporâneos, como o pensamento complexo de Morin ou a teoria quântica.

Apontamos alguns livros brasileiros que visaram clarear essa questão, como o Dicionário de Gestalt-Terapia (D'Acri, Lima, Orgler, 2007), que, a partir de verbetes associados à abordagem, buscou definir alguns conceitos básicos e clarificar as bases teóricas e filosóficas; Gestalt-Terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas (Frazão & Fukumitsu, 2013), que realizou uma releitura epistemológica a partir das dificuldades e falhas encontradas atualmente em GT; Gestalt-Terapia e contemporaneidade (Holanda & Faria, 2005), que lançou luz a diversos temas controversos dentro de GT e buscou realizar críticas aos alicerces dessa abordagem; e o Gestalt-Terapia: Refazendo um caminho (Ribeiro, 1985), livro pioneiro do estudo das bases teóricas e filosóficas de GT no Brasil, clarificando e apontando essas influências dentro da abordagem.

Como vimos no capítulo anterior, a forma de se pensar psicose orienta as intervenções, pois refletem uma visão de homem e mundo da abordagem. Assim, se faz mister uma reflexão crítica e aprofundada das filosofias e bases da GT, empreendimento este que não poderá ser completamente realizado aqui, afinal demandaria um alcance fora do intento do presente trabalho. É um desafio prosseguir sem resolver essa encruzilhada epistemológica, mas espero que esse questionamento abra espaços para reflexões futuras no campo.

De posse dessa crítica, buscaremos contextualizar brevemente as filosofias de base (humanismo, existencialismo e fenomenologia) e as teorias de base (Psicologia da Gestalt, Teoria do Campo, Teoria Organísmica e Holística). Sabemos, contudo, que a GT não é apenas construída sobre esses alicerces, mas essas são as que melhor foram tratadas ao longo dos

estudos da abordagem. Não buscaremos entrar em detalhes aprofundados de cada uma, posto que este trabalho já fora realizado por diversos autores (Ribeiro, 1985; Holanda, 2005; Yontef, 1998; Ginger & Ginger, 1987), mas apontaremos as principais influências dessas teorias na GT.

O objetivo dessa contextualização histórica, teórica e filosófica é, neste estudo, para que compreendamos a visão de pessoa que a Gestalt-Terapia traz, bem como ela entende o funcionamento do ser humano, pois essa será a base para o avanço no estudo da psicopatologia em GT.

1. Contextualização do Nascimento da Gestalt-Terapia

A Gestalt-Terapia (GT) é uma abordagem de cunho fenomenológica-existencial, com o livro *Gestalt therapy: excitement and growth in the human personality* (1951) considerado o marco do surgimento, tendo como autores Perls, Hefferline e Goodman (a partir de agora referidos como PHG). As raízes dessa abordagem estão na própria história de Fritz e Laura Perls e de suas divergências da psicanálise freudiana no livro “Ego, Fome e Agressão”, que, em 1942, na primeira edição, constava o subtítulo de uma “Revisão da teoria e do método de Freud”, mudado para “The beginning of Gestalt-therapy” em 1969. De fato, este livro trouxe algumas das bases da GT como a importância do presente e do corpo, a utilização de uma abordagem mais sintética que analítica, a contestação da neurose de transferência, do inconsciente, do primado da sexualidade infantil e da libido, além da importância da agressão para o desenvolvimento saudável (Müller-Granzotto e Müller-Granzotto, 2007). Ou seja, o rompimento com a psicanálise freudiana já havia começado anos antes.

Foi com a chegada do casal Perls nos Estados Unidos, em 1946, que as inquietações e divergências da psicanálise foram amadurecendo até culminarem no lançamento do livro inaugural, pensado juntamente com o Grupo dos Sete, formado por Fritz e Laura Perls, Paul

Goodman, Paul Weiz, Isadore From, Elliot Shapiro, Sylvester Eastman – mais tarde Hefferline (Ginger & Ginger, 1985).

O contato com Paul Goodman, importante escritor, poeta, crítico social e anarquista, fora decisivo para o desenvolvimento da GT, pois ele deu forma às ideias rascunhadas por Fritz na África. De acordo com Laura, sem Goodman a Gestalt nunca teria um corpo teórico (Perls, 1992). Goodman imprime seu tom de crítica política e social na Gestalt-terapia, buscando o retorno da espontaneidade humana para uma melhora na sociedade (Stoehr, 1997). Além disso, o autor acreditava que a sociedade vigente impedia que os jovens desenvolvessem sua máxima capacidade (Goodman, 1960), que se reflete nos preceitos da abordagem, como a busca pelo crescimento, pela espontaneidade, ao se conhecer aquilo que se é.

Apesar de diversas vezes não ser citada, Laura Perls tem influência importante no desenvolvimento da GT, já que trabalhara durante muito tempo com Wertheimer, da Psicologia da Gestalt, e com Goldstein, da Teoria Organísmica. Sempre fora envolvida com dança e tocava piano desde criança, trazendo essa influência também para a abordagem. Além disso, era leitora ávida de Kierkegaard, Heidegger e Husserl (Frazão, 2013). Mesmo ainda se considerando psicanalista, atendia face a face e possuía uma postura mais acolhedora do que incisiva (Juliano, 2004).

Assim, a GT começa a se popularizar, principalmente por conta dos workshops oferecidos por Fritz em suas viagens de divulgação da abordagem. Sua atuação era descrita como mágica: anos de traumas não resolvidos pela psicanálise eram prontamente solucionados em apenas uma demonstração da técnica da GT (Ginger & Ginger, 1985). Juliano (2004) afirma que era ele quem ia abrindo caminho, enquanto os outros gestaltistas pavimentavam com teoria a prática por ele realizada.

A partir disso, se formam duas correntes distintas dessa abordagem: a dos workshops, da prática, da irreverência, inquietude, muito bem representada por Perls; e, por outro lado, havia aqueles que se preocupavam com o aprofundamento teórico, que era restrito a Nova Iorque e pouco disseminado, com Laura, Isadore From e Goodman (Frazão, 2013). Talvez por isso as bases epistemológicas da GT, por vezes, foram acusadas de ser apenas uma colcha de retalhos sem coesão.

Isso se reflete nas formas de fazer e pensar a Gestalt-terapia. Aylward (1999) aponta como o pensamento de Perls e Goodman diferem, por exemplo, na constituição da subjetividade: enquanto Fritz é mais individualista, focando-se na capacidade inata das pessoas se autorregular e de se constituírem, Goodman dá importância para a cultura e as relações no processo de subjetivação (Aylward, 1999). Esses diferentes enfoques não geram, contudo, uma falta de coesão, mas uma complementação e ampliação do pensamento gestáltico.

Apesar dessas divergências, o fato é que a GT surge como uma das abordagens humanistas, trazendo uma visão de pessoa que diferenciava da psicanálise e behaviorismo, correntes que eram muito deterministas na época. Assim, um dos preceitos básicos da GT era o de buscar, primordialmente, o crescimento e desenvolvimento da pessoa pela valorização da liberdade e saúde.

2. Bases Filosóficas

2.1. Fenomenologia

A fenomenologia, historicamente, nasce com as ideias de Husserl, que empregou esforços para resolver a crise da filosofia e das ciências do homem (Dartigues, 2003; Cerbone, 2013), a qual se torna uma epistemologia, um método e uma filosofia (Holanda, 2014), já que

o método utilizado em sua época não dava conta de uma dimensão da realidade vivida, pois falava dela sem, contudo, explicá-la (Amatuzzi, 2009; Moreira, 2010). A fenomenologia husserliana se opõe, então, a qualquer forma naturalista, cientificista ou reducionista, que se afastaria do objetivo de *desvelar* o sentido (Moreira, 2010). Gonçalves, Garcia, Dantas e Ewald (2010) completam que:

Husserl partiu de uma crítica da metafísica, e de uma crítica do positivismo, para constituir uma abordagem epistemológica e uma ontologia fundamentadas não em pressupostos teóricos, mas na própria vivência de consciência prerreflexiva do sujeito cognoscente, em sua correlação intrínseca com o mundo. Elege assim a vivência de consciência pré-reflexiva do sujeito cognoscente como o critério de produção do conhecimento (p. 403).

Assim, para Husserl, o homem poderia chegar a conclusões acerca do conhecimento se renunciasse às atitudes naturais, ou seja, se considerasse a experiência em si mesma, sem levar em consideração seus julgamentos de valor (Amatuzzi, 2009). Para tanto, seria necessário empreender a tarefa de reduzir a realidade para se voltar às coisas mesmas, em um método integrativo e não dissociativo, o qual seria chamado de redução fenomenológica (Holanda, 2014).

Com esse intuito, é necessário colocar entre parênteses as crenças do mundo exterior, a fim de se concentrar apenas na experiência em foco, ou seja, realizar a *époché* (Cerbone, 2013). A partir dessa atitude, o fenômeno se desvela e, para Husserl, isto se relaciona tanto com o *aparecer* quanto *àquilo que aparece* (Galeffi, 2000). Assim, a fenomenologia é uma tentativa de descrição direta da experiência tal como ela é, sem levar em conta a gênese psicológica e as explicações causais do cientista (Forghieri, 1993).

Esse retorno às coisas mesmas é tido como uma atitude transcendental (Galeffi, 2000) e traria a consciência como uma atividade constituída de atos ou *noesis* e, assim, *toda consciência é a consciência de algo* (Amatuzzi, 2009). A intencionalidade seria a forma de a

consciência atribuir sentido para a realidade e não mais faria sentido revelar o mundo, mas desvelar seus sentidos para a consciência (Forghieri, 1993; Holanda, 2014). É por meio da intencionalidade que as ideias ou objetos se tornam vivências da consciência, sendo que a definição do objeto só pode se dar por meio de sua relação com a consciência e vice-versa (Gonçalves et al, 2008). Segundo Ribeiro (1985),

A consciência é livre, é ativa, cabe a ela dar sentido (intenção) às coisas. Ela não é um mero depósito de imagens e representações de objetos que agiriam sobre os nossos sentidos. Não são os objetos do mundo exterior que criam as imagens na consciência, mas é ela que dá sentido ao que existe na realidade objetiva. (...) Estar consciente de algo, portanto, é ter refeito ou descoberto toda a linha da intencionalidade da relação sujeito-mundo (p. 52).

Um objeto só se torna um fenômeno quando é intuído, trabalhado e ao mesmo tempo, essa consciência só existe para o objeto, havendo, então, uma correlação entre consciência-objeto (Ribeiro, 1985). Este autor afirma que “tudo aquilo de que a consciência toma conhecimento de uma maneira intencional pode ser chamado de fenômeno e se torna uma significação para a consciência” (p. 51). Não se questiona, pois, a existência ou não das coisas percebidas, pois o mundo só toma significado na consciência e o objeto jamais será um objeto em si, mas algo percebido (Moreira, 2010). Ao mesmo tempo, isso não quer dizer que o objeto está contido na consciência, mas que ele só tem sentido quando intencionado por uma consciência (Dartigues, 1992).

Então, os fenômenos são sempre dotados de uma essência, isto é, de um sentido para a consciência (Dartigues, 1992). A intuição das essências para Husserl seria a “descrição das estruturas do aparecer de qualquer fenômeno” (Fontana, 2007, p. 168), ou seja, o próprio *ser* do fenômeno: é a partir dessa intuição que se chega à ontologia husserliana. Ainda sobre a essência, Dartigues (1992) resume que

Tradicionalmente, a essência responde à questão: *o que é o que é?* Esta questão pode ser colocada a propósito de qualquer fenômeno e, se não a colocamos, é porque já

estamos assegurados de sua essência ou porque ao menos acreditamos estar. Não existe, com efeito, nenhum fenômeno do qual possamos dizer que ele não é nada, pois o que não é nada não é (...) todo fenômeno tem uma essência, o que se traduzirá pela possibilidade de designá-lo, nomeá-lo, isso significa que não se pode reduzi-lo à sua única dimensão de fato, ao simples fato que ele tenha se produzido. Através de um fato é sempre visado um sentido (p.16).

Para intuir essa essência do fenômeno, seria necessário um total afastamento do mundo e partir de um campo puro. A fenomenologia, então, seria a “ciência da essência do conhecimento, ou melhor, a Fenomenologia Transcendental” (Galeffi, 2000, p. 15). Se a consciência se correlaciona com o próprio objeto percebido, por meio da redução fenomenológica seria possível conhecer a consciência enquanto consciência. Ao realizar essa afirmação, Husserl conclui que o ser humano encontra-se sempre em relação, imerso no mundo, enquanto a redução fenomenológica seria uma forma possível de sair da alienação e chegar ao transcendental (Lyotard, 1954).

A essência do objeto está sempre interdependente da significação dada por certa consciência e, assim, não há uma existência própria senão no ato da consciência: não há um objeto em si, mas aquele que é apreendido, percebido, intuído; “perceber um objeto é intenciona-lo e torna-lo significativo” (Gonçalves et al, 2008, p.407). Não existe uma verdade absoluta, mas um movimento, um devir (Lyotard, 1954) e, assim, objeto e consciência se definem a partir da correlação entre eles e o estudo da fenomenologia seria para revelar como “significados e sentidos são constituídos na experiência” (Cerbone, 2013, p. 64).

Para que se conheça o fenômeno, seria necessário empreender uma atividade de regressão, de limpeza apriorística até chegar a *Lebenswelt*, que seria o mundo onde o sujeito recebeu passivamente os sentidos do objeto (Lyotard, 1954). Ao chegar nesse ponto, o ego transcendental, que é aquilo que doa intenção e significação, pode se restituir como o doador de sentido autêntico, recuperando o mundo como a própria realidade do constituinte (Dartigues, 1992).

A partir dessa atitude fenomenológica, o próprio mundo se revela como um fenômeno e não mais algo em si mesmo, no qual seu sentido é construído a partir da *vivência*, do ser-no-mundo. A correlação consciência-mundo, então, é o produto da redução fenomenológica e não o sujeito puro, o que faz com que o objetivo seja conhecer a forma que esse mundo se dá na consciência antes da elaboração conceitual (Dartigues, 1992).

Em seu idealismo transcendental, Husserl busca um método sem qualquer *a priori*, uma proposta impossível para a psicologia e psiquiatria (Moreira, 2010). Apesar disso, foi de grande valia por desprender a psicologia do método positivista da ciência. Segundo Gonçalves et al (2008),

A Fenomenologia possibilitou à Psicologia uma nova postura para inquirir os fenômenos da existência, já que procura abordá-los a partir daquilo que se manifesta por si mesmo, não se preocupando em explicá-los a partir de conceitos prévios, crenças ou afirmações, mas sim, pretende abordá-lo diretamente, interrogando-o, tentando descrevê-lo e procurando captar sua essência. A fenomenologia se apresenta como uma postura mantida por aquele que indaga. (p. 408).

A consequência desses estudos para a psicologia foi libertação da busca de uma verdade universal sobre o comportamento humano, o centro de uma unidade básica de todos os indivíduos ou a previsibilidade do ser, ou seja, era estranha a tentativa de encontrar uma realidade atemporal, invariável e independente do contexto sociocultural com a psicologia (Gonzalez Rey, 2005). Isso gerava, também, uma posição desconfortável de quem trabalha com psicologia, já que tomava para si o poder confiável das ciências naturais, porém isso nem sempre se traduzia em resultados favoráveis (Neubern, 2009).

Dessa forma, esse pensamento se aproxima de uma psicologia fenomenológica como um caminho para a subjetividade, a qual deveria se ocupar das estruturas internas, constituída pelas experiências intencionais da subjetividade humana e não de comportamentos observados objetivamente, como a psicologia científica clamava (Moreira, 2010). Isso

também abriu o caminho para um maior estreitamento entre a clínica da psicologia e a fenomenologia desenvolvida posteriormente por pensadores existencialistas.

Para a GT, a fenomenologia ofereceu respostas para as inquietações relacionadas à dicotomização sujeito-ambiente. Para tanto, a GT incorpora em seu escopo prático e teórico, a redução fenomenológica como método da clínica *gestaltista*. A partir do enfoque na experiência imediata do aqui-agora e daquilo que se manifesta, a GT busca chegar à compreensão por meio da descrição da experiência observável e imediatamente relatável. Essa descrição, entretanto, não é o mero relato daquilo que se vê, mas a busca da essência daquilo que surge: o fenômeno do ser, a totalidade da consciência, o *em si da coisa* (Ribeiro, 1985).

Assim, a realidade observável é um portal para uma realidade muito mais complexa. Pelo uso da redução fenomenológica, então, busca-se o desvelamento das essências, que se mostram e comportam a totalidade da experiência no aqui-agora (Ribeiro, 2006).

Há, também, a ênfase na prática clínica para a busca da intencionalidade daquela percepção. Como veremos, toda figura é intencionada e só faz sentido se relacionada a um fundo – a própria excitação para a formação de uma Gestalt é a intencionalidade em ação (Robine, 2006). Além disso, a definição de pessoa como campo organismo/ambiente deixa claro que, para a GT, interessa a relação entre organismo/ambiente e de quais formas são criadas as significações para o vivido.

2.1 Existencialismo

Primeiramente, chamamos atenção para a crítica trazida por Holanda (2005), na qual o autor afirma que há um uso dessa corrente filosófica dentro da GT sem, contudo, especificar de qual “existencialismo” estamos falando; tal crítica vale, também para o uso da

fenomenologia. Sem a pretensão de tentar resolver essa questão epistemológica, clarificaremos brevemente o existencialismo, focando em Heidegger – mesmo que ele próprio tenha negado ser um autor existencialista.

Heidegger foi um crítico da fenomenologia transcendental de Husserl, principalmente de seu caráter metafísico empregado na busca da essência da consciência. Seu maior objetivo era a questão “sobre o que significa para qualquer coisa *ser*” (Cerbone, 2013, p. 68). O próprio conceito de consciência é criticado e superado pelo *Dasein*, que “refere-se ao existir humano, que se dá como um acontecer (*sein*) que se realiza aí (*Da*), no mundo, sendo o próprio existir que constitui o aí em que se dá a existência” (Moreira, 2010, p. 727).

O *Dasein* e não a redução fenomenológica como em Husserl, é o ponto de partida para a questão, já que o compreender levaria ao entendido do próprio ser (Cerbone, 2013). A tarefa da fenomenologia seria, então, “deixar e fazer ver por si mesmo aquilo que se mostra, tal como se mostra a partir de si mesmo” (Heidegger, 1927/2015, p. 65). A compreensão pré-ontológica do ser, ou seja, aquela que já está implícita, se manifesta na atividade diária, logo, isolar experiência consciente, como preconiza a fenomenologia pura, seria uma distorção do fenômeno (Cerbone, 2013).

A temporalidade e historicidade são centrais nesse pensamento, pois é por meio delas que se dá a possibilidade de compreender a existência humana, que era seu principal objetivo (Moreira, 2010; Gonçalves et al, 2008). O *Dasein* é constituído por Existências Fundamentais, que são “a temporalidade, a espacialidade, o *ser-com-o-outro*, a disposição, o cuidado (*Sorge*), a queda e o *ser-para-a-morte*” (Moreira, 2010, p.727) e se dá em dois planos: o ôntico, que se relaciona com a elucidação da existência do *Dasein*, do ente, e o ontológico, que é a apresentação das estruturas existenciais do ser.

Para Heidegger, era necessário superar o Esquecimento do *Ser* e resgatar sua ontologia (Gonçalves et al, 2008). Ele defende, assim, um *ser* que está sempre se transformando temporalmente, sendo impossível apreender uma essência atemporal imutável. O sentido do *modo-de-ser*, a existência, está sempre na temporalidade e que se desvela em sua historicidade (Heidegger, 1927/2015). Buscar uma ontologia de substância, ou seja, uma realidade própria e universal em cada objeto é uma descontextualização que ofusca os sentidos atribuídos na cotidianidade (Cerbone, 2013).

À nossa relação com objetos, Heidegger denomina uma *ocupação*; já com *os outros*, a *solicitude*, os quais revelam a estrutura geral do nosso *Dasein* e que leva o nome de *cuidado* (Heidegger, 1927/2015). De acordo com Cerbone (2013) “o cuidado sumariza a ideia de que as coisas aparecem importando para nós de vários modos, mesmo quando nos encontramos indiferentes para com elas” (p. 84), que seria resumida na fórmula *adiante-de-si-já-em (o-mundo)* como *sendo-junto-a* (entidades encontradas *dentro-do-mundo*) (Heidegger, 1927).

O *Dasein* está sempre se projetando, ou seja, está sempre *adiante-de-si-mesmo*, trazendo a ideia de que aquilo que se é não está fechado ou já previamente estabelecido, mas algo para o qual sempre devemos nos projetar (Cerbone, 2013). Essa noção de projeção nos remete a possibilidades ao invés de um conjunto de realidades, sendo o próprio *Dasein* essas possibilidades.

A segunda parte que podemos compreender é o que Heidegger chamou de *Befindlichkeit*, que diz respeito a como estamos no mundo *em disposição*, ou seja, a ideia de nosso *ser-no-mundo* nem sempre é uma questão de escolha: estamos lançados à existência, não escolhemos nascer, por exemplo (Cerbone, 2013). Nosso passado, de certa forma, influencia nossa orientação para situações e como elas se apresentam, não sendo, entretanto, algo estático. Esse mesmo passado é transformado e afetado pela forma como nos projetamos em nossas possibilidades.

Por fim, o *sendo-junto-a* se relaciona à compreensão daquilo que estou fazendo agora, denominado de *queda*, já que o *Dasein* está caindo, pois está sempre implicado em uma tarefa contínua (Cerbone, 2013).

Esses três tempos do cuidado referem-se ao futuro (*adiante-de-si*), ao passado (*Befindlichkeit*) e ao presente (*sendo-junto-a*), percebendo-se, então, que o *Dasein* está sempre orientado para a futuridade, para as possibilidades e, em momento algum, se torna completo, mas sempre *a caminho de ser*. Passado e presente são orientados pelas possibilidades (Heidegger, 1927/2015).

Isso não quer dizer, contudo, que nossa atividade é puramente subjetiva: há uma relação normativa, de uma dimensão anônima (*das Man*) que indica a finalidade padrão, como, por exemplo, uma caneta se destina a escrever, mesmo que possamos utilizá-la para outros fins. Não somos nós que imbuímos a tudo um significado, mas já encontramos a caneta para este fim, o que nos leva a pensar que nosso mundo é *público* e o *Dasein* é um “*ser-no-mundo*”, um fenômeno unitário (Cerbone, 2013).

Esse *das Man* não nos influencia apenas de um modo neutro, mas se refere, também, a uma autoridade anônima a qual submetemos nossa existência a ela e a tomamos como forma de nivelamento, uma preocupação com o *estar a altura* (Cerbone, 2013). Somos imersos no *das Man* e buscamos um sentido de *individualidade*. Partindo da ideia de que o ser é um tema para o *Dasein*, quando este se dispersa e se perde no mundo e no *das Man*, Heidegger chama-o de inautêntico, o qual deixa de se *autopossuir* e não encara mais a sua existência como um tema (Heidegger, 1927/2015). Para ir em direção à autenticidade, é necessário que haja algo que destrua com esses padrões. Esse momento de rompimento é chamado de *angústia* (*Angst*), conceito fundamental para abordar a existência humana. Cerbone (2013) ensina que:

Mais dramaticamente, na angústia, o mundo e tudo que ele contém se distancia como irrelevante, como não mais reivindicando nossa atenção ou ocupação. Isso não é uma questão de perder a consciência, de modo que na angústia simplesmente cessamos de ver nossos arredores, mas mais uma questão de desapego e desafeição; o mundo e o que ele tem para oferecer, mostra-se como inteiramente sem importância ou apelo (p. 94)

Esse distanciamento faz com que o ser se confronte com sua própria existência e seu modo de *ser-no-mundo*. Heidegger (1927/2015) afirmar que “aquilo com o que a angústia se angustia é o *ser-no-mundo* como tal” (p. 249) e prossegue dizendo que a ameaça está presente e, ao mesmo tempo, em lugar nenhum, ou seja, o *nada*, que não se revela. Esse *nada* se funda no mundo e a angústia abre o espaço de reflexão do *ser-no-mundo*, mas retira do *Dasein* a possibilidade de, na *queda*, se compreender a partir do desse *mundo*.

Esse sentimento gera uma estranheza, um *não se sentir em casa*, pois arranca o *Dasein* de sua cotidianidade, sendo a própria angústia pertencente

(...) à constituição essencial da presença como *ser-no-mundo*. E que, como existencial, jamais é algo simplesmente dado e sim um modo próprio da presença de fato, ou seja, é uma disposição. O *ser-no-mundo* tranquilizado e familiarizado é um modo de estranheza da presença e não o contrário (Heidegger, 1927/2015, p. 253-254).

Outro ponto que torna a angústia ameaçadora é o fato de ela nos revelar e confrontar com a *morte*, já que a morte se determina a partir da própria essência ontológica da vida, sendo, o próprio *Dasein* um *ser-para-a-morte* na medida em que traz a nossa mortalidade para o campo de compreensão. A morte marca um limite na apreensão da existência e uma possibilidade, no sentido heideggeriano de possibilidade como projeção de compreensões particulares acerca, um tipo de “autocompreensão em termos da qual o *Dasein* pode se projetar” (Cerbone, 2013, p. 97).

A morte não pode ser superada; todos nós vamos morrer. Essa é a condição mais própria do ser humano, já que a morte não pode ser transferida, delegada. Reconhecer nossa mortalidade como algo que nos é próprio, se reconhecer como um *ser-para-a-morte* significa

uma forma de buscar a realização da autenticidade pelo *Dasein*. Ao ser deparado com nossa finitude, segundo Heidegger (1927/2015), seria como um impulso para olharmos com mais cuidado nossas escolhas, pois o nosso tempo também é finito. Seria uma forma de despertarmos e tomarmos posse da nossa existência, uma decisão, “*escolher escolher*” e não apenas ser levado pela tranquilidade do *das Man* (Heidegger, 1927/2015). O apelo é para que se trate o tempo e a existência com mais seriedade.

Mas, é nessa angústia que está o caminho para a autenticidade, isto é “(...) o *ser-livre para* a liberdade de assumir e escolher a si mesmo. A angústia arrasta a presença [o *Dasein*] para o *ser-livre para...* para a propriedade de seu ser enquanto possibilidade de ser aquilo que já sempre é.” (Heidegger, 1927/2015, p. 252). Existir é sempre um fato e a angústia convoca o *Dasein* para confrontar sua própria existência, para que se perceba a capacidade de escolha e tome responsabilidade pela sua existência (Cerbone, 2013).

Nesse sentido, para Yontef (1998), a GT é existencialista enquanto dá atenção aos aspectos existenciais de cada cliente buscando, a partir da *awareness*, fazer com que a pessoa redescubra seu poder de escolher perante sua existência. Assim, a pessoa estaria se aproximando de um *ser autêntico*, em equilíbrio entre suas potencialidades e ao *ser-no-mundo*. O tema da liberdade de escolher se torna importante na medida em que, para os existencialistas, muitas vezes não desenvolvemos essa libertação na consciência de eleição e vivemos em “*desespero* (Kierkegaard), como membros do ‘*rebanho*’ (Nietzsche), como afundados em ‘*inautenticidade*’ (Heidegger) ou na ‘*má-fé*’ (Sartre)” (Cerbone, 2013, p.134) – isso só para citar a diversidade de leituras realizadas pelos filósofos existencialistas.

Ao ser um homem em *liberdade, lançado na existência*, o ser humano se depara com a própria angústia que essa liberdade gera: ao ser o autor de suas escolhas, ao se orientar por uma existência autêntica, o sujeito torna-se seu próprio *senhor*. De acordo com Cardinalli

(2004), a clínica tornaria possível e saudável a escolha, devolvendo o poder da vida ao ser humano para que suas potencialidades sejam realizadas sem angústia, em sua plena vontade e respeitando seus desejos. O intuito é o de apresentar ao ser humano a sua própria perspectiva, a partir de seu pensamento e convicção. Não mais produto passivo do meio e de sua história, mas um ser cheio de possibilidades, um eterno *vir-a-ser*. Essa capacidade de colocar-se no mundo em intencionalidade a partir da subjetividade pressupõe responsabilidade.

Para a GT, essa influência se traduz, também, na crença de que o ser humano está constantemente se *re-fazendo*, não havendo, portanto, uma natureza humana básica a ser descoberta de maneira definitiva (Yontef, 1998). É um *ser* voltado para as possibilidades, se transformando continuamente por seu estar-no-mundo e criando sua existência por meio de suas ações, direcionadas por sua temporalidade. É o ser que a cada momento que tem possibilidades diversas, mas por sua constante transformação é um *ainda-não* (Forghieri, 2005).

Segundo Sartre (1987), a *existência precede a essência*. Isso se reflete na clínica pela compreensão do homem em sua potencialidade, em processo constante de construção, sendo o próprio *ser* o determinante de sua existência: ele só pode ser entendido a partir de sua própria perspectiva. Dessa maneira, entende-se que é na experimentação de novas situações que a existência se *(re)define*, ou seja, é na aquisição de novos conhecimentos que a essência se caracteriza constantemente. Somente a realidade pode ser definida pelo indivíduo. *Vive-se e então se é*. A beleza deste pressuposto é começar a entender que só se é o que se decide ser - “(...) a essência surge como uma resultante de seus atos.” (Ribeiro, 1985, p. 56). Sartre (1987) afirma que

se Deus não existe, há pelo menos um ser, no qual a existência precede a essência, um ser que existe antes de poder ser definido por qualquer conceito, e que este ser é o homem ou, como diz Heidegger, a realidade humana. Que significa então que a existência precede a essência? Significa que o homem primeiramente existe, se

descobre, surge no mundo; e que só depois se define. O homem, tal como o concebe o existencialista, se não é definível, é porque primeiramente é nada. Só depois será, e será tal como a si próprio se fizer (p. 5).

Para além das diversas correntes existencialistas, Fonseca (2007) afirma que os temas centrais dessa perspectiva são “condição humana, a subjetividade, multiplicidade, processo, o nada, o sofrimento, a finitude, a liberdade, a alteridade, a autenticidade, a escolha, o projeto, a transcendência, a angústia, o possível, a afirmação, a condição humana, a percepção, a criatividade, a consciência, a interpretação compreensiva, o paradoxo...” (p. 98). Esses pontos servem como base para o pensamento clínico em GT, além de influenciarem diretamente a visão de pessoa dessa abordagem.

2.3. Humanismo

Essa corrente foi escolhida para ser a última a ser discutida neste trabalho por ter sido largamente influenciada pela fenomenologia e o existencialismo, os quais convergem em diversos pontos que não serão retomados. Nesse sentido, o humanismo prima por um retorno ao humano. Se durante o renascentismo esse paradigma havia chegado para libertar o homem de um dogma aprisionador religioso, na década de 60 essa filosofia era retomada com o objetivo de devolver ao ser humano o direito de ser aquilo que se é (Ribeiro, 2011). A visão mecanicista estava impregnada nas ciências de modo geral e se fazia necessário uma mudança de paradigma.

Entretanto, por mais que aqui referenciamos como uma base filosófica para a GT, o humanismo não possui ideias fechadas, orientações ou um corpo teórico próprio. Ele poderia ser apontado, como nos mostra Holanda (2014), como um conjunto de ideias que influenciaram a psicologia frente a uma *psicologia científica* e, desse modo,

(...) não há, propriamente uma “corrente” humanista ou uma “escola” humanista que se possa destacar da história do pensamento – seja na Filosofia ou em qualquer das ciências humanas e sociais. Seria mais apropriado encararmos o humanismo como um

“movimento” contínuo, que invariavelmente brota em duas direções: por um lado, como crítica a apropriações diversas que – de certa forma, “dessubjetivaram” a realidade, ou que desapropriam o sujeito humano de sua própria perspectiva – e privilegiam valores específicos em detrimento de uma visão de “globalidade” – melhor seria dizermos em detrimento de uma visão de interação ou de complexidade -; e por outro lado, como um projeto de valorização (ou de re-valorização) do humano (p. 107).

O movimento humanista veio colocar o homem, a pessoa humana e sua experiência no centro de seus interesses, tratando-o como um ser singular, repleto de valores e potencialidades. O humanismo é a retomada da subjetividade, do significado do ser humano naquilo que ele tem de mais particular: a sua relação intersubjetiva, a convivência da pessoa com seus semelhantes (Holanda, 1998).

A GT pode ser considerada como uma terapia de cunho humanista principalmente por focar-se na valorização do crescimento, nos aspectos saudáveis, além de dar ênfase na constituição do ser humano como *em relação* com os outros, olhando em sua totalidade enquanto pessoa (Holanda, 2014).

Tal movimento influenciou um despertar de valores que levaram a uma maior e mais completa compreensão do homem, no qual se consideram suas potencialidades, responsabilidade, liberdade de escolha e a tendência para o crescimento e atualização. Essa nova perspectiva trouxe, particularmente para a relação terapêutica os valores de respeito e igualdade que impulsionaram a uma atitude voltada ao encontro entre terapeuta-cliente. A terapia pautava-se, então

na singularidade do indivíduo, o relacionamento do terapeuta como pessoa, e a pessoa que o paciente era, o aqui-e-agora, fé no vigor e no poder no espírito e consciência humanas e o encorajamento de interações prazerosas, criatividade e espontaneidade (...) tratamos pessoas inteiras e sua integridade emerge no contexto do encontro pessoa-a-pessoa (...) a autoridade não estava depositada no profissional ou na teoria (...) estava com a experiência (..) (Yontef, 1998, p. 276)

Para a GT, pautar-se no humanismo significa colocar o ser humano no centro da psicoterapia e crer em suas capacidades de desenvolvimento, de se autogerir e de se regular

(Ribeiro, 1985). A valorização do homem em sua singularidade faz com que ele próprio seja a sua medida e busca

diretamente lidar com o que de positivo tem a pessoa, procura lidar com seu potencial de vida (saúde, beleza, força etc.), procura que o cliente tome, de fato, posse de si mesmo e do mundo. (...) É a postura humanística que, sem esquecer os limites pessoais, os fracassos e as impossibilidades de mudanças, aqui e agora, procura fazer uma reflexão a partir do positivo, do criativo, do que é ainda potencialmente transformador (...). (Ribeiro, 1985, p. 44).

Contudo, dentro da inserção do movimento humanista dentro da GT, precisamos ter o cuidado de não cair em um *neopsicologismo humanista*, como aponta Prado Jr (1977), em que, ao se focar somente no fenômeno humano se perde e ignora a construção e o saber científico dentro da psicologia. Para o autor,

se a terapia transforma assim numa *arte de viver*, o terapeuta abandona por sua vez seu compromisso com a ciência para assumir a função do *guru*, aquele que sabe naturalmente viver. (...) o estilo de linguagem deriva da vocação mais profunda da nova terapia: da vocação que faz com que ela se esquive do domínio do *saber* para consagrar-se ao domínio da *sabedoria* (Prado Jr, 1977, p. 91).

Talvez essa crítica realizada faça sentido principalmente pelo expoente mais conhecido da GT ser o próprio Perls que afirmava abertamente que teorizar era *mindfucking* (*masturbação mental*), valorizando a terapia somente como essa *arte de viver*. Apesar dessa análise, não podemos desvalorizar a importância dessa corrente para a compreensão e fundamentação da GT, mas nos atentarmos a esse perigo de neopsicologismo.

Por outro lado, o humanismo retira a psicoterapia da posição de pensar sobre a realidade para ser a própria pessoa, como ser pensante, o objeto do estudo. E como foco de observação seria impossível pensar o outro sem *se-pensar* também. Por meio dessa valorização da experiência humana, há um resgate da capacidade criativa frente à natureza determinada: é pela criatividade que o homem rompe com os condicionamentos e cria sua natureza.

3. Bases Teóricas

3.1. Psicologia da Gestalt: a importância do Todo

Alguns autores como Yontef (1998), Holanda (2005), Henle (1978, em Yontef, 1998) questionam como a Psicologia da Gestalt pode ser considerada uma teoria de base para a Gestalt-terapia por parecerem contraditórias em diversos aspectos. Essa diferença pode ser devida a serem aplicadas em contextos diferentes. Apesar desse questionamento, reconhece-se que é impossível comparar os dois pensamentos olhando somente para os detalhes de suas partes, mas uma aproximação possível seria a partir de um reconhecimento do *todo* (Yontef, 1998, p. 155-158).

Falar de Psicologia da Gestalt é falar de *percepção*, da capacidade humana de perceber, confiando na experiência imediata (Rodrigues, 2000; Yontef, 1998). Esse pressuposto se relaciona às ideias da fenomenologia, na qual o enfoque dado é no imediatamente experienciado, que é o *todo* da situação percebida. Esse *todo* tem qualidades próprias que não são possíveis de serem apreendidas pela mera soma das partes: *o todo é anterior a soma das partes*. Engelmann (2002) afirma que

As *Gestalten*, percebidas em primeiro lugar, podem ser decompostas em *partes*. Mas as partes são sempre partes da Gestalt formadora. (...) *a Gestalt, de início, vai ser dividida em partes*. [Porém] A Gestalt é anterior à existência das partes. *A determinação é de cima ou descendente e não de baixo ou ascendente*. (p. 02)

Os objetos são percebidos se destacando de um fundo, sendo a atenção voltada para uma figura (Antony e Ribeiro, 2004). Ou seja, emergência de figuras se dá por meio de um fundo e, para PHG (1951/1997) há um dinamismo entre figura-fundo: a necessidade mais importante se torna figura e quando é satisfeita retorna para o fundo e abre espaço para que uma nova figura emerja, completando, assim uma Gestalt. Para estes autores, o enrijecimento desse dinamismo ou mesmo a dificuldade de formação de uma figura pode acarretar

problemas, pois deixa *Gestalten* incompletas. A partir do princípio da boa-forma da Psicologia da Gestalt, compreende-se que há uma tendência para que a percepção de uma Gestalt seja a melhor possível.

Ribeiro (1985) assinala outro ponto de encontro entre a GT e a Psicologia da Gestalt:

Partindo do princípio que o homem é um todo integrado, que se relaciona com o universo como um todo no qual está, também ele, todo imerso, podemos afirmar que o modo como as pessoas veem fisicamente a realidade externa, geográfica, tem muito a ver com o modo como elas se relacionam com seu meio comportamental e psicológico. É aí que nos baseamos para semelhante transposição (p. 68).

A mudança do campo perceptual do cliente é influenciada pela ideia de *insight* da Psicologia da Gestalt, que significa uma reorganização dos dados díspares no e do campo em uma unidade de sentido, um *todo*. Para Yontef (1998) “tanto a Gestalt-terapia quanto a psicologia da Gestalt buscam um *insight* das forças que fornecem a estrutura inerente da situação, processo ou evento em estudo. Ambas incluem todos os tipos de dados, conforme vão sendo experienciados” (p. 159).

Nesse sentido, o cliente, em GT, é um *todo*. Rodrigues (2000) afirma que a Gestalt-Terapia teria como um de seus objetivos fazer com o cliente se considere uma totalidade, que vai além da parte que ele traz em sessão. Ele se mostra para o terapeuta por meio de uma parte sua, aquela que ele elencou como uma figura para o momento. Assim, “o homem é um ser em processo dinâmico. Não se pode seccioná-lo para entendê-lo. Tudo nele tem sentido a partir de seu todo” (Ribeiro, 1985, p. 72) e, tendo ciência que o todo é diferente de um mero agrupamento das partes, o terapeuta pode compreender que transformar uma parte também é alterar a totalidade, mas que a compreensão da pessoa precisa ser realizada orientada para um todo.

3.2. Teoria de campo: “*eu sou eu e minha circunstância*”

É apontada como a teoria que melhor se afina aos pressupostos teóricos da GT, bem como de suas bases filosóficas, sendo um pensamento que auxilia na coesão de suas bases fundamentais (Yontef, 1998; Holanda, 2005). Como afirma Parlett (1991), normalmente usamos mapas para entender territórios e a teoria de campo não seria um mapa específico, mas toda uma seção de atlas.

Yontef (1998) define campo como “uma totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam uma fatalidade interativa unificada” (p. 185). Tal ideia de campo nasce a partir dos estudos realizados pela Psicologia da Gestalt, em que se observou que a forma como um objeto é percebido determina-se de acordo com o contexto em que este está inserido, ou seja, partindo-se das relações que este objeto estabelece em seu campo perceptivo e não na individualidade dos componentes deste campo. Uma figura só faz sentido em um fundo.

Pensar no campo como uma totalidade de fatos coexistentes, que se concebem e se influenciam mutuamente, auxilia entendermos “o comportamento como uma função no conjunto de fatos que compõem o campo em dado momento; começar sua análise considerando a situação como totalidade, da qual a seguir podem diferenciar-se em partes” (Álvaro & Garrido, 2007, p. 110).

De acordo com Lewin (1965), a pessoa (P) é circundada pelo meio psicológico (M) que, por sua vez, é circulado pelo mundo físico – $P + M = \text{espaço vital (V)}$. Tanto a pessoa quanto o meio psicológico têm limites, mas que são permeáveis e estão em mútua interdependência. Assim, o campo é interativo, dinâmico e se determina pelas forças *atualmente* presentes.

Atualmente está grifado no parágrafo anterior, pois a temporalidade é um ponto fulcral para esta compreensão. O comportamento é função do campo e é um processo, pois, sendo dinâmico, ele só pode ser compreendido no aqui-agora (Yontef, 1998). Logo, esta constante transformação se expressa na ideia de que a própria experiência não é permanente, pois o campo do qual ela é função está em constante mudança (Parlett, 1991).

Isso influencia o foco da GT no aqui-agora, pois o passado e o futuro são partes simultâneas de um campo psicológico no presente, não sendo os fatos de um futuro ou os que se passaram que dizem respeito a nós, porque aquele campo não está mais presente agora. Esse pensamento afeta, também, a ideia de causalidade em Gestalt-terapia, pois os gestaltistas não estão preocupados em explicar os fenômenos buscando o que se passou ou no que será, *mas com o que é*. As circunstâncias do presente afetam o modo que o passado ou futuro são evocados e sua evocação presente afeta a situação total (Parlett, 1991).

Assim, a pessoa é um campo organismo/ambiente, sendo que “tudo que existe consiste em uma teia de relacionamentos. Um campo é uma teia de relacionamentos que existe num contexto de teias de relacionamentos ainda maior” (Yontef, 1998, p. 186). Esta teia segue uma dinâmica de organização e busca um equilíbrio e, assim, quando há uma tensão neste arranjo, o campo possui sua própria solução para alcançar novamente o equilíbrio.

Então, o indivíduo é definido, num dado momento, apenas pelo campo do qual faz parte e, da mesma forma, o campo só tem significado a partir da experiência ou do ponto de vista de alguém (Ribeiro, 2006). Assim, sujeito e objeto não são uma dicotomia, mas adquirem suas qualidades por meio de sua interdependência, propriedades estas que só tem sentido a partir do todo (PHG, 1951/1997).

A partir da ideia de que o campo se define por meio de sua temporalidade, suas múltiplas variáveis interdependentes e sua dinamicidade, pensar o ser humano como um

campo organismo/ambiente implica no princípio da singularidade. Ou seja, cada pessoa é única e por isso generalizações são suspeitas, pois, de acordo com esse pensamento, o indivíduo não respeita uma ordem previsível, pois está no fluxo do/com/para o campo.

Na clínica em GT, isso implica em não haver procedimentos fixos, já que se foca no processo emergente. Tudo é estruturado pelas forças dinâmicas do campo, que se move pelo tempo e pelo espaço. Os fenômenos clínicos são descritos em termos de processos e não de estruturas (Yontef, 1998).

3.3. Holismo

O holismo foi primeiramente pensado por Jan Smuts em seu livro *Holism and Evolution*, em 1926. Neste livro, Smuts propõe que o verdadeiro avanço só poderia ser realizado quando ciência e filosofia se aproximarem e, a partir disso, busca desenvolver sua teoria (Lima, 2008). A palavra Holismo vem do grego *holos*, que significa todo ou inteiro. Smuts define Holismo como algo que subjaz “a tendência sintética no universo e é o princípio que faz a origem e o progresso do *todo* no universo¹” (1927, p. IX).

Ribeiro (2009) afirma que os três princípios básicos do Holismo são: “tudo afeta tudo, tudo muda e tudo é um Todo” (p. 61). O Universo, segundo este pensamento, tem muita similaridade com a ideia da Psicologia da Gestalt sobre o *todo*. Nesse sentido, o Holismo acredita que o Universo não é um simples agrupamento de partes que se relacionam, mas

uma infinidade de partes em intrarrelação, de tal modo harmoniosamente conectadas que não se pode falar de partes, mas de um todo ou de uma totalidade em funcionamento, composto de matéria, vida, Mente e personalidade, não se sabendo onde termina uma e começa a outra, pois matéria, mente, vida e personalidade não são partes de uma totalidade, mas subtotalidades de uma realidade maior e, como subtotalidades de uma realidade maior e, nada existe nelas que seja estranho ao Universo, pois evoluíram de uma única e primeira totalidade (Ribeiro, 2009, p. 20).

¹ Tradução livre do “(...) *the synthetic tendency in the universe, and is the principle which makes for the origin and progress of wholes in the universe*”

A partir dessa ideia de Universo, Smuts acredita que a própria evolução da natureza é também uma criação, uma assimilação ativa do organismo de novas formas de se relacionar às suas necessidades, libertando-os de algemas dos fatores passados, bem como de predeterminações futuras (Lima, 2008). Tal formação de tudo no Universo se daria por meio de uma estratificação a partir de princípios inorgânicos até as formas mais complexas, por exemplo, a personalidade, sendo, então tudo constituído de um mesmo princípio em comum (Lima, 2008).

Mais do que uma ferramenta para o contexto clínico, o Holismo para a Gestalt-Terapia deu bases para o rompimento definitivo com o pensamento mecanicista e reducionista (Lima, 2007; 2008). Segundo essa autora, a incorporação do holismo pela GT abriu as portas para o uso da teoria do campo.

Pode-se também pensar que o holismo traz uma forma de pensar o ser humano muito diferente da corrente científica vigente na época e isso reflete na prática clínica: ao separar o ser humano do *todo* com a errônea ideia do individualismo, de acordo com o paradigma científico moderno, cria-se a ideia, segundo Ribeiro (2009) de uma “esquizofrenia globalizada que o Planeta vive” (p. 42). Segundo o autor, retomar a conexão do ser humano com seu *campo* é trazê-lo novamente ao seu estado *total*.

3.4. Teoria Organísmica

A teoria organísmica surge na igual tentativa de compreender a união total mente e corpo em contraposição à teoria cartesiana e de Wundt de uma mente “atomizada” (Lima, 2005). Segundo a autora, foi o neuropsiquiatra, Kurt Goldstein que, ao trabalhar com soldados lesionados, propôs que nenhum sintoma deve ser entendido apenas partindo de uma lesão orgânica nem de aspectos sociais, e sim através da totalidade do organismo.

Apesar dessa premissa, Goldstein buscava estudar os seres humanos a partir de um viés biológico. Como foi uma teoria de grande influência dentro da GT, podemos encontrar muitos termos que seguem essa tendência, como *organismo*, *comportamento normal e anormal*. Lima (2005) aponta que isto é uma contradição dentro da teoria gestáltica, pois “dentro de uma visão filosófica basicamente fenomenológica e existencial pretendia abandonar a ideia de normalidade e anormalidade e de funcionamento biologicamente embasado” (s.p.).

A proposição de um método holístico para o estudo do ser humano pautava-se na ideia de que é impossível compreender o indivíduo seccionando-o em partes descontextualizadas, uma clara influência da Psicologia da Gestalt. Além disso, só seria possível apreender a existência a partir da relação com os outros no mundo, ideia próxima a Teoria de Campo.

Para Goldstein, a tendência natural do organismo é organizar-se para alcançar um equilíbrio entre as demandas do meio e a capacidade de responder a ele. É considerada patológica a desorganização, a qual é causada pelo ambiente ou por um distúrbio intra-organísmico. A essa tendência de ordenação, a teoria organísmica chama de autorregulação organísmica, isto é, a todo instante o organismo está em busca da realização de suas potencialidades, independente do que isso lhe exija (Ribeiro, 1985).

A autorrealização é o motivo único do organismo. As necessidades e desejos são a manifestação do princípio de autorrealização, sendo, na maioria das vezes, estados falhos aos quais as pessoas se motivam a satisfazer para realização da autorregulação (Ribeiro, 2006). Este princípio se relaciona diretamente com a ideia de Gestalt aberta, posto que o organismo está inclinado a pragnância para se organizar: a busca pela autorrealização é a orientação por *gestalten* com boa forma (Yontef, 1998). Assim, um sintoma também é visto por Goldstein

como uma forma de busca de equilíbrio. Esta seria uma maneira de resposta do organismo a uma demanda do meio, ideia que será englobada pela GT (Lima, 2005).

4. A antropologia gestáltica: o campo organismo/ambiente

O ponto em comum das teorias de base da Gestalt-Terapia é que elas atentam para a retomada do ser humano *total*, para que se entenda a pessoa partindo de sua totalidade. A Psicologia da Gestalt traz a ideia de que o Todo não é um mero agrupamento das partes, além de dar bases para melhor compreensão da mudança do campo perceptivo na clínica. A Teoria do Campo retoma a importância do campo para o ser humano, ou seja, ele é *do campo e no campo*. O Holismo reforça a ideia do Todo e ajuda a Gestalt-Terapia a romper com o paradigma moderno das ciências. Por fim, a Teoria Organísmica traz a importância do corpo, da autorregulação e reforça a ideia de olhar o ser humano como um Todo. Já as filosofias, primam por uma pessoa em transformação, que tem suas potencialidades e se dirige para o crescimento; que não é dicotômica, mas é o organismo e o ambiente, que é ativa, pois intenciona os objetos.

Assim, as bases teóricas e filosóficas são importantes para a compreensão da visão que a GT tem de pessoa. PHG (1997/1951), no livro inaugural da abordagem, dão pistas sobre o entendimento de pessoa já em seu subtítulo: *excitment and growth in human personality*. Podemos ver, de início, que a tendência dos autores foi a de se focar no crescimento humano, no desenvolvimento de suas potencialidades, sua espontaneidade que, por ter sido criado numa “atmosfera cheia de rupturas, perdeu sua inteireza, sua integridade. Para reintegrar-se de novo, ele tem que sobrepujar o dualismo de sua pessoa, de seu pensamento e de sua linguagem” (PHG, 1997/1951, p.32). A orientação da GT é que seria necessária uma reintegração total das diferentes partes que foram seccionadas.

A pessoa é entendida, então, como um organismo *total*, do qual só poderá ser vista em sua totalidade, sendo compreendida a partir de sua função do/no campo organismo/ambiente – novamente pontuamos que *o todo é anterior às partes e as determina e não o contrário* (Yontef, 1998). Isso significa uma abordagem unitária e não dicotômica entre o organismo e o ambiente. Então, a compreensão daquilo que é pessoa só tem sentido se olhado todo o campo no qual ela está inserida e em interdependência, ou seja, “a definição de um organismo é a definição de um campo organismo/ambiente” (PHG, 1997/1951, p. 69).

O campo, de acordo com Dubouchet (2007), além de abarcar as compreensões da teoria de campo de Lewin, se refere a um fenômeno que leva em conta todas as forças que podem moldar e/ou dar sentido a uma figura emergente. Já o ambiente não se refere apenas ao geográfico. O mundo é entendido como a forma em que percebemos, seja o ambiente, a natureza, as pessoas e a nós mesmos: percebemos o mundo, nos atualizamos e depois contactamos o mundo novamente, em um ciclo constante e dinâmico (Forghieri, 2005). Ou seja, “não é O mundo, é o MEU mundo” (Robine, 2006, p. 48).

Fernandes (2005) afirma ainda que o “*mundo* me é dado, primordialmente, como a totalidade significativa de tudo aquilo que eu encontro e que me interpela (...) eu sou, cada vez, um mundo e o mundo que eu sou me é dado, cada vez, nesta minha situação” (p.148). Assim, o mundo se organiza de acordo com nossa percepção, que é um processo unificado: não há somente um mundo dado ou um mundo percebido, mas uma relação que dá sentido a experiência (Latner, 1973).

A experiência desse organismo se dá em uma *fronteira de contato* e esse experienciar se chama *contato*, que é a forma da fronteira funcionar entre o organismo e seu ambiente (PHG, 1997/1951). Essa limita e protege o organismo ao mesmo tempo em que realiza trocas, sendo permeável: uma *fronteira-de-contato*. Portanto, não pertence ao ambiente e nem ao

organismo, não é estrutural ou um lugar específico, mas muda de acordo com as necessidades do contato (Salomão, Frazão & Fukumitsu, 2014).

Assim, sendo a própria natureza humana definida como campo organismo/ambiente, "falamos do organismo que se põe em contato com o ambiente, mas o contato é que é a realidade mais simples e primeira" (PHG, 1951/1997, p. 41). Sendo essa realidade que se dá na experiência imediata, o contato é uma função realizada pelo organismo com vistas a conhecer o ambiente e, ao assimilar essa novidade no meio, ele se transforma e cresce.

Como levanta Robine (2006), o contato abrange algo, ao mesmo tempo, mais e menos amplo que a relação: o contato pode indicar a relação interpessoal, mas também uma parte mais primária que ainda não é a relação "mas simplesmente aquilo que articula o sujeito com aquilo que é o não-eu, que seja humano ou um objeto" (p. 29). Dessa forma, o contato não é representado como um investimento no objeto, mas como "um esquema sensório-motor" (p. 51).

Ao contatar o ambiente, o organismo, quando está saudável, tem a opção de assimilar ou rejeitar a novidade, mas, em qualquer dessas opções, a mudança e o crescimento são inevitáveis (Polster & Polster, 2001). É na fronteira onde o contato se intensifica, sendo onde o organismo toca o ambiente, é tocado por ele, modifica seu campo e por ele é transformado (Ribeiro, 2006).

O campo sempre está em transformação e o contato ocorre na diferença, quando novos elementos surgem. Entretanto, o conhecimento desse *não-eu* é perpassado pela *awareness*: "o contato é *awareness* da novidade assimilável e comportamento com relação a esta" (PHG, 1997/1951, p. 45). Ou seja, *awareness* é uma forma de entrar em contato com a figura emergente, o evento mais importante do campo organismo/ambiente, com "total apoio sensório motor, emocional, cognitivo e energético" (Yontef, 1998, p. 215).

Para Alvim (2014), a *awareness* é dada de modo pré-reflexivo, já que na re-flexão há uma cisão da unicidade do campo organismo/ambiente. Segundo a autora “concebemos *awareness* como o fluxo da experiência aqui-agora que, a partir do sentir e do excitamento presentes no campo, orienta a formação de *gestalten*, produzindo um saber tácito” (p. 15). Refere-se, então, a um *saber da experiência*, que se dá de maneira espontânea na vivência imediata.

Laura Perls (1973, em Yontef, 1998) afirma que:

O objetivo da GT é o *continuum* da *awareness*, a formação continuada e livre de Gestalt, onde aquilo que for principal interesse e ocupação do organismo, do relacionamento, do grupo ou da sociedade se torne gestalt, que venha para o primeiro plano, e que possa ser integralmente experienciado e lidado (reconhecido, trabalhado, selecionado, mudado ou jogado fora etc.) para que então possa fundir-se com o segundo plano (ser esquecido, ou assimilado e integrado) e deixar o primeiro plano livre para a próxima gestalt relevante (p. 2).

O objetivo principal da GT, então, é a *awareness* que, segundo Ginger e Ginger (1987) é a “tomada de consciência global no momento presente, atenção ao conjunto de percepção pessoal, corporal e emocional, interior ou ambiental, consciência de si e consciência perceptiva”. Esse processo seria imprescindível para a mudança, pois estar *aware* é estar em contato: “a *awareness* não é uma reflexão sobre o problema, mas é ela própria uma integração criativa deste” (PHG 1951/1997, p. 46).

Assim, o contato é a experiência na fronteira de contato, ou seja, seu funcionar. A fronteira, na medida em que se delimita a cada contato, precisa ter plasticidade, para se expandir ou contrair, e permeabilidade para possibilitar as trocas com o ambiente (Salomão et al, 2014). Nesse sentido, ela demarca o eu do *não-eu*, dando início a um ciclo dinâmico de formação de figuras de interesse, que surge a partir de um fundo do campo organismo/ambiente, seguido de sua elaboração e reintegração ao fundo, completando o fechamento de *Gestalten*. É por meio dessa experiência que o organismo assimila o *não-eu*

em um *eu*, que implica em crescimento e transformação da organização anterior ao contato (Robine, 2006).

O fundo do quais as figuras surgem contém nossa história e sua inclusão em um contexto (origens familiares, a família, árvore genealógica, parentesco, educação, religião e cultura); as crenças, o sistema de valores e regras de vida, sistemas de comunicação; o projeto de nossos temas fundamentais da existência (gênero, corpo, sexualidade, morte, tempo, doença, espiritualidade). Cada uma dessas experiências integradas oferece um enriquecimento sobre os planos simbólico, imaginário, emocional e temporal (Delacroix, 1999). Em resumo, o fundo possui as experiências de contato que foram sendo reintegradas ao longo do tempo.

A figura que emerge carrega consigo as características do fundo e segue a dominância das necessidades campo organismo/ambiente. Essa é uma “tendência de uma forte tensão a sobressair-se proeminentemente e a organizar a *awareness* (...)” (PHG, 1951/1997, p. 83). A dominância pode ser espontânea, seguindo a autorregulação natural do organismo ou pode ser não espontânea, que sugere necessidades impostas (Ciornai, 2004).

Além disso, ainda pode se organizar frente a *gestalten* abertas, já que “cada situação inacabada mais premente assume a dominância e mobiliza todo esforço disponível” (PHG, 1951/1997, p.84). Essa dominância, portanto, só pode ser compreendida se contextualizada e “se considerarmos a relação figura/fundo, poderemos dizer que o mais importante (...) [é] a ‘/’, a relação entre ambos. E, portanto, os fatores que levaram à elaboração dessa dominância” (Robine, 2006, p. 54).

O excitação ou necessidade que mobiliza o organismo a ter *awareness* de uma figura pode ser compreendido como a própria emergência de uma direção de sentido de intencionalidades, havendo, portanto, uma unidade entre o processo de contato

organismo/ambiente (Robine, 2006). O desenrolar dessa intencionalidade que inicia o próprio contato é chamado de ciclo do contato, que será abrangido posteriormente.

A assimilação desse processo ocorre criativamente, ou seja, o organismo é ativo. Por meio das ideias de autorregulação organísmica e entendendo que o campo é dinâmico, a novidade gera uma mudança e desestabiliza o equilíbrio anterior, mas o organismo busca retornar a uma homeostase. Esse ajustamento é criativo e pode ser compreendido como um processo dinâmico que se dá entre o indivíduo e seu ambiente, buscando a resolução de situações e a manutenção e/ou restauração do equilíbrio e saúde (Antony, 2009). As dimensões da criação e do ajustamento estão intrinsecamente ligadas, já que um ajustamento ou criação por si só não integra a novidade no campo (Robine, 2006) e, nesse sentido, “*todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente*” (PHG, 1997/1951, p.45).

O ajustamento criativo se orienta pela novidade no campo e necessita de *awareness* dessa nova situação e da descoberta de estratégias para dar conta da mudança. Assim, esse processo se orienta e se energiza pela agressão e destruição de velhas formas para assimilação de uma nova organização (PHG, 1951/1997). A interação é ativa e visa conhecer e discriminar as próprias necessidades e os recursos disponíveis do/no campo organismo/ambiente que aparecerem para serem modificados e/ou assimilados, daqueles elementos do campo que são tóxicos e, portanto, devem ser rejeitados para sua manutenção e crescimento.

A esse *sistema de contatos* a GT chama de *self* (PHG, 1997/1951). O *self* é a “função de contatar o presente transiente e concreto” (p.177) ou “sistema complexo de contatos necessários ao ajustamento no campo imbricado (...) não se deve pensar o *self* como uma instituição fixada; ele existe onde quer que haja de fato uma interação na fronteira de contato” (p.179). Nessa formulação de *self*, percebe-se que não é uma entidade fixa, um núcleo ou

essência da pessoa, mas um processo de ajustamento que se dá em situações de contato: se refere ao *como* da pessoa, à sua forma de ser-no-mundo (Spagnuolo-Lobb, 2011; Ginger & Ginger, 1995).

Assim, o *self* é o próprio processo figura/fundo e quando o campo exige contato, o *self* está mais intenso e quando a situação vai alcançando o equilíbrio, o *self* se reduz. Ou seja, é uma *função* do campo e se presta a contatar a situação *concreta e transiente*, sendo limitado pelo contexto de interesse, pelo interesse dominante e pelas identificações e alienações resultantes (PHG, 1997/1951). Em resumo, “função-*self* é o processo figura/fundo nos contatos-fronteira no campo organismo/ambiente” (PHG, 1997/1951, p.190).

Essa função não pertence ao organismo nem ao ambiente, mas se dá nesta relação. Dessa forma, o *self* é temporal, é um devir, ocorrendo nos processos de contato que ocorrem em uma fronteira de contato que não é fixa. Não é conhecido de antemão, mas revelado em sua temporalidade e por isso a atitude fenomenológica é buscada dentro da GT, pois se busca “atingir o fenômeno em seu movimento, penetrar e estar implicado nele e ser capaz de acompanhá-lo em seu processo de transformação” (Távora, 2005, p. 126-127).

Essa ideia de *self*, de acordo com Robine (2006) é a maior ruptura empreendida pela GT, pois ao conceituar *self* como contato, Perls e Goodman introduzem uma temporalidade implícita. *Self*, portanto, não é substância ou essência, mas o próprio ato de contatar. Esse conceito não é equivalente a noção de “eu” ou de personalidade tradicional, já que “a visão de *self* tradicional, atrelada ao eu, é uma construção conceitual que faz com que cada um seja jogado de volta sobre si mesmo e sozinho” (Távora, 2014, p. 67).

Nesse contexto, podem-se destacar três atribuições do *self* (Ribeiro, 2006) ou três formas de funcionamento (Ginger e Ginger, 1987): a *função id*, a *função ego* e a *função personalidade*. Essas são algumas das funções parciais da função *self*, que atuam em

propósitos específicos, colocando atenção em alguns processos enquanto exercita livremente o restante (PHG, 1997/1951). Estas são as principais funções e foram escolhidas para serem trabalhadas dentro da GT por já terem sido tratadas de outras formas nas outras abordagens, ou seja, por mais que PHG considerem o *self* como processual, descrevem algumas estruturas, influenciados pelo pensamento estrutural da época (Holanda, 2005).

Essa divisão cria um embate epistemológico, ou seja, como o *self*, sendo visto como processo, poderia ter funções específicas que atribuem a ele uma estrutura ou predeterminação? Spagnuolo-Lobb (2011) aponta que, mais do que substituir essa terminologia, a GT tende a coloca-los de fundo para focar-se em outros processos, como a co-criação da fronteira de contato. Funções *id*, *ego* e *personalidade* são apenas algumas das diversas maneiras possíveis da experiência de uma estrutura ou ainda expressões da capacidade de contato: “they are understood as examples of the person’s capacity to relate to the world”² (Spagnuolo-Lobb, 2011, s.p.).

A função *id* se relaciona com as necessidades vitais, o sistema sensoriomotor, o primitivo e as emoções básicas, as quais tem contrapartida direta no corpo (Ginger e Ginger, 1987; Ribeiro, 2006). Essa forma de funcionamento, entretanto, não se refere a conteúdos na “consciência”, mas a *intencionalidades* (Robine, 2006). Para PHG (1991/1951) “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” (p. 184).

Ampliando essa noção, temos a ideia de dois tipos de contato: o que contata a novidade, gerando crescimento e aquele que já foi assimilado e reintegrado ao fundo (PHG, 1951/1997). A função *id* se relaciona com o fundo da experiência sensório-motora desses

² “eles são compreendidos como exemplos da capacidade da pessoa de se relacionar com o mundo” (tradução livre)

contatos que já foram assimilados. Por exemplo, eu não preciso reaprender a andar toda vez que levanto, mas se estou andando a primeira vez em um terreno escorregadio eu preciso assimilar a novidade ambiental e agir com uma nova forma de andar. Assim, se relaciona ao desenvolvimento psicomotor e a experiência corporal (Spagnuolo-Lobb, 2011). Outra função do *id* diz respeito às necessidades fisiológicas, que excitam o *self* e podem tanto vir do ambiente – um evento ambiental que ativa a necessidade – quanto do organismo – uma necessidade fisiológica ou evento. Essa distinção é puramente metafórica, já que o *self* é uma função do campo total.

Por fim, outra maneira de funcionamento da função *id*, que articula essas duas supracitadas, é a que se relaciona à experiência corporal, àquilo vivido como “dentro da pele”. Esta forma oferece o senso de integração na experiência de confiança básica em fazer ou não contato, refletindo a relação entre autossuporte e suporte do ambiente. Ou seja,

It reflects the delicate relationship between self-support and environmental support, between the sense of internal fullness and the sense that the environment can be trusted. The two experiences are linked; the more one experiences the sense of being able to trust the environment, the more one experiences an internal fullness as a relaxation of anguish or of physiological desires. Vice versa, the more secure one feels internally, the more it is possible and functional to entrust oneself to the world. (Spagnuolo-Lobb, 2011, s.p.).³

A função personalidade é a autoimagem, além de ser a forma que as experiências passadas são reintegradas e assimiladas, ou seja, a figura criada com a novidade no processo de contato, construindo a noção de identidade (Ginger e Ginger, 1987; Ribeiro, 2006; PHG, 1997/1951). Refere-se a criação dos papéis sociais e a como se assimila os contatos anteriores, por exemplo, se a pessoa se define como inteligente ela reorganiza sua forma de

³ “Ele reflete a delicada relação entre autossuporte e suporte ambiental, entre senso de preenchimento interno e o senso que o ambiente pode ser confiado. As duas experiências estão ligadas; quanto mais se experiencia o senso de ser capaz de confiar no ambiente, maior a experiência de preenchimento interno como um relaxamento da angústia ou dos desejos fisiológicos. Vice versa, quanto mais segurança for sentida internamente, mais será possível e funcional de confiar-se ao mundo” (tradução livre)

contato com o campo de forma diferente daquela que se acha incapaz. Ou seja, é um sistemas de assimilações e alienações.

A função ego diz respeito ao “como” o *self* funciona, estando relacionado à realização de tarefas propostas, ou seja, busca a manipulação do meio a partir da tomada de consciência das necessidades, sendo a função que executa o contato (Ginger e Ginger, 1987; Ribeiro, 2006). Refere-se a um sistema de decisões e gerenciamento. É, então, o agente da experiência, funcionando com base nas informações das outras duas funções supracitadas, pois a deliberação é dada a partir daquilo que se sente e aquilo que se pensa de si (Spagnuolo-Lobb, 2011).

Essas funções parciais do *self* estão relacionadas ao ciclo do contato, que, como dito anteriormente, se refere ao processo de contato com a figura de interesse no campo até o seu fechamento e reintegração ao fundo. Durante o ciclo, o processo de contato passa por várias fases diferentes e pode ser tanto fluido quanto bloqueado. Usaremos o ciclo do contato proposto por Ribeiro (1997), no qual cada bloqueio no contato vem acompanhado de um fator de cura, que significa

um processo por meio do qual a pessoa experiencia, em um momento dado, uma sensação de que algo novo, portador de mudança e de bem-estar, penetrou no seu universo cognitivo, e, através de uma consciência emocionada, provocada pela percepção de uma totalidade dinamicamente transformadora, se sente inclinada, motivada, fortalecida para mudar (p. 40).

A seguir, serão descritas as diferentes fases do Ciclo do Contato proposto por Ribeiro (1997):

1. Fixação/fluidez – A Fixação é o apego excessivo a coisas, pessoas e/ou situações por incapacidade de explorar e aceitar o novo ou a própria realidade atual, ou seja, a rigidez e perda da flexibilidade frente a novas sensações. Estando fixado, o *self* não tem capacidade para perceber a emergência de novas figuras (PHG, 1997/1951). O outro polo é a Fluidez, que é a condição para que se haja um contato pleno. Diz respeito à capacidade de

movimentar-se, de deixar posições antigas, de ser espontâneo, de se deixar entrar em contato intencionalmente;

2. Dessensibilização/sensação – A Dessensibilização é um processo no qual o organismo sente-se quase desestimulado para o contato, havendo uma diminuição das sensações sentidas pelo corpo, impossibilitando, assim, a diferenciação de estímulos. Já a Sensação é estar *aware* dessa estimulação tanto externa quanto interna, estando atento e se relacionando com excitamentos sensoriais;
3. Deflexão/Consciência – A Deflexão é uma atitude de evitamento do contato, por meio dos sentidos ou um contato vago, distante, que floreia, mas não chega ao cerne da questão diretamente. Polster e Polster (2001) afirmam que esse processo é uma forma de fuga e evitamento, impedindo qualquer contato direto. Isso faz com que a ação fique esvanecida, desenergizada, pois a energia está sendo desviada do alvo. Em um bloqueio do contato nesta fase, a pessoa pode sentir-se desvalorizada e incompreendida. O fator de cura da Deflexão é a Consciência, na qual o indivíduo sente-se atento ao que ocorre a seu redor e de si mesmo de forma reflexiva.
4. Introjeção/Mobilização – Introjeção é uma forma de *engolir* elementos exteriores sem *assimilação* (Ginger e Ginger, 1987). Isso faz com que a pessoa obedeça, aceite e siga valores, normas e opiniões alheias que lhe são estranhas, havendo um desejo mudar, porém preferindo situações que não lhe fogem ao controle. É como se a pessoa fosse, de certa forma, invadido pelo mundo exterior, entregando seu senso de identidade (Polster & Polster, 2001). Robine (2006) sugere que a introjeção, para ser considerada patológica, deve ter sido interrompida antes de sua assimilação e que em uma forma saudável favorece o conhecimento de regras sociais, linguagem etc. De outro lado, a Mobilização refere-se a capacidade de assertividade quanto às necessidades, de expressar os sentimentos e pensamentos, de “buscar meios propícios para a ação” (Carvalho, 2008, p.95) de se separar do outro. É buscar as escolhas disponíveis, conseguir utilizar a agressividade para não apenas aceitar as coisas como são, ou seja, não apenas perceber o que foi introjetado, mas agir (Polster & Polster, 2001).
5. Projeção/Ação – Ao contrário da Introjeção, na Projeção a pessoa tende a responsabilizar o meio. Ou seja, “enquanto na *introjeção* o *self* é invadido pelo mundo exterior, na *projeção* é, pelo contrário, o *self* que transborda e invade o mundo exterior” (Ginger e Ginger, 1987, p. 135). Ribeiro (1997) afirma que nessa forma de bloquear o contato o indivíduo está incapacitado de identificar o que é de seu, atribuindo responsabilidades, sentimentos, sensações que são suas de fato aos outros ou ao meio. É como se a pessoa não aceitasse certos sentimentos e ações suas e, ao invés de reconhecê-las, coloca-as no meio, distribuindo seu senso de identidade (Polster & Polster, 2001). Por outro lado, a projeção é necessária para que se conheça minimamente alguns elementos do campo que não estão óbvios, além de despertar sentimentos de empatia e alteridade (Robine, 2006). A Ação é o fator de cura desta fase, na qual a pessoa se responsabiliza por seus sentimentos e atos, assumindo um comportamento que se direciona rumo ao contato (Carvalho, 2008). Além disso, o indivíduo tem uma postura de maior confiança em seu meio e nas pessoas.
6. Proflexão/Interação – Na Proflexão, mecanismo pensado por Sylvia Crocker, há uma combinação de retroflexão e projeção (D’Acri, Lima e Orgler, 2007). A pessoa faz e/ou é com os outros aquilo que deseja que os outros façam ou sejam com ela, sempre agindo na

esperança de receber em troca. É como se houvesse uma substituição da pessoa pelo meio (Yontef, 1998). A Interação, por outro lado, é justamente o conviver sem esperar esta troca, compreendendo que apenas o *estar com* no aqui-agora é fonte de prazer e completude.

7. Retroflexão/Contato Final – A Retroflexão é o bloqueio no contato em que a pessoa volta para si mesma a energia que deveria ser investida nos outros (Ginger e Ginger, 1987). Ribeiro (1997) afirma que o indivíduo em um bloqueio como este se acha inadequado, sente-se que é sua própria inimiga e não faz determinadas coisas por medo de se ferir ou ser ferida. Nesse caso, ela investe a energia no único lugar seguro que conhece: ela própria (Ginger e Ginger, 1987). Há crescente cisão na integridade da pessoa, já que ela bloqueia a excitação para o meio e se estagna (Polster & Polster, 2001). O Contato Final é quando se dá o contato, o momento em que há a interação entre o organismo e o objeto, usando essa energia para “usufruir o prazer do momento” (Ribeiro, 1997, p. 48). Os Polster (2001) também afirmam que é preciso haver uma integração entre essa divisão para que a pessoa possa buscar no meio o alvo de sua energia.
8. Egotismo/ Satisfação – O Egotismo ocorre quando um indivíduo volta-se excessivamente para si próprio e, buscando resistir ao contato que lhe faz mal, tenta controlar rigidamente todo o meio externo, impondo suas vontades (Ribeiro, 1997). Entretanto, Ginger e Ginger (1987) afirmam que um período de Egotismo é necessário no processo terapêutico, pois é uma retomada da responsabilização de si mesmo, além de fortalecer sua autossuficiência e promover a *awareness* de seus processos. É claro que isso é um período transitório no processo, tendo a Satisfação como o fator de cura. Neste caso, a pessoa tem a capacidade de reconhecer que o objeto o qual ela fez contato é fonte de nutrição e que o meio externo pode ser fonte de prazer.
9. Confluência/Retirada – Na confluência o indivíduo fica ligado aos outros e/ou ao meio, sem saber o que é seu e o que é do outro. Teme ficar sozinho, submetendo-se a valores dos demais com o objetivo de agradá-los, sendo que seu senso de eu se confunde com o do outro. Yontef (1998) afirma que a fronteira de contato é perdida frente à tamanha indistinção. A retirada, por outro lado, é quando a pessoa se retira da situação, diferenciando aquilo que é seu e o que do outro. É preciso diferenciação e articulação, presenciando a liberdade de escolher aquilo que lhe convém sem se submeter com os desejos das outras pessoas ou meio (Polster & Polster, 2001). Nas palavras de Ribeiro (1997) “amo o ‘eu’ e aceito o ‘nós’ quando me convém, procuro o novo e convivo com o velho de uma maneira crítica e inteligente” (p. 49).

A Fixação/Fluidez, Dessensibilização/Sensação e Consciência/Deflexão estão relacionadas à função *id*, ou seja, com o sistema sensório-afetivo. Por outro lado, a Mobilização/Introjeção, Ação/Projeção e Interação/Proflexão estão atreladas à função ego, enquanto o Contato final/Retroflexão, Satisfação/Egotismo e Retirada/Confluência estão com a função personalidade (Ribeiro, 1997).

Na prática, nem sempre o contato passa por todas essas fases e, como afirma Ginger e Ginger (1987) “são numerosas as *Gestalten* inacabadas, os ciclos interrompidos por uma perturbação na *fronteira de contato*, perturbação de origem interna ou externa ao sujeito, que não permite o *desabrochar do self*” (p.132). Essa divisão é puramente didática e metafórica.

Os bloqueios no contato sugerem formas de interagir com o mundo, só podendo ser compreendida na sua intencionalidade e campo em que está inserida. É, portanto, “uma força criativa para administrar um mundo difícil” (Polster & Polster, 2001, p.67). Assim, nem todos os bloqueios tem características de serem disfuncionais. Além disso, bloquear não significa que o contato não será realizado, mas que a espontaneidade fica comprometida (Robine, 2006).

Assim, falamos de *self* se desenrolando em processo *continuum* no tempo, mas há, também, um aspecto estrutural de espaço quando se fala em estrutura da experiência e da percepção, influenciada pela psicologia da *gestalt*. Porém, essa estrutura também está implicada na noção do tempo, pois também é fluida e se transforma a cada processo figura/fundo.

A natureza humana, portanto, é flexível, em parte dada pela estrutura que constitui pelos aspectos que fazem que nos percebamos como humanos e, por outro lado, é construída pela interação com o campo e nossos ajustamentos criativos. Essa parte dada da estrutura também é uma potencialidade, pois a natureza humana é sempre recriada, mas também indica um limite dessa potencialidade (Latner, 1973).

CAPÍTULO III – GESTALT-TERAPIA E PSICOSE: UM DIÁLOGO POSSÍVEL

“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 mathos) do que há de irreduzível no homem (...). Também entendemos perceber na existência psicótica o existencial humano que a torna possível, mesmo onde a psicose é uma forma impossível disso” (Maldiney)

A psicose não se entrega. Nesse trecho, Maldiney (1976, em Tatossian, 2006, p. 317) aponta, também, um dos direcionamentos gestálticos como, ao contrário do que se costuma pensar em outras abordagens, a pessoa que tem uma experiência de psicose existe. Uma das grandes dificuldades de se trabalhar com a psicose é que há uma diversidade de olhares, de possíveis compreensões, de tratamento – como levantamos brevemente no primeiro capítulo. Talvez tamanha variedade seja um reflexo da própria singularidade da manifestação conhecida como psicose. Nosso desafio, no presente capítulo, é o de compreender, a partir dessa multiplicidade de visões, como a psicose se inscreveria em um campo dotado de temporalidade e constante transformação da GT.

Dentro dessa ideia como a Gestalt-terapia, então, compreende a psicose? Como pensar uma vivência, que tem sido vista dentro de um paradigma biológico, como um impasse temporal? É plausível esse diálogo? Antes de prosseguirmos com esses questionamentos e possíveis intersecções desse fenômeno, precisamos pensar, antes de tudo: a qual psicopatologia nos referimos em Gestalt-terapia? Há uma construção possível?

Dizemos que a GT é uma abordagem de cunho fenomenológico-existencial, focada no crescimento e nos processos de saúde. O trabalho, portanto, é baseado na situação concreta que se desvela no aqui-agora, sem a prioris. Essa ideia é correta, mas há algo que escapa e que

nos faz, por vezes, recorrer a outras abordagens. Para Robine (2006b), a psicopatologia, enquanto a compreensão do *pathos*, do sofrer, deve ser inerente à psicoterapia, mas não deve vir *anterior* à prática, com o perigo de a clínica ser apenas uma psicopatologia aplicada. Segundo o autor, esse estudo dentro da GT se refere ao olhar para experiência e “et cette psychopathologie ne peut être qu'une psychopathologie des mouvements du champ et de leurs flexions, c'est-à-dire une psychopathologie du contacter, une psychopathologie de la présence au monde, une psychopathologie des modalités du lien à autrui et au monde.”⁴ (p. 7)

Pensar na psicopatologia gestáltica, contudo, não deve representar um retrocesso nas quebras paradigmáticas realizadas pela GT, mas um estudo que nos dê base para ampliar a compreensão do sofrimento da pessoa.

Nesse sentido, partimos do ponto de que a psicoterapia gestaltista existe por acreditar que ela pode produzir mudanças. Algumas pessoas sofrem e, em algum momento de sua existência, pode ocorrer uma vivência em que a pessoa se sinta incapaz de lidar. E por isso a psicoterapia seria uma forma de construir a criatividade – o ajustamento criativo – frente aos desacordos organismo/ambiente que geram o sofrimento difícil de ser significado ou reconstruído como forma de crescimento.

Então, quando falamos de uma psicopatologia nos referimos, mesmo que implicitamente, a um estado que o sujeito deveria alcançar novamente, ou seja, a restauração de um bom contato. Ou melhor, a algo que se apresenta de uma forma, mas que poderia ou deveria ser diferente do que é (Robine, 2006). Isso nos remete a necessidade de clarificar a ideia de (a)normalidade para a GT, que por vezes está mascarada, mas que com certeza serve de norte para os gestaltistas. Dessa forma, como conciliar uma abordagem de campo com a

⁴ “E a psicopatologia só pode ser uma psicopatologia dos movimentos do campo e suas flexões, ou seja, uma psicopatologia do contato, psicopatologia da presença no mundo, a psicopatologia da ligação com os outros e com o mundo” (tradução livre)

necessidade de um sujeito diferenciado? Ou, como nos aponta PHG (1951/1997), de que forma impulsionar e solidificar o ajustamento criativo da pessoa sem tentar moldá-lo na concepção terapêutica de normalidade?

Para PHG, seria necessária uma terapia que estabeleça o mínimo possível de norma e que se concentre naquilo que emerge da situação concreta, ou seja, “estrutura da situação é a coerência interna de sua forma e conteúdo; e estamos tentando mostrar que se concentrar nisso fornece a relação apropriada entre a autorregulação contínua do paciente e a concepção de terapeuta” (PHG, 1951/1997, p. 93).

A crítica realizada por PHG (1951/1997) aponta o receio e o perigo de se construir uma ideia de normalidade rígida a qual o paciente precise voltar e, assim, corroborar a própria teoria. Sair de um estado conhecido como doente pela abordagem para entrar em uma nivelção esperada nada mais é do que se encaixar em outro modelo absoluto exigido do contexto terapêutico: “confrontado com um padrão de saúde à altura do qual ele não pode chegar, o paciente é culpado (...) cada vez mais o método tem razão e o paciente está errado” (p. 94).

Qual seria, então, a medida da normalidade? Há duas formas de se pensar: a intrínseca e a comparativa. Na primeira, a ação é avaliada em si própria, como um todo, observando a sua finalidade como uma situação que se dirige a seu fechamento. Na segunda, a ação é vista em comparação com outra coisa, seja um ideal de ego ou de saúde. Uma avaliação comparativa não faria sentido dentro da GT pelo perigo de alienação da vivência da pessoa, sendo preferível um olhar a partir daquilo que emerge de sua própria autorregulação. Assim, a normalidade é dada na própria relação.

Percebe-se, então, que a ideia de normalidade parte da própria antropologia gestáltica. Se funda naquilo que, teoricamente, temos como visão de mundo e pessoa, enquanto campo

organismo/ambiente, dotado de temporalidade. Isso nos remete ao debate sobre a teoria de personalidade em GT, já que aquilo que se deseja alcançar, como pessoa, é própria dessas formulações. Primeiro, devemos lembrar que a função personalidade do *self* não se refere a uma ideia de aspecto normativo das estruturas psíquicas, mas a uma habilidade de fazer contato com o campo baseado em sua atual definição de si (Spagnuolo-Lobb, 2011).

Dada essa diferenciação, por um lado temos Holanda (2005) afirmando que falta aos gestaltistas uma teoria de personalidade, em que

Acreditamos que a ênfase nos aspectos funcionais da personalidade, com especial destaque para o contato com a formulação organísmica de Goldstein, seja uma das principais justificativas para a inexistência de uma coerente formulação de uma teoria de personalidade própria a Gestalt-Terapia. Isso, todavia, não resolve certos problemas embutidos na própria teoria, tais como a consideração do *self* como “processual”, a partir das “funções” *id, ego e personalidade*, conforme descrito por Perls, Hefferline & Goodman (1997) que, claramente revela-se devedor do pensamento estruturalista tradicional da psicologia da época (p. 38).

O que o autor traz é uma reflexão sobre a nossa noção velada de normalidade, que se esconde sob os célebres dizeres de Goldstein de que “o homem é a medida de sua normalidade” (Augras, 2002, p. 12). Isso nos remete à uma avaliação intrínseca, mas só faz sentido se considerarmos o homem como campo organismo/ambiente e que a medida de sua normalidade se dá nessa relação.

Por outro lado, temos Yontef (1998), que define alguns aspectos de uma teoria da personalidade gestaltista, como a interdependência do ambiente, os processos figura-fundo, fronteira de contato, autorregulação organísmica, *awareness*, enfim, àquilo que descrevemos anteriormente como funcionamento da pessoa. Assim, fica claro a orientação de personalidade como processo para o autor.

Ainda sobre essa ideia processual, Deslile (1999) insere, também, o pensamento de uma forma específica e relativamente estável de organizar a experiência cognitiva, emotiva e

comportamental, dando um senso de identidade. Essa organização poderia ser vista, principalmente, no funcionamento da fronteira de contato, na forma de fazer contato e seus bloqueios.

Temos, também, outra visão de Ribeiro (2005), que afirma que “*a Gestalt-Terapia, como expressão existencial-fenomenológica de mundo, não tem uma teoria da personalidade*” (p.159). Além disso, aponta que “podemos dizer que uma das riquezas da Gestalt-terapia é não ter uma teoria de personalidade que a constitua, com o perigo de engessá-la e de tornar prisioneira dela. Somos e funcionamos como uma postura fenomenológico-existencial e não essencialista” (Ribeiro, 2011, p.27).

Neste impasse, partimos do ponto que a subjetivação em GT se dá no processo contínuo de formação e reintegração de *gestalten* (Távora, 2005). Portanto, a própria existência está além da dicotomia sujeito/objeto e da possibilidade de um sujeito em si, mas ocorre nesta correlação intencional, ou seja, a pessoa é vista como um campo organismo/ambiente. (Fonseca, 2007).

Dessa forma, a GT vê a pessoa, portanto sua personalidade, em sua temporalidade, em constante transformação, um *vir-a-ser*. A forma de se relacionar é dada a partir do campo, sendo o *ser* algo a ser conquistado, trabalhado e intencionado (Fernandes, 2005). Há uma disposição ao equilíbrio e à plenitude da existência, porém a pessoa é responsável por buscar essa possibilidade. Isso traz a ideia de abertura para a criação: o ser não é algo pronto, mas um conjunto de possibilidades, que, ao decorrer de sua existência, vai se atualizando, sendo livre para se criar e recriar (Forghieri, 2005).

Interessa como a pessoa experiencia sua forma de *ser-no-mundo*, que é singular e vivencial, estando intimamente ligada pela forma de perceber o mundo, de realizar contato. Por ser impermanente, o foco está na maneira de experienciar o tempo e o espaço na vivência

imediate, pois comporta a totalidade da experiência, em que passado e futuro se fundem e se desvelam no presente (Forghieri, 2005). Por isso, os gestaltistas se atentam a situação concreta, ao modo de funcionar no aqui-agora.

Assim, a natureza humana, se esta é possível de ser apontada, é vista como uma potencialidade e é impossível de ser reconhecida desconectada de sua historicidade e temporalidade, ou seja, “só pode ser conhecida da maneira como foi realizada nos feitos da história, e da maneira como cria a si própria hoje” (PHG, 1951/1997, p. 126). A experiência se dá no momento em que essas diversas referências espaço-temporais se encontram e se integram em uma totalidade doadora de significação ao campo que se forma (Távora, 2005).

Forghieri (2005) afirma que a personalidade se refere ao

conjunto de características do existir humano de acordo com o modo como são percebidas e compreendidas pela própria pessoa, em suas vivências imediatas, no decorrer de sua existência, e relacionadas aos aspectos fenomenológicos primordiais. Tais características constituem uma totalidade na vivência imediata (p.72)

Nesse sentido, compreendemos que, para pensarmos em uma *psicopatologia* em Gestalt-Terapia, enquanto o estudo das quebras de unicidade organismo/ambiente, precisamos ter uma visão de pessoa a qual nos referimos. Por esse motivo de divergências sobre a constituição de uma teoria de personalidade ou não dentro de GT, nos apoiamos nessa ideia trazida por Forghieri (2005). Acreditamos que, de fato, não possuímos uma teoria de personalidade, mas de *pessoa*. Sem esvaziar essa discussão que pode ser frutífera, observamos que não possuímos uma visão essencialista e estrutural da personalidade, mas possuímos uma clara crença da pessoa como um ser em transformação, em sua totalidade, um *vir-a-ser*, sendo, também, o próprio ambiente. Um projeto nunca pronto, tendo a própria pessoa como base para a sua vivência.

Assim, se a pessoa se forma essencialmente em *sendo-formada, na intencionalidade e entrando em contato* (Spagnuolo-Lobb, 2011), as ideias de normalidade e saúde convergem.

A base para pensarmos esses construtos e consequente prática psicoterapêutica, é a elasticidade e fluidez do processo de formação e destruição de *gestalten*. Percebemos que o próprio sentido de pessoa, seja suas ações, emoções, pensamentos, relações, se dá na direção da intencionalidade do contato em seu campo e é significado em sua vivência imediata. O normal, então, é o comportamento integrado, orientado para a realização das possibilidades (Latner, 1973).

Por compreendermos a natureza humana como dotada de temporalidade, não falamos, portanto, de uma normalidade inerente, que seja desejável alcançar, mas de um *funcionamento saudável*. E quando falamos em funcionamento, nos referimos a uma forma de ser-no-mundo, no aqui-agora e incluído em um campo. Ou seja, um funcionamento pode ser saudável em determinado campo ou momento, mas em outros não. É por isso que é impossível falarmos de uma *essência normal*, ou mesmo uma *estrutura*, pois o funcionamento saudável em GT se refere a “boa” formação de *gestalten*, em um determinado momento.

A palavra funcionamento, inclusive, é dotada da ideia de processo, de ação, que toma significação em um espaço-tempo. A integração é essencial, pois é a partir dessa ideia que o processo de formação figura/fundo pode ocorrer de forma vívida e fluida: para que as *gestalten* sejam criadas de acordo com a intencionalidade das necessidades, é necessário que se seja capaz de escolher dentre todas as possibilidades do campo organismo/ambiente (Latner, 1973).

Perls (1977) define saúde como o “equilíbrio apropriado da coordenação daquilo que somos” (p. 20). Assim, a ideia do saudável é mais do que um construto pronto, a qual é dada ou tida por alguém, mas algo que se relaciona com o próprio existir. Não se pode localizar, estruturalmente, o funcionamento não-saudável, pois ele se dá em relação e na relação organismo/ambiente. Não é algo que *temos*, mas que *somos* e que permeia todo o campo

organismo/ambiente. A saúde se expressa pela “ability to deal successfully with any situation we encounter now, and success is the satisfactory resolution of situations according to the dialectic of gestalt formation and destruction” (Latner, 1973, p.43)⁵.

O funcionamento saudável está ligado a um comportamento integrado e holístico, pois assim poderíamos estar em contato com as necessidades que emergem e escolher aquela mais proeminente; à possibilidade de criação e assimilação de *gestalten*; autenticidade e espontaneidade; conhecimento das nossas necessidades, saber o que precisamos, quem somos no aqui-agora e o que não somos; rendição ao processo; auto suporte; *awareness* e contato (Latner, 1973, p. 41-47).

Dessa forma, para Ciornai (2004) um funcionamento saudável se expressa pelo

Fluxo pleno, contínuo e energizado de *awareness* e formação perceptual figura-fundo, em que através de fronteiras permeáveis e flexíveis o indivíduo possa interagir criativamente com seu ambiente, desenvolvendo sensibilidade e recursos para responder à dominâncias que lhe afigurem, usando suas funções de contato para avaliar a estabelecer apropriadamente contatos satisfatórios e enriquecedores e interrompê-los quando prejudiciais e intoleráveis. Saúde é a prevalência e relativa constância desse funcionamento (p. 60)

A saúde, então, é a integração do organismo/ambiente de forma criativa, que ocorre por meio da formação e destruição de *gestalten*. A criatividade, dessa forma, é o meio que nos torna capazes de criar maneiras de lidar com as demandas que se apresentam em um campo em constante transformação, destruir ou desconfigurar formas disfuncionais, reconfigurando ou ressignificando de acordo com a situação.

Alvim (2014) dá importância à essa capacidade criativa, afirmando que “nosso critério de saúde está relacionado à capacidade plástica do campo organismo/ambiente, mantendo aquela totalidade em um equilíbrio dinâmico” (p.23). Essa passagem também coloca ênfase

⁵ “Habilidade de lidar com sucesso com qualquer situação que encontremos agora, e sucesso é a resolução satisfatória das situações de acordo com a formação e destruição dialética de Gestalt.” (Tradução livre)

no contato que não está fixado, mas experiencia o momento como transiente e se equilibra nessas transformações.

A criatividade é tão central para GT que o próprio o objeto de estudo é definido como os “(..) ajustamentos criativos. Seu tema é a transição sempre renovada entre a novidade e a rotina que resulta em assimilação e crescimento” (PHG, 1951/1997, p. 45). Então, interessa como a pessoa age e se ajusta à novidade do contato e, assim “correspondentemente, a psicologia anormal é o estudo da interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo” (PHG, 1951/1997, p. 45). A formação de *gestalten* completas, vívidas e bem delimitadas é associada ao crescimento e desenvolvimento, enquanto as que ficam abertas de forma crônica atrapalham a formação de novas e vigorosas *gestalten*.

Dessa forma, um funcionamento não-saudável é um polo relacional do saudável, pois pensamos neles com base no mesmo processo (Latner, 1973). Não são estados fixos, mas dinâmicos, que favorecem ou dificultam o crescimento da pessoa. Como a referência de saudável se dá pelo próprio funcionamento do campo organismo/ambiente

não se faz necessário ter teorias de ‘comportamento normal’ ou ‘ajustamento à realidade’, a não ser para fazer explorações. Quando a figura é opaca, confusa, deslegante, sem energia (uma Gestalt débil), podemos estar certos de que há falta de contato, algo no ambiente está obliterado, alguma necessidade orgânica vital não está sendo expressa; a pessoa não está ‘toda aí’, isto é, seu campo total não pode emprestar sua urgência e recursos para o completamento da figura (PHG, 1951/1997, p.46)

O funcionamento se dá no próprio desvelamento do processo empreendido de formação e destruição de *gestalten*, já que “a relação entre figura e fundo na saúde é um processo de emergência e recuo permanentes, mas significativos” (PHG, 1951/1997, p. 34). Um funcionamento não-saudável é caracterizado, portanto, por interrupções no processo de contato e *awareness*, pela conseqüente formação de *gestalten* fracas, confusas que, ao manterem-se abertas não são completamente elaboradas e reintegradas ao fundo, dificultando o surgimento de outras figuras.

O problema, contudo, não são os bloqueios de contato, pois estes são vistos como um ajustamento criativo, em um primeiro momento, mas quando a interrupção indica que não há espontaneidade. Por exemplo, se uma pessoa está com sono, mas precisa terminar de estudar para uma prova, é provável que ela vá buscar bloquear o contato com o sono, se dessensibilizando para esse excitação.

Quatro qualidades podem ser levantadas a partir desse exemplo: a primeira é que nenhuma interrupção do processo pode ser vista fora do seu contexto, ou seja, há uma funcionalidade e, portanto, é um ajustamento a uma demanda. A segunda relaciona-se a *awareness*: ela está *aware* do sono, mas *escolhe* não dormir e não fechar essa Gestalt. No momento em que fica *aware*, de alguma forma ela está em contato com a figura e se depara com uma variedade de opções, mas decide por uma, se responsabilizando por ela. O terceiro ponto diz respeito a cronicidade, ou seja, com que frequência ela tem bloqueado o contato com essa figura em prol de outras atividades? Esse é um funcionamento que sempre ocorre, bloqueando a espontaneidade? Por fim, esse processo de interromper tem levado a um fechamento da Gestalt ou não? Supomos que, em um primeiro momento, ter estudado até mais tarde tenha surtido efeito, tendo alcançado boas notas, mas em outras vezes o cansaço não a fez compreender o que lia, não atingindo um bom resultado. Se ela mantém essa mesma forma de bloquear, mesmo que o campo tenha se transformado, falamos em um funcionamento não-saudável, pois não se tem mais ajustado criativamente, mas mantido o mesmo ajustamento usado anteriormente.

Não dizemos, então, que todo bloqueio de contato é disfuncional ou funcional, pois o bloqueio, como figura, só pode ser significado a partir de um fundo. Nesse sentido, precisamos olhar para a totalidade, para o campo em que se dá, seu processo, sua função para o campo organismo/ambiente, que parte do *self* está sendo alienada em detrimento das outras, a cristalização na forma de contatar, levando a um experienciar repetitivo e a um não

fechamento das *gestalten*. Além disso, a *awareness* é o ponto central dessa diferenciação e, como afirma Robine (2006),

o fenômeno comporta uma intencionalidade e, desde sua origem, não se trata mais de consciência, mas sim consciência de... alguma coisa, *awareness* de... aquilo que a constitui, quer se trate de uma lembrança, uma percepção, quer de outro conteúdo, terá um sentido, uma direção de sentido, uma intencionalidade. A emergência de uma figura não é mais do que a emergência de uma direção de sentido, o que talvez tentamos dizer de modo um pouco desajeitado quando falamos em ‘necessidade’ como figura de pré-contato. E o ciclo de contato ou processo de construção/destruição de *gestalts* não é nada mais que o desenrolar dessa intencionalidade (p. 35).

Damos atenção a esse ponto quando afirmamos que o objetivo da terapia gestáltica é a própria *awareness*, justamente porque observamos que quando há um bloqueio este é dotado desta intencionalidade. Assim, buscamos apreender o *para quê* e o *como* objetivando levar a pessoa a visualizar suas opções para que ela possa escolher e se responsabilizar. Se, como no exemplo anterior, a pessoa se torna *aware* de que precisa sempre tirar boas notas, que estaria relacionado a uma introjeção de que ela precisa se mostrar inteligente e ao mesmo tempo se sente incapaz de alcançar esse introjeto, ela poderia escolher entre outras opções do campo ou manter seu comportamento, mas agora dotada de responsabilidade. Boss, (em Forghieri, 1993), afirma que

a essência fundamental do homem sadio caracteriza-se, precisamente, pelo seu poder dispor, livremente, do conjunto de possibilidades de relação que lhe foi dado manter com o que se lhe apresenta na abertura livre de seu mundo (...) o ser-doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser-sadio e da constituição fundamental do homem saudável, não perturbado (p. 53).

Esse poder dispor livremente de suas potencialidades tem estreita relação com a *awareness*, sendo, também, uma maneira de se pensar em funcionamento não-saudável em Gestalt-terapia pois “caracteriza-se pelo contato, pelo sentir (sensação/percepção), pelo excitação e pela formação de *gestalten*. O seu funcionamento adequado é o reino da psicologia normal; qualquer perturbação cai na categoria da psicopatologia” (PHG, 1951/1997, p.33).

Assim, percebemos que o adoecimento está ligado, também, a um bloqueio de *awareness*, uma interrupção crônica e não deliberada da espontaneidade do contato, a formação – ou não formação – de uma Gestalt fraca e confusa, a falta de ajustamento criativo, enfim, uma perturbação no processo figura/fundo no campo organismo/ambiente. Como a GT parte de uma orientação não-dicotômica, não faz sentido tentarmos localizar a fonte da perturbação, pois ela não se encontra nem no organismo nem no ambiente, mas no *entre*, na *relação*, também apontada como uma perturbação na fronteira de contato.

Como o direcionamento do organismo é se autorregular, o funcionamento não-saudável também está a serviço da sobrevivência (Frazão, 2007). Além disso, é uma tentativa de significar o contato em meio ao processo dinâmico figura/fundo. Por ser relacional, Perls (1977) afirma que as perturbações são *na* e *da* fronteira de contato, ou seja, quando se perde a função de distinção entre objetos tóxicos e saudáveis, se tornando mais ou menos permeável ou mesmo desaparecendo, isso resultaria em um desequilíbrio nas funções do *self* e em formas perturbadas da relação organismo/ambiente (Yontef, 1998).

Por marcar também a delimitação entre o eu e o não-eu, a fronteira de contato, funcionando saudavelmente, caracteriza-se pela plasticidade e permeabilidade, e, assim, o distúrbio de seu funcionamento pode direcionar a um não crescimento. Para Salomão et al, 2013,

Quando há falta de plasticidade na fronteira, ela não se retrai adequadamente, o que impossibilita ou dificulta os processos de assimilação. Por outro lado, excesso de expansão dificulta os processos de discriminação necessários para que se formem *gestalten* claras e nítidas, o que implica dizer que as necessidades dominantes da hierarquia não ficam nítidas e, portanto, dificilmente haverá ajustamento criativo funcional (p. 60).

PHG (1951/1997) descrevem que o funcionamento não-saudável tem início nas repetidas frustrações, que se relacionam com uma necessidade não satisfeita, isto é, uma Gestalt que não se completou. Normalmente, necessitamos lidar com isso, sendo esta vivência

saudável e fundamental para o desenvolvimento. Buscar meios alternativos para satisfazer a figura emergente é a forma de nos ajustarmos criativamente a essa frustração.

O excesso desses processos é o que leva ao aparecimento do sofrimento, seja por demasiadas frustrações ou pela rigidez na busca de novas possibilidades. Quando não se consegue ajustar criativamente, isso gera ansiedade, a qual será evitada ou resistida. A cada bloqueio não deliberado desse contato há uma situação inacabada, que mobiliza esforços até que a tarefa seja completada.

Sendo a autorregulação cíclica, sempre há uma permanente emergência de novas necessidades e uma busca do equilíbrio campo organismo/ambiente. O acúmulo de situações inacabadas gera sobrecarga, impedindo que se sejam formadas figuras claras, pois a energia está empregada em uma figura que não foi fechada. Contudo, como discutimos anteriormente, a questão se torna nociva quando há uma estereotipia, repetição e/ou cristalização do comportamento. É quando a pessoa bloqueia a *awareness* das figuras emergentes, havendo repetidos desacordos e quebras na unicidade organismo/ambiente.

Essas dificuldades podem indicar diversas situações e são, basicamente, “um conflito nas premissas da ação, um conflito entre necessidades, desejos, fascínios, imagens de si próprio, objetivos alucinados; e a função do *self* é atravessar esse conflito” (PHG, 1951/1997, p.216). É um desequilíbrio na homogeneidade do fundo e que, assim, mais figuras opostas ou alternativas irão surgir, o que, por vezes, gera uma figura débil, opaca (Alvim, 2014).

Quando os conflitos são muito marcantes, o organismo, direcionando-se para a sua conservação, começa a funcionar em estado de emergência – emergência sendo entendida como “algo que se coloca de forma que interrompa a necessidade originária” (Schillings, 2014, p. 204). Assim, há um crescente acúmulo de energia na fronteira de contato, da qual o organismo se protege com mecanismos diversos de bloqueio, como vimos no capítulo II. Aos

poucos, a energia que seria investida na satisfação da figura é deslocada para manutenção dessa proteção e o comportamento espontâneo (*free functioning*) vai sendo interrompido em prol da sobrevivência do organismo (Latner, 1973).

Contudo, essa é uma forma de se ajustar criativamente e impedir a total desorganização o campo (Robine, 2006). Porém, quando há repetidos fracassos em restabelecer o equilíbrio, o campo organismo/ambiente mantém-se funcionando nesse estado de emergência constantemente frente à frustração e perigo. Assim, os mecanismos de segurança começam a substituir a forma espontânea de ser da pessoa, tornando-se automatismos. Dessa maneira,

a existência perde a plasticidade, não há fluxo de formação de *gestalten*, não há *awareness* (...) o sentido temporal de possibilidade, a segurança diante do novo, a fé na situação e o movimento confiante rumo à invenção do futuro são substituídos por uma fixação em uma forma do passado. A excitação que movimenta para o inventio está anestesiada, o corpo age de modo mecânico, desligado do desejo e da situação (Alvim, 2014, p.27).

A excitação, sendo então bloqueada, torna-se ansiedade; a percepção e propriopercepção diminuem e “toda Gestalt incompleta representa uma ‘situação inacabada’ que clama por atenção e interfere na formação de qualquer Gestalt nova, vital. Em vez de crescimento e desenvolvimento, encontramos estagnação e regressão” (PHG, 1951/1997, p.33).

Assim, descrevemos a forma de adoecimento, ou como PHG apontam, a neurose, que seria uma manobra defensiva de proteção crônica, uma quebra na unicidade. Como Spagnuolo-Lobb (2001), afirma a energia que deveria ser posta no contato fica como um excitação indefinido. Nesse sentido,

Numa reação diferente daquela que se produz na situação de emergência aguda, a atenção se afasta das exigências proprioperceptivas e a percepção do corpo como parte do *self* diminui. A razão disso está em que a excitações proprioperceptivas são as ameaças mais fáceis de controlar (...) e se o processo se prolonga, o estado de alerta deliberado ao perigo torna-se mais um estado de prontidão muscular que um estado de

aceitação sensorial (...) temos aqui o quadro típico da neurose: propriocepção subconsciente e finalmente percepção, e hipertonia da deliberação e da muscularidade (par. 22).

Nesse contexto, o próprio adoecer é *relacional*, ou seja, não pertence ao organismo ou ambiente individualmente – por sermos um campo organismo/ambiente não se pode compreender o vivido apenas em termos individuais ou ambientais. O processo do adoecimento parte de uma desarmonia relacional (Antony, 2009). Além disso, em saúde-doença há um *continuum* entre as duas polaridades (Carvalho, 2008). Para Holanda (1998) interessa focar na dimensão saudável do ser, pois apenas dessa forma é possível olhar para seu *todo* e não apenas para sua *parte* adoecida, trazendo a saúde como *figura* no processo clínico. Para Boss, a doença (modo de ser-doente) só pode ser compreendida a partir da saúde (modo de ser-sadio), pois o ser-doente seria uma dimensão da própria saúde (Moreira, 2010). O adoecimento aconteceria quando o sujeito não consegue assimilar e nega a angústia da condição ser-para-a-morte e em relação a nada.

As dimensões do *ser-doente* se relacionariam aos existenciais descritos em Ser e Tempo (Heidegger, 1927/2015), que poderia se caracterizar como perturbações na corporeidade, na espacialidade, por uma limitação da disposição da essência ou por uma limitação na abertura para o mundo e conseqüente liberdade (Moreira, 2010).

Assim, partindo do ponto que somos um campo organismo/ambiente, intrinsecamente organizado, “as disfunções, as psicopatologias, são a expressão das diferentes formas de alteração dessa unicidade do campo” (Robine, 2006, p. 48). Essa unicidade se expressa na influência mútua, ou seja, o organismo transforma o mundo e pelo mundo é transformando. Da mesma forma, “eu adoço o mundo e sou adoecido por ele. Para a GT, não há lugar para o indivíduo encapsulado em si. A formação das patologias, portanto, é o caminho dos encontros e desencontros relacionais” (Antony & Ribeiro, 2005, p. 193).

O adoecer, portanto, é uma desarmonia relacional (Holanda, 1998), que só pode ser significada e compreendida se olharmos o organismo em sua totalidade, pois “não existe

doença em si. Doença é fenômeno como processo; como dado, existe em alguém, e não como realidade em si mesma” (Ribeiro, 1997, p.36). É por isso que, para a GT, não existe uma doença *mental*, mas uma desordem organísmica, que afeta o funcionamento e crescimento (Latner, 1973). A atenção dada, portanto, não é entre o organismo ou ambiente, mas entre a regulação organísmica e a arbitrária (Yontef, 1998).

É por essa razão que não falamos de uma *psicopatologia*, mas de uma *relação psicopatológica* (Holanda, 1998). Robine (2006) aponta que as tentativas dessa construção colocaram ênfase na estrutura e no indivíduo, e, por vezes, apenas traduziram em termos gestálticos os avanços das outras abordagens da psicologia. Há uma lacuna nessa construção, principalmente porque no momento de seu nascimento esse não era um dos interesses centrais da sociedade da época (Spagnuolo-Lobb, 2011) – o principal foco do GT era clarificar e superar as dicotomias, além de se focar no crescimento e desenvolvimento pleno do ser humano.

Talvez, outro motivo dessa indefinição é o que PHG (1951/1997) reafirmam no Gestalt-Terapia: um receio em criar categorias normatizadoras e patologizantes, como um ideal difícil de ser alcançado pelo ser humano. Além disso, eles apontam que o estudo da psicopatologia não era um dos focos de interesse e seria de fácil resolução;

a descrição da saúde e doença psicológicas é simples. É uma questão das identificações e alienações do *self*: se um homem se identifica com seu *self* em formação, não inibe seu próprio excitamento criativo e sua busca da solução vindoura; e, inversamente, se ele aliena o que não é organicamente seu e portanto não pode ser vitalmente interessante, pois dilacera a figura/fundo, nesse caso ele psicologicamente sadio, porque está exercendo sua capacidade superior, e fará o melhor que puder nas circunstâncias difíceis do mundo. Contudo, ao contrário, se ele se aliena e, devido a identificações falsas, tenta subjugar sua própria espontaneidade, torna sua vida insípida, confusa e dolorosa (p. 49).

É válido para uma teoria que se funda no movimento humanista focar-se nas potencialidades de crescimento do ser humano e ter certa aversão a pensar o adoecimento, principalmente frente às formas de tratamento e olhares dados às ditas “doenças mentais”.

Porém, como afirma Robine (2006), uma “postura psicopatológica torna possível abordar o fato psicopatológico, mas não supõe, *ipso facto*, a elaboração de uma nosografia” (p.113).

Para começarmos a pensar na psicopatologia em Gestalt, então, precisamos partir do olhar total para o ser humano enquanto campo organismo/ambiente. Visamos o modo de experienciar *o ser-no-mundo*, pois a existência está diretamente ligada a isto. Entendemos que cada experiência é singular, sendo o foco a “reorganização dessa experiência onde e quando ela se imobilizou” (Robine, 2006, p.112) e

como a psicopatologia gestáltica deve, segundo penso, possibilitar a compreensão da experiência singular do cliente e, para isso proporcionar ao terapeuta um aparelho conceitual e metodológico específico (...) parece-me completamente incoerente e suicida que a Gestalt-terapia: estabeleça uma nosografia própria; adote uma psicopatologia/nosografia exterior e ‘ traduza ’ vagamente em linguagem gestáltica (...); reduza a experiência singular de cada paciente a uma entidade (o borderline, o psicótico, o delirante...) (Robine, 2006, p.113).

Essa crítica incita o nosso pensamento em como realizamos o psicodiagnóstico em GT. Como a própria definição de saúde para GT é o ajustamento criativo, não faz sentido usarmos categorias nosográficas fechadas como base para a psicopatologia ou um horizonte a se alcançar, já que ajustamento por ajustamento só criaria conformismo (Yontef, 1998). É por isso que esse tema é difícil de ser abordado.

A GT surge e ganha força em meio a uma mudança no pensamento sobre o diagnóstico, que vinha tomando características estigmatizadoras e se tornara o centro da abordagem da psicanálise, do behaviorismo e da psiquiatria (Yontef, 1998). A revolução humanista

combinava muito bem com o forte comprometimento político e filosófico e a paixão da Gestalt-terapia contra a tirania, as limitações arbitrária ou autoritariamente impostas, rígidas adesões a arranjos estáticos que não respondiam às necessidades atuais e *gestalten* fixas. A Gestalt-terapia rejeitou a ênfase diagnóstica da psicanálise clássica junto com a teoria do inconsciente, do relacionamento e da causalidade mecanicista. A visão do terapeuta como a autoridade que resolvia tudo com antecedência, necessitando de um longo processo diagnóstico, para então dizer ao paciente o que era de verdade foi descartada em favor da crença de que os valores do

crescimento, clareza verdade emergiam para o indivíduo resultantes da interação social – do relacionamento dialógico terapeuta e paciente (p.276)

Nesse movimento, o diagnóstico não fazia mais sentido, pois a própria ação terapêutica não se pautava nele, mas no encontro e na relação. Para Yontef (1998), porém, esse movimento antidiagnóstico prejudica a GT, pois, segundo o autor, realiza-se diagnósticos a todo o momento, mas, assim como compartilha Pimentel (2003), há o uso de um psicodiagnóstico informal entre os gestaltistas. Por mais que pareça contraditório, é possível realizar o psicodiagnóstico dentro de uma abordagem humanista, já que esclarecer a compreensão da dinâmica do cliente ajudaria na forma de se abordar a terapia (Yontef, 1998).

Há uma necessidade de compartilhamento de informações entre os diversos profissionais da área e estamos imersos em uma política pública que se pauta nessas categorizações, principalmente adoecimentos relacionados ao trabalho, planos de saúde, previdência social etc. Seria ingênuo simplesmente descartar a possibilidade diagnóstica se vivemos dentro desse sistema. A questão se centra, retomando as discussões do primeiro capítulo, no *como* se fazer e a sua finalidade.

Porém, para a práxis em GT, parece não fazer sentido a categorização extensa como orientado pelos manuais psiquiátricos, como DSM e CID. Se orientamos o trabalho para aquilo que aparece na relação, se temos uma visão da natureza humana como em constante crescimento e transformação, se não compactuamos com a ideia de uma estrutura fixa, acredito que a importação de todas as categorias não tem uso em GT. Principalmente porque não existe uma categoria diagnóstica que oriente o trabalho (Robine, 2006b).

Nesse caso, concordo com Robine (2006) quando ele afirma que seria suicida tanto introjetar categorias estrangeiras à nossa epistemologia, quanto criar uma nosologia própria, como, por exemplo, o que Deslile (1999) buscou fazer ao propor uma avaliação diagnóstica multiaxial dos transtornos de personalidade baseando-se nas categorias apontadas no DSM-IV

e usando termos gestálticos para tentar explica-los. Por mais que possamos reconhecer na clínica algumas dos sintomas descritos, os manuais psiquiátricos partem de uma epistemologia diferente daquela da Gestalt-terapia.

Nesse sentido, faz mais sentido a GT considerar o diagnóstico como a forma de buscar significados, de prestar atenção a como a pessoa se mostra, tanto como indivíduo único como no que diz respeito às formas compartilhadas com outros indivíduos. Por se compreender que o campo organismo/ambiente está sempre em transformação, esse entendimento é construído com os elementos presentes aqui-agora no campo, construção essa que emerge na relação terapeuta-cliente. Dessa premissa, partimos da ideia da atitude terapêutica em aberta, sem *a priori* que limitem a apreensão da experiência.

Se, em GT, pensamos que o funcionamento saudável e não-saudável partem do mesmo processo figura/fundo, o foco do diagnóstico seria como a pessoa bloqueia o sua espontaneidade no contato, como está sua *awareness*, qual a qualidade do processo de formação de *gestalten*. Para tanto, podemos utilizar essas compreensões que nos auxiliam no entendimento das dinâmicas de ser da pessoa.

Ribeiro (1997) sugere a utilização do ciclo do contato como instrumento diagnóstico em gestalt-terapia. A proposição do ciclo, como tratado no capítulo anterior, auxilia a pensar em que momento a pessoa mais bloqueia seu contato e qual seria o fator de cura correspondente. Assim, a busca pelo polo saudável orienta a prática do terapeuta.

Contudo, essas explicações teóricas não podem sobrepor ou substituir a compreensão da existência e, como propõe Barroso (1992, em Pimentel, 2003), um pensamento diagnóstico circular transformaria as certezas baseadas em uma concepção velada de normalidade em uma ideia crítica, buscando compreender as relações que a pessoa estabelece com o mundo. Por

isso, esse processo deveria ser realizado junto a terapia, em que o cliente é central na construção do conhecimento acerca de si e atualização deste.

Nessa direção, na proposição de um diagnóstico fenomenológico-existencial há uma tendência a diluir as barreiras entre o processo psicoterapêutico com o diagnóstico. Bloom (2009), afirma que esse processo em GT se torna experimentação que torna o diagnóstico e assim por diante, de acordo com o ritmo elegante do contato. Assim, o diagnosticar e a terapia seriam o mesmo processo, que partem de hipóteses sobre o contato e contém uma experimentação que possibilita sua própria avaliação. Por exemplo, se um cliente diz que está com raiva, mas tem um sorriso no rosto, o gestaltista pode intervir apontando isso como “eu percebi que você diz estar com raiva, mas mantém-se sorrindo”. Nesse exemplo, o “percebi que” já é um diagnóstico sobre o que se tornou figura na relação terapêutica e abre um caminho para o experimento e possíveis desdobramentos da *awareness*.

Frazão (1996) sugere a adoção do pensamento diagnóstico processual. Essa seria uma atitude que entrelaça a reflexão do terapeuta, que o ajuda a compreender o que se passa com o cliente, com um conhecimento que objetiva a discriminação do que o cliente desvela. É processual, pois só faz sentido se acompanhar a temporalidade da pessoa e do processo e se adequar-se às transformações e reconfigurações. Isso implica em um trabalho de constante atualização com os novos dados que emergem no campo, que não seja categorizável.

Assim, o que se busca em GT é *como* a pessoa funciona em sua totalidade e quais aspectos tem se apresentado como disfuncionais em seu funcionamento, ou seja, quais formas ela tem tido que estão desatualizadas e descontextualizadas com seu atual campo. Objetiva-se detectar o *para quê* dessa organização disfuncional e ir construindo e validando essa percepção junto e com o cliente, ou seja, ir além do diagnóstico explicativo, mas pautar-se no compreensivo e colaborativo (Pimentel, 2003).

Não se diagnostica, então, a partir somente de um sintoma, que, segundo Robine (2006), seria uma criação objetivando o fechamento de uma Gestalt. Ele é compreendido em sua intencionalidade no presente campo e, por isso, não é possível abordá-lo fora do contexto, mas entender como ele aparece e o que o mantém funcionando: não se busca uma causalidade explicativa. Isso só pode se dar na relação terapeuta cliente, que objetiva uma nova significação do vivido. Compreendido como uma forma de ajustamento, o sintoma é uma figura que traz consigo qualidades próprias do fundo e só faz sentido em relação a ele, logo as interrupções do contato são construídas em um processo de interação e não podem ser compreendidos como sintomas psicopatologicamente descritos e classificáveis, como figuras sem um fundo.

A cura, então, é “a realização de uma Gestalt vigorosa (...), mas porquanto a figura de contato não é apenas uma indicação da integração criativa da experiência, mas é a própria integração” (PHG, 1951/1997, p. 46).

As Psicoses: “a aniquilação da realidade do que está sendo dado”

Essa construção que realizamos até agora objetivou nos dar bases para debater uma dos vazios teóricos da GT: a psicose. Dessa forma, na compreensão do sintoma como uma forma de ajustamento entre os desacordos e quebras na unicidade organismo/ambiente, PHG (1951/1997) apontam a neurose como a forma de funcionamento não-saudável, mas, por vezes citam a psicose. O primeiro apontamento foi no livro embrionário da GT, *o Ego, Fome e Agressão*, em que Perls (1942, em Muller-Granzotto & Muller Granzotto, 2008) afirma que “no presente momento estou envolvido em um trabalho de pesquisa sobre o mal funcionamento do fenômeno figura-fundo nas psicoses em geral e na estrutura da esquizofrenia em particular” (1942, p. 32).

Os resultados desses apontamentos nunca foram concluídos ou expandidos, o que gera uma lacuna na conceituação dessa vivência dentro da GT. Por esse motivo, buscaremos e orientaremos a discussão em PHG e nas breves menções sobre a psicose. Apoiando-nos em Robine (2006) e seu pensamento sobre a psicopatologia, acreditamos que podemos construir um saber teórico acerca desse fenômeno usando a teoria gestáltica e não apenas importar categorias e compreensões estrangeiras à GT.

Desde a embrionária construção da GT com Ego, Fome e Agressão, é possível observar o direcionamento da compreensão desse fenômeno a partir do processo figura/fundo. Apesar disso, como sabido, neste primeiro livro Perls ainda era psicanalista. Tal orientação psicanalista permeia essa temática na GT, talvez pela falta de aprofundamento dos primeiros autores. A própria divisão das vivências em neurose e psicose indica essa influência, além da psicose ser apontada como um desequilíbrio da função *id*, assim como é visto pela psicanálise.

Essa orientação psicanalítica também está presente nos apontamentos de Perls sobre a psicose no livro *Gestalt-terapia explicada* (1977). Há uma explicação que se utiliza de termos psicanalíticos, afirmando que “o psicótico tem uma camada de morte muito grande, e esta zona morta não consegue ser alimentada pela força vital” (p. 174) e, também relata que “geralmente o psicótico nem tenta lidar com as frustrações; ele simplesmente nega as frustrações, e se comporta como se elas não existissem” (p. 175). Além disso, compara a psicose com os sonhos, afirmando que ambos, apesar de serem absurdos e irreais, fazem sentido para quem os vivencia.

Nesses apontamentos, observa-se uma clara contradição: enquanto PHG afirmam que não seriam necessários maiores estudos sobre a psicologia do anormal, pois essa seria apenas uma questão de formação de *gestalten*, eles acabam importando uma diferenciação

psicanalítica estrutural entre neurose e psicose. A confusão gerada é que, ao mesmo tempo em que se rejeita diferenciações a priori, citam duas formas de ajustamento diferentes.

Apesar de apresentar duas categorias possíveis de vivência do sofrimento, elas não são bem distinguidas por PHG. As pistas deixadas foram que a psicose estaria associada a um desequilíbrio na função id do *self* e à maior rigidez na *elasticidade na formação gestalten*, enquanto na neurose a função mais prejudicada do *self* seria o ego. Porém, mesmo havendo o levantamento dessas diferenciações, ambas tem base no mesmo processo figura/fundo e talvez por isso seja um impasse teórico a diferenciação das duas.

Outro ponto de vista para essa dificuldade e poucas menções sobre a psicose é que os autores não apontam nenhum sinal ou sintoma específico de cada uma e, dessa maneira, mantem aqueles que “definem as psicoses, do ponto de vista psiquiátrico clínico” (Buarque, 2007, p. 178).

Apesar dessa influência, PHG marcam sua diferenciação da psicanálise ao abordar o tema partindo da ideia de que não seria uma estrutura da personalidade, mas um processo (Latner, 1972). Assim, independente de se focarem em uma diferenciação entre o que seria uma neurose ou uma psicose, na raiz da GT todas as pessoas se regulariam por esse processo de formação de *gestalten*, em que “na neurose, e muito mais na psicose, a elasticidade da formação figura/fundo fica perturbada. Encontramos frequentemente ou uma rigidez (fixação), ou uma falta de formação da figura (repressão). Ambas interferem na completção normal de uma Gestalt adequada” (PHG, 1951/1997, p.34).

A partir desse trecho, neurose e psicose se relacionam e parece que uma psicose só é compreendida em comparação a neurose. Essa ideia está de acordo com uma das discussões empreendidas por Tatossian (2006), na qual ele afirma que, para a fenomenologia, neurose e psicose baseiam-se na “dificuldade de adaptação a situação” (p.311).

Ambas se diferenciariam, então, quantitativamente. Segundo Carvalho e Costa (2008), nas psicoses a *awareness* estaria mais prejudicada – na neurose, e *muito mais* na psicose – indicando, novamente, que ambos processos partem da formação de *gestalten*, mas gerando mais dificuldades. Muito mais em que sentido? Quanto mais? Por isso, acreditamos que uma melhor distinção se faz mais qualitativamente.

Ribeiro (2006) afirma que ambas partem de um processo de negação das necessidades, um contínuo bloqueio de contato “naquele lugar onde se relacionar com o mundo pareça mais difícil” (p. 152). Então, o processo de adoecimento é o mesmo, porém na psicose este estaria associado a uma maior perda na espontaneidade de contatar e ao extremo de não formação de figuras, o que pode ser mais bem compreendido a partir de outro apontamento realizado no livro Gestalt-terapia:

como distúrbio da função de *self*, a neurose encontra-se a meio caminho entre o distúrbio do *self* espontâneo, que é a aflição, e o distúrbio das funções de id, que é a psicose. (...) no outro extremo está a psicose, a aniquilação da parte da concretude da experiência; por exemplo, as excitações perceptivas e proprioperceptivas. Na medida em que há qualquer integração, o *self* preenche a experiência: ou está degradado por completo ou incomensuravelmente grandioso, o objeto de uma conspiração total etc. (p. 235).

Novamente, a psicose é descrita em relação a neurose, se situando em um outro extremo. Ainda que ambas as formas de se ajustar partam de um mesmo princípio, Spagnuolo-Lobb (2002) afirma que é imprescindível essa diferenciação, pois a forma como os clientes experienciam o adoecimento é diferente: há formas distintas de bloquear o contato, de se viver a angústia e de se perder a espontaneidade. Por isso, apesar de serem similares na forma e no processo, ambas as formas de sofrimento tem características próprias e entendê-las auxilia em uma melhor intervenção terapêutica. Nesse sentido, há um dado importante acrescentado segundo o trecho supracitado: a psicose é definida como a *aniquilação da concretude da experiência*.

Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2012) explicam essa passagem indicando que essa “parte da concretude da experiência” se relaciona à impossibilidade de acessar o “domínio de passado reclamado pelas demandas na atualidade da situação” (p.26). Em outro momento, tomam emprestado termos da psiquiatria fenomenológica, afirmando que “a psicose parece aqui associada, por um viés, à ausência ou desarticulação da função transcendental da experiência, a função id; e, por outro, a uma produtividade que se estabeleceria no campo empírico” (p. 128). Em outro momento, afirmam que a *concretude da experiência* refere-se diretamente a própria função id do *self*.

A nosso ver, a concretude da experiência, a partir do exemplo dado por PHG (“*por exemplo, as excitações perceptivas e propioperceptivas*”) poderia indicar, de fato, a parte concreta da experiência, a excitação para se criar uma figura, seja a percepção do organismo ou ambiente. Para dar mais luz a essa questão, busquemos o trecho original “at the extreme, is psychosis, the annihilation of some of the given-ness of the experience, e.g., the perceptive or propioperceptive excitation” (PHG, 1951, p. 212)⁶

A tradução de *given-ness* para o português foi o de concretude, porém é interessante notarmos que uma definição dessa palavra, segundo o dicionário Collins (s.d.) é de “the actuality of being given”, o que, em uma tradução livre para o português, significaria “a realidade do que está sendo dado”. Além disso, observa-se que a palavra está separada por hífen propositalmente – o sufixo *-ness*, na língua inglesa, transforma adjetivos em substantivos e nesse caso, indicaria o *estado de ser dado*.

Nesse sentido, o “*given-ness*” da experiência, seria aquilo que é *dado*, a realidade em si. Logo, a *psicose seria a aniquilação da parte da realidade do que está sendo dado na experiência*. Para entender essa ideia, precisaremos pausar esse raciocínio e entender o que é

⁶ O trecho em questão não será traduzido no momento, pois sua tradução será explicada no decorrer do texto.

apontado como experiência para PHG: “a experiência se dá na fronteira entre o organismo e seu ambiente (...) a experiência é função dessa fronteira, e psicologicamente o que é real são as configurações “inteiras” (*whole*) desse funcionar (...) são estruturas unificadas definidas” (p.41). Como vimos no capítulo anterior, a forma de experienciar dessa fronteira é o contato, enquanto a própria realidade é dada por meio dele. Então, poderíamos entender que o “givenness” da experiência é aquilo dado no contato. Esta realidade só existe em relação a alguma coisa e o próprio “*self* não tem consciência de si próprio abstratamente, mas como estando em contato com alguma coisa” (PHG, p.183).

Ao ser excitado por uma novidade e se dirigir ao contato, o organismo usa de sua agressão para fragmentar o que está *dado* no meio, seja no ambiente (percepção) ou em seu corpo e hábitos (propriocepção) para criar sua realidade. Essa dissolução, contudo, é necessária para o contato. Dentro desse pensamento, entendemos a ideia de aniquilação como uma agressividade extrema, na qual há uma necessidade de destruir o objeto até que ele não esteja no campo, ou seja, “aniquilar é transformar em nada, rejeitar o objeto e suprimir sua existência. A gestalt completa-se sem objeto” (PHG 1951/1997, p.148).

Dessa forma, Perls (1977), que afirma que a energia “torna-se incontrolável no caso da psicose. Em vez de ser diferenciada e distribuída, ela sai em jatos” (p. 174). De acordo com Vieira (2010), o excesso desse excitação pode acarretar a não identificação das figuras que precisam emergir e sua falta faz com que a energia fique diluída no fundo, sem direcionamento, ou seja, a pessoa não reconhece a intencionalidade. Não há novidade a ser contactada no campo, pois ela foi aniquilada.

Nesse último caso, em um estado de privação extrema, um dos mecanismos apontados por PHG é a criação de um objeto a partir de fragmentos. A alucinação é uma função

emergencial para exaurir o excitamento na fronteira de contato que não consegue energizar uma figura e em

casos de excesso de perigo e frustração, há funções temporárias que saudavelmente confrontam as emergências com a função de proteger a superfície sensitiva (...) há mecanismos para amortecer a tensão exaurindo parte da energia de tensão na agitação da própria fronteira, por exemplo, a alucinação (PHG, p. 71).

Esse mecanismo tem uma função autorregulativa e, como indicam os autores, é usada em momentos de extrema emergência e necessidade, saudável quando utilizada temporariamente. Assim como todos os bloqueios de contato, é necessário que se observe o campo e a função desse mecanismo. Apesar de não indicarem o que é considerado alucinação, eles descrevem seu funcionamento:

A tendência a alucinação, a produzir um objeto, anima alguma coisa que é realmente percebida: focaliza, rememora e antecipa espontaneamente essa coisa. Defronta-se não com o que existia há um momento, mas com um objeto feito de percepção e imaginação, em contraste com um fundo de excitamento crescente (...). Há o início agressivo de novas possibilidades (...) aprendidas de manipulação contribuem para o que é percebido como um “objeto” e o determinam. Isto é, a partir do princípio e durante todo o processo, ao ser excitado por uma novidade, o *self* dissolve o que está dado (tanto no ambiente quanto no corpo e em seus hábitos), transformando-o em possibilidades e, a partir desses, cria uma realidade (PHG, p. 209).

A partir dessa dissolução do que está sendo dado, a própria fronteira de contato se dilui e não segue mais as tendências de contatar a realidade, mas usa de fragmentos possíveis para criar uma nova realidade.

Apesar de ser um mecanismo que busca a saúde, percebe-se que, se há rigidez do uso deste, há um adoecimento. Robine (2006) aponta que, em um funcionamento saudável, ajustamento e criação estão intrinsecamente ligados. Ajustamento sem criatividade se relaciona a neurose, enquanto muita criação sem ajustamento ao real à uma psicose: “a neurose constitui um excesso de ajustamento ao meio, se tornando passivo e cristalizado, tendo o meio como limite; a psicose seria o excesso de criação” (p.39).

Assim, o aniquilamento de parte da experiência dada seria a destruição da própria concretude da situação, que é dada como uma resposta “defensiva à dor, à invasão do corpo ou ao perigo” (PHG, 1951/1997, p.149). Ora, se a realidade se dá por meio do contato, a destruição de parte do processo de contatar também dificultaria o acesso ao real e, assim “o mundo deste está ‘fora do contato’ e, portanto, progressivamente alucinatório, projetado, obliterado ou irreal sob outros aspectos” (PHG, p. 45). Esse mundo se torna gradativamente estranho e é hostilizado, pois

en lugar de encontrar un posicionamiento en el entorno, en el mundo con sus diferencias; en lugar de crear nuevos ajustes con el entorno y en los diferentes contextos de vida. Cuando encontramos entornos intolerantes en relación a nuestras diferencias, entornos que se mofan de nosotros, que nos desprecian, que nos humillan a causa de nuestras diferencias, y a veces de manera sutil, entonces la enfermedad se puede declarar: ya sea física o mental, o ambas, en general es la parte vulnerable la que aguanta el golpe y que es atacada en su integridade (Delacroix, 2005, s.p., par 32)⁷.

Essa perda de parte do contato e progressiva dificuldade de acesso ao real tem ligação a um distúrbio da função *id* do *self*, pois falta ao campo organismo/ambiente a base de contatos já assimilados. Além disso, é um processo crônico, que ocorre pelo excesso de frustrações nas formações de *gestalten* ao longo do tempo e, aos poucos, a pessoa precisa controlar os excitamentos para formação de novas figuras, como uma fuga dessa frustração. Ao se dessensibilizar ao excitamento, a *awareness* da propriocepção é diminuída e, assim, a pessoa não responde mais às próprias necessidades nem às do meio. Há uma perturbação na sensibilidade e disponibilidade aos estímulos, fazendo impossível uma resposta. Não há um ajustamento criativo entre o organismo e o meio, estando a pessoa “cortada da realidade” (Ginger & Ginger, 1987, p. 128).

⁷ Ao invés de encontrar um posicionamento no ambiente, no mundo com suas diferenças; ao invés de criar novos ajustamentos com o ambiente e nos diferentes contextos de vida. Quando encontramos meios intolerantes em relação às nossas diferenças, ambientes que nos zombam, que nos depreciam, que nos humilham por causa de nossas diferenças e às vezes de maneira sutil, então a doença se pode declarar: seja física ou mental ou ambas, em geral é a parte mais vulnerável que aguanta o soco e que é atacada em sua integridade” tradução livre.

Uma das razões para isso, segundo Spagnuolo-Lobb (2011), é porque há uma falta de percepção da fronteira de contato e o contato é dominado por sensações que invadem o *self*, sem que se possa separar os elementos tóxicos dos saudáveis. Assim, nada pode ser assimilado, pois nada é reconhecido como novidade no campo – o que ocorre no organismo ocorre no ambiente e vice-versa. Haveria, então, uma confluência rígida, em que a pessoa não sente o excitação que a impulsiona a formar figuras e, ao mesmo tempo, é invadida por um excesso de estímulos que não adquirem sentido (Carvalho & Costa, 2010).

Observa-se que há um aniquilamento de parte do contato associado a um fundo que está parcialmente indisponível e do qual não se sobressaem figuras – lembrando que toda figura só tem sentido se relacionado a um fundo. Perls (1977) confirma essa ideia de despersonalização e desrealização ao afirmar que

(...) vemos no esquizofrênico exatamente a mesma polaridade que vemos na maioria das pessoas. Encontramos pessoas que estão em contato consigo mesmas, as pessoas retraídas, que estão fora de contato com o mundo. (...) E temos também o esquizofrênico paranoico, que está fora de contato consigo mesmo, que está sempre em contato com o mundo. Ele está sempre vasculhando o mundo, porém dessensibilizado. (p. 175)

Essa perturbação está relacionada à função *id* do *self*, mas, teoricamente, este jamais perderá sua função, já que está ligado a processos básicos, como aprendizagens passadas, fala etc. Da mesma forma, é impossível, também teoricamente, se perder um fundo. Porém, fica claro que pode haver um grave desequilíbrio, como se observa em algumas manifestações da psicose – fala desconexa, perda de sua historicidade.

Outra forma em que o desequilíbrio na função *id* pode acarretar é a pessoa se sentir imersa em sensações que não fazem sentido naquele contexto (Carvalho e Costa, 2010), sem a possibilidade de distinção de uma figura clara – como em um processo equilibrado de formação e elaboração de *gestalten*. As necessidades e novas configurações não são sentidas, tendo um bloqueio na *awareness* (Carvalho e Costa, 2010). Tal bloqueio na *awareness*, em

um primeiro momento, pode ter sido uma forma do organismo se proteger de situações e/ou sensações de certa forma dolorosas e/ou ameaçadoras (Galli, 2009). Porém, a cronificação e rigidez desse bloqueio no contato podem acarretar, entre outras coisas, a interrupção da assimilação de novas e antigas experiências, bem como uma desconexão com a realidade.

Além disso, o desequilíbrio nessa função de contatar, que se expressa pela quebra da totalidade, também influencia a vivência da corporeidade da pessoa, principalmente por acarretar uma dificuldade na propriocepção. Para Ribeiro (2006), há uma cisão do corpo em que “ele se dividiu ao meio (...) ambas as partes estão interligadas (...) de tal modo que uma parte vigia a outra que não é sentida como dele” (p.98-99). Spagnuolo-Lobb (2002) afirma, também, que a experiência do vivido “dentro da pele” é altamente ansiogênica, pois é sentida como indiferenciada e confusa.

Esse amortecimento na distinção de sensações pode acarretar, segundo Yontef (1998), desequilíbrios na “própria estrutura de percepção fina, da lógica, da orientação do tempo, espaço e pessoa” (p.305). A partir dessa ideia, podemos entender que a psicose também se relaciona a uma dificuldade de acompanhar a temporalidade do campo, que está em constante mutação e exige respostas diferentes a todo o momento, além de ter outra vivência da espacialidade.

Assim, as alterações vivenciadas existencialmente estariam relacionadas à dimensão da temporalidade, na falha da constituição temporal e na espacialidade. Entretanto, por mais que a vivência de uma psicose altere as coordenadas existenciais, é impossível conceber a inexistência de uma estrutura existencial, mesmo em pacientes muito afetados (Santos, 2012).

Nesse sentido, Binswanger aponta que a questão da temporalidade é central nessa compreensão, sendo uma forma desconexa de funcionar na temporalidade entre a retenção (passado), apresentação (presente) e protensão (futuro). Quanto à espacialidade, a psicose é

uma desproporção que se relaciona a presunção, na qual o sujeito olharia muito além de suas possibilidades e ficaria perdido nessa *Altura*, fora do mundo comum (Chamond, 2011). Tatossian (2006) afirma que essa forma de experienciar “tem por essência subir aí de onde não se pode mais nem avançar nem recuar e onde não se pode mais que permanecer suspenso ou cair (...) tendo perdido toda a comunicação existencial, constrói mais alto do que pode subir” (p.69). Percebe-se, então, que é uma vivência incapacitante quanto ao horizonte experiencial, no qual o sujeito fica estagnado. A perda desse horizonte temporal e espacial é, portanto, marcante na psicose (Carvalho & Costa, 2010).

Uma das consequências da presunção é a vivência do *abismo*: estando o *Dasein* sempre orientado para uma futuridade, o abismo, ao mesmo tempo em que implica a possibilidade do sujeito de não ser ele próprio (a *queda*), define-se pelas diversas possibilidades de ser como um projeto. Se perderia, então, a noção de orientação nesse espaço vivencial (Santos, 2012).

Para Boss (1975), a vivência de uma psicose implica na perda da liberdade, uma dificuldade básica para enfrentar o mundo e alcançar o seu significado em conjunto com o sentido da existência. Para esse autor, é necessário compreender esse ser-doente a partir da incapacidade de abertura para o mundo e uma correlativa falta sentimento de si próprio, uma dificuldade em ser aquilo que se realmente é.

Assim, se faz necessário que olhemos para a totalidade desse fenômeno, observando que um desequilíbrio, em qualquer instância que se apresente, desestabiliza todo o campo. Nesse sentido, retomando a discussão sobre as funções parciais do *self*, não podemos apenas afirmar, segundo essa teoria, que a psicose é pura e somente um desequilíbrio do *id*, mas abarca o sujeito como um todo. A separação das funções é didática, porque na prática todas se relacionam e tem interdependência. Por exemplo, a função ego opera pela junção do *id* e personalidade – o que sinto e o que penso de mim me fazem agir de determinada forma.

A função *id*, que se relaciona com as figuras que já foram integradas dos outros ciclos, se torna, de certa forma, inacessível. A não coerência de figuras corresponde a uma não identificação porque elas não foram reintegradas ao fundo ou não estão acessíveis. Da mesma forma, a função personalidade está implicada nesse processo, porque as figuras que foram integradas são confusas e cristalizadas, logo a identificação de si próprio também ocorre dessa maneira. Há uma impossibilidade de manter uma integração satisfatória das experiências do contato, deixando *gestalten* constantemente abertas (Carvalho e Costa, 2010).

Então, quando há um distúrbio na função *id* ou personalidade, isso é transportado para o ego na forma de realizar o contato e determinar, já que essa falta de um fundo integrado impede a deliberação (Santinelli, 2014): as funções do ego normalmente são suspensas e substituídas e começam a funcionar como o próprio bloqueio de contato (Robine, 2006). Sobre esse tópico, Carvalho e Costa (2010) afirmam que

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. (p. 16).

Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2008, 2012) apontam formas de funcionar da função ego nessas situações. Como as excitações ou não são reconhecidas ou estão confusas, a função ego pode operar articulando o fundo, quando este se mostra confuso, seja fragmentando-o ou tentando agrupá-lo. Outra forma seria a tentativa de preencher uma ausência de fundo, criando-o quando as necessidades não são percebidas.

Assim, a partir da citação de PHG: (“na medida em que há qualquer integração, o *self* preenche a experiência: ou está degradado por completo ou incomensuravelmente grandioso, o objeto de uma conspiração total etc.” p.235) percebemos que, na psicose, há uma tentativa de articulação das informações que estão desconexas: apesar da aniquilação de parte do contato, há uma tentativa de conexão entre o que é dado. Assim como o mecanismo de

alucinação, em que se busca criar a partir de fragmentos, há uma tentativa de criação e vinculação dos elementos, porém, como o campo organismo/ambiente está parcamente em contato com o dado da experiência, essa integração também é fraca.

Segundo Boss (1975), a alucinação traz um caráter de realidade autônoma, mesmo sendo uma forma distorcida de perceber o mundo, apresentando uma barreira no acontecer da pessoa (Santos, 2004). Nos seminários de Zollikon, Heidegger (1987) já trazia a ideia de que não importava definir o caráter de realidade ou não da alucinação, mas como estaria a relação da pessoa com o seu próprio mundo. É uma experiência que causa tormento, mas necessária para que o ser possa se experienciar como existente. Santos (2004) completa “podemos ir além do diagnóstico e compreender essa privação, acompanhando Heidegger, como pobreza de contato. Uma abertura restringida apresenta possibilidade limitadas e distorcidas, coisificadas na relação com o *Dasein*, justamente porque ser-com tornou-se uma experiência angustiante” (p. 344).

Sem esse contato e abertura para experiência, a criação sem ajustamento ocorre de acordo com a necessidade do sujeito, mesmo que os elementos tenham sido aniquilados no campo. A própria tentativa de preenchimento da experiência ocorre como um direcionamento para que o contato seja mantido, além de ser uma forma de conservar sua diferenciação por meio da irrupção violenta da função *id*.

Como vimos, a partir da confluência e ausência de fronteira de contato, não há novidade a ser assimilada, pois nada é visto como novo. Porém, ainda há a necessidade de preenchimento da experiência com sintomas positivos ou, ainda, uma não tentativa de integração, que estaria associada às psicoses com características de sintomas negativos. Assim, a função ego começa a deliberar e a funcionar como o próprio bloqueio de contato, nesse caso, os sintomas.

Outras formas de bloqueio de contato mais presentes em uma psicose foram levantadas por Vasconcelos e Menezes (2005). As autoras apontam a fixação (investimento de energia em situações do passado que não tem mais importância no presente), o qual Vieira (2010) também associa ao pensamento concreto, “levando ao pé da letra tudo que lhe é dito” (p. 75); a dessensibilização (falta de *awareness* às sensações internas e do próprio mundo externo, na qual a pessoa viveria em apatia, não se sentindo excitada pela novidade na fronteira); a deflexão (em que a pessoa diminui ou superestima as estimulações, não havendo a emergência de uma figura clara). Nesse caso, segundo Polster e Polster (2001), a pessoa foge ou evita o meio, agindo independente dos dados concretos do ambiente; e a retroflexão, na qual dirige a energia para si mesmo, pois teme ser prejudicado ou decepcionado e, progressivamente, para de agir no ambiente.

Além desses bloqueios levantados pelas autoras, a introjeção também é observada em psicoses, já que a pessoa pode introjetar conteúdos diversos com objetivo de dar alguma significação para si mesma, mas que não necessariamente tenham relação com ela (Galvão, 2008). A projeção também se relaciona com essa vivência, pois, quando cronificado, este bloqueio pode gerar sentimentos persecutórios e paranoicos, em que o mundo todo está contra o indivíduo (Ginger e Ginger, 1987).

Observamos, também, que o egotismo estaria associado à psicose, por exemplo, em delírios de grandeza. Essa forma de bloquear o contato, de acordo com Latner (1973), gera uma falsa sensação de *eu* e de controle do meio, tornando a pessoa o centro e a medida de todas as coisas, reduzindo a *awareness* das demandas do ambiente.

Delacroix (2005) sugere que a introjeção e a confluência se combinam no momento em que poderia haver o contato, provocando a substituição do contato pelo delírio, que seria uma forma de projeção dos introjetos. Isso ocorre como uma maneira de evitar o conflito com o ambiente, mas esse desacordo continua existindo e bloqueado por meio da retroflexão. Para

ele, o episódio psicótico ocorre para preencher a lacuna do contato onde este fora quebrado. Essa ideia explica um pouco melhor aquilo que PHG indicam como o preenchimento da experiência.

Sem o objetivo de encapsular ou enquadrar o sujeito nessa ou naquela categoria, fica claro que a psicose em GT se refere a uma desorganização e uma rigidez mais *grave* da formação e destruição de *gestalten*, a qual se traduz em uma perda da concretude da experiência. Tal experiência, como afirma PHG no trecho supracitado, exige que a pessoa busque se ajustar criativamente e integrar de alguma maneira possível essa Gestalt mal formada, criando um sintoma.

Mais que um desequilíbrio no organismo, a experiência da psicose está na relação. Portanto, focamos, até agora, na parte do organismo e em seu adoecimento, porém, olhar apenas para a pessoa é uma forma incompleta e não abarca o totalmente o fenômeno. Ao afirmar que qualquer adoecimento é relacional, a perda da unicidade do campo, uma vivência de psicose também é um conflito do campo. Não podemos esquecer que a pessoa em GT é um campo organismo/ambiente e que, por ser relacional, há um ambiente também que faz parte desse adoecimento.

A psicose, portanto, não pode ser vista isolada, como um funcionamento intrapsíquico. Quando afirmamos que ela é um excesso de criação sem ajustamento ou uma aniquilação do dado da experiência, precisamos pensar: ajustamento a que ambiente? Aniquilação de qual dado da experiência?

Dessa forma, precisamos compreender o sofrer do ser humano em relação a seu campo e abrir essa visão implica em considerar também a comunidade, sociedade, política. O sofrimento constrói e é construído pelo campo, tanto em termos históricos como na dimensão

do próprio sofrer. Enquanto ser-no-mundo, o sofrimento é, sobretudo, psicossocial, se inscrevendo na sociedade, transformando-a e sendo transformado por ela.

Infelizmente, essa discussão de qual ambiente seria influenciador de uma vivência psicótica não é citada na literatura gestáltica. Na experiência de atendimento do GIPSI, por exemplo, sempre há o atendimento familiar. Muitos estudos (Costa & Carvalho, 2012; Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona-Correa & Fadden, 2006; Gottesman & Shields, 1982; McGorry & Edwards, 2002), salientam a importância do envolvimento da família no cuidado da psicose, mas poucos são os serviços que empreendem, efetivamente, na atenção à família no formato de psicoterapia. Costa (2013) afirma que

É inaceitável que os pacientes esquizofrênicos, em particular (e os psicóticos em geral), sejam tratados sem que suas famílias sejam abordadas. É inconcebível pensar que, diante de tão complexa e rica patologia, se possa pretender uma cura – se é que ela é possível nesses casos – ou mesmo uma abordagem psicoterapêutica, sem que a família seja ouvida, sentida, entendida e abordada (p. 136).

Dessa forma, a psicose é vista não apenas como uma busca de um ajustamento criativo, mas também tem uma funcionalidade no aqui-agora da situação. Qualquer sintoma é também uma forma de comunicar algo ao ambiente, uma produção saudável de diversas forças do campo, mas que encontra vazão em um indivíduo em particular. Em outras palavras, para Delacroix (2005), é uma tentativa de buscar um equilíbrio onde há desordem e, nesse caso, a interrupção do contato tem mais relação com o ambiente do que com o próprio organismo. O que geraria o sofrimento são as diversas tentativas de repressão e emudecimento dessa vivência.

Esse olhar para o ambiente em que a psicose tem lugar traz um dos importantes pressupostos da GT em que não há dicotomia organismo-ambiente, mas ambos estão em relação estreita, formando um campo. Assim, uma vivência psicótica é do *campo*, em que há uma ruptura do contato organismo/ambiente e quebra dessa unicidade. O humano, naturalmente, não é apenas físico e, dessa forma, se faz necessário considerar onde ele está

inscrito socialmente, “não se podendo considerar fatores históricos ou culturais modificando ou complicando condições de uma situação biofísica mais simples, mas como intrínsecos à maneira pela qual todo problema se nos apresenta” (PHG, p. 43).

Buber (1974/2001) é um autor existencialista frequentemente citado na literatura gestáltica e lança luz nessa questão do adoecimento relacional. Para ele, a psicose se relaciona a vivências intersubjetivas limitadas, a uma presença esvaziada (Holanda, 1998; Carvalho & Costa, 2010). Isso ocorre por meio da desconfirmação do Outro na relação, por relacionamentos marcados por Eu-Isso, em que

nas psicoses essa presença é esvaziada. Tendo o indivíduo tantas experiências de desconfirmação, pode-se dizer que ele se resguarda na segurança de seu isolamento a fim de impedir que nova desconfirmação 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. (Carvalho & Costa, p. 17).

Nesse sentido, Buarque (2007) sugere que usemos a psicose como adjetivo e não substantivo, pois “o que se qualifica como psicótico é um conjunto de situações humanas de grave sofrimento, fragilidade, desestabilização e riscos de agravamento, cronificação e destruição” (p. 179) e não a pessoa que experiencia esse tipo de vivência. Esse olhar para a vivência coloca o foco no processo de adoecimento, não levando a uma rigidez na qualificação no sujeito – a pessoa não *é* psicótica, ela *está* em uma vivência conhecida como psicótica. Assim, por mais que busquemos um entendimento teórico, ampliamos a visão para o entendimento que cada pessoa vive esse momento de forma singular, tanto em suas manifestações quanto em suas razões.

CAPÍTULO IV – EM BUSCA DE UMA CLÍNICA GESTÁLTICA DAS PSICOSES

*The purpose of therapy is not to
solve the problems of our living –
that is the business of living
Latner, 1973, p. 130*

A prática gestáltica se define por ser de cunho fenomenológico-existencial, na qual teoria e método estão unidos e se complementando, em um elegante ritmo. Isso se dá pelo fato de que a Gestalt-terapia não busca explicar ou resolver os fenômenos, mas manter-se em posição de abertura para a novidade e de (re)criação constante (Robine, 2006).

Partindo do ponto que a antropologia gestáltica considera a pessoa como um campo organismo/ambiente, em uma situação psicoterapêutica, o próprio clínico é implicado no processo. Ele se doa ao encontro, sendo parte ativa. Tanto cliente quanto psicoterapeuta se unem em parceria para criar um campo que seja próprio da relação terapêutica, sendo o psicoterapeuta o próprio instrumento para a terapia (Ginger & Ginger, 1985).

Ampliando esse pensamento, Robine (2005) reflete que sempre que falamos em psicopatologia nos referimos a “Gestalt-terapia E psicopatologia” como se esta fosse um campo de estudo separado. Para ele, pensar em uma psicopatologia só faz sentido se for uma “psychopathologie de ses acteurs” (psicopatologia de seus atores) (p.14), pois esse saber inclui, também, o psicoterapeuta. Se estamos afirmando que todo adoecimento em GT é relacional, é impossível pensarmos o Gestalt-terapeuta fora desse contexto, não sendo ele também parte desse campo. Como a própria compreensão do cliente é co-construída na relação, é preciso vivenciar o cliente e terapeuta como campo organismo/ambiente, de fato.

É por isso que Laura Perls (1992) afirma que não existem gestaltistas iguais, pois toda forma de se praticar Gestalt passa pela própria vivência do clínico enquanto pessoa. Há várias formas de se *fazer* Gestalt, pois imprimimos nossa própria subjetividade ao processo. Nesse

sentido, é impossível uma tentativa de padronização das intervenções. O que buscamos, nesse capítulo, é encontrar posturas gestálticas que possam auxiliar a travessia de quem experiencia um processo de psicose.

Perls (1977) indica, em uma passagem na qual ele debate um pouco sobre a psicose, que “vemos no esquizofrênico exatamente a mesma polaridade que vemos na maioria das pessoas. Encontramos pessoas que estão em contato consigo mesmas, as pessoas retraídas, que estão fora de contato com o mundo (...)” (p. 175)⁸. Buarque (2007) acrescenta que, para a clínica, “é apenas um critério de identificação das disfunções denominadas em conjunto de psicoses, que não é usado como parâmetro para a estruturação de um projeto terapêutico, nem mesmo para nortear o que deve ser necessariamente trabalhado numa sessão” (p. 178). Por outro lado, Spagnuolo-Lobb (2011) afirma que as diferenças qualitativas entre neuroses e psicoses devem ser levadas em consideração.

Esses pensamentos apresentados, apesar da tensão por serem ideias diferentes, criam um saber que os complementam. Primeiro porque essa noção de diferenciação entre duas manifestações não busca objetificar a situação, utilizando-se de categorias exteriores, mas ela surge na própria experiência da relação terapêutica. Isso significa o cuidado e a implicação teórica na clínica. Além disso, é inegável a diferença de manifestação e uma firmeza teórica dá suporte a clínica, afinal, teoria e prática em GT estão intrinsecamente unidas.

Nesse sentido, Robine (2006b) afirma que não existe uma modalidade diagnóstica em Gestalt que implique em intervenções diferenciadas, já que a própria clínica se pauta no desvelamento da experiência presente. Ao mesmo tempo, ele afirma que nos falta uma psicopatologia própria que possa se unir à dimensão prática, sem que tenhamos que recorrer a compreensões estrangeiras à nossa epistemologia.

⁸ Utilizamos essa mesma passagem anteriormente, porém acreditamos ser pertinente debater novamente algumas ideias levantadas por ela.

A partir do trecho supracitado de Perls (1977) observamos que a manifestação de uma psicose não transporta a pessoa para outra categoria vivencial, já que a própria psicose não é da pessoa, mas *da relação*. Em GT, portanto, não há uma clínica para neuróticos e uma clínica para psicóticos, justamente porque não existe uma pessoa neurótica ou psicótica. Existe sim um sofrimento do *entre*, que pode ser percebido e sentido pelo organismo, mas não pertence a ele (Francesetti & Gecele, 2009). Assim,

No se trata de encerrar al paciente en una etiqueta y de curar una etiqueta. Se trata de escuchar a una persona cuya relación con el mundo está perturbada, y que a causa de ello sufre. Se trata de acompañarle para que tome conciencia de sus perturbaciones, para que capte su sentido. Todo síntoma, cualquier manifestación descrita como patológica: fobia, obsesión, angustia, depresión, delirio, autismo, podría considerarse como un "ir hacia", como un lenguaje que hay que decodificar y como un acontecimiento de frontera-contacto.⁹ (Delacroix, 2005, p. 10).

Os objetivos, orientações, técnicas utilizadas se guiam pelo fio daquilo que aparece na situação presente, já que a própria compreensão da dinâmica do adoecimento se pauta na formação de *gestalten*. O que buscamos aqui são possíveis direcionamentos que podem auxiliar o cuidado, sem, contudo, perder de vista nosso alicerce fenomenológico.

Assim, teorias e práticas psicoterápicas surgem de uma compreensão da natureza humana, suas formas de funcionamento, distúrbios no crescimento. A GT dá atenção, principalmente, às interrupções do livre funcionamento no processo de formação de *gestalten*, buscando restaurar essa espontaneidade (Latner, 1973).

Desse modo, a práxis gestáltica busca e se pauta na *awareness* (PHG, 1951/1997; Yontef, 1998; Robine, 2006; Latner, 1973; Perls, 1977). Por compreender que todo adoecimento parte de um bloqueio na espontaneidade do contato, aumentar a *awareness*

⁹ “Não se trata de limitar o paciente em uma etiqueta e curar essa etiqueta. Trata-se de escutar a uma pessoa cuja relação com o mundo está perturbada, e que sofre por conta disso. Trata-se de o acompanhar para que tome consciência de suas perturbações, para que capte seus sentido. Todo sintoma, qualquer manifestação descrita como psicopatológica: fobia, obsessão, angústia, depressão, delírio, autismo, poderia ser considerado como um ‘ir em direção a’, como linguagem para se decodificar e como um acontecimento fronteira de contato” (tradução livre).

significa a retomada do funcionamento natural (Latner, 1973). Além disso, desvela como se está funcionando no presente, ampliando a situação, com apoio total sensório-cognitivo-motor da pessoa. Explora-se o como e os para quê desse bloqueio e não causas explicativas. A própria awareness é integrativa (Yontef, 1998) e a integração surge, também, de seguir o *continuum* desse processo (Polster & Polster, 2001) a partir de um “voltar-se para a existência” (Jacobs, 1995, p. 75).

Nesse sentido, há diversos experimentos que formam uma das técnicas gestálticas e que são largamente explorados na literatura (ver Stevens, 1971; Perls, 1977; Fagan & Shepherd, 1970; Latner, 1973). São uma opção metodológica que buscam ampliar a awareness (Ribeiro 2006), porém a aplicação em vivências de psicose deve ser cautelosa (Arnfred, 2012), já que, geralmente, se focam na awareness da figura e a psicose é vista como um distúrbio de fundo.

Assim, a retomada da awareness é um norte, já que essa capacidade fica reduzida e prejudicada, mas, ao mesmo tempo, é necessário que se dê atenção, primeiramente, ao trabalho com fundo (Spagnuolo-Lobb, 2011). Como afirma Hycner (1995), expandir contato ou awareness objetiva que a pessoa tenha atitude relacional mais saudável com o mundo e, como em psicoses essa atitude geralmente precisou ser cortada, o direcionamento primeiro é que se crie um ambiente e uma relação segura e estável em terapia.

Essa cautela da utilização de experimentos em experiências de psicose é necessária, também, pela própria falta de suporte do fundo em contatar e responder espontaneamente as figuras que surgem. Francesetti e Gecele (2009) afirmam que, mais do que trabalhar com a *awareness*, seria necessária criar esse fundo. Além disso, essa técnica exige uma capacidade de simbolização que muitas vezes se encontra prejudicada. Como sugere Ginger e Ginger (1985), o uso desse recurso deve ser balanceado com o confronto na realidade, alternando “o

trabalho no imaginário (com jogo dramático, desenho criatividade, metáforas verbais) e o confronto com a situação real atual: relação com o ou terapeutas (...)” (p. 225).

A clínica gestáltica é dirigida à experiência, o que não pode ser confundida com o uso indiscriminado de experimentos, já que estes precisam se aliar e surgir do campo. Nesse sentido,

O que desejamos frisar aqui é que a proposta de uma psicoterapia que trabalha com a experiência se deturpa quando esse sentido fenomenológico de experimentar – ação expressa por um verbo – se reduz a experimento como técnica ou coisa, expressa por um substantivo. O que não significa dizer que um experimento não possa ser utilizado como recurso para o trabalho com a experiência. Tampouco que os mal entendidos acerca dos experimentos em Gestalt-terapia justifiquem uma postura de alijar o trabalho com a experiência. (Alvim & Ribeiro, 2009, p. 38).

Dessa forma, para que seja realizado o contato, é necessário um *eu e um não-eu* e, por conta da confluência e dificuldade de percepção da fronteira de contato, tudo é visto como uma só coisa. Ou tudo é *eu* ou *não-eu*, fazendo com que a própria capacidade de integrar a experiência seja reduzida, afinal, os dados no campo são tantos e tão confusos que se torna difícil a organização. Para tanto, um trabalho de desenvolver a discriminação se torna um das vias de trabalho, pois busca organizar o campo a partir de diferenciações entre “what is us, and what is not us, what is past and what is presente, what is pertinente to our presente needs, and what is not”¹⁰ (Latner, 1973, p. 148).

Távora (2005) afirma que o processo de subjetivação em GT ocorre por meio das relações empreendidas no campo, por meio do processo de formação de *gestalten* e o fluxo de identificações-desidentificações. Nesse sentido, a subjetividade em uma experiência de psicose também fica prejudicada por conta da confluência e da dificuldade de contato com a novidade que surge no campo. Esse é um processo complexo, que exige uma fronteira de contato saudável, pois

¹⁰ “o que é nosso, o que não é, o que é passado, o que é presente, o que é pertinente para nossas necessidades presente e o que não é” (tradução livre).

Dans ce processus d'individuation, il y a des moments où je suis je et tu es tu et où nous pouvons nous rencontrer, certes, mais il y a aussi des moments où je suis tu et tu es je, d'autres où n'existe qu'un on, d'autres où existe un nous, même illusoire, d'autres encore où je n'ai aucune idée de qui je suis ni de qui tu es ! (Robine, 2002, p. 27)¹¹.

Observa-se, então, que o processo de individuação é rítmico e envolve constantes contatos-retrações, inclusões-desinclusões. Essa distinção é associada ao processo de reintegração, em um contínuo ciclo diferenciação-integração da novidade no campo ou mesmo de figuras que continuam em aberto (Robine, 2002). A própria singularidade é construída na relação e fica perdida na pessoa que experiencia a psicose. Dessa forma, a relação terapêutica também se orienta pela valorização daquilo que torna a pessoa única e, ao mesmo tempo, conectada com seu campo e, progressivamente, a pessoa vai desenvolvendo a capacidade de lidar com o fluxo sempre constante, por meio, também, da desestabilização de representações fixas acerca de si mesmo.

Essa orientação pela *experimentação* parte de uma atitude fenomenológica, na qual se busca explorar a situação tal qual ela se apresenta, a se focar da situação concreta. Por meio desse empreendimento, o que se objetiva é desvelar a situação presente, trazendo a totalidade da pessoa para a ação na experiência, para a intencionalidade do contato. A ideia é que as pessoas possam “aprender muito com *o que* estão experienciando, se puderem aprender *como* experienciam e *como* interferem em sua própria existência” (Jacobs, 1995, p. 81). Para Alvim (2014), essa orientação da GT a insere nas “perspectivas ético-estéticas. Perspectivas que desviam do pensamento interpretativo-explicativo em direção da valorização da experiência, do risco, da aceitação e do acolhimento do novo e da diferença como formas criativas da experiência” (p. 29).

¹¹ “Neste processo de individuação, há momentos em que eu sou eu e você é você e onde podemos encontrar, certamente, mas também há momentos em que eu sou você e você é eu, outros onde há apenas um, outros em que há nós, mesmo ilusoriamente, outros ainda em que eu não tenho nenhuma ideia de quem eu sou ou quem você é!” (tradução livre).

Assim, à medida que o fluxo de *awareness* é experienciado, é possível entrar em contato com novas figuras e formar *gestalten* fortes. Estas são integradas no fundo de experiência e começam a gerar uma base sólida para que novos contatos sejam realizados. Há um aumento progressivo da confiança no ambiente e, pouco a pouco, esses contatos bem sucedidos realizados dão apoio para que a espontaneidade seja retomada. Isso cria o que Latner (1973) chama de suporte – cada novo contato suporta o próximo e assim sucessivamente.

Essa confiança no ambiente fica prejudicada em uma vivência de psicose e, por isso, Spagnuolo-Lobb (2011) sugere que seria necessário trabalhar primeiro com o fundo do que com a figura. Essa falta de segurança é a própria falta de *gestalten* fortes integradas ao fundo, que não permitem que a pessoa desenvolva habilidades coerentes para lidar com as demandas do campo – as quais ele mal consegue distinguir.

A atenção é dada ao campo relacional, à criação de um contexto seguro e estável para que, progressivamente, juntamente com a diferenciação, a fronteira de contato possa ser reconhecida e os contatos possam ser realizados espontaneamente. Em um contexto clínico, o terapeuta é o fundo, enquanto o cliente é sempre figura (Ribeiro, 1985; Robine, 2006). O objetivo é de se orientar para a construção de um fundo existencial seguro, para que a pessoa consiga fazer as diferenciações entre o que ele aliena e o que escolhe para si (Spagnuolo-Lobb, 2011).

Além da facilitação desse contexto, retomando as discussões que empreendemos no capítulo II, concretamente, reconhecemos que trabalhar com o fundo é retomar a integração entre a história e sua inclusão em um contexto, as crenças, o sistema de valores e regras de vida, sistemas de comunicação e o projeto de nossos temas fundamentais da existência (Delacroix, 1999). Assim, o fundo se constitui de elementos que auxiliem a articulação dos

componentes não articulados, dá sentido à figura. Um fundo confuso não consegue dar suporte para que a figura surja com intencionalidade clara. O próprio senso de self ocorre na experiência, que, apoiando-se no fundo, realiza contatos. Isso, contudo, não se refere a um foco deliberado no passado, mas na tentativa de uma reintegração do horizonte experiencial.

Para exemplificar como isso ocorreria, sem o objetivo de entrar em detalhes sobre a dinâmica, tive contato com um caso em que um senhor que estava internado em uma instituição de saúde mental, na casa de seus 50 anos. Apresentava-se, diversas vezes, utilizando nomes diferentes e havia me contado sua história de vida com detalhes confusos e contraditórios. Ele guardava com esmero recortes de jornais e revistas, me mostrando com orgulho seus filhos, mas entristecia-se quando mais um dia se passava e ele não recebera contato de nenhum deles.

Havia, então, uma perda de sua história de vida, em uma parte de seu fundo de experiências: ele não se recordava de onde vinha, nem quem seus filhos eram, seu nome e outras informações relacionadas. Para tanto, ele criou uma nova identidade e uma historicidade própria, que, de certa forma, preenchia esse *gap* e o protegia do sofrimento do abandono e de sua marginalização na sociedade. O trabalho se direcionou, não para a retomada de sua real história, mas para a confirmação dessa vivência atual e, nesse sentido, a multidisciplinariedade foi essencial. Foi emitido um documento de identidade com o nome em que ele mais se identificava, o que o fez sentir-se mais integrado a uma identidade. Além disso, ele era reconhecido em suas capacidades de trabalhar com a horta da instituição, o que também fora valorizado, integrando novas vivências a esse fundo que havia desintegrado.

A partir desse exemplo, pontuamos uma diferença na clínica do GIPSI, em que as intervenções são realizadas tão cedo quanto possíveis, e a de uma instituição de saúde mental, onde a desintegração e cronificação são mais graves. Apontamos que, quando mais cedo o

desacordo relacional for transformado, maiores são as opções de crescimento e de fortalecimento do ajustamento criativo, como trabalhou Carvalho (2008) em sua dissertação de mestrado.

Esse relato abre a discussão para um ponto importante na clínica das psicoses, a de que todas as vivências, por mais absurdas que pareçam ao clínico, são genuínas e devem ser escutadas com atenção. Por nos focarmos naquilo que ocorre no aqui-agora da situação, valorizamos qualquer fenômeno que apareça – seja uma expressão corporal, uma quebra no fluxo do relato verbal, um sintoma. Compreendemos que, aquilo que surge tem relação com o campo e pode ser importante para a exploração. Assim, o valor dado à experiência imediata valoriza e legitima qualquer experiência vivida (Francessetti & Gecele, 2009). Nesse sentido, a confrontação com a realidade deve ser feita com o cuidado de que não se deslegitime a vivência de sofrimento da pessoa.

Além disso, o sintoma carrega consigo significados, ou seja, ele não se cria *do nada*, mas possui relação com o vivido da pessoa. Ele tem uma função na dinâmica relacional e precisa ser escutado e legitimado também. Para Delacroix (2005), o necessário seria “ponerle palabras a los síntomas, a las manifestaciones de la función-Ello, a los estados interiores, a los sistemas y organizaciones, y todo esto en relación al aspecto de la historia de la persona y de su relación con el mundo”¹²(par. 54). Pôr palavras significa a simbolização e a apropriação da experiência, fortalecendo, assim, a autocompreensão e a conexão com sua temporalidade.

Por exemplo, atendemos um caso no GIPSI em que uma jovem de seus vinte e poucos anos conversava telepaticamente com diversos homens que a desejavam. A questão não era se isso era verdade ou não, se esses homens realmente tinham interesse, mas gerar uma escuta que fosse além daquilo que aparecia. Com o trabalho familiar em conjunto, fomos co-

¹² “Colocar palavras aos sintomas, às manifestações da função id, aos estados interiores, aos sistemas e organizações, e tudo isso em relação ao aspecto da história da pessoa e sua relação com o mundo” (tradução livre).

construindo um sentido para aquilo e, progressivamente, ela começava a ter suporte para simbolizar o que ocorria com ela.

Quando ela começou a expressar sua raiva e seus sentimentos de abandono e desamor que sentia pela família e vice-versa, essa vivência de ser desejada por homens começou a mudar. Esse sintoma foi aos poucos se diluindo, *gestalten* foram sendo fechadas, dando espaço para que outras figuras se mostrassem. Para Delacroix (2005), esse tipo de escuta nos convida a

llevar nuestra atención sobre la experiencia en curso y a sostener la experiencia del paciente para que juntos podamos nombrarla, darle una forma verbal. Es así que podrá sentirse comprendido. Todo episodio de delirio, alucinatorio, confusional, es un trauma muy grande para quien lo haya vivido. Escuchar la experiencia del otro, su sufrimiento, su temor a zozobrar en la locura. En este nivel, ha de ser tratado y escuchado como quien ha sido traumatizado por un cataclismo, ya que a veces es vivido como tal ¹³(p. 8).

É por isso que a postura clínica da *epoché* é objetivada em Gestalt-terapia. Ao se suspender, o terapeuta dá espaço para que a situação se mostre tal qual ela é. Manter-se aberto permite que de um fundo amorfo da situação surjam diversas figuras, que vão se desdobrando e reintegrando-se espontaneamente. Focamos, então, na estrutura da experiência que

é uma unidade figura-fundo, forma, configuração ou Gestalt, constituída por organismo e ambiente a partir do campo, processo dinâmico, aqui e agora, que tem um sentido de temporalidade, ou seja, é atualidade e apresentação no sentido fenomenológico. O interesse da terapia está focado na experiência vivida agora (como presença, ou seja, como aquilo que se apresenta) aqui (nesta situação, neste campo). Esta experiência vivida aqui-agora tem uma estrutura, forma ou configuração – que emana do campo e expressa seu significado. Nossa atenção é para a forma (estrutura da experiência aqui-agora), buscando o significado da experiência nessa relação que me envolve (terapeuta) e ao cliente (Alvim & Ribeiro, 2009, p. 43).

Por mais que compreendamos que o sintoma de uma psicose tem uma função no aqui-agora, há uma discussão se ele seria um ajustamento criativo ou não. Spagnuolo-Lobb (2003)

¹³ “levar nossa atenção sobre a experiência em curso e apoiar a experiência do paciente para que juntos possamos nomeá-la, dá-la uma forma verbal. É assim que poderá sentir-se compreendido. Todo episódio de delírio, alucinatorio, de confusão, é um trauma grande para quem o vivencia. Escutar a experiência do outro, seu sofrimento, seu temor de virar na loucura. Neste nível, tem que ser tratado e escutado como quem foi traumatizado por um cataclismo, como às vezes foi vivenciado como tal” (tradução livre)

afirma que, mesmo que se adotem soluções criativas para lidar com os conflitos, essa criatividade não leva ao crescimento ou satisfação. Acreditamos que uma vivência de psicose, quando esta exerce uma função no campo, ela é um ajustamento criativo, uma tentativa de saúde. Porém, quando o campo mantém-se em equilíbrio e o comportamento está cristalizado, cronificado, enrijecido, percebemos que este não levaria mais a um crescimento e, portanto, não seria mais um ajustamento criativo, mas uma criação sem ajustamento. Um exemplo, também atendido no GIPSI, foi o de uma mulher que sempre que escutava vozes que pediam para ela se cortar, ela saía correndo para a rua e ficava vagando sem rumo até ser encontrada por algum familiar. Isso se repetia sempre, mas mesmo assim ela aparecia com cortes em sua pele vez em quando.

É claro que a autopreservação, nesse caso, era a principal inclinação da cliente, porém a estereotipia na resposta impedia suas tentativas de contato. Era mais uma tentativa de resolver um problema no campo que nunca foi resolvido ou sempre fora interrompido. O trabalho terapêutico buscou, dentre outras questões, revelar a intencionalidade dessa figura e buscar a relação com a qual se referia.

Por diversas vezes em GT, falamos que o indivíduo é livre para escolher, que tem responsabilidade sobre sua existência. A clínica gestáltica se inclina a desenvolver recursos para que a pessoa se torne autora de sua vida e não meramente expectadora. Se responsabilizar por sua existência, em uma vivência de psicose, pode ser um norte no trabalho, mas é preciso que se desenvolva um suporte e integração anteriores a isso. Se buscarmos a palavra em inglês que designa a responsabilidade – *responsability* – diremos que a pessoa é *response able*, ou seja, hábil a dar respostas à novidade do/no campo (Yontef, 1998). Mas, e se ela não consegue perceber as novidades que surgem, como ser hábil a dar respostas? A se ajustar criativamente?

Se a clínica se focar somente nesse ponto, as respostas dadas serão tão confusas quanto a percepção do campo. Por isso que o trabalho com o fundo e a fronteira de contato se tornam centrais. Assim, quando a pessoa não tem ou perdeu esta habilidade, poderíamos dizer, então, que ela perde a liberdade de escolha e, portanto, a possibilidade de uma autenticidade em sua existência. Se a pessoa não é reposta-hábil, a psicoterapia precisaria ser direcionada a buscar essa criatividade, com vistas a retomada da espontaneidade do contato (Robine, 2006).

Dessa forma, a ênfase no trabalho com o fundo nas psicoses é importante, também, pois se reconhece que a função *id* do self é a que, geralmente, mais se encontra prejudicada. Uma forma que esse desequilíbrio se expressa é na corporeidade e em sensações básicas da experiência. Atendemos uma jovem no GIPSI que não se sentia pertencente em seu corpo, mostrando sua quebra da unicidade. Esse sentimento se expressava em ações que ela tomava, as quais não eram reconhecidas como dela, como se ela não pertencesse ao seu corpo. Além disso, ela não conseguia saber sensações básicas, como, por exemplo, quando estava com fome e nem o que sentia. Nesse ponto, o trabalho terapêutico buscou focar-se na discriminação de suas sensações, no reconhecimento de sua corporeidade e na busca de um corpo que ela pudesse habitar, que ela reconhecesse como dela.

A partir desse exemplo, podemos notar as três funções parciais do self em desequilíbrio. A partir de uma fronteira de contato disfuncional, ela não consegue diferenciar-se entre organismo/ambiente, não realizando mais contatos espontâneos. Ela afirmava que se sentia imersa em sensações, as quais não eram possíveis de serem nomeadas e discriminadas. Pela falta de um fundo integrado que apoiasse seus contatos, sua função personalidade não possuía um senso de identidade e integridade, no qual seu próprio corpo não era reconhecido como pertencente a ela. A função ego não conseguia deliberar e agir em congruência com seus sentimentos e sua noção de eu, pois ambas estavam indiferenciadas.

Essa forma de separar os diferentes processos do self é puramente didática, já que, na prática, esse processo funciona em conjunto, em totalidade. É visto mais como um instrumento que pode auxiliar a ampliar a compreensão das dinâmicas relacionais da pessoa, em que momento a sua espontaneidade está bloqueada. Além desse instrumento, o ciclo do contato também pode ser de grande ajuda, como já fora demonstrado em alguns estudos (Carvalho, 2008; Vasconcelos & Menezes, 2005; Albo & Costa, 2013). O uso do ciclo, tal qual proposto por Ribeiro (1997) auxilia o olhar de como e em que parte a pessoa mais bloqueia a espontaneidade do contato, o que, associado ao fator de cura relacionado, pode indicar direções a serem tomadas dentro do espaço clínico.

Spanuolo-lobb (2011) indica, em resumo, que os objetivos clínicos e direções para se trabalhar com experiências de psicose seriam: dar atenção ao contexto – proporcionar um fundo; a diferenciação criativa, principalmente no reconhecimento da fronteira de contato e subjetivação; percepção de tempo e espaço como categorias que orientam e dão ritmo ao self; buscar uma clara e distinta percepção das próprias necessidades. Tais objetivos se inter-relacionam:

From attention given to 'the context' in the form of the therapeutic setting (first goal, and an indispensable premise for any future progress in the relationship), it is possible to foster other important experiences for the harmonious differentiation of the self, like creative differentiation (second goal), the perception of time and space as categories that orientate and give a rhythm to the self (third goal), and the clear and distinct perception of one's own needs (fourth goal) (Spagnuolo-Lobb, 2011, s.p.)¹⁴.

Até esse ponto, nos focamos nas dificuldades e orientações para desenvolver o crescimento nas experiências de psicose, por vezes nos atendo às dificuldades. Pontuamos, contudo, que essa não é uma vivência somente negativa e de difícil manejo. Como afirma Maldiney (em Tatossian, 2006) *a psicose não se entrega*. Enquanto em uma vivência de

¹⁴ “A partir de atenção dada ao 'contexto' na forma de ambiente terapêutico (primeiro objetivo, e uma premissa indispensável para qualquer progresso futuro na relação), é possível promover outras experiências importantes para a diferenciação harmoniosa do self, como diferenciação criativa (segundo objetivo), a percepção de tempo e espaço como categorias que orientam e dão um ritmo para o self (terceiro objetivo), e a percepção clara e distinta de suas próprias necessidades (quarto objetivo)” (tradução livre).

neurose o sintoma está encoberto e não muito claro, nas psicoses a vivência de sofrimento se mostra, escancaradamente. Fica muito claro o que foi criado com vistas a lidar com um ambiente difícil, para preencher o vazio da espontaneidade dos contatos frustrados e uma escuta atenciosa leva a um desvelamento do fenômeno com mais profundidade.

Numa relação de psicose o desacordo e quebra da unicidade organismo/ambiente é tão gritante que se mostra, se doa. O que se faz necessário construir é justamente a intencionalidade dessa quebra. Como exemplo, transcrevo a fala de uma das clientes atendidas pelo GIPSI que, já no final do processo terapêutico, relatou que criou um mundo só seu porque “estava vendo minha vida muito normal, muito parada, o fato dos meus relacionamentos frustrados, o fato de eu me sentir sozinha, o conflito entre o mundo cristão que eu vivo e o mundo lá fora que me impede de fazer coisas que eu gostaria de fazer. Eu me sentia muito pressionada, é como se eu tivesse que fazer isso e aquilo” (sic).

Também em vivências de psicose, como nos afirma Robine (2006) há muita criação sem ajustamento. É inegável a presença da dimensão da criatividade, talvez mal direcionada, mas presente. Um dos casos que atendemos no GIPSI de um jovem que é um artista brilhante, premiado e reconhecido por suas intrigantes criações. Ao ser questionado o significado de uma de suas obras, ele respondia apenas de forma concreta – não havia nada mais além do que rabiscos em uma folha de papel. Apesar de sua enorme criatividade e inovação, suas criações não reverberavam – havia um bloqueio de contato com as significações de sua produção.

Dizemos da criatividade não apenas em produções de arte, mas também de um sintoma para lidar com a frustração. Como, dentre tantas formas de bloquear a espontaneidade do contato, a pessoa cria, por exemplo, um mundo dela, em que ele é o pai de todos – como no exemplo dado anteriormente? Ou, como em um caso em que uma jovem, mãe de três filhos, que perante à dificuldade de expressar sua angústia, calou-se? É como se fosse, no jogo

de pôquer, um *all in*¹⁵ com cartas sem valor – uma última tentativa, um último recurso de se manter no jogo, de se colocar completamente implicado no processo, uma busca pela saúde. Novamente, *a psicose não se entrega*. A criação está dada, resta desenvolver o ajustamento.

Por isso, é importante olhar a totalidade da pessoa e não o adoecimento como um destino, um triste fim que tolheria a vida de qualquer espontaneidade. Saúde-doença são polos, se relacionam e estão em continuum e, dessa forma, dentro de um funcionamento desequilibrado está a chave para o crescimento. Uma experiência de psicose representa um momento, mas que se insere dentro da complexidade da pessoa. O que queremos dizer é que pode ocorrer o erro de encerrar essa manifestação como a própria pessoa (“o psicótico, o doente”), perdendo de vista as capacidades e a saúde; e que, além disso, as psicoses, apesar de herdarem a ideia de negativo, déficit, falta (Costa, 2003) – como vimos no primeiro capítulo - tem a sua finalidade e podem trazer possibilidades que não são encontradas em outras formas de experienciar. Para completar essa ideia Hycner (1995) afirma que

Nenhum aspecto do comportamento humano é visto como absoluto. Cada comportamento precisa e “pede” desesperadamente, para ser compreendido dentro do contexto mais amplo da existência da pessoa (...) a patologia é vista como um distúrbio da existência inteira da pessoa e como uma afirmação de que ela precisa ser cuidada (p. 36).

Nesse sentido, se faz necessário questionar os parâmetros extrínsecos, que por vezes busca nos indicar o que seria uma intervenção bem sucedida, pois estes não englobam a totalidade subjetiva da pessoa. Dessa forma, há um direcionamento para buscar esse critério na relação, sendo intrínseca a ela, sem perder de vista, contudo, o ambiente ao qual a pessoa se inscreve. Sobre o curar, Carvalho (2008) aponta que

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

¹⁵ Refere-se a quando um jogador aposta todas as suas fichas, obrigando os outros jogadores a apostarem ou a saírem do jogo

desestruturantes ao self, capaz de lidar com os ideais, as frustrações e o ambiente nem sempre favorável a seu desenvolvimento (p. 98).

Assim, há direções que auxiliam esse pensamento. Latner (1973) afirma que a terapia tem sucesso quando se desenvolve a capacidade de estar *aware* do campo e resolver as demandas de forma que gerem crescimento. PHG (1951/1997) apontam que a reintegração da totalidade, bem como o livre processo de formação de *gestalten*. Hycner (1995) direciona seu pensamento de que a terapia deve ter como norte o desenvolvimento da pessoa, para que ela tenha uma melhor atitude relacional com o mundo.

A relação terapêutica – “teorizar sobre o que sempre nos escapará”

Por considerarmos que o próprio psicoterapeuta é seu instrumento de trabalho, por se implicar no processo, por se doar para a relação se faz necessário refletir sobre a atuação do terapeuta, suas posturas e direcionamentos na clínica. De que forma é possível criar um ambiente seguro, estável, transparente? Se falamos de uma psicopatologia que se dá na relação, no entre, como o terapeuta se implicaria nesse processo?

Começamos com a frase de Robine (2006) e nos questionamos: como teorizar sobre a relação terapêutica? Como teorizar sobre o que sempre nos escapará? Para tanto, ele afirma que o “conceito de relação remete a um relacionamento que liga, quer esse vínculo seja feito de dependência, de interdependência quer de influência recíproca” (p. 203). Jacobs (1995) afirma que há um consenso sobre o que seria a relação terapêutica em gestalt, mas pouco debatida e escrita na literatura. Ela sugere que as características gerais seriam “uma relação não-hierárquica e uma ênfase no compromisso pleno e genuíno entre paciente e terapeuta” (p. 67).

Vimos que a pessoa se subjetiva *na relação* e a relação que gestalt-terapeuta e o cliente estabelecem não estaria fora dessa premissa. Criar um ambiente seguro e estável é pensar em criar outro tipo de relacionamento organismo/ambiente que não seja disfuncional,

já que é no *entre* que se encontra o adoecimento. Assim, Holanda (1994) afirma que “é nesta relação que o sujeito se constitui, ou seja, na constituição da relação o sujeito a si próprio, e ao outro. Esta é a essência do homem, *ser-com*, no mundo” (p. 142).

Pela veia existencialista dentro da GT, algumas posturas sugeridas pela filosofia dialógica de Buber tem sido adotadas na prática. Alguns autores discursaram que, apesar de algumas diferenças entre ambas, é possível que algumas ideias buberianas sejam adotadas em terapia (Holanda, 1994; Hycner & Jacobs, 1995; Ribeiro, 1994). Segundo Almeida (2010) há duas direções básicas que fundamentam e orientam a prática clínica: a relação dialógica e o método fenomenológico.

Dessa forma, a ação terapêutica é sempre permeada pela atitude fenomenológica, atitude esta que é uma direção a ser seguida, mas que é impossível de ser completamente alcançada. Interessa mais até que ponto o Gestalt-terapeuta se torna aware de seus próprios pré-conceitos e tem o cuidado de não direcionar a terapia de acordo com eles (Hycner, 1995). Assim, a psicoterapia também exige um trabalho constante de *awareness* do gestaltista, em que os novos dados que surgem na relação possam ser contatados e elaborados.

A atitude fenomenológica, então, se direciona pela aceitação da experiência tal qual ela se apresenta (Jacobs, 1995). Além disso, parte do princípio que “aprender é descobrir. Mesmo que eu esteja certa na minha interpretação, se eu conta-la a ele, roubo-lhe a oportunidade de descobrir por si só” (Stevens, 1978, p. 14). Isso mostra a confiança na experiência e um respeito à sabedoria organísmica da pessoa, afinal ela é quem sabe suas respostas.

A partir da filosofia dialógica, a postura de suspender os *a priori*s se direciona para o desenvolvimento de um relacionamento Eu-Tu, uma atitude de conexão com o outro, que ocorre naturalmente no momento em que valorizamos a singularidade e a totalidade, enquanto

também, pela mutualidade, somos apreciados nesses pontos (Hycner, 1995). É uma experiência de encontro genuíno, como Buber (1984/2001) afirma, um momento de graça, sendo um momento passageiro, o qual não se busca, mas acontece.

Em contraponto, o relacionamento Eu-Isso se rege pela separação natural ao encontro, havendo uma alternância necessária entre Eu-Tu e Eu-Isso. Porém, quando a relação se orienta somente por uma postura Eu-Isso, há uma objetificação do outro, a pessoa se torna apenas uma forma de alcançar seus próprios objetivos (Yontef, 1998). É necessário, dessa forma, ter disponibilidade de estar aberto à experiência do encontro.

Assim como *awareness* e contato, o momento Eu-Tu não tem hora marcada para acontecer, mas há posturas que facilitam que o encontro ocorra. Uma delas é a Presença, que se expressa pelo movimento de voltar-se para o outro, olha-lo como ele é, vê-lo em sua alteridade (Hycner, 1995). É reconhecer o outro como diferente, ao mesmo tempo em que se traz “para interação a plenitude de nós mesmos” (Jacobs, 1995, p. 78). É a capacidade de estar junto, no aqui-agora da relação, em presença e totalidade. Isso é necessário, também, para criar uma confiança no outro de que ele pode “ir e vir (no entre) e ainda assim permanecer protegido, inteiro, seguro. A presença do terapeuta dá suporte para que o cliente se arrisque um pouco mais” (Vieira, 2005, p. 183).

A Presença, então, é uma abertura e um direcionamento por *estar-com* este *ser-aí* que se apresenta, inclusive saber até que ponto essa disponibilidade é necessária. Nesse sentido, as psicoses para a filosofia dialógica são vistas como um esvaziamento da presença, que se traduz pela predominância das relações Eu-Isso e, nesse sentido

estar plenamente presente pode ser uma experiência forte. De fato, para aqueles indivíduos que não estão habituados a ter um outro plenamente presente diante de si, ou cujo o sendo de identidade é fraco, esse outro ser totalmente presente pode ser experienciado como esmagador (...) para o terapeuta, isso precisa ser modulado pela habilidade e disponibilidade do cliente em absorver essa presença, assim como

responder a ela. Nunca é algo imposto ao outro: é necessário ter sensibilidade a como esta presença vai impactar determinado indivíduo (p. 39)

Outra qualidade da presença é a Confirmação, que seria um esforço para voltar-se para o outro, afirmar sua existência. A partir da confirmação, dentro da relação, de que aquela pessoa existe na singularidade e particularidades estaremos, de certa forma, a reconhecendo como ser humano e a aceitando da forma que ela se apresenta nesse momento (Hycner, 1995). É uma reverência respeitosa à pessoa.

Isso significa, em uma vivência de psicose, o direcionamento por reconhecer e confirmar a sua existência enquanto pessoa. É como se disséssemos, ao contrário daquilo geralmente veiculado pelo ambiente, que a pessoa pode experimentar sua desintegração e que, mesmo assim, estamos confirmando sua existência. A partir da nossa experiência no GIPSI, os feedbacks dados pelos clientes que eram atendidos eram justamente voltados a como conseguimos confirma-los em suas existências, por vezes conturbadas, e como isso havia sido importante para que eles próprios se reconhecessem enquanto pessoa. Enquanto *pessoa* e não enquanto *doente*.

Em uma experiência de psicose é comum que a pessoa busque introjetar conteúdos estrangeiros a ela com objetivo de tentar dar alguma significação para sua vivência (Galvão, 2008). Nesse sentido, havia uma jovem que atendemos que fora diagnosticada em sua adolescência e anos após continuava tendo crises. Em algum momento ela percebeu como a “doença” fazia parte de sua identidade e como continuar tendo surtos fazia parte de quem ela era, pois era assim que ela era confirmada por seu ambiente, era assim que ela encontrava reconhecimento. Ao mesmo tempo em que ela era reconhecida assim, havia uma pressão para que ela fosse diferente – ninguém queria que ela fosse a “louca” da família, apesar de isso já ter sido instaurado. Então, seu senso de eu era confuso, pois ao mesmo tempo em que ela havia encontrado uma forma de ser vista em seus ambiente, essa forma era indesejada.

A partir da confirmação dela como total, não apenas na sua loucura, ela foi conseguindo encontrar um equilíbrio e buscando relações em que ela pudesse crescer e se afirmar como pessoa de outras formas. Essa aceitação e confirmação da totalidade da pessoa, quanto ser-no-mundo não significa, contudo, não esperar a transformação, pois “aceitar as pessoas como elas são não significa desistir da esperança de crescimento. Ao contrário, é precisamente este potencial de crescimento, em direção ao que podemos verdadeiramente ser, que é o coração da confirmação” (Yontef, 1998, p. 148). Nesse sentido, Vieira (2005) afirma que

estar junto com o cliente esquizofrênico é, antes de tudo, estar junto com uma pessoa (...) a necessidade primeira é buscar o ser e não os sintomas que ele apresenta. Por isso, sua tarefa é a de investigação, presença e profunda confirmação da experiência deste indivíduo. Pois mediante esse suporte, respeito e cuidado, a pessoa com esquizofrenia consiga arriscar-se a enfrentar os temores e as delícias de estar-junto-com o outro (p. 183).

Percebemos que essa atitude está implicada na ideia de criar um ambiente estável e seguro, que dê apoio para que, progressivamente, a pessoa possa ter awareness de sua fronteira de contato, distinguir a novidade no campo e realizar contatos, já que o psicoterapeuta “constitui o ambiente ‘privilegiado’ do paciente” (Robine, 2006, p. 39). É a segurança que a relação terapêutica pode proporcionar, em sua dimensão existencial, que pode auxiliar o cliente a conseguir estabelecer outras formas de relacionamento.

Nesse sentido, a confirmação passa também pela postura da inclusão, pois uma atitude genuína passa pelo momento de se colocar no lugar do outro sem, contudo, perder seu lugar. A percepção de que a existência do outro é válida e real é genuína quando há a plasticidade de experienciar os dois lados (Hycner, 1995). É claro que a experiência da pessoa pertence a ela, mas a inclusão é um se colocar no *entre* na relação, buscando um olhar para a vivência do outro e permitindo que o outro também se inclua.

Isso implica, também, que a comunicação entre terapeuta e cliente seja genuína e transparente. Esse ponto deriva da presença autêntica e deve se direcionar pelo crescimento da pessoa e não meramente como auto-revelações fora do contexto da terapia, afinal, a figura é o cliente (Jacobs, 1995). Para a autora

com a “presença” e com uma comunicação genuína e sem reservas, o papel do terapeuta alcança grande amplitude, limitado apenas pela criatividade e estilos pessoais e pela própria tarefa terapêutica (...) a arte está em equilibrar a presença do terapeuta em relação às necessidades do cliente (p. 80)

Assim, o terapeuta pode se tornar, como sugere Spagnuolo-Lobb (2011), uma figura mais clara. Como, segundo essa autora, em experiências de psicose a pessoa consegue ler com mais facilidade o terapeuta, qualquer tentativa de se esconder é inútil e só reafirma a desconformação do ambiente. Por exemplo, quando ainda era estagiária no GIPSI e estava começando minha caminhada em atendimentos, a minha preocupação estava muito fixada em conseguir fazer alguma coisa e me mostrar “competente”. Estava atendendo meu primeiro caso e bocejei. Mesmo tentando esconder, a pessoa percebeu e me perguntou se eu havia bocejado. Respondi que não e ela continuou insistindo nessa percepção. Confirmar isso seria positivo, pois foi uma percepção acurada do outro e do ambiente. A realidade é que eu estava achando aquele momento enfadonho, mas não queria de nenhuma forma transparecer isso a ela. No decorrer da sessão ela me relatou como estava se sentindo entediada com o que estava vivendo. A partir desse momento, percebi como a comunicação genuína é importante e pode auxiliar e organizar a percepção do outro, daquilo que está no entre.

Então, há um direcionamento para o acolhimento das angústias, a valorização de um espaço seguro onde a pessoa é permitida ser. Por outro lado, a clínica gestáltica também se pauta pelo uso do confronto e frustração, posturas que parecem ser antagônicas com o que falamos até agora. Essas atitudes, contudo, são complementares, já que

ao praticarem a inclusão – entrando no mundo do cliente – os terapeutas podem se descobrir comentando sobre o dilema necessidade/medo que está sendo

desempenhado, em vez de confrontar o comportamento em si. Ou a confrontação será plena de aceitação compreensiva obtida pela prática da inclusão (...) às vezes, praticar a inclusão e ao mesmo tempo confrontar exige paciência e confiança na elasticidade das fronteiras do próprio terapeuta (Jacobs, 1995, p. 85).

Outro embate entre a filosofia dialógica e a gestalt-terapia é que, enquanto Buber usava a relação dialógica como o objetivo, a GT acredita que ela é um meio para que se alcance a *awareness* (Robine, 2006). Ao mesmo tempo, a relação ainda é central, pois é por meio do *entre* que se pode explorar e transformar.

Certa vez escutei de uma supervisora que era impossível de ser realizar supervisão em gestalt sem levarmos em consideração o terapeuta. Na verdade, a supervisão era para o terapeuta, já que quando ele fala de um cliente na verdade está relatando de que forma o contato e a relação é sentida, percebida e experienciada pelo clínico.

Falamos sobre algumas direções que o trabalho clínico pode tomar, mas, um dos meus questionamentos anteriores à realização dessa dissertação era como, na prática, isso poderia ser realizado. Como trabalhar com esses conceitos gestálticos no concreto, quando estamos face a face com o outro. Essa minha angústia aos poucos foi se resolvendo ao perceber que eu, enquanto pessoa, também faço e sou a relação: como me transformar afeta o trabalho.

Na realidade, assim como Jacobs (1995) afirma – e concordamos com ela - não temos o poder de mudar ninguém e que esse não é o nosso papel. A cura que tanto se almeja em casos de psicose, se é que ela existe, não deve ser um norte para o clínico que trabalha com esse fenômeno. A nossa direção deve ser a de nos dispor à relação, a escutar, dar voz e ouvidos àquela angústia difícil de ser nomeada. Angústia essa que por vezes reverbera nas nossas mais profundas *gestalten* em aberto... estar em relação implica disposição, é um ir além, uma vivência impossível de ser traduzida, porque pertence à dimensão daquilo que nos escapa. Nas palavras de Delacroix (2005),

"Ir hacia", lenguaje, acontecimiento de frontera-contacto, varias manifestaciones que significan que otro existe frente a nosotros o al lado nuestro, y que procuramos alcanzarle, "contactarle", aún con el riesgo de hacernos sufrir y de hacerle sufrir, si es que no hay otros medios. Cualquier síntoma, ya sea físico o psíquico, es una manera de significar algo. Si tratamos de significar, siempre es a otro, con el deseo de que el signo sea percibido y de que conlleve una respuesta (par. 22)¹⁶.

Por isso, o cuidado de si é um pressuposto para o cuidado do outro e isso inclui tanto ter *awareness* das nossas próprias figuras mal formadas quanto saber do limite de nossa atuação. Da mesma forma, é impossível “mandar” a pessoa fazer contatos, obrigar que tenha *awareness*, mas preparar um terreno que seja facilitador que isso ocorra. Ou seja, não falamos “fique *aware* disso!”, pois é impossível forçar, é um momento que *acontece*. Essa atitude, por vezes, se mascara no nosso ideal de saúde, onde desejamos que a pessoa chegue. O que podemos fazer é estar em posição de abertura, criar um espaço seguro para que a *awareness* ocorra... ou não. E, por vezes, ela realmente não vai ocorrer e teremos que lidar com nossas frustrações.

Nesse sentido, Beisser (1980) debate a teoria paradoxal da mudança, na qual “a mudança ocorre quando uma pessoa se torna o que é, não quando tenta converter-se no que não é” (p. 110). Assim é a gestalt-terapia: orientamo-nos por posturas que possam auxiliar a pessoa a ser quem ela *é* e não para não ser o que ela *não é*. Essa ideia também diz respeito ao terapeuta, pois quanto mais ele estiver sendo quem ele é, mais a abertura existencial para o encontro pode ocorrer.

Na minha experiência do GIPSI, enquanto terapeuta e parte do grupo, por diversas vezes escutei e senti o temor de “o que estou fazendo? O que posso fazer frente a essa demanda?”. Depois de algum tempo, percebi que, a partir dessas ideias que discursamos aqui,

¹⁶ ““Ir em direção a’, linguagem, fronteira de contato, várias manifestações que significam que o outro existe outro em nossa frente ou ao nosso lado, e que procuramos chegar até ele, ‘contata-lo’, mesmo com o risco de nos fazer sofrer e faze-lo sofrer, se não houver outros meios. Qualquer sintoma, seja física ou mental, é uma maneira de dizer alguma coisa. Se tentarmos significar, sempre é ao outro, com a esperança de que a mensagem seja percebida e envolvida a uma resposta” (tradução livre).

estar-com, na totalidade da presença era umas das coisas mais difíceis e que mais gerava transformações. *Parece pouco*. Fomos ensinados que *temos* que fazer algo, temos que intervir, temos que curar, temos que...

Em uma dessas experiências, atendemos uma jovem, com quase a mesma idade que eu tinha na época, com contextos de vida parecidos e que estava em plena crise do tipo psicótica. Ela se sentia travada, estagnada na vida e eu sentia a mesma coisa no processo terapêutico, parecia que cada sessão era só uma reafirmação da impotência dela diante da vida e da minha própria impotência enquanto psicóloga. Entre supervisões e desesperos, eu percebi que *eu não queria que ela estivesse assim*. Pela minha própria identificação com ela, percebi que eu não estava a aceitando, me direcionando por uma atitude Eu-Isso, por um objetivo. Não estava em relação com ela, mas com o *meu ideal* de cura. Queria que ela chegasse a um lugar que era meu e não necessariamente dela. Minha escuta e minha presença estavam comprometidas, não estava aberta para aquilo que estava emergindo no aqui-agora da relação. Ao entrar em contato com esse sentimento, espontaneamente o campo se transformou e o trabalho tomou outras direções. Isso remete ao que Sagnuolo-Lobb (2011) afirma

Therapy, in this context, must express a profound coherence between the background and the figure - the therapeutic relationship must be focused on the congruence between 'the content' and 'the relationship', between 'the background' of experience and 'the figure' that both therapist and the patient permit to emerge (s.p.).¹⁷

Essa necessidade de coerência se reflete em um dos objetivos que citamos, que é o de criar um fundo experiencial seguro, em que o terapeuta se torna uma figura clara, forte e flexível (Robine, 2006). Isso mostra, também, a dificuldade de se trabalhar com esse tipo de experiência. A psicose fascina ao mesmo tempo em que assusta. Nesses casos, como afirma Spagnuolo-Lobb (2011) é preciso deixar a relação terapêutica transparente – como

¹⁷ “Terapia, neste contexto, deve expressar uma profunda coerência entre o fundo e a figura - a relação terapêutica deve ser focada na congruência entre 'o conteúdo e 'a relação', entre o 'fundo' da experiência e 'figura' que tanto o terapeuta e o paciente permitem emergir” (tradução livre)

consequência da falta de fronteira entre o organismo e o ambiente, qualquer tentativa de esconder algo é inútil.

Nesse sentido, se faz necessário que saibamos os limites, que se dão na própria relação. Reconhecer até onde se pode ir é uma atitude de justiça com o psicólogo e com a pessoa. Precisamos separar o que depende de nós do que não depende (Robine, 2010). Da mesma forma, precisamos estar atentos aos limites da própria pessoa que está ali. Por isso, também, não falamos sobre resistência ou quebrar resistências em GT, por respeitarmos esse processo como autorregulativo. O foco é buscar quem a pessoa é e, a partir disso, os bloqueios vão, aos poucos, dando lugar para outras formas de relação.

Isso parte de um princípio, também, da confiança. Como afirma Alvim (2014),

Propomos, desse modo, o engajamento na situação, enfatizamos a relação com o mundo e com o outro como constitutiva do ser e como a origem do sentido. A situação de engajamento no mundo com o outro pode ser uma morada, um abrigo. Na Grécia antiga, a natureza era concebida como *ethos*, lugar de acolhida, morada, abrigo, onde pudéssemos nos sentir confiantes diante do outro diferente. É de modo corporal e pré-reflexivo, por meio de uma experiência que é sobretudo estética, que podemos nos conectar com o outro e con-fiar, ou seja, *fiar juntos o tecido da vida*” (p. 29)

A terapia, então, é vista como um ato estético, na qual, por meio desse *fiar juntos* cliente e terapeuta criam novos sentidos para a experiência. A própria busca pela criatividade e criação da pessoa frente às demandas na vida sugere esse viés estético em GT. Para Robine (2006), a psicoterapia gestáltica é um ato plástico, musical e uma dança, na qual

a obra, o ato plástico do terapeuta, consiste, portanto, essencialmente em fazer surgir materiais a partir do fundo para que uma figura forte e o sentido surjam e sejam construídos (...) [um] ato musical, pois é também em uma estética do momento que vai desenrolar o ato terapêutico (...) esse instante efêmero, como música, deve ser recriado incessantemente (...) pois o fluxo nunca é o mesmo (...) é uma dança, a dança fantástica de personagens que se extraem de uma tela para animar-se no primeiro plano e aí construir alguma figura antes de se dissolver e se reintegrar ao fundo, alimentando-o. O ato terapêutico situa-se nesse paradoxo: ato criador porque, fadado à destruição, origina a assimilação e a mudança (p. 40, 41, 42).

Dessa forma, o ato estético, também, pode ser considerado como o baile rítmico e alinhado entre dois parceiros: a relação terapêutica e a base teórica, que sustenta e dá confiança ao gestaltista para que ele possa ter criatividade e disposição da abertura para relação. Como na dança, os parceiros estão alinhados, em que em nenhum momento há sobreposição ou desatenção. Mesmo que um dançarino esteja em um ponto em que precise dançar sozinho, o ritmo só faz sentido se houver o outro que conduz e sabe ser conduzido; se houver dúvida no passo, os parceiros podem confiar um no outro para que a dança seja restaurada. Assim, relação e teoria se conduzem e complementam, no qual a coreografia só tem significado quando os dois conseguem se alinhar.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS E A ETERNA SUCESSÃO DE GESTALTEN

A vida prossegue, fluxo infinito de gestalten incompletas!

(...)

Gestalt surgindo de um fundo...

Eu vivendo a vida

(Perls, 1979)

“toda vez que eu dou um passo, o mundo sai do lugar”

(Sibá e Fuloresta)

O objetivo desse trabalho foi o de buscar algumas compreensões teóricas sobre a psicose em Gestalt-terapia e suas possíveis aplicações em uma clínica. Para tanto, buscamos rever o conceito da própria psicose e como este foi baseado em um paradigma organicista de doença do *corpo*, de *déficit*. A psicanálise, por sua vez, introduziu a subjetividade a esse fenômeno. A partir das bases teóricas, filosóficas e da antropologia gestáltica vimos que essas bases epistemológicas nos são estranhas e por isso não seria interessante englobar tais ideias.

A partir desse momento, entramos em um debate sobre qual caminho escolher. Quando estávamos pensando o trabalho, a ideia era a de sugerir a adoção do pensamento da psiquiatria fenomenológica para tentar completar o vazio deixado por uma falta de teoria coerente sobre a psicose em GT. Porém, em certo momento do desenvolvimento, percebemos como seria enriquecedor buscar esse preenchimento dentro da própria Gestalt. De certa forma, isso reafirma nossa própria identidade enquanto teoria-prática que pode sim dar conta de lidar com o humano em sua totalidade.

Porém, ainda vacilante, esbarramos em uma das limitações da própria Gestalt: não temos uma base epistemológica totalmente coesa. Robine (2006) fala que não temos uma coerência teórica, mas que temos desenvolvido, por meio de embates, algo que seja próprio da Gestalt. Assim, a própria teoria da psicopatologia necessita de maiores esclarecimentos, que vem sendo realizados nos últimos anos. Foi um grande desafio prosseguir mesmo diante a essa

dificuldade epistemológica. Espero que tenhamos chegado em algum lugar diferente de quando começamos e que esses nós teóricos tenham sido um pouquinho destrinchados.

Além disso, há um incômodo pessoal-teórico-vivencial nas categorias que são propostas em psicologia. De fato, vimos que todo o imaginário foi construído, mas que o sofrimento é real – é claro que essa representação moldada também influencia nas vivências a níveis pessoais. Pensar em psicose como uma relação adoecida resolve um pouco do problema – assim a pessoa não é nem culpada por seu adoecimento e nem eximida da responsabilidade, mas com certeza o equilíbrio fica melhor dividido. Quem sabe um dia não precisemos mais cuidar dos sofrimentos humanos fechados em categorias, mas como relações descompensadas.

Isso se deve, também, à minha vivência no GIPSI. Costumamos criticar e debater a psicose, não apenas enquanto manifestação, mas a criação em termos de buscar a saúde e não a doença, desconstrução essa que pode ser vista na prática de cuidado com as pessoas que chegam buscando atendimento no grupo.

Outra limitação desse estudo foi relacionado a falta de uma sistematização clínica. Quando esse trabalho foi pensado iríamos partir de estudos de caso para pensarmos a atuação nesse contexto, porém, por motivos práticos isso não foi possível. Buscamos, por meio de vinhetas, dar essa clareza, mas reconhecemos que enriqueceria as discussões se tivéssemos um caso bem estruturado.

Durante as pesquisas bibliográficas, buscamos o máximo possível a literatura internacional, mas, infelizmente, não conseguimos acesso a todas quanto gostaríamos: umas por dificuldade de se obter, outras pelas limitações de compreensões de outros idiomas.

Nesse ponto, não buscaremos mais retomar tudo o que já foi dito – está, agora, no nosso fundo adquirido de contatos; entretanto, há alguns excitamentos, algumas figuras que ainda não estão completamente fechadas e que iremos pontuar.

A primeira inquietação se refere ao questionamento: é possível uma clínica das psicoses sem levar o ambiente para dentro do setting terapêutico? Para a GT, a totalidade do sujeito se mostra no aqui-agora da relação – o objetivo seria desenvolver habilidades na pessoa para que ela própria consiga se ajustar criativamente ao ambiente. Buscar a responsabilidade, tornar a pessoa resposta hábil às demandas.

Porém, com clientes em uma vivência de psicose, como vimos, o ambiente desempenha um papel central. A Gestalt vê as pessoas como um campo organismo/ambiente, mas parece que a prática terapêutica ainda não conseguiu tirar o peso de a intervenção mais voltada ao organismo. É claro que, quando se transforma o organismo, o ambiente também é transformado. Mas, novamente, em psicose as quebras e desacordos com o ambiente são maiores, mais marcantes, que fazem com que a pessoa, para sobreviver, precise se afastar completamente. Por isso, quanto mais esse ambiente for facilitador, maior a capacidade de a pessoa conseguir retomar sua totalidade e reintegração.

É claro que o próprio setting terapêutico se configura como um campo, como um ambiente. Trazendo a filosofia dialógica, quanto maior for o suporte da relação terapêutica mais a pessoa em vivência de psicose será capaz de confiar novamente no ambiente, de desenvolver relações sadias. O terapeuta se torna, então, uma presença verdadeira, um Tu no qual a pessoa possa desenvolver um Eu. Nesse sentido, é necessário que pensemos um equilíbrio entre suas necessidade de diferenciação e conexão (Robine, 2011).

Mas, se estamos falando de uma psicopatologia da *relação*, quanto mais ela for saudável, maiores serão as chances de uma reorganização desse relacionar. A experiência no

GIPSI prova, já há alguns anos, que implicar a família, trabalhar com o psicossocial, sem perder a dimensão individual gera crescimentos maiores e mais duradouros.

Ou seja, por toda situação ser função do campo, quanto mais o ambiente se implicar e se tornar mais “contatável”, com maior facilidade as vivências de sofrimento poderão ser ressignificadas. PHG (1951/1997) afirmam que “tem mais probabilidade de promover a integração auto-aperfeiçoadora de um paciente se este aprender a ajustar seu ambiente a si próprio, do que se tentar aprender a se mal-ajustar à sociedade” (p. 117). A gestalt que deixamos em aberto aqui é como isso poderia ser feito em vivências de psicose.

Nesse sentido, percebemos de que forma o Gestalt-terapeuta também se implica e se doa a ser ele próprio um ambiente seguro e nutritivo. Por esse direcionamento e pela própria dificuldade de se trabalhar com as psicoses, chamamos atenção para a necessidade de supervisão constante, o que pode gerar o ambiente também de apoio para o terapeuta. Além de, claro, de se estar engajado em seu próprio autoconhecimento e crescimento.

Outro ponto que gostaríamos de tocar é em relação a algumas implicações da clínica em um contexto macro. Robine (2011) afirma que a sucessão de contatos estabelecidos entre terapeuta e cliente contribuem para transformar e modelar relações sociais e as formas que a pessoa se inscreve no tecido social. O que ele chama atenção é para que dirijamos nosso olhar para de que forma o fazer clínica pode influenciar a sociedade. Dessa forma, algumas ideias da GT foram deliberadamente deixadas de fora, pois, de certa forma, iam de encontro com o viés empregado aqui. Uma dessas ideias que é digna de nota é a questão do autossuporte, muito veiculada por Perls. A nosso ver, buscar o autossuporte em terapia é necessário com o cuidado de não se desenvolver mais pessoas egotistas. Como conseguir que nos suportemos, sozinhos, se somos também o ambiente? Se essa relação organismo/ambiente é que adocece? A balança fica pesada se apenas buscar a transformação do organismo, colocando toda a responsabilidade de suas misérias em seus ombros.

Pensar a psicose como um desequilíbrio relacional, como um momento de vivência da relação transforma a forma como lidamos com esse fenômeno. Não mais a pessoa é vista como eximida de responsabilidade ou totalmente desconectada do mundo. Compreendemos que não há psicóticos. O que precisamos tratar é a relação. O próprio Perls (1977) afirma que “nós sabemos com certeza que uma pessoa pode entrar num hospital de doentes mentais e melhorar, sair do hospital e piorar de novo. Isto mostra que um importante fator situacional ou ambiental deve estar envolvido, não pode ser *apenas* química” (p. 175).

Dessa forma, a clínica da Gestalt é interessante como cuidado das psicoses por não se fixar nessa experiência e sim na busca da pessoa como ela é, por meio da humanização das relações; por entender que essa é uma vivência de caráter temporal e não uma doença que acompanhará a pessoa pelo resto da vida; por se pautar no fluxo de experiência que se mostra no aqui-agora; por não buscar explicações causais, mas explorar o como ocorre o adoecimento e para quê.

A psicose, dessa forma, não pode ser vista como algo pertencente a pessoa. Psicose é uma categoria que define um conjunto de experiências observáveis, que tem em comum a perda da realidade. É uma vivência de sofrimento, mas assim como a própria pessoa não é estática, esse experienciar também não o é. Se encararmos assim, uma clínica tem por objetivo estar-com o sujeito, em um encontro humano que torne esse vivenciar como algo fluido.

Ao longo desse trabalho, abrimos umas tantas *gestalten* e esperamos ter, pelo menos, fechado algumas outras. A intenção é que deixemos nosso fluir livre para que outras figuras possam surgir...

REFERÊNCIAS

Albo, M. e Costa, I.I. (2013). Gestalt-Terapia e o ajustamento do tipo psicótico: um relato de experiência. In Costa, I. I. (org) *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico* (Cap. 15, p. 313-332). Curitiba: Editora Juruá.

Alvim, M. B. & Ribeiro, J. P. (2009). O lugar da experimentação no trabalho clínico da gestalt-terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)*, v. 9, p. 36-57.

Alvim, M. B. (2014). *Awareness: experiência e saber da experiência*. In Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais* (Vol. 2). São Paulo: Summus Editorial (Cap 1, p. 13 – 30).

Almeida, J. M. T. (2010). Reflexões sobre a prática clínica em Gestalt-terapia: possibilidades de acesso à experiência do cliente. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(2), 217-221. [versão eletrônica]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1809-68672010000200012&script=sci_arttext

Álvaro, J. L., & Garrido, A. (2007). *Psicología social: Perspectivas psicológicas e sociológicas*. Nova Iorque: McGraw-Hill.

Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26(1), 93-100. [versão eletrônica]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v26n1/a10v26n1.pdf>

American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Antony, S., & Ribeiro, J. P. (2004). A criança hiperativa: uma visão da abordagem gestáltica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 127-134.

Antony, S. M. D. R. (2009). Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(2). [versão eletrônica]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000200001&lng=es&nrm=is&tlng=pt

Araújo, Á. C., & Neto, F. L. (2014). A nova classificação Americana para os Transtornos Mentais: o DSM-5. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 16(1), 67-82.

Arnfred, S. M. (2012). Gestalt Therapy for Patients with Schizophrenia: A Brief Review. *Gestalt Review*, 16(1).

Augras, M. R. A. (2002). *O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico*. (10 ed.). Petrópolis, RJ: Vozes

Aylward, J. (1999). The contributions of Paul Goodman to the clinical, social, and political implications of boundary disturbances. *Gestalt Review*, 3, 107-118.

Berrios, G. E. & Beer, D. (2012). O Conceito de Psicose Unitária, Seção Clínica. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 12, p. 501-532). São Paulo: Editora escuta.

Berrios, G. E. & Hauser, E (2012). Krapelin, Seção Clínica II. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 10, p. 458-472) São Paulo: Editora escuta.

Beisser, A. (1970). A teoria paradoxal da mudança. In Fagan, J. & Shepard, I. L. *Gestalt-terapia: teorias, técnicas e aplicações*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

Birchwood, M. (2004). Early intervention in psychosis: the critical period. Em McGorry, P. D. & Jackson, H. J.. *The recognition and management of early psychosis: a preventive approach*. Cambridge University Press, pp 226- 264.

Bloom, D. (2009). The Phenomenological Method of Gestalt Therapy: Revisiting Husserl to Discover the " Essence" of Gestalt Therapy. *Gestalt Review*, 13(3).

Boss, M. (1975).The *Daseinanalyse* approach to schizophrenic "being ill." *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, Vol 21(1), 6-23.

Buarque, S. (2007). Psicose. In D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial. (verbete, p. 177 - 180)

Buber, M. (195/2001). *Eu e tu*. São Paulo: Centauro.

Câmara, F. P. (2007). A catástrofe de Kraepelin. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 10(2), 307-18.

Cardinalli, I. E. (2004). *Daseinsanalyse e Esquizofrenia*. São Paulo: Educ.

Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificação de pródomos a partir de pacientes e familiares*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Carvalho, L. C. D. (2008). *A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares*, Dissertação de Mestrado em Psicologia e Cultura, Universidade de Brasília, Brasília.

Carvalho, L. C. D., & Costa, I. I. D. (2010). A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 16(1), 12-18.

Cerbone, D. R. (2013). *Fenomenologia*. Petrópolis: Vozes.

Ciornai, S. (2004). *Percursos em Arteterapia: Arteterapia Gestaltica, Arte em Psicoterapia, Supervisão em Arteterapia*. São Paulo: Summus.

Chamond, J. (2011). Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 3-7.

Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave*. Brasília: Positiva/Abrafipp.

_____ (2008). Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(1), 94-100

_____ (Org.) (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves*. 1. ed. Brasília: Kaco Editor.

_____ (2013). Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In Costa, I. I. (org) *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico* (Cap. 2, p. 75-112). Curitiba: Editora Juruá.

_____ (org) (2014). *Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado – dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade*. Brasília: EdUnB.

D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs) (2007). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial.

D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (2007). Mecanismos neuróticos. In D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial. (verbete, p. 147- 150)

D'Agord, M. (s.d.). *Esquizofrenia, os limites de um conceito*. Disponível em <http://www.ufrgs.br/psicopatologia/esquiz1.pdf> recuperado em 04 de março de 2015.

Danziger, K. (1994). *Constructing the subject: Historical origins of psychological research*. Cambridge: Cambridge University Press.

Dartigues, A. (2003). *O que é a fenomenologia?* 3ª edição. São Paulo: Centauro Editora.

Delacroix, J.M. (1999). Fond, contexte, arrière-plan. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, N°5, L'exprimerie

_____ (2005). *No está tan loco como parece*. Texto escrito a partir da conferência apresentada em Collégiale, organizadas em Toulon. Recuperado em 02 de março de 2015 de http://gestaltmedicina.com/articulos/NO_ESTA_TAN_LOCO_COMO_PARECE_JeanMarie_Delacroix.doc

Del Porto, J. A. (2004). Bipolar disorder: evolution of the concept and current controversies. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26, 3-6.

Delisle, G. (1999). *Personality disorders: a gestalt therapy perspective*. Montreal, Québec-Canadá: CIG Press.

DSM-IV-TRTM (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. trad. Cláudia Dornelles; – 4.ed. rev. – Porto Alegre: Artmed.

Dubouchet, D. (2007). Dans le fond, la psychopathologie est-elle compatible avec le postmodernisme?. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, n° 20, s.p.

Engelmann, A. (2002). A psicologia da gestalt e a ciência empírica contemporânea. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 18(1), 1-16.

Engstrom, E. J. (2012). Krapelin, Seção Social. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 10, p. 473-485) São Paulo: Editora escuta.

Fagan, J. & Shepherd, I.L. (1970). *Gestalt - Terapia. Teoria, Técnicas e Aplicações*, Rio de Janeiro, Zahar Ed.

Figueiredo, A. C., & Tenório, F. (2002). O diagnóstico em psiquiatria e psicanálise. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 5(1), 29-43.

Figueiredo, A. C., & Machado, O. R. (2000). O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura. *Ágora*, 3(2), 65-86.

Fernandes, M. A. (2005). Mas nós, quando é que existimos? Uma meditação fenomenológica acerca da existência. *Anais do XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, 1, 145-160.

Forghieri, Y. C. (1993). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais.

Forghieri, Y. C. (2005). Enfoque fenomenológico da personalidade. *Revista do XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica*, 11, 69-77.

Fonseca, A. H. L. (2007). Existencialismo. In D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs) *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial. (verbete, p; 97 -99)

Fontana, V. F (2007). Intuição de essências na fenomenologia de Husserl. *Revista Faz Ciência* Vol. 9, No 9.

Foucault, M. (1978/2010). *História da loucura*. Ed. Perspectiva, 9ª edição.

Francesetti, G., & Gecele, M. (2009). A Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis. *British Gestalt Journal*, 18(2), 5.

Frazão, L. (1996). Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. *Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia*, 2, 27-31.

Frazão, L. M. (2007). Doença, saúde e cura. In D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial. (verbete, p; 70 - 72).

Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) (2013). *Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas* (Vol. 1). São Paulo: Summus Editorial.

Frazão, L. M. (2013). Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) *Gestalt-terapia-Fundamentos Epistemológicos e Influências Filosóficas* (Cap 1, p. 11-23). São Paulo: Summus Editorial.

Freud, S. (1911/1996) Nota psicanalítica sobre um relato auto-biográfico de um caso de paranóia (dementias paranoides), In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Imago.

Freud, S. (1924). A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In *Freud, Sigmund. Obras Psicológicas*. Rio de Janeiro, Imago.

Galeffi, D. A. (2000). O que é isto—A Fenomenologia de Husserl. *Revista Ideação, Feira de Santana*, (5), 13-36.

Galli, L. M. P. (2009). Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da *Gestalt-terapia*. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 59-71.

Galvão, A. C. (2008). *O contato na psicose: trabalhando e convivendo com pessoas em sofrimento mental*. Monografia de final de curso de especialização em *Gestalt-Terapia*. Brasília.

Ginger, S. & Ginger, A. (1985). *Gestalt uma terapia do contato*. 3ª edição. São Paulo: Summus Editorial.

Gonçalves, R. R., Garcia, F. A. F., Dantas, J. D. B., & Ewald, A. P. (2008). Merleau-Ponty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 8(2), 402-435.

Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona-Correa, B., & Fadden, G. (2006). Intervenções familiares na esquizofrenia. *Acta Med Port*, 19, 1-8.

González Rey, F. (2005). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*, 27-51. [versão eletrônica]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n24/v24a11.pdf>

Goodman, P. (1960). *Growing up absurd*. Nova Iorque: New York Review Book.

Gottesman, I. I., & Shields, J. (1982). *Schizophrenia: the epigenetic puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press.

Holanda, A. F. (1994). Filosofia dialógica e gestalt-terapia. *Arq. bras. psicol.*(Rio J. 1979), 46(3/4), 139-51.

Holanda, A. F. (1998). Saúde e doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 15(2), 29-44.

Holanda, A. F. (2005). Elementos de Epistemologia da Gestalt-terapia. In Holanda, A. F. & Faria, N. J. (org) *Gestalt-terapia e Contemporaneidade: Contribuições para uma construção epistemológica da teoria e da prática gestáltica*. Campinas: Livro Pleno, 21-53.

Holanda, A., & Faria, N. (2005). Gestalt-terapia e Contemporaneidade. *Contribuições para uma Construção Epistemológica da Teoria e Prática Gestáltica*. Campinas: Livro Pleno.

Holanda, A.F. (2014). *Fenomenologia e Humanismo. Reflexões Necessárias*. Curitiba: Juruá.

Hoenig, J (2012). Esquizofrenia, Seção Clínica II. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 13, p. 533-549). São Paulo: Editora escuta.

Heidegger, M. (1927/2015). *Ser e Tempo*. 10ª edição. Petrópolis: Vozes.

Hoff, P. (2012). Krapelin, Seção Clínica I. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 10, p. 431-456). São Paulo: Editora escuta.

Hycner, R. (1997). A base dialógica. In Hycner, R. & Jacobs, L. *Relação e cura na Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus. (Cap. 1, p. 29-49).

Jacobs, L. (1997). O diálogo na teoria e na Gestalt-Terapia. In Hycner, R. & Jacobs, L. *Relação e cura na Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus (Cap 3. p. 67-94)

Juliano, J. (2004). Gestalt-Terapia: revisitando as nossas histórias. *IGT na Rede*, 1(1). Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=33&layout=html>

Júnior, F.C., & Medeiros, M. (2007). Alguns conceitos de loucura entre a psiquiatria e a saúde mental: diálogos entre os opostos?. *Psicologia USP*, 18(1), 57-82.

Klein, M. (1991). Notas sobre alguns mecanismos esquizoides. Em *Inveja e gratidão e outros trabalhos* (pp. 17-43). Rio de Janeiro, Imago (Trabalho original publicado em 1946).

Lacan, J. (1985). *O seminário, livro III: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge.

Latner, J. (1973). *The Gestalt Therapy Book: A Holistic Guide to the Theory, Principles, and Techniques of Gestalt Therapy Developed*. Nova Iorque: Julian Press.

- Lewin, K. (1965). *Teoria de Campo em Ciência Social*. São Paulo: Pioneira.
- Lima, P. V. A. (2005). Teoria Organísmica. *IGT na rede*, vol 02, nº3. Disponível em <https://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=57&layout=html>
- _____ (2007). Holismo. In D'Acari, G., Lima, P., & Orgler, S. (orgs). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus Editorial. (verbete, p. 136 -137)
- Lima, P. V. A.(2008). O holismo em Jan Smuts e a *Gestalt-terapia*. *Revista abordagem Gestaltáltica*, Goiânia, v. 14, n. 1, jun. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000100002&lng=pt&nrm=iso
- Lines, E. (s.d.). *An introduction to early psychosis intervention: some relevant findings and emerging practices*. Youth and Mental Illness: Early Intervention[versão eletrônica]. Disponível em calgary.cmha.ca/download.php?docid=84
- Loparic, Z. (2006). De Freud a Winnicott: aspectos de uma mudança paradigmática. *Winnicott e-prints*, 1(1), 1-29.
- Lopes, J. L. (2001). A psiquiatria na época de Freud: evolução do conceito de psicose em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(1), 28-33.
- Liotard, J. L. (1954). *A fenomenologia*. São Paulo: Difusão Europeia do Livro
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Intervenção precoce nas psicoses*. São Paulo: Janssen- Cilag.
- McGorry, P. D., Killackey, E., & Yung, A. R. (2007). Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Med J Aust*, 187(7 Suppl), S8-10.
- Medeiros, P. F., Bernardes, A. G., & Guareschi, N. M. (2005). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 21(3), 263-269.
- Miskolci, R. (2007). Reflexões sobre normalidade e desvio social. *Estudos de Sociologia*, 7(13), 109-125.
- Moreira, V. (2010). Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. *Psicologia em estudo*, 15(4), 723-731.
- Müller-Granzotto, M. J., & Müller-Granzotto, R. L. (2007). Perls leitor de Freud, Goldstein e Friedlaender e os primeiros ensaios em direção a uma psicoterapia gestáltica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 7(1), 42-55.

_____ (2008). Clínica dos ajustamentos psicóticos: uma proposta a partir da Gestalt-terapia. *Revista IGT na Rede*, 5(8), 3-25.

_____. (2012). *Psicose e sofrimento*. São Paulo: Summus Editorial.

Narrow, W.E. et al (2008). Gênero e idade. *Considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para o DSM-V*. São Paulo: Roca

Nasio, J. D. (2001). *Os grandes casos de psicose* (Vol. 64). Rio de Janeiro: Zahar.

Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições Clínicas e Diretrizes*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Neubern, M. (2009). *Psicologia, hipnose e subjetividade: revisitando a história*. Belo Horizonte: Diamante.

Parlett, M. (1991). Reflections on Field Theory. *The British Gestalt Journal*, 1, 68-91.

Perls, F. S. (1977). *Gestalt-terapia explicada*. São Paulo: Summus Editorial.

Perls, F., Hefferline, R., & Goodman, P. (1951/1997). *Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus.

Perls, L. (1992). *Living at the Boundary: Collected Works of Laura Perls*. J. Wysong (Ed.). Gouldsboro: Gestalt Journal Press Bookstore.

Peres, M. B. & Holanda, A. F. (2003). A noção de angústia na prática clínica: aproximações entre o pensamento de Kierkegaard e a Gestalt-terapia. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(2), 97-118. Recuperado em 05 de fevereiro de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812003000200007&lng=pt&tlng=pt.

Pessotti, I. (1999). *Os nomes da loucura*. São Paulo: Editora 34.

Phillips, K.A. & First, M.B (2008). Introdução. In Narrow, W.E. et al. Gênero e idade. *Considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para o DSM-V*. São Paulo: Roca

Pimentel, A. (2003). *Psicodiagnóstico Em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.

Polster, E., & Polster, M. (2001). *Gestalt-terapia integrada*. São Paulo: Summus.

Prado Jr, B. (1980). O neopsicologismo humanista. *Discurso*, (13), 87-94.

Rabinow P, Rose N (2006). O conceito de biopoder hoje. *Política & Trabalho. Revista de Ciências Sociais*; 24: 27-57.

Resende, M. S. & Calazans, R. (2013). Neurose e psicose na CID-10 e DSM-IV: o que é ignorado?. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 2(3), 145-174.

- Ribeiro, J. P. (1985). *Refazendo o caminho*. São Paulo: Summus Editorial.
- _____ (1997). *Ciclo do contato, o: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus Editorial.
- _____ (2006). *Vade-mécum de Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus Editorial.
- _____ (2009). *Holismo, Ecologia e Espiritualidade*. 01. ed. São Paulo: Summus Editorial.
- _____ (2011) . *Conceito de Mundo e de Pessoa em Gestalt-terapia - Revisitando o Caminho*. 1. ed. São Paulo: Summus Editorial
- Rodrigues, H. E. (2000). *Introdução à Gestalt-terapia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Robine, J. M. (2002). Du champ à la situation. *Cahiers de Gestalt-thérapie* [versão eletrônica] Disponível em <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2002-1-p-210.htm>
- _____ (2006). *O self desdobrado: perspectiva de campo em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- _____ (2006b). Gestalt-therapie «ET» psychopathologie. *Cahiers de Gestalt-thérapie* [versão eletrônica]. Disponível em <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2006-2-page-105.htm>
- _____ (2010). Le contact, à la source de l'expérience. *Cahiers de Gestalt-thérapie* 1/2010 (n° 25) , p. 97-110 [versão eletrônica] Disponível em <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2010-1-page-97.htm>
- _____ (2011). Implications sociales de la Gestalt thérapie. *Cahiers de Gestalt-thérapie*, 26(2), 29-44. [versão eletrônica] Disponível em <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-gestalt-therapie-2010-2-page-29.htm>
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de psiquiatria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Salomão, S.; Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (2014). Fronteiras de contato. In Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais* (Vol. 2). São Paulo: Summus Editorial. (Cap 3, p. 47 – 62)
- Santos, Í. P. D. A. (2004). Fenomenologia do onírico: a gestalt-terapia e a Daseinsanálise. *Psicologia: ciência e profissão*, 24(1), 36-43.
- Santos, E. G. (2005). A esquizofrenia sob o olhar da *Gestalt-terapia*. Em: *XI Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica. Anais: Presença e Existência*. Nº1, pp 179-185

Santos, G. A. O. (2012). A espacialidade na compreensão do transtorno do pânico: uma análise existencial. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 18(2), 197-205.

Sartre, J. P. (1987). *O Existencialismo é um Humanismo*. 3ª ed., São Paulo, Nova Cultural, 1-32. (Coleção Os Pensadores).

Schillings, A. (2014). Concepção de neurose em gestalt-terapia. In Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais* (Vol. 2). São Paulo: Summus Editorial. (Cap 11, p.193 - 214)

Silva, R. C. B. (2006). Esquizofrenia: uma revisão. *Psicologia USP*, 17(4), 263-285.

Silva, M. M. (2008). A saúde mental e a fabricação da normalidade: uma crítica aos excessos do ideal normalizador a partir das obras de Foucault e Canguilhem. *Interação em Psicologia*, 12(1), 141-150.

Silveira, L. C., & Braga, V. A. B. (2006). Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13(4), 591-595.

Smuts, J. C. (1927). *Holism and evolution*. Nova Iorque: The Gestalt Journal Press (Original de 1926).

Spagnuolo-Lobb, M. (2002). A Gestalt therapy model for addressing psychosis. *British Gestalt Journal*, 11(1), 5-15.

_____ (2003). *Creative adjustment in madness: A Gestalt therapy model for seriously disturbed patients* (pp. 261-277). Berlin: Springer Vienna.

_____. (2011). Fundamentals and development of Gestalt Therapy in the contemporary context. In Francesetti G., Gecele M., Roubal J. (orgs.), *Gestalt Therapy in Clinical Practice. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact*. Milan: Franco Angeli.

Stevens, B. (1978). *Não apresse o rio, ele corre sozinho*. (Vol. 6). São Paulo: Summus Editorial.

Stevens, J. O. (1988). *Tornar-se presente: experimentos de crescimento em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Stoehr, T. (2013). *Here now next: Paul Goodman and the origins of Gestalt therapy*. Nova Iorque: Taylor & Francis.

Szasz, T. (1974/1979). *O Mito da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Zahar editores

Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses*. São Paulo: Escuta.

Távora, C. B. (2005). Do *self* ao *selfing*: o estrutural e o processual na emergência da subjetividade. In Holanda, A. F & Faria, N. J. (orgs) *Gestalt-terapia e Contemporaneidade*. Campinas: Livro Pleno.

Távora, C. B. (2014). *Self* e suas funções. In Frazão, L. M., Fukumitsu, K. O. (orgs) *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais* (Vol. 2). São Paulo: Summus Editorial. (Cap 4, p. 63 – 87).

Turner, T. (2012). Esquizofrenia, Seção Social. In Berrios, G. E. & Porter, R. (Ed.). *Uma história da Psiquiatria Clínica II: a origem e a história dos transtornos psiquiátricos, As Psicoses Funcionais* (Vol 2, capítulo 13, p. 550-564). São Paulo: Editora escuta.

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*. Nº1, pp 215-231

Vieira, L. (2010). Reflexões acerca da esquizofrenia na abordagem gestáltica. *IGT na Rede*, 7(12), 65-80.

Winnicott, D. W. (1978). Psicose e cuidados maternos. Em D. W. Winnicott (Org.), *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (2ª ed. pp. 375-387). Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1952)

Wysong, J., & Rosenfeld, E. (1988). An oral history of Gestalt therapy. *New York: Gestalt Journal*. In Wysong, J., & Rosenfeld, E. (1982). *An Oral History of Gestalt Therapy: Interviews with Laura Perls, Isadore From, Erving Polster, Miriam Polster*. Gestalt Journal.

Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness ensaios em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus Editorial.

Zimerman, D. E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica: uma re-visão*. Porto Alegre: Artmed.