

GESTALT-TERAPIA E MODELO BIOMÉDICO: APROXIMAÇÕES NA COMPREENSÃO DAS PSICOPATOLOGIAS

Luciane Patrícia Yano¹

RESUMO

Na prática da psicologia clínica, a importância do trabalho interdisciplinar se faz presente e, isto envolve também a atuação conjunta do psicoterapeuta e do psiquiatra nos casos de pacientes que manifestam prejuízo significativo em suas vidas. Estendendo esta problemática para a clínica gestáltica, nos desdobramentos que levam o profissional a compreender o que acontece com a pessoa, um dos maiores desafios é a equilibrar estes dois saberes, a fim de que se busque a estruturação fidedigna deste processo respeitando o ajuste entre o uso dos instrumentos técnicos e a compreensão dos aspectos subjetivos e singulares da pessoa em sofrimento. Este estudo objetiva apresentar as características que aproximam o modelo da abordagem gestáltica e o modelo biomédico no processo de compreensão das psicopatologias. A metodologia do trabalho consistiu na análise teórico-conceitual dos temas abordados. A reflexão resultada demonstrou que a abordagem integrada entre os dois modelos, no processo de elaboração de psicodiagnóstico é possível e necessária, no sentido de atribuir maior validação ao processo psicoterápico e à avaliação psicológica.

Palavras-chave: psicologia clínica; Gestalt-terapia; psicopatologia.

ABSTRACT

In the practice of clinical psychology, the importance of interdisciplinary work is present, and this also involves the joint action of the psychotherapist and psychiatrist in cases of patients that experience significant impairment in their lives. Extending this problem for clinical practices in Gestalt therapy in order to understand what happens to a person, one of the biggest challenges is balancing these two knowledge's, so that if you seek reliable structuring this process respecting the fit between the use of the technical tools and the understanding of subjective and unique aspects of the person in distress. This study aims to present the characteristics that approximate both approaches, Gestalt therapy and Biomedical, towards the understanding of psychopathology process. The methodology of the work consisted of theoretical and conceptual analysis of the topics covered. The resulted of these reflection shows that the integrated approach between the two models, in the development of psychodiagnostic process is possible and necessary, in order to give further validation to the psychotherapeutic process and psychological assessment.

Keywords: Clinical Psychology; Gestalt therapy; Psychopathology.

1. INTRODUÇÃO: JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

Delimita-se o domínio da psicologia clínica como área de conhecimento em avaliação psicológica, psicoterapias e psicopatologia. Uma das dúvidas entre clínicos e acadêmicos dos cursos de psicologia, consiste no esclarecimento de como estas informações se convergem e/ou se integram, no momento de orientar o processo psicoterápico. Quando se trata de abordagens da matriz humanista - como a Gestalt-Terapia (GT), estas, historicamente, expressaram sua indignação no movimento antipsiquiatria da década de 50. Residualmente a este movimento, a divisão 32 da APA – Associação Psicológica Americana, chamada de Sociedade para a Psicologia Humanística², manteve-se atuante e, durante o processo de elaboração da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM (lançado nos EUA em maio de 2013), apresentou-se como categoria que mais acompanhou, apresentou críticas e demandou mudanças à Associação Psiquiátrica Americana sobre que viria a ser o novo manual. Dentre as maiores críticas dessa Sociedade, a que se direcionou a classificação dos padrões de comportamentos anormais, que potencializaria a estigmatização do indivíduo em sofrimento emocional/mental.

Thomaz Szasz (1920-2012)³ caracterizou o *approach* biomédico como um provável sistema poético quanto à explicação da anormalidade. Argumento válido, no sentido de que, as expectativas quanto aos comportamentos considerados adaptativos são socialmente construídos. Nesta perspectiva, qualquer sistema que apresente lógica no tocante à compreensão do homem e que, produza resultados socialmente aceitáveis pode ser desenvolvido por um pesquisador curioso e atuante ainda que, não se apresente como real. Ainda, o método de compreensão e análise biomédico poderia provocar reducionismos e rotulação. São estas algumas das críticas a este modelo, atualmente, o mais utilizado na prática psiquiátrica, fundamentada nos instrumentos técnicos Código Internacional de Doenças (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS) e, no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

Neste sentido, o caminho que percorrerei objetiva apresentar a compreensão do conceito de psicopatologia nas abordagens Gestáltica e biomédica, focando as seguintes questões: O que a GT considera psicopatologia? Como esta compreensão se relaciona à abordagem biomédica? Para isto, discorrerei sobre o conceito de psicopatologia fundamentado nas compreensões biomédica (DSM-5) e, na fundamentação teórica sobre saúde/doença da abordagem psicossocial da GT.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E METODOLÓGICA

2.1.A PSICOTERAPIA DE BASE GESTÁLTICA: AVALIAÇÃO PSICODIAGNÓSTICA COMO PARTE DO TODO.

Buscando novos valores humanistas, evocando a responsabilidade e valorizando o ser em relação ao ter, a Gestalt-terapia é uma teoria que trata de diversos fenômenos que dizem respeito ao homem em contato constante com o mundo à sua volta. Mais especificamente, Perls tomou da Psicologia da Gestalt, desenvolvida em meados da década de 1920 por diversos pensadores, como Max Wertheimer, Wolfgang Kohler, Kurt Koffka, Kurt Lewin e Wolfgang Metzger, alguns de seus pressupostos básicos, como a teoria de figura-fundo, todo e partes, e lei da semelhança (De Nadai & Jardim, 2010, p. 161).

A GT é considerada como parte da matriz Existencial, Humanista e Fenomenológica, a Terceira Força em psicologia. Caracteriza-se por ser uma abordagem experiencial, integrativa e orientada para o *Insight*. No sentido integrativo, entende-se pelo foco a integração dos processos cognitivos, experienciais (incluindo sensações e emoções) e conativos, no intuito de provocar *Awareness*⁴ do cliente/paciente.

Figura 01: Dimensões integrativas da pessoa.



Fonte: Autor.

A GT baseia-se na ideia de que o mundo subjetivo-experiencial só poderá ser descrito pela pessoa que o vivencia, não se apropriando de nenhuma forma de análise, interpretação ou orientação como parte do processo psicoterápico: “As pessoas mais perigosas do mundo são aquelas que pensam saber o que é melhor para os outros” (Masson, 2012, p. 24). [Tradução do

autor]. Ainda, utiliza o método fenomenológico e dialógico, em que ambos, cliente/paciente e psicoterapeuta comunicam suas perspectivas fenomenológicas. São estas, portanto, perspectivas de pessoas, cliente/paciente e psicoterapeuta, em relação paritária, que produzem o encontro existencial e o crescimento.

Da perspectiva fenomenológica a GT percebe a consciência como intenção. Assim, todas as ações humanas implicam escolhas e, todos os critérios de escolha são selecionados. O **como** é considerado em detrimento do **por que**, uma vez que explicações causais e/ou reducionistas, não são suficientes para justificar as escolhas ou ações de alguém.

A GT considera que o mundo vivencial de um indivíduo só pode ser compreendido por meio da perspectiva que a própria pessoa apresenta de sua situação única, no aqui e agora. A perspectiva é compreensiva e não analítica e, convida o paciente a concentrar-se para tornar-se consciente de suas experiências presentes. Quanto às experiências relacionadas ao passado, pressupõe-se que os fragmentos de situações inacabadas e problemas não resolvidos emergirão inevitavelmente como parte desta experiência presente.

O **atendimento clínico** em GT se caracteriza por ser processo-orientado⁵. Neste, são utilizados experimentos que objetivam provocar a *aware* do paciente. Os experimentos são selecionados, a partir dos objetivos presentes da psicoterapia. Considera-se que uma pessoa *aware* possa usufruir melhor das possibilidades do existir, sejam elas agradáveis ou desagradáveis. Entende-se que, por meio da *awareness*, o autoapoio, autenticidade e maturidade possam ser desenvolvidos o que, conseqüentemente, resultará em crescimento, conceito humanista importante no contexto histórico da GT, em oposição à interrupção ou bloqueio deste crescimento.

Segundo Brownell (2010), há cinco fatores comuns nas diversas formas de psicoterapia. Aqui, estes seguem esta descrição e caracterização para a GT: 1. Fatores extra terapia e do cliente/paciente (os fatores socioeconômicos e culturais e o que é trazido à terapia pelo cliente/paciente); 2. As qualidades do psicoterapeuta (para a GT o psicoterapeuta é uma pessoa autêntica, treinada e experiente); 3. A relação entre cliente/paciente e psicoterapeuta (para a GT enfatizam-se a qualidade da aliança terapêutica, a qualidade do diálogo e a abertura que a relação apresenta para que esse diálogo ocorra de maneira franca); 4. O método específico (para a GT, este é fenomenológico e experiencial) e; 5. A expectativa (para a GT, em acreditar na teoria paradoxal da mudança⁶).

Ainda, quanto à seleção de pacientes em GT, estes são pessoas que foram diagnosticadas como portadores de transtornos mentais agudos ou crônicos e que buscam a diminuição dos seus sintomas e/ou, pessoas que buscam a psicoterapia para crescimento pessoal.

No que se refere à **avaliação psicológica**, um ponto crucial é compreender que o processo de elaboração psicodiagnóstica em GT é apenas, uma parte do processo psicoterapêutico. Esta avaliação não é o centro do encontro entre psicoterapeuta e cliente/paciente e sim, a parte do todo que pode contribuir para este encontro. Esta avaliação não toma o sinal ou sintoma como referência: a referência é a pessoa e o que ela faz de seus sintomas, buscando-se o significado da experiência vivida (Melo et al, 2009). Como a pessoa percebe e lida com o diagnóstico dado pelo médico? Ela acredita nele? Ela se apoia nele? O que ela faz disso?

Em se tratando do uso de testes na avaliação psicológica em GT, estes podem e devem ser utilizados. Os pontos fundamentais quanto ao tipo de teste são a consideração de sua validade (do ponto de vista de sua evidência empírica e fundamentação teórica) e, a de como estes podem contribuir para o encontro terapêutico que acontece no momento, especialmente, quanto à contribuição dos objetivos do teste (Brownell, 2010).

Francesetti & Gecele (2009) apresentam dois tipos de avaliação em psicoterapia. O primeiro modelo é o naturalístico, que caracteriza-se por uma objetivação da experiência e não orientada para o contato intersubjetivo; o segundo, é o hermenêutico, que caracteriza-se pela construção conjunta do psicodiagnóstico pelo cliente/paciente e psicoterapeuta. Neste sentido, o psicodiagnóstico em GT possui caráter hermenêutico.

Assim como no atendimento psicoterápico, a avaliação psicológica em GT é processo-orientada, baseando-se nas necessidades manifestadas pela pessoa durante o atendimento, sendo esta avaliação descritiva (como o cliente/paciente está se manifestando no presente momento), fenomenológica e flexível. As áreas de observação em potencial a considerar na avaliação psicológica em GT são o cliente/paciente em processo, os padrões relacionais (formas de contato) e as condições dinâmicas do campo (Joyce & Sills, 2014).

De acordo com Joyce & Sills (2014), no que se refere ao cliente/paciente em processo, consideram-se os elementos processuais (os movimentos, as características de sua voz, o contato visual, a escuta, sentimentos e processos e sensações físicos); os sistemas de crenças (contatar o conteúdo e forma do pensamento em relação a si e ao mundo); a formação de figuras e suas formas de resolução (quais suas formas de contato? Expressa emoção de maneira congruente ou se interrompe? Como costuma fechar suas *gestalten*?) e; as situações inacabadas (há descrição de situações inacabadas? Quais as reações manifestadas em relação a uma dada situação?). Evita-se que a teoria – ou os critérios avaliativos, por exemplo - esteja antes dos aspectos da pessoa (Galli, 2009).

Para Vidakovic et al (2014), há dois níveis a serem considerados sobre as competências específicas do psicoterapeuta em GT quanto ao psicodiagnóstico: Primeiro, conhecer os sistemas nosográficos dominantes (DSM e CID) e conseguir utilizá-los de maneira que estes sejam um apoio tanto para o processo psicoterapêutico, quanto para a relação cliente/paciente e psicoterapeuta. Segundo, conhecer a metodologia gestáltica de elaboração de psicodiagnóstico, considerando seu aspecto processual, que emerge da relação cliente/paciente e psicoterapeuta, chamado de avaliação intrínseca ou diagnóstico estético.

Para a realização de uma avaliação psicológica é necessário pressupor o que avaliar (as figuras), como avaliar (o fundamento metodológico) e, estes critérios estão baseados na compreensão de humanidade para cada perspectiva teórica: O que é o ser humano? O que são saúde e doença quando falamos do homem?

2.2. O CONTATO E SEUS BLOQUEIOS, O CONCEITO DE SAÚDE-DOENÇA E A PSICOPATOLOGIA EM GT.

Contato é um ato de autoconsciência totalizante, envolvendo um processo no qual as funções sensoriais, motoras e cognitivas se unem, em complexa interdependência dinâmica, para produzir mudanças na pessoa na sua relação com o mundo, através da energia de transformação que opera em total interação na relação sujeito-objeto (Ribeiro, 1997, p. 49).

O **contato** é caracterizado pelo encontro e separação em relação às pessoas, a si mesmo e às várias formas de experiências do ser no mundo e, este ocorre (e também o é), no “aqui e agora” (Ribeiro, 2006, p. 91). De acordo com Martín (2008), o contato é “uma das principais necessidades psicológicas do ser humano” (Martín, 2008, p. 55). E, é por e pelo contato que nos tornamos pessoas e damos sentido à nossa existência. E, é por e pelo contato que ocorrem os ajustamentos e adaptação.

“A Gestalt pode ser definida como uma Terapia do Contato em ação, no sentido de que terapeuta e cliente estão atentos aos modos pelos quais o cliente procura satisfazer suas necessidades” (Ribeiro, 1997, p.25). O contato é caracterizado por um ciclo que envolve uma etapa de pré-contato (sensação e excitação), tomada de contato (excitação e escolha ou rejeição), contato final (percepção, ação e sentimento) e, pós-contato (relaxamento) (Martín, 2008).

Quanto ao conceito de **saúde** em GT, o funcionamento saudável da fronteira de contato depende de uma permeabilidade que permita trocas nutritivas e impermeabilidade que resista

às toxicidades do meio (Mann, 2011). O contato nutritivo produz crescimento. O contato nocivo bloqueia o crescimento. O movimento é sinal de saúde. A repetição e o bloqueio ou interrupção, sinal de doença. Neste sentido, quando a forma de contato, a considerar pelos mecanismos aqui apresentados, torna-se rígida e repetitiva, estes mecanismos passam a ser desadaptativos e, assim, atuam como mecanismos neuróticos básicos ou distúrbios de contato que impedem o crescimento da pessoa, uma vez que essa rigidez diminui a *awareness*.

Saúde em GT é movimento. Movimentar-se em relação às figuras que vivencia. Movimentar-se em relação ao contato. A boa forma da Gestalt se relaciona a dar uma configuração que faça sentido, ao contrário da energia excessiva que emana das situações em que a boa forma, a configuração, não é alcançada. Em GT, saúde é encontrar nas experiências, sejam elas agradáveis ou desagradáveis, a sua proporção áurea⁷.

Perls definia saúde e a maturidade psicológica como sendo a capacidade de emergir do apoio e da regulação ambientais para um auto-apoio e uma auto-regulação. (...). Uma das premissas básicas da Gestalt-terapia considera que todo indivíduo possui potencialidades naturais que possibilitam buscar o equilíbrio do seu organismo. (...). Indivíduos auto-apoiados e auto-regulados caracterizam-se pelo livre fluir e pelo livre delineamento mais claro da formação figura-fundo nas expressões de suas necessidades de contato e retraimento (Galli, 2009, p. 62).

Na GT são citados pelo menos nove formas de contato. *A priori*, os mesmos são funcionais, orientados para a saúde e ajudam o indivíduo a melhor adaptar-se ao meio. O uso excessivo destes mecanismos caracteriza-se pelo contato disfuncional e orientam a pessoa à psicopatologia. São as principais formas de contato, a projeção, a introjeção, a confluência, a retroflexão, a deflexão, o egotismo, a proflexão (Martín, 2008), a dessensibilização e a fixação:

2.2.1 Projeção:

“Nos sentamos em uma casa repleta de espelhos e pensamos estar olhando para fora” (Perls, 1947, p. 158 In Latner, 1986, p. 89). [tradução do autor]. A forma de contato Projeção refere-se à despossar-se das partes de si mesmo e projetar impulsos e negações em outrem (Martín, 2008), ocupando-se da observação aos elementos externos a si. O estímulo mobilizador da projeção é a ação de expressar maior confiança em si mesmo e nos outros (Ribeiro, 1997).’

2.2.2 Introjção:

“Engolimos o que está fora de nossa fronteira sem digeri-los. (...). Introjamos a origem de nossa angústia” (Latner, 1986, p. 90). [tradução do autor]. Caracteriza-se por agregar o que é alheio a si à sua própria personalidade (Martín, 2008), tomando pensamentos e ações de outros como suas sem dar-se conta disso. Na introjção há uma vivência em prol do agradar ao outro e, um excessivo uso do *shouldismo* ou “deverias”. O estímulo da introjção é a mobilização de recursos próprios, expressando a si mesmo autenticamente, não temendo a diferença (Ribeiro, 1997) e, a rejeição de aspectos do pensamento e de ações que não compõem o autêntico eu (Joyce & Sills, 2014).

2.2.3 Confluência:

“(...) é a apreciação da igualdade, (...). As experiências não possuem limites que nos distinguem em relação ao que há fora de nós” (Latner, 1986, p. 88). [tradução do autor]. A confluência ocorre quando no contato “a pessoa e o ambiente se confundem” (Martín, 2008, p. 116), havendo uma identificação entre pessoas, grupos ou experiências. O estímulo mobilizador da confluência é a retirada, que consiste na percepção e na aceitação da diferença entre si mesmo e o outro (Ribeiro, 1997).

2.2.4 Retroflexão:

“Fazemos conosco o que queremos fazer aos outros” (Latner, 1986, p. 91). [tradução do autor]. A retroflexão é o investimento de uma energia (agradável ou desagradável) dirigida a outros, a si. “O ambiente é substituído por si mesmo” (Perls et al, 1951, p. 391). [tradução do autor]. A retroflexão excessiva pode caracterizar-se como uma compulsão, sentimentos de inferioridade e sintomas corporais (Martín, 2008). O estímulo mobilizador da retroflexão é o contato final, em que a relação torna-se direta e clara e há o compartilhamento de energia agradável com o outro (Ribeiro, 1997).

2.2.5 Deflexão:

“Defletir significa ignorar ou esquivar-se dos estímulos internos ou ambientais” (Joyce & Sills, 2014, p. 113). [tradução do autor]. Na deflexão uma dada energia percebida é desviada. Frequentemente, *sai-se pela tangente* por meio dos risos ou ao mudar de assunto. O estímulo mobilizador da deflexão é a aceitação ou contato com a experiência a que se está tentando evitar (Joyce & Sills, 2014).

2.2.6 Proflexão:

“(...) desejo que os outros sejam como eu desejo que eles sejam” (Ribeiro, 1997, p. 64). A proflexão caracteriza-se por um misto de retroflexão e projeção e seu maior diferencial é o caráter manipulativo na tentativa de conseguir coisas a seu favor. Na proflexão o indivíduo faz pelo outro esperando algo em troca. “Adulamos para ser adulados, somos amáveis e simpáticos com as pessoas que não conhecemos para sermos tratados da mesma maneira por elas” (Martín, 2008, p. 123). O estímulo mobilizador da proflexão é a interação, quando ocorre uma aproximação junto ao outro sem a espera de uma ação em troca (Ribeiro, 1997).

2.2.7 Egotismo:

“Nos colocamos no centro da vida. Orgulhosamente, fazemos de nós mesmos à medida de todas as coisas, (...)” (Latner, 1986, p. 92). [tradução do autor]. O egotismo caracteriza-se pelo fortalecimento da fronteira de contato. O eu é supervalorizado em detrimento do outro (Martín, 2008). O estímulo mobilizador do egotismo é a satisfação, em que o crescimento ocorre por meio do desfrutamento das experiências (Ribeiro, 1997).

2.2.8 Dessensibilização:

“Dessensibilização é um processo similar ao da deflexão. É outra forma de evitar a sensação do contato” (Joyce & Sills, 2014, p. 115). [tradução do autor]. Na dessensibilização o indivíduo encontra-se entorpecido. O estímulo mobilizador da dessensibilização é a ampliação da sensação (Joyce & Sills, 2014), em que se é convidado a sair do estado de frieza emocional (Ribeiro, 1997) pela experiência direta e amplificação das sensações.

2.2.9 Fixação:

“(...) me apego excessivamente a pessoas, ideias ou coisas (...)” (Ribeiro, 1997, p. 63). Na fixação evitam-se experiências novas que são sentidas como perturbadoras. O estímulo mobilizador da fixação é a fluidez, em que ocorre o movimento, renovando pensamentos e ações (Ribeiro, 1997).

A prática clínica em abordagem gestáltica foca a saúde, resgata o positivo e as potencialidades e não a “anormalidade”. A saúde em GT é “(...) primordial eixo norteador” (Carvalho & Costa, 2010, p. 12). Descreve-se a compreensão do indivíduo, a partir da maneira como ela lida com o mundo, por meio dos mecanismos de contato manifestados. A prática psicoterápica em GT foca o movimento destas partes cristalizadas, bloqueadas e interrompidas

que impedem o crescimento da pessoa. Para que o contato se dê de forma saudável, a *awareness* é fundamental.

A *awareness* consiste no reconhecimento, na apreensão de si. Uma pessoa *aware* está mais orientada a completar situações ou *gestalten* inacabadas, uma vez que esta consegue, com mais facilidade, movimentar-se diante de suas interrupções. A pessoa *aware* consegue transcender a comunicação por clichês e os papéis sociais, encontrando o sentido de sua existência, de onde emergirá a pessoa autêntica. Segundo Latner (1986), a *awareness* se relaciona à responsabilidade: responsabilidade em abraçar a existência da maneira como esta se dá e, responsabilidade pelas próprias sensações, pensamentos e comportamentos: “Se nosso comportamento está integrado, nós temos integridade. Somos honestos e autênticos” (Latner, 1986, p. 33). [tradução do autor].

Embora a GT não possua uma teoria da personalidade, ela responde aos sete conceitos da humanidade⁸ e possui um vasto corpo teórico sobre o conceito de saúde. Para a GT, a **psicopatologia** se relaciona à maneira inautêntica da pessoa e aos seus bloqueios de contato. Considerando que o indivíduo possui potencial para crescimento, quando este crescimento é bloqueado ocorre uma orientação à psicopatologia. Na GT, os sintomas psicopatológicos são considerados manifestações de *gestalten* fixas e, considera-se que exista um *continuum* entre as experiências orientadas à saúde e as voltadas à psicopatologia. Por isso, as classificações nosológicas precisam ser tomadas com cuidado (Francesetti et al, 2014).

De maneira geral, “normal, natural e saudável são diferentes formas de dizer a mesma coisa” (Latner, 1986, p. 31). [tradução do autor]. A normalidade pode ter um sentido de sensações, pensamentos e ações desejáveis ou esperadas. Para a GT, a normalidade se relaciona ao conceito de saúde e, a percepção gestáltica de saúde, compreende as realizações das maiores possibilidades humanas, ainda que diante de situações que provocam desconforto. Acrescenta-se que, mais do que o que acontece, enfatizam-se as formas de lidar com isso e, todo ato adaptativo, ainda que disfuncional, é considerado ajustamento criativo⁹.

(...), pode-se afirmar que a psicopatologia, então, não é concebida como uma categoria limitante da experiência que apenas compromete o indivíduo, pois a Gestalt-terapia não negligencia aspectos saudáveis preservados por ele; antes, encara o processo psicopatológico por um viés positivo de ajustamento em situações insustentáveis ao *self* (Carvalho & Costa, 2010, p. 13).

Na visão gestáltica, de acordo com Francesetti et al, 2014, o sofrimento psicopatológico é antropologicamente “normal”, uma vez que todos os seres humanos já expressaram ou apresentaram sofrimento em algum momento de suas vidas. Contudo, lembram os autores que nem sempre um sofrimento representa psicopatologia e, nem toda psicopatologia provocará

sofrimento. Os autores enfatizam a perspectiva relacional da psicopatologia e citam ainda, o viés fenomenológico (baseado na experiência de vida do indivíduo); holístico (o sofrimento afeta a pessoa como um todo e terá manifestações físicas); temporal (na relação que se estabelece no aqui e agora é possível trabalhar figuras passadas); situacional (há sempre um fundo, um contexto, que torna a figura clara); desenvolvimental (as experiências da infância, que foram importantes na construção do *self*, são atualizadas no presente); estético (o critério que define saúde/doença está na relação e o contato saudável é definido pelas características de sua boa forma); dimensional (considera-se que existe um *continuum* na relação saúde-doença e que seja difícil estabelecer um recorte claro nesta fronteira) e; orientado à criatividade (o sofrimento demanda ajustamentos criativos e é ressignificada) quando se trata de psicopatologia em GT.

Pela perspectiva relacional, entende-se a psicopatologia como o sofrimento ou o bloqueio, das relações. Assim, é também em relação (psicoterapeuta e cliente/paciente), na fronteira de contato, que os bloqueios são trabalhados. Assim, o distresse e seu respectivo alívio situam-se na relação (Salonia, 1992; 2001; Spagnuolo Lobb, 2001a, 2005a; Sicheira, 2001; Yontef, 2001a; Philippson, 2001 *In* Francesetti et al, 2014).

Na medicina o oposto de bem estar é mal estar, bem como, morte segue em oposição à vida. “A morte é o pior prognóstico em medicina” (Souza et al, 2012). Ainda, o sofrimento é sinal da necessidade de cuidado. Para a GT, o sofrimento é considerado parte intrínseca da vida e, não corresponde, necessariamente, à doença. Enquanto a vida se relaciona à possibilidade de experimentar sensações, a morte se relaciona ao entorpecimento. Considera-se a dor (um fundamento) como elemento importante para o crescimento (a essência). “Quando admiramos a beleza da pérola, não devemos nos esquecer nunca de que ela é originária da doença da ostra” (K. Jaspers *In* Francesetti, 2012). [tradução do autor]. Ainda, a oposição ao bem estar em GT, bem como, em psicoterapias de orientação humanista existencial-fenomenológica, é a ausência do sentir, a apatia, a frieza, a anestesia (Francesetti, 2012).

Seguindo esse caminho, percebe-se que a saúde, para GT, possui aspecto funcional e, estar saudável é reconhecer, no presente momento, aquilo a que autenticamente se necessita e desenvolvê-lo, em seu mais alto nível.

3. PSICOPATOLOGIA NO MODELO BIOMÉDICO: OS INSTRUMENTOS TÉCNICOS.

A psicopatologia é “o estudo científico dos transtornos psicológicos” (Barlow & Durand, 2010). Consiste em uma área independente, estudada, principalmente, por profissionais médicos e psicólogos. No modelo biomédico descrevem-se os sintomas, efetuam-se diagnóstico, atribuem-se etiologias, prescrevem-se tratamentos e apresentam-se prognósticos.

A psicopatologia estuda o transtorno psicológico que, por sua vez, relaciona-se ao conceito de normalidade. Contudo, o que é ser normal para a abordagem biomédica?

Segundo Barlow & Durand (2010), **anormalidade** é um conceito de difícil definição e que pode ser compreendido como “disfunções comportamentais, emocionais e cognitivas que são inesperadas em seu contexto cultural e associadas com angústia e substancial inadequação do funcionamento” (p. 4). Souza et al (2012), descreve dois tipos de critérios para se definir normalidade: Estatisticamente, a maioria da população é normal. Valorativamente, anormal é o sofrimento, a morbidade, com base no valor do sistema sociocultural. Davey (2008), por sua vez, caracteriza o comportamento anormal como o que está além do desvio da norma (da maioria), comportamentos mal adaptativos, desviantes das normas sociais e que provocam distresse e danos a si e/ou a outrem.

Dalgalarro (2008) apresenta critérios de normalidade considerando aspectos que vão desde os elementos biológicos, aos fenômenos psicossociais: a ausência de doença, a idealização socialmente construída, a estatística, o bem estar com base na OMS, a funcionalidade (o fenômeno é dado como patológico e prejudica a pessoa), o processo (aspectos psicossociais dinâmicos), a subjetividade (a percepção da própria pessoa), a liberdade (perda da liberdade existente) e, a operacionalidade (definições *a priori* acerca da normalidade). Ainda, para Cunha (2007), a anormalidade é descrita pela verificação da “presença de um exagero ou diminuição de um padrão de comportamento usual, dito normal” (p.33). E, por fim, Sadock & Sadock (2007) que descreve a normalidade como ausência de psicopatologia, atendendo à ideia da saúde como fenômeno universal.

Assim, são muitas as definições para a anormalidade na psiquiatria. Observa-se quanto a elaboração destes critérios, a influência da fenomenologia por Karl Jaspers (1883-1969), em que a perspectiva biomédica atual, parece estar interessada em uma compreensão que vai além dos sinais e sintomas alcançando os fenômenos psicossociais. De acordo com Souza et al (2012) o interesse do psiquiatra inclui “o que a pessoa faz, (...), por que o faz, o que pensa que

está fazendo, o que motivou a fazer e, principalmente, o que está sentindo com tudo isso” (p. 17).

Jaspers foi um dos proponentes da fenomenologia, na qual o clínico estuda sinais e sintomas psicológicos com o objetivo de entender a experiência interna do indivíduo. Ouvindo o paciente com atenção, o psiquiatra entra temporariamente em sua vida mental. (...), para entender completamente os sinais e sintomas observados no paciente, o clínico não deve basear-se apenas em seus pressupostos. (...). (Sadock & Sadock, 2007, p. 33).

O diagnóstico em psiquiatria tende a receber críticas, principalmente, no que se refere ao seu caráter rotulatório (Joyce & Sills, 2014). No que se refere à classificação das psicopatologias, os dois instrumentos mais utilizados na abordagem biomédica são o Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais – DSM (APA), que encontra-se hoje em sua quinta edição (DSM-5) e, o Código Internacional de Doenças da OMS, que encontra-se em sua décima edição (CID-10) e com previsão de lançamento da nova edição (CID-11) em 2015.

O **DSM-5** caracteriza-se pela tentativa de apresentar critérios validados e objetivos quanto aos transtornos mentais, a fim de facilitar as intervenções. Historicamente, seu primeiro volume foi lançado em 1952, como resultado de um levantamento estatístico de indivíduos com transtornos mentais solicitado pelo governo dos EUA em 1840. A quantidade de transtornos mentais classificados saltou de 106 em 1952 (DSM-I), para 300 em 2013 (DSM-5). As razões principais para tal aumento devem-se às modificações nos critérios diagnósticos e, no desenvolvimento de pesquisas em saúde mental e, a cada lançamento, novas críticas são tecidas em torno do manual.

A quinta edição do DSM foi desenvolvida ao longo de dez anos, partir de uma força tarefa e de grupos de estudos coordenados pela Associação Psiquiátrica Americana. Por ser um modelo classificatório, o DSM-5 apresenta algumas vantagens como, a objetivação dos critérios e a facilitação da linguagem médica mundial. Por outro lado, o seu uso demanda uma série de cuidados que vão desde sensibilizar-se quanto aos problemas que a rotulação e estigmatização podem trazer ao paciente, quanto a evitar uma intervenção Procustea¹⁰.

No tocante ao sistema de classificação do DSM-5, os transtornos mentais são considerados em um critério dimensional (grau de comprometimento e nível de remissão parcial ou total) e estão organizados em: transtornos neurodesenvolvimentais, espectro da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, bipolaridade, transtornos depressivos, transtornos da ansiedade, espectro obsessivo-compulsivo, trauma e estresse, sintomas somáticos (somatoformes), transtornos da alimentação, transtornos da excreção, transtornos do sono, disfunções sexuais, disforia de

gênero, transtornos disruptivos, do controle dos impulsos e de conduta, transtornos relacionados às adicção, transtornos neurocognitivos, transtornos da personalidade, transtornos parafílicos e outros transtornos mentais, bem como, a seção III que incluem escalas e proposições a novos estudos (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2013).

Aqui destacarei os transtornos depressivos e de ansiedade, por estes serem considerados como presentes, em algum grau, em todos os transtornos mentais (*American Psychiatric Association*, 2013), os sintomas somáticos e correlatos e, os transtornos da personalidade. Considera-se importante lembrar que, uma vez que a tradução oficial do DSM-5 para a língua portuguesa não está concluída, as terminologias aqui descritas poderão sofrer alguma variação da versão oficial ainda a ser lançada.

Os **transtornos depressivos** estão caracterizados por sinais e sintomas de desregulação do humor, tais como, tristeza, vazio, desesperança, irritação, agitação psicomotora e, que provocam prejuízo significativo nas áreas sócio-ocupacionais. No DSM-5 estão assim classificados os transtornos depressivos: transtorno disruptivo de desregulação do humor, transtorno depressivo maior, transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual e, transtorno depressivo relacionado ao uso de substâncias (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2013).

Os **transtornos da ansiedade** são caracterizados por medo excessivo e por distúrbios comportamentais relacionados a este. O medo é considerado como resposta emocional ao objeto, real ou imaginário e, a ansiedade é a antecipação do futuro objeto. No DSM-5 os transtornos da ansiedade estão classificados como transtornos de ansiedade de separação, mutismo seletivo, fobias específicas, transtornos da ansiedade social, transtornos do pânico, transtorno da ansiedade generalizada e outro tipo de ansiedade (por condição médica ou outras situações). Os comportamentos relacionados a ansiedade precisam provocar prejuízo significativo em suas áreas sócio ocupacionais para ser considerado como transtorno (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2013).

Os **sintomas somáticos e correlatos** são caracterizados por sinais e sintomas físicos que levam o indivíduo a buscar ajuda médica. Os sinais e sintomas são acrescidos de ações, pensamentos e sensações atípicas em resposta a estes. Alguns sinais e sintomas podem ter explicação médica, como ocorre em alguns casos de dor crônica e, são agravados por elementos emocionais. Outros continuam sem uma explicação médica aparente, como ocorre nos transtornos conversivos e na pseudociese. No DSM-5 são descritos como sintomas somáticos e correlatos, transtorno do sintoma somático, transtorno da ansiedade por doença, transtorno conversivo, transtorno factício, fatores psicológicos afetando outra condição médica e, outro

sintoma somático não especificado (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2013).

Os **transtornos da personalidade** são considerados como falhas adaptativas no que refere ao senso de si mesmo e nas relações interpessoais. Quanto ao senso de si mesmo trata-se do estabelecimento de fronteiras claras entre si e outrem, a capacidade para regular experiências emocionais e, a busca de objetivos de vida coerentes. Quanto às relações interpessoais, consideram-se a capacidade de empatia e de intimidade, como a conexão positiva e duradoura com o outro (*American Psychiatric Association*, 2013). No DSM-5, os transtornos da personalidade estão divididos em três grupos: Grupo A. Estranhos – excêntricos: Transtornos da personalidade paranoide, esquizoide e esquizotípica; Grupo B. Dramáticos, emocionais e erráticos: Transtornos da personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista; Grupo C. Dependentes, obsessivos e de esquiva: Transtornos da personalidade esquiva, dependente e obsessivo-compulsiva (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, 2013).

Com base nestes dados, observa-se que a saúde, para a abordagem biomédica, possui aspecto dimensional e, estar saudável é ausência de sinais e sintomas em dimensão que comprometa a adaptação do indivíduo.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 COMO SE RELACIONAM AS DUAS PERSPECTIVAS: GESTALT-TERAPIA E PSICOPATOLOGIA?

Na GT a fenomenologia é um de seus fundamentos. Na perspectiva biomédica a fenomenologia também está presente. Proteger a singularidade da pessoa, em detrimento de sua condição, é parte do dever prático de psicoterapeutas gestaltistas e de psiquiatras. Na abordagem biomédica o transtorno mental é visto como um *estar* com e não um *ser* com alguma coisa.

Para a prática psicoterápica em GT, o ciclo do contato representa um instrumento de trabalho (Ribeiro, 2006). Assim, uma figura, bem como, a apreensão dos mecanismos manifestados pelo cliente/paciente são fundamentos importantes neste processo. Na GT, a qualidade do contato e sua natureza orientada ao autoapoio e ao amadurecimento são compatíveis à saúde; enquanto que, na perspectiva biomédica, saúde é a sensação de bem estar e a ausência de doença.

Assim, os bloqueios de contato se relacionam às psicopatologias e, de certo modo, assumem caráter pré-mórbido da personalidade quando observado pela perspectiva biomédica. Sendo assim:

Os casos graves de **projeção** se relacionam a sintomas de paranoia em que há a responsabilização de seus desejos a outrem, tornando-se uma “vítima das circunstâncias” (Martín, 2008).

Considera-se que na **confluência** patológica o campo mantém-se indiferenciado (Latner, 1986). Os indivíduos significam e mantêm o outro como extensão de si mesmos evitando a diferenciação e utilizam meios manipulativos para conseguir o que querem. Ainda, segundo Melo et al (2009), a confluência possui relação com o transtorno de personalidade *borderline*, no tocante às ações e pensamentos de ataque ao outro, uma vez que estas ações provocam sensações de fracasso e de abandono de si próprio.

Ao **introjetar** elementos externos, sem estar *aware* deles, a vivência tende a tornar-se inautêntica e sem sentido. Pessoas com transtornos depressivos, frequentemente, manifestam inúmeros componentes introjetados e os integram como parte de si. E, a maneira irrefletida em como lida com pensamentos, bem como, as ações introjetadas, o afastam de si mesmo e produzem perda de sentido.

As dores crônicas e que não possuem um marcador clínico aparente e, o bruxismo (ranger ou pressionar os dentes) (Francesetti et al, 2014), se relacionam ao bloqueios **retroflexivos**, bem como este bloqueio se relaciona aos sintomas somáticos e conversivos. Quando a retroflexão se torna crônica, esta leva à somatização (cefaleia, enxaqueca, dores no estômago e úlceras). A retroflexão agride o sistema imunológico e, há uma relação de que pessoas que desenvolveram câncer, estatisticamente, sejam retrofletoras (Sinay, 1997). Ainda, são características de indivíduos extremamente retrofletores a sensação de solidão e da própria grandiosidade (Francesetti et al, 2014).

Entende-se que, uma certa dose de **dessensibilização**, protege contra ansiedade que o meio pode provocar (Francesetti et al, 2014). Contudo, as sensações, ainda que desagradáveis, estão ligadas ao ato de existir, em oposição à dessensibilização, que se relaciona ao entorpecimento, a apatia e a perda do sentido. Assim, a dessensibilização extrema relaciona-se à apatia característica dos transtornos depressivos (Joyce & Sills, 2014), uma vez que a pessoa apresenta pobre contato consigo e com o mundo (Latner, 1986). A frieza da dessensibilização extrema liga-se também aos estados antissociais, em que o altruísmo encontra-se comprometido (Francesetti, 2012).

(...), o outro está quase ausente: é apenas um objeto a ser considerado em determinadas circunstâncias. (...). Podemos dizer que o outro não habita o espaço interno do psicopata, ao contrário do neurótico que é habitado demais pelo outro” (Romero, 1997 In Carvalho & Costa, 2010).

O **egotismo** exacerbado tende a relacionar-se aos transtornos da personalidade. No histrionismo, a ser o centro das atenções e todas as tentativas manipulativas para se conseguir-lo; no transtorno da personalidade antissocial, a perceber-se centro do mundo e ao negar os direitos dos outros. “(...) o **egotista** interpõe suas necessidades às do entorno, e às vezes pode pecar por certa psicopatía¹¹” (Martín, 2008, p. 121). O egotismo também pode se relacionar à sensação de tédio e aos riscos de uso de substâncias para lidar com isso, bem como, aos estados de humor distímico, quando há cronificação do mau-humor e de queixas recorrentes; ainda, o egotismo relaciona-se aos transtornos disruptivos e de conduta.

A **deflexão** extrema é caracterizada pela retirada psicológica, envolvendo sentimentos de estranheza em relação ao mundo, expressada por metáforas quanto a si mesmo e pela relutância em buscar ajuda psicológica. Indivíduos com deflexão excessiva tendem a ser mais energizados manifestando irritação, agitação psicomotora e ansiedade elevada (Joyce & Sills, 2014).

A **fixação** extrema pode estar relacionada às personalidades obsessivo-compulsivas e, conseqüentemente, aos transtornos do controle dos impulsos e aos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo.

Além das formas de contato, outros elementos se relacionam ao desenvolvimento de psicopatologias em GT:

A falta de confirmação¹² está relacionada a psicopatologia como resultado do diálogo abortado (Hycner, 1993 In Mann, 2011). A pessoa não confirmada ou desconfirmada tende a desenvolver padrões de comportamento dissociados ou divididos, havendo uma perda extrema da integração da personalidade, característicos dos quadros esquizofrênicos e dissociativos.

Assim como na abordagem biomédica em que a manifestação excessiva de sinais e sintomas caracteriza a sintomatologia de um dado transtorno, na GT, a partir de uma perspectiva relacional, os extremos de pensamentos, emoções e comportamentos, representados pelo uso dos mecanismos de contato, associam-se às psicopatologias. O uso excessivo e repetitivo de uma ou mais formas de contato relaciona-se às interrupções do crescimento e, conseqüentemente, orienta-se para a disfunção.

Enquanto na abordagem biomédica o sofrimento se associa à psicopatologia, na GT a psicopatologia se associa à ausência da sensação. “Dor é presença, enquanto sofrimento psicopatológico é ausência” (Francesetti, 2012, p. 11). [tradução do autor]. Assim como a abordagem biomédica apresenta os elementos da personalidade como condições pré-mórbidas dos transtornos mentais, as formas de contato disfuncionais podem ser consideradas pré-morbidade para transtornos significativos.

5. CONCLUSÕES

O conhecimento das psicopatologias, avaliação psicológica e de abordagens psicoterápicas são fundamentais em psicologia clínica. Uma parte dos pacientes em psicoterapia estão, concomitantemente, em tratamento com o psiquiatra, neurologista ou com o outro profissional da área médica e assim, a interdisciplinaridade é estimulada na formação profissional atual. A utilização de psicofármacos, administrado pelo médico, se faz fundamental em alguns casos para que o paciente possa dispor de equilíbrio mínimo que o possibilite melhor interação em psicoterapia. Estas intervenções podem ser fundamentais como parte do processo do tratamento, uma vez que aproxima o olhar do médico ao olhar do psicólogo, beneficiando o paciente.

Ainda, a utilização de instrumentos técnicos, como fundamentação para as práticas em convênios e seguros é frequente. Se um paciente necessita afastar-se de suas atividades laborais, o laudo ou parecer seguirá ou será orientado a seguir, uma linguagem compreensiva universal.

Na GT, psicopatologia é descrita pelo conceito de saúde e interrupção. O ser humano é voltado para a saúde e crescimento e, a psicopatologia compreende esta interrupção. Na abordagem biomédica, psicopatologia é descrita em termos dimensionais com características-padrão que se repetem e que comprometem o funcionamento do indivíduo, levando-o a vivenciar prejuízos clinicamente significativos em sua vida social. E, tanto a GT, como a abordagem biomédica, defendem a abordagem dimensional na compreensão das psicopatologias.

É possível uma atuação conjunta bem-sucedida junto aos profissionais das duas áreas, psiquiatria e psicoterapia gestáltica, não havendo oposição suficiente entre os conceitos da pessoa e, ainda que os conceitos de saúde tenham perspectivas diferenciadas na GT e na abordagem biomédica, elas não são conflitantes a ponto de impedirem a integração das duas abordagens na prática clínica ou a comprometer o processo de remissão dos sintomas ou de crescimento do paciente. No processo de elaboração de psicodiagnóstico, a hipótese diagnóstica

pode ser desenvolvida na abordagem biomédica e na abordagem psicossocial, na qual a GT se insere. Desenvolve-se, neste sentido, outro ângulo para percepção da experiência.

Enquanto a GT ocupa-se do homem em seu sentido funcional e processual, em que a psicopatologia é vista como um fenômeno de ajustamento criativo que ocorre na fronteira de contato transformando-o na tentativa de ampliar seus potenciais; por outro lado, a abordagem biomédica ocupa-se dos sintomas na tentativa de restabelecer a saúde. São dois caminhos diferentes para se chegar a um mesmo ponto: a saúde mental.

O psicoterapeuta da abordagem gestáltica se insere no mundo atual e, com isso, não pode negar que algumas questões, como o pragmatismo, são fundamentais na prática psicoterápica. O compromisso profissional é uma orientação a ser seguida.

Aqui, a fim de concluir de maneira simples, separa-se o essencial e fundamental. Usar a filosofia gestáltica é essencial para a prática profissional e para a vida do psicoterapeuta da GT e, para isso, é fundamental *estar com* o psiquiatra e demais profissionais, a fim de que possamos perceber o fenômeno vivenciado através de vários ângulos, por meio de várias verdades e assim, cuidar do outro. Se estar *Aware* é essencial, reconhecer os sintomas é fundamental. Se estar em contato é essencial, perceber a forma de contatar é fundamental. Se, ser uma pessoa autêntica e autoapoiada é essencial, reconhecer os sintomas manifestados pode ser fundamental. Neste sentido, as duas verdades, da avaliação em GT e da avaliação biomédica, na compreensão de saúde e doença para a GT e da psicopatologia para a abordagem biomédica, podem ocorrer sem que uma se oponha ou bloqueie o andamento da outra. Assim, a integração entre psicoterapeuta da GT e a psiquiatria torna-se, além de recomendada, algo realizável.

A abordagem biomédica não está limitada ao sentido da categorização de uma dada experiência. O uso dos manuais dependerá daquele que o utiliza. Considera-se a verdade biomédica como parte de um todo e, como parte, que este seja também considerado nas práticas de psicodiagnóstico em abordagem gestáltica.

E assim, por estes caminhos, este artigo objetivou discorrer sobre o que a GT considera como psicopatologia e, em como esta compreensão se relaciona à abordagem biomédica. Sugerem-se o aprofundamento destas relações, a partir de estudos práticos, casos clínicos ou pesquisas experimentais que abordem estes conceitos.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2013). *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*. Washington-DC: American psychiatric publishing. Recuperado em 01 de junho de 2013, de <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>
- Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2010). *Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada*. Tradução da quarta edição norte-americana. São Paulo: Cengage Learning.
- Brownell, P. (2010). *Gestalt therapy: A Guide to Contemporary Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Carvalho, L. C. & Costa, I. I. A. (2010). *Clínica Gestáltica e os Ajustamentos do Tipo Psicótico*. Revista da Abordagem Gestáltica – XVI(1): 12-18, jan-jul.
- Cunha, A. (Org.). (2007). *Psicodiagnóstico V*. 5ª edição revisada e ampliada. Porto Alegre: Artmed.
- D'acri, G., Lima, T. & Orgler, S. (2012). *Dicionário de Gestalt-terapia "Gestaltês"*. São Paulo: Summus editorial.
- Dalgalarondo, P. (2008). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Davey, G. (2008). *Psychopathology: Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. UK: Blackwell.
- De Nadai, K. N. G. & Jardim, A. P. (2010). *Gestalt-terapia e física quântica: um diálogo possível*. Revista da Abordagem Gestáltica – XVI(2): 157-165, jul-dez.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (2013). Fifth Edition. *American Psychiatric Association*.
- Fagan, J. & Shepherd, I. L. (Orgs..) (1970/1971). *Gestalt Therapy Now: Theory, Techniques and Applications*. New York: Harper Colophon.
- Feist, J., & Feist, G. J., (2008). *Theories of Personality*. Seventh edition. USA: McGraw Hills.
- Francesetti, G. & Gecele, M. (2009). *A Gestalt-therapy perspective on psychopathology and diagnosis*. British Gestalt Journal, 18 (2), 5-20.
- Francesetti, G. (2012). *Pain and Beauty: from the psychopathology to the aesthetics os contact*. British Gestalt Journal, 21 (2), 4-18.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (2014). *Gestalt-therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact* (Gestalt-therapy Book Series). Siracusa: Instituto di Gestalt HCC Italy.

- Galli, L. M. P. (2009). *Um olhar fenomenológico sobre a questão da saúde da doença: a cura do ponto de vista da Gestalt-terapia*. Estudos e pesquisas em psicologia, UERJ, RJ, Ano 9, N. 1, p. 59-71, 1º semestre de 2009.
- Joyce, P. & Sills, C. (2014). *Skills in Gestalt: Counseling and Psychotherapy*. Third Edition. Series Skills: Counseling and Psychotherapy. London: Sage.
- Latner, J. (1986). *The Gestalt therapy Book: A Holistic Guide to the Theory, Principles and Techniques on Gestalt Therapy Developed by Fritz Perls and Others*. Goldsboro - ME: The Gestalt Journal Press.
- Mann, D. (2001). *Gestalt Therapy: 100 Key Points and Techniques*. New York: Routledge.
- Martín, Á. (2008). *Manual práctico de psicoterapia gestáltica*. Petrópolis-RJ: Editora Vozes.
- Masson, J. M. (2012). *Against Therapy: Emotional Tyranny and the Myth of Psychological Healing*. Ginny Glass and Untreed reads. Disponível em www.untreedreads.com
- Melo, A. K. S., Boris, G. D. J. B. & Stoltenborg, V. (2009). *Reconstruindo sentidos na interface de histórias: uma discussão fenomenológico-existencial da constituição do sujeito Borderline*. Revista da abordagem gestáltica, XV (2): 133-144.
- Perls, F., Hefferline, R. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Goldsboro - ME: The Gestalt Journal Press.
- Ribeiro, J. P. (1997). *O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo. Summus.
- Ribeiro, J. P. (2006). *Vade-Mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos*. São Paulo. Summus.
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria*. 9ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, J. C. S. (2009). *Princípios e dogmas : a ética e o leito de Procusto*. <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/filosofia/principios-e-dogmas-a-etica-e-o-leito-de-procusto.htm>. Recuperado em 10 de agosto de 2014.
- Sinay, S. (1997). *Gestalt-Therapy for beginners*. Writers and readers. New York. USA.
- Souza, J. C., Guimarães, L. A. M. & Ballone, G. J. (2012). *Psicopatologia e psiquiatria básicas*. 2ª edição. São Paulo: Vetor.
- Vidakovic, I., Zeleskov-Djoric, J., Roubal, J., Baalen, D. V., Francesetti, G. & Wimmer, B. (2014). *Professional Competencies and Quality Standards: Specific Competencies of Gestalt Therapists*. European Association for Gestalt Therapy. Authors: Disponível em www.eagt.org
-



¹ Psicóloga clínica. PhD em Humanidades e Ciências Sociais (Nagoya City University, Japão) – doutorado em psicologia clínica e cultura (UnB). Membro da Divisão 12 da *American Psychological Association – APA – Clinical Psychology*. Docente da Universidade Federal do Acre.

² Uma das divisões, a de número 32, da Associação Psicológica Americana e possui uma revista científica chamada de *The Humanistic Psychologist*.
<http://apa.org/about/division/div32.aspx>

³ Importante representante do movimento Antipsiquiatria. Em 1961 escreveu um livro intitulado “The myth of mental illness” (O mito da saúde mental). Tornou-se conhecido opositor do manual da Associação Psiquiátrica Americana (APA).

⁴ “a *awareness* é uma forma de experienciar; é o processo de estar em contato vigilante com o evento mais importante do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensorio, motor, emocional cognitivo e energético. (...) a *awareness* é, em si, a integração de um problema” (Yontef, 1998 *In* D’acri et al, 2012)

⁵ Uma vez que o processo psicoterápico baseia-se nas experiências presentes que emergem do contato entre cliente/paciente e psicoterapeuta. A teoria, os protocolos diagnósticos e psicoterapêuticos estão a serviço do encontro terapêutico e não o contrário.

⁶ A Teoria Paradoxal da Mudança, defende que, para que a pessoa possa crescer existencialmente, ela precisa tornar-se ela mesma (Beisser, 1971 *In* Fagan & Shepherd, 1970/1971).

⁷ Proporção áurea é um número irracional (representado por 1.618...), especial e dirigido ao crescimento. Alguns artistas e arquitetos consideram a proporção áurea como a forma mais bela e agradável e, frequentemente esta é relacionada à estética e a boa forma.

⁸ De acordo com Feist & Feist (2008), são os sete conceitos acerca da natureza humana, para a compreensão da teoria da personalidade, as seguintes indagações sobre o homem: Determinismo X o livre-arbítrio, pessimismo X otimismo, causalidade X teleologia, determinantes conscientes do comportamento X determinantes inconscientes, Influências biológicas X influências sociais, hereditariedade X ambiente e singularidade X similaridades.

⁹ Conceito utilizado por “Frederick Perls para descrever a natureza do contato que o indivíduo mantém na fronteira do campo organismo/ambiente, visando à sua autorregulação sob condições diversas. O qualificativo de ‘criativo’ refere-se ao ajustamento resultante do sistema de contatos intencionais que o indivíduo mantém com seu ambiente, diferenciando-o do sistema de ajustamentos conservativos desenvolvidos dentro do organismo, o qual constitui a maioria das funções reguladoras da homeostase fisiológica” (Perls et al, 1997 *In* D’acri et al, 2012).

¹⁰ “Procusto é um bandido que assalta viajantes e os obriga a se deitar em seu leito de ferro. Caso a vítima seja maior que o leito, Procusto amputa o excesso de comprimento: se é menor, estica. Como nenhuma pessoa é exatamente do tamanho da cama, ninguém sobrevive” (Silva, 2009, p. 1). O leito de Procusto é parte da mitologia grega sendo comumente citado na analogia a qualquer sistema que queira obrigar pessoas a se encaixarem num determinado padrão.

¹¹ A psicopatia refere-se a uma sintomatologia de descrição psicanalítica, enquanto o transtorno de personalidade antissocial refere-se a uma condição com descrição biomédica.

¹² Relaciona-se a focar nos pensamentos, sensações e ações da pessoa e confirmá-las, a fim de que o vínculo seja estabelecido e, a pessoa do cliente/paciente seja confirmada tal como ela se apresenta. Na confirmação, faz-se a suspensão apriorística, a fim de que se possa alcançar a

essência da pessoa. Confirma-se a, tal qual ela se é, sem julgamentos, estereótipos ou outra influência.