



Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PsiCC-UnB

ACOLHIMENTO E CUIDADO

A Gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico

Thaís Carneiro Costa Ramos

Brasília – DF

2018

THAÍS CARNEIRO COSTA RAMOS

ACOLHIMENTO E CUIDADO
A Gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico

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

Área de Concentração: Saúde Mental

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Brasília – DF

2018

Universidade de Brasília – UnB. Instituto de Psicologia – IP. Departamento de Psicologia Clínica. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – PsiCC-UnB

Dissertação intitulada “*Acolhimento e cuidado: A Gestalt-terapia diante do sofrimento psíquico*”, de autoria da mestrande Thaís Carneiro Costa Ramos, aprovada pela banca examinadora constituída pelos

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa - Presidente

Instituição: PsiCC/PCL/IP/UnB

Prof^ª. Dra. Carla Sabrina Xavier Antloga - Membro

Instituição: PsiCC-UnB/PCL/IP/UnB

Prof^ª. Dra Celana Cardoso Andrade – Membro Externo

Instituição: UFG-GO

Prof^ª. Dra Maria Izabel Tafuri – Membro Suplente

Instituição: PsiCC/PCL/IP/UnB

Brasília, DF, 03 de agosto de 2018.

Dedico este trabalho a todos aqueles que,
mesmo em sofrimento psíquico grave,
me permitiram acompanhá-los em momentos de angústia
e, assim, me ensinaram que não existe outra forma
de alcançar um modo-de-ser autêntico,
sem antes estabelecer a confiança na relação.

Foi na convivência com vocês que em mim
se inscreveu a certeza de que
o sentido da minha existência é acolher e cuidar.

Agradecimentos

Ao meu pai que, na minha infância, inventou um *clube dos doidos* para os que, como nós, tínhamos um comportamento meio diferente. Foi assim que, de forma lúdica, aprendi que todos tinham lugar no mundo, ao menos no nosso mundo. A esse homem que me ensinou o respeito para com o próximo e a adoração e temor a Deus, o meu agradecimento.

Agradeço à minha mãe, que me ensinou a cuidar com o coração e com a oração. Ensinou-me também a proficuidade dos trabalhos profissionais e acadêmicos.

Que eu saiba honrar todo esforço e empenho de meus pais, assim como, todos os momentos de festa e alegria.

Aos irmãos, maiores presentes que meus pais e a vida me ofereceram, e, assim, aos cunhados, presentes que meus irmãos escolheram para que o amor se multiplicasse.

Aos três anjos e luzes da minha vida, os sobrinhos, Clara Campos, Catarina Carneiro e Gabriel Campos.

À minha secretária, amiga e parceira Stefani Lopes e suas lindas filhas Inaê Lopes e Sophia Lopes.

Ao querido professor e orientador Ileno Izídio da Costa, que me ofereceu trabalho, espaço e afeto, substâncias para meu crescimento pessoal e teórico. Alguém que transforma a vida dos que cruzam seu caminho e estejam em sofrimento psíquico grave ou não.

À professora e mestra Marta Carmo, que me apresentou a Gestalt-terapia e que, sempre presente, moldou, em mim, a figura do amor terapêutico.

Aos ‘coleguinhas’ da turma 23 do ITGT Bruna Falleiros, Maysa Benjamin, Lorena Bressani, Lorena Sousa, Maria Clarice, Maysa Queiroz, Rogério Oliveira, Keydian Zuleide, Nilma Carvalho e Adriane Cardoso.

Também à Bernaldina Guimarães – a nossa Dina – que nunca deixou faltar ânimo e café quente.

Ao grupo GIPSI, terreno fértil à produção de conhecimento em saúde mental e berço de profissionais devotados ao trabalho – tão sagrado! – do acolhimento do sofrimento psíquico grave.

Aos queridos pacientes do GIPSI que, pacientemente, ensinaram-me a respeitar o sofrimento alheio e o meu.

Aos amigos, que me chegaram pelo GIPSI, Yasmim Magalhães, Cristina Martins (e, com ela, Hayanna Carvalho), Lara Risério, Guilherme Prudêncio, Carlos Parente, Victor de Jesus, Edeilce Buzar, Clecius Fernandes, Mak Alisson Borges, Raquel Mano e a todos aqueles com quem tive a alegria de viver e conviver nos últimos três anos.

Ao amado marido Relton Santos Ramos Júnior, anjo e companheiro de todos os instantes que, com doçura e perseverança, me incentiva e inspira na caminhada acadêmica e a evoluir nesta Terra.

À avó Divina – Vozinha – e ao avô João – Vozinho –, pessoas simples e do campo, que, apesar da falta de oportunidade para avançar nos estudos, ensinaram-me os valores da vida e do humano, e nunca me permitiram esmorecer.

À avó Léa que, desejando os estudos em Psicologia, mas não tendo podido concluí-los, me legou a continuação de sua escolha tão acertada.

Ao amado avô Iron, que tanto vibrou a cada etapa deste mestrado, mas que não poderá ver, com os olhos, a conclusão do meu trabalho.

Agradeço, também, a todos aqueles – teóricos e clínicos – que se debruçaram incansavelmente sobre o aprofundamento da Gestalt-terapia, o que gerou um vasto material em prol de sua divulgação, ao mesmo tempo em que, por estar ao nosso alcance e dispor, possibilitou-nos a dar continuidade às pesquisas. E, em especial, àqueles autores que tive a honra de conhecer pessoalmente, além de suas obras, palestras ou encontros: Lilian Meyer Frazão, Marisete Malaguth Mendonça, Mônica Botelho Alvim, Sandra Salomão, Adélma Pimentel, Maria Alice Queiroz de Brito (Lika Queiroz), Lílian Cherulli, Marcella Albo, Marcelo Pinheiro, Virginia Suassuna, Celana Cardoso Andrade, Joseph Zinker, Selma Ciornai, Walter Ribeiro, Richard Hycner, Rodolfo Petrelli, Adriano Holanda, Tommy Akira Goto, Jorge Ponciano Ribeiro, Jean-Marie Robine e à pesquisadora Karina Okajima Fukumitsu, um dos mais extraordinários seres humanos que já vi. A todos declaro, igual e individualmente, que “Diante da vastidão do tempo e da imensidão do universo, é um imenso prazer para mim dividir um planeta e uma época com você”, fazendo minhas as palavras de Carl Sagan (1980).

À turma de estágio em docência, que me levou flores ao final do semestre, plantando, literalmente, um jardim em mim.

Às minhas amadas e competentes revisoras, Gislene Velloso Montanari e Eveline de Abreu, toda a gratidão pela completude deste trabalho.

Às Iara Barradas, Thaís Ribari, Daniela Mendonça e Patrícia José, minhas terapeutas de sempre e para sempre.

Aos médicos psiquiatras da Clínica CLIPS, em Brasília, que, com acolhimento e paciência, amenizaram a intensidade de minha angústia durante o mestrado, para que eu pudesse seguir adiante.

À Universidade de Brasília, pela oportunidade de descortinar o conhecimento, sobretudo nas aulas dos professores Marcelo Tavares, Maria Inês Gandolfo, Áderson Luiz Costa Júnior, Maria Isabel Tafuri, Denise Matos do Amparo e Carla Sabrina Xavier Antloga.

A todos funcionários do CAEP, em especial ao senhor André Luiz que, no cargo de porteiro, sempre e sempre me recepcionou com carinho e sorriso largo.

A CAPES, pelo fomento concedido durante o período de pós-graduação.

E a todos, meu muito obrigado pela confiança e apoio que me deram a coragem de avançar sem temer a queda.

Vazio fértil, fale através de mim

Em estado de graça quero ver

Bênção e verdade sobre mim

Face a face com você.

Escreva páginas aos milhares

Milhões de palavras no caminho

Voe livre pelos ares

Gaiola é para passarinho!

Vendo a pena deslizar

Sangrando dor e satisfação

Já não posso tolerar

Ter vivido em vão.

Finalmente percebi

Que tenho muito para falar!

As coisas que eu descobri

Aqui-agora estão para ficar.

Rum tura tatita

Vamos dançar e pular

Ratatitatuta

Agora chega de chorar.

Sem lamentar o que eu sou

Eu sou watakukaki

Uhsa pus aroma tou U kiki é ki há purai?

Iúúúpii!!! Estou louco!!!

(PERLS, 1979, p. 173).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
Motivações pessoais e acadêmicas	13
Questões iniciais e problemas de pesquisa	13
Apresentação das seções	15
CAPÍTULO 1 - DA PSICOSE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE	17
1.1 Psicopatologia Clássica	19
1.2 Influências da Psicopatologia Fenomenológica	23
1.3 O constructo de Sofrimento Psíquico Grave	27
CAPÍTULO 2 - GESTALT-TERAPIA E SAÚDE MENTAL	32
2.1 Conceitos Fundamentais da Gestalt-terapia na relação terapêutica	43
2.1.1 <i>Agressividade</i>	<i>43</i>
2.1.2 <i>Awareness</i>	<i>44</i>
2.1.3 <i>Ajustamento Criativo</i>	<i>46</i>
2.1.4 <i>Relação Complementar</i>	<i>47</i>
2.1.5 <i>Polaridade</i>	<i>48</i>
2.1.6 <i>Mudança Paradoxal</i>	<i>48</i>
2.1.7 <i>Experimento</i>	<i>49</i>
2.1.8 <i>Necessidade</i>	<i>50</i>
2.1.9 <i>Self</i>	<i>51</i>
2.1.10 <i>Contato</i>	<i>52</i>
2.1.11 <i>Fronteira de Contato</i>	<i>52</i>
2.1.12 <i>Holismo</i>	<i>53</i>
2.2 Psicose e Gestalt-terapia	53
2.3 O ajustamento criativo do tipo psicótico	61
2.4 Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia	66
CAPÍTULO 3 - GESTALT-TERAPIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: ACOLHIMENTO E CUIDADO	69
3.1 A ética do cuidado do sofrimento psíquico grave em Gestalt-terapia	73
3.2 A postura terapêutica na Gestalt-terapia	76

CAPÍTULO 4 - CONTRIBUIÇÕES POSSIBILITADAS PELO ESTUDO ..	84
4.1 Acolher e Compartilhar: Caminhar Juntos	84
4.2 Reflexões	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS	98

RESUMO

São grandes e promissores os avanços no tratamento em saúde mental, visando à humanização do acolhimento e tratamento do sofrimento psíquico. No Brasil e no mundo, os profissionais da saúde que se dedicam a essa intervenção se vêem impelidos a inserirem o respeito e o amor pelo humano em sua prática profissional cotidiana. No entanto, ainda que direcionassem esforços nessa direção, a de acompanhamento do sofrimento humano, historicamente subjazia a imprecisão sobre qual seria, de fato, a ‘doença’ que estava sendo tratada a partir do diagnóstico de ‘psicose’. Milhares de pessoas com sofrimentos psíquicos diversos, além do estigma, foram internadas ou excluídas, quando não submetidas a tratamentos desumanizantes e alienantes. A fim de tentar minimizar o impacto dos “pré-conceitos” instaurados pela psiquiatria clássica, o termo a ser utilizado neste estudo, ‘sofrimento psíquico grave’, é um constructo que nos dará liberdade para discutir crises intensas de cunho ‘normal’ ou ‘psicótico’, tratando daquilo que é inerente ao humano: a crise. Tradicionalmente, a Gestalt-terapia está associada à prática terapêutica alicerçada na ética do cuidado, que inclui a entrega sem reservas do terapeuta na relação com o paciente. Tendo se inspirado originalmente nas filosofias do Humanismo, Existencialismo, Existencialismo Dialógico e na Fenomenologia, essa prática clínica tomou corpo com os estudos realizados pela Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo, Teoria Organísmica e Holismo. Desde a origem até os tempos atuais, a Gestalt-terapia tem se mostrado dinâmica e ativa na compreensão e no atendimento do humano em seus diversos ângulos mostrando-se, assim, capaz de realizar em si ajustamentos criativos saudáveis e expansivos na direção evolutiva ascendente. Ainda que a prática clínica pautada na Gestalt-terapia esteja difundida amplamente, necessitamos de maior produção acadêmica e teórica que assegure contribuições à comunidade científica, sendo possível maior acesso ao conhecimento da parte de gestalt-terapeutas e pacientes. Eis a pertinência de um estudo que traz em seu bojo os constructos teóricos e práticos da Gestalt-terapia – como imaginada por seus primeiros autores e desenvolvida por seus precursores – associada ao acolhimento e cuidado requeridos quando ocorre a manifestação do fenômeno do sofrimento psíquico grave. Compreendendo também como a Gestalt-terapia elabora o fenômeno da psicose em seu contexto teórico e prático. Assim, este trabalho teórico-clínico – predominantemente teórico – tem como objetivo a aproximação dos conceitos de acolhimento e cuidado com o sofrimento psíquico grave, ao analisar os sintomas de maneira crítica tanto quanto possível, potencializando o estudo do percurso e progressos desta área do conhecimento, além de ilustrar com vinhetas de casos clínicos, intervenções e atuações terapêuticas realizadas dentro do contexto de pesquisa do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótica (GIPSI).

Palavras-chaves: Gestalt-terapia; Sofrimento psíquico grave; Acolhimento; Cuidado.

ABSTRACT

The advances in the treatment in mental health are great and promising, aiming at the humanization of the reception and treatment of the psychic suffering. In Brazil and in the world, health professionals who dedicate themselves to this intervention are forced to insert respect and love for the human in their daily professional practice. However, even though they directed efforts in this direction, that of accompanying human suffering, historically underlay the imprecision about what would, in fact, be the 'disease' that was being treated from the diagnosis of 'psychosis'. Thousands of people with various psychic sufferings, in addition to stigma, were hospitalized or excluded, if not subjected to dehumanizing and alienating treatments. In order to try to minimize the impact of the "preconceptions" introduced by classical psychiatry, the term to be used in this study, "severe psychic distress", is a construct that will give us the freedom to discuss intense crises of "normal" or "psychotic", dealing with what is inherent in the human: the crisis. Traditionally, Gestalt therapy is associated with therapeutic practice grounded in the ethics of care, which includes unreserved delivery of the therapist in relation to the patient. Having been originally inspired by the philosophies of Humanism, Existentialism, Dialogical Existentialism and Phenomenology, this clinical practice has taken shape with studies carried out by Gestalt Psychology, Field Theory, Organismic Theory and Holism. From the origin to the present, Gestalt therapy has shown itself to be dynamic and active in the understanding and care of the human from its various angles, thus showing itself capable of realizing healthy and expansive creative adjustments in the ascending evolutionary direction. Although the clinical practice based on Gestalt therapy is widespread, we need greater academic and theoretical production that assures contributions to the scientific community, allowing greater access to knowledge on the part of gestalt therapists and patients. This is the pertinence of a study that brings to the fore the theoretical and practical constructs of Gestalt therapy - as imagined by its early authors and developed by its precursors - associated with the reception and care required when the manifestation of the phenomenon of severe psychic suffering occurs. Understanding also how Gestalt-therapy elaborates the phenomenon of psychosis in its theoretical and practical context. Thus, this theoretical-clinical work - predominantly theoretical - has the objective of approaching the concepts of acceptance and care with severe psychic suffering, analyzing the symptoms in a critical way as much as possible, potentializing the study of the course and progress of this area of knowledge, besides illustrating with vignettes of clinical cases, interventions and therapeutic actions performed within the context of research of the Early Intervention Group in the First Crises of Psychotic Type (GIPSI).

Keywords: Gestalt therapy; Severe psychic distress; Refuge; Care.

INTRODUÇÃO

“(…) um grande pesquisador não se esquivava das dolorosas provas contraditórias à sua teoria, mas as explorava completamente para ampliá-la e aprofundá-la”
(PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 64).

O termo “sofrimento psíquico grave” é um constructo visto inicialmente em Costa (2003), que nos dará a liberdade para falar de crises intensas de cunho ‘normal’ ou ‘psicótico’, com a mesma consideração essencial do sofrimento natural, com peculiaridades e contextos próprios, que pode ser verificado em indivíduos ou relações. Isso diz, por conseguinte, de um fenômeno existencial essencialmente humano: a angústia (COSTA 2006, 2007, 2017).

Tal sofrimento, observado em especial nas crises do tipo psicóticas, é caracterizado pelas dificuldades nas relações interpessoais, familiares e até consigo mesmo. É comum o estranhamento do grupo de convivência do indivíduo frente ao enigmático e inexplicável distanciamento e fechamento em si mesmo e em uma realidade criada paralelamente àquela percebida pelos demais. Não apenas aos ditos ‘leigos’, como também para profissionais e pesquisadores, a psicose mostra-se desconcertante. Seja no campo da clínica ou no campo da pesquisa, ela ainda permanece como desafio a ser perseguido (COSTA; RIBEIRO, 2008).

A pertinência deste trabalho decorre inteira e diretamente da escassez de material acadêmico e teórico sobre o tema. De acordo com Oliveira (2015) e Carvalho (2008), são raras as menções feitas à psicose ao longo da história da aludida abordagem e há poucos estudos que relacionam Gestalt-terapia com sofrimento psíquico grave.

Aqui se encontra a discussão teórica de tal sofrimento e sua imbricação à clínica gestáltica, suscitando a necessidade técnica e ética da presença do terapeuta para que ele traga para a plenitude da relação *o nós* e ofereça ao paciente a permissão de que ele o comova e mobilize. A finalidade não é outra a não ser o cuidado e o acolhimento terapêutico imperativo para o trabalho clínico com pessoas que manifestam sintomas psicóticos.

A intenção é aproximar o sofrimento que pertence ao “sofrente e ao existente” (Holanda, 2014a) do cuidado clínico oferecido pela acepção gestáltica, que é poeticamente traduzida por Ribeiro (2017, p. 9) como: “olhar uma rosa e ver uma rosa (...) é ver a realidade assim como ela é, é olhar o outro e esperar que ele se manifeste a partir dele, assim como ele é, que ele se mostre a partir dele”.

Assim esclarecido, as linhas a seguir oferecem os caminhos pessoais e profissionais percorridos durante e ao final destas elaborações.

Motivações Pessoais e Acadêmicas

Ao participar da minha seleção para o Mestrado, uma das etapas a ser superada deu-se durante a apresentação oral do projeto. Naquele momento, me foi feita uma pergunta que, finalmente, incluía, em sua resposta, a representação significativa deste trabalho para minha vida pessoal e profissional.

Uma das professoras da banca, ao final da apresentação, lançou a pergunta: “Você não acha que o seu projeto é muito pretensioso? Que há a possibilidade de não conseguir realizá-lo e, por isso mesmo, abandoná-lo?” Minha resposta foi que “Esse não é apenas um projeto de mestrado, este é o meu projeto de vida! Não há possibilidade de abandoná-lo. Portanto, sim e não. Acredito que seja, sim, um projeto pretensioso, mas, não, não existe a possibilidade de que eu não o persiga até o fim”.

A pergunta se deu em razão do entusiasmo de estudar tudo quanto fosse possível dentro do tema e ainda pretender, como resultado, a publicação de um livro. Do estudo, resta a certeza de que, o que me foi humanamente permitido avançar e estudar durante estes dois curtíssimos anos que passaram sem que realmente fossem percebidos, muito acrescentou. Da publicação de um livro sobre Gestalt-terapia e sintomas psicóticos, primeiramente será necessário apresentar e aprovar a dissertação para, *a posteriori*, pôr em andamento o projeto.

O envolvimento com a atenção ao sofrimento psíquico grave aconteceu, primeiramente, com o ingresso no Grupo de Intervenção nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), em 2015, como profissional-voluntária selecionada. E, posteriormente, em agosto de 2016, com a aprovação do projeto de mestrado.

Questões Iniciais e Problema de Pesquisa

As abordagens teóricas principais do GIPSI norteiam a prática e a dinâmica de seu funcionamento e, conseqüentemente, recebem a pluralidade de interlocuções que emergem da multidisciplinaridade. Nesse diapasão, o próprio Manual de Orientação do grupo lista, em tom de exemplificação, as abordagens “Sistêmica, Psicodinâmica, Fenomenológica, Equipe Reflexiva, Abordagem Psicoeducacional, Abordagem de Rede e Comunitária” (GIPSI, 2010, p. 61).

É precisamente imantada no leque de possibilidades da abordagem fenomenológica que se agasalham as intenções dessa pesquisa com bases teóricas e apresentação de vinhetas

clínicas, para exploração e aprofundamento da teoria e prática da Gestalt-terapia em face do sofrimento psíquico grave, tendo como pano de fundo, o público atendido pelo GIPSI.

Enredada na história de produção bibliográfica do próprio GIPSI, tem-se, como elemento propulsor, a dissertação de Lílian Carvalho (2008), pioneira na pesquisa sobre o tema no Grupo. Como premissa, a autora assumiu o estudo dos pródromos como tentativa de auto-regulação orgânica – ajustamentos criativos –, a partir do que ela designou de “ajustamentos do tipo psicóticos”.

Anos depois, seguindo seus passos, Marcella Oliveira (2015) aprofunda de modo mais contundente a experiência das psicoses frente ao referencial teórico-clínico da Gestalt-terapia. Seu trabalho de mestrado conseguiu, a um só tempo, descrever a sabedoria própria do fenômeno e lançar o olhar não judicativo e relacional, próprio da Gestalt-terapia.

A partir dos trabalhos acima citados, as autoras produziram em conjunto com o orientador Ileno Izídio da Costa, um artigo publicado em revista científica e capítulos de livros: Carvalho e Costa (2010, 2014, 2017) e Oliveira e Costa (2013), os quais estenderam o conhecimento já observado nas dissertações, ampliando o terreno e estabelecendo alicerces inovadores.

No campo internacional da literatura, temos como principais nomes Spagnuolo-Lobb (2002), que trabalha não apenas com psicose, mas com pacientes em internação psiquiátrica, Franchesetti e Spagnuolo-Lobb (2013), que descrevem a clínica com grupo de pacientes psicóticos, e Delacroix (2005, 2008) que, assim como Santinelli (2014), amplia a compreensão dos sintomas psicóticos, propagada em diversas comunicações orais em congressos.

No Brasil, além dos trabalhos realizados no grupo GIPSI, destacaram-se, em tempos anteriores, Vasconcelos e Menezes (2005), que se utilizaram do Ciclo do Contato no manejo da Esquizofrenia, e Vieira (2010), que escreveu sobre a relação terapêutica na clínica gestáltica.

Também há o trabalho de Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2008, 2012), que consideraram os diferentes modos de ajustamento do tipo psicótico como forma de preenchimento ou ausência de fundo, e de Tenório (2012), que relaciona os sintomas psicóticos com distúrbios nas funções do *self*.

Diante da exiguidade de trabalhos científicos, o presente estudo propõe contribuir para a compreensão do arcabouço científico oriundo da teorização e prática da Gestalt-terapia frente o fenômeno da psicose, utilizando-se das contribuições do constructo de sofrimento psíquico grave.

Tais aportes poderão, inclusive, impulsionar o campo de consulta para outros pesquisadores da saúde mental, em especial para aqueles que tratam de Psicopatologias, mais especificamente das crises de cunho de sofrimento psíquico grave.

Destarte, este trabalho teórico-clínico – predominantemente teórico – tem como objetivo a aproximação do conhecimento produzido até então na Gestalt-terapia com o sofrimento psíquico grave, ao analisar os sintomas de maneira crítica tanto quanto possível, potencializando o estudo do percurso e progressos desta área do conhecimento, além de ilustrar com vinhetas de casos clínicos, intervenções e atuações terapêuticas realizadas dentro do contexto de pesquisa do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótica (GIPSI).

Apresentação das Seções

Este trabalho é teórico-clínico e se estrutura em sete seções. A primeira consiste na Introdução, em cujas linhas são reveladas as motivações pessoais e acadêmicas da pesquisadora e suas dificuldades iniciais.

O Capítulo 1, intitulado “Da psicose ao sofrimento psíquico grave”, inicia elucidando o constructo teórico que dá sustentação à ideologia e à prática clínica do GIPSI e que, portanto, perpassa toda a formação e estruturação do pensamento sobre como são abordados e tratados os sintomas psicóticos, apresentando também elementos históricos da Psicopatologia Clássica. Os pontos mais caros a este trabalho são: a inserção da obra “Psicopatologia Geral”, em 1913, por Jaspers na Psicopatologia; a introdução da Fenomenologia na Psicopatologia, por meio das obras de Binswanger; e, por fim, a proposta revolucionária do professor Ileno Izídio da Costa, em sua tese de doutorado “Da fala ao sofrimento psíquico. Ensaio acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia”, em 2002, com o novo constructo do sofrimento psíquico.

Uma vez detalhado esse primeiro pilar, seguir-se-á para o Capítulo 2, com o título de “Gestalt-terapia e saúde mental”, em que estão expostas brevemente as bases filosóficas e teóricas, associadas à postura terapêutica por elas despertadas e as repercussões da cada uma na representação da saúde e da doença. São também demonstrados os conceitos da prática clínica gestáltica (subseção 2.1); a formulação histórica e atual de psicose pelos adeptos da abordagem (subseção 2.2); a terminologia “ajustamento criativo do tipo psicótico” (subseção 2.3); e percepção e prática de diagnóstico em Gestalt-terapia (subseção 2.4).

O Capítulo 3 justifica e une “Gestalt-terapia e o sofrimento psíquico grave”, para demonstrar a ressonância no cuidado e acolhimento clínicos, além de ilustrar a postura terapêutica na Gestalt-terapia e pacientes que experimentam sintomas psicóticos.

O Capítulo 4 evidencia as “Reflexões Possibilitadas pelo Estudo”. Considerar a clínica da Gestalt-Terapia pautada sobremaneira nos estudos e princípios da Fenomenologia leva ao entendimento de que o sofrimento psíquico grave conduzirá a novos e diversos desvelamentos, o que afasta a possibilidade de conclusão do trabalho como encerramento do assunto em si, mas, sim, como considerações e reflexões que darão oportunidade à abertura de horizontes teóricos e práticos.

A seguir, vêm a sexta seção, com as Considerações Finais, e a sétima seção, relacionando todas as referências bibliográficas utilizadas neste trabalho.

CAPÍTULO 1 – DA PSICOSE AO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

“O mistério das coisas, onde está ele?
Onde está ele que não aparece
Pelo menos a mostrar-nos que é mistério?”
(CAEIRO, 1925, p. 63).

Na Psiquiatria, são muitas as definições extraídas a partir do termo “psicose”. Não há, na multiplicidade de designações, uma que contemple satisfatoriamente a especificação de um adoecimento em si. A imprecisão ocasionada na representação do vocábulo se estabeleceu ao longo do tempo, por ter sido ele usado em diferentes contextos e sentidos. Entretanto, como ponto em comum – dentre os sintomas apontados nas diferentes interpretações – as características de alterações psicológicas graves, quando comparadas a outros distúrbios, são consideradas mais prejudiciais ao indivíduo e seu meio (CAMPBELL, 1986; CARVALHO; COSTA, 2002, 2010).

Justifica-se, assim, a busca de Costa (2002) para desconstruir a imprecisão da palavra “psicose” até caminhar para o constructo de sofrimento psíquico grave. Para subsidiar as discussões de ordem filosófica e pragmática sobre a complexidade das dimensões que envolvem a “psicose”, ele utilizou as Filosofias Analíticas e da Linguagem em seus questionamentos. O autor se dedica ao tema desde a tese de doutorado aos mais recentes textos publicados (COSTA, 2013a, 2013b; 2014; COSTA; ALVES, 2013; COSTA; BRAGA, 2013; COSTA; COSTA, 2017; ALCÂNTARA; COSTA, 2015; MANO; COSTA, 2017; RESENDE; COSTA, 2017).

De acordo com Costa (2010), o termo psicose foi grafado em 1845 pelo psicólogo austríaco Ernst von Feuchtersleben (1806-1849). No ano seguinte, foi usado pela primeira vez em uma publicação científica se referindo aos “doentes da alma”, em uma tentativa de substituir o vocábulo “loucura” dentro da perspectiva psiquiátrica. Assim, denominou-se o quadro psicopatológico clássico conhecido pela Psiquiatria, Psicologia Clínica e Psicanálise como o estado referente à “perda de contato com a realidade” (grifo do autor), manifestando-se em delírios, alucinações, confusões mentais e deturpações na memória.

A partir da segunda metade do século XX, foram integradas outras duas acepções ao conceito da Psicose, o de grave prejuízo no funcionamento social e pessoal, assinalado por retraimento social e inabilidade na performance de tarefas e papéis considerados habituais, e, também, a consideração de determinado grau de regressão do ego (GHISOLFI, 2010).

A classificação diagnóstica internacional utiliza, como referência, dois guias principais de base essencialmente epidemiológica: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos

Mentais (DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e a Classificação Internacional de Doenças (CID) (COSTA, 2010).

A derradeira versão revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V) foi lançada em 2013 e, imediatamente, encontrou resistências por ser considerada extensão dos erros das versões anteriores, com bases epistemológicas precárias, circunscritas ao catálogo de sintomas enumerados de forma pouco clara, reduzido a um aglomerado crescente de patologias mentais (CAPONI, 2014).

Em saúde mental, as consequências do estabelecimento entre o considerado normal e o patológico apresentado em tais divisas evasivas, frágeis e inconstantes, para Caponi representam a possibilidade do aumento da “medicalização das condutas consideradas socialmente indesejáveis” (CAPONI, 2014, p. 744). Delineadas como anormais, elas conduzem à consolidação do que denominou Foucault (1999 *apud* CAPONI, 2014) de medicina do não patológico.

A décima versão da Classificação Internacional das Doenças (CID) também se presta a instrumento para catalogação e referência de adoecimentos, usualmente adotada no arranjo diagnóstico a partir de siglas, com o intento de estabelecer um consenso ou convenção para melhorar a comunicação entre diversos profissionais. Assim, enquadra-se a CID em tratamentos estatísticos e epidemiológicos, na compreensão dos quadros clínicos nas diferentes áreas de formação e de outros países e idiomas.

Pistelli (2005) ressalta o cuidado que o profissional deve ter no manuseio de tais instrumentos, uma vez que, segundo a autora, o uso inadequado pode ocasionar a estigmatização e tipificação de problemas a partir de terapias rígidas e formais, que desconsideram a subjetividade e necessidades de demanda de saúde do paciente.

Como abordagem clínica e, portanto, no contexto dos profissionais da área da saúde, a Gestalt-terapia utiliza o DSM como referência para promover o diálogo entre si e os demais profissionais que recorrem, em sua prática, a terapêuticas diferentes e não afins. Ademais, Pinto (2015) lança mão dos aspectos descritivos encontrados nas diversas versões do Manual, servindo-se, em seu manejo, do olhar fenomenológico.

Nota-se que o caminho percorrido pela Psiquiatria, no estudo da Psicose e outros acontecimentos psíquicos, aprisionou o adoecimento mental no modelo empírico, ao estabelecer uma descrição exaustiva de sintomas de um conhecimento que – mesmo factual – não alcança a definição do adoecer psíquico. E, tampouco, revela uma síntese inteligível de quadros patológicos, desviando-se, inclusive, da prática científica que visa a elucidar as condições de ocorrência dos fenômenos psicopatológicos (SCHNEIDER, 2011).

Para Holanda (1998), o erro em que a Psiquiatria tradicional incorreu – e que persiste, ainda hoje, no pensamento psicopatológico – foi desconsiderar o indivíduo como realidade, ao extirpar as características subjetivas e relacionais de qualquer análise, para supervalorizar a patologia na qualidade de acometimento intrapsíquico individual e, até mesmo, orgânico.

Para não reincidir no desvio acima descrito, o fenômeno do adoecimento psíquico, em especial o da Psicose, passa a ser reconhecido pela Psicopatologia Fenomenológica como característica do humano, por se dar a partir da afetação do sujeito quando ele passa a questionar o seu ser, constituindo uma Psicopatologia com particularidades: arrependimento, culpa, inconformismo, ódio, vazio e outros aspectos que dizem eminentemente do sofrimento psíquico (SCHNEIDER, 2011).

Portanto, faz-se mister a apresentação da Psicopatologia Clássica e dos esforços empreendidos por Jaspers (1883-1969) que, de forma pioneira, readequou o método de estudo das ciências naturais, inserindo na Psicopatologia o método descritivo-compreensivo, predizendo os primeiros passos da Psicopatologia Fenomenológica. Assim, este médico psiquiatra ofereceu base futura para repensar o fenômeno da Psicose e, conseqüentemente, a desconstrução daquele conceito e a elaboração do constructo de sofrimento psíquico grave, no diagnóstico e tratamento de indivíduos em crise psíquica.

1.1 Psicopatologia Clássica

“Nunca eu tivera querido, dizer palavra tão louca:
bateu-me o vento na boca, e depois no teu ouvido.
Levou somente a palavra, deixou ficar o sentido.”
(MEIRELES, 1993, p. 118).

O termo Psicopatologia foi introduzido na linguagem científica internacional a partir do século XIX, oriundo da junção de duas palavras gregas: *psyché* (alma) e *pathos* (doença) (CUNHA, 1997). Entretanto, o surgimento da Psicopatologia se dá no início do século XX, na França, com a criação do método psicopatológico como Psicologia Patológica – ramo da Psicologia Científica, diferente da experimental ou genética – pelo filósofo Theodule Ribot (BAUCHESNE, 1993).

Paulatinamente, a expressão Psicologia Patológica foi substituída por Psicopatologia, concomitantemente à proposta de a Psicologia Patológica ser uma Psicologia da conduta, substituindo a linguagem das ações nervosas por uma linguagem psicológica (WIDLÖCHER, 1996; MOREIRA, 2002).

Naquele momento, os estudos das doenças da mente avançavam, assim como os vívidos embates filosóficos na área das ciências humanas, ainda por determinar a metodologia a ser empregada em seus estudos. Destarte, respondendo a esses questionamentos, Jaspers (1883-1969), em 1913, lança sua obra suprema, “Psicopatologia Geral”, causando tal impacto que marcou o início da Psicopatologia propriamente dita (RODRIGUES, 2005).

Ainda de acordo com Rodrigues (2005), a Psicopatologia nasce como campo específico do saber, diferenciado da Psiquiatria, propondo a integração do modelo causalista-explicativo usado nas ciências naturais e do modelo histórico-compreensivo das ciências humanas, como descrição e compreensão do fenômeno psíquico.

A Psiquiatria e a Psicopatologia começam a apresentar distinções. Jaspers (1987) considera a primeira como profissão prática, interessada em casos individuais, enquanto a segunda se estabelece como ciência, no domínio dos conceitos e das regras gerais para estudar os modos das experiências e buscar seu sentido geral (MOREIRA, 2011).

Desta forma, a Psicopatologia se interessa pelo fenômeno psíquico capaz de ser apreendido em conceitos de significação e possibilidade de comunicação:

O objeto da psicopatologia é o acontecer psíquico realmente consciente. Queremos saber o que os homens vivenciam e como o fazem. Pretendemos conhecer a envergadura das realidades psíquicas. E não queremos investigar apenas as vivências humanas em si, mas também as condições e causas de que dependem os nexos em que se estruturam, as relações em que se encontram e os modos em que, de alguma maneira, se exteriorizam objetivamente (JASPERS, 1987, p. 13).

Segundo Moreira (2011), o tema do livro “Psicopatologia Geral” versa sobre a totalidade do homem, tanto em enfermidade psíquica ou psiquicamente determinada. O espírito e alma são o que o diferenciam do animal, exatamente por serem ambos elementos das enfermidades psíquicas. A alma se tornaria objetiva pela sua manifestação perceptível no mundo: “fenômenos somáticos, expressões, comportamentos e ações, bem como na linguagem” (MOREIRA, 2011, p. 173).

Embora o objeto de estudo da Psicopatologia seja o homem em sua inteireza, Jaspers reconhece que os limites das ciências patológicas residem propriamente na impossibilidade da redução por completo do homem a conceitos psicopatológicos (DALGALARRONDO, 2008).

Jaspers conclui que a caracterização sintomatológica dos pacientes psiquiátricos também era insuficiente e pouco eficiente para compreender todo o fenômeno da experiência. Assim, ao método explicativo-causal utilizado pela Psiquiatria da época, que alcançava os fenômenos objetivos, esse teórico associou a faceta histórico-compreensiva da Fenomenologia, que abordava os fenômenos subjetivos (MOREIRA, 2011; FEIJOO, 2016). O método explicativo-causal é recurso das ciências naturais; já o histórico-compreensivo

pertence às ciências do espírito (DILTHEY, 2000). Para Feijoo (2016, p. 22), aqui se insere o marco divisor entre explicar e compreender: “na explicação importa estabelecer as relações causais entre os fatos. Na compreensão interessa a apreensão do sentido da experiência”.

Na acepção original da psicopatologia por Jaspers, consciência e inconsciência são caracterizadas como autorreflexão e o não lembrado, respectivamente. Consciência aqui tida como a interioridade real da experiência, a consciência que o sujeito tem de si mesmo. Já a inconsciência é o não lembrado, o que está desprovido de atenção, impensado, irrefletido. Assim, ganham especial importância os conteúdos conscientes e afetos referentes à vida psíquica, que adicionariam clareza à consciência da vida (MOREIRA, 2002).

O fenômeno psicopatológico passou a ser considerado de forma estática, genética (contextualizada) ou total, abarcando a estruturação do indivíduo na unidade da doença e biografia. Complementarmente, é necessário o estudo de quatro grupos: os fenômenos vividos (experiência consciente), o rendimento objetivo (cognição), os fenômenos somáticos e as objetividades de sentido. A partir da perspectiva dos fenômenos enumerados, a relação dos pacientes e seus sintomas serão dados pela descrição do espaço, tempo e a consciência do corpo e realidade (MOREIRA, 2002).

Estes preceitos estão em oposição direta à noção de doença mental vigente até então, amparada pela concepção “individualizante, mecanicista e de base neurofisiológica” (SCHNEIDER, 2011, p. 70), impedindo o paciente diagnosticado de libertar-se das amarras incididas em si e em seu futuro, uma vez que o rótulo era estabelecido por ter origem em problemas internos psicológicos ou cerebrais. Além do mais, tal noção tolhia qualquer possibilidade de discernimento do adoecimento psíquico como fenômeno (SCHNEIDER, 2011).

Para Costa (2010a), Jaspers procurou mostrar a existência de uma estrutura inerente à doença mental. Tal estrutura constitui-se pelo insucesso nos relacionamentos com o eu e com o mundo, além da instalação de sintomas secundários, tais como alucinações e delírios que instauram cada vez mais mudanças na vida do indivíduo.

A publicação de Jaspers, de 1910, denominada “Delírio de Ciúmes, Contribuição à Questão: Desenvolvimento de uma Personalidade ou Processo? ”, é considerada um rompimento entre os conceitos primitivos e a visão contemporânea a propósito do delírio. A experiência delirante toma lugar de importância antes reservado ao conteúdo dos delírios. A partir desse momento, há a valorização das descrições dos próprios pacientes (TRIPICCHIO, 2008).

Então, o paciente narraria ao médico psiquiatra sua experiência delirante e o médico deveria tentar entendê-lo não pelo sentido da racionalidade, mas pela compreensão empática. Empatia aqui significando a transferência de si mesmo para o outro como forma de participação na experiência alheia, abdicando do pensamento lógico (THORNTON, 2007).

A partir disso, o próximo passo do médico seria o de identificar, representar, definir e classificar o que há de específico nos fenômenos psíquicos, levando em conta tudo o que está presente na consciência do paciente, descrevendo os fenômenos psíquicos em sua gênese, as condições de aparecimento, configurações, contextos e possíveis conteúdos concretos (THORNTON, 2007, STANGUELLINI, 2012).

Uma vez assumida a postura fenomenológica de compreensão do paciente a partir da suspensão do julgamento racional e clínico, abre-se a possibilidade de ver a pessoa do paciente como configuração da consciência humana, ainda que exista uma enorme diferença em relação à consciência do próprio médico (STANGUELLINI, 2012).

Se Jaspers foi o expoente da Psicopatologia Clássica, ao se preocupar com a cientificidade do sintoma subjetivo, não lhe cabe, no entanto, o mérito da inserção da fenomenologia na Psicopatologia. Daí o equívoco de se nomear o seu trabalho como Psicopatologia Fenomenológica, o que ocorre com certa frequência (MOREIRA, 2002).

Segundo Feijoo (2016), estimulados pela incitação de Jaspers, estudiosos da Psicopatologia se interessaram em pensar as experiências psíquicas, não mais como caráter biológico e psíquico, mas sim, como intencionalidade, tal qual apresentada por Husserl, em suas “Investigações Lógicas” (2007). Ellenberger (1977), von Gebsattel (1969), Minkowisc (1968, 1993) e Binswanger (1987) seguiram em direção a uma Psicopatologia Fenomenológica. Mas foi Binswanger (1971a), no texto intitulado “Sobre Fenomenologia”, quem, de fato, emprega o método fenomenológico à psicopatologia (PITA; MOREIRA, 2013).

1.2 Influências da Psicopatologia Fenomenológica

“O único sentido oculto das coisas é
elas não terem sentido oculto algum”
(PESSOA, 1993, p. 63).

A introdução da Fenomenologia nas investigações em Psicopatologia surge inspirada na proposta husserliana que, pretendendo alcançar aquilo de mais original do fenômeno, toma o homem em sua totalidade. O método fenomenológico em si, dá-se em Edmund Husserl

(1859-1938), como proposta para a criação de um método rigoroso e passível de substituir o Positivismo, prosseguindo em fundação de uma filosofia da consciência intencional (FEIJOO, 2016).

A Fenomenologia é um movimento filosófico que toma forma e destaque no final do século XX, com Husserl. No entanto, a origem da palavra está dois séculos antes. Foi o médico francês J. H. Lambert, em meados do século XVIII, quem utilizou pela primeira vez o termo Fenomenologia para designar o estudo ou a “descrição da aparência”, em 1764, no livro “Novo Organon” (MORUJÃO, 1990; GIOVANETTI, 2017).

Há, na Fenomenologia, a proposta radical de mudança de perspectiva, traçando um paradigma revolucionário de percepção do mundo e dos fenômenos da realidade. Husserl preconiza outra compreensão para o mundo e os fenômenos da realidade, em que novos contornos são dados à tradicional dicotomia sujeito-objeto (HOLANDA, 2014a).

Dos vários delineamentos tomados pela Fenomenologia, talvez o principal em produtividade sobreviesse nas obras de Martin Heidegger. Discípulo e sucessor de Husserl na Alemanha, “procurou estabelecer uma ontologia com base no método husserliano e termina por criar a *Daseinanalytik* ou Analítica Existencial, cuja obra de referência capital é o Ser e Tempo, publicada em 1927” (HOLANDA, 2014a, p. 88).

De acordo com Bucher (1989 *apud* HOLANDA, 2014a):

As ideias de Heidegger conheceram rapidamente aplicações em estudos psicopatológicos e na psiquiatria, onde se tentou revelar metamorfoses particulares desta estrutura ontológica e dos seus determinantes. Trabalhos sobre espacialidade, historicidade, disposição afetiva, percepção do desenrolar temporal, sonhos e outras dimensões da existência e suas mutações em estados psicopatológicos, foram publicados em vários países (Minkowski e Bachelard na França; Binswanger, Strauss, von Gebattel e outros na Alemanha; Buytendijk e Van den Berg na Holanda) (BUCHER, 1989, p. 29).

Inspirado pelo conceito heideggeriano e pela releitura da Fenomenologia husserliana, Ludwig Binswanger (1881-1966) apresenta uma forma inusitada de considerar a clínica, a patologia e a realidade existencial do indivíduo, criando, para isso, a análise existencial denominada *Daseinanalyse*. Assim, ele deixa de lado as trações supraindividuais das síndromes psicopatológicas, interessando-se pelo percurso do indivíduo (TATOSSIAN, 2006; MOREIRA, 2011; HOLANDA, 2014a).

O médico suíço Binswanger – com formação psiquiátrica junto a Bleuer e a Jung, no Hospital Burghölzli – rompe, pouco a pouco, com as proposições metapsicológicas de Freud, inaugurando a tradição da Psicopatologia Fenomenológica, preocupada primordialmente não mais com o psíquico ou a doença, mas com o homem em si (PEREIRA, 2001).

A partir de tal concepção, Binswanger caminhou para uma abordagem da consciência. Ele não buscava mais a verdade do sintoma encoberta pelo inconsciente como entendido na Psicanálise. Ao contrário, na perspectiva Fenomenológica, tal qual oferecida por ele, desaparece a ideia do inconsciente psicanalítico, uma vez que o paciente é considerado o mais fiel intérprete de seu próprio sofrimento (CHAMOND, 2011).

Daí a obra de Ludwig Binswanger ser a precursora na introdução de um ângulo compreensivo para a Psicopatologia que passa a ser fonte de inspiração a outros estudiosos, sendo considerado por muitos o “Pai da Psicopatologia Fenomenológica” (VAN den BERG, 1994; MOREIRA, 2002; HOLANDA, 2011).

A Psicopatologia Fenomenológica amplia a perspectiva anterior da Psiquiatria que era a de centrar-se no sintoma, para acolher a existência em si; assim, deixa de isolar sinais e sintomas e passa a cuidar do fenômeno a sua frente “que se desenrola sobre um plano de fundo de um Eu, de uma pessoa, ou, dito de outra forma, nós o vemos sempre como expressão ou manifestação emanando de tal ou tal pessoa” (BINSWANGER, 1971, p. 105).

De acordo com Pereira (2001), Binswanger se apropria da *Daseinanalyse* de Heidegger para aplicá-la à sua *Daseisnanalyse*, no campo da Psicopatologia e, para isto, utiliza o método fenomenológico, não se restringindo à descrição feita pelo paciente doente “e seus encadeamentos psíquicos ou naturais que levaram ao surgimento da doença, como o faz Jaspers” (PEREIRA, 2001, p. 140); mas sim, parte da descrição do mundo, na perspectiva e possibilidades daquela existência singular, ao se voltar, ao mesmo tempo, “às estruturas a priori e transcendentais da existência, visando situar a organização específica daquele indivíduo enquanto *Dasein*, face a seus existenciais” (PEREIRA, 2001, p. 140).

Rodrigues (2016) considera que, tendo Binswanger se servido dos conceitos fundamentais nascidos da exposição *a priori* ou ontológica do *Dasein* – tal como ele se apresenta em “Ser e Tempo”, de Martin Heidegger –, o problema da constituição do ser do *Dasein*, como problema ontologicamente essencial, delega ao psiquiatra o dever de apreender as modificações desta constituição, independentemente da discriminação entre o saudável e o doente, conforme ou contrário à norma.

A *Daseinsanalyse* de Binswanger instituiu um corte na tradição médica e psiquiátrica da psicopatologia (Pereira, 2001), dando destaque aos conceitos de temporalidade e espacialidade, a partir da Análise do *Dasein* heideggeriana. De acordo com Moreira (2010), as dimensões fundamentais da concepção de Heidegger são a temporalidade, a espacialidade, o ser-com-o-outro, a disposição, a compreensão, o cuidado (*Sorge*), a queda e o ser-para-a-morte.

Em sua analítica existencial, Heidegger elucidou as estruturas existenciais pertencentes à essência do homem, ou seja, as estruturas ontológicas, aquilo que não podemos não ter, que não se anula, inclusive nas formas de manifestação mais aguda da psicose. Assim, nem o indivíduo mais afetado pelos sintomas psicóticos pode não estar no tempo, no espaço, na corporeidade, na relação com os outros, ainda que admitida a possibilidade patológica de bloqueio ou alteração em suas coordenadas existenciais (CHAMOND, 2011).

Em Binswanger (1977), o equilíbrio entre as coordenadas existenciais é chamado de proporção antropológica. O desajuste ou desequilíbrio é denominado de desproporção antropológica e pode ser dividido em: a presunção, a distorção e o maneirismo.

Destacaremos a presunção por ser a forma verificada na maior parte dos casos de psicose, de acordo com o autor. A presunção acontece quando a presença ou o *Dasein* deseja algo além de suas possibilidades, restando longe do mundo comum. O resultado do excesso se transforma em bloqueio da existência. A presunção apareceria anteriormente à rigidez e à dissociação esquizofrênicas, o que assinala o bloqueio da presença e exila o *Dasein* do Nós, distanciando-se “de toda plenitude possível no “ser-transbordante-do-mundo”, distante da eternidade do amor, o que seria a utopia de Binswanger” (CHAMOND, 2011, p. 7).

Como forma de descrever os modos de ser no mundo, Binswanger distingue-os em *Umwelt*, *Mitwelt* e *Eigenwelt*. Resumidamente, o primeiro modo – o *Umwelt* – significa literalmente “o mundo ao redor”; esse é o mundo material, natural, biológico, conhecido também por ambiente. O segundo – o *Mitwelt* – é o dos inter-relacionamentos, o mundo com o outro, característica básica do humano e do *Dasein*: o ser-no-mundo. Por fim, o terceiro modo – o *Eigenwelt* – pressupõe percepção de si mesmo, um “auto-relacionamento” também presente apenas nos seres humanos. Ressalta-se que, ainda que *Umwelt*, *Mitwelt* e *Eigenwelt* sejam três regiões de mundo diferentes, elas serão sempre modos simultâneos de ser-no-mundo (MAY, 1988).

Moreira (2011), referendando-se em Loparic (2002), Tatossian (2006), Freire (2008), Gonçalves, Garcia, Dantas e Ewald (2008), Mattar e Novaes de Sá (2008) e Moreira (2010), conclui que o *Dasein*, fundamental na teoria da Psicopatologia de Binswanger, embora tenha sido vastamente amparado no pensamento de Heidegger, permanece mais próximo ao pensamento de Husserl.

O autor que desenvolve os primeiros passos na direção de uma Psicopatologia Fenomenológica puramente inspirada no *Dasein* de Heidegger é Medard Boss. Enquanto Binswanger foi, antes de tudo, levado a penetrar no pensamento desse filósofo por um ‘impulso puramente científico’, foram, sobretudo, as preocupações terapêuticas que

determinaram a escolha de Boss pelas considerações filosóficas de Heidegger como úteis ao domínio da terapêutica (BOSS; CONDRAU, 1997; MOREIRA, 2011; FERREIRA, 2016).

Por isso mesmo, Boss não chegou a propor uma teoria de psicopatologia, ao contrário de Binswanger (MOREIRA, 2011). Nesta perspectiva, “o modo de ser-doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser-sadio e da constituição fundamental do homem normal, não perturbado, pois todo modo de ser-doente representa um aspecto particular de determinado modo de ser-são” (BOSS; CONDRAU, 1997, p. 29).

Moreira (2011) apresenta a subdivisão feita por Boss e Condrau (1997) do modo de ser doente:

1) Ser doente caracterizado por uma perturbação evidente da corporeidade do existir humano; 2) Ser doente caracterizado por uma perturbação pronunciada da espacialidade do seu ser-no-mundo; 3) Modo do ser doente caracterizado por uma limitação da disposição própria à essência da pessoa; e 4) Modos de ser-doente concernentes a limitações na realização do ser-aberto e da liberdade. Ainda que cada um destes modos de ser-doente faça referência a um existencial específico do Dasein, descrito em Ser e Tempo enquanto dimensões fundamentais do ser-aí formam todos juntos, uma estrutura total e indivisível. Assim, se um deles é perturbado em sua realização, as outras dimensões, como parte do todo, sofrerão igualmente as conseqüências (MOREIRA, 2011, p. 179).

A partir de tal estruturação, Moreira (2011) delinea a Esquizofrenia como “o modo de ser-doente mais humano e, ao mesmo tempo, mais desumano” (MOREIRA, 2011, p. 179). Para os referidos autores, na Esquizofrenia evidencia-se uma perturbação específica do ‘poder-existir-o-ser-aberto’, conforme a essência do ‘ser-aí’, em que a liberdade existencial perdida sobrecarregaria a tal ponto o sujeito que, tornando-se incapaz de responder ao mundo em redor, restaria também impossibilitado de contrapor-se à dissolução de seu ser, na esfera do próprio mundo, amplo demais. Assim, em tal estado de ser-aberto há “uma luz sobre a natureza mais profunda de nosso existir e por isso mesmo sobre sua fragilidade” (BOSS; CONDRAU, 1997, p. 31).

As alucinações no esquizofrênico seriam resultado da impossibilidade de ser-si-mesmo autônomo. Elas se manifestariam em uma situação relacional acima da capacidade do indivíduo em assumir as possibilidades constitutivas do seu ser-aí para tornar-se si-mesmo. Para quem restaria apenas a existência, em grande parte, fora dele mesmo. Desta forma, ninguém poderia ser classificado como esquizofrênico, nem a Esquizofrenia ser considerada doença em si-mesma (MOREIRA, 2011).

A proposta encontrada por Boss e Condrau (1997), frente a esses desafios, é a mudança de paradigma e disponibilidade para iluminar as sombras do mundo, considerando como tarefa do Psicoterapeuta “ajudar os pacientes a se desenvolverem no sentido das

próprias possibilidades de sua existência. Se o homem pode desenvolver-se nesse sentido, então também pode permitir desenvolver tudo o que lhe aparece até o seu modo mais pleno” (BOSS; CONDRAU, 1997, p. 11).

Acrescentando o pensamento de uma Psicopatologia fenomenológica da clínica, sobrevém Arthur Tatossian (1929-1995) que confere prioridade à pessoa em sofrimento (MOREIRA, 2011). Ele considerava que a maior contribuição da Fenomenologia seria oferecer à Psiquiatria “uma comunicação compreensiva com o Outro” (TATOSSIAN; SAMUELIAN, 2006, p. 354).

Tatossian, com seus escritos, integra-se aos grandes nomes da Fenomenologia, como Husserl, Heidegger, Sartre, Merleau-Ponty, Scheler, assim como aos de autores diretamente ligados à tradição fenomenológica em Psicopatologia, a destacar Jaspers, Binswanger, Minkowski, Blankenburg, Tellenbach, von Gebattel, Van den Berg e Kimura. É isso, então, que faz com que sua obra seja considerada uma Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea (MOREIRA, 2011).

Fiel às propostas de Husserl e da Fenomenologia, Tatossian considera que a Psicopatologia deve visar ao *Lebenswelt*, ao sustentar o conceito tal qual trazida no texto último de Husserl, como realidade primária da experiência imediata, sendo esse o mundo das significações, assim como se apresenta à ação humana.

A Psicopatologia Fenomenológica cuida de conceber o *Lebenswelt* do doente em duas dimensões de sua experiência: a pré-teórica e pré-objetiva e a forma particular de se apresentar no mundo, impressa na experiência (TATOSSIAN, 2006).

Para aqui concluir a estruturação dos aspectos históricos, concorda-se com Holanda (2011) ao afirmar que a Psicopatologia Fenomenológica “pode ser entendida como essa perspectiva que coloca em xeque o sentido absoluto do poder médico, resgata a voz do ‘doente’, recoloca o sujeito em seu contexto e em situação e, por fim, questiona o próprio sentido de ‘normalidade’” (HOLANDA, 2011, p. 155).

1.3 O Constructo de Sofrimento Psíquico Grave

“O toque de alguém, dizia ele, é o verdadeiro lado de cá da pele. Quem não é tocado não se cobre nunca, anda como nu.
De ossos à mostra.”
(MAE, 2012).

No campo dos entendimentos derivados da Psicopatologia Fenomenológica – buscar a superação da classificação nosográfica psiquiátrica; ressaltar o acolhimento e cuidado de fenômenos da angústia humana; e o conseqüente resgate da dimensão natural de qualquer sofrimento humano – é que Costa (2003, 2007, 2010a, 2017) propõe um novo constructo terminológico às crises humanas, em especial às ditas do tipo psicótico, para designar tudo aquilo que está sob o domínio da definição de psicose.

O ponto filosófico de partida para as elaborações de Costa (2003) consiste na pergunta: “porque *sofrimento psíquico grave* e não ‘loucura’, ‘psicose’, ‘esquizofrenia’?”. Ao que o próprio autor responde: “Primeiro, porque entendo que tais termos, por si sós, já esgotaram suas potencialidades explicativas, e segundo porque passaram a gerar imprecisões e confusões cada vez maiores” (COSTA, 2010a, p. 51).

No entanto, Costa (2017, p. 66) afirma que não objetiva fundar “uma teoria completa ou abarcada de todo o sofrimento psíquico humano (ou da crise psíquica), mas questionar alguns pontos básicos para uma (re) visão das teorias tradicionais que lidam com este fenômeno fundamentalmente humano sem um cunho ‘patológico’ previamente concebido”.

Há, assim, a preservação da “crise psíquica intensa” como manifestação genuína, como possibilidade de ser. Pretende-se, com isso, encontrar e oferecer diretrizes do acolhimento, cuidado e respeito humanos às manifestações fenomênicas de tais sofrimentos, suprimindo o exagero de medicações e/ou internações, entendendo que o sofrimento psíquico grave é carregado de aspectos individuais, relacionais e existenciais (COSTA, 2017).

Na Fenomenologia, em especial na Psicopatologia Fenomenológica, o nome que se destaca com estudos específicos a respeito do sofrimento psíquico é o do psiquiatra francês Eugène Minkowski (1885-1972). Com o pensamento fortemente marcado por Husserl, Heidegger, Bergson e, sobretudo, Binswanger, ele se opunha com determinação ao reducionismo objetivista dos fenômenos psíquicos, e sua metodologia fenômeno-estrutural baseava-se na aproximação máxima possível com o humano (PEREIRA, 2000).

De acordo com Minkowski (1999, 2000), o sofrimento é parte inexoravelmente imbricada com o todo da existência. Ainda que se apresente como dor, não é possível ser evitado, posto que não se submete a manejos. Não deve ser considerado como necessidade, mas como caminho a percorrer, sem que se tenha escolha de fazê-lo. Há tão profundo comprometimento do sofrimento com a existência, que não há nele miséria, nem necessidade de aceitá-lo ou buscá-lo, ele é o que é.

Tampouco o sofrimento se submete a classificações entre ser bem ou mal. É possível passar pela vida sem adoecer, mas não sem o sofrimento. Em sua essência, não há sentido pré-

determinado, mas por meio dele apresenta-se o problema do sentido da vida. A dor física preconiza um desequilíbrio biológico, indicando a necessidade de adoção de medidas para amenizá-la. O sofrimento, no entanto, não sinaliza desequilíbrio, anormalidade, ele é parte da existência e indica que há vida, que se está vivo (MINKOWISKI, 1999, 2000).

É a partir do sofrimento que se revela o aspecto “pático¹” da existência humana. “Pático” e não patológico, mesmo que aqui se insira a Psicopatologia que deverá estudar as reações páticas daquilo que ainda não têm nada de patológico em si (MINKOWISKI, 1999, 2000).

Os estudos do filósofo Minkowski sobre a melancolia esquizofrênica, o tempo vivido e o problema da espacialidade deram relevante contribuição à Psicopatologia, defendida pelo autor como autônoma, em relação à Medicina. Ele, ainda, considera a loucura como uma interrupção do diálogo humano, em que o sujeito, alheio à possibilidade de mudança pela dialética, instaura um drama em sua existência (PEREIRA, 2000).

O sofrimento possui formas próprias de manifestação fenomênica:

(...) enquanto que a dor tem seu lugar no corpo inteiro, o sofrer se somatiza de maneira eletiva ao nível da mímica e mais particularmente no espaço do olhar; assim, sua expressão se repete sobre o grito e as lágrimas. Uma lágrima se abre entre o querer dizer e a impotência dizer. E é nessa falha que o querer dizer se forja, no entanto, o caminho da queixa (RICOEUR, 1991, p. 3).

Na direção de uma Fenomenologia do sofrimento, Costa (2017) encontra em Lévinas (1997) a descrição de que o sofredor se depararia – no sofrimento e de uma só vez – com a passividade em seu extremo, impotência, abandono e solidão. Visto assim, o sofrimento implica a transmutação da sensibilidade absoluta em vulnerabilidade.

Mas, ainda que o sofrimento transpasse e conduza a existência, ele não poderá ser um fim em si mesmo, sob o risco de se transformar em “niilismo, numa atividade sem sentido, numa tortura e num torturar-se, em um sofrer pelo sofrer” (HOLANDA, 2014b, p. 122).

A atitude fenomenológica do buscar “pensar e repensar a própria condição do sujeito pensante” (Holanda, 2014b, p. 123), o coloca na posição ativa. Uma das grandes inovações da Fenomenologia foi “perceber o sujeito da loucura na sua ‘condição’ de ser louco como máxima possibilidade de ser: ser-aquilo-que-se-é simplesmente sendo esse ser que é, pela loucura” (HOLANDA, 2014b, p. 122).

¹ *Pathos* é definido como a afetividade originária pura. Esta afetividade é qualificada como transcendental, pois por meio dela é possível vivenciar a experiência de si mesmo no sofrimento e na fruição das paixões. A autorrevelação da vida ocorre e se manifesta nesta afetividade originária no *pathos*, configurando-o como o modo fenomenológico do autoaparecer que constitui a essência da vida (FERREIRA; ANTÚNEZ, 2014, p. 317).

No intento de se aproximar do tema e possibilitar uma fenomenologia do sofrimento psíquico grave, Holanda (2014b) nos convida a duas reflexões apriorísticas: “de que sofre o sujeito da loucura? De um sofrimento ‘psíquico’?” (HOLANDA, 2014b, p. 131).

Costa (2017) se vale de Brentano (1995) na percepção de que o fenômeno psíquico é não-coisa, manifesta-se sobretudo no pensar, querer, imaginar, ouvir e ver. Mas, ainda assim, o psíquico está na materialidade da vida, do afeto, do corpo, da subjetividade. Desta forma, o sofrimento da loucura se instala na pele, carne, corporeidade e em suas relações de vida, entrelaçamento entre homem e mundo (HOLANDA, 2014b).

Este, portanto, é o mote filosófico, clínico e ético que movimenta Costa (2017) a problematizar o constructo de sofrimento psíquico grave, reportando a toda angústia humana, incompreendida e identificando possibilidades de “cuidar da crise psíquica como um acontecimento essencialmente fenomenológico e não apenas sintomatológico ou nosográfico” (COSTA, 2017, p. 84).

O entendimento do termo *sofrimento psíquico grave* se dá a partir de: *sofrimento* como algo essencial do humano, *psíquico* que não é só da ordem do orgânico e *grave* para sublinhar a intensidade da manifestação e peculiaridades de manejo (COSTA, 2017).

As primeiras inquietações que conduziram Costa à criação do termo (2002) remontam não só a conexões teóricas e filosóficas. Elas aparecem já em 2001, como reação às inadequações dos serviços em saúde mental, o que também levou à fundação do Grupo de Pesquisa e Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicóticas (GIPSI). Grupo esse dedicado ao estudo, discussão e pesquisa sobre a ordinariamente denominada psicose – desde, então chamada de “sofrimento psíquico grave” – e ao atendimento de indivíduos apresentando esse quadro (GIPSI, 2010, p. 7).

As funções clínicas, acadêmicas e políticas do grupo – vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade Brasília – consistem em questionar conceitos, teorias e técnicas sobre família e psicose. Ele se compõe de um coordenador, profissionais voluntários e estudantes (graduandos e pós-graduandos) das áreas da saúde voltadas para o cuidado com o sofrimento psíquico grave. A própria origem e natureza do fazer-com-o-outro excluindo, *a priori* e *deverias*, afastam os modelos tradicionais da clínica, teorias e técnicas intervencionistas objetivistas e objetificadoras, abrindo perspectivas para a ética do encontro e atenção com o sofrimento humano (COSTA, 2014; SILVA, 2017).

O Grupo favorece a inserção de diferentes abordagens e terapêuticas que, amparadas pelo cuidado e controle de seu coordenador, se ramificam em estudos de áreas diversas:

Fenomenologia (Costa, 2013b; Mano, 2016), Teoria Sistêmica (Carvalho e Costa, 2008; Costa, 2003; 2008), Gestalt-terapia (Carvalho, 2008; Oliveira, 2015) e Psicanálise (Bessoni, 2008; Ferreira, 2012; Ribeiro, 2014; Souza, 2010; Veiga, 2010).

Além de Atendimento e Estudo, o Grupo oferece suporte a seus membros, como narra Silva (2017):

O encontro com a crise psicótica nos leva ao contato com ideias estranhas, afetos insuportáveis e modos relacionais adoecidos, indícios da necessidade de aceitar receber cuidado. Esse cuidado é constituído pela disponibilidade espontânea dos membros do grupo para reconhecer necessidades e assumir responsabilidades. A disponibilidade dos terapeutas necessita ser nutrida, depende igualmente de cuidado e atenção às possibilidades e limites. Ao buscar cuidar de quem é responsável pelo cuidado, o Gipsi revela-se muito mais do que um dispositivo de intervenção precoce nas crises, mas a criação constante de um espaço de acolhimento, um ambiente físico, geográfico e emocional, feito de pessoas disponíveis e criativas, no qual o cuidado é experimentado na cotidianidade e não como uma experiência excepcional, relacionada à crise ou à “doença” (SILVA, 2017, p. 14).

A postura adotada pelos membros do Grupo em face ao sofrimento visa ao respeito, acolhimento e acompanhamento do indivíduo e sua família, propiciando suporte em meio à crise. Esta também é a proposta da Gestalt-terapia que enfatiza, como proposta teórico-metodológica, o desenvolvimento e maturação do potencial humano, procurando favorecer a tomada de consciência, ao invés de buscar a cura do sintoma (SANCHEZ, 2008). Assim, as propostas do Grupo coadunam-se à abordagem gestáltica. Eis aqui a principal proposta de justificativa para esta dissertação.

Da mesma forma que as concepções de saúde e doença, normalidade e anormalidade, e psicose sofreram mudanças durante o último século, também a Gestalt-terapia é convidada a se atualizar, não só em seu corpo teórico, mas principalmente, nas práticas clínicas, em um cuidado de estar-com que acompanhe o sofrimento e a sua superação (FARIA, 2017).

Com o propósito de desenvolver a sugerida atualização, o presente trabalho se ocupou até aqui de apresentar o sofrimento psíquico grave como compreensão teórica e prática observada no Grupo. E, no Capítulo 2, de aprofundar nos estudos da Gestalt-terapia e Saúde Mental, aproximando-a do cuidado em sofrimento psíquico grave.

CAPÍTULO 2 – GESTALT-TERAPIA E SAÚDE MENTAL

“As emoções são um universo sagrado. É preciso cuidado,
Respeito e permissão para penetrar nesse espaço
Tão delicado, tão poderoso...”
(FRAZÃO, 2015, p. 83).

De acordo com Vieira (2010), a pertinência de interlocuções entre a Gestalt-terapia e as esferas de saúde mental reside na principal forma de seu entendimento, os princípios e concepções de homem e mundo apresentados na abordagem gestáltica que dão ênfase à potencialidade existencial do humano, ainda que o homem enfrente situações de grave acometimento psíquico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em seu último Boletim Informativo exhibe especial destaque aos diversos transtornos mentais, em suas diferentes formas de apresentação. As manifestações se dariam geralmente caracterizadas por “uma combinação de pensamentos, percepções, emoções e comportamento anormais, que também podem afetar as relações com outras pessoas” (OPAS/OMS, 2018).

Dentre os transtornos mencionados, estão a deficiência intelectual e os transtornos de desenvolvimento, incluindo autismo, depressão e transtorno afetivo bipolar, demência, esquizofrenia e outras psicoses. As principais informações discorrem a respeito de estratégias eficazes para a prevenção e tratamento de transtornos mentais e maneiras de aliviar o sofrimento por eles causado, além dos acessos aos cuidados de saúde e aos serviços sociais (OPAS/OMS, 2018).

A OPAS/OMS (2018) alertam ainda para o crescente registro de transtornos mentais, com importantes impactos à saúde, apresentando severas consequências sociais, de direitos humanos e econômicos em todos os países do mundo.

Em meio aos transtornos expostos no texto, destacaremos as informações oferecidas a respeito da Esquizofrenia e outras psicoses tidas como uma séria afecção que compromete, atualmente, cerca de 23 milhões de pessoas em todo o mundo. As psicoses, incluindo a Esquizofrenia, são caracterizadas pela OMS “por distorções no pensamento, percepção, emoções, linguagem, consciência do “eu” e comportamento (...) incluem alucinações (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem) e delírios (falsas crenças ou suspeitas firmemente mantidas mesmo quando há provas que mostram o contrário)” (OMS/OPAS, 2018).

Geralmente, o transtorno teria início na adolescência ou no começo da vida adulta, implicando dificuldades no trabalho e estudo. Além da própria sintomatologia do transtorno,

advêm sobre o indivíduo prejuízos acarretados pelo estigma e discriminação, diminuindo o acesso à saúde e aos serviços sociais, pelo alto risco de exposição a violações de direitos humanos, como o confinamento de longo prazo em instituições (OPAS/OMS, 2018).

A visão da OMS e OPAS (2018) é que, com o tratamento medicamentoso e apoio psicossocial, há eficaz melhora com retorno à vida produtiva e reintegração social. Para isso, é necessário “ampliar o acesso a formas de assistência cotidiana, atenção domiciliar e suporte para a inserção no mercado de trabalho são medidas de apoio para que as pessoas que sofrem com transtornos mentais graves, como a esquizofrenia”.

Percebe-se, assim, que os fatores políticos, sociais, culturais, econômicos e ambientais – como a proteção social, padrões de vida, políticas nacionais, condições de trabalho e apoio comunitário – são tão determinantes para a saúde mental, quanto atributos individuais, como a capacidade de administrar os pensamentos, as emoções, os comportamentos e a interação com os outros. Consideram-se, também, as contribuições negativas dos impactos de estresse, genética, nutrição, infecções perinatais e exposição a perigos ambientais (OPAS/OMS, 2018).

No entanto, em 2018, a OPAS e a OMS reconhecem que os sistemas de saúde ainda não responderam adequadamente à quantidade de transtornos mentais. Em consequência, a lacuna entre a necessidade e a oferta de tratamento se mostra abissal. Em países de baixa e média renda, as taxas são alarmantes: de 76% a 85% das pessoas com transtornos mentais não recebem tratamento. E, mesmo em países de alta renda, a disponibilidade de tratamento não é adequada, transitando entre 35% e 50% de pessoas com transtornos mentais na mesma situação. Há de se considerar, também, a qualidade dos cuidados prestados que se insere como agravante do problema.

Como alternativa, a OMS lançou “O Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020”, aprovado pela Assembleia Mundial da Saúde em 2013, que reconhece o papel essencial da garantia da saúde mental para todas as pessoas, incluindo os seguintes objetivos:

- Liderança e governança mais eficazes para a saúde mental;
- Prestação de serviços abrangentes e integrados de saúde mental e assistência social em contextos comunitários;
- Implementação de estratégias de promoção e prevenção; e
- Sistemas de informação reforçados, evidências e pesquisas (OMS, 2013).

Nesses apontamentos, o cuidado com a saúde envolve dimensões da vida social (em que se destacam renda, proteção ambiental e condições de trabalho), dimensões políticas (sobretudo responsabilidade dos governantes, elaboração, financiamento e gerenciamento de políticas públicas), além do envolvimento do indivíduo e da comunidade no cuidado em saúde mental. Este também é o entendimento da Gestalt-terapia que, por apresentar uma visão de ser

humano bio-psico-sócio-espiritual, amplia para a dimensão coletiva o adoecimento individual (RIBEIRO, 2013, 2015; FARIA, 2017).

O sofrimento e adoecimento vistos na contemporaneidade revelam, também, no atendimento clínico em modalidades de relatos típicos da crise civilizacional que a humanidade enfrenta, aparecendo na descrição de sensações de profunda ausência de significados, solidão, vazio existencial, ausência de sentido do sagrado e materialismo (DELACROIX, 2008; CARDELLA, 2015).

Cardella (2015, p. 58) considera como dos fenômenos mais marcantes do mundo contemporâneo a “dessacralização da vida e da condição humana”. Para a autora, a emergência destas características se dá, em especial, no descuido que ela aponta “na devastação da natureza, na coisificação do corpo, na banalização da sexualidade, na superficialidade das relações, nos fundamentalismos, no consumismo, na tecnologização, nas idolatrias, entre outras” (CARDELLA, 2015, p. 59).

Frederick Perls (1979) já denunciava a existência de “cadáveres vivos” e “robôs de plástico” para dizer da desumanização para a qual a sociedade caminhava a passos largos. Assim, durante as décadas de 1950, 60 e 70, Perls e os demais divulgadores da Gestalt-terapia propunham-se a restaurar a autenticidade existencial, reavendo a criatividade, responsabilidade, liberdade, alteridade, interdependência e transcendência (CARDELLA, 2015; CARVALHO; COSTA, 2017; PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Na obra “Gestalt-terapia” de Perls, Hefferline e Goodman (1997), os autores enfatizam a necessidade de uma ruptura com a frieza e o distanciamento mecanicista das ciências médicas, para dar lugar ao encontro humano e ao conviver. A definição de saúde e maturidade psicológicas é referendada como a capacidade de conquista do autoapoio e autorregulação, a partir do apoio e regulação ambientais (GALLI, 2009).

A Gestalt-terapia tem como premissa basilar, a consideração de potencialidades naturais do indivíduo que buscar o equilíbrio do próprio organismo. Para tanto, há a fundamentação da visão de que no contato com o ambiente, existe um ritmo inerente de contato-fuga e formação de figura-fundo inerentes às expressões das necessidades de retraimento-expansão (GALLI, 2009).

Na visão de Faria (2017), Perls afirma que o problema saúde-doença só pode ser compreendido na articulação entre organismo e meio. O contato entre essas duas dimensões da existência é que possibilitaria a experiência da saúde ou da doença. Desta forma, é insuficiente pensar apenas no indivíduo e seus conflitos internos, observando os mecanismos de evitação do contato ou desenvolvendo postura criativa para o contato. “Se a saúde ou

doença, sofrimento ou não sofrimento psíquico se constituem na articulação entre o indivíduo e a sociedade, é necessário que compreendamos também aquilo que se considera ‘externo’” (FARIA, 2017, p. 30).

Portanto, defendendo a não fragmentação entre corpo-mente e organismo-meio, a Gestalt-terapia se organiza em dois conceitos significativos sobre o adoecer: a visão holística e a fronteira de contato. Enquanto o primeiro retoma o princípio de que todo fenômeno deve ser compreendido em sua totalidade, o segundo define a constituição do indivíduo na relação com o meio, sendo a fronteira que limita e protege o organismo ao mesmo tempo em que realiza trocas com o ambiente (FARIA, 2017).

O autor também complementa:

Ao partirmos da concepção de que a saúde se estabelece por meio do “contato bom”, que só é alcançado com o desenvolvimento de *awareness*, é ilusório imaginarmos que basta o autoconhecimento, uma vez que a própria noção de contato já sugere o outro, seja um outro mais próximo ou as dimensões sociais. Portanto, estar *aware*, para além dos sentidos e da racionalidade que se possa desenvolver sobre si-mesmo, envolve o conhecimento do outro e da cultura na qual se vive, estas dimensões, articuladas, é que podem conduzir à saúde (FARIA, 2017, p. 30).

Em razão desta estruturação multidimensional, a Gestalt-terapia tem como eixo – além dos aspectos físicos, afetivos, racionais, sociais e espirituais do homem, principalmente – suas inter-relações, propondo a visão sintética global, vinculada ao esclarecimento do como isso funciona agora ao invés de realçar por que isso funciona assim, indo além da pretensão de uma explicação causal e voltando-se, desta maneira, para a compreensão dos infinitos modos de ser (GINGER; GINGER, 1995).

Fundamentada na perspectiva e intuito de se encontrar com o homem, compreendê-lo e com ele se comunicar, a Gestalt-terapia alicerça sua prática em quatro pilares filosóficos: Humanismo, Existencialismo, Existencialismo Dialógico e Fenomenologia (FAGAN; SHEPHERD, 1980; STEVENS, 1977; PERLS, 1979; CARDELLA, 2002; RIBEIRO, 2009a, 2009b; RODRIGUES, 2011).

O humanismo compreende cada pessoa situada no centro do universo, sendo ela a própria medida, capaz de evidenciar sua beleza, seus aspectos criativos, bem como restaurar sua subjetividade e espontaneidade, abrindo-se para assimilar o que há de melhor em si (GINGER; GINGER, 1995; RIBEIRO, 1985, 2009a, 2009b; ROMERO, 1997; PINTO, 2009a, 2009b).

Incidindo na abordagem gestáltica, o Humanismo se apresenta na preservação da dignidade do paciente por intermédio da ação terapêutica, isenta de todo e qualquer uso ou exploração da pessoa. A proposta é que o homem possa agir em radicalidade, consumir sua

essência na relação a dois, alcançar o máximo do próprio potencial (RIBEIRO, 1985; MENDONÇA, 2013).

Do ponto de vista patológico, considera-se que as correntes humanistas primaram pelo positivo, pela saúde, enquanto a Psicanálise teria seu interesse primeiro calcado no adoecimento (GINGER; GINGER, 1995). Rompendo com a nosografia do adoecimento, este homem pode ser considerado o intérprete mais fiel de si mesmo, centro da sua liberdade e libertação.

A aludida concepção remete a aspectos do Existencialismo, corrente filosófica que também concebe o homem como dotado de capacidade para mudar, criar e recriar, bem como fazer projetos, exercendo poder sobre a própria vida. É ativo e responsável por si mesmo e por tudo que se relaciona à sua existência (SARTRE, 1973; PENHA, 1982; FERREIRA, 1986; CARDELLA, 1994; YONTEF, 1998; CARDOSO, 2002; CIORNAI, 2004; RIBEIRO, 2011; RODRIGUES, 2011).

Quando se exime do papel de autor da própria vida, o homem se abandona a uma existência inautêntica, banalizado no cotidiano e na superficialidade, perdido de si mesmo, experimentando, então, o vazio existencial pela falta de sentido, o que poderá assumir uma diversidade de sintomas (CARDOSO, 2013).

Imerso neste estado, o paciente obedece a uma espécie de *script* que não é elaborado por si – mas acredita ser –, o que o faz negligenciar, pouco a pouco, as necessidades básicas até o seu abandono, a estabelecer o que Perls (1981) denominou *shouldism*, fazendo pelos outros, em detrimento do que deve fazer por si, abrindo mão de sua existência e do seu modo de ser no mundo (CARDOSO, 2013).

Assim, a autora resume e conclui o que considera ser a reverberação das filosofias existenciais na postura clínica do Gestalt-terapeuta:

(...) não como um conjunto de técnicas, mas em seu interesse por compreender o modo como a pessoa experiencia a si mesma no mundo, seja em seus momentos de existência plena ou de crise. Dito dessa forma pode parecer simples, mas certamente exige do profissional uma atenção zelosa e inspiradora da confiança necessária para o encontro facilitador da expressão autêntica da pessoa do cliente (CARDOSO, 2013, p. 74).

As diversas formas de existir e ser no mundo estão, igualmente, relacionadas a duas palavras-princípio, nomeadas por Buber (1974) como ‘Eu-Tu’ e ‘Eu-Isso’, dentro do Existencialismo Dialógico. A primeira refere-se ao Eu que se abre para uma relação autêntica e profunda. Caracteriza-se pela possibilidade de um encontro genuíno entre dois seres de modo transformador. Tal relação pressupõe disponibilidade e reciprocidade, respeito, entrega e aceitação; é um encontro livre de meios e de fins, de propósitos ou teorias, de metas ou

experiências. Justamente por isso, torna-se curador (BUBER, 1974; HYCNER; JACOBS, 1997; YONTEF, 2002; RIBEIRO, 2006, 2016).

De outra forma, a busca do homem pela compreensão do mundo e pela satisfação de suas necessidades está proferindo a palavra-princípio Eu-Isso, afirmou Buber (1974), por haver um objetivo definido, um meio e um fim para que tal relação se estabeleça. Esta postura transforma o outro da relação em objeto, seja de conhecimento ou de experiência. O filósofo ressalta, ainda, que “o ser humano não pode viver sem o Isso. Mas quem quer que viva somente com ele não é humano” (BUBER, 1974, p. 85).

Assim, ele elucida a necessidade de alternância entre os dois modos de existência, sendo o Eu-Isso necessário à sobrevivência e o Eu-Tu, à realização da condição de pessoa. Portanto, o adoecimento seria um advento da rigidez ou estagnação em um desses polos (JACOBS, 1995).

A manifestação em Gestalt-terapia do modelo dialógico dá-se na postura relacional assumida pelo terapeuta, possibilitada e justificada pelo que explica Jacobs:

A relação dialógica também é um modelo para o tipo de relação terapêutica que é consistente com a teoria da mudança da Gestalt. Um terapeuta que atue a partir de uma orientação dialógica estabelecerá um diálogo centrado no presente, não crítico, que permita ao paciente tanto intensificar a *awareness* como obter contato com a outra pessoa (JACOBS, 1997, p. 93).

Entretanto, para assumir tal postura, Hycner (1995) ressalta a necessidade de o terapeuta suspender seus pressupostos e sua própria visão de mundo, colocando-os entre parênteses, seguindo o movimento denominado por Husserl de *epochê*. A perspectiva de suspensão faz alusão à Fenomenologia, outra base filosófica utilizada pela Gestalt-terapia.

A primeira vez que surge o termo Fenomenologia na literatura da Gestalt-terapia é no prefácio do livro de Perls, Hefferline e Goodman (1951; 1997), como o meio pelo qual pretendem estudar o sentido de *awareness* para estruturação de novas compreensões de contato do homem consigo próprio, com os outros e o mundo (MÜLLER-GRANZOTTO; MÜLLER-GRANZOTTO, 2016).

Tal filosofia é uma ciência descritiva aplicada ao estudo dos fenômenos. Ela busca sua compreensão com base no que é revelado pela situação e favorece o autoconhecimento na relação com o mundo, motivando o indivíduo a sair de sua maneira habitual de pensar, de modo a diferenciar o que é percebido e sentido no presente do que é resíduo do passado. A Fenomenologia ilumina a análise do fenômeno pela descrição da experiência, da observação de “como” ela acontece (HUSSERL, 1965; DARTIGUES, 1992; CARDELLA, 2002; FORGHIERI, 2004; CERBONE, 2013; HOLANDA, 2014).

No contexto clínico, o psicoterapeuta é convidado a apresentar-se diante do fenômeno em postura de escuta da existência, mostrando-se ao mesmo tempo em que o fenômeno o faz, opondo-se ao apego em seus sistemas de verdades e certezas possibilitando, assim, compreender a verdade fora de si próprio (AUGRAS, 2009; RIBEIRO, 1985).

É, portanto, nesse mostrar-se do fenômeno, em sua continua transformação, que a saúde é pensada como movimento e não condição. O paciente vai se atualizando com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado na reciprocidade de afetar e ser afetado. É possível pensar que a normalidade do indivíduo corresponde à superação de conflitos de forma criativa, atendendo à sua liberdade e limitações da realidade. O adoecimento se revelaria no momento em que isso não é possível, em que o indivíduo interrompe a criação e a mudança (AUGRAS, 2009; RIBEIRO, 1985).

O Gestalt-terapeuta investiga e focaliza aquilo que o paciente manifesta no presente, o fenômeno que se mostra no aqui-e-agora da relação, promovendo meios para autoconhecimento, conscientização e *awareness* – compreendida como a possibilidade de perceber e contatar o que se passa dentro e fora de si, naquele determinado instante, tanto na esfera corporal, quanto mental e, também, emocional (PERLS, 1981; RIBEIRO, 1985; FRAZÃO, 1997; YONTEF, 1998; NASCIMENTO, 1999; COSTA, 2004; MENDONÇA, 2012).

O que é reconhecido no aqui-e-agora depende da qualidade perceptiva da forma (*Gestaltqualität*), ou seja, a configuração do todo e não a de cada um dos elementos ou a soma deles. Por isso, a Psicologia da Gestalt, vertente teórica estudada na Gestalt-terapia, entende que, se ocorre perturbação em alguma das modalidades – percepção, aprendizagem e solução de problemas –, há necessidade de reestruturação do campo perceptual (RIBEIRO, 1985; FUKUMITSU, 2013).

O laboratório de seus estudos teve como expoentes, Max Wertheimer, Wolfgang Kohler e Kurt Kofka e, como gênese, a afirmação de que a organização da percepção se dá em figura-fundo, de forma tal que a consciência dos elementos do campo depende deste movimento em que a realidade se apresenta como totalidade e, dependendo das circunstâncias, algo se destacará como figura (RIBEIRO, 1985; FRAZÃO, 2013; REHFELD, 2013).

A dinâmica de formação e transformação de figuras inclui um fluxo fluido que conferirá ao indivíduo aspecto saudável, por possibilitar maior percepção de necessidades e contato com elas para negociação de suas satisfações com o meio (TENÓRIO, 2003). No ambiente clínico, o terapeuta deve ficar atento às forças que atuam e como se organizam no

campo do paciente. Quando alguém se mostra doente ou com dificuldades existenciais, encontra-se, deste ponto de vista, com escassez de elementos que enriqueçam sua aprendizagem, assim como precisa aprimorar a utilização dos elementos já presentes no seu campo (RIBEIRO, 1985).

A partir da noção de campo (pessoa-meio), é possível compreender as forças que interferirão nas ações de cada um. A relação pessoa-campo constitui o pressuposto da Teoria de Campo de Kurt Lewin (1965) – considerada parte do tripé teórico que sustenta a Gestalt-terapia – da qual derivam os conceitos que a operacionalizaram (RODRIGUES, 2013; RIBEIRO, 2015).

A Teoria de Campo confere suporte teórico para a integração de corpo e mente, emoções, interações sociais e aspectos espirituais. Como base teórica, corrobora com a Gestalt-terapia ao lidar com as inter-relações que se operam no presente e nas mudanças já ocorridas (YONTEF, 1998).

No entanto, segundo Ribeiro (2016), apesar de a expressão campo ser amplamente utilizada na abordagem gestáltica, é pouco entendida em seu conceito original:

(...) uma totalidade de fatos existentes que são concebidos como mutuamente interdependentes [...]. O método deve ser analítico, isto é, deve distinguir especificamente as diferentes palavras que influenciam o comportamento. [...]. O conceito de campo psicológico como um determinante de comportamento supõe que tudo o que afeta o comportamento num determinado tempo deveria ser representado no campo existente naquele momento, e são partes de um campo presente só aqueles fatos que podem influir no comportamento (LEWIN, 1965, p. 269-270).

Cabe ao terapeuta a função de identificar com o paciente as necessidades que geram tensão e desequilíbrio energético do campo, uma vez que a energia precisa circular livremente. Quando o indivíduo não consegue lidar com a tensão, a valência e a força dos vetores presentes no campo acontecem a formação de disfunções e patologias. Assim, saúde e doença são funções de um campo bem ou mal vivido (RIBEIRO, 1985, 2015, 2006, 2016).

O entendimento de que a pessoa é uma totalidade, um sistema uno, consistente e coerente, em permanente integração com o meio, também é verificável nas ideias do filósofo Jan Smuts que, com o seu livro “*Holism and evolution*”, influencia sobremaneira seu sucessor e maior representante da teoria organísmica, Kurt Goldstein (RIBEIRO, 1985, 2015).

Para Lima (2013), na tentativa de romper com o paradigma reducionista e isolacionista, com o qual as ciências de sua época estavam comprometidas, Perls (2002) se aproxima do Holismo por considerar que poderia oferecer à Gestalt-terapia uma revelação do mundo, na totalidade de sua estrutura e não dividido em partes.

O pensamento Holístico também influenciou as bases da teoria Organísmica. O médico neurologista Kurt Goldstein procurou este modelo para compreender a realidade dos pacientes que tratava vítimas de lesões cerebrais sofridas durante a Primeira Guerra Mundial (LIMA, 2013).

Intrigava Goldstein os pacientes não apresentarem mudanças motoras correspondentes às áreas cerebrais lesadas. Ele não percebia que o organismo tinha a capacidade de se reordenar e recompor, apresentando respostas inusitadas perante as novas circunstâncias (LIMA, 2013).

Por isso mesmo, Goldstein dedicou-se ao estudo sobre a compensação dos sintomas e padrões de comportamento como expressões da totalidade. Para ele, o sintoma só se torna compreensível quando é colocado sob a análise do funcionamento do todo. A partir disso, os sintomas são vistos como uma tentativa de ajustamento (RIBEIRO, 2015).

O interesse deste neurologista não estava no estudo da normalidade, mas sim, no da patologia, por acreditar que o fenômeno patológico é que lança luz sobre a normalidade, não o contrário. Desta forma, o adoecimento é propriamente a experiência que nos impele a pensar, sendo a estrutura e o comportamento patológico privilegiado como marca qualitativa entre a saúde e a doença (MARQUES, 2015).

De acordo com Ribeiro,

A teoria organísmica holística está mesmo no coração do movimento gestaltista. A riqueza do processo psicoterapêutico parte da crença nessa totalidade fenomenológica e profundamente reguladora. É a pessoa que deve ser tratada. Ela, por inteiro, por intermédio de seu campo total, biopsicossocioespiritual, deve ser convidada a entrar no estado de psicoterapia, em que tudo na sua vida possa ajudá-la a mudar (RIBEIRO, 2015, p. 137).

Silva e Boaventura (2011) ressaltam que na concepção holística, a doença é relativa também ao físico-fisiológico, aos vínculos emocionais e consigo mesmo, inserindo-se no contexto circundante. O organismo pode, inclusive, encontrar na doença uma forma de alcançar a homeostase, isto é, o retorno ao equilíbrio.

Na perspectiva gestáltica, o sintoma não é algo a ser extirpado ou uma doença a ser extinta para que retorne a condição de ser humano, pois saúde não é considerada ausência de doença. O sintoma é compreendido como sinalizador de que algo não está bem e o seu desaparecimento não significa necessariamente o retorno ao estado saudável. Por isso mesmo, este não pode ser o objetivo terapêutico (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009).

De acordo com Perls (1981), a pessoa, ao se relacionar com o ambiente, faz tentativas de adaptação. Nesse ínterim, haverá momentos em que os modos de se relacionar serão maleáveis e criativos, mas também podem se cristalizar e gerar sintomas. Por isso, saúde e

doença são conceitos dinâmicos e não polarizados (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009).

O risco de opor os dois fatores, segundo Fukumitsu, Cavalcante e Borges (2009), é a cisão da própria relação terapêutica em que, de um lado, repousa a competência do Gestalt-terapeuta, detentor da saúde e, do outro, estaria o polo da doença, correspondente ao paciente.

A cada momento, surgem situações com necessidades próprias a requerer ajustamentos do indivíduo. Neste panorama, a doença seria a impossibilidade de negociar com o meio, ao que o Gestalt-terapeuta poderá, com o paciente, descortinar formas para potencializar suas possibilidades e ampliar o rol de resoluções para cada solicitação do organismo-meio (FUKUMITSU; CAVALCANTE; BORGES, 2009).

Holanda (1998) conclui que por assim ser entendido em Gestalt-terapia, o movimento saúde e doença é essencialmente dialético, uma vez que relacional. Portanto, adoecer é estar em desarmonia relacional. É a perda da espontaneidade e das energias criativas consigo mesmo e *vis-à-vis* com o outro e com o mundo (CARVALHO, 2008; NUNES; HOLANDA, 2008; ANTHONY, 2009).

Brandão (2003) propõe que a doença, por ser um momento de crise, pode também ser encarada como oportunidade de mudança – de percepção de novas formas de expressão no mundo, de descobrir-se. A Gestalt-terapia, em concordância, entende que a *awareness* da doença poderá levar o indivíduo a mobilizar seus recursos de enfrentamento, ressignificando a situação em si (SILVA; BOAVENTURA, 2011).

Saúde é “um equilíbrio apropriado da coordenação de tudo aquilo que somos” (Perls, 1979, p. 20), em um movimento contínuo de alteração como figura-fundo de uma totalidade, cuja energia oscila na razão em que se alteram os campos de manifestação existencial (RIBEIRO; ALVIM, 1997).

Pensar em saúde e doença mental implica abordar o fator psicopatológico. No entanto, isto não supõe a elaboração de uma nosografia. A Psicopatologia, como vista pela Gestalt-terapia, deve visar à compreensão singular do paciente, proporcionando ao terapeuta aparato conceitual e metodológico (ROBINE, 2006).

A partir desses supostos, na abordagem gestáltica não há lugar para uma nosografia própria, adoção da tradução de nosografia exterior ou redução da experiência singular de cada paciente a uma entidade categorizada, como o *borderline*, o psicótico, o delirante ou o bipolar (ROBINE, 2006).

Na própria Gestalt-terapia existe uma miríade de conceitos que possibilita ao terapeuta a compreensão da Psicopatologia. O gestalt-terapeuta Robine enumera a

(...) constituição do campo, identificação/alienação, excitação, situação de emergência, interrupções da sequência de ajustamento criativo, perturbações e perdas de funções do *self*, disfunções da experiência na fronteira de contato, orientação/manipulação, insuficiência ou excesso de caráter deliberado, repetição, fixação, situação inacabada, *awareness*, dominância, construção/destruição de gestalts, pacificação prematura de conflitos, autoconquista, etc. (ROBINE, 2006, p. 114).

Ainda de acordo com Robine (2006), caberá aos terapeutas que optarem por essa abordagem, o desenvolvimento e utilização dos conceitos oferecidos, mas, impõe-se a necessidade de se ter claro cada conceito, para a clínica não vagar em suposições teóricas. Uma vez que, para se tornar operacionalizável, como instrumento técnico e de trabalho de pesquisa, o conceito deve estar solidamente definido (RIBEIRO, 2016).

No livro “Vade-mécum de Gestalt-terapia, conceitos básicos”, Ribeiro (2016) lista 28 dos principais conceitos para explicar a base teórica da qual eles se originaram, utilizando para tal, apenas as teorias fundamentais da Gestalt-terapia (Humanismo, Existencialismo, Fenomenologia, Psicologia da Gestalt, Teoria de Campo e Teoria Organísmica), deixando de fora, a Psicanálise, a Teoria Reichiana e o Zen Budismo.

Já no início do referido livro, é apresentado ao leitor um quadro com a relação entre as várias teorias de base e os conceitos que dela decorrem:

QUADRO 1
Relação entre as várias teorias de base e os conceitos da Gestalt-terapia

TEORIAS DE BASE	CONCEITOS
Psicologia da Gestalt	Figura e fundo: formação e destruição da figura; fronteira de contato, parte e todo, totalidade. Gestalt: experimento, bloqueio do contato, contato, ciclo do contato. Necessidade: posteridade.
Teoria do Campo	Campo: fronteira de contato, parte e todo, totalidade. Gestalt: experimento, figura e fundo, formação e destruição da figura, necessidade, polaridade, ciclo do contato, bloqueio do contato.
Teoria Holística	Auto-regulação organísmica, totalidade. Gestalt: figura e fundo, formação e destruição de figuras, fronteira do contato; necessidade: contato, ciclo do contato, bloqueio do contato, polaridade.
FILOSOFIAS DE BASE	
Humanismo	Cuidado, diálogo, presença, corpo, ipseidade, <i>self</i> , contato, bloqueio do contato, <i>awareness</i> , polaridade, Gestalt.
Existencialismo	Essência e existência, corpo, ipseidade, <i>self</i> ; contato, ciclo do contato, bloqueio do contato, <i>awareness</i> , aqui e agora, agressividade. Gestalt.
Fenomenologia	Essência e existência, fenômeno, corpo, aqui e agora, ipseidade, experimento. Gestalt: <i>self</i> , contato, ciclo do contato, bloqueio do contato, agressividade.
CLÍNICA GESTÁLTICA	
Prática Clínica	Agressividade, <i>awareness</i> , ajustamento do contato, relação complementar, polaridade, mudança paradoxal, experimento, necessidade, <i>self</i> , contato.

Fonte: Ribeiro 2016, p. 15.

Com o objetivo de lançar luz à concepção da clínica gestáltica, o presente trabalho não se aterá à explicação de cada conceito. Ele irá discorrer, brevemente, sobre os itens que compõem “Prática Clínica” mostrada no quadro acima, uma vez que como abordagem humana, a Gestalt-terapia prescinde de postulados da ciência, da técnica, da arte e da linguagem (RIBEIRO, 2016).

Ademais, por se tratar de um entrelaçamento da Gestalt-terapia com a saúde mental, serão utilizados, também, os dois termos sugeridos por Faria (2017) como essenciais para a compreensão que abrangente o adoecer: visão holística e fronteira de contato.

2.1 Conceitos Fundamentais da Gestalt-terapia

“Pensar pede audácia, pois refletir é transgredir a ordem do superficial que nos esmaga”
(LUFT, 2004).

Esta seção é reservada à apresentação e discussão dos já citados conceitos da Gestalt-terapia analisados à luz da saúde mental, com o propósito de oferecer a percepção da estrutura de cada um deles, o que guiará à aproximação com o trabalho específico em sofrimento psíquico grave.

Servirão de base os conceitos apresentados por Ribeiro (2016) como próprios da clínica gestáltica: agressividade, *awareness*, ajustamento criativo, relação complementar, polaridade, mudança paradoxal, experimento, necessidade, *self* e contato.

Somados a esses, tratar-se-á também de fronteira de contato e holismo, elementos que adquirem grande importância frente às discussões de Gestalt-terapia e Psicopatologias (FARIA, 2017).

2.1.1 – Agressividade

A agressão ou agressividade está na Gestalt-terapia desde suas origens quando, em 1936, ao participar do Congresso Internacional de Psicanálise na Tchecoslováquia, Perls levou o que considerava ser uma contribuição à teoria psicanalítica intitulada “Resistências orais”. A situação acabou não transcorrendo como ele imaginava e seu trabalho foi mal recebido por Freud e outros pares (RANALDI, 2016).

Anos depois, em contato com Friedländer (adepto do pensamento existencial de Martin Buber) e Goldstein (expoente na Teoria Organísmica), ele reelabora o trabalho que

levou ao referido Congresso e lança, em 1942, o livro “Ego, Fome e Agressão”. Nele, a revisão da teoria de Freud, com destaque para as “Resistências Orais” a partir da qual ele repensa a “agressão”. A correlação entre o processo biológico da fome e da alimentação e aqueles de natureza mental se dá a partir das influências holísticas atribuídas a esses pensadores (RANALDI, 2016).

Também no livro “Isto é Gestalt”, de 1977, Perls continua explicando a agressão, distanciando-se do senso comum que o entende como equivalente ao ódio, raiva, destruição e aniquilamento. A concepção gestáltica entende que a “agressão tem um duplo objetivo: 1) desestruturar qualquer inimigo ameaçador, de forma que ele se torne impotente; 2) numa agressão que se expande, desestruturar a substância necessária para o crescimento, torná-la assimilável” (PERLS, 1977, p. 56).

O autor qualifica a energia agressiva como essencial para que o indivíduo saiba fazer escolhas saudáveis, utilizando-a na discriminação e diferenciação do que lhe é externo. Permite, assim, que ele possa reconhecer o que é seu e o que é do outro, inclusive no que toca a ideias e conceitos morais, para filtrar o que lhe serve e se despojar do que for tóxico (RANALDI, 2016).

A agressividade, por ser inata, instaura-se como instinto a favor da vida e funciona em dois níveis: interno (energia de auto-realização) e externo (resposta aos estímulos que podem ser ameaçadores). Função cara ao desenvolvimento emocional saudável, a agressão deve ser utilizada como “agressividade construtiva”, conforme diz Perls, para auxiliar a apurar o senso crítico e desenvolver energia dinâmica perante a vida e seus desafios (RIBEIRO, 2006; 2016; RANALDI, 2016).

O estado adoecido pode acontecer se o instinto de agressividade for usado inadequadamente. Na depressão, a agressividade é suprimida diante das dificuldades, o que subtrai a energia necessária à reação de resolução e superação. Neste caso, o trabalho terapêutico serve à recuperação da agressividade positiva, por meio dos significados de presença, diálogo e necessidades pessoais como modo reflexivo de ajustamento criativo. Isto faz o paciente retornar às sensações, possibilitando a *awareness* (RIBEIRO, 2016).

2.1.2 – *Awareness*

É no termo “consciência” que a palavra *awareness* encontra tradução para o português. Entretanto, o sentido assumido na Gestalt-terapia é “saber da experiência” (ALVIM, p. 13, 2014). O saber destacado só sentido assumido não é ato cognitivo isolado,

mas síntese emocional, na qual parte e fundo se transformam em parte-todo e figura-fundo. É a expressão vivida e consciente de que somos seres em relação (RIBEIRO, 2016). O termo emerge na abordagem decorrente das reflexões de Perls a respeito da Psicanálise e o método da associação livre por ela utilizado. De acordo com o autor, a associação livre conduziria à evitação do tema ou conflito e, por isso, propõe a técnica da concentração no contato ou Terapia da Concentração (ARRUDA; FERNANDES, 2016).

A terapia da Gestalt é uma configuração de formas, tendo o movimento da formação de *Gestalten* (palavra plural de *Gestalt*) direcionado pelo fluxo espontâneo de *awareness* como consequência das experiências com o novo, o diferente (ALVIM, 2014).

Como percepção emanada do aqui-e-agora, a *awareness* é gerada do excitação presente no campo e orienta a formação de *Gestalten*. A consciência ocasionada é tácita e imediata. Por outro lado, se fosse explícita, reflexiva, suporia passado, visto que reflexão é flexão para trás, desconsiderando, também, a presença do inconsciente (ROBINE, 2006, ALVIM, 2014).

Sem intenção de causar dicotomia entre saúde e doença, a neurose poderá ser considerada como um conflito no campo, em que é perdida a capacidade plástica da totalidade organismo-ambiente. Visto por este ponto, o adoecimento é não só do indivíduo, mas do mundo também (ALVIM, 2014).

O funcionamento saudável passa a ser o fluxo contínuo e energizado de *awareness* e formação perceptual de figura-fundo, em que, por meio de suas fronteiras de contato, o indivíduo irá interagir criativamente com o meio, desenvolvendo recursos para responder as necessidades dominantes. Saúde é a prevalência e relativa constância deste tipo de funcionamento (CIORNAI, 1995; ALVIM, 2014).

Para a manutenção deste funcionamento, a Psicoterapia conduz o paciente a passar por três momentos: o de estar atento, o de ter consciência e o de dar-se conta da realidade. A partir do quê, a *awareness* se torna possível, com o retorno à sensação de totalidade (RIBEIRO, 2016).

Alvim (2014) atesta que a linguagem da terapia não é racional, mas poética. Pensamento no qual a autora é legitimada por Barros (1994):

Awareness, esta palavra estrangeira, que talvez devêssemos traduzir como contato com o mistério, talvez nada mais seja do que uma relação adequada com os limites. *Awareness*, a relação adequada da forma. A forma. A deusa forma de todos os artistas. A paixão, a veneração, a finalidade última, a dedicação exclusiva de toda criação. O segredo de toda realização. A relação entre forma e conteúdo. A finalização, a adequação, a identidade entre forma e conteúdo. A finalização, o fechamento de toda Gestalt (BARROS, 1994, p. 90).

O objetivo principal da terapia é a manutenção do *continuum* da *awareness* no qual aquilo que for o principal interesse e necessidade do organismo, ou da relação, ou do grupo se torne Gestalt e venha para primeiro plano, possibilitando que seja “integralmente experienciado e manejado (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” (PERLS, 1992, p. 138 *apud* ALVIM, 2014, p. 27).

2.1.3 – Ajustamento Criativo

Cardella (2014), conhecida autora por apresentar magistralmente a Gestalt-terapia em linguagem técnica e poética, revela outro pilar da Gestalt-terapia por intermédio da citação de Nilton Bonder (2001):

Quem dispõe de muito de si, não apenas dos paladares adocicados, mas quem faz uso das fantásticas especiarias da vida, mesmo do amargo, esse desenvolve um senso de recurso e tem tudo. Apropriar-se e responsabilizar-se pela vida é o que nos disponibiliza o recurso de todos os recursos, que é a fé na existência de recursos (BONDER, 2001, p.159 *apud* CARDELA, 2014).

É impossível determinar integralmente os acontecimentos. Mas o indivíduo é livre para escolher como viver, ao oferecer ou não sentido às experiências. Assumir a responsabilidade, ao se apropriar e criar recursos para si, ele se ajusta criativamente, na interação com os outros e os eventos da existência (CARDELLA, 2014).

Os criadores da Gestalt-terapia utilizaram o termo “ajustamento criativo” para apresentar o modo do contato que, ao se dispor à autorregulação, o indivíduo mantém na fronteira do campo organismo-ambiente. Aqui, o termo criativo reporta-se à diferença do ajustamento com o ambiente e o que acontece dentro do próprio organismo. Ajustamento criativo resulta do sistema de contatos intencionais organismo-ambiente. Já o ajustamento conservativo resulta das funções reguladoras da homeostase fisiológica (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Quanto maior a *awareness* da situação, maiores chances tem o indivíduo de assumir a autoria da própria história, como artista de si mesmo e de sua existência. Esse cenário se dá quando há o contato com as fronteiras entre o organismo e o ambiente, condição prévia para o desenvolvimento do ajustamento criativo (CIORNAI, 1995).

Ao assumir-se e ajustar-se criativamente, o indivíduo é capaz de “imprimir sua marca nos acontecimentos da vida, ‘pessoalizando-a’, tornando-a *própria*, atualizando as

potencialidades singulares, presentificando-as na interação com o mundo” (CARDELLA, 2014, p. 113).

O ajustamento criativo é a mais importante função de prevenção primária do organismo. Ribeiro (2016) diz que “Ajustar-se significa usar soluções antigas, presentes e disponíveis no organismo, buscar novas ou permitir ao organismo encontrá-las no contato corpo-meio ambiente, para que o viver seja funcional e viável” (RIBEIRO, 2016, p. 64-65).

Os adoecimentos mentais e, até mesmo os físicos, podem ser formas aflitas de ajustamento criativo, uma espécie de linguagem por meio da qual a dor faz ouvir aquilo que é negligenciado pela cognição (RIBEIRO, 2016).

Ribeiro (2016) sugere que, em Psicoterapia, tanto o paciente quanto o terapeuta deverão estar ajustados criativamente consigo mesmo e entre si. O psicoterapeuta precisa dar atenção às próprias demandas internas e externas e, por outro lado, o paciente deve aprender a reconhecer suas necessidades imediatas. Esta é a relação ideal de complementaridade.

2.1.4 – Relação Complementar

Relação Complementar é a expressão utilizada por Ribeiro (2016) para dizer de uma complementaridade “funcional organísmica, por meio da qual se cria um apelo a um nível de transcendentalidade, que supera a simples relação formal de algo que completa outro” (RIBEIRO, 2016, p.167).

O indivíduo busca no outro o que lhe falta e, nesta troca, adquire a sensação de completude. Para haver a relação, há que se ter, em primeira perspectiva, a clareza de que o homem é um ser de relação, portanto, incompleto. A relação complementar está em todo encontro “(...) porque é ela que distribui abundância de cada um no banquete da vida, (...) que jamais terá todos os cardápios, cujas receitas muitos guardam no mais profundo de seus celeiros, dispostos a abri-los somente àqueles que, de fato, sabem receber” (RIBEIRO, 2016, p.169).

Seu objetivo é o movimento saudável de equilíbrio organísmica, mas pode também transformar-se em adoecimento, caso o indivíduo bloqueie o contato consigo mesmo (talvez como forma de sobrevivência), pois um ou ambos os indivíduos pertencentes à relação não conseguem mais viver sem o outro, o que retira a liberdade da relação e a leva ao campo da obrigação (RIBEIRO, 2016).

2.1.5 – Polaridade

O complementar é o diferente e, de acordo com Ribeiro (2016), é isso o que move as pessoas. O diferente fascina por concentrar a possibilidade de criar e levar o indivíduo a um lugar que oferece, simultaneamente, prazer e perigo.

O conceito de polaridade representa bastante para a Gestalt-terapia. De acordo com Perls (1979, p. 96), “qualquer coisa se diferencia em opostos. Se somos capturados por uma dessas forças opostas, estamos em uma cilada ou, pelo menos, desequilibrados. Se ficamos no nada do centro-zero, estamos equilibrados e temos perspectiva”.

Polaridade é definida na simultaneidade de duas realidades, supostamente antagônicas, em que uma perspectiva anula a outra. Como dinamismo interno, esse movimento poderá levar ao adoecimento o indivíduo que não consegue se decidir por uma delas, quando o campo assim solicita. Ou não consegue integrá-las como partes do todo. Dominado pela dúvida ou sensação de ausência de possibilidades, ele poderá ser paralisado pelo medo e sensação de impotência (RIBEIRO, 2016).

O terapeuta é, então, incentivado a trabalhar a integração das polaridades do paciente por meio da dúvida em si, a própria incapacidade de decidir, como instrumento para estabelecer se a dúvida persiste na situação ou no movimento de vida. Dito de outro jeito, sair do sintoma e ir para a experiência. A alternância terapêutica conduz o paciente a abandonar o que está lá, para contemplar o que está aqui-e-agora. Ao vislumbrar quem se é e abandonar o que se quer ser é o que abre a possibilidade de mudança (RIBEIRO, 2016).

2.1.6 – Mudança Paradoxal

Com o propósito de entender o paradoxo contido no método da Gestalt-terapia é que Arnold R. Beisser (1925-1991) sistematiza a teoria Paradoxal da Mudança. O autor acreditava que ela “ocorre quando uma pessoa se torna o que é, quando não tenta converter-se no que não é” (Beisser *apud* FAGAN; SHEPHERD, 1980, p. 110).

A Gestalt-terapeuta brasileira Thérèse Amelie Tellegen (1984), uma das primeiras a escrever sobre a Abordagem no país, concorda com o autor:

Mudar é tornar-se o que já é; o árido e fértil. Não tentar dominar uma dor pela supressão, mas acompanhá-la atentamente, é um meio para não ser dominado por ela; permanecendo no vazio, encontra-se o pleno; o momento do caos prenuncia uma nova ordenação desde que não se tente impor ordem (TELLEGEN, 1984, p. 42).

O conceito, de tão caro à Gestalt-terapia, fez Yontef (1998) considerar que “o coração da Gestalt-terapia está na teoria paradoxal da mudança. Nessa abordagem, a resistência é reconhecida, aceita, identificada, entendida. Ela não é entendida como algo desejável, mas é simplesmente entendida. (...) não é rompida ou evitada” (YONTEFF, 1998, p. 124-125).

Reconhecer-se e apoderar-se de si é desenvolver autossuporte, pois sem ele, não há mudança. “Quanto mais você tentar ser quem não é, mais você permanece o mesmo. (...) Tentar ser quem não se é não é autossuporte” (YONTEF, 1998, p. 130). É ele que fornece condições para lidar com o mundo. Não ter autossuporte é alienar-se de si e das próprias potencialidades (PINHEIRO, 2014).

Do ponto de vista patológico, os pacientes encontram-se muitas vezes em dificuldades para lidar com a própria mudança e, pela dificuldade em encontrar novos caminhos, se tornam ansiosos. Ainda que, algumas vezes, sintam-se mais tranquilos ao perceberem os ganhos secundários da doença (RIBEIRO, 2016).

Mas vale ressaltar o cuidado que o terapeuta deverá prestar às possibilidades e limites do paciente, pois

Se o outro nos chega usando uma armadura pesada, que restringe seus movimentos e sua espontaneidade, não é nosso dever retirá-la. Até porque, neste ato, podemos no mínimo invadir ou machucar a outra pessoa. Podemos sim é aponta-la, funcionar um pouco como espelho, um pouco como mímico e ir deixando a outra pessoa ‘se dar conta’ de que está ‘armada’. Só ela pode fazer a escolha se quer continuar assim, ou seja, continuar sendo sempre do mesmo modo, ou se irá se permitir ser diferente (LIMA, 2005, p. 144).

Trabalhar terapêuticamente o paradoxo não é tarefa fácil. É necessário colocar o paciente diante de suas possibilidades para suportar as próprias contradições internas e descobrir que o risco é inerente à existência (RIBEIRO, 2016).

2.1.7 – *Experimento*

Como método de trabalho, a Gestalt-terapia oferece o experimento na perspectiva de um ambiente terapêutico de respeito e suportivo para que o paciente possa se arriscar e crescer, aprender a integrar partes dissociadas de si, sensibilizar-se, testar novos ajustamentos, estar atento ao aqui-e-agora e lidar com evitações. Nesse procedimento, o paciente

(...) é levado a confrontar as emergências de sua vida ao representar seus sentimentos e ações abortados, numa situação de relativa segurança, e onde a exploração ousada pode ser apoiada [...]. O experimento não deve se transformar num paliativo ou substitutivo para um compromisso válido [...]. O experimento não é nem um ensaio para alguma coisa futura, nem uma repetição de alguma coisa passada (POLSTER; POLSTER *apud* RIBEIRO, 2016).

A técnica foi desenvolvida nos primórdios da abordagem, impulsionada, especialmente, pela necessidade de algo que auxiliasse a conferir aplicabilidade à terapia recém-criada, chamada, então, de Terapia da Concentração (SALOMÃO, 2016).

Os precursores da Gestalt-terapia apregoaram que o experimento é “uma experimentação, tentativa ou especial observação feita para confirmar ou refutar algo duvidoso (...). Um ato ou operação empreendida a fim de descobrir algum princípio ou efeito desconhecido, ou para testar, estabelecer ou ilustrar alguma verdade sugerida ou conhecida” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 16).

No entanto, o experimento não deve ser confundido com experimentar, mas considerado oportunidade de criar pelo diferente, respeitando a singularidade de cada paciente, estando o terapeuta atento aos limites e necessidades manifestadas (RIBEIRO, 2016). O paciente é considerado o seu próprio instrumento, a quem Perls esclarece:

Forneceremos um método pelo qual você pode conduzir uma investigação sistemática e reconstrução da sua situação presente. O procedimento está organizado para que cada passo ofereça uma base necessária para o próximo. Você irá ao seu próprio ritmo. (...). Nós nos comprometemos a fazer nada a você. Ao contrário, nós damos algumas instruções para que, se você desejar, você possa lançar-se numa aventura pessoal progressiva, aonde, pelo seu próprio esforço, você poderá descobrir algo para o seu *self* (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 9).

Graças à participação dos Gestalt-terapeutas Joseph Zinker, Erving e Miriam Polster que o experimento foi sistematizado como método terapêutico para tratamento individual, de casais, famílias e grupos (SALOMÃO, 2016).

2.1. 8 – Necessidade

O experimento é o contato com as necessidades emergentes que são diversas e alteram o equilíbrio. A cada vez que é perturbado, o organismo busca restaurá-lo na interação com o meio, estabelecendo o contato ou a fuga (CARDELLA, 2014).

As Necessidades são de várias ordens – físicas, psicológicas, sociais, espirituais – e se dão concomitantemente entre si. O indivíduo deve organizá-las a fim de satisfazer uma por vez, estabelecendo o que a Gestalt-terapia chama de Hierarquia de Necessidades (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997). A Prioritária ou Dominante, denomina-se figura. As demais permanecem compondo o fundo até se tornarem emergentes. Esse é o movimento chamado de formação de Gestalt, concernente à Autorregulação Organísmica (PERLS, 2002; CARDELLA, 2014).

Para Costa (2016), “o conceito de saúde e doença vai estar diretamente relacionado às necessidades do organismo e à sua satisfação” (COSTA, 2016, p. 169). Não quer dizer, no entanto, que as necessidades precisem todas ser vistas e atendidas, mas todas precisam ser ouvidas. Alguém que não faz contato ou negligencia suas necessidades permanece alheio a si mesmo, ao próprio *Self*.

2.1.9 – *Self*

A Gestalt-terapia se destaca das outras modalidades da Psicologia por delinear o eu ou *Self* “como contato, movimento criador diante da experiência da novidade do mundo e do outro” (ALVIM, 2014, p. 13). A existência é fluxo ininterrupto de transmutações decorrentes do contato organismo-meio. O *self* “remete ao cerne da concepção fenomenológica da subjetividade” (TÁVORA, 2016, p. 207).

Ribeiro (2016) entende *Self* como uma estrutura que “pretende revelar o íntimo funcionamento da personalidade ou da pessoa. É também um processo na e da pessoa, que indica um jeito peculiar e restrito de funcionar da personalidade” (RIBEIRO, 2016, p. 170), resumindo o termo como estrutura processual.

Este discernimento se assemelha ao assumido por Carvalho e Costa (2017), quando atribuem ao *Self* os conceitos justapostos de estrutura e processo, uma totalidade organizada, cujas partes se inter-relacionam para determinar o funcionamento do todo, ao mesmo tempo em que são por ele determinadas.

Os modos de funcionamento que permitem ao *Self* o fechamento de *Gestalten* incompletas – satisfação de necessidades emergentes na fronteira de contato – são descritas por Perls, Hefferline e Goodman (1997) como *id*, ego e personalidade:

(...) o *id* é o fundo determinado que se dissolve em suas possibilidades, incluindo as excitações orgânicas e as situações passadas inacabadas que se tornam conscientes, o ambiente percebido de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente. O ego é a identificação progressiva com as possibilidades e a alienação destas, a limitação e a intensificação do contato em andamento, incluindo o comportamento motor, a agressão, a orientação e a manipulação. A personalidade é a figura criada na qual o *self* se transforma e assimila o organismo, unindo-a com os resultados de um crescimento anterior (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 184).

Na interrupção do contato, instala-se a Psicopatologia. “Quanto maior a rigidez na fronteira organismo-ambiente, quanto maior a perturbação na elasticidade de formação figura-fundo, mais severos os efeitos percebidos no comportamento e desenvolvimento do *self*” (CARVALHO; COSTA, 2017).

2.1.10 – Contato

Um dos mais importantes elementos teóricos e práticos da Gestalt-terapia é o Contato, considerado a forma pela qual a vida acontece e se expressa. Como fenômeno, ele possibilita o encontro e, por isso mesmo, é o ingrediente fundamental da relação terapêutica (RIBEIRO, 2007).

Ele se dá no limite denominado Fronteira de Contato – que une e separa, é semipermeável e favorece, dificulta ou, até mesmo, impede o contato analisado como unidade processual. Por ter movimento, Perls, Hefferline e Goodman (1997) o distingue em quatro fases: pré-contato (a sensação corporal torna-se figura); contato (destaque para a ação do organismo no ambiente); contato final (troca pela flexibilização ou perda temporária das fronteiras); e pós-contato (assimilação do novo e crescimento).

De acordo com Ribeiro, ele “inclui a experiência consciente do aqui- agora, envolve uma sensação clara de estar em, de estar com, de estar para e cria algo diferente do sujeito e do objeto (pessoa ou coisa) com a qual está em relação” (RIBEIRO, 2016, p. 93).

2.1.11 – Fronteira de Contato

O Contato ocorre quando o indivíduo alcança a fronteira e experimenta, a um só tempo, o eu e não-eu, ligação e separação com o meio. É precisamente neste ponto em que a *Awareness* pode acontecer, é esse o lugar da Fronteira de Contato (PINTO, 2015).

Há a possibilidade de que o termo gere dificuldades ou incompreensões, por lembrar limites, invasão (RIBEIRO, 2016). Com a finalidade de esclarecer, os próprios fundadores do Conceito explicam:

Quando dizemos ‘fronteira’ pensamos em uma ‘fronteira entre’; mas a fronteira de contato, onde a experiência tem lugar, não separa o organismo e seu ambiente; em vez disso limita o organismo, o contém e protege, ao mesmo tempo que contacta o ambiente. Isto é, expressando-o de maneira que deve parecer estranha, a fronteira de contato – por exemplo, a pele sensível – não é tão parte do ‘organismo’ como é essencialmente o órgão de uma relação específica entre o organismo e o ambiente (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 43).

Nos primeiros escritos, Perls (1979) se referia à tarefa terapêutica como ocupar-se da fronteira uma vez que, o organismo se sente bem na medida em que se identifica como ser uno, e, se sente mal quando se aliena de si mesmo.

2.1.12 – *Holismo*

A incorporação do conceito de Holismo foi fundamental para que a Gestalt-terapia abandonasse os paradigmas reducionistas e mecanicistas vigentes à época. Jan Smuts – precursor do Holismo e autor que influenciou Perls na adoção da premissa – afirmou ser a Teoria de Campo a mais adequada ao modelo científico, por acreditar que apenas a perspectiva poderia restituir à natureza o seu caráter fluido e maleável (LIMA, 2016).

Para Lima (2016), “o holismo seria uma tendência sintética do universo em evoluir pela formação de todos (*wholes*). A realidade é ordenada e agregadora. Até mesmo as células são sistemas ajustáveis que funcionam em um modelo de auto-regulação semelhante aos sistemas sociais” (LIMA, 2016, p. 143).

Ao acrescentar às suas bases o conceito de Holismo, a Gestalt-terapia destaca o comprometimento de conceber o humano como totalidade orgânica – que não pode ser tomada de forma isolada – expresso na noção de campo organismo-ambiente. O que exclui a noção de subjetividade intrapsíquica patologizante. O adoecimento passa a ser entendido como fenômeno da dinâmica relacional (LIMA, 2016).

É a partir dos conceitos apresentados nesta seção 2.1 do Capítulo 2 que emergirão as reflexões de psicose em Gestalt-terapia. Nota-se, desde já, a rejeição de prognósticos e rótulos limitadores da totalidade existencial do paciente.

2.2 Psicose e Gestalt-terapia

“Procuro despir-me do que aprendi,
Procuro esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram,
E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos”.
(CAEIRO, 1925)

A primeira vez que se verifica a palavra psicose² na Gestalt-terapia, inscrita por seu fundador, Frederick Salomon Perls, tem ar nostálgico, porque é também a última, ou seja, foi a primeira e única vez em que ele se mostrou interessado no assunto:

No presente momento, estou envolvido num trabalho de pesquisa sobre o mau funcionamento do fenômeno figura/fundo nas psicoses em geral e na estrutura da esquizofrenia em particular. Ainda é cedo demais para dizer quais serão os resultados; parece que vai resultar em alguma coisa. Espero, portanto, que, num

² Seguir-se-á o mesmo pressuposto de Carvalho (2008, p. 14): “Os termos ‘neurose’, ‘psicose’ e correlatos (‘psicótico’, ‘neurótico’) serão assim utilizados em referência e respeito às idéias originais dos autores citados. (...). Ressalta-se, porém, que este trabalho não endossa a concepção estruturalista de tais usos ou concepções do sofrimento psíquico humano”.

futuro não muito distante, eu seja capaz de lançar alguma luz sobre esta misteriosa doença (PERLS, 2002, p.38).

A *coisa* que restou encoberta neste trecho continuou sem que o autor a revelasse, aqui ou em outros textos. Os livros seguintes contêm fragmentos, pequenas frases ou discussões que oferecem pistas, migalhas para que o caminho seja seguido em direção à psicose pela Gestalt-terapia, ainda que, muitas vezes, a palavra venha como contraposição à neurose (OLIVEIRA, 2017).

O interesse, no entanto, em desvendar a psicose na Gestalt-terapia, avança sob a mesma ideia de Tellegen (1984, p. 25) de que “a obra de Perls é inacabada e fragmentária. Se, de um lado, isto caracteriza uma obra aberta à reformulação, acarreta também o risco de fazer da Gestalt-terapia uma tecnologia psicoterápica que gira no vazio por falta de bases conceituais claras”. É importante, portanto, que haja suporte teórico e técnico para a atuação clínica respaldada e consistente, evitando que a Psicoterapia derrape na superficialidade.

No livro inaugural, Perls, Hefferline e Goodman (1997), ainda no Prefácio, ao tratarem do contexto da Psicologia da Gestalt e da dinâmica figura-fundo, o fazem com o exemplo da neurose e da psicose:

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 completação normal de uma gestalt adequada (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 35).

Buarque (2016) preconiza ser a perturbação da elasticidade de formação figura-fundo o eixo para a compreensão da psicose na Gestalt-terapia. Haveria, na psicose, a incapacidade de discernimento deste fluxo, pela aniquilação da experiência. O fundo estaria impossibilitado de sustentar a emergência da figura. A interrupção dos fechamentos, sem a assimilação de figura vívida, deixaria o fundo com uma estrutura que difere dos significados compartilhados com o meio. E as figuras que se manifestariam não fariam sentido na situação em curso, por estarem dela deslocadas (SCHILLINGS, 2017).

Ao acrescentar o conceito de figura-fundo na Gestalt-terapia, o que se insere é mais do que a simples percepção visual de objetos. Antes de tudo, amplia-se a reflexão existencial de que os problemas humanos não poderão ser considerados de forma isolada. Como o paciente se estrutura para discernir um elemento do campo sendo mais importante como figura, enquanto os outros elementos jazem como fundo, diz de uma unicidade no mundo, como uma impressão digital que não se repete (RIBEIRO, 1985).

As questões a serem levantadas quando se pensa em figura-fundo, referem-se ao que acontece no campo que atribui ao fundo esta configuração, como se dá o contato nesse meio,

como as fronteiras se estabelecem, quais os limites do sistema global (familiar, cultural e do mundo), quais as necessidades não satisfeitas que vêm à superfície e quais as tensões e emergências encontradas nas fronteiras (RIBEIRO, 1985).

Cada organismo é responsável por atribuir significados à totalidade de figura e fundo que a ele se apresenta. Por isso, o questionamento é *como* em detrimento do *porque*: como se organiza a estrutura para que ela própria seja significada de determinada maneira ou como as partes se organizam para determinar tal configuração (RIBEIRO, 1985; CARVALHO, 2008).

O organismo – ao ser excitado por uma novidade que o dirigirá ao contato, ou por uma necessidade que se origina dele próprio – utilizar-se-á da agressão para fragmentar e metabolizar o que lhe é saudável e se despojar do resto. Este é o movimento de formação e incorporação de figuras (PERLS, 1997; CARVALHO, 2008; OLIVEIRA, 2015). Há uma utilização apropriada da agressividade, não sendo mais nem menos, para que o organismo se desenvolva a cada contato. O que impede a fluidez no sintoma psicótico é que a energia agressiva “torna-se incontrolável (...) em vez de ser diferenciada e distribuída, ela sai em jatos” (PERLS, 1997, p. 174).

O excesso da energia dilacera a figura e a deixa diluída no fundo. O resultado é a criação do todo a partir de fragmentos da realidade, o que leva o organismo a um entendimento de que está em situação emergencial (OLIVEIRA, 2015).

O perigo e a frustração impostos pelo meio podem tornar as fronteiras intoleravelmente sobrecarregadas e suscitar a reação de mecanismos próprios do organismo para amortecer e exaurir parte da energia da tensão, a partir da agitação da própria fronteira. O que pode aparecer em fenômenos como a “alucinação e o sonho, a imaginação ativa, o pensamento obsessivo, remoer pensamentos e com estes a inquietação motora” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 71).

Em condições de emergência, a fronteira de contato pode proceder de forma a ocultar ou alucinar, ambas consideradas “funções temporárias saudáveis num campo organismo-ambiente complicado” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 71). As alucinações não ocorreriam apenas nos sintomas psicóticos, mas, também, em estados de alta tensão, como fome ou medo (PERLS, 2002).

As situações de perigo e frustração podem ser, a partir da percepção do indivíduo, entendidas como dor e sofrimento. Para Perls, Hefferline e Goodman (1997), a dor é, fundamentalmente o aceno de que há ameaça presente, como resposta espontânea instintiva, para afastar ou aniquilar o perigo. “A vida animal não se demora na dor e no sofrimento; quando o ferimento persiste e nada pode ser feito deliberadamente para ajudar, o animal

torna-se insensível à dor ou até mesmo desmaia” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 166).

Os três autores Perls, Hefferline e Goodman perguntam: “Qual é a função do sofrimento prolongado comum entre os seres humanos? ”. Para eles é “fazer com que prestemos atenção ao problema atual imediato e em seguida fiquemos fora do caminho, dedicando à ameaça todas as nossas faculdades, e em seguida ficando fora do caminho, para que relaxemos a deliberação inútil, a fim de permitir que o conflito grasse e destrua o que tem que ser destruído” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 166).

Eles concluem que o sofrimento emocional passa a ser meio para impedir que o problema seja negligenciado ou colocado fora do campo, para que, a partir do enfrentamento do conflito, “o *self* cresça no campo do existente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p.166). A sugestão, então, é “quanto mais cedo estivermos dispostos a afrouxar a luta contra o conflito, a relaxar com relação à dor e à confusão, tanto mais cedo o sofrimento terminará” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 166).

A partir desta perspectiva e somando-se ao conceito de que as figuras não estão claras durante a emergência dos sintomas psicóticos, é possível descrever parte da angústia existencial encontrada naqueles em sofrimento psíquico grave. Em sentido figurado, o alarme de incêndio soa, a mangueira que levará a água está nas mãos, mas não se encontram nem o foco do incêndio/problema, muito menos a saída. Do lado de fora, transeuntes passam despreocupados e, ainda que se peça socorro, é como gritar em português em um país de língua germânica. O pânico se instaura e o sofrimento e a dor, como sinais de ameaça, permanecerão até que o incêndio/problema seja apagado/resolvido.

A preocupação do terapeuta naturalmente será de que, se o perigo do conflito e do sofrimento emocional se consumir, isso destruirá o paciente. Mas, ainda que seja um perigo genuíno, não deve ser enfrentado pelo enfraquecimento do conflito, mas pelo fortalecimento do *self* e da *awareness* de si próprio. Na medida em que o conflito recebe a atenção e cuidados necessários, abre-se espaço para que ele venha à tona em toda a sua complexidade, pois somente assim, surgirá “a atitude de imparcialidade criativa e nos identificamos com a solução que emerge” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 167).

O problema está na possibilidade do mecanismo se tornar crônico, o que paralisaria também a nutrição e o crescimento do organismo. No livro “Gestalt-terapia explicada”, quando perguntado sobre a psicose, Perls responde:

Eu tenho muito pouco, ainda, a dizer sobre a psicose. Nós trabalhamos sempre com opostos, polaridades. Mas eu vejo as polaridades (...). O psicótico tem uma camada de morte muito grande, e esta zona morta não consegue ser alimentada pela força

vital. Uma coisa que sabemos ao certo é que a energia vital, energia biológica (...), torna-se incontrolável no caso da psicose. Em vez de ser diferenciada e distribuída, ela sai em jatos. Assim, geralmente o que nós tentamos fazer é cortar um pedaço do cérebro, ou matar a excitação com tranquilizantes. E então vemos no esquizofrênico exatamente a mesma polaridade que vemos na maioria das pessoas (...) (PERLS, 1979, p. 173-5).

Perls (1979) acredita que quando se utilizam sedativos ao invés de alcançar a cura, a excitação é obscurecida para que se mantenha um comportamento racional e socialmente aceito. No entanto, o *self* deixa de receber a quantidade suficiente de vitalidade para lidar com as condições impostas pela vida. Para ele, existem algumas semelhanças entre os sonhos e a psicose: “para o observador de fora, ambos são absurdos, e (...) parecem reais para a pessoa em questão. Enquanto você sonha, o sonho parece absolutamente real (...). Nós não sabemos muita coisa sobre a psicose, mas sabemos (...) sobre os sonhos” (PERLS, 1979, p. 174).

Segundo GINGER; GINGER (1995), na experiência de sintomas psicóticos, assim como no sonho, o todo se dilui no tempo sem a percepção das partes que o compõem. O não movimento gera a dessensibilização da propriocepção, deixando o indivíduo não responsivo às próprias necessidades e às do meio. A perda do contato, neste momento, indica dificuldade de acesso ao real, e a disfunção aparece na função *id* do *self*. Assim, é preciso, a partir do momento presente, também compreender a qual momento existencial pertence a dor deste sofrimento, se é acontecimento do passado em reverberação na acentuação de figuras do agora, se há formação antecipada da ameaça ou do presente. De qualquer forma, ainda que as unidades do quebra-cabeça estejam invertidas, continuarão a serem as peças fundamentais para a formação do todo.

Nas palavras de Perls, Hefferline e Goodman, na psicose acontece “a aniquilação de parte da concretude da experiência; por exemplo, as excitações perceptivas ou proprioceptivas. Na medida em que há qualquer integração, o *self* preenche a experiência: ou está degradado por completo ou incomensuravelmente grandioso, o objeto de uma conspiração total, etc. A fisiologia primária começa a ser afetada” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 235).

A função *id* se relaciona às intencionalidades (ROBINE, 2006). Esse é o pré-contato; por ele, o organismo aprecia as sensações e a capacidade de responder espontaneamente às estimulações presentes no campo. Desta forma, se correlaciona ao desenvolvimento psicomotor e à experiência corporal. As necessidades fisiológicas, que excitam o *self*, tanto podem originar do ambiente, quanto do organismo. É a consciência do contato, a capacidade de responder espontaneamente. Aqui, o *self* apenas responde ao meio, livre de racionalizações (CARVALHO, 2008; SPAGNUOLO-LOBB, 2011, OLIVEIRA, 2015).

A característica da diligência deste eu primário é mais impulsiva do que deliberada ou consciente e mais emocional do que racional. É resposta automática do organismo e inconsciente. Se a função *id* é prejudicada, logo a próxima fase do movimento do *self* também será afetada. A fase *ego* que se evidencia na existência e na elaboração consciente das experiências de contato, acionada pelos estímulos captados pela função *id*, terá dificuldade em responder as demandas internas e externas e subsidiar suficientemente a consolidação de um eu com limites e identidade definidos na fase seguinte, pela função personalidade (TENÓRIO, 2003).

Há comprometimento na noção do Eu, já que o *self* não conseguirá integrar suas várias manifestações. Sem o que o *self* poderá se tornar cada vez mais fragilizado e indefeso aos introjetos tóxicos emanados pelo campo. A função seguinte, personalidade, em desorganização, impedirá que o *self* integre satisfatoriamente as experiências de contato, deixando abertas *Gestalten* e criando inúmeras possibilidades de falso preenchimento (CARVALHO, 2008).

Um bloqueio severo em qualquer das etapas de contato relacionadas à função *id* provocará um padrão de resposta e ações com características de desligamentos de si e do mundo, porque as novas configurações de figura-fundo não serão sequer sentidas. Não é a negação do que se sente, é a não sensação corpórea. Há uma interrupção profunda no fluxo de *awareness*. A dessensibilização originada poderá deixar o *self* sob o risco de alta exposição.

Tanto ele poderá entrar em estado de apatia, quanto ser inundado por uma estimulação excessiva dos sentidos, sem que eles adquiram significado, exatamente por não chegar a serem reconhecidos nas outras condições da consciência. Nestas circunstâncias, o comportamento demonstra a falta de concepção entre o que é sentido e experimentado emocionalmente, assim como a falta de criatividade no ajustamento, mantendo-se em automatismos (CARVALHO, 2008).

Perls (1977) se refere à saúde como o “equilíbrio apropriado da coordenação daquilo que somos” (PERLS, 1977, p. 20). Se o *self* estiver interrompido nas funções de autoconsciência, o indivíduo apresentará dificuldades em se orientar no mundo com o outro, no tempo e no espaço. É preciso olhar para a totalidade, para o campo, identificando as partes alienadas do *self*, em detrimento das outras, e quais as cristalizações que impedem o contato criativo (OLIVEIRA, 2015).

Desde que haja manutenção da *awareness* e não permaneçam continuamente interrompidos, os bloqueios de contato teriam a possibilidade saudável de proteger o *self*. Se permanecerem rígidos, não condizentes com a demanda de contato e cuidado com o *self*, a

patologia se instala (GINGER; GINGER, 1995). Não quer dizer que o contato não será realizado, mas que a espontaneidade ficará comprometida (ROBINE, 2006).

Nas psicoses, a *awareness* é mais prejudicada do que nas neuroses. Ainda que no funcionamento caracteristicamente neurótico, o paciente possa encontrar dificuldades em alterar o padrão de interação consigo e com o mundo, ele tem consciência da situação. Na psicose, o sujeito tem pouca ou nenhuma consciência do estado de bloqueio patológico em que se encontra. Ele mal discrimina figuras e fundos e visualiza poucas alternativas de criação, apresentando um nível rebaixado de excitação ou energia para mudança (CARVALHO, 2008).

A compreensão da dinâmica de estados saudáveis e não saudáveis – que favorecem ou dificultam o crescimento – não é de caráter irrevogável (LATNER, 1973). Por isso, Perls, Hefferline e Goodman (1997) sublinham que

(...) 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, deselegante, 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 (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 46).

Se a figura não está clara e a *awareness* de si, inativa, o sofrimento aparece ao primeiro juízo, sem sentido e, por isso, poderá ser tratado com lenitivos psicofarmacológicos, reduzindo-o a aspectos físicos. Não obstante,

o sofrimento e o conflito não são sem sentido ou desnecessários: eles assinalam a destruição que ocorre em toda a formação figura/fundo para que nova figura possa emergir (...) O paciente é protegido, não pela atenuação da dificuldade, mas porque esta vem a ser sentida exatamente nas áreas onde a habilidade e o *elã* criativo também são sentidos (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 62-63).

Se o esforço, ao contrário, for para “dissolver a resistência, o sintoma, o conflito, (...) em lugar de aumentar as áreas de *awareness* e permitir ao *self* sua própria síntese criativa”, é imperativo reconhecer um equívoco profissional e pessoal em que “o terapeuta em sua superioridade julga que tal e tal material humano não merece readquirir uma vida integral” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 62-63).

Perls (1979) diz que se costuma evitar o impasse, mas nele reside a preciosidade da existência. Para ele, “evitamos o sofrimento, especialmente o sofrimento de frustração. Somos mimados, e não queremos passar pelo inferno do sofrimento: conservamo-nos imaturos, continuamos a manipular o mundo, em vez de sofrer a dor do crescimento” (PERLS, 1979, p. 84). O sofrimento assim, tão necessário para o crescimento, mas tão evitado pelo ajustamento neurótico, é flagrado nos sintomas psicóticos.

Tellegen (1984) apoia o pensamento gestáltico de “não tentar dominar uma dor pela supressão, mas acompanhá-la atentamente, é um meio para não ser dominado por ela; permanecendo no vazio, encontra-se o pleno; o momento do caos prenuncia uma nova ordenação desde que não se tente impor ordem” (TELLEGEN, 1984, p. 42).

O sofrimento que acontece – ainda que no aqui-e-agora – abarca tanto o passado, quanto o futuro. Isso torna possível que o entendimento de determinada situação se dê ao considerar o campo atual (RIBEIRO, 1985; CARVALHO, 2008).

Ao considerar os sintomas psicóticos e a interação com o campo, Perls (1979) reconhece 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” (p. 175).

Vasconcelos e Menezes (2005) consideraram as formas de interação entre os pacientes com diagnóstico de Esquizofrenia e o meio, a partir das dinâmicas descritas no Ciclo do Contato (RIBEIRO, 2007). Dos nove bloqueios listados no ciclo, as autoras descreveram os que identificaram próprios deste adoecimento: fixação, dessensibilização, deflexão e retroflexão.

A compreensão de diagnóstico processual e visão fenomenológica do adoecimento foram as premissas para conclusão de que a intervenção terapêutica da Gestalt-terapia possibilita ao paciente que está em Esquizofrenia um tratamento pautado na potencialidade do humano, escuta empática e atenta aos significados individuais (VASCONCELOS & MENEZES, 2005).

Santos (2005) também utiliza do viés fenomenológico para ilustrar a relação terapêutica com o paciente em crise psicótica. A autora acredita que, tendo o indivíduo em sofrimento experimentado tantos momentos de desconfirmação existencial, os métodos da abordagem gestáltica de presença e acolhimento, garantem o sucesso da terapia e da estruturação do bom vínculo terapêutico.

O trabalho de intervenção gestáltica pode assegurar, aos pacientes em sofrimento, suporte para a constituição de laços sociais necessários às elaborações alucinatórias e delirantes. A forma pela qual se dá o preenchimento de fundo na crise foi nomeada por Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2008) de ajustamentos psicóticos.

A mesma proposta de denominação foi feita por Carvalho (2008), embora tenha ela desenvolvido o estudo de ajustamentos do tipo psicótico oriundo de outro meio, das intervenções precoces realizadas pelo GIPSI (2010).

Ressalta-se que o resultado esperado para o tratamento com tais pacientes deverá levar em conta as singularidades e as possibilidades desses indivíduos em se organizarem dentro da sua sintomatologia, tornando-se responsáveis por si mesmos. É o que diz Vieira (2010) em suas reflexões sobre o adoecimento.

A ponderação a respeito da clínica e os ajustamentos do tipo psicótico acompanham os aprofundamentos realizados por Carvalho e Costa (2010) e também Oliveira e Costa (2013), em um relato de experiência. Ao que Oliveira (2015) reitera em sua dissertação a respeito da experiência das psicoses.

Em face do encontro dialógico, restaurador do contato com o mundo e consigo mesmo, Santos Filho e Costa (2016) atribuem à prática clínica um caráter técnico e artístico como possibilidade de restaurar o “diálogo abortado”, sofrido pelo paciente com diagnóstico de Esquizofrenia.

A perda da função *id* retoma lugar de destaque em Carvalho e Costa (2017) que aprofundam os estudos do ajustamento psicótico, elaborado em uma *awareness* mais prejudicada do que nas neuroses.

É deste ponto, tantas vezes contemplado nos ensaios e estudos, que será elaborada a seção 2.3 – O ajustamento criativo do tipo psicótico.

2.3 O Ajustamento Criativo do Tipo Psicótico

“Os sintomas, como tais, não são nossos inimigos, mas nossos amigos; onde há sintomas, há conflito, e conflito indica sempre que as forças da vida, que pugnam pela harmonização e pela felicidade, ainda lutam”.
(HUXLEY, 2014).

A experiência acontece quando se dá o contato, pré-requisito para o crescimento e a mudança. Por seu intermédio, as necessidades são satisfeitas com os ajustes entre o organismo e o campo, assimilando o que lhe é nutritivo e rejeitando o que não o for (CARDELLA, 2014). É pelo contato que se dão os ajustamentos criativos. Para Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 45): “Todo contato é ajustamento criativo do organismo com o ambiente”.

Quando se dá a necessidade de autorregulação orgânica por um desequilíbrio, há também o imperativo de adaptação às circunstâncias. Ao se ajustar criativamente, é possível demarcar os acontecimentos da vida, dela se apropriar, “atualizando as potencialidades singulares, presentificando-as na interação com o mundo” (CARDELLA, 2014, p. 113).

No entanto, quase todas as necessidades implicam *awareness* – um contato consciente da situação –, que se amplia na percepção do campo e das qualidades discriminativas das próprias necessidades e dos recursos disponíveis para satisfazê-las. Quando o indivíduo reconhece a capacidade de manejar novas exigências e circunstâncias, é que é possível emergirem estratégias adaptativas criativas (MENDONÇA, 2016).

A criatividade necessária ao ajustamento advém do já vivido, do que é tradicional e, mais que isso, da autonomia pessoal de dar contornos particulares às situações. Um dinamismo tão necessário à vida, que Perls, Hefferline e Goodman (1997) afirmam ser a Psicologia o estudo dos ajustamentos criativos:

Seu tema é a transição sempre renovada entre a novidade e a rotina que resulta em assimilação e crescimento (...) a psicologia anormal é o estudo da interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo (...). Criatividade e ajustamento são polares, são mutuamente necessários (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 45).

Sem criatividade, o ajustamento é tão-somente adaptação, “acomodação, resignação, conformismo, cristalização e estereotipia; a criatividade sem ajustamento se revela anarquismo desprovido de funcionalidade, portanto estéril” (CARDELLA, 2014, p. 114). É necessária a abertura ao novo, ao contato vitalizado, contrapondo-se aos controles, dependências e aprisionamentos (CARDELLA, 2014).

O destaque é dado à dialética de continuidade e mudança, com “a inserção estrutural do novo no velho, para formar com ele uma nova configuração. A mobilidade estrutural do todo é a base da criatividade, enquanto cristalização estrutural é a fixidez do passado no presente” (TELLEGEN, 1984, p. 46).

Ajustar-se não é conformar-se com o que é dado, mas exige superação das estruturas disfuncionais. Não é a negação daquilo criado como base, em outros momentos e necessário a outras situações, mas a atualização do que pede a situação presente. O que exige tomar posse da história passada, pondo termo a situações inacabadas, para que outros espaços sejam inaugurados e explorados (TELLEGEN, 1984, p. 46).

Neste diapasão, Cardella (2014) ressalta que o ajustamento criativo possibilita transformar em ato o que era apenas potencial e recriar a realidade. Implica então, apropriação das antigas estruturas, agressão e destruição para alterá-las e assimilá-las. O que era anterior poderá ser revitalizado, vivificado e presentificado.

A autorregulação depende dos ajustamentos criativos. Mas, se eles, entretanto, se cristalizarem, assumem cronificações e tornam-se alienados das condições presentes. O paciente não será capaz de atender a suas necessidades, inibindo, temporária ou

definitivamente, a capacidade de ajustar-se de forma nova em um campo novo. E permanecerá, deste modo, em estado de desequilíbrio e tensão (MENDONÇA, 2016).

Para Carvalho e Costa (2017), existem duas formas de ajustamento criativo, o neurótico ou o psicótico. Quanto à nomenclatura “tipo psicótico”, diz de como o arranjo criativo se encontra, de uma maneira possivelmente desorganizada, mas sem que o termo limite a autorregulação do *self* ou estabeleça uma linearidade psicopatológica.

As funções *id*, *ego* e personalidade representam o movimento funcional para que o *self* cumpra o fechamento de *Gestalten* incompletas, geradas a partir das necessidades emergentes na fronteira de contato. De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (1997), “o *id*, o *ego* e a personalidade são as etapas principais de ajustamento criativo” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 184).

Os autores afirmam, como visto no capítulo anterior, que é o *id* a função do *self* mais prejudicada na psicose, o que leva o paciente a não responder claramente ao mundo exterior, nem às próprias necessidades, o que impede o ajustamento criador do organismo ao meio, formando os sintomas psicóticos e, mais especificamente, o ajustamento criativo do tipo psicótico (CARVALHO; COSTA, 2017).

A derivar da disfunção do *id* – que leva ao ajustamento criativo do tipo psicótico –, todas as outras funções do *self* restarão prejudicadas, evidenciando rigidez e cristalização dos bloqueios de contato, em um movimento natural em cadeia de cronificação do desajuste (CARVALHO; COSTA, 2017).

Carvalho e Costa (2017, p. 24) consideram que algumas ponderações são necessárias:

Primeiro, em virtude da concepção de adoecimento como ajustamento, um modo peculiar de cada indivíduo ser no mundo: cada sujeito vivencia o ajustamento por motivos e meios que lhe são próprios, sendo necessária uma descrição atenta a cada caso particular. Segundo, as diversas possibilidades de ser no mundo em um ajustamento psicótico têm diferenças consideráveis no que tange aos modos específicos de bloqueio. (...). Por fim, é imperioso que a postura fenomenológica em situação psicodiagnóstica deve ser processual, preservando as características compatíveis com toda a fundamentação epistêmica da Gestalt-terapia e das fenomenologias.

A nomenclatura indica uma disposição criativa em desorganização, mas nem por isso deve delimitar a autorregulação do *self* ou estabelecer um alinhamento psicopatológico definitivo no prognóstico do paciente.

A vida e as significações de todo o movimento do paciente no mundo serão diferentes dos outros indivíduos, independentemente de categorizações. O respaldo para a compreensão diagnóstica se fará a partir do modo-de-ser-no-mundo característico da história de vida, do tempo, do espaço e das maneiras de ser-com-o-outro (AUGRAS, 2009).

2.4 Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia

“O essencial é saber ver...
Isso exige um estudo profundo,
Uma aprendizagem de desaprender...”
(CAEIRO, 1925).

Uma vez que é importante considerar em profundidade o aporte teórico para a justa compreensão diagnóstica, que de acordo com Pinto (2015, p. 9) “olha para a pessoa bem antes e com muito mais atenção que para a suposta doença que ela possa viver”, no segundo capítulo está concentrada a explanação dos principais itens para a prática clínica e diagnóstica.

O tema contém poucos trabalhos, mas o diagnóstico na Clínica Gestáltica avança na comunidade científica gestáltica. Assim, faz-se mister que todos os psicoterapeutas o estudem, uma vez que,

Até mesmo os psicoterapeutas que dizem não fazer diagnóstico em seus atendimentos na prática não deixam de fazê-lo. A maioria daqueles que assim se posicionam faria melhor se afirmasse que não diagnostica segundo determinados parâmetros, como os psiquiátricos, mas de acordo com outros princípios, os quais lhes possibilitam desenvolver um conceito de saúde e uma teoria sobre a personalidade, entre outros aspectos da estratégia e da postura terapêuticas adotadas a cada trabalho com os clientes (PINTO, 2015, p. 20).

Trata-se de uma recomendação de postura que alcança não apenas o terapeuta, mas também as formas de como atender às demandas do paciente e deixá-lo *aware* do que representa o processo diagnóstico. Cardoso (2005) ressalta que

na prática clínica contemporânea, é possível observarmos que muitas vezes manter a fidelidade à perspectiva processual é um grande desafio. Independente da multiciplidade de queixas, sintomas ou motivos, diversas pessoas procuram a psicoterapia buscando a resolução de seus problemas visando apenas às ações necessárias para alcançarem o objetivo almejado, sem a disponibilidade de si nas situações (CARDOSO, 2005, p. 27).

Por descender em linha direta da Psicopatologia, a Psicologia dela se alimenta, aproximando fortemente diagnóstico de terapia. O problema se dá pela dependência da Psicologia em não elaborar os próprios conceitos e linguagem específica. Este apego poderá se não verificado, aprisionar tanto paciente, quanto terapeuta (AUGRAS, 2009).

O modo de ver e entender o paciente resvalará necessariamente como o terapeuta conduzirá a terapia e, mais ainda, no balizamento da relação terapêutica. Serão revisitados, nesta seção, itens relevantes a respeito do diagnóstico clínico na Gestalt-terapia. “Um bom diagnóstico é a melhor maneira de começar a realçar a singularidade de cada cliente, início do processo de ajudá-lo a se apossar dessa singularidade e desenvolvê-la ao máximo a cada momento da vida” (PINTO, 2015, p. 9).

Tamanha complexidade e profundidade alcançam a compreensão diagnóstica de que ela precisa estar bem estudada e amparada teoricamente por aqueles que se dispõem à prática clínica. Com a relação terapêutica, ela compõe os dois pilares do trabalho psicoterapêutico sejam em que abordagem estiver pautada (PINTO, 2015).

A compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia ainda impõe a necessidade de estudos, discussões e teorizações para um diagnóstico que considere todo o campo e que seja fundamentado na Fenomenologia e no Holismo, característico da abordagem e, não apenas, pelo que é psicopatológico (PINTO, 2015).

Pinto (2015) lança luz à proposta de inovação dos estudos sobre o diagnóstico nas Psicologias Fenomenológicas, “uma vez que se trata de um olhar que abre a oportunidade de discussão sobre a possibilidade humana pouquíssimo explorada: (...) estilos de personalidade que podem servir de referência para uma compreensão diagnóstica e para a postura terapêutica” (PINTO, 2015, p. 14-15).

Com esse intuito, o autor publica, em 2015, o livro “Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: O ciclo de contato e os modos de ser”, que parte dos pressupostos de Perls com a amplificação para o ciclo do contato, adaptado do modelo concebido por Ribeiro (2007).

Muitas das possibilidades de compreensão diagnóstica, seguirão aqui neste trabalho, os caminhos oferecidos por Pinto (2015), por considerar que o autor, apesar de contemporâneo, conseguiu ser fiel às bases da Gestalt-terapia.

É função de o diagnóstico indicar parâmetros sem incorrer no que indagou Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 249): “E como não impor um padrão em lugar de ajudar a desenvolver as potencialidades do outro?”. Ele deverá servir de bússola para o terapeuta, desde que ele não imponha ao paciente um caminho a percorrer, mas apenas consultá-lo para saber os caminhos que estão sendo percorridos.

Ao utilizar-se de tais critérios, é imprescindível ao terapeuta reconhecer, primeiramente, seu território, a própria personalidade, limitações e potencialidades, como facilitadores na direção do paciente, mas o terapeuta deve deixar em aberto a oportunidade de se surpreender com o novo em si e no outro, se desvelando a cada sessão, a cada encontro (PINTO, 2015).

Um dos riscos de se estabelecer no lugar daquele que sempre tudo sabe é que o terapeuta passe a desconfirmar os relatos do paciente. Um Gestalt-terapeuta deve assumir uma postura compreensiva, bem diferente da explicativa e interpretativa, e dar prioridade aos

elementos reveladores de sentido e significado entre os fenômenos presentes na experiência do paciente.

É importante não perder de vista que “uma compreensão diagnóstica é uma teoria sobre o cliente, uma tentativa de compreendê-lo com base em certos parâmetros, visando ampliar a possibilidade de que a terapia o ajude para que ele se aventure mais pelo seu campo existencial” (PINTO, 2015, p. 16).

Na situação terapêutica, o diagnóstico não diz apenas do paciente, mas da relação entre terapeuta e paciente, da sua vida, além das disposições do terapeuta para o trabalho clínico e os aspectos intrapsíquicos. Ele, o diagnóstico, não se exaure no sintoma, mas amplia o estilo relacional mais utilizado pelo indivíduo, sua personalidade, fazer com que este seja o fundo do qual emergirá o sofrimento que sobressai no momento (PINTO, 2015).

Na Gestalt-terapia o sintoma é uma criação que objetiva o fechamento de uma gestalt. E, é neste campo, que ele deverá ser compreendido, em sua intencionalidade. Se for retirado deste contexto, ele perde a conexão do que é e do que o mantém em funcionamento. O sintoma é uma figura que traz consigo qualidades próprias do fundo do qual emerge (ROBINE, 2006).

O campo é contínuo no tempo e no espaço, um constante movimento de energia e forças em interação. Pelo princípio da contemporaneidade, afirma-se que um campo acontece no aqui-e-agora, de modo a que apenas fatos presentes produzam comportamento e experiência (CARVALHO, 2008).

Para a Gestalt-terapia, cada pessoa é uma unidade complexa. Reduzi-la a uma suposta normalidade é, também, tolhê-la existencialmente, negligenciar-lhe a subjetividade e limitar suas possibilidades criativas. Isso diz que o terapeuta não se tornará escravo da busca pela normalidade, tendo em vista que “a Gestalt-terapia é uma abordagem existencial, o que significa que não nos ocupamos somente de lidar com os sintomas ou estrutura de caráter, mas com a existência total da pessoa” (PERLS, 1977, p. 98).

De acordo com Pinto (2015), a dimensão diagnóstica deve se referir ao paciente e também se fundamentar na generalização, pois “toda lei científica, todo sistema filosófico, toda generalização, baseia-se na busca do denominador comum, do fato idêntico a várias coisas. Em resumo, da ‘gestalt’ comum a diversos fenômenos” (PERLS, 2002, p. 104).

O diagnóstico caminha, portanto, do singular ao genérico, das experiências de sentidos compartilhadas com os outros e volta ao que é particular do paciente. O terapeuta deve estar aberto e atento, tanto quanto possível, para ser capaz de descrever o fenômeno observado de modo compreensível e sem julgamentos (PINTO, 2015).

O objetivo central é encontrar os significados, excluindo condições semelhantes, até alcançar o singular. Para Yontef (1998), na medida em que a figura fenomenológica do cliente esteja clara e límpida, o diagnóstico ficará mais preciso. Seria ele, portanto, um meio para se alcançar os sentidos, de acordo com as características em comum, chamadas por Frazão (1991) de comunalidade.

Por guardar uma dinâmica própria, há a proposta de que se fale em Gestalt-terapia como “pensamento diagnóstico processual”. Processual se referiria à maleabilidade para a compreensão de que o todo muda e, portanto, o diagnóstico também. Há também a considerar que o diagnóstico e a terapia caminham juntos. Tal plasticidade – a da maleabilidade – implica ao terapeuta numa reflexão continuada a respeito do paciente (FRAZÃO 1991; PIMENTEL, 2003).

Sustentada na ideia, a autora e gestalt-terapeuta Pimentel (2003) argumenta que o diagnóstico compreensivo e interventivo é o que mais se ancora nos parâmetros epistemológicos da Gestalt-terapia. Ao entrar em tal vertente, o “terapeuta flui do mais puro processo, do vivido da relação, para uma reflexão sobre esse vivido, indo e vindo nesse movimento pendular (...) ele realiza uma compreensão (...) que pode ser constantemente verificada e então confirmada ou reformulada (PINTO, 2015, p. 28).

A psicopatologia pode reduzir o indivíduo a um rótulo. Porém, de acordo com Francesetti (2015 *apud* Alvim, 2017), ela também pode ser uma maneira respeitosa de explorar as formas que o sofrimento humano revela.

Ao que Yontef (1998) corrobora: “diagnosticar pode ser um processo de prestar atenção, respeitosamente, a quem a pessoa é, tanto como um indivíduo único como no que diz respeito às características compartilhadas com outros indivíduos” (YOUNTEF, 1998, p. 317). O pensamento não se circunscreve a um rótulo limitante porque não se refere, especificamente, ao “que a pessoa é, mas a como ela está a cada momento do processo terapêutico” (FRAZÃO, 2015, p. 94).

A compreensão diagnóstica se dá sustentada em dois pilares identificados por Francesetti e Gecele (2009 *apud* Pinto, 2017) como diagnóstico extrínseco e diagnóstico intrínseco.

O diagnóstico intrínseco (ou estético) se baseia na relação terapêutica, em especial na percepção do terapeuta e do paciente acerca do que se passa em cada sessão. Nele, não há objetificação porque o indivíduo se estabelece ativamente à procura da compreensão do que vive e das alternativas de atualização requeridas pelo sintoma. Já no extrínseco, há

predomínio da sintomatologia e de modelos teóricos que orientam as observações do paciente pelo terapeuta (FRANCESETTI; GECELE, 2009 *apud* PINTO, 2017).

No caso dos sofrimentos psíquicos graves, o terapeuta poderá lançar mão, como no diagnóstico extrínseco, dos compêndios DSM V e CID-10, referenciais em saúde mental no mundo ocidental. E vincular ao primeiro, o diagnóstico intrínseco à qualidade do contato (como dado no ciclo do contato), dos ajustamentos criativos e, até mesmo, na análise da relação terapêutica e formação das fronteiras.

Os terapeutas orientados pela perspectiva da Gestalt-terapia se interessam, em primeiro lugar, em acolher e conhecer o paciente, o que solicita atenção aos aspectos intersubjetivos para que, por meio deles, sejam encontradas as dimensões universais enunciadas em sua narrativa (ALVIM, 2017).

CAPÍTULO 3 – GESTALT-TERAPIA E SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE: ACOLHIMENTO E CUIDADO

“A psicologia como a Ciência tem suas limitações e, assim como a consequência lógica da teologia é o misticismo, também a consequência derradeira da psicologia é o amor”
(FROMM, 1988).

Independente do contorno dado ao diagnóstico processual, acolher o paciente em uma totalidade que não poderá jamais ser capturada, é atitude ética fundamental. A possibilidade de encontro na relação terapêutica se dará na medida em que ela se configure “em *morada*, que haja *hospitalidade* para que o paciente alcance abertura e sustentação na instabilidade e na precariedade da condição humana (...) cocriando o mundo e o próprio destino”. A hospitalidade da morada é proporcional à capacidade do terapeuta em acolher e honrar o que escapa à racionalidade, “presente no outro, no si mesmo, no encontro e no ofício” (CARDELLA, 2015, p. 57).

Acolher as crises de sofrimento psíquico grave é o objetivo principal do GIPSI. Hoje, este Grupo conta com a dedicada, intensa e apaixonante experiência de estudantes de graduação e pós, profissionais e professores, em especial a do Coordenador e Organizador de seus trabalhos científicos. Depois do Doutorado, o Coordenador-Professor Ileno Izídio da Costa, motivado pela persistente inadequação dos serviços em Saúde Mental no Brasil e no mundo, criou, em 2001, no Departamento de Psicologia Clínica da UnB, o Grupo que atende pacientes em suas primeiras crises ou encontram-se em sofrimento constante (COSTA, 2014).

Como Programa de Extensão de Ação Contínua (PEAC) do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da UnB, o GIPSI busca a compreensão e o tratamento do sofrimento psíquico grave ou das comumente chamadas “psicoses”. Ele contempla estudos em Filosofia, Linguagem, Psicopatologia, Psicoterapia, Psicologia Clínica, Urbanismo e Saúde Mental. Costa (2014) aponta que os objetivos do Grupo:

- 1) Fazer o reconhecimento e a identificação de indivíduos que estejam experienciando sintomas tidos como psicóticos;
- 2) Promover ajuda imediata e a prevenção de recaídas;
- 3) Propiciar intervenções clínicas de cuidado e acompanhamento;
- 4) Promover oportunidades de pesquisa interdisciplinar;
- 5) Promover intervenções baseadas nos recursos de cada paciente e de sua família;
- 6) Defender o uso de medicamentos adequados;
- 7) Minimizar as morbidades secundárias e os traumas de um atendimento em serviços psiquiátricos;
- 8) Proporcionar a interação entre pesquisa, educação e tratamento para pacientes em sofrimento psíquico grave;

- 9) Promover e capacitar profissionais para desenvolver pesquisas e intervenções nesta área;
- 10) Desenvolver e testar novos tipos de intervenção;
- 11) Esclarecer diagnósticos;
- 12) Realizar orientações básicas sobre psicose e crise, bem como sua diferenciação em relação às especificidades da adolescência junto às comunidades (COSTA, 2014, p. 8).

Ancorado na Psicanálise, na Fenomenologia, no diálogo multidisciplinar, nos vínculos e dimensões sociais do sofrimento psíquico grave, o Grupo transita da teoria acadêmica à realidade consumada no cotidiano do real, até se deparar com o risco do autoextermínio e da perpetração do sofrimento nos espaços urbanos que recebem as patologias sociais que os ocupam (COSTA, 2014). Por isso, a presença de profissionais que trabalham em equipes de saúde é imprescindível para a promoção da atenção às experiências diversas do paciente. As intervenções não acontecem apenas com o paciente, mas com os vínculos relacionais compostos pelo sistema familiar e a rede social do paciente em sofrimento (McGORRY; EDWARDS, 2002; LINES, 2003; GIPSI, 2010).

As ações psicoterapêuticas individuais permitem trabalhar com os recursos mantidos pelo paciente para lidar com a crise, depois de reconhecê-los. O trabalho terapêutico individual (e individualizado) é um campo privilegiado para a compreensão e significação do sofrimento psíquico grave manifestado. É possibilitado ao terapeuta e ao paciente manejarem juntos os fenômenos da crise no aqui-e-agora. Segundo o Grupo, o modelo teórico a ser utilizado pelo terapeuta não é o mais importante para o avanço do atendimento individual. Sousa (2017) confirma ser irrelevante posicionar os modelos teóricos como pontos cruciais. O terapeuta necessitará de estruturas para seu bom desempenho, mas a maior parte das respostas virá do próprio paciente.

O importante é a criação e a manutenção de uma aliança terapêutica real e humana, como defende o coordenador do Grupo e Gelso (2014) corrobora; esses são um dos preditores mais vigorosos para o bom resultado terapêutico (ZILCHA-MANO *et al.*, 2016; HORVATH; Del RE; FLUCKIGER; SYMONDS, 2011). O efeito que o terapeuta causa na relação será responsável de cinco a nove vezes mais do que o de um modelo teórico ou de técnicas específicas (MILLER; HUBBLE; CHOW; SEIDEL, 2015; LUTZ *et al.*, 2015).

O grupo tem como postura não se enrigecer em uma única abordagem teórica, o que levaria seus membros a uma atuação em unísono. Ao contrário, ele se fortalece na multiplicidade das abordagens, fazendo da diversidade uma desafiante sinfonia. A seus profissionais são oferecidas oficinas vivenciais regulares para que sejam tratados os entraves intrapsíquicos individuais e também os possíveis desdobramentos interrelacionais da equipe.

As oficinas são imprescindíveis para que os diferentes participantes (estagiários e profissionais voluntários) sigam afinados em seus propósitos e com as demandas do grupo.

Ao ser recebido, o paciente é recepcionado com sua família em acolhimentos individuais que dirão se o sofrimento manifestado é condizente com os recursos que poderão ser oferecidos em cuidado e tratamento pelo Grupo. O relato é levado ao conhecimento do Grupo durante reuniões semanais, quando será decidido se o caso será atendido por ele ou encaminhado para outro serviço ou procedimento da rede de saúde mental do Distrito Federal (DF).

Se for para o grupo acompanhar o caso, é pactuador com o paciente e sua família que ambos entrarão em terapia. Então, o paciente é encaminhado para sessões semanais e individuais com um participante designado pelo Grupo; e ele e sua família serão acolhidos em outra sessão semanal por outros dois terapeutas.

O acompanhamento familiar concomitantemente ao individual parte da premissa de que família e paciente são uma unidade, um sistema, razão pela qual é importante tratar não só do sofrimento intrapsíquico, mas também das relações familiares. O sintoma de um membro pode sinalizar uma perturbação do e no sistema e dificuldades em ajustar-se às passagens dos ciclos de vida (CARTER; McGOLDRICK, 1995).

Assim, o trabalho com a família tem como meta:

- a) Maximizar o funcionamento adaptativo da família;
- b) Minimizar a disruptura da vida familiar ocasionada pelo primeiro episódio;
- c) Minimizar o risco de sofrimento em longo prazo, o estresse e a sobrecarga vivenciados pela família;
- d) Ajudar a família a entender o impacto da psicose no sistema familiar, em cada membro e na interação entre esta e o curso da psicose (GIPSI, 2010, p. 44).

Uma das questões que impulsiona o grupo, ao acompanhar o sofrimento psíquico grave – e, mais especificamente, as crises do tipo psicótico – é por ser ele, em geral, um fenômeno que mantém o tratamento aprisionado à avaliação psiquiátrica. As consequências são tratamentos medicamentosos infundáveis, internações sucessivas, por vezes, com inclusão da eletroconvulsoterapia, justificadas por um diagnóstico estático e positivista de Esquizofrenia (RIBEIRO; COSTA, 2014).

Um dos fatores que legitima tal contexto advém de a Psiquiatria ser dos modelos prevalentes para tratar a Psicose. A maior parte dos profissionais da área recorre a este atendimento em momentos que julga se tratar de uma crise. Não há critério bem definido para o encaminhamento, geralmente relacionado à ansiedade do terapeuta por não se sentir capaz de dar conta da situação (RIBEIRO; COSTA, 2014).

Lidar com a crise desencadeada pelo sofrimento psíquico grave requer enfrentar o impacto que ela impõe ao indivíduo e ao meio. Ainda que muitas vezes não apresente violência, a crise desorganiza o campo relacional, porque, conseqüentemente, a comunicação se torna truncada no momento em que o paciente se volta inteiro para seus conflitos internos. Quem está fora sofre pela inacessibilidade ao paciente em crise e por entrar em contato com as próprias angústias primitivas (RIBEIRO; COSTA, 2014; SILVA, 2013; CARTER; McGOLDRICK, 1995).

A cena da crise é frequentemente composta por familiares e amigos atordoados, em geral, ansiando pelo caminho que mais rápido dilua a angústia reinante no meio. Para uns, a esperança é que a desorganização retorne para o mundo interno do paciente. Mas há os que se preocupam direta e genuinamente com o paciente e acabam por não aceitar as soluções psiquiátricas tradicionais e procuram outros serviços que anteponham a pessoa ao sintoma (RIBEIRO; COSTA, 2014).

Estes últimos são aqueles que aderem ao tratamento disponível no Grupo e se engajam na terapia familiar, por perceberem nela uma possível solução. Conscientes de que trabalharão pontos nodais existenciais de difícil acesso e que apesar de, em alguns momentos, a angústia se elevar, este é o trajeto que os fará experimentar alívio das tensões internas e relacionais. Eles reconhecem fazer parte do sofrimento do outro (RIBEIRO; COSTA, 2014).

O acompanhamento oferecido pelo Grupo pode ser eficaz e, por isso mesmo, requer comprometimento e assiduidade pessoais. No entanto, eles ainda assim, em muitos casos, são preteridos em favor do alívio instantâneo e momentâneo observáveis na Psiquiatria tradicional. Socialmente, a expectativa é que a alternativa de tratamentos, como o oferecido no GIPSI, tenha resposta tão rápida – se não mais efetiva – quanto a da Psiquiatria tradicional (RIBEIRO; COSTA, 2014).

As propostas em saúde mental ainda possuem, como objetivo central, a observação do que supostamente foi perdido e não a oportunidade inerente à crise, no sentido de se valer dos recursos disponíveis em benefício do paciente. O uso da medicação reduz o paciente às funcionalidades, em especial, as laborativas. A ideia principal é a de manter o sujeito socialmente adaptado, sem tomar em consideração o sentido da sua vida (RIBEIRO; COSTA, 2014).

Colocar o paciente em primeiro lugar e considerar o meio no qual ele está inserido vai exatamente ao encontro da proposta da Gestalt-terapia. Sua intenção é contribuir para com a saúde mental por se fundamentar na Antropologia da esperança, em outras palavras,

considerar o homem como transformação permanente sempre em direção mais além (DELACROIX, 2008).

Por se inspirar na abertura do GIPSI à inserção do terapeuta gestalticamente orientado, a estrutura deste trabalho descortina – a partir das experiências terapêuticas e pessoais apreendidas durante três anos de trabalho no Grupo – a aproximação da Gestalt-terapia ao sofrimento psíquico grave.

3.1 A Ética do Cuidado do Sofrimento Psíquico Grave em Gestalt-terapia

“Basta amar profundamente um único ser, para que todos os outros pareçam dignos de serem amados” (GOETHE).

O terapeuta, ao se aproximar do sofrimento psíquico grave, depara-se com uma potencial função desorganizadora, concernente não apenas à pessoa em crise, mas que avança em direção aos demais envolvidos nos cuidados com ela. A intensidade da crise afeta de tal maneira o planejamento usual do cuidado que exige “transformação, tanto da postura (ética) de quem cuida, quanto da forma como mobiliza suas reservas para decidir o que fazer (técnica) (...)” (SILVA, 2017, p. 26-27).

Há, portanto, intrínseca ao desafio filosófico e psicológico de cuidado no sofrimento psíquico grave, a necessidade criativa de estratégias que proporcionem o acolhimento das desorganizações e vislumbre novos modos de existência diante da dor e suas desorganizações, a fim de torná-las suportáveis e, quiçá, abrir caminhos menos dolorosos (SILVA, 2017).

Baseado nas estratégias criativas, o terapeuta se lança com o paciente em uma busca esperançosa. Nas palavras de Safra (2004):

Buscar é esperar encontrar. A esperança sustenta e norteia a busca do Outro na comunicação, no sonho, no desejo. Esperança é a presença da memória do que impossibilitou, do que se deteve, do que se fragmentou, do que não aconteceu. Pelo fato de o homem ser aquele que tem a condição de ser questão, ele tem um saber sobre o ethos tanto em decorrência das necessidades éticas contempladas, quanto em decorrência de um ethos que foi fraturado (SAFRA, 2004, p. 122).

É preciso que o terapeuta volte a sua atenção, mais do que às técnicas, à postura profissional a ser assumida no ambiente de cuidado, pautada na ética de abertura – disponibilidade fundamental para o outro – e preocupado com aqueles de quem ele cuida (SILVA, 2017). Boff (1999) afirma que é no cuidado com o outro que se encontra o *ethos* fundamental do ser humano, enfatizando que

(...) o nascimento da ética reside nesta relação de responsabilidade diante do rosto do outro [...]. É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o

rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação (BOFF, 1999, p. 139).

Visto sob a perspectiva da Gestalt-terapia, o “homem é ser relacional, paradoxal, criativo e de passagem, pois está sempre para além de si mesmo e do outro; embora consciente da finitude, anseia por e concebe o infinito, interrogando sua existência, sua origem, seu fim: é ser *aberto*” (CARDELLA, 2015, p. 61).

Segundo Bernardini (1999) a ética na Gestalt-terapia se dá por meio de um inclinar-se diante de, de um expor-se a, de um aprender com. Uma escuta cuidadosa, em que o respeito é fundamental. Respeito pela experiência pessoal e singularidade do outro, pela sua capacidade de se auto-significar, de fazer suas escolhas, de criar e recriar sua subjetividade. Esta é a experiência ética por excelência, a de, a partir de sua própria singularidade, reconhecer o outro em sua alteridade.

Nascimento e Vale (2013) compreendem a ética gestáltica primordialmente nas bases da dialogicidade, da ética no cotidiano e da noção existencialista de responsabilidade. Para eles, são estes os pontos constituintes da clínica gestáltica.

Os autores concluem que falar em ética na Gestalt-terapia é diferente de na Psicologia. Nos pressupostos gestálticos, ética é:

se inserir num campo de relações em que as dualidades são desconstruídas, as certezas colocadas em dúvidas e os pensamentos transformados em ações, as reflexões transformadas em construções de conhecimento, o compartimentado em integrado e o acabado em inacabado, para que assim se possa, dia após dia, abrir novas *gestalten* e crescer em contato com o novo (NASCIMENTO; VALE, 2013, p. 165).

A ética no sofrimento psíquico grave, do ponto de vista filosófico, constitui dois pilares suscitados por Costa (2017) como guias: ética do cuidado, vista em Martin Heidegger; e ética da alteridade, vista em Emmanuel Lévinas.

A ética do cuidado em Heidegger se apresenta de vários modos nomeados por ele: prestatividade, presentividade, ocupação, preocupação, solicitude, ser-aí-com. Rocha (2011, p. 16-18 *apud* Costa, 2017) os examina e, depois, acrescenta que

O ser humano relaciona-se tanto com os entes que estão disponíveis e ao alcance de suas mãos, como com aqueles que estão dotados com o modo de ser do Dasein. Na sua forma mais originária de manifestar-se e de se dar à nossa experiência, os entes são instrumentos ao alcance de nossas mãos (*Zuhande*) e a **prestatividade** (*Zuhandenheit*) os caracteriza, e, enquanto tais, eles são inseridos nos nossos projetos existenciais. Quando não se encontram assim ao alcance das nossas mãos (*Zuhande*), eles apenas se colocam diante de nós como realidades dadas, inteiramente independentes do sujeito. Nesses casos, em vez da *Zuhandenheit*, vale dizer, da prestatividade, temos a *Vorhandenheit*, que se poderia traduzir por “**presentidade**”.

Quando o ser humano relaciona-se com os entes que estão ao alcance de suas mãos, o cuidado mostra-se sob a forma de um **ocupar-se com esses entes**. Essa forma de

cuidado, como um desdobramento da Sorge, é chamada por Heidegger de *Besorgen*, que se pode traduzir por **ocupação**. Desses entes, o ser humano cuida na medida em que deles se ocupa, inserindo-os em seu projeto existencial. Mas, o ser humano vive também no Mundo com outros entes que têm um modo de ser como o do Dasein. Nesse caso, o Dasein é um *Mitdasein*, que significa: um **ser-aí-com**.

Em relação a esses outros entes, que, como o Dasein, são lançados no mundo para se tornarem propriamente si mesmos, o cuidado toma a dimensão de uma **solicitude** ou de uma preocupação, de um *Fürsorgen*. Com esses entes, o ser humano não apenas se ocupa, mas se preocupa e para eles dirige sua atenção e deles cuida com dedicação afetiva e com solicitude. Na preocupação nós não apenas nos ocupamos com os outros, mas com ele criamos laços afetivos de solicitude e de dedicação. Na **ocupação** lidamos com objetos, na **preocupação e solicitude** lidamos com sujeitos, que no mundo devem assumir sua existência (ROCHA, 2011, p. 16-18 *apud* COSTA, 2017). (grifos do autor)

A noção de cuidado foi originalmente elaborada por Heidegger como constructo filosófico. Costa (2017) defende a sua aproximação com os campos psicológico e psíquico, por considerá-los, assim como o filosófico, concepções caracteristicamente do humano.

Em Lévinas, Costa (2017) se detém na ética da alteridade por nela reconhecer uma contribuição para com a sociedade, posto que este filósofo francês coloca o humano e o valor do Outro em primeiro lugar. Para Lévinas (2000), a alteridade se dirige ao ser na sua exterioridade absoluta e cumpre a própria intenção que anima a caminhada para a verdade.

O cuidado no sofrimento psíquico grave requer que o terapeuta assuma o lugar de quem cuida, para deixar o outro ser como é e como pode ser, seja qual for a possibilidade de ser do outro (COSTA, 2017). A postura inclui

aceitar os pedidos de socorro e gritos de desespero (...), admitir que você é limitado profissionalmente, porém profundamente envolvido com sentimentos e afetos humanos, para dar apoio e suporte às manifestações destas angústias fundamentais, para ao final (...), não se sentindo culpado por e admitindo ser limitado na alteração da crise, na revelação apoio-afeto-intersubjetivo-humano, esperar que a crise se resolva, porque você estava junto com... (COSTA, 2017, p. 91).

O terapeuta precisa ter a inteireza da própria pessoa para se lançar na direção do outro, o que exige afastar-se de preocupações individuais, para que o outro e sua alteridade possam ser apreendidos. Não é técnica, é anterior a toda e qualquer técnica, pois a técnica é passível de aprendizado. E a vocação, não, por ser inerente aos talentos humanos. “O único objetivo é estar plenamente presente” (HYCNER, 1997, p. 39).

3.2 A Postura Terapêutica na Gestalt-terapia

“Consentir a própria morte e renascer não é fácil”
(PERLS. Frases, s.d.).

Até aqui foi explanado como a postura clínica da Gestalt-terapia se afina com a ética do cuidado e a do GIPSI. Entretanto, pouco se disse das características específicas do terapeuta no tratamento do sofrimento psíquico grave. Naturalmente, este tratamento guarda peculiaridades que o diferenciam dos demais, do mesmo jeito que todos os outros modos de ser no mundo. Do contrário, o trabalho se circunscreverá a considerações do que seja uma boa terapia, mas não pontualmente do sofrimento psíquico grave.

Perls (1979), ao fazer considerações sobre a Psicose, diz que, na Esquizofrenia, descobre

especialmente por meio da investigação na minha própria zona esquizofrênica – que existem uma porção de escombros nos quais o excitamento não consegue chegar. O psicótico tem uma camada da morte muito grande, e esta zona morta não consegue ser alimentada pela força vital (PERLS, 1979, p. 174).

Na afirmação, o autor considera que a Psicose, como qualquer outro aspecto inerente ao humano, é parte da existência, persiste em todos. Ainda que, em algumas pessoas, a característica se destaque e, em outras, apareça de forma abrandada. Perls (1979) teve a coragem de se apropriar da Psicose – negada ou negligenciada por outros –, mas nem por isso, menos importante. Para entrar em contato com a Psicose como característica do outro, primeiro é preciso reconhecer e contatar a que está dentro de si.

O movimento requerido do terapeuta é o mesmo. Ao atender um paciente em sofrimento psíquico grave, é preciso que se esteja disponível para tocar em si, no próprio sofrimento e ser capaz de lidar com ele. Esse é um dos maiores desafios que o sofrimento psíquico grave apresenta ao clínico. Se o terapeuta não estiver bem ajustado ou com plena consciência de si, o encontro autêntico e sincero pode ser, nas palavras de Hycner (1997) “assustador”. Entrar em contato com o *id* do paciente suscita, do terapeuta, o contato com o próprio *id*. Se o terapeuta não estiver em dia com suas necessidades e percepções, não estará apto a lidar com as demandas do paciente.

Essa disposição e disponibilidade do terapeuta já eram anunciadas por Perls (1977), quando dizia: “Eu não prego o sofrimento. (...). Mas eu estou disposto a me envolver sempre que surja um sofrimento, um mal-estar” (PERLS, 1979, p. 302). Ao aceitar trabalhar com o sofrimento do outro, o terapeuta está dizendo: eu aceito sofrer com você. Ao seu lado, compartilharei do seu sofrimento. Juntos, procuraremos por novos caminhos e possibilidades de manejo dessa situação.

E, por se lançarem com tamanha implicação pessoal, não são raras as vezes que os profissionais, dispostos a trabalhar com o sofrimento psíquico grave, experimentam uma

sensação de fracasso por terem seus esforços exauridos nos impasses não superados frente ao delírio ou alucinação (FRAGA, 1997 *apud* BRITO, 2011).

Na Gestalt-terapia, o paciente é visto como figura no contexto terapêutico que se faz fundo. Assim, quanto mais o terapeuta deixar de lado seus projetos ou projeções a respeito do paciente, tanto mais conseguirá ao não alimentar as próprias expectativas, dar voz e vez ao projeto existencial do paciente.

Como afirma Yontef (2002), “ao tentar entrar em contato com o paciente desta forma e não objetivando mudá-lo, ao encontrá-lo sem tentar torná-lo diferente, ele é suportado em seu crescimento mediante a identificação com sua própria experiência” (YONTEF, 2002, p. 24). Esta postura terapêutica é chamada de inclusão e refere-se à possibilidade de se colocar no lugar do paciente, sem se perder de si.

Quanto aos recursos de comunicação na relação terapêutica, Perls (1979) esclarece que “o psicótico tem uma linguagem que nós muitas vezes não entendemos, uma linguagem própria. Agora, numa pessoa não-psicótica nós entendemos quase todo o movimento que ocorre. Mas, melhor ainda é se deixarmos o ‘paciente’ exprimir o que significa” (PERLS, 1979, p. 137-138).

Na Gestalt-terapia, o delírio, a alucinação e outras experiências clínicas são tratadas como tentativas de ajuste criativo, não como um defeito ou erro. A manifestação de tais ajustes solicita, do terapeuta, o estabelecimento e a manutenção de uma relação que sustente a si e ao paciente, até que ele esteja fortalecido em seu autossuporte e apto a se manter existencialmente. Nesta perspectiva, há a valorização da organização do ambiente clínico e de um contato empático e seguro no trabalho individual (YONTEF, 2013).

O trabalho clínico consiste no compartilhamento de sentidos com o paciente, para tornar compreensível aquilo que não foi até então. Acompanhá-lo e se concentrar naquilo que é importante para ele, na perspectiva dele. Oferecer uma experiência de presença no aqui-e-agora. Entender o diagnóstico ajudará o terapeuta a ser sensível, mais preciso e mais eficaz em responder. Mas refuta-se a ideia de que o diagnóstico poderia fornecer uma resposta ou algoritmo para uma intervenção correta (YONTEF, 2013).

A estruturação da Clínica Gestáltica, que aborde preponderantemente o sofrimento psíquico grave, não tem a intenção de induzir intervenções simplistas ou regras pré-estabelecidas do que se deve ou não fazer. Trata-se da dialética mapa-território, tão estudada na abordagem. O mapa é uma ilustração, um elemento prévio ao território, mas não deverá jamais ser confundido com este. O mapa não é o território. As orientações ao terapeuta não são a terapia em si. Existem pacientes não-psicóticos que necessitarão exatamente destas

mesmas escolhas e outros com características psicóticas que, por outro lado, suscitarão estratégias terapêuticas neuróticas (YONTEF, 2013).

Antes de estar com o paciente, o terapeuta tomará para si questionamentos que o prepararão para o encontro: “Em que momento ocorrerá a abertura em seu ser para iniciar a entrada a um diálogo significativo? Como preciso estar presente, de modo a facilitar essa abertura e a possibilidade de um diálogo genuíno?” (HYCNER, 1997, p. 41).

Em geral, cabe ao clínico fazer do contato uma relação dialógica. É o terapeuta fazer-se fundo para que as necessidades do paciente surjam como figuras, ou seja, a relação é estabelecida em torno do que o paciente precisa em um determinado momento. Entender as nosografias clínicas sensibiliza o terapeuta para estar atento a características peculiares, mas não dita uma técnica particular (YONTEF, 2013).

Lidar com a crise de quem se apresenta em sofrimento psíquico grave não requer um lugar físico específico ou uma instituição, mas uma atitude clínica compatível com as exigências de quem vai substituir o hospital psiquiátrico e, ainda, tudo mais que advém como corolário desta nova atitude e o que isto pode significar para a mudança dos modos de cuidado em saúde mental vigentes (OLIVEIRA, 2007). Costa (2013e) ressalta que acolher a crise é ouvir o paciente e seus contextos e, para tanto, é imperiosa uma escuta qualificada, “(...) antes de buscar calá-la com medicação, disciplinas ou procedimentos preconceituosos e pré-estabelecidos pela práxis e racionalidade limitada reinante” (p. 50).

Os profissionais de saúde mental, em geral, se pautam no modelo biomédico e, por isso, usualmente recorrem a mecanismos de controle das manifestações da crise, como contenção mecânica e medicação, pela ideia de crise fortemente associada a doenças e transtornos. O instrumento humanizado do cuidado dialógico também é utilizado, mas com menos frequência e pouca habilidade. Ainda que, este último seja a intervenção mais eficaz, que requer conduta ponderada, honesta, digna e direta do profissional (COSTA, 2013e).

Pela via da Gestalt-terapia, toda e qualquer resistência apresentada pelo paciente será interpretada como sabedoria do organismo, entendendo ser ela um alerta emitido pelo sistema de defesa, anunciando a possibilidade de o indivíduo não ter suporte interno para lidar com a situação que lhe parece ameaçadora naquele momento. Entretanto, ainda que protetiva, a resistência poderá mostrar-se pouco nutritiva, pois o organismo se apresentará tão preocupado em se defender que se afastará daqueles que poderiam proporcionar uma interação nutritiva e curativa (HYCNER, 1995).

Ainda de acordo com Hycner (1995, p. 147),

A resistência não deve ser castigada, mas sim abraçada! A resistência não deve ser 'quebrada', mas sim incorporada. A única forma de chegar onde se deseja, é aceitar onde se está, mesmo que o ponto em que se esteja não seja aquele em que deseja estar! Para o crescimento é preciso uma integração das polaridades aparentemente opostas. É a valorização paradoxal de tudo o que há no próprio *self*, inclusive aquelas partes percebidas como indesejáveis, que inicia o caminho para a recuperação.

Yontef (2013) acredita que as explicações dos sintomas psicóticos, derivados de uma disfunção exclusiva da função *id* ou figura-fundo, são falhas. Para o autor, as experiências psicóticas têm a ver com uma confluência primária, mas não deve ser entendida como causa única, por se pautar na ideia de que todas as perturbações e funções de limites do *eu* se manifestam em um campo mais amplo da organização fenomenal.

O campo inclui a família e as relações nela estabelecidas. É comum que os familiares se sintam confusos quanto às mudanças de comportamento do paciente. Por isso, "é necessário fornecer apoio às famílias (...) para garantir o bem-estar psicológico de seus membros, mas também para incrementar o impacto benéfico que a família pode ter no ajustamento destes pacientes" (QUEIROZ, 2012, p. 72). A família sofre com a manifestação dos sintomas psicóticos. Mas convém sublinhar que é também no contexto familiar que surgem o conflito inicial e os sintomas. Por esta razão, o estudo destas famílias é um campo extenso e de particular relevância (COSTA, 2013d).

A terapeuta e autora Palazzoli (1998) identificou um padrão que denominou "jogos psicóticos na família". A partir dos perfis individuais dos membros e, depois, das relações que estabeleciam, formava-se uma rede interativa que originaria a Psicose. O jogo familiar teria em seu bojo, os jogos psicóticos (jogo sujo), caracterizado por dissimulações, falsidades, manipulações, seduções, promessas e enganos, ficando os propósitos reais velados, encobertos ou disfarçados.

Para Costa (2005), a formação dos sintomas psicóticos em muitas famílias está intensamente ligada ao jogo descrito por Palazzoli (1998), confirmando um padrão relacional estabelecido por todos os membros. É fundamentado nesta premissa que o GIPSI acolhe o indivíduo e trabalho com o sistema familiar. Tal modelo serve não como delimitação etiológica, mas para a verificação de como se dá a manutenção dos sintomas psicóticos atrelada a um dos membros da família. O sofrimento é criado, enunciado e compartilhado no meio do qual o paciente faz parte (CARVALHO, 2008).

Além disso, há a instância do cuidado propriamente dito. Os relatos do que a família experimenta contêm negação, tristeza, culpa, confusão, fracasso, revolta, vergonha, raiva ou mesmo medo de estigmatização. Esses sentimentos podem levar as famílias ao isolamento

social, a resistirem à internação ou a procurarem de forma precipitada, agravando o quadro de sofrimento. O cuidado com o paciente e sua família é essencial ao tratamento (COSTA, 2013d).

De acordo com Costa (2013d),

O momento em que surge um problema pode estar ligado a uma determinada etapa do ciclo de vida familiar, o que representa uma dificuldade na transformação dos papéis requeridos na evolução natural, seja família com filhos pequenos, adolescentes ou adultos. O problema pode advir de dificuldades da delimitação das várias funções referentes aos subsistemas da família, seja o conjugal, parental, fraternal ou filial; ou ainda, de situações advindas de gerações anteriores, conflitos e dificuldades não elaboradas, experiências não vividas, sofrimentos provenientes de exclusões ou separações que passam às gerações posteriores. Delegações e/ou lealdades invisíveis podem ocorrer em relação ao grupo familiar atual ou aos antecedentes dentro da árvore genealógica (p. 103).

É possível que os membros da família ‘simplifiquem’ o que estão vivendo em uma visão linear de causa-efeito, em que centram suas preocupações no membro sintomático, elegendo-o como o problema a ser resolvido (COSTA, 2013d). Com isto, deixam de fazer contato com os outros elementos do campo.

A terapia com a família do paciente auxilia na *awareness*, para que compreendam como estão pensando, se sentindo e se movimentando. Só descobrirão suas possibilidades futuras ao se conscientizarem de como estão no presente. É preciso ajudar a família a perceber como e quando o sistema entra em impasse e como usar a energia vital para ultrapassá-los nas interações entre si e com o conflito (ZINKER, 2001).

A família em terapia tem a oportunidade de nomear o que sente e vive. Neste sentido, o espaço terapêutico possibilita aos membros propor um significado ao que estão vivendo, e “atribuir significado a algo é dar-lhe um limite (ou talvez um conjunto de limites) para diferenciá-lo de outras coisas ou de outros fenômenos” (ZINKER, 2001, p. 69).

Clinicamente, antes de mais nada, é importante estudar os limites do sistema que compõe a família. Para isso, Zinker (2001, p. 71) propõe considerar pelo menos duas de suas gerações. Entretanto, na administração do consultório é preciso que o terapeuta saiba cuidar de cada sistema por vez, tendo em mente o seguinte pensamento: “Neste momento irei traçar um limite para esta situação ao redor dos pais e de seus filhos; este será o sistema que irei estudar e tentar influenciar hoje”.

O terapeuta, ao contrário de dar preferência a algum princípio monolítico, como desorganização, deverá dar atenção àquilo que funciona para determinada família. Entendendo que as famílias funcionam com mais ou menos apego ou soltura. Não há equilíbrio perfeito, os movimentos podem ser pendulares, atravessando opostos de extrema proteção mútua até a falta de atenção e senso de alienação (ZINKER, 2001).

Ao tratar do indivíduo e seu meio, o clínico deverá estabelecer, também, uma boa comunicação com os demais profissionais envolvidos no tratamento. Neste momento, é importante que a linguagem seja com o mínimo possível de discordâncias. Esse é um dos motivos pelo qual o terapeuta deverá, em favor do paciente, conhecer e saber se comunicar por meio dos ditames médicos comuns, em especial os apresentados no DSM e CID. Não há, com isso, nenhuma anuência da visão médica mecanicista, mas uma expertise do terapeuta, gestalticamente orientado, em reconhecer que o melhor caminho é o da não cisão de partes.

O paciente com sintomas psicóticos frequentemente já chega medicado aos consultórios, ou com prescrições. É importante que o terapeuta saiba reconhecer os efeitos adversos e esperados da Farmacoterapia para saber dialogar com os demais profissionais e com o paciente, tornando possível a decisão conjunta dos melhores tratamentos a serem seguidos em cada caso. Além disso, muitos dos efeitos adversos repercutem diretamente nas fronteiras do paciente, sejam as do corpo, aumentando ou diminuindo o peso, ou as de exposição, retraindo ou aumentando a inibição social e afetiva. O terapeuta que está a par dessas informações saberá acompanhar melhor o paciente nas possíveis insatisfações ou dúvidas que surjam.

Se o campo necessita ser visto e cuidado na totalidade, isso inclui, também, o ser do terapeuta. Ao se dispor ao cuidado, o terapeuta deve cuidar de si e avaliar os próprios limites e necessidades. Pacientes potencialmente consumidos por seu sofrimento poderão pressionar demasiadamente o terapeuta, por estarem carentes de contato humano e precisarem da confiança absoluta na relação estabelecida (COSTA, 2013f).

É imperioso que o terapeuta estruture estratégias para lidar com o próprio sofrimento mobilizado nesta especificidade clínica. Em especial, para buscar formas de elaboração de seus sentimentos e verificação de suas reações defensivas, observando as principais esferas de delineamento: limites do terapeuta, limites para o estabelecimento de vínculo e limite de intervenção sobre o paciente (COSTA, 2013f).

Para os cuidados em sofrimento psíquico grave e a postura terapêutica gestáltica, o esclarecimento dos sintomas psicóticos, a partir do ciclo da experiência (Zinker) ou no ciclo do contato (Ribeiro), é empobrecê-los em seus sentidos reais. A sensação de não pertencer ao mundo comum é parte da experiência psicótica e afeta as outras funções próprias do movimento do *self*. Outros aspectos da Psicose como os sintomas positivos e negativos, ou a distorção e fragmentação, também são perturbações da função do *ego* e da personalidade, não atribuíveis apenas à experiência do *id*. Muitos esquizofrênicos que experimentam a não diferenciação da fronteira eu-mundo, o foram em algum momento de suas vidas. E, em

seguida, perderam-se de si, na medida em que a doença se instalava, o que forçosamente não implica não poderem a ele retornar. Entender o espectro esquizofrênico em termos de impossibilidade de diferenciação é questionável, pois como fenômeno de ser-no-mundo, o indivíduo adoecido tem algum senso de diferenciação com o meio com o qual se conecta (YONTEF, 2013).

Para Pimentel (2003), no sintoma psicótico não há realmente um descolamento total do mundo comum. Se assim o fosse, não haveria o sofrimento dessa pessoa. Existe transição entre o surto e a reconexão, ou seja, do momento de desconexão e o compartilhado com o todo. É por isso que se requer um olhar clínico específico para o trabalho com o sintoma psicótico, porque há sofrimento, porque se não houvesse, também não caberia nenhuma intervenção terapêutica.

O conceito de tratamento ou cura em Gestalt-terapia

se opõe radicalmente ao controle, à manipulação ou à coerção, cujo emprego só têm sentido quando estamos capturados pelo pessimismo e submersos na descrença; representam saídas autoritárias e simplistas, cujas pernas curtas vêm crescentemente sendo denunciadas pelas mais diversas ciências, bem como pelo acompanhamento dos resultados de nossas formas de terapias a médio e longo prazo. O autoritarismo do controle é sedutor, mas a sua funcionalidade, além de ser precária e de não resistir ao tempo, gera problemas posteriores e deixa sequelas, portanto, um substancial saldo negativo (RIBEIRO, 1998, p. 51).

Derivada do latim *cura*, a palavra ‘cuidado’ era utilizada em contextos de relações amorosas e amigáveis, como algo vinculado à importância que tem para aquele que cuida, a existência da outra pessoa que é cuidada. Como atitude, cuidar traz o desprendimento de si em direção do outro, em uma relação afetiva de interesse genuíno (BOFF, 2008; CARDOSO, 2013).

A forma de cuidar, em Gestalt-terapia, deve ser – como ressalta Sapienza (2004, p. 56 *apud* Cardoso, 2013) – com o senso de “devolver, recuperar ou resgatar para aquilo que é cuidado algo que diz respeito a ele e, por algum motivo, foi perdido ou prejudicado”. Cuidar é fazer *com*, não fazer *por*. É oferecer o suporte necessário para que o paciente se reconheça em suas possibilidades e fortaleça o seu autossuporte (CARDOSO, 2013).

Na Gestalt-terapia, as teorias e técnicas são importantes ao trabalho do terapeuta, mas

só atenderão aos objetivos da psicoterapia – concebida como uma oportunidade de reflexão, de busca e de compreensão do sentido da existência – se sustentados pelas habilidades necessárias ao verdadeiro encontro terapêutico. Portanto, na perspectiva da abordagem gestáltica, a técnica pela técnica não é válida por si só (CARDOSO, 2013, p. 73).

A complexidade do cuidado terapêutico torna-se muitas vezes difícil por impor ao terapeuta que permita ao paciente crescer em sua diferença, pondo à prova convicções

pessoais e profissionais. De acordo com Cardoso (2013), a grande dificuldade se apresenta àqueles que não conseguem abrir mão das próprias referências, por precisarem da ilusão das certezas e da eterna segurança.

CAPÍTULO 4 – CONTRIBUIÇÕES POSSIBILITADAS PELO ESTUDO

“Todos nascemos filhos de mil pais e de mais mil mães, e a solidão é, sobretudo, a incapacidade de ver qualquer pessoa como nos pertencendo, para que nos pertença de verdade e se gere um cuidado mútuo. Como se os nossos mil pais e mais as nossas mil mães coincidissem em parte, como se fôssemos por aí irmãos, irmãos uns dos outros. Somos o resultado de tanta gente, de tanta história, tão grandes sonhos que vão passando de pessoa a pessoa, que nunca estaremos sós”
(MAE, 2012)

Há diferença entre conhecer e saber. Para Ribeiro (2017), conhecer não é saber, conhecer é atitude *Isso*, objetificadora e arrogante que impõe estrutura fixa ao fenômeno. Saber representa o *Tu*, humilde e paciente que acolhe o que se manifesta. Procurou-se aqui, neste trabalho, não o conhecimento dos sintomas psicóticos, mas o saber: o saber da existência e imanência do sofrimento psíquico grave.

Ainda segundo Ribeiro (2017),

Conhecer é uma reserva, saber é uma entrega. Conhecer supõe acumular dados, informações; saber implica distribuir dados e informações. Conhecer é figura, nasce de necessidades, às vezes de uma relação ambígua organismo-ambiente; saber é fundo, é algo silencioso que habita o corpo à espera de se tornar um dado para a consciência. O conhecer é altivo, às vezes autossuficiente; o saber é humilde, não sabe que sabe ou sabe a própria ignorância. Existem *teorias do conhecimento* que se arrogam um conhecimento maior, o qual as credenciaria a julgar outros conhecimentos. Não existem *teorias do saber*, porque saber é uma ação no mundo, despretensiosa, à espera de ser qualificada não por outro saber maior, mas pela experiência e pela vivência do humano, no espaço-tempo do instante solicitante (RIBEIRO, 2017, p. 7).

Assim, em clínica, ressalta-se o saber que implica permitir que o fenômeno do outro se manifeste. Para Frazão (2017), a tarefa do terapeuta é “enxergar o outro. Não se trata simplesmente de vê-lo, nem mesmo de buscar apreendê-lo por meio de uma compreensão fenomenológica, mas, antes disso, de enxergá-lo como humano, acolhê-lo em sua angústia, alteridade e diversidade, bem como em sua singularidade existencial” (p. 25-26).

4.1 Acolher e Compartilhar: Caminhar Junto

“A companhia de verdade, achava ele, era aquela que não tinha por que ir embora e, se fosse, ir embora significaria ficar ali, junto” (MAE, 2012).

Este espaço do trabalho foi reservado não para a descrição de um estudo de caso, mas para considerar uma relação terapêutica e o sagrado desta relação, que é a preciosidade de

momentos compartilhados. Trata-se do atendimento de Sofia, nome fictício dado a uma paciente atendida pela pesquisadora durante os trabalhos realizados no GIPSI. Aqui, o convite ao leitor é para que acompanhe, na condição de testemunha, não de juiz.

Sofia chegou ao Grupo com 22 anos, depois de sair de uma crise com manifestações condizentes com sofrimento psíquico grave. Ainda criança, perdeu o pai, que faleceu de forma repentina, sem que tal perda tivesse lhe sido explicada ou acolhida.

Neste contexto, Sofia teve sua primeira crise. Relata que sentia o corpo se elevar aos céus, como em ascensão, como se acompanhasse a trajetória de seu pai. Em desespero, se agarrava às pernas da mãe e suplicava para que não a permitisse subir. Ali se formava a primeira dualidade amorosa: seguir além com o pai que tanto amava, ou continuar com a mãe, no campo terrestre. Naquele momento, ela ficou. Mas, como será visto nas crises que se seguiram, Sofia visitava dois mundos. Durante este primeiro período, Sofia foi levada ao médico que a diagnosticou com depressão pela perda do pai. O tratamento não prosseguiu e a menina foi cuidada por tios, pois a mãe estava de luto pelo marido.

Da forma como os fatos se deram, a figura materna foi internalizada pela menina como a de uma pessoa frágil e incapaz de suportar o próprio sofrimento e sofrimento do outro. O que fez Sofia não mais chorar ou demonstrar tristeza na presença da mãe.

Na adolescência, passa não só por transformações corporais como se vê à frente a necessitar de participar de grupos sociais. Ainda que tudo isso tenha sido vivido com a presença de angústias e medos, Sofia não vê a possibilidade de compartilhar o que sente. Por um lado, o da família, ela tem a percepção de que seus sentimentos, ao serem ditos, podem fragilizar ainda mais a mãe, o que incorreria na perda da única pessoa que lhe sobrou, ao lado do irmão. E, na outra vertente, na social, não sente confiança e nem tem intimidade para se confidenciar.

Retira-se em ostracismo social e afetivo. Levada novamente a médicos é-lhe reiterado o diagnóstico de sintomas depressivos, cuja medicação prescrita diminui a energia de seu sofrimento e a embotam.

Segue a vida com a aparência de que tudo vai bem, termina a escola, faz cursinho e entra na universidade. Em seu íntimo, no entanto, as dúvidas, comparações e sofrimentos advindos dos lutos não elaborados continuam a ganhar força e tamanho. Quer ser aquilo que não é, mostrar que é forte e honrar tudo aquilo que a mãe deseja e sonha para si. Estabelece assim, duas grandes metas: ser uma profissional competente e constituir uma família harmoniosa. Como descreve Frazão (2017, p. 17), ela passa a acreditar que “haja regras que, uma vez seguidas, proporcionariam bons relacionamentos com outras pessoas”.

Os dilemas de Sofia têm afinidade com os jovens que, atualmente, buscam a terapia. De acordo com Frazão (2017), aqueles que desde cedo são incitados a uma vida de sucesso, esforçam-se

para se encaixar nos padrões esperados e para tal aprendem inglês, praticam algum esporte, fazem uma faculdade, vestem-se de acordo com os ditames da moda, malham em academias, vivem de regime – pois sempre estão um ou dois quilos acima daquilo que os atuais padrões de beleza demandam. Conseguem empregos que lhes possibilitam ter um bom carro, usar roupas de marca, comer fora, vestir-se bem, adquirir os mais sofisticados bens de consumo, viajar, etc. (FRAZÃO, 2017, p. 18).

Seguem estas regras sem que tenham *awareness* de quem são e como se sentem, o que os aprisiona a sociedade de consumo, e à ilusão de que ter coisas significa realizar-se como indivíduo (FRAZÃO, 2017). Neste diapasão, Sofia matricula-se em um cursinho de inglês e consegue uma vaga de estágio por considerar que, mesmo sua família lhe oferecendo recursos financeiros e não a cobrando por isso, ela deveria ter sua autonomia e arcar consigo mesma.

Da família e dos amigos, ela ouve a suposta imposição de que, com 22 anos, uma mulher já deveria ter estabilidade financeira e um bom relacionamento amoroso. Em decorrência, Sofia se impõe regras a seguir com rigor. Sua rotina, então, é composta de um curso acadêmico de grande dificuldade em termos de horário e conteúdo; estágio remunerado de seis horas diárias em uma grande empresa; e cursinho de inglês com quatro horas semanais.

A sobrecarga das regras de sustentação das demandas externas e da intensidade da repressão de seu mundo interno a levam em direção à nova crise. Em especial, Sofia passou a apresentar grandes dificuldades sociais; não conseguia compreender o comportamento de colegas do trabalho, como se não houvesse nexos de causalidade real; e, na universidade, não estabeleceu nenhum vínculo de amizade ou coleguismo, o que lhe trazia sensação de vulnerabilidade e exclusão.

Todos esses elementos narrados foram experimentados por Sofia em silêncio. A família e os amigos não sabiam de suas dificuldades, até o momento em que, depois de quatro noites insone, começou a dizer-se morta. Dessa crise, Sofia diz ter sentido, com absoluta certeza, que estava morta e que esperava para ser levada ao cemitério. Algo de curioso ocorre, quando narrado em terapia: Sofia sorri com alívio. Ao ser perguntada por que sorri, diz que experimentava uma sensação de paz ao se lembrar desses momentos, que não se desesperava, nem assustava por sentir a própria morte. Ao contrário, de certa forma, descansava e sentia-se inalcançável.

Naturalmente, a mãe e o irmão, ignorando o que se passava a levaram até o hospital para averiguar sua saúde mental. Ao chegar lá, Sofia identifica o “capeta” na figura do médico, e na dos enfermeiros, os anjos maus que o acompanhavam. Essa percepção a faz entrar em estado de agitação psicomotora e, por isso, é contida de forma física e medicamentosa. Ao ser levada para casa, passa muitos dias dormindo e sendo cuidada pelo irmão.

Aproximadamente três meses depois, é levada ao GIPSI para acolhimento. Nas primeiras entrevistas com a família, Sofia pouco diz e seu irmão demonstra grande preocupação com uma possível internação. A decisão da família é a de que estariam dispostos a fazer o possível para que ela se recuperasse sem ter de ser hospitalizada.

Nas primeiras sessões, Sofia se apresentava com os movimentos corporais e expressões faciais lentificados, em decorrência dos remédios, mas sua fala trazia muitas preocupações com a perda da vaga de estágio e certa agitação para alcançar os projetos profissionais e pessoais traçados.

A terapeuta acolheu e validou as necessidades relatadas por Sofia, assegurando, paulatinamente, sua confiança em todo o potencial de realização que ela ainda teria a desenvolver. Aos poucos, trabalhou-se a confrontação com os introjetos de valores das demandas sociais e a assimilação daquilo que ela é e gostaria de se tornar.

A dificuldade de interação do paciente com o meio acontece quando há conflito gerador de tensão no campo, em que forças opostas atuam em diferentes dimensões: necessidades, desejos, crenças, valores, moral introjetada, situações inacabadas, conflitos sociais e familiares (ALVIM, 2014). Ao considerar as forças do campo e do organismo, a terapeuta avança na resolução do conflito. Em especial, ao legitimar as forças e tensões da paciente, o que permite que ela se olhe e se veja. Confirmar não é concordar. É acreditar no ser do paciente para que ele vá também se descobrindo. Albert Rams Ferrus (2001, p. 46-47, *apud* Brito, 2017) afirma que

(...) quando alguém vai encontrando sua alma, ou seja, quando vai recuperando sua integridade, encontra a fonte da vida, indisponível, porém inesgotável, imanente, porém inexorável. Vamos entendendo que a vida é movimento, mas também quietude; prazer, mas também dor, espontaneidade, mas também esforço. Momentos de clareza e de confusão. Aventuras e desventuras. E que, em última instância, só se faz o caminho caminhando (FERRUS, 2001, p. 46-47 *apud* BRITO, 2017).

O humano é relacional, cresce e se desenvolve na inter-relação entre eu e não eu, entre o que somos e o que não somos. Para viver em seu meio, há que se movimentar na manutenção de sua diferença. É desta forma que ele contata o outro ser que é diferente de si e tão fundamental ao seu desenvolvimento (D’ACRI, 2014). Para Frazão (2017, p. 25), “a

presença e o olhar do outro são essenciais para que nos fundemos. Nosso existir demanda o testemunho do outro”. A autora levanta ainda a complexidade desta problemática:

Há aqui questões profundas com as quais temos de lidar no exercício de nosso ofício: a impossibilidade de SER no mundo contemporâneo consumista e tecnicista, no qual encontramos poucas possibilidades para o alojamento do humano. Nossos pacientes não tiveram a possibilidade de se constituir como sujeitos da própria vida e, desse lugar, relacionar-se com seu ambiente usando sua singularidade, alteridade e humanidade (FRAZÃO, 2017, p. 25).

No decorrer das sessões, a terapeuta percebia que Sofia falava de acontecimentos que envolviam dor e sofrimento, mas sempre com um leve sorriso, e isso chamava sua atenção. Ao dizer como sua mãe e tias manifestavam desejos a seu respeito – o desejo de que ela se casasse em breve, se formasse em seu curso com rapidez e fosse bem-sucedida em sua carreira profissional –, a terapeuta notou que os olhos de Sofia se umedeceram e perguntou qual sentimento lhe ocorria, enquanto falava daquele assunto.

Imediatamente, as lágrimas desceram e Sofia sorria ainda mais, dizendo que achava ruim não ter conseguido alcançar o que TODO MUNDO alcançava. A terapeuta relatou, então, sua percepção de que via Sofia falar de situações de sofrimento com o sorriso no rosto, e a questionou se também ela notava tal peculiaridade. A paciente assentiu com a cabeça e baixou o olhar, dizendo que até aquele momento, nunca havia chorado com alguém, em especial diante da mãe, pois acreditava que se chorasse, faria o outro sofrer.

Havia, em Sofia, dificuldade de entender as próprias fronteiras e as do outro. Muitas vezes, confluía sem notar qual era a sua experiência e a alheia. A terapeuta assegurou-lhe que estava presente em sua dor, ouvia suas palavras e que isso significava ser capaz de suportar, com ela, o sofrimento que se manifestava. Concluiu pedindo à paciente confiar que naquele espaço, não havia riscos.

Sofia permaneceu em silêncio e com a cabeça abaixada por alguns minutos. Ao final da sessão, enxugou as lágrimas, olhou para a terapeuta e, com um sorriso de cumplicidade e não mais de tentativa de esconder sua dor, agradeceu dizendo perceber que a terapeuta não esperava que ela fosse forte e isso a aliviava.

A situação mostra parte do eixo existencial da paciente que, por não ter conseguido viver, experimentar ou manifestar suas emoções durante toda a vida, não tendo chorado nem a morte do próprio pai, passa a viver como morta-viva ou viva-morta em sua crise. Era preciso viver a crise para sentir a dor e saber-se viva.

Cardella (2015) insiste que é diante do amor do terapeuta e de suas diferentes facetas – atenção, hospitalidade, ternura, reconhecimento, compreensão, aceitação, devoção,

confirmação, valorização e delicadeza – que se abre a possibilidade para a pessoa que sofre encontrar lugar e viver uma experiência de confiança.

Ao encontrar confiança, o paciente poderá reconhecer, aceitar e expressar a dor, iniciando, assim, a reconciliação com seus aspectos feridos e alienados, o resgate de sua abertura para fora, para dentro e para além de si mesmo. O paciente gradualmente presentifica a dor, torna-se consciente de seus recursos e liberta-se das defesas cristalizadas (CARDELLA, 2015).

De acordo com Cardella (1994), a Psicoterapia bem sucedida consegue integração, não apenas com algumas ideias, mas com todas as funções vitais, emoções e ações do paciente. A rejeição a qualquer uma delas resulta em alienação, daí, a importância da aceitação por parte do próprio paciente e do seu terapeuta.

Ainda nesta dimensão, a aceitação permite à pessoa ser inteira. Então, a tarefa da terapia é conseguir que ela tome consciência de partes anteriormente alienadas e experimentá-las, considerá-las e assimilá-las ou rejeitá-las. Quando somos capazes de aceitar a experiência como ela é, a dor torna-se passagem: apropriamo-nos da sabedoria ofertada pela experiência e restauramos a abertura, o dever, a esperança (CARDELLA, 1994).

Não se pode esquecer que sofrimento é fenômeno relacional e que, onde uma presença amorosa faltou ou não pôde ser encontrada, são instituídas defesas que têm, por função, o preenchimento de vazios e a proteção diante da dor que, ao se cristalizarem, perpetuam paradoxalmente o sofrimento que tentaram evitar. Nesta vertente, a relação terapêutica é, tanto para paciente como para o terapeuta, a possibilidade de realizar o anseio de encontro (CARDELLA, 1994).

Há dois anos, Sofia tem atendimentos regulares individuais no GIPSI e sua família, também. Durante esse tempo, foi estabelecida não só uma relação terapêutica, como consolidada uma atenção amorosa. A todo o momento, a terapeuta se mostra cuidadosa e observadora para acolher os movimentos de Sofia, inclusive os virtuais.

Uma vez que terapeuta e paciente moram em cidades diferentes, estabeleceu-se para ambas a possibilidade de eventual comunicação pelas redes sociais e aplicativos de trocas de mensagens. Foi assim que a terapeuta percebeu, em julho de 2017, que Sofia havia trocado a foto de perfil por uma cruz de cor escura e postava mensagens religiosas em quantidade atípica, consideradas as suas preferências.

Ao entrar em contato com o irmão de Sofia, soube que seu comportamento havia mudado e poderia indicar risco de nova crise. De imediato, foi marcada uma consulta no Centro Avançado de Estudos e Pesquisa (CAEP) com a presença da mãe e do irmão. Ao

chegarem, a terapeuta decidiu entrar primeiro com sua paciente para depois conversar com toda a família.

Sofia mostrou-se simpática no primeiro contato, como de outras vezes. Entrou no consultório naturalmente e começou a relatar como havia se envolvido com um acampamento religioso e que a intensidade de tal envolvimento poderia tê-la afetado, tanto pelo cansaço físico de noites pouco ou maldormidas, quanto o que disse ser uma sobrecarga espiritual. Ela havia ficado encarregada de participar da equipe de oração e vigília, responsável por rezar continuamente frente “ao santíssimo” pedindo pela proteção de todos e velando pela intuição dos palestrantes.

Ao relatar, ria de si mesma em alguns momentos e, em outros, parecia agitada com a quantidade de informações de sua história. Por perceber tal movimentação, a terapeuta, com o intuito de auxiliar Sofia a entrar em contato com as próprias percepções e sentimentos, solicitou que ela fechasse os olhos e respirasse fundo. A paciente atendeu de pronto e sorriu em seguida.

A terapeuta perguntou o que acontecia dentro de si. Sofia respondeu que, por um momento, imaginou que ao abrir os olhos não mais a veria, como se fosse sumir. Então, lhe foi questionado se isso seria possível ou se era esse seu desejo. Rapidamente, ela abriu os olhos e respondeu negativamente, fitando a terapeuta.

Durante aquela sessão, Sofia dizia ter encontrado, finalmente, sua missão. Ela deveria levar a todos o amor de Deus e, por isso, desenvolver uma teoria que conseguisse dar cabo da dicotomia entre o Capitalismo e o Comunismo. Queria estruturar uma pedagogia que ensinasse em sala de aula a união de saberes e de pessoas.

A terapeuta acolhia tudo que era dito, com gentileza, confirmando suas percepções e auxiliando a atribuir significado aos relatos. A integração de polaridades vistas na dicotomia do relato da paciente – vida e morte, capitalismo e comunismo, religiosidade e sexualidade, bem e mal – também mostrou ser um dos eixos terapêuticos.

A descrição de Sofia foi, pouco a pouco, se acalmando, sua fala se tranquilizava e o corpo não se mais se agitava. A terapeuta convidou-a a escrever sobre tudo aquilo que era dito, para que nada se perdesse até a próxima sessão. E, uma vez que a paciente não dormia há alguns dias, foi indicado que ela tomasse a medicação hipnótica, como receitada pelo médico, apenas naquela noite.

Terapeuta e paciente decidiram não ser necessário trazer a família para a sessão. Ao se despedirem na recepção, foi recomendado aos familiares que não se preocupassem: Sofia precisava apenas jantar e tomar o remédio para garantir uma boa noite de sono.

Assim foi feito e, na tarde seguinte, a paciente substituiu a imagem da cruz de seu perfil, colocando novamente uma foto sua, e cessou a publicação de mensagens religiosas. À noite, paciente e terapeuta conversaram ao telefone, quando ela relatou melhora do mal-estar e agitação, mas sem se sentir lentificada ou entorpecida.

Por mais uma noite, Sofia tomou a medicação para garantir o sono e, em seguida, seu ciclo de descanso retornou à normalidade. Nos meses que se seguiram, foi possível trabalhar terapeuticamente a integração de polaridades, alcançando um dos cerne que desencadeou as dificuldades enfrentadas em julho. Era preciso que a paciente aprendesse a lidar com as demandas religiosas da mãe e os tabus dela advindos, mas, também, desassociá-los de suas próprias crenças.

Aos poucos, Sofia abandonou a teoria que esperava estruturar e começou a se interessar em aprofundar os estudos no curso da faculdade e em participar de congressos da sua área, o que encontrou reforço na terapeuta que, por vezes, precisava remanejar o horário ou dia das sessões para apresentar trabalhos em eventos.

Mesmo esse “espelho” foi cuidadosamente tratado em terapia. Era preciso não correr o risco de que Sofia saísse da confluência com sua mãe, lançando-se em uma nova relação simbiótica com a terapeuta. Para tanto, o trabalho era direcionado para que Sofia estivesse apta a realizar, por si mesma, este movimento.

Atualmente, Sofia lida com questões relacionadas ao crescimento profissional que tanto almeja e se ocupa em solidificar as relações sociais que estabeleceu entre os colegas de faculdade e com os amigos fora dela. Depois que iniciou os atendimentos no Grupo, não necessitou de nova internação ou tratamento medicamentoso psiquiátrico para sintomas de delírio ou alucinação.

Na última sessão realizada antes do fechamento deste trabalho, a paciente conversava sobre as possibilidades de temas para seu trabalho de conclusão de curso da Faculdade de Farmácia, que já se aproxima. Ela se interessa em entender melhor a via dopaminérgica dos medicamentos utilizados no tratamento da psicose, a necessidade de prescrição e a experiência de médicos e pacientes. Disse, ainda, que gostaria de visitar o hospital em que esteve internada.

Foi assim que ela retomou as recordações do período em que foi hospitalizada em crise. Ainda hoje, o relato é aterrorizador: a sensação de consciência de risco e perigo combinada à ausência de credibilidade e excesso de julgamento pelos que estavam ao redor. A paciente se lembra, com detalhes, do momento em que os médicos tomaram a decisão de internação, mesmo contra a opinião enfática do irmão que queria levá-la para casa, mas não

sem o consentimento da mãe impotente diante da situação e temerosa de que a filha pudesse atentar contra a própria vida.

Foram duas noites no hospital. Sofia é capaz de descrever o torpor que lhe tomou o corpo, o medo constante, os gritos e expressões dos outros pacientes. Dos poucos momentos em que foi visitada e inquirida pelo médico, ela diz se lembrar de não conseguir pronunciar muito, mas que tinha a mente inundada por pensamentos que passavam acelerados, a maior parte relacionada ao pai, quase como se desejasse a sua presença para protegê-la.

Ela entendia a necessidade de não relatar o que passava dentro de si, pois de outra forma ficaria internada por mais algum tempo. Por isso, respondia sucintamente ao que lhe era perguntado, até que tivesse alta e finalmente voltasse para casa.

A terapeuta ouviu atentamente o relato de Sofia e se emocionou. Ao final da sessão, disse-lhe que se retornar ao hospital para estudo fosse mesmo seu desejo, o fariam juntas, para que ela tivesse a garantia de que jamais seria internada contra sua vontade. Sofia sorriu e se abraçaram. Elas acabaram por fazer isso: voltaram ao cenário da crise e dele saíram ilesas e – mais que isso – fortalecidas!

Essa jornada só pode ser empreendida na medida em que o terapeuta esteja disponível para ser tocado, mobilizado e transformado por seu paciente. Se tudo correr bem, ambos poderão alcançar a inteireza, irmanando-se como curadores feridos e abertos, que se reconhecem em sua singularidade. Cabe ao terapeuta aparecer como pessoa para transcender o cuidado técnico e alcançar o cuidado ético (CARDELLA, 1994).

4.2 Reflexões

“Pensava que quando se sonha tão grande a realidade aprende”
(MAE, 2012).

A concepção aqui ampliada refere-se à Gestalt-terapia, em sua relação com o sofrimento psíquico grave, como manutenção do livre fluxo de *awareness*, sem dicotomias de saúde-doença ou normal-anormal. Do ponto de vista da interação do organismo com o meio, o indivíduo adoece na medida em que também o mundo está doente. “Os conflitos sociais, as crises culturais, políticas e econômicas afetam o equilíbrio da totalidade. A ideia de uma doença restrita ao indivíduo ou à sociedade é frágil e não se sustenta” (ALVIM, 2014, p. 23-24).

Sob circunstâncias perturbadoras, as *awareness* interrompem seu fluxo, fragmentando o comportamento da pessoa e congelando sua fluidez. A vida psíquica torna-se um estado de

incongruência (ZINKER, 2001). A terapia da concentração proposta pela Gestalt-terapia visa o fluxo temporal da experiência aqui-agora para restituir o *continuum* de *awareness* (ALVIM, 2014).

Alvim (2014, p. 29) considera esta abordagem pioneira por inserir a Psicologia no campo das perspectivas ético-estéticas, por conceber uma perspectiva desviante do pensamento interpretativo-explicativo, em direção à apreciação da experiência e do risco, da aceitação e acolhimento do novo. “A linguagem da terapia não é racional, mas poética, visando ao trabalho com o fluxo de *awareness* à criação na mutualidade com o outro, um movimento *poiético*”.

Rehfeld (1991) suscita a ideia de que saúde-doença está relacionada a conceitos tradicionais, médicos e de senso comum que correspondem a cinco aspectos básicos e duas consequências desta perspectiva:

Aspectos Básicos:

1. A “doença é considerada **como um fato**
2. É **vivenciada** como um **fenômeno** de caráter **acidental** ou **circunstancial** no percurso de vida de alguém.
3. É **veiculada** através de um agente patogênico externo ao indivíduo.
4. A “doença” é vista como algo que reside no doente e, portanto, **restrito** a ele.
5. A “doença” é **entificada** como o que promove **desequilíbrio** num organismo “**normalmente**” **equilibrado**.

Consequências:

1. A **idéia de saúde** é correlacionada **automaticamente** à **ausência de doença** ou **ausência de disfunções** orgânicas e/ou psíquicas.
2. Produz-se **segregação** ou **segmentação** do coletivo entre doentes e saudáveis (p. 27) (grifos do autor).

O autor contrapõe estes conceitos recorrendo à metáfora denominada “Princípio do Cristal”, utilizada por Freud em sua 31ª Conferência de Introdução à Psicanálise (1933). Por esse princípio, entende-se que, ao se fragmentar o objeto cristal, ele não se rompe de maneira arbitrária, mas se quebra em conformidade com sua estrutura interna e seus pontos de articulação, de acordo com as linhas pré-existentes de clivagem (REHFELD, 1991).

Tal raciocínio leva ao entendimento da “loucura” ou “insanidade mental” como autêntica manifestação humana, esclarecedora da configuração psíquica e ontológica do ser. Pois a crise acontece de acordo com a estrutura global do indivíduo, materializando a indivisibilidade entre o fenômeno patológico e a chamada normalidade (REHFELD, 1991).

Ainda que o âmbito qualitativo seja importante no estudo do modo de ser do homem em sua totalidade, a passagem do normal ao patológico somente poderá ser abordada em uma perspectiva quantitativa, em detrimento da abordagem categorial. A consideração de saúde como “ausência de doença ou disfunções orgânicas e/ou psíquicas, além de ser uma definição

circular, é também uma noção estática que não se coaduna a nenhuma concepção de homem em constante transformação” (REHFELD, 1991, p. 28).

Assim, há a necessidade de que “uma abordagem funcional ou pragmática deva ser no mínimo complementada por uma abordagem compreensivo-histórica de retomada ou resgate de um sentido de vida. A tentativa de propiciar uma abertura para novas possibilidades existenciais a partir do confronto com determinados impedimentos” (REHFELD, 1991, p. 28-29). Este, portanto, é o trabalho de uma Psicoterapia com o prisma existencial, como a Gestalt-terapia.

Para Rehfeld (1991, p. 29)

Quando o outro consegue finalmente se libertar de uma única e restrita forma de ser, podendo reconstruir ao nível do sentido sua história, e vivenciar-se livre para experimentar novas formas de ser ou novos significados para sua existência, torna-se então possível a separação deste encontro de tamanha intimidade. Esta separação, realça a constante presença da morte e exige por isso mesmo, **todo** o cuidado para que seu processo seja **fecundo**, e não resulte novamente numa restrição. **Qual?** A de **aí** no encontro psicoterápico, **residir** a única possibilidade de novas **re-significações** (grifos do autor).

A Gestalt-terapia oferece muitos recursos para o trabalho clínico terapêutico, em especial na manifestação de sintomas psicóticos. No caso específico desta dissertação, a escolha foi aproximar a clínica gestáltica dos atendimentos realizados no GIPSI, em que os acompanhamentos dirigem seus esforços para o indivíduo em sofrimento psíquico grave, em suas relações com a família e com o mundo.

Privilegia-se, também, o atendimento do todo em detrimento da parte adoecida, sugerindo-se que os profissionais primem por não só terem em mente a visão holística de seus pacientes, mas trazerem para perto o tratamento das partes ausentes nas sessões individuais, ampliando o *setting* terapêutico e a extensão do cuidado oferecido.

Apesar de as pesquisas apontarem que a família desempenha um importante papel no impacto causado pelo início da psicose em um de seus membros, o número de estudos continua inexpressivo (REHFELD, 1991 *apud* COSTA, 2013).

Diante de tal insuficiência, fica sugerido que os resultados aqui encontrados possam ser pesquisados mais adiante, nas situações clínicas encontradas em contextos familiares com sofrimento psíquico grave.

Este trabalho de dissertação se encerra aqui por enquanto. Para finalizá-lo, ao menos nesta etapa, valho-me das palavras concludentes emprestadas de Petrelli (2005):

O amor é cura da existência (Karl Jaspers); é convivência construtiva (Binswanger), é intimidade autêntica na relação dialogante entre Eu-Tu (Martin Buber). O amor dá coragem para existir (Paul Tillich), dá significado à dor (F. J. Buytendijk), dá significado ao morrer (Jacques Maritain) e dá significado ao viver (Max Scheler) (PETRELLI, 2005, p. 12 – anais do XI Encontro Goiano).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escrita desse trabalho permitiu clarear e aprofundar os estudos da autora na Gestalt-terapia, em especial no que tange aos assuntos do que comumente é denominado psicose. Entender o que foi escrito e a forma como a clínica tem se estabelecido, tanto academicamente, quanto nos consultórios, é enriquecedor pessoal e profissionalmente.

Tal imersão possibilitou a compreensão primeira de que os autores precursores desta abordagem se mantinham de tal forma voltados para a estruturação de uma terapia que permitisse o contato com o aqui-e-agora e a libertação da consciência por meio da *awareness* que, pouco se dedicaram aos estudos das manifestações da alucinação e do delírio, assim como de outras questões humanas diversas daquilo que se considera como neurose.

A segunda percepção é a de que alguns autores, intitulado-se gestalt-terapeutas, muitas vezes, acabaram por resvalar no abismo das predições, na tentativa de localizar uma causa e/ou justificarem um suposto desajuste ou desorganização mental.

Ao investigar a área, o presente trabalho identificou discursos tendenciosos a respeito do tema. Alguns caminham para a inferência de um defeito na função *id* do *self*, outros para uma desestruturação do fundo que impediria a correta formação de figuras e, há ainda, aqueles que entendem como formas de ajustamentos criativos psicóticos as manifestações do sofrimento psíquico grave.

Não havia e não há aqui o intuito de sistematizar origens ou explicações, mas entender a postura terapêutica preconizada pela Gestalt-terapia como possibilidade do atendimento ao sofrimento psíquico grave.

A imersão na Psicopatologia Clássica e na Psicopatologia Fenomenológica sustenta a proposição feita de transformação, não só terminológica, mas como postura profissional e existencial, de que esse é o momento ideal de rompimento com a nosografia diagnóstica que encarcerou a angústia humana no rótulo da psicose.

A proposta do orientador de substituição do termo psicose para a utilização do constructo de sofrimento psíquico grave, mais do que urgente, emerge no terreno fértil de uma sociedade que clama por mais humanidade, acolhimento e cuidado. Participar desta concepção, partilhá-la e pôr em prática o princípio da humanização no acolhimento terapêutico do sofrimento psíquico grave é, não apenas uma oportunidade ímpar, mas uma honra. Assim, os acréscimos advindos da presente pesquisa se materializam na aplicação desta postura profissional dentro do atendimento no grupo GIPSI.

A autora desta dissertação já se balizava pelos parâmetros gestálticos, mas as inquietações e dúvidas concernentes à exiguidade de trabalhos científicos que sustentassem tal prática no atendimento do sofrimento psíquico grave a levaram a participar do Grupo e, por fim, a lhe propor este estudo.

Provavelmente, a chance de experimentar, não apenas como observadora, mas como um ser imerso na angústia humana e poder acolhê-la no outro, que é o paciente, seja o maior acréscimo. Mergulhar neste trabalho ocasionou momentos de escuridão e perturbação, clareza e alívio.

Compreender os conceitos da Gestalt-terapia no contexto da saúde mental é essencial para uma clínica que se proponha acolher o sofrimento psíquico grave e dele cuidar de forma consciente e responsável.

As origens filosóficas da Gestalt-terapia, pautadas no Humanismo, Existencialismo E Fenomenologia, entrelaçam-se com a proposta teórica do constructo de sofrimento psíquico grave, enquanto suas bases teóricas alicerçam as propostas da prática clínica que esta terminologia traz em seu bojo.

Nesta abordagem clínica, não há estagnação de conceitos ou dogmas e paradigmas a serem seguidos. A liberdade que lhe é intrínseca fornece novos e diversos caminhos a terapeutas e pacientes. E, ao se tratar do sofrimento psíquico grave, quanto maior a responsabilidade dos envolvidos no tratamento, tanto maior a necessidade de estudo e questionamentos, eliminando *a priori* e mantendo fora rótulos estigmatizantes.

A apresentação da vinheta clínica e dos conhecimentos obtidos durante os atendimentos no GIPSI se propõe a não encerrá-los em si. Bem ao contrário, pretende encontrar ressonância na experiência de futuros leitores deste trabalho. O que coincide com o propósito da abordagem gestáltica: que se experimente o que fizer sentido e tiver coerência com o vivido no real; se não for assim, que se siga o fluxo da relação terapêutica.

Percebeu-se que não há algo exclusivo a ser adotado em atendimento desta manifestação humana. O cuidado e a ética apresentados neste trabalho não se restringem a uma clínica do sofrimento psíquico grave apenas pautada na abordagem gestáltica. Contrariamente, amplia-se a postura clínica terapêutica na relação com todos os pacientes, sem exceção.

Assim, esse trabalho teórico-clínico – preponderantemente teórico – visou à aproximação do conhecimento produzido até então na Gestalt-terapia sobre o sofrimento psíquico grave, como a análise crítica dos sintomas, tanto quanto possível. O que, no limite, incrementou o estudo do percurso e progressos desta área do conhecimento, além de ilustrar

com vinhetas de caso clínico, intervenções e atuações terapêuticas no contexto de pesquisa do Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do tipo psicótica (GIPSI).

Na mesma proporção em que as *Gestalten* se fechavam outras tantas se abriam. Uma delas, a proposição de estudos complementares a este que avancem na investigação da Gestalt-terapia no cuidado com o sofrimento psíquico grave, por meio da estruturação de casos clínicos e do atendimento a famílias, tal como a prática observada no GIPSI.

REFERÊNCIAS

- ALCÂNTARA, C. M.; COSTA, I. I. **Adolescentes e drogas, lei e justiça**: construções teórico-metodológicas para uma clínica da complexidade na socioeducação. 1. ed. Brasília, DF: Link Comunicações e Design, [v. 1]. 2015. 391p.
- ALVIM, M. B. Transtorno bipolar, temporalidade e conexão com o outro: reflexões preliminares. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia**/ São Paulo: Summus, 2017.
- ALVIM, M. B. *Awareness*: experiência e saber da experiência. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia**: conceitos fundamentais. São Paulo: Summus, 2014.
- ANTHONY, S. M. R. A criança com transtorno de ansiedade: seus ajustamentos criativos defensivos. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 15, n. 1, 2009, p. 55-61.
- ARRUDA, N.; FERNANDES, M. B. *Awareness*. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia**: "Gestaltês". 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.
- AUGRAS, M. **O ser da compreensão** - fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 2009.
- BARROS, P. N. **A bruxa, o terapeuta e outras histórias**. São Paulo: Summus. 1994.
- BAUCHESNE, H. **Histoire de la Psychopathologie**. Paris: PUF, 1993.
- BEISSER, A. R. A teoria paradoxal da mudança. In: FAGAN, J.; SHEPHERD, I. L. (Org.). **Gestalt-terapia**: teoria, técnicas e aplicações. Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p. 110-4.
- BERNARDINI, R. G. A Ética na Gestalt-terapia. In: CONGRESSO NACIONAL DA ABORDAGEM GESTÁLTICA, 7., 1999, Goiânia. **Resumos**. Goiânia: ITGT, 1999.
- BESSONI, E. A. **Clarisse, eu e Winnicott**: um estudo de caso sobre o manejo na clínica do sofrimento psíquico grave. 2008 (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.
- BINSWANGER, L. **Mélancolie et manie**: etudes phénoménologiques. Paris: Presses Universitaires de France, 1987. (Obra original publicada em 1960).
- BINSWANGER, L. **Três formas da existência malograda**. Tradução Guido A. de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1977. (Original publicado em 1956).
- BINSWANGER, L. Fonction Vitale et histoire intérieure de la vie. In: BINSWANGER, L. **Introduction à l'analyse existentielle**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1971. (Original publicado em 1924).

BINSWANGER, L. Analyse de la Phénoménologie. In: BINSWANGER, L. **Introduction à l'analyse existentielle**. Paris: Les Éditions de Minuit, 1971a, p. 79-117. (Original publicado em 1922).

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 15. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BONDER, N. **Fronteiras da inteligência**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2001.

BOSS, M. Encontro com Boss. **Revista Daseinsanalyse**, São Paulo, n. 1-3, 1997, p. 5-21.

BOSS, M.; CONDRAU, G. Daseisanalyse: como a Daseinsanalyse entrou na psiquiatria. **Revista da Associação Brasileira de Daseinsanalyse**, São Paulo, n. 2, 1997, p. 23-35.

BRANDÃO, L. M. **Psicologia hospitalar: uma abordagem holística e fenomenológico-existencial**. Campinas: Livro Pleno, 2003.

BRENTANO, F. (1995). **Descriptive Psychology**. New York: Routledge, 1995 (Original publicado em 1890).

BRITO, M. A. Q. Busca do sentido do ser ou perda da identidade? Lidando com os padrões socialmente impostos. In: FRAZÃO, L. M. (Org.). **Questões do humano na contemporaneidade: olhares gestálticos**. São Paulo: Summus, 2017.

BRITO, L. S. **O terapeuta na clínica do sofrimento psíquico grave: Particularidades e Vivências**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Brasília, DF: UnB, 2011. (Texto não publicado).

BUARQUE, S. Psicose. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Terapia**. Dicionário da Gestalt-terapia: "Gestaltês". 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

BUBER, M. **I and Thou**. Tradução W. Kaufman. Nova York: Scribner's Sons, 1970. (Original publicado em 1923).

BUBER, M. **Eu e tu**, 5.e.d. São Paulo: Centauro, 1974.

BUCHER, R. E. **Psicoterapia pela Fala**. São Paulo, SP: E.P.U., 1989.

CAEIRO, A. **O Guardador de Rebanhos**. (n. 4). Lisboa: Athena, jan. 1925.

CAMPBELL, R. J. **Dicionário de Psiquiatria**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CAPONI, S. O DSM-V como dispositivo de segurança. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, 2014, p. 741-763. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000300005>.

CARDELLA, B. H. P. Relação, atitude e dimensão ética do encontro terapêutico na clínica gestáltica. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.) **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2015.

CARDELLA, B. H. P. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.) **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.

CARDELLA, B. H. P. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2002.

CARDELLA, B. H. P. **O amor na relação terapêutica**. São Paulo: Summus, 1994.

CARDOSO, C. L. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

CARDOSO, C. L. A psicoterapia na contemporaneidade: encontro dialógico ou “oficina existencial?” a importância do processo na clínica gestáltica. In: ENCONTRO GOIANO, 11., 2005. Goiás. **Anais**. Goiânia, 2005.

CARDOSO, C. L. A escuta fenomenológica em psicoterapia. **Revista do VIII Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica &– Relação Dialógica: a cura pelo encontro**, Goiânia, v. 8, 2002, p. 16-27.

CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CARVALHO, L. C. **A intervenção precoce nos ajustamentos do tipo psicótico e a clínica gestáltica: ensaios preliminares**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://bdt.d.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4124>.

CARVALHO, L. C. C. I.; COSTA, I. I. da. O ajustamento do tipo psicótico. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.

CARVALHO, L. C.; COSTA, I. I. O ajustamento do tipo psicótico. In: COSTA, I. I. da (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2017.

CARVALHO, L. C. D.; COSTA, I. I. O paradigma da Intervenção Precoce nas Psicoses: uma abordagem possível ao sofrimento psíquico grave. In: COSTA, I. I. da. (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

CARVALHO, L. C. D.; COSTA, I. I. A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. **Revista da Abordagem Gestáltica (on line)**, Goiânia, v. 16, n. 1, 2010, p. 12-18. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 7 maio 2018.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Sobre pródromos, intervenção precoce e psicose. In: COSTA, I. I. da. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Costa, I. I. da et al. Brasília, DF: Kaco, 2010.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. **Psic. Clin.** Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2008, p. 153-164.

CARVALHO, N. R.; COSTA, I. I. Sobre pródromos, intervenção precoce e psicose. 2006. In: COSTA, I. I. da et al. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Brasília, DF: Kaco, 2010a.

CERBONE, D. R. **Fenomenologia**. Petrópolis: Vozes, 2013.

CHAMOND, J. Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 17, n. 1, 2011, p. 3-7. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180968672011000100002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 maio. 2018.

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

CIORNAI, S. **Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia**. 1995. Disponível em: <http://www.nuted.ufrgs.br/oa/criativas/midioteca/modulo_1/Criatividade_na_perspectiva_da_Gestalt.pdf>.

CIORNAI, S. Relação entre criatividade e saúde na Gestalt-terapia. **Revista do I Encontro Goiano de Gestalt-terapia**, Goiânia, n. 1, 1995, p. 72-76.

COSTA, H. Necessidades, hierarquia de necessidades, emergência de necessidades. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

COSTA, I. I. A crise psíquica enquanto paradigma do sofrimento humano. (Re) pensando o psíquico como expressão do existir e seu cuidado. In: FARIA, N. J.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Saúde mental, sofrimento e cuidado: fenomenologia do adoecer e do cuidar**. Curitiba: Juruá, 2017.

COSTA, I. I. (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF: Editora da Universidade de Brasília, 2014.

COSTA, I. I. Apresentação. In: COSTA, I. I. (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF, Editora Universidade de Brasília, 2014.

COSTA, I. I. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: COSTA, I. I. da (Org.) **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013a, p. 33-74.

COSTA, I. I. **Família e Esquizofrenia**. Um estudo transgeracional. 1. ed. Brasília: Gráfica e Editora Brasil, 2013b. [v. 1]. 171p.

COSTA, I. I. **Intervenção precoce e crise psíquica grave**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2013c. [v. 1]. 411p

COSTA, I. I. Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In: COSTA, I. I. da (Org.). **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013d.

COSTA, I. I. Delimitação e gerenciamento da crise psíquica grave: em busca de parâmetros. In: COSTA, I. I. da (Org.). **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013e.

COSTA, I. I. Lidando com o sofrimento psíquico grave: angústias e desafios dos profissionais da área. In: COSTA, I. I. da. (Org.). **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013f.

COSTA, I. I. Psicose: um conceito absolutamente impreciso. In: COSTA, I. I. da, et al. **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem completa**. Brasília, DF: Kaco, 2010a.

COSTA, I. I. Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2008, p. 94-100.

COSTA, I. I. Família e psicose: uma proposta de intervenção precoce nas primeiras crises de sofrimento psíquico grave. In: FÉRES-CARNEIRO, T. **Família e Casal**. Saúde, trabalho e modos de vinculação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

COSTA, I. I. Adolescência e a Primeira Crise Psicótica: Problematizando a continuidade entre o sofrimento normal e o psíquico grave. In: Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental, 2, 2006, Belém, PA. **Anais**. Belém, 2006. Disponível em: <http://psicopatologiafundamental.org/uploads/files/ii_congresso_internacional//mesas_redondas/ii_con._adolescencia_e_primeira_crise_psicotica.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2018.

COSTA, I. I. Uma crítica epistemológica da clínica e da pesquisa familiar da esquizofrenia. In: FÉRES-CARNEIRO, T. (Org.). **Família e casal**. Efeitos da contemporaneidade. Rio de Janeiro: Pontifícia Universidade Católica, 2005.

COSTA, I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia**. Brasília, DF: ABRAFIPP, 2003.

COSTA I. I. **Da fala ao sofrimento psíquico: ensaios acerca da Linguagem Ordinária e a Clínica Familiar da Esquizofrenia**. 2002. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://repositorio.unb.br/>>.

COSTA, I. I.; ALVES, E. **Dores dos cuidadores em saúde mental**. 1.ed. Brasília, DF: Editora da UnB, 2013. [v. 1]. 164p.

COSTA, I. I.; BRAGA, F. W. Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, 2013, p. 547-562.

COSTA, I. I.; RIBEIRO, M. Intervenção precoce nas psicoses: lidando desde cedo com o sofrimento psíquico grave. In: TEIXEIRA, L. C.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F.

(Org.). **O sofrimento e seus destinos: psicologia, psicanálise e práticas de saúde.** Brasília, DF: Universa, 2008.

COSTA, E. W. K. A.; COSTA, I. I. **Psicologia Forense.** Abordagem Crítico-complexa. 1.ed. Curitiba: Juruá, [v.1], 2017. 246p.

COSTA, V. E. S. M. O aqui-e-agora em uma perspectiva clínica. **Revista do X encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, n. 1, 2004, p. 33-41.

CUNHA, A. **Dicionário Etimológico Nova Fronteira.** Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1997.

D'ACRI, G. C. M. R. M. Contato: funções, fases e ciclo de contato. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais.** 1. ed. São Paulo: Summus, 2014.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2.ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia?** São Paulo: Moraes, 1992.

DELACROIX, J. M. **Encuentro con la psicoterapia.** Una visión antropológica de la relación y el sentido de la enfermedad en la paradoja de la vida. Santiago de Chile: Cuatro Viento, 2008.

DELACROIX, J. M. **No está tan loco como parece.** Texto escrito a partir da conferência apresentada em Collégiale, organizada em Toulon, 2005. Disponível em: <http://www.gestaltmedicina.com/articulos/NO_ESTA_TAN_LOCO_COMO_PARECE_JeanMarie_Delacroix.doc>.

DILTHEY, W. **Dos escritos sobre hermenêutica:** el surgimiento de la hermenéutica y los esbozos para una crítica de la razón histórica. Tradução Antônio Gómez Ramos. Madrid: Gredos, 2000. (Original publicado em 1900).

ELLENBERGER, H. Introducción clínica a la fenomenología psiquiátrica y al análisis existencial. 1958. In: MAY, R. E.; ELLERBERGER, H. **Existencia:** nueva dimensión en Psiquiatria y Psicología. Tradução Sánchez Pacheco. Madrid: Gredos. 1977, p. 123 – 162. (Original publicado em 1958).

FAGAN, J.; SHEPHERD, I. L. (Org.). **Gestalt-terapia: teoria, técnicas e aplicações.** Rio de Janeiro: Zahar, 1980, p. 110-4.

FARIA, N. J. de Noções de cuidado na atenção básica à Saúde e Gestalt-terapia. In Saúde Mental, sofrimento e cuidado: fenomenologia do adoecer e do cuidar. FARIA, N. J.; HOLANDA, A. F. (Org.). **Saúde mental, sofrimento e cuidado: fenomenologia do adoecer e do cuidar.** Curitiba: Juruá, 2017.

FEIJOO, A. M. L. C. de. As diferentes etapas da psicopatologia fenomenológica. In Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica. In: FEIJOO, A. M. L. C. de; LESSA, M. B. M. F. (Org.). **Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica.** 1.ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2016.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FERREIRA, A. F. **A injunção como acontecimento**: sobre o desencadeamento de crises psicóticas. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2012.

FERREIRA, L. da S. M. O problema da Psicopatologia na Psicoterapia Fenomenológico-existencial. In: FEIJOO, A. M. L. C. de.; LESSA, M. B. M. F. (Org.). **Psicopatologia: fenomenologia, literatura e hermenêutica**. 1ª ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2016.

FERREIRA, M. V.; ANTÚNEZ, A. E. A. Fenomenologia de Michel Henry e a clínica psicológica: sofrimento depressivo e modalização. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 19, n. 2, abr./jun. 2014.

FERRUS, A. R. **Clínica gestáltica**: metáforas de viaje. Vitoria-Gasteiz, Espanha: La Llave, 2001.

FOUCAULT, M. **Les anormaux**. Paris: Gallimard, 1999.

FORGHIERI, Y. C. **A Fenomenologia e suas relações com a Psicologia**. Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisa. São Paulo: Pioneira Thomson Learning; 2004.

FRANCESETTI, G. The emergent suffering: fiel perspective on psychopathology in Gestalt therapy. In: KLAREN, G.; LEVI, N.; VIDAKOVIC, I. (Org.). **Yes, we care!** Social, political and cultural relationship as therapy's ground - A Gestalt perspective. Nieuw-Buinen: EAGT, 2015.

FRANCESETTI, G.; GECELE, M. Gestalt therapy perspective on psychopathology and diagnosis. **British Gestalt Journal**, Bristol, England, v. 8, n. 2, 2009, p. 5-20.

FRANCHESETTI, G.; SPAGNUOLO LOBB, M. Beyond the pillars of hercules. A Gestalt Therapy Perspective of Psychotic Experiences. In: FRANCHESETTI, G.; GRECELE, M.; ROUBAL, J.; GREENBER, L. **Gestalt Therapy in Clinical Practice**: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. (Gestalt Therapy Book Series, 2) 2013.

FRAGA, A. P. V. **Repercussões subjetivas do atendimento a psicóticos em profissionais de saúde mental**. 1997. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Brasília, Brasília, DF, 1997.

FRANÇA, J. L.; VASCONCELLOS, A. C. de. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas**. 8.ed. rev. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2009.

FRAZÃO, L. M. Ser ou não ser na contemporaneidade: eis a questão. In: FRAZÃO, L. M. (Org.). **Questões do humano na contemporaneidade**: olhares gestálticos. São Paulo: Summus, 2017.

FRAZÃO, L. M. Compreensão clínica em Gestalt-terapia: pensamento diagnóstico processual e ajustamentos criativos funcionais e disfuncionais. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**/ São Paulo: Summus, 2015.

FRAZÃO, L. M. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas** (v. 1). São Paulo: Summus 2013

FRAZÃO, L. M. Funcionamento saudável e não saudável enquanto fenômenos interativos. **Revista do III Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 3, 1997, p. 64-71.

FRAZÃO, L. M. Pensamento Diagnóstico Processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista de Gestalt**, Goiânia, v. 1, 1991, p. 27-31.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia** (v. 5). São Paulo: Summus, 2017.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia** (v. 4). São Paulo: Summus, 2016.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **A clínica, a relação terapêutica e o manejo em Gestalt-terapia**. (v. 3). São Paulo: Summus, 2015.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. (v. 2). São Paulo: Summus, 2014.

FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas** (v. 1). São Paulo: Summus, 2013.

FREIRE, J. C. O lugar do outro na daseinsanalyse de Binswanger. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** da UERJ, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2008, p. 261-271.

FROMM, E. **A Arte de Amar**. Tradução Milton Amado. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

FUKUMITSU, K. O. O método fenomenológico em pesquisa gestáltica. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

FUKUMITSU, K. O.; CAVALCANTE, F.; BORGES, M. O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. **Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia** da UERJ, Rio de Janeiro, Ano 9, n. 1, 2009, p. 174-184. <https://doi.org/10.12957/epp.2009.9143>

GALLI, L. P. Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde e da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2009, p. 59-71. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/4518/451844628006/>>. Acesso em: 14 maio 2018.

von GEBSATTEL, V. E. **Imago hominis**. Tradução Beatriz Romero. Madrid: Gredos, 1969.

GELSO, C. J. A tripartite model of the therapeutic relationship: Theory, research, and practice. **Psychotherapy Research**, v. 24, n. 2, 2014, p. 117-131.

GHISOLFI, E. S. **Síndrome psicótica**. Londrina, PR, 2010. Disponível em: <<http://www.psiqriatruianet.com.br/psicopatologia/19sindromepsicotica.htm>>. Acesso em: 10 maio 2018.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GIOVANETTI, J. P. **Psicoterapia fenomenológico-existencial: fundamentos filosófico-antropológicos**. 1.ed. Rio de Janeiro: Via Verita, 2017.

GIPSI – Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótica. **Manual de Orientação**. Brasília, DF: Kaco, 2010.

GONÇALVES, R.; GARCIA, F.; DANTAS, J.; EWALD, A. MerleauPonty, Sartre e Heidegger: três concepções de fenomenologia, três grandes filósofos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** da UERJ, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2008, p. 396-346.

HOLANDA, A. F. **Fenomenologia e humanismo: reflexões necessárias**. Curitiba: Juruá, 2014.

HOLANDA, A. F. Por uma clínica fenomenológica do sofrimento: o sofrer é do sofrente e do existente. In: COSTA, I. I. da. (Org.). **Sufrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014a.

HOLANDA, A. F. Gênese e histórico da psicopatologia fenomenológica. In: ANGERAMI-CAMOM, V. (Org.). **Psicoterapia e brasilidade**. São Paulo: Cortez, 2011, p. 57-82.

HOLANDA, A. F. Psicopatologia, exotismo e diversidade: ensaio de antropologia da psicopatologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 6, n. 2, 2001, p. 29-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722001000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 fev. 2009.

HOLANDA, A. F. Saúde e Doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 15, n. 2, 1998, p. 29-44.

HORVATH, A. O.; Del RE, A. C.; FLUCKIGER, C.; SYMONDS, D. Alliance in individual psychotherapy. In: NORCROSS, J. (Ed.). **Psychotherapy relationships that work**. 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2011, p. 76-89.

HUXLEY, A. **Admirável mundo novo**. Tradução Lino Vallandro e Vidal Serrano. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HYCNER, R. A base dialógica. In: HYCNER, R.; JACOB, L. **Relação e Cura em Gestalt-terapia**. Tradução Elisa Plass e Marcia Portella. São Paulo: Summus, 1997

HYCNER, R. **De pessoa a pessoa: psicoterapia dialógica**. São Paulo: Summus, 1995.

- HYCNER, R.; JACOBS, L. **Relação e cura em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.
- HUSSERL, E. **Investigações lógicas**. Tradução P. Alves e C. Marujão. (v.1-2). Lisboa: Centro de Filosofia da Universidade de Lisboa, 2007. (Trabalho original publicado em 1901).
- HUSSERL, E. **A Ideia da Fenomenologia**. Tradução A. Mourão. Rio de Janeiro: Edições 70, 1965.
- JACOBS, L. O diálogo na teoria e na Gestalt-Terapia. In: HYCNER, R.; JACOBS, L. **Relação e cura na Gestalt-terapia**. [cap. 3]. São Paulo: Summus, 1997, p. 67-94
- JACOBS, L. Shame in the therapeutic dialogue. **British Gestalt Journal**, Bristol, England, v. 4, n. 2, p. 91-100, 1995.
- JASPERS, K. **Psicopatologia Geral**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1987. (Original publicado em 1913).
- JASPERS, K. Delirio celotípico, contribución al problema: desarrollo de una personalidad o proceso?. In: JASPERS, K. **Escritos psicopatológicos**, Madrid: Gredos. 1977, p. 111-181. (Original publicado em 1910).
- LATNER, J. **The Gestalt Therapy Book: a holistic guide to the theory, principles, and techniques of Gestalt Therapy developed**. New York: Julian Press, 1973.
- LEWIN, K. **Teoria de Campo em Ciência Social**. São Paulo: Pioneira, 1965.
- LÉVINAS, E. O sofrimento inútil. In: LÉVINAS, E. **Entre nós: ensaios sobre a alteridade**. Tradução Pergentino Pivatto. Petropolis, RJ: Vozes, 1997. 271p.
- LÉVINAS, E. **Totalidade e infinito**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2000.
- LIMA, P. Holismo. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário de Gestalt-Terapia: "Gestaltês"**. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.
- LIMA, P. V. de A. A Gestalt-terapia holística, organísmica e ecológica. In: FRAZÃO, L. M.; FUJUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.
- LIMA, P. **Psicoterapia e mudança: uma reflexão**. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 2005.
- LINES, E. **An Introduction to Early Psychosis Intervention: some relevance findings & Emerging practices**. Canadian Mental Health Association, 2003.
- LOPARIC, Z. **A semântica transcendental de Kant**. Campinas: Unicamp, 2002.
- LUFT, Lya. **Pensar é Transgredir**. São Paulo: Record, 2004.

LUTZ, W.; RUBEL, J.; SCHIEFELE, A.K.; ZIMMEMANN, D.; BOHNKE, J. R.; WITTMANN, W. W. Feedback and therapist effects in the context of treatment out-come and treatment length. **Psychotherapy Research**, v. 25, n. 7, 2015, p. 647-660.

McGORRY, P. D.; EDWARDS, J. **Intervenção Precoce nas Psicoses**. Revisão científica de Mário Rodrigues Louzã Neto. São Paulo: Janssen-Cilag Farmacêutica, 2002.

MAE, V. H. **O filho de mil homens**. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

MANO, R. de P. **Vivências espirituais e sofrimento psíquico grave**. 2016. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

MANO, R. P.; COSTA, I. I. **Vivências espirituais e crises do tipo psicóticas**. 1.ed. Curitiba: Juruá, 2017. [v. 1]. 176p.

MARQUES, R. V. Goldstein e as (des) ordens do patológico: a experiência da angústia. In: SILVA, C. A. de F. da (Org.). **Kurt Goldstein: psiquiatria e fenomenologia**. Cascavel, PR: EDUNIOESTE, 2015.

MATTAR, C. M.; NOVAES DE SÁ, R. Os sentidos de “análise” e “analítica” no pensamento de Heidegger e suas implicações para a psicoterapia. **Estudos e Pesquisas em Psicologia** da UERJ, Rio de Janeiro, v. 8, 2, 2008, p. 189-200.

MAY, R. **A descoberta do ser**. Rio de Janeiro: Rocco, 1988.

MEIRELES, C. **Poesias completas**. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1993, p. 118.

MENDONÇA, M. M. A psicologia humanista e a abordagem gestáltica. In: In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: Fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.

MENDONÇA, M. M. **Curso Introdotório I – A fenomenologia**. Goiânia: ITGT, 2012.

MENDONÇA, M. M. Ajustamento criativo. In: D’ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia: “Gestaltês”**. 3. ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

MILLER, S. S.; HUBBLE, M. A.; CHOW, D. L.; SIEDEL, J. A. Beyond measures and monitoring: Realizing the potential of feedback-informed treatment. **Psychotherapy**, v. 52, n. 4, 2015, p. 449-457.

MINKOWSKI, E. Breves reflexões a respeito do sofrimento (aspecto pático da existência). Tradução Maria Vera Pompeo de Camargo Pacheco. Revisão técnica Prof. Dr. Mário Eduardo Costa Pereira do Laboratório de Psicopatologia Fundamental da Unicamp, de Minkowsli, E. Brèves réflexions sur la souffrance. In: Minkowsli, E. *Traité de psychopathologie*. Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1999, p. 801-813. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 4, 2000, p. 156-164.

MINKOWISKI, E. **Structure de depressions**. Paris: Editions Objet, 1993. (Original publicado em 1930).

MINKOWSKI, E. **Le temps vécu**. Paris: Delaxaux et Nestlé, 1968. (Original publicado em 1933).

MOREIRA, V. A contribuição de Jaspers, Binswanger, Boss e Tatossian para a psicopatologia fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 17, n. 2, 2011, p. 172-184. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000200008&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 10 maio 2018.

MOREIRA, V. Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 15, n. 4, 2010, p. 723-731.

MOREIRA, V. Psicopatologia crítica. In: MOREIRA, V.; SLOAN, T. **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica**. São Paulo: Escuta, 2002, p. 109-248.

MORUJÃO, A. F. Escola fenomenológica. In: LOGOS: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia. Lisboa: Verbo, 1990.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. Fenomenologia. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. **Psicose e sofrimento**. São Paulo: Summus, 2012.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J.; MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. Clínica dos ajustamentos psicóticos: uma proposta a partir da Gestalt-terapia. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 8, 2008, p. 3-25. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/ojs2/index.php/igtnarede/article/view/1845/2534>>. Acesso em: 7 abr. 2018.

NASCIMENTO, F. M. Corpo e Gestalt-terapia: uma reflexão sobre o corpo na abordagem gestáltica. In: CONGRESSO BRASILEIRO, 1; ENCONTRO PARANAENSE DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, 3, 1999, Curitiba. **Anais**. Curitiba, 1999.

NASCIMENTO, L. C. S.; VALE, K. S. do. Reflexões acerca do fazer ético na clínica gestáltica: um estudo exploratório. **Revista de Abordagem Gestalt.**, Goiânia, v. 19, n. 2, dez. 2013, p. 157-166. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672013000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 27 maio 2018.

NORDGAARD, J.; SASS, L. A.; PARNAS, J. Entrevista psiquiátrica: validade, estrutura e subjetividade. **Arquivos Europeus de Psiquiatria e Neurociência Clínica**, v. 263, n. 4, 2013, p. 353-364. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668119/pdf/406_2012_Article_366.pdf>. <http://doi.org/10.1007/s00406-012-0366-z>.

NUNES, A. L.; HOLANDA, A. Compreendendo os transtornos alimentares pelos caminhos da Gestalt-terapia. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 14, n. 2, 2008, p. 172-181.

OLIVEIRA, M. A. **A experiência das psicoses: Um olhar teórico-clínico da Gestalt-terapia**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Brasília, DF: Universidade de Brasília, 2015.

OLIVEIRA, M. A.; COSTA, I. I. da. Gestalt-terapia e o ajustamento do tipo psicótico: um relato de experiência. In: COSTA, I. I. da. (Org.). **Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico**. Curitiba: Juruá, 2013.

OLIVEIRA, M. Psicose e ressonâncias sociais. In: SILVA, M. V. O. (Org.). **IN-tensa/EX-tensa: a clínica psicossocial das psicoses**. Salvador: Laboratório de Estudos Vinculares da Universidade Federal da Bahia, 2007, p. 52-69.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. Assembleia Mundial de Saúde. **Plano de Ação Integral sobre Saúde Mental 2013-2020**. Genebra, 2013. Disponível em: <<http://www.apcd.org.br/index.php/noticias/921/em-foco/07-06-2017/oms-divulga-que-as-doencas-mentais-e-neurologicas-atingem-700-milhoes-de-pessoas?email=>>>. Acesso em: 20 maio 2018.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde; ORGANIZAÇÃO Pan-americana de Saúde. Brasil. **Folha informativa – Transtornos mentais**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5652:folha-informativa-transtornos-mentais&Itemid=839>. Acesso em: 14 maio 2018.

PALAZZOLI, M. S. et al. **Os jogos psicóticos na família**. São Paulo: Summus, 1998.

PENHA, J. **O que é existencialismo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

PEREIRA, M. Sobre os fundamentos da psicoterapia de base analítico-existencial, segundo Ludwig Binswanger. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 4, n. 1, 2001, p. 137-142.

PEREIRA, M. E. C. Minkowski ou a psicopatologia como psicologia do pathos humano. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 3, n. 4, 2000, p. 153-155. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142000004011>.

PERLS, F. S. **Ego, fome e agressão**. Tradução Georges Boris. São Paulo: Summus, 2002. (Original publicado em 1942).

PERLS, F. S. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

PERLS, F. S. **Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo**. Tradução George Schlesinger. Revisão científica Paulo Eliezer Ferri de Barros. São Paulo: Summus, 1979.

PERLS, F. S. **Gestalt-Terapia Explicada**. São Paulo: Summus, 1979.

PERLS, F. S. In: STEVENS, J. O. (Org.). **Isto é Gestalt**. São Paulo: Summus, 1977.

PERLS, F. S.; HEFFERLINE, R.; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997. (Original publicado em 1951).

PERLS, L. **Living at the boundary**. The British Gestalt Journal, Bristol, England, 1992.

- PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.
- PINHEIRO, M. Teoria Paradoxal da Mudança. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.
- PINTO, E. B. A ansiedade e seus transtornos na visão de um Gestalt-terapeuta. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017.
- PINTO, E. B. **Elementos para uma Compreensão Diagnóstica em Psicoterapia: O ciclo de contato e os modos de ser**. 1.ed. São Paulo: Summus, 2015.
- PINTO, E. B. **Gestalt-terapia: Encontros**. 1.ed. São Paulo: Instituto Gestalt de São Paulo, 2009a.
- PINTO, E. B. **Psicoterapia de Curta Duração na Abordagem gestáltica: elementos para a prática clínica**. 2 ed. São Paulo: Summus, 2009b.
- PISTELLI, I. G. Entrevista Conversando com o psicólogo - CID-10, ferramenta auxiliar no trabalho do psicólogo. In: JORNAL CRP-SP, São Paulo, n. 143, fev. /maio 2005. Disponível em: <http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/143/frames/fr_conversando_psicologo.aspx>. Acesso em: 10 maio 2018.
- PITA, J.; MOREIRA, V. As fases do pensamento fenomenológico de Ludwig Binswanger. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 18, n. 4, 2013, p. 679-687. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722013000400010>>.
- POLSTER, E.; POSTERL, M. **Terapia gestáltica**. Buenos Aires: Amorrortu, 1973.
- QUEIROZ, E. Gerenciamento de Casos. In: COSTA, I. I. da. (Org.). **Dimensões e desafios do enfrentamento do crack e outras drogas**. Brasília, DF: Kaco, 2012.
- RANALDI, C. Agressão. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.
- REHFELD, A. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013.
- REHFELD, A. Existência e cura – Idéias. **Revista de Gestalt**, Goiânia, v. 1, n. 1, 1991. [Instituto Sedes Sapientiae, São Paulo].
- RESENDE, T. I. M.; COSTA, I. I. da. **Saúde Mental - A convivência como estratégia de cuidado - dimensões ética, política e clínica**. 1. ed. Curitiba: Juruá, 2017. [v. 1].
- RIBEIRO, C. M. **Psicose, família e crise: inserções psicanalíticas em um serviço multidisciplinar**. 2014. 102f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014.

RIBEIRO, J. P. Prefácio. In: FRAZÃO, L. M. (Org.). **Questões do humano na contemporaneidade: olhares gestálticos**. São Paulo: Summus, 2017.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2016. (Original publicado em 2006).

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia de curta duração**. 4.ed. São Paulo: Summus, 2015. (Original publicado em 1999).

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia: teorias e técnicas psicoterápicas**. 2.ed. São Paulo: Summus, 2013.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-Terapia: refazendo um caminho**. 8.ed. São Paulo: Summus, 2012.

RIBEIRO, J. P. **Conceito de mundo e de pessoa em gestalt-terapia - Revisitando o caminho**. 1.ed. São Paulo: Summus, 2011.

RIBEIRO, J. P. **Holismo, Ecologia e Espiritualidade**. 1.ed. São Paulo: Summus, 2009a.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt-terapia de Curta Duração**. 3.ed. São Paulo: Summus, 2009b.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2007.

RIBEIRO, J. P. **Ruídos: contato, luz, liberdade**. 1.ed. São Paulo: Summus, 2006.

RIBEIRO, J. P. **Do Self e da Ipseidade: uma Proposta conceitual em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2005.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

RIBEIRO, W. F. R. **Existência → Essência**. São Paulo: Summus, 1998.

RIBEIRO, J. P. **Refazendo o caminho**. São Paulo: Summus, 1985.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia Grupo Analítico**. Enfoque Foulkiano: teoria e técnicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1981.

RIBEIRO, J. P. **Gestalt Terapia: o processo grupal**. São Paulo: Summus, 1975.

RIBEIRO, J. P.; ALVIM, M. B. Saúde e doença nas organizações. **Revista do III Encontro Goiano da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, n. 3, 1997, p. 32-38.

RIBEIRO, C. M.; COSTA, I. I. O cuidado psicanalítico e o diálogo multidisciplinar nas crises psíquicas graves. In: COSTA, I. I. da (Org.). **Sofrimento humano, crise psíquica e cuidado: dimensões do sofrimento e do cuidado humano na contemporaneidade**. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília, 2014.

RICOUER, P. La souffrance n'est pas la douleur. **Psychiatrie Française**, Paris, numéro spécial, juin. 1991.

ROBINE, J. M. **O self desdobrado**: perspectiva de campo em gestalt-terapia. São Paulo: Summus, 2006.

ROCHA, Z. A ontologia heideggeriana do cuidado e suas ressonâncias clínicas. **Síntese – Revista de Filosofia**, Belo Horizonte, v. 38, n. 120, 2011, p. 71-90.

RODRIGUES, R. Ludwig Binswanger: Um projeto de psicopatologia para além das categorizações metafísicas. In: FEIJOO, A. M. L. C. de.; LESSA, M. B. M. F. (Org.). **Psicopatologia**: fenomenologia, literatura e hermenêutica. 1ª ed. Rio de Janeiro: IFEN, 2016.

RODRIGUES, H. E. Relações entre a teoria de campo de Kurt Lewin e a Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia**: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas. São Paulo: Summus, 2013.

RODRIGUES, H. E. **Introdução à Gestalt-terapia**: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestaltica. 8.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

RODRIGUES, A. C. T. Karl Jaspers e a abordagem fenomenológica em psicopatologia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 8, n. 4, 2005, p. 754-768. <https://dx.doi.org/10.1590/1415-47142005004012>.

ROMERO, E. **O Inquilino do Imaginário**: Formas de Alienação e Psicopatologia. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

SAFRA, G. **A poética na clínica contemporânea**. 3. edição. Aparecida, SP: Ideias & Letras, 2004.

SALOMÃO, S. Experimento. In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia**: “Gestaltês”. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

SANCHEZ, F. **Terapia Gestalt**: una guia de trabajo. Barcelona: Rigden Institut Gestalt, 2008.

SANTINELLI, E. O. Terapia Gestalt y psicosis: acerca de perder y encontrar los sentidos. In: CONGRESO INTERNACIONAL de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, 6.; JORNADAS DE INVESTIGACIÓN Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, 21. 2014. **Resumos**. Buenos Aires: Facultad de Psicología: Universidad de Buenos Aires, Argentina.

SANTOS, E. G. A esquizofrenia sob o olhar da Gestalt-terapia. In: ENCONTRO GOIANO DA ABORDAGEM GESTÁLTICA, 11., 2005, n. 1, 2005, p. 179-185.

SANTOS FILHO, J. M. dos; COSTA, V. E. S. M. Encontrando um modo de ser esquizofrênico: arte e técnica na gestalt-terapia. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 22, n. 1, jun. 2016, p. 27-36. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672016000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 maio 2018.

SAPIENZA, B. T. **Conversa sobre terapia**. São Paulo: Educ/Paulus, 2004.

SARTRE, J-P. **O existencialismo é um humanismo**. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

SCHNEIDER, D. Caminhos históricos e epistemológicos da psicologia: contribuições da fenomenologia e existencialismo. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 2, 2011, p. 57-72. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/1127>>.

SCHILLINGS, A. Os sofrimentos emocionais agravados e o diagnóstico “borderline”. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Quadro clínicos disfuncionais e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus. 2017.

SILVA, H. C. S. R. da. **O ambiente de cuidado no manejo de crises psicóticas: uma leitura winnicottia**. 2017. 198 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2017.

SILVA, H. C. S. R. da. **Psicose e crises psíquicas graves: uma investigação pelo método de Rorschach**. 2013. 148f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2013.

SILVA, R. B.; BOAVENTURA, C. B. F. Psico-oncologia e Gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 17, n. 1, 2011, p. 37-46.

SOUSA, D. **Investigação científica e prática psicoterapêutica – Os dados da investigação mais relevantes para os clínicos**. Lisboa: Edições, Sociedade Unipessoal, 2017. ISBN 978-972-754-303-8.

SOUSA, P. S. de M. da. **A inserção da psicanálise na saúde mental da reforma psiquiátrica brasileira: possibilidades e desafios**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

SPAGNUOLO-LOBB, M. Fundamentals and development of Gestalt Therapy in the contemporary context. In: FRANCESETTI, G.; GECELE, M.; ROUBAL, J. (Org.). **Gestalt Therapy in Clinical Practice**. From Psychopathology to the Aesthetics of Contact. Milan: Franco Angeli, 2011.

SPAGNUOLO-LOBB, M. A Gestalt therapy model for addressing psychosis. **British Gestalt Journal**, Bristol, England, v. 11, n. 1, 2002, p. 5-15.

STANGHELLINI, G. Jaspers on “Primary” Delusions. **Philosophy, Psychiatry and Psychology**, Baltimore, MD, v. 19, n. 2, 2012, p. 87-89.

STEVENS, B. Trabalho corporal. In: STEVENS, J. O. (Org.). **Isto é gestalt**. São Paulo: Summus, 1977, p. 211-247.

SUGIZAKI, E. O centenário da psicopatologia geral de Jaspers e sua recepção na filosofia da psiquiatria. In: SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA DA UEG, 3., 2013, Iporá, GO.

Anais... Iporá, GO, 2013. Disponível em: <<file:///C:/Users/Thata/Downloads/2353-7042-1-PB.pdf>>.

TATOSSIAN, A. **A Fenomenologia das Psicoses**. São Paulo: Escuta, 2006.

TATOSSIAN, J.; SAMUELIAN, J. C. Posfácio da segunda edição francesa. In: TATOSSIAN, A. **Fenomenologia das Psicoses**. São Paulo: Escuta, 2006, p. 347-357.

TÁVORA, C. B. Self In: D'ACRI, G.; LIMA, P.; OGLER, S. (Org.). **Dicionário da Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. 3 ed. revista e ampliada. São Paulo: Summus, 2016.

TELLEGEN, T. A. **Gestalt e grupos: uma perspectiva sistêmica**. São Paulo: Summus, 1984.

TENÓRIO, C. M. D. **Os transtornos da personalidade histriônica e obsessiva-compulsiva na perspectiva da Gestalt-terapia e da teoria de Fairbairn**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Universidade de Brasília, DF, 2003.

TENÓRIO, C. M. D. As psicopatologias como distúrbios nas funções do self: uma construção teórica na abordagem gestáltica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 18, n. 2, jul./dez. 2012, p. 216-23.

THORNTON, T. **Essential philosophy of psychiatry**. Oxford: Oxford University Press, 2007.

TRIPICCHIO A. **Processo e desenvolvimento de Karl Jaspers**. Reflexões sobre o campo psi. 2008. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/2007/08/08/o-del-rio-visto-por-karl-jaspers/>>.

VAN den BERG, J. H. **O Paciente Psiquiátrico**. Campinas: Editorial Psy, 1994. (Original publicado em 1966).

VASCONCELOS, A. C. V.; MENEZES, S. M. M. Processo diagnóstico da esquizofrenia: uma visão gestáltica. In: ENCONTRO GOIANO DA ABORDAGEM GESTÁLTICA, 11, 2005, Goiânia. **Anais**. Goiânia: Presença e Existência, & ITGT, n. 1, 2005, p. 215-31.

VEIGA, J. R. V. C. S. **Delírio e identidade: um estudo teórico-clínico**. 2010. 77 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010.

VIEIRA, L. Reflexões acerca da esquizofrenia na abordagem gestáltica. **Revista IGT na Rede**, Goiânia, v. 7, n. 12, 2010, p. 66. Disponível em: <<http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN 1807-2526>. Acesso em: 13 maio 2018.

YONTEF, G. Comment. In: FRANCHESETTI, G.; GRECELE, M.; ROUBAL, J.; GREENBER, L. **Gestalt Therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact**. (Gestalt Therapy Book Series, 2), 2013.

YONTEF, G. The relational attitude in Gestalt Therapy and Practice. **Internacional Gestalt Journal**, New York, v. 25, n. 1, 2002, p. 15-36.

YONTEF, G. The relational attitude in Gestalt therapy theory and practice. **Internacional Gestalt Journal**, Canberra, Australia, v. 25, n. 1, 2002, p. 15-36.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness**. São Paulo: Summus, 1998.

ZILCHA-MANO, S.; EUBANKS-CARTER, F.; MURAN, J. C.; HUNGR, C.; SAFRAN, J. D.; WISTON, A. The relationship between alliance and outcome. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 84, n. 6, 2016, p. 484-496.

ZINKER, J. C. **A busca da elegância em psicoterapia**: uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos. Tradução Sonia Augusto. São Paulo: Summus. 2001

WIDLÖCHER, D. **Les nouvelles cartes de la psychanalyse**. Paris: Odile Jacob, 1996.