

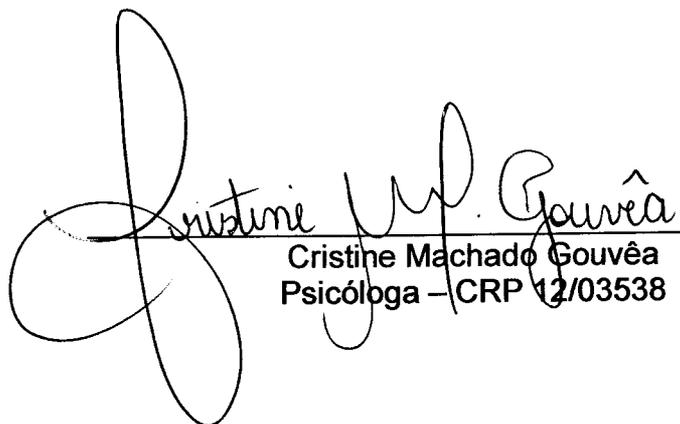
**INSTITUTO GESTALTEN – FLORIANÓPOLIS/SC**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLINICA.**

**DO HUMOR À DOENÇA DO HUMOR:**  
**UM ESTUDO DO TRANSTORNO BIPOLAR À LUZ DA GESTALT TERAPIA**

Trabalho de investigação psicológica desenvolvido como pré-requisito para obtenção do título de especialista em Psicologia Clínica, elaborado sob orientação da psicoterapeuta e supervisora Ângela Schillings, CRP 12/00080.

**CRISTINE MACHADO GOUVÊA**  
**PSICÓLOGA – CRP 12/03538**

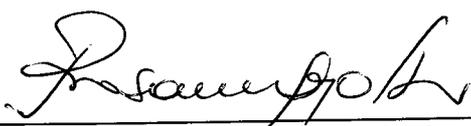
**TUBARÃO/SC, MAIO DE 2007.**

  
Cristine Machado Gouvêa  
Psicóloga - CRP 12/03538

conhecido A

  
Angela Schilings  
Psicoterapeuta CRP 12/00080

CONHECIDO A

  
Rosane Granzotto Muller  
Psicoterapeuta CRP 12/00049

*... Que a força do medo que tenho não me impeça de ver o que anseio.  
Que a morte de tudo que acredito não me tape os ouvidos e a boca.  
Por que metade de mim é o que eu grito, mas a outra metade é silêncio...  
... Que o medo da solidão se afaste e que o convívio comigo mesmo se torne ao menos suportável.  
Que o espelho reflita em meu rosto um doce sorriso que eu me lembro de ter dado na infância.  
Por que metade de mim é lembrança do que fui à outra metade eu não sei..."*

*(Oswaldo Montenegro - Trechos da música Metade)*

## AGRADECIMENTOS

Neste trem, que é a vida, muitas pessoas se tornaram especiais e queridas:

Meus pais, Laerte Gouvêa (in memorian) e Maria M. Gouvêa, por terem me ofertado a vida e a oportunidade de crescer.

A minha sempre linda Anilde pelo amor constante.

Meus afilhados Gabriel, Wellinton e Rowilson. Meus filhos do coração.

Humberto, um amigo portentoso.

Gisele Teodoro, colega e amiga de antigos horizontes.

Daiane, colega e amiga de reflexões e confidências.

Alteia, uma psicopedagoga espetacular e amiga especial.

As colegas do curso de Especialização em Psicologia Clínica, por me aceitarem e me ajudarem a crescer e transformar.

As equipes de trabalho da Policlínica de Referência de Tubarão, Associação Edson Filho, APAE de Grão Pará e Clínica Contato. Lugares onde sou acolhida e posso fazer o que escolhi enquanto profissional: Ser psicoterapeuta.

Leila, colega, amiga, psicoterapeuta. Nossa relação contribui para o meu crescimento enquanto pessoa e profissional. Contigo aprendi o que é uma relação dialógica.

Meus clientes por confiarem à mim suas histórias e pelo carinho oferecido.

Ângela, mestre, supervisora, colega, um grande exemplo pessoal e profissional.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente estiveram e estão comigo nesta viagem, agradeço e remeto meu carinho.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
1. Problemática.....	08
2. Problema de Pesquisa.....	13
3. Justificativa.....	14
<b>1. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
1.1. A Gestalt Terapia enquanto abordagem clinica.....	19
1.1.1. Um olhar histórico sobre a Gestalt Terapia.....	19
1.1.2. As teorias de fundo da Gestalt Terapia.....	20
1.1.3. Teoria da Awareness.....	28
1.1.4. Teoria do Self.....	30
1.1.5. Ego, Id e Personalidade enquanto estruturas do Self.....	31
1.2. O processo de diagnóstico em Gestalt Terapia.....	38
1.3. Transtornos Bipolares.....	40
1.3.1. O humor e suas nuances.....	40
1.3.2. Aspectos históricos.....	41
1.3.3. Epidemiologia.....	42
1.3.4. Etiologia.....	44
1.3.5. Quadro clinico.....	45
1.3.5.1. Características do episódio.....	45
1.3.5.2. Critérios diagnósticos.....	45

1.3.5.3. Diagnóstico diferencial.....	47
1.3.5.4. Tratamentos.....	47
2. METODO.....	48
2.1. Natureza e tipo de pesquisa.....	48
2.2. População e Sujeito.....	49
2.3. Procedimento para análise de dados.....	49
3. ESTUDO E ANÁLISE DE CASO.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXO.....	73

## INTRODUÇÃO

### 1. Problemática

BATISTA (1995) refere que uma das áreas que mais progrediram na Psiquiatria, particularmente nas últimas três décadas, é a que envolve a padronização e a classificação dos transtornos mentais. Essa padronização e classificação surgem da necessidade de estabelecer uma homogeneização da comunicação entre os profissionais de diferentes países e/ou regiões, e mesmo de diferentes correntes de pensamentos dentro de certo país.

Certamente a padronização de critérios para o reconhecimento dos transtornos mentais teve marcadas conseqüências para a Psiquiatria e a Psicologia, assim como para os avanços da pesquisa e tratamento na área de saúde mental.

Historicamente, percebe-se através da literatura, que a necessidade e as tentativas de classificação dos transtornos mentais. Os vários sistemas de classificação usados em Psiquiatria originam-se de Hipócrates, no século V A.C., citado por BATISTA (1995), que introduziu os termos "mania" e "histeria" como formas de doença mental.

A partir de Hipócrates cada era introduziu uma classificação psiquiátrica, mas ainda com pouco consenso sobre quais transtornos seriam incluídos e o método mais adequado para organização destes.

Percebe-se que há uma grande diferenciação acerca da fenomenologia, etiologia e curso do processo de adoecer, em cada uma das tentativas de classificação.

Exemplificando isso, no século passado os conceitos dominantes expressavam-se no Tratado de Kraepelin que teve oito (08) edições entre 1883 e 1909. Os métodos desse tratado eram baseados em uma psiquiatria descritiva com entidades mórbidas conceituadas. Sigmund Freud, no início do século XX, em Viena traz à luz as teorias psicanalíticas e, Adolf Meyer, em Chicago, pai da psiquiatria norte americana, traz questões ligadas a Psicobiologia. Tanto Freud quanto Meyer ressaltam a singularidade dos indivíduos e colocam em segundo plano a questão do diagnóstico.

Autores da escola psicodinâmica se contraporam as noções de entidades mórbidas trazidas por Kraepelin, defendendo a idéia de que existia uma doença básica, doença essa que se apresentaria em formas diversas, diferenciando-se quase que apenas quantitativamente. As influências dos autores ligados à escola psicodinâmica estendeu-se até pouco mais da metade do século XX e juntamente com a ideologia anti-psiquiátrica dos anos 60, propiciaram um desestímulo ao diagnóstico psiquiátrico.

Mas a necessidade de uma linguagem padronizada entre profissionais da área da saúde mental e dos critérios essenciais para a pesquisa se mantiveram. Na década de 70 ocorre a elaboração da Classificação Internacional de Doenças – CID. Numa primeira versão CID 9, resultado de uma revisão iniciada pela Unidade de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde. Publicada em 1979, a Classificação Internacional de Doenças – CID – incluía aspectos diagnósticos classificatórios e estatísticos (trinta

categorias apresentadas subdivididas em seis grupos). Atualmente existe o CID 10. Composto de vinte e um (21) capítulos identificados em um código alfanumérico por letra. Sendo que o capítulo V é o correspondente aos transtornos mentais e de comportamento. (Organização Mundial de Saúde, 2003).

Em termos de classificação, ainda existe, o “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” DSM. Este surgiu nos Estados Unidos a partir da necessidade de uma classificação dos Transtornos Mentais, devido ao desenvolvimento de novas disciplinas nas áreas das ciências sociais e da análise estatística de censos federais. Em 1840, em censo, trouxe a primeira tentativa de quantificar dos ditos “doentes mentais”, a partir de uma única categoria: “idiotia/insanidade”. Em 1880, foram identificadas sete (07) formas de insanidade: “mania, melancolia, monomania, paresia, demência, dipromania e epilepsia”. (BATISTA, 1995, Introdução ao DSM IV, 4 ed).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM foi publicado em sua primeira versão no ano de 1952. Este passou por três (03) revisões para ser publicado em 1993 nos Estados Unidos e em 1995 no Brasil em sua atual revisão. O DSM foi desenvolvido em função de um sistema classificatório compatível com o CID, com a finalidade de oferecer descrições claras de categorias diagnósticas, a fim de permitir que clínicos e investigadores diagnostiquem, comuniquem, estudem e tratem indivíduos portadores de transtornos mentais, nas suas várias formas. (BATISTA, 1995, Introdução ao DSM IV, 4 ed).

Neste período de grande evolução dos métodos diagnósticos em Psiquiatria, a ênfase tem sido em relação aos fenômenos psicopatológicos mais objetivos.

Em artigo publicado na Revista Lancet (2002) Thomas Szass questiona a validade dos diagnósticos psiquiátricos intitulando o artigo “Diagnoses are not diseases” (Diagnósticos não são doenças). Neste, Szass, alerta sobre a necessidade de não confundir diagnósticos com doenças, ou seja, satisfazer critérios exigidos para determinada categoria diagnóstica não é necessariamente ser portador de uma doença psiquiátrica. Neste instante deve ser analisado o subjetivo deste diagnóstico, ou seja, o grau de comprometimento deste paciente no que se refere à relação deste com o meio, através da qualidade dos contatos estabelecidos, as disfuncionalidades que se apresentam o sofrimento psíquico e o prejuízo funcional vivenciado.

Certamente a padronização de conceitos e critérios permite que haja uma linguagem mais clara e objetiva, apesar das diferentes abordagens e das inúmeras discussões que existem acerca da validade, eficácia e forma de uso dos diagnósticos (ainda muito rígidos e estigmatizantes).

Muitos teóricos e profissionais que trabalham na área da saúde mental desejam que o DSM V não venha a existir. Esse desejo deve-se as diferenças existentes entre os dois sistemas classificatórios e a forma de uso destes. (VINACOUR, 2005).

GABALLONE (2006) cita que uma classificação etiológica baseada na compreensão patogênica de cada transtorno mental é tida como sendo a ideal.

Considerando a multiplicidade de fatores que determinam o aparecimento de um transtorno mental e as inúmeras nuances de cada caso, VICTORIA (2000) considera a necessidade do desenvolvimento de pesquisas qualitativas aplicáveis ao psicológico e ao social de forma semelhante ao ora existente no campo biológico, para que se possa perceber o indivíduo na sua totalidade.

*“O conhecimento sobre as questões referentes a saúde e doença em nossa sociedade, tem sido tradicionalmente relegado ao domínio das Ciências Biológicas (Biologia, Patologia, Medicina, etc). Essas ciências são pautadas pelo princípio da universalidade e buscam, assim, identificar e explicar os elementos comuns aos organismos individuais e as diversas sociedades. Entretanto, quando o que queremos é destacar a diversidade, essas ciências não conseguem explicar inúmeros fatores colocados pelas concepções de saúde, doença, normalidade e anormalidade, nas quais se destacam a diversidade e a diferença. (VICTORIA, et all, 2000, p.11)*

O olhar fenomenológico existencial, base filosófica da Gestalt Terapia, também oferece subsídios para que se possa perceber o indivíduo como um ser integrado, portador de uma totalidade singular, única, um ser humano, e não meramente o “portador” de uma patologia, enquadrado em critérios comuns a todos.

*“... procurar entender o significado específico que os fenômenos assumem... visto que os registros de normalidade e anormalidade são, antes de tudo, determinados a partir de valores. A busca desse relativismo e da singularidade tem por pressuposto o real...” (VICTORIA, 2000, p.11).*

Um equilíbrio de interesses, investimentos na saúde e na pesquisa e bons resultados na área da Psicologia, Psiquiatria e Sociologia se tornam fundamentais para o progresso e avanço tanto no que se refere ao conhecimento científico, como de intervenção e tratamento inter e multidisciplinar, tanto das psicopatologias quanto de tantas outras formas de patologia que ainda são vistas de forma tão cartesiana e dicotomizada.

## 2. PROBLEMA DE PESQUISA

Como problema de pesquisa deste trabalho foi eleito: “Investigar o Transtorno Bipolar à luz da Gestalt Terapia.”.

### 3. JUSTIFICATIVA

Investigar o Transtorno Bipolar à luz da Gestalt Terapia, fora o tema e objetivo da presente pesquisa tendo em vista vários aspectos.

A depressão, quadro psiquiátrico caracterizado por um estado de humor deprimido, que traz como principais sintomas, anedonia, alterações de sono e apetite, fadiga, sentimentos de culpa e inutilidade, tem atingido cada vez mais indivíduos. Fala-se até na depressão como sendo o “mal do século”. LARA (2004), cita que até alguns anos atrás se achava que cerca de 90% das pessoas com sintomas depressivos <sup>1</sup> sofriam de depressão unipolar <sup>2</sup>, ou seja, que nunca haviam manifestado alterações de humor, como euforia, expansividade, otimismo exagerado, atos impulsivos, entre outros. Mas, clinicamente, de acordo com LARA (2004), o que se percebe é que até metade dos casos, pessoas com depressão apresentam quadros bipolares, pois, em algum momento da vida, ainda que de forma breve e leve, apresentam alterações de humor maiores que acabam acarretando em prejuízos funcionais ao indivíduo.

---

<sup>1</sup> O DSM IV traz como critérios diagnósticos para episódios depressivos: humor deprimido, anedonia, alteração de sono e apetite, agitação ou retardo psicomotor, fadiga, sentimento de culpa e/ou inutilidade excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de raciocínio, ideias suicidas. Estes sintomas devem se apresentar por no mínimo de duas semanas, quase todos os dias, trazendo sofrimento e prejuízos funcionais. Cita-se que os transtornos depressivos de acordo com o DSM IV divide-se em: Transtorno Depressivo Maior, Distímico, Transtorno Depressivo sem outra especificação.

<sup>2</sup> “Depressão unipolar”, assim, como “mania unipolar” são termos utilizados pelo DSM IV.

GABALLONE (2005) cita que essa dificuldade clínica diagnóstica se dá ao fato de pensar a bipolaridade ainda na sua classificação nosográfica original: “a psicose maníaca depressiva”, que apresenta claramente ciclos de mania ou euforia e ciclos depressivos, além de sintomas psicóticos associados.

Hoje se sabe que nem todos os pacientes portadores de Transtorno Bipolar apresentam sintomas psicóticos, por isso essa denominação “psicose maníaco depressivo” encontra-se em desuso. Além disso, sabe-se que existem variações entre as polaridades mania e depressão. O DSM IV classifica os Transtornos Bipolares em Transtorno Bipolar I e Transtorno Bipolar II, alguns autores, cita-se LARA (2004) fala em Transtornos Bipolares que vão do tipo I ao tipo IV<sup>3</sup>, apresentando em cada tipo particularidades e características específicas, onde precisa ser levada em conta também a história do paciente e possíveis comorbidades diagnósticas.

LARA (2004) afirma que, cerca de 1% da população portadora do Transtorno Bipolar, apresenta um quadro da doença referente ao tipo I, e torno de 6% a 8%, manifestam uma das formas mais leves do Transtorno e, que dentre os pacientes internados em unidades psiquiátricas com diagnóstico de depressão unipolar, cerca da metade (50%), veio a desenvolver um episódio de mania ou hipomania em algum momento.

JUNIOR (2004) cita que:

*“... para um terço dos pacientes, mais de dez anos se passaram desde o início dos sintomas até o estabelecimento do diagnóstico de Transtorno Bipolar. Na época do diagnóstico, 70% dos pacientes tiveram um diagnóstico errôneo e 50% dos pacientes tiveram um diagnóstico de depressão unipolar deveriam receber o diagnóstico de transtorno bipolar.” (JUNIOR, 2004, p. 03).*

---

<sup>3</sup> Neste estudo será adotada a classificação dos Transtornos Bipolares do tipo I e II, de acordo com o DSM IV.

Além das questões orgânicas e estatísticas, o Transtorno Bipolar abrange questões relacionadas à psicodinâmica de cada indivíduo, que as Ciências Biológicas, pautadas pelo princípio da universalidade, não conseguem abarcar quando se trata da diversidade, da diferença e da individualidade.

PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) neste sentido pontuam:

*“... que para toda e qualquer investigação psicológica, biológica ou sociológica temos de partir da interação entre o organismo e seu ambiente,” (PERLS, HEFFERLINE, GOODMAN, 1997, p. 42)*

Existe assim, todo um funcionamento orgânico, químico afetado e alterado, ocasionando um Transtorno Bipolar, mas este organismo afetado interage em um meio. Neste momento, cabe citar a Psicologia e seu tema, que é “o estudo da operação da fronteira de contato no campo organismo/meio”. (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, P. 43)

Pode-se exemplificar esta questão, em linhas gerais, citando os estados depressivos, que quimicamente apresentam um processo de alteração dos níveis de serotonina, assim como psicodinamicamente pode ser entendido como a aceitação passiva as situações vividas, partindo de um processo de cristalização, ou seja, de inflexibilidade ao novo, tornando o indivíduo “preso” a um vivido, havendo assim a perda progressiva das funções de Ego e o desenvolvimento de mecanismos neuróticos que culminam com o surgimento do Episódio Depressivo.

*“... aquele que se dá espontaneamente poderá não realizar o contato final; a figura está dilacerada em meio à frustração, raiva, exaustão. Neste caso ele está aflito em lugar de estar feliz. A inanição é o dano sofrido por seu corpo. Sua disposição é amarga e ele se volta contra o mundo, mas não, e volta ainda para si próprio, nem tem muita percepção de si, a não ser de que está sofrendo...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 235).*

A abordagem que busca através do desenvolvimento de sua teoria, assim como na vivência psicoterápica, perceber os processos ocorridos com o indivíduo

de uma forma global, onde o todo é entendido como maior do que a soma de suas partes, é a Gestalt Terapia. Esta abordagem surge a partir de estudos e reflexões de um homem descrito como tendo um espírito curioso e inovador, seu nome, Frederick Salomon Perls. (GINGER, 1995, p.43).

FRAZÃO (1997) refere que uma das contribuições mais importantes da Gestalt Terapia é uma visão holística de homem. Um ser bio-psico-social, em constante movimento de interação com o meio. Existem poucos estudos dentro da Gestalt Terapia que enfoquem questões orgânicas e os processos psicopatológicos. Citam-se como um dos mais importantes trabalhos acerca dos processos orgânicos, os trabalhos realizados por Kurt Goldstein, que estudou acerca das conseqüências das lesões cerebrais no comportamento de soldados. Os trabalhos de Goldstein tinham como base a Psicologia da Gestalt e tiveram como constatação que o individuo como um todo era mobilizado e não apenas órgãos ou partes isoladas.

Acredita-se que investigar um processo psicopatológico como o Transtorno Bipolar à luz da Gestalt Terapia propiciará uma análise não somente da sintomatologia, mas do individuo como um todo que vivência esses sintomas, analisando a estrutura interna da experiência concreta, no sentido de como é e não do que é o Transtorno Bipolar.

*“Concentrar na estrutura da situação concreta, preservar a integridade da concretude encontrando a relação intrínseca entre fatores sócio culturais, animais e físicos, experimentar e promover o poder criativo do paciente de reintegrar as partes dissociadas... a realização de uma gestalt vigorosa é a própria cura...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 49 e 50)*

Estes objetivos da psicoterapia gestáltica poderão contribuir para o tratamento de portadores do Transtorno Bipolar do Humor, conjuntamente com o

tratamento psiquiátrico e farmacológico que atuarão nas questões mais orgânicas, nos sintomas que o indivíduo vivencia como “pontas visíveis do iceberg”; de um funcionamento que vai muito além do meramente orgânico ou percebidos ou entendidos unicamente no seu caráter psicodinâmico.

## 1. REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1. A Gestalt Terapia enquanto abordagem clínica.

#### 1.1.1. Um olhar histórico sobre a Gestalt Terapia.

A palavra Gestalt tem origem alemã e não apresenta uma tradução literal para a Língua Portuguesa. RODRIGUES (2001) traz como possível tradução, algo no sentido de “forma”, de “um todo que se orienta para uma definição”, de “estrutura organizada”.

Frederick Salomon Perls é o precursor desta abordagem clínica. Ele nasceu em 1843, viveu parte de sua vida na Alemanha. Sua formação acadêmica foi médica, com uma prática psiquiátrica. Como muitos dos teóricos do século XX, Perls optou pela Psicanálise, que surgia no cenário mundial da época, em oposição ao Behaviorismo, que tinha como objetivo a quantificação, análise e previsibilidade das reações humanas.

Na Psicanálise, através dos trabalhos de Sigmund Freud, o homem era visto como um ser portador de vontades, desejos e que nem toda rigidez moral poderia dominar a natureza humana – era o inconsciente. Mas Perls, que foi conceituado por vários autores como “inconformista”, um homem curioso, com grande sensibilidade, estava descontente com as limitações clínicas que a Psicanálise apresentava. (GINGER, 1995, p. 43).

Assim, em 1942 na África do Sul e em 1947 na Grã Bretanha, aos 54 anos, Perls publicou o livro “Ego, Hunger and Agression”, contendo considerações acerca da Psicanálise, propondo uma revisão da teoria freudiana, mas devido às controvérsias acerca de alguns fundamentos da Psicanálise esta obra se constituiu no marco de desligamento de Perls com o meio psicanalítico.

A partir disso, Perls passou a trabalhar na construção de um novo campo clínico, escolhendo o nome Gestalt para esta abordagem clínica, publicando nos Estados Unidos a primeira obra da Gestalt, no ano de 1951, intitulada “Gestalt Therapy”.

Hoje são vários os gestalt terapeutas e muitas as obras publicadas tratando da Gestalt Terapia enquanto abordagem clínica.

#### 1.1.2. As teorias de fundo da Gestalt Terapia.

A Gestalt Terapia é uma abordagem psicológica que tem como base filosófica a Fenomenologia Existencial.

A Fenomenologia se constitui em uma metodologia, implicada a uma visão de homem e de mundo específicas. Essa visão de homem e de mundo advém do Existencialismo.

RIBEIRO (1985) cita que fenômeno é uma palavra de origem grega que traz como possíveis significados “manifestar-se”, “aparecer”.

HEIDEGGER, citado por RIBEIRO (1985) define fenômeno como aquilo que se revela por si mesmo. Ou seja, o fenômeno é o fragmento da experiência de um sujeito no mundo, pela descrição da experiência, da observação de “como” acontece.

Esse sujeito no mundo é provido de intencionalidade, existindo assim um movimento de mão-dupla da realidade, que é o da realidade em si e o da realidade como chega a nossa mente, ou seja, como esta realidade é apresentada. A representação dessa realidade é possível graças à consciência.

*“... a consciência não pode ser pensada, se imaginariamente lhe retirarmos aquilo de que é consciência, e nem se pode sequer dizer que seria, nesse caso, consciência de nada, pode este nada seria automaticamente o fenômeno de que seria consciência... a palavra consciência é uma experiência de autodistinção, quando nós distinguimos a nós mesmos fazendo distinções.” (Lyotard e Maturana, citados por RODRIGUES, 2001, p.188).*

Consciência entendida como estar consciente de algo, na relação de que objeto é sempre objeto para uma consciência. Neste sentido DARTIGUES (1992) acrescenta:

*“Se o objeto é sempre objeto para uma consciência, ele não será jamais objeto em si, mas objeto percebido ou objeto pensado, rememorando, imaginando, etc... objeto e consciência se definem respectivamente a partir desta correlação que lhes é, de alguma maneira, co-original... assim se encontra delimitado o campo de análise da fenomenologia, ela deve elucidar a essência dessa correlação na qual não somente aparece tal ou qual objeto, mas se estende o mundo inteiro.” (DARTIGUES, 1992, p. 19)*

A Gestalt Terapia se apropria desta correlação objeto-consciência na possibilidade de sair dos aspectos interpretativos advindos da Psicanálise e passar a trabalhar com o fenômeno em si, nesta relação entre objeto e consciência, através da descrição fenomenológica que utiliza o “como”, “o que”, ao invés dos “por quês”.

Quanto ao Existencialismo, a Gestalt Terapia se apropria da visão de homem e de mundo. Tanto para o Existencialismo, como para a Gestalt Terapia, o homem é um ser singular, categoria central da existência.

*“O homem é o intérprete mais fiel de si mesmo, centro de sua própria liberdade, e libertação, detentor do poder sobre si mesmo.” (CARDELLA, 2002, p. 35)*

Um ser concreto, singular no modo de ser e agir. Um conjunto de potencialidades, com condições plenas de atualizar-se e realizar-se. Que se responsabiliza por suas escolhas, sendo livre (o que gera angústias, inquietações, devido a responsabilidade das escolhas e o livre arbítrio), possuidor de uma capacidade criativa, e não um ser condicionado pelo meio (como pensava o Behaviorismo) ou regido por impulsos e instintos (como acreditava a Psicanálise), mas como um ser singular, construído na relação e na interação organismo/meio.

*“... tanto para a proposta gestáltica como a existencialista se encontram e se irmanam no sentido de privilegiar o homem como ser que se possui como ser livre e responsável... a crença no homem, aqui-agora-presente, capaz de tornar-se cada vez mais consciente de si próprio, a partir da experiência vivida agora e da certeza de sua extensão para depois, dentro de uma visão holística do homem como homem e dele como ser no mundo.” (RIBEIRO, 1985, p.41)*

Das bases filosóficas do Existencialismo a partir desta visão de homem e de mundo, autores como BUBER (1974), HYCNER (1990), JACOBS (1978) e YONTEF (1998) consideram a Gestalt Terapia como uma abordagem dialógica, pois, enfatiza a relação terapêutica como possibilidade de encontro e caminho de crescimento.

CARDELLA (2002) cita que a Gestalt Terapia valoriza a dimensão relacional, traz consigo a atitude terapêutica fundamental na abordagem dialógica. E isso só é possível, pois, a Gestalt Terapia crê neste homem como um ser único, singular, “intérprete de si mesmo”.

LOFFREDO (1994) considera que a abordagem dialógica é suporte para uma atitude fenomenológica.

*“O método fenomenológico como caminho para a conquista do que se denomina awareness, objetivo focalizado pelo gestalt terapeuta...” (LOFFREDO, 1994, p. 81)*

As contribuições da Fenomenologia e do Existencialismo para a Gestalt Terapia podem ser verificadas em atitudes como a ênfase em experiências imediatas, sem o uso de pré-conceitos, a busca de insight dentro da própria estrutura do sujeito, o trabalho com a experimentação sistemática, ter consciência de (awareness), criando condições de existência e sentido para esta.

*“A psicoterapia enfatiza: concentrar na estrutura da situação concreta; preservar a integridade da concretude encontrando a relação intrínseca entre fatores socioculturais, animais e físicos; experimentar e promover o poder criativo do paciente de reintegrar partes dissociadas... a psicoterapia é um método não de correção, mas de crescimento.” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 50 e 51).*

A Psicologia da Gestalt (1910) é outra das teorias de fundo da Gestalt Terapia. A Psicologia da Gestalt é uma abordagem experimental, que trabalha a nível cognitivo e tem como principal conceito a percepção. A Gestalt Terapia agregou a orientação ontológica e epistemológica de que *“o homem não percebe coisas isoladas e sem relação, mas as organiza no processo perceptivo como um todo.” (PIMENTEL, 2003, p. 32).*

Esta orientação é embasada por alguns conceitos da Psicologia da Gestalt, que são utilizadas pela Gestalt Terapia, cita-se:

**# Figura e Fundo:** figura e fundo não podem ser entendidas separadamente, pois, segundo Perls (1997) as totalidades de experiências são estruturas unificadas. Didaticamente, pode-se dizer que: *“figura (gestalt) na awareness é uma percepção, imagem ou insights claros e vívidos.” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 45).* E o fundo seria a energia do organismo e as possibilidades do ambiente que darão suporte para que a figura emerja.

O processo de formação da figura é dinâmico, vivo. A figura é especificamente psicológica, tem propriedades específicas observáveis. Cita-se

brilho, limpidez, unidade, fascinação, graça, vigor, desprendimento, etc., que permitem o processo de contato.

Quando o cliente chega ao processo terapêutico ele tem algo que lhe prende a atenção, no momento presente ou passado, geralmente trazido em forma de queixa.

O fundo é o contexto, a base, a história de vida que dá suporte para a figura.

O saudável seria uma fluidez, ou seja, uma alternância entre figura e fundo.

O patológico está na cristalização de uma ou mais figuras.

*“A figura não é uma parte isolada do fundo, ela existe no fundo. O fundo revela a figura, permite a figura surgir. O que o cliente traz jamais pode ser entendido em separado, pois, a figura tem um fundo que lhe permite revelar-se do que ela procede.” (RIBEIRO, 1985, p. 74).*

O papel do psicoterapeuta no processo é, num primeiro momento, perceber se há cristalização de uma ou mais figuras, lembrando que estas figuras nunca estarão descontextualizadas, e que esta ou estas figuras existem para dar conta de uma necessidade. O psicoterapeuta precisa nestes momentos se perguntar: “Qual a necessidade não satisfeita? Aberta, e por isso cristalizada?”.

A partir deste olhar contextualizado é possível trabalhar com o cliente possibilidades de trazer estas questões para a consciência e restabelecer novas configurações e, conseqüentemente a fluidez figura/fundo, reintegrando as partes que até então se encontravam dissociadas.

# *Todo e Partes*: intrinsecamente ligado ao conceito de figura e fundo, o conceito de todo e partes é fundamental para a Psicologia da Gestalt. A própria palavra Gestalt tem como possível tradução “todo”, “configuração”. E esse todo não pode ser separado das partes.

*“Quando nos deparamos com algo, a nossa percepção o capta como um todo e a seguir percebemos suas partes.*

*Donde podemos afirmar que o todo é anterior às suas partes.” (RIBEIRO, 1985, p. 70).*

A Gestalt Terapia percebe que é no todo que é possível haver significado, intencionalidade. E percebe a parte como aquilo que o indivíduo pode escolher para revelar-se. O psicoterapeuta trabalha percebendo o todo e as partes que se apresentam, até que possa haver uma totalidade integrada.

*“Em termos de Psicologia da Gestalt, estar no aqui-agora significa que este aqui e agora contém e explica a relação com a realidade como um todo, ou seja, o que eu vejo, o que eu percebo agora pode ser explicado pelo agora, sem necessidade de recorrer a experiências passadas de percepção.” (RIBEIRO, 1985, p. 79).*

A Gestalt Terapia se utiliza deste conceito da Psicologia da Gestalt, no sentido de que somente no momento presente, ou seja, no aqui - agora é possível realizar escolhas e se responsabilizar por elas. Além do que, é somente no aqui agora que as figuras podem emergir que as partes e o todo podem ser apresentados. Não há como dissociar esses conceitos.

*“Tentar viver o aqui e agora significa compromissar-se com a realidade como um todo aqui e agora. Este é um dos objetivos da psicoterapia.” (RIBEIRO, 1985, p. 81).*

Partindo do preceito de que o indivíduo, enquanto ser, é um todo. Uma unidade totalitária e não corpo X mente (visão cartesiana). O corpo é um todo e não uma soma de órgãos. Pode-se neste momento citar o conceito da Psicologia da Gestalt que pontua: *“O todo é diferente da soma de suas partes.” (RIBEIRO, 1985, p. 70).*

Goldstein foi um dos primeiros teóricos a estudar estas questões, construído a teoria organísmica. Ele realizou estudos acerca das conseqüências de lesões cerebrais no comportamento de soldados, com base nos estudos da Psicologia da Gestalt e constatou que os indivíduos como um todo era mobilizado e não apenas órgãos ou partes isoladas que estivessem afetadas.

*“O corpo considerado como um todo: não como uma soma de órgãos, membros, ossos e outras coisas embrulhadas para presente por um papel chamado pele. O corpo também é algo que está no ‘campo’ e, como tal, também é considerado holisticamente”. (RODRIGUES, 2001, p. 79).*

Sendo uma unidade, esta unidade sempre que afetada, é afetada como um todo. Pode-se exemplificar isso no “simples” fato de escutar. O corpo que sou escuta não apenas com os ouvidos, mas ao ouvir uma música, esta afeta um todo, causando sensações e sentimentos diversos, inclusive podendo emocionar.

Esta visão de organismo como um todo é utilizada pela Gestalt Terapia, que a chama de Teoria Organísmica. Essa teoria, utilizada pela Gestalt Terapia, crê que o organismo reage como um todo às situações vivenciadas no meio.

RODRIGUES (2001) pontua:

*“Uma situação emocional não será ‘colocada de fora’ do corpo, embora em muitas psicopatologias graves os pacientes tenham a impressão fantasiosa de eventos de seu mundo interno acontecerem ‘do lado de fora’. Nossa tristeza estará presente em nosso corpo de alguma maneira, mesmo quando não a expressamos ou tentamos esquece-la, ignorando-a. Todas as emoções que sentimos rompem o estado normal do corpo ao produzirem substâncias que reagirão em nosso sistema nervoso centram, em nossos músculos, etc. produzindo uma excitação que visará algum tipo de conclusão: seja a expressão – como chorar, gargalhar, xingar ou a busca do que se está carente.” (RODRIGUES, 2001, p. 81).*

A partir disso, entende-se que não é indicado tratar os fatos psicológicos como se existissem isolados do organismo. Uma situação psicológica produzirá uma excitação no organismo e o organismo tentará satisfazer esta necessidade que Goldstein chamou de “auto-regulação organísmica”.

CARDELLA (2002) define esse processo como:

*“Processo pelo qual o organismo interage com seu meio... ou o processo pelo qual o organismo satisfaz suas necessidades na busca de um equilíbrio que é sempre dinâmico (homeostase). (CARDELLA, 2002, p. 46).*

Como já foi pontuado anteriormente; a psicoterapia vai buscar através da análise da estrutura interna da experiência concreta, integrar as partes que devido ao processo citado acima, estão dissociados, cristalizadas, repetindo, na busca pela satisfação da necessidade real.

*“Ao considerar os eventos psicológicos, simultâneos aos orgânicos, ocorrendo em um campo vivencial compartilhando momentaneamente entre cliente e terapeuta, a Gestalt Terapia proporciona a evidência de como tem uma proposta de ‘integração’, ao invés de ‘dividir as partes’, como busca uma ‘síntese’ ao invés de buscar uma ‘análise’”.*  
(RODRIGUES, 2001, p.82)

Cabe ainda citar neste contexto, a Teoria de Campo, enquanto teoria de fundo para a construção das bases da Gestalt Terapia.

Kurt Lewin, com o desenvolvimento da Teoria de Campo, permitiu posteriormente à Gestalt Terapia, a abordagem da dinâmica psíquica, em que a energia e a mobilidade qualifiquem a interação entre o indivíduo e o meio e uma cultura, percebendo assim o fenômeno psicológico como uma totalidade.

PERLS, citado por RIBEIRO (1985) buscou na Teoria de Campo uma compreensão acerca dos processos de aprendizagem e dos processos grupais.

Entende-se como campo:

*“O campo determina o comportamento dos corpos, esse comportamento pode ser usado como indicador das propriedades do campo.”* (RIBEIRO, 1985, p. 88).

Existem dois campos, o campo físico, no caso, o campo geográfico, e o meio comportamental, que abrange o campo geográfico, o organismo e a relação existente entre ambos.

Os gestalt terapeutas afirmam como foi citado anteriormente, que o indivíduo é um todo, singular em suas peculiaridades. Isso inclui perceber também o campo com o qual este indivíduo está em relação.

Na teoria de Kurt Lewin conceitos como pessoa, meio e espaço vital são fundamentais para a compreensão desta teoria:

# *Espaço Vital*: onde o comportamento ocorre (meio geográfico+meio comportamental);

# *Pessoa*: ao mesmo tempo em que se individualiza se comunica e se inclui num meio;

# *Meio*: geográfico (físico) e comportamental (além do comportamento inclui a fusão do meio geográfico, o organismo e a relação entre estes).

Segundo RIBEIRO (1985) esta teoria traz fontes inesgotáveis a compreensão do trabalho individual e grupal e dessa relação organismo/meio.

### 1.1.3. Teoria da Awareness

Awareness é um conceito básico da abordagem gestáltica. Assim como a palavra Gestalt, awareness é uma palavra difícil de ser traduzida para a Língua Portuguesa. CARDELLA (2002) cita como traduções aproximadas para awareness “presentificação”, “tornar-se presente”, “concentração”, “conscientização”.

YONTEF (1998) define:

*“Awareness é uma forma de experiência que pode ser definida aproximadamente com a própria existência, com aquilo que é.” (YONTEF, 1998, p. 30)*

A teoria da Awareness traz consigo a necessidade dos processos de atenção e consciência, mas uma consciência além da consciência cognitiva e sim um fluxo de conscientização do principal evento (campo-indivíduo-meio), ou seja, uma consciência organísmica. Esse processo ocorre no aqui - agora e necessita de suporte sensorio motor, emocional, cognitivo, energético.

Neste sentido podem-se citar dois tipos de awareness: a awareness sensorial e motora, entendida como reações do corpo para determinada ação, onde o corpo decifra-os e decide entre eles, e a awareness deliberada/reflexiva, onde parte para um significado, definição ou imagem.

A awareness se constitui assim na aceitação, conhecimento do controle, escolha e responsabilidade dos sentimentos e comportamentos. Para isso se faz necessário o conhecimento direto da situação atual (aqui – agora) e de como Self está nesta. <sup>4</sup>

*“Uma awareness significativa é a do Self no mundo, em diálogo com o mundo e com a awareness do outro.” (CARDELLA, 2002, p. 31).*

O processo de awareness é dinâmico, e o processo de auto-regulação organísmica, vai depender da awareness, ou seja, da capacidade de discriminar e assimilar (o desejável/ a necessidade) o de rejeitar (o que é julgado tóxico), o que possibilitará o crescimento, através do ajustamento criativo.

Awareness e a hierarquia de necessidade possibilitam que o indivíduo perceba e responda as necessidades predominantes, fechando gestalts, para que novas gestalts se abram.

As perturbações da awareness ocorrem quando há a negação da situação e exigências da vontade ou da resposta. Há assim a rejeição do Self, que acaba por causar a distorção da awareness, por que a rejeição do Self é a negação de quem se é.

---

<sup>4</sup> Cabe citar aqui o termo *insight*. Termo bastante utilizado pelos psicoterapeutas gestálticos, que significa uma forma de awareness (percepção óbvia e imediata de uma unidade entre elementos).

A neurose em Gestalt Terapia é uma consequência da falta de concentração, que leva o indivíduo a incorporar, sem a necessária destruição e assimilação de elementos estranhos.

O processo terapêutico neste sentido objetiva como o indivíduo percebe, como impede, dificulta, ou bloqueia os processos de comunicação e expressão.

Com o decorrer do processo terapêutico, o indivíduo passa a reconhecer as relações e significações. Fechar gestalten inacabadas, que acabam se manifestando distorcidamente, em forma de sintomas.

YONTEF (1998) cita:

*“A Gestalt Terapia é fenomenológica, seu objetivo é apenas awareness e sua metodologia é a metodologia da awareness.” (YONTEF, 1998, p. 234).*

#### 1.1.4. Teoria do Self

Para a Gestalt Terapia, o conceito de Self está ligado à compreensão do indivíduo num campo. Quando se fala em “Eu” nunca se isola esse. Procura-se entender o indivíduo em um organismo de crescimento e auto-conservação, num movimento polarizado de crescimento, crescimento este que se dá no contato. O Self é um sistema complexo de contato que acontece na fronteira organismo-meio. É a fronteira em ação, o sentido do contato é o Self. O Self não é algo que exista dentro do indivíduo; é um processo, um movimento.

*“O Self, portanto não é uma entidade fixa nem uma instância psíquica – como o “Eu” ou o “Ego” – mas um processo especificamente pessoal e característico de sua maneira própria de reagir, num dado momento e num dado campo, em função de um ‘estilo pessoal’. Não é o seu ‘ser’, mas ‘seu ser no mundo’ – variável conforme as situações” (GINGER, 1987, p. 126).*

Apresenta como propriedades, a espontaneidade (nem ativo – nem passivo).

*“A espontaneidade é o sentimento de estar atuando no organismo/ambiente que está acontecendo, sendo não somente seu artesão ou seu artefato, mas crescendo dentro dele. A espontaneidade não é diretiva nem autodiretiva, e nem nada a está arrastando embora seja essencialmente descompromissada, mas é um processo de descobrir-se e inventar à medida que prosseguimos engajados e aceitando o que vem.” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p.182).*

E o engajamento na situação, ou seja, o sentimento é imediato, concreto e presente. Envolve a percepção, muscularidade e excitação.

*“Empenhado espontaneamente num interesse atual e aceitando-o à medida que se desenvolve o Self não tem consciência de si próprio abstratamente, mas como estando em contato com alguma coisa. Seu ‘Eu’ é polar com relação a um ‘Tu’ e a um ‘Isso’. O ‘Isso’ é a sensação dos materiais, dos anseios e do fundo, o ‘Tu’ é o caráter direcionado dos interesses; o ‘Eu’ é tomar as providências e fazer as identificações e as alienações progressivas”. (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 183).*

#### 1.1.5. Ego, Id e Personalidade como estruturas do Self.

Ego, Id e Personalidade como estruturas do Self podem ser entendidas como etapas do ajustamento criativo, funcionando entre eles num processo figura/fundo, de forma que o Id está relacionado às necessidades vitais e às “pulsões”, aparecendo nos atos automáticos (cita-se respirar, movimentar-se...).

O Ego surge como uma função ativa. Na identificação de possibilidades e/ou alienação destas, através da awareness das necessidades e vontades.

E a personalidade por sua vez seria a figura criada, relacionada à auto-imagem do indivíduo e a representação que ele faz de si mesmo.

PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) citam:

*“Como aspectos do Self num ato simples e espontâneo o Id, Ego e Personalidade são as etapas principais de ajustamento criativo: o Id é o fundo determinado que se*

*dissolve em suas possibilidades, incluindo as excitações orgânicas, e as situações passadas inacabadas que se tornam conscientes, o ambiente percebido de maneira vaga e os sentimentos incipientes que conectam o organismo e o ambiente. E 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 E GOODMAN, 1997, p. 184).*

Como pontuado anteriormente, o conceito de Self está ligado à compreensão do indivíduo num campo. Para que haja o crescimento deste indivíduo é necessário que este estabeleça contato com esse campo.

O contato é um dos principais conceitos da Gestalt Terapia, senão o mais importante, afinal, a Gestalt Terapia é conhecida como a “Terapia do Contato”, mas antes de pensar no contato propriamente dito, é necessário compreender o que seja suporte. O suporte é à medida que crescemos. Dá-se na vivência através da essência de cada ser. O suporte para os gestalt terapeutas é a utilização de todo um aparato fisiológico e emocional que o indivíduo se utiliza para ir ao meio e conseqüentemente poder estabelecer o contato.

*“... inclui fisiologia, postura, coordenação, equilíbrio, sensibilidade, mobilidade, linguagem, hábitos, costumes, habilidades e aprendizagem, experiências vividas e defesas adquiridas ao longo da vida. Este é o suporte, o auto-suporte, essencial para o contato...” (TELLEGEN, 1982, p. 85-86)*

Existem dois tipos básicos de suporte: o auto-suporte, que é aquele que está no indivíduo, que não se realiza somente a nível cognitivo, mas também e, principalmente é sentido. E o heterosupoorte, que seria a busca deste suporte fora, no meio.

No processo psicoterápico, o auto suporte é desenvolvido gradualmente. O terapeuta atua como facilitador deste processo, contribuindo para que o indivíduo

reconheça e crie recursos próprios, diminuindo a necessidade de busca de heterosuporte, para que o outro seja desejável e não necessário, assim sendo possível o estabelecimento de contatos plenos.

*“... o foco do trabalho terapêutico em Gestalt é precisamente a articulação das dimensões de suporte e contato.” (TELLEGEN, 1982, p. 86).*

Na literatura gestáltica, o termo contato é amplamente utilizado.

PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) descrevem como sendo contato:

*“... awareness do campo ou resposta motora no campo. Entendamos contatar, awareness e resposta motora no sentido mais amplo, incluindo apetite e rejeição, aproximar e evitar, perceber, sentir, manipular, avaliar, comunicar, lutar, etc. – todo tipo de relação viva que se dê na fronteira, na interação entre o organismo e o ambiente...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 44).*

Portanto, contato é o processo de formação de uma figura em um contexto (fundo) e no campo organismo/meio. O indivíduo precisa aproximar-se ou retrair-se na fronteira de contato a fim de satisfazer sua necessidade.

Entende-se por fronteira de contato:

*“(...) a fronteira de contato não é tanto parte do organismo como é essencialmente o órgão de uma relação específica do organismo e do ambiente (...) as fronteiras, os locais de contato, constituem o Ego. Apenas onde e quando o Self encontra o ‘estranho’ o Ego começa a funcionar, começa a existir, determina a fronteira entre o ‘campo’ pessoal e o impessoal.” (POLSTERS, 2001, p. 115).*

Essas fronteiras, didaticamente, são divididas em Fronteira do Eu, Fronteira de Corpo, Fronteira de Valor, Fronteira de Familiaridade, Fronteiras Expressivas e Fronteira de Exposição.

Esse processo de contato ocorre através das “funções de contato”, ou seja, visão, audição, olfato, gustação, tato, fala e movimento (POLSTERS, 2001). É a

partir destas funções que o indivíduo pode estabelecer contatos de boa qualidade, organizar boas fugas, interromper e obstruir o contato.

TELLEGEN (1982) descreve o processo de contato como:

*“... sobre um fundo dado – pessoal, interpessoal, ambiental – se destaca algo de interesse, uma figura se delinea, exerce atração ou exige atenção, mobiliza a energia levando a ação até que se completa no contato, desfazendo-se como figura para que uma nova possa aparecer... a figura não é perceptual, mas motivacional, e tem haver com uma necessidade ou desejo.” (TELLEGEN, 1982, p. 88).*

Para que o contato ocorra, e seja um contato de boa qualidade é necessário a ocorrência de ajustamento criativo, ou seja, a capacidade de assimilação do novo, de forma criativa e espontânea. Este ajustamento é uma das funções do Self. PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) conceituam o Self como sendo um sistema de ajustamentos criativos.

YONTEF (1987) ainda cita:

*“Ajustamento criativo como relacionamento entre o indivíduo e seu meio no qual há responsabilidade da pessoa em reconhecer e conduzir de modo ‘bem sucedido’ sua própria vida. Além disso, ser capaz de criar condições para seu bem estar”. (YONTEF, 1987, p. 14).*

Assim, a qualidade do contato, em relação aos processos de ajustamento criativo, pode ser considerada como um dos critérios de saúde e doença.

Este movimento de surgimento da figura e o fechamento de gestalts, de ajustamento criativo, é um processo complexo, pois, em cada fase do ciclo podem surgir interrupções, que recebem o nome de “interrupções do ciclo de contato”.

PERLS (1988) considera o indivíduo neurótico quando este se torna incapaz de modificar suas técnicas de interação, atuando de forma cristalizada, o que dificulta a interação de forma saudável consigo próprio e com o mundo.

A incapacidade do indivíduo de encontrar e manter um equilíbrio entre ele e o restante do mundo opera segundo mecanismos neuróticos. Estes mecanismos

aparecem na literatura sobre várias denominações. Neste trabalho será adotado o termo utilizado por PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997), que cita essas interrupções como perdas das funções de Ego. Estas interrupções podem ocorrer:

1. Antes da nova excitação primária = confluência
2. Durante a excitação = introjeção
3. Confrontando o ambiente = projeção
4. Durante o conflito e o processo de destruição = retroflexão
5. No contato final = egotismo

O processo de confluência seria a condição de não contato, ou seja, não há nenhuma fronteira de Self.

Uma confluência saudável seria aquela contatada (ex. memória disponível), já uma confluência neurótica não pode ser contatada devido a repressão.

O indivíduo cuida para que nada novo aconteça, mas também não há nenhum interesse ou discernimento no que é antigo. Neste processo o indivíduo não se distingue do meio. Não consegue perceber, nem distinguir as diferenças entre si mesmo e o outro.

A introjeção é um mecanismo que busca a evitação do contato. Caracteriza-se pela incorporação de modos de agir, atitudes, valores, vindos do mundo externo, mas não integrados à personalidade, ou seja, não assimilados.

De forma saudável, sabe-se que o crescimento se dá mediante a assimilação de conceitos, valores advindos do meio. De forma neurótica a introjeção é uma "invasão" do meio externo sobre o indivíduo, que fica impossibilitado de desenvolver-se e expressar-se, trazendo como uma das conseqüências deste processo, a desintegração da personalidade do indivíduo.

*"A introjeção, pois, é o mecanismo neurótico pelo qual incorporamos em nós mesmos normas, atitudes, modos de agir e pensar, que não são verdadeiramente nossos. Na*

*introjção colocamos a barreira entre nós e o resto do mundo tão dentro de nós mesmos que pouco sobra de nós". (PERLS, 1988, p. 48).*

No mecanismo de projeção o indivíduo busca fazer com que o meio seja responsável pelo que é seu.

Visto pelo aspecto saudável, a projeção está ligada à criatividade. Na projeção neurótica, o indivíduo não identifica o que é seu, tornando definido, vinculando-o com outra pessoa.

*"O exemplo típico de projeção neurótica é que A tem planos com relação a B (eróticos ou hostis), mas A inibe sua aproximação, dessa forma, sente que B tem planos com relação a ele. Evita a frustração da emoção negando que esta seja sua". (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, P. 255).*

Na retroflexão o indivíduo percebe como se houvesse uma linha divisória entre ele e o mundo (percebe nitidamente a fronteira). A retroflexão é o processo de "auto-reformar-se". Neuroticamente, o indivíduo evita a frustração, tentando não estar totalmente envolvido. O ambiente tangível do indivíduo retroflexor é ele mesmo (o próprio corpo). A satisfação possível do indivíduo é o sentimento de controle ativo.

E por fim, o Egotismo. Sobre esse mecanismo PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) citam:

*"... o egotismo é um tipo de confluência com a awareness deliberada, é uma tentativa de aniquilação do incontrolável e do surpreendente. O mecanismo de evitar a frustração e a fixação, a abstração do comportamento controlado a partir do processo em andamento... o indivíduo... evita as surpresas do ambiente (medo da competição) tentando isolar-se como sendo a única realidade: isto ele faz 'assumindo o comando' do ambiente e o tornando seu" (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 257).*

POLSTER E POLSTER (2001) ainda citam o mecanismo de deflexão que poderia ser conceituado como um desvio de energia, a fim de evitar a plenitude do contato.

Indivíduos deflexivos apresentam dificuldade de focalizar e concentrar-se no aqui – agora, nas experiências.

No que tange a Teoria do Self, cabe ainda trazer à luz deste estudo o tema Polaridades. ZINKER (1977) é o autor que oferece maior ênfase e profundidade no estudo desta temática.

*“Teoricamente, a pessoa saudável é um círculo completo, possuindo milhares de polaridades integradas e inter relacionadas... é aware da maioria das polaridades, incluindo aqueles sentimento e pensamentos não permissíveis para a sociedade, e é capaz de aceitar-se dessa forma”. (ZINKER, 1977, p. 200).*

As polaridades podem ser segundo Zinker, ego-sintônicas, ou seja, polaridades com as quais o indivíduo se identifica (ligadas geralmente as estruturas de personalidade) e, ego-distônicas ou ego-alienadas (estas geralmente ligadas aos processos psicopatológicos), que são aquelas polaridades inaceitáveis para o Self.

Num funcionamento saudável, o indivíduo possui a capacidade de reconhecer e integrar suas polaridades. Já em disfuncionalidades, há rigidez do indivíduo em aceitar partes de si próprio. Essas polaridades não aceitas, e por isso alienadas, podem acarretar na exacerbação destas. Cita-se neste momento da reflexão, a Teoria Paradoxal da Mudança.

*“A mudança não ocorre quando uma pessoa se torna o que é, não quando tenta converter-se no que não é. A mudança não ocorre através de uma tentativa coerciva por parte do indivíduo ou de uma outra pessoa para mudá-lo, mas acontece se dedicarmos tempo e esforço a ser o que somos – a estarmos plenamente investidos em nossas posições correntes. Ao rejeitarmos o papel de agente de mudança, tornamos possível a mudança significativa e ordenada”. (BEISSER, s/n, cap.6, p. 110).*

É objetivo da Gestalt Terapia, enquanto abordagem psicoterápica, a busca pela promoção da aware e o contato do indivíduo acerca desses aspectos desintegrados.

*“... a terapia gestáltica busca promover a awareness e o contato do indivíduo acerca de seus aspectos desintegrados, favorecendo o trânsito entre polaridades e a integração da personalidade, o que fortalece o auto-suporte e a capacidade da pessoa para responsabilizar-se por seus próprios sentimentos, pensamentos e suas atitudes.” (CARDELLA, 2002, p. 63)*

## 1.2. O processo de diagnóstico em Gestalt Terapia.

A palavra diagnóstico, em seu sentido etimológico, vem da conjunção de duas palavras de origem grega: dia, que quer dizer “através de” e gnose, que quer dizer “conhecimento”. Diagnose, portanto, pode ser entendido como, “um conhecimento através de”, ou ainda, “aquilo que é capaz de ser discernível”.

Geralmente um indivíduo busca a psicoterapia por que sofre, ou então porque busca desenvolver potencialidades, que ele sente como estando bloqueadas. Assim, chega geralmente com uma queixa, que pode ser entendida, como aquilo que o cliente dá conta, ou seja, aquilo que está aware.

O intuito da psicoterapia neste processo de diagnóstico é o de saber como este indivíduo funciona na sua totalidade, sem discriminar o que é saudável e o que é patológico. Para isso, se faz mister entender o significado da queixa para aquele cliente, qual a relação de funcionalidade entre a queixa e o existir do cliente.

De forma geral, pode-se pensar como função do diagnóstico:

*“... relacionar o ‘aqui – agora’ do cliente com o ‘lá e então’ de sua vida. O diagnóstico, assim, busca no fundo (no duplo sentido que esta palavra pode ter) a compreensão da figura.*

*É a partir desse fundo que a figura faz sentido.” (FRAZÃO, 1996, p. 02).*

De forma mais específica, o diagnóstico auxilia o psicoterapeuta a perceber a melhor forma de trabalho, auxiliando da melhor maneira possível à emergência de novas configurações e a resignificação dos fenômenos.

Cabe ao psicoterapeuta, neste processo, estar aware do funcionamento totalitário deste cliente. Sem idéias apriorísticas e, “como um detetive” deve canalizar sua atenção naquilo que o impacta e como o impacta. Para isso, a forma do discurso, a energia, sofrimento, postura corporal, aparência, afetividade, bloqueios, repetições, associações e omissões são bons indicativos e devem ser vistos pelo psicoterapeuta com especial atenção, no sentido de compreender este outro que o procura.

Mas a Gestalt Terapia, assim como outras abordagens humanistas e o movimento anti-psiquiátrico, rejeitam a questão do diagnóstico, por perceberem que este despersonaliza o indivíduo e o rotula a uma condição clínica, portador de uma patologia.

Mas a classificação dos processos patológicos é útil quando pensada como possibilidade de oferecer uma linguagem comum às diversas áreas de conhecimento, assim como as diferentes abordagens.

*“Toda a classificação tem a função de verificar aquilo que é comum e os critérios diagnósticos têm a função de verificar as características comuns à perda dos mecanismos normais de funcionamento”. (FRAZÃO, 1996, p. 05).*

Com isso o psicoterapeuta terá a possibilidade de entender o indivíduo tanto em suas características comuns quanto individuais.

*“Diagnóstico pode ser um processo de respeitosamente prestar atenção a quem a pessoa é tanto como um indivíduo único quanto em relação às características compartilhadas com outros indivíduos”. (YONTEF, 1987, p. 154).*

Para a Gestalt Terapia, o diagnóstico não é algo imediato ou rotulante. É algo que acompanha o processo terapêutico e deve ser entendido de forma processual e que depende da reflexão do psicoterapeuta e do conhecimento que ocorre na relação com o cliente, visando discernir o que se passa com este.

*“Pensar o diagnóstico em termos gestálticos implica pensar em processo, em relações de relações (pensamento dialético) e principalmente implica em compreender (aprender com), alicerce central do relacionamento terapêutico”. (FRAZÃO, 1996, p. 08).*

### 1.3. Aspectos Psiquiátricos do Transtorno Bipolar.

#### 1.3.1. O humor e suas nuances.

Eutimia é uma palavra de origem grega que pode ser entendida como “equilíbrio do humor” (EU = normal; TIMO = humor).

A última Classificação Internacional das Doenças (CID 10) traz o termo Distímia (DIS = alteração) classificando este como um dos tipos de transtornos persistentes de humor. CORDÁS e et al (1997), citam que a característica essencial deste transtorno é um humor cronicamente deprimido que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos (por isso está incluído nos transtornos persistentes). Pacientes com essa alteração no humor descrevem este como “triste” ou “na fossa”.

De acordo com o DSM IV, poder-se-ia ainda citar a ciclotímia, os episódios depressivos, os transtornos bipolares, entre outros quadros onde há a alteração dos estados de humor.

Mas o que seria um humor saudável?

Pode-se buscar suporte para esta pergunta nas teorias de fundo da Gestalt Terapia, como a Teoria Organísmica e a Teoria de Campo, que enfatizam a relação organismo/meio e a capacidade de auto-regulação organísmica, propiciando uma fluidez figura/fundo dos estados de humor conforme as situações vividas. Exemplificando, pode-se pensar em um estado de humor deprimido ao perder um ente querido e um estado de humor eufórico ao concluir um curso superior com a festa da formatura, mas que estes estados possam se alternar nessa fluidez figura/fundo, de forma contextualizada, e não de forma cristalizada, perdendo a vigorosidade na realização de novas gestalts <sup>5</sup>

No caso desta pesquisa o foco de atenção clínica está na alteração de humor, classificada pelo DSM IV e CID 10 como Transtornos Bipolares.

### 1.3.2. Aspectos Históricos.

O conceito moderno de doença bipolar foi iniciado na França, com os trabalhos de Fabret (1851) e Baillarger (1856) citados por GABALLONE (2005).

Os conceitos seminais de Emil Kraepelin e Weigant mudaram as bases da nosologia psiquiátrica, e o seu conceito unitário a respeito da “insanidade maníaco-depressiva”, foi amplamente aceito e adotado, citados por GABALLONE (2005).

Posteriormente, as idéias de Kleist e Leonhard, na Alemanha, e o trabalho de Angst, Perris e Winokur enfatizaram a distinção entre as formas unipolar e

---

<sup>5</sup> “... a interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo, constituem a anormalidade...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 45)

bipolar da depressão. Mais recentemente a ênfase mudou novamente para o espectro bipolar, que se estendem até os limites dos temperamentos normais

Finaliza-se citando que autores sumarizam as controvérsias quanto à nosologia do Transtorno Bipolar e suas fronteiras com a Esquizofrenia, os quadros esquizoafetivos e as chamadas psicoses ciclóides.

### 1.3.3. Epidemiologia.

Segundo SEGAL e KUSSONOKI (2004), estima-se que a prevalência seja de 1% para Transtorno Bipolar tipo I. A prevalência de Transtornos Bipolares é substancialmente maior. Episódios mistos têm incidência que se situa entre 30% e 40% dos episódios.

São mais freqüentes em mulheres, citando-se uma relação de 1,5 mulheres para cada homem (Gaballone, 2005).

A idade de início é um desafio clínico<sup>6</sup>, mas percebe-se que a idade tende a ser precoce. Em algumas literaturas o referencial é de 18 anos para bipolaridade tipo I e de 22 para a bipolaridade tipo II.

Empiricamente, segundo VINACOUR (2005), percebe-se uma maior taxa de prevalência entre indivíduos com maior escolaridade, assim como em solteiros e/ou divorciados.

Em meios de dados mais recentes, o Sistema Único de Saúde (SUS) de São Paulo ([www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)) apontam que houveram mais de 10 mil

---

<sup>6</sup>. Isso se deve a um diagnóstico errôneo nas primeiras avaliações. LARA (2004) cita que pacientes bipolares levam até cerca de 15 anos até receberem um diagnóstico adequado.

autorizações de internações hospitalares (AIHs) por ano devido ao Transtorno Bipolar.

Silva (2006) ainda cita que metades das licenças médicas pagas por ano pelo INSS são decorrentes a doenças de ordem emocional, e as maiores incidências estão nos quadros depressivos e nos Transtornos Bipolares. Hoje se estima que houve um custo de cerca de cinco bilhões aos cofres do INSS entre os meses de janeiro e agosto.

O curso da patologia é mais prolongado, as terapêuticas têm sido mais eficazes e específicas, propiciando melhores prognósticos aos pacientes. Cabe citar que pacientes portadores do Transtorno Bipolar tipo II apresentam melhores prognósticos, sendo que a maioria dos pacientes com tratamento adequado (psicoterápico e farmacológico), retornam a um nível funcional pleno entre os episódios (períodos intercrises de bom funcionamento). Já pacientes com padrões de ciclagem rápida (episódios mistos) apresentam pior prognóstico, sendo o curso da doença geralmente crônico.

Além disso, cabe citar que é alta a associação com o abuso de álcool e hipnóticos sedativos e com alterações e comorbidades neurológicas e psiquiátricas e altos índices de suicídios. BOWES (2006) cita que sem o diagnóstico adequado e conseqüente tratamento, o Transtorno Bipolar está associado a um aumento de duas a três vezes na mortalidade por qualquer causa, incluindo um aumento de aproximadamente 25 vezes do risco de suicídio.

#### 1.3.4. Etiologia.

SEGAL e KUSSUNOKI (2004) citam que desde a Antiguidade suspeitava-se que os fatores físicos ou biológicos tinham papel fundamental na patogênese da depressão.

A partir da segunda metade do século passado novas metodologias e tecnologias foram disponibilizadas para o estudo de tratamento dos Transtornos de Humor. Sendo que o conhecimento dos aspectos biológicos dos transtornos depressivos cresceu em ordem diretamente proporcional ao desenvolvimento tecnológico. Anteriormente, haviam achados periféricos acerca dos Transtornos Depressivos, hoje se pode reconhecer as medidas mais diretas do metabolismo cerebral, a função dos receptores e a atividade dos genes.

SEGAL e KUSSUNOKI (2004) discutem acerca da evidência de componentes familiares nos Transtornos de Humor, portanto, fatores genéticos e ambientais devem ser considerados em um diagnóstico diferencial. Cabe citar estudos que demonstram o Transtorno Bipolar tipo I como Transtorno de Humor com maiores chances de ser transmitido hereditariamente (o início mais precoce do quadro está geralmente associado a maior hereditariedade).

Biologicamente, pode-se citar que alterações de sistemas monoaminas em sistema nervoso central (como serotonina, dopamina e noradrenalina, entre outras), alterações de regulação hormonal no eixo cortiço-hipotalâmico, hipofisário-adrenal, no eixo tireóideo, da prolactina e da somatostatina parecem estar também envolvidos na patogênese dos Transtornos de Humor. Alterações neurofisiológicas do sono, de ritmos circadianos também podem ser referidas. (Guyton, 1997)

Por fim, o diagnóstico de um Transtorno de Humor realizado erroneamente como um Episódio Depressivo e tratado com antidepressivos piora a evolução do quadro.

BOWES (2006) cita que nos Estados Unidos 3,7% da população é portadora de um Transtorno de Humor do espectro Bipolar, mas apenas 20% destes foi diagnosticado adequadamente. Sendo que antes do diagnóstico passam por uma médica de quatro médicos e uma média de três diagnósticos psiquiátricos anteriores a identificação do Transtorno Bipolar e que dois terços destes pacientes foram diagnosticados em algum momento como Depressivos unipolares.

### 1.3.5. Quadro Clínico.

#### 1.3.5.1. Características do Quadro.

O Transtorno Bipolar se caracteriza por apresentar alterações extremas de humor. Chama-se “Bipolar” por que o humor oscila entre os pólos de mania e depressão. Assim, é fácil compreender que é uma patologia com duas faces bastante distintas. (VINACOUR, 2005).

#### 1.3.5.2. Critérios Diagnósticos <sup>7</sup>

Ciclo Depressivo:

# Sentimentos exagerados ou inapropriados de tristeza, desesperança, angústia, desânimo e/ou pessimismo;

# Perda de energia e motivação;

---

<sup>7</sup> os critérios diagnósticos foram adaptados, tendo como base os critérios diagnósticos adotados pelo DSM IV e CID 10.

- #Alteração de apetite (diminuído ou exagerado);
- # Alteração de sono (diminuído ou exagerado);
- # Perda de interesse e prazer em atividades usuais/rotineiras;
- # “Perturbação” de pensamento e memória;
- # Idéias recorrentes de morte e suicídio.

**Ciclo de Mania/Euforia:**

- # Euforia, com excessivo otimismo e vitalidade;
- # Diminuição do sono;
- # Aumento do interesse sexual, às vezes com condutas inapropriadas;
- # Alto nível de energia e vitalidade, oratória excessiva (verborrêia);
- # Extrema irritabilidade e/ou inquietação;
- # Desmedida valorização de si próprio (grandiosidade);
- # Trocas emocionais rápidas e imprevisíveis;
- # Gastos exagerados e não habituais;
- # Condutas perigosas, com risco de conseqüências, devido a um otimismo exagerado.

VINACOUR (2005) ressalta que outros sintomas podem se apresentar, de acordo com cada caso e suas variações. Assim, como sintomas acima citados, que se apresentem isoladamente não significam que o indivíduo seja portador de um Transtorno Bipolar.

Maiores detalhes quanto aos critérios diagnósticos para os Transtornos de Humor, devem ser pesquisados no DSM IV e CID 10.

### 1.3.5.3. Diagnóstico Diferencial.

Devem ser excluídos como possibilidade de Transtornos Bipolares:

- # Transtorno de Humor devido a uma condição médica geral;
- # Transtorno de Humor induzido por substâncias;
- # Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade;
- # Sintomas precipitados por um tratamento antidepressivo;
- # Episódios Depressivos Maiores com humor irritável;
- # Episódios Maníacos com humor irritável.

### 1.3.5.4. Tratamentos:

O tratamento dos transtornos de humor tem se tornado cada vez mais eficaz. Isso se deve aos critérios diagnósticos cada vez mais objetivos e aos avanços da tecnologia farmacológica

O reconhecimento dos aspectos genéticos interagindo com os eventos ambientais, a psicodinâmica do paciente e as alterações neurobiológicas são fatores que associados e tratados integralmente promovem a melhoria dos quadros.

## 2. METODO

### 2.1. Natureza e tipo de pesquisa

Para o desenvolvimento da presente pesquisa, foi realizado o estudo de caso com um (01) paciente com diagnóstico de Transtorno Bipolar que hoje vem realizando tratamento psiquiátrico e psicoterápico associado, que já tenha apresentado um episódio de mania e um episódio depressivo, ao menos, de acordo com os critérios diagnósticos preconizados pelo DSM IV para estabelecimento do quadro e confirmação diagnóstica.

Segundo GIL (1991, p. 58), o estudo de caso é um tipo de pesquisa caracterizado pelo estudo profundo de um ou poucos objetos, o que permite um amplo e detalhado conhecimento sobre o tema da pesquisa.

Quanto à natureza do presente estudo, o mesmo pode ser denominado de ordem qualitativa, pois, busca uma compreensão particular do que se pretende estudar. Segundo MINAYO (1998, p. 22), o foco da atenção neste tipo de pesquisa está centrado no específico, no peculiar, almejando sempre uma compreensão dos fenômenos estudados, a partir dos significados e sentidos atribuídos à ação humana.

Quanto aos objetivos, o estudo pode ser denominado descritivo, que segundo GIL (1991, p. 46), diz respeito à descrição das características de

determinada população, fenômeno ou estabelecimento de relação entre as variáveis existentes.

## 2.2. População e Sujeito.

O objetivo de estudo da presente pesquisa foram pacientes que apresentem um quadro, de acordo com os critérios diagnósticos necessário, para o transtorno Bipolar.

Para alcançar o objetivo proposto, foi realizado o estudo de caso de um (01) paciente, selecionado de acordo com os critérios estabelecidos, os quais eram:

# Apresentar diagnóstico, de acordo com os critérios, segundo o DSM IV, para Transtorno Bipolar;

# Estar realizando de forma regular, sistemática e contínua, tratamento psiquiátrico e psicoterápico.

## 2.3. Procedimento para análise de dados.

A técnica da análise de conteúdos, segundo GOMES, citado por MINAYO (1998, p. 74), possui basicamente duas funções. A primeira delas é a verificação de hipóteses e/ou questões, e a segunda função diz respeito à descoberta do que se encontra por detrás dos conteúdos manifestos.

No caso específico desta pesquisa, a análise de conteúdo teve por função descobrir o que se encontrava por detrás dos conteúdos manifestos.

Para isso, utilizou-se, como forma de trabalho, num primeiro momento uma pré-análise, que constituiu na organização do material a ser pesquisado e

analisado. De acordo com os objetivos, definiram-se os aspectos a serem estudados, ou seja, o estudo do Transtorno Bipolar à luz da Gestalt Terapia.

Num segundo momento, realizou-se uma exploração do material na pré-análise. E, por fim, realizou-se a interpretação dos conteúdos através da discussão do caso, articulando os dados obtidos em coleta, com o embasamento teórico constituído anteriormente.

### 3. ESTUDO E ANÁLISE DE CASO.

SM, 34 anos, natural de Tubarão/SC, auxiliar de enfermagem e técnica em Radiologia. Separada, mora com a mãe, um irmão e tem um filho, hoje com 09 anos de idade.

Neste sentido, pontua-se a epidemiologia para o Transtorno Bipolar. GABALLONE (2005) cita que os transtornos bipolares são mais freqüentes em mulheres, citando-se uma relação de 1,5 mulheres para cada homem. A idade de início é um desafio clínico, mas percebe-se que a idade tende a ser precoce. Em algumas literaturas o referencial é de 18 anos para bipolaridade tipo I e de 22 para a bipolaridade tipo II.

Empiricamente, segundo VINACOUR (2005), percebe-se uma maior taxa de prevalência entre indivíduos com maior escolaridade, assim como em solteiros e/ou divorciados.

Em 2004 SM buscou psicoterapia para o filho, referindo que o mesmo tinha dificuldades emocionais, e que ela acreditava que estas dificuldades eram devido ao processo de separação do casal. E que ele não se abria com ela e que ela tinha dificuldades em abordar o assunto.

Em avaliação com o menor, percebeu-se que o mesmo tinha capacidade intelectual compatível com a idade cronológica, não havia dificuldades de aprendizagem, socialização e não referia nenhuma forma de sofrimento psíquico. No contexto familiar, referia boa relação com a mãe, avó e demais familiares.

Referia não ter saudades do pai, pois, sempre teve muito pouco contato com ele. Apresentava uma excelente expressão artística, aparentando grande prazer no desenvolvimento dos trabalhos. Seus desenhos traziam grande beleza artística e conteúdos voltados aos interesses de um menino, na época com 07 anos de idade (carros, objetos voadores, amigos, praia...) Ou seja, não apresentava queixas ou disfuncionalidades que caracterizassem a necessidade de psicoterapia, naquele momento.

Em entrevista de devolução com a mãe, chegou-se a um consenso de que estava tudo bem com o menino e que, ele próprio, não julgava necessário e não tinha vontade de fazer um processo de psicoterapia. Nesta entrevista, a mãe traz questões que tem lhe afligido. Então, convidou-se para que a mesma iniciasse um processo psicoterápico, até mesmo pensando em um possível movimento de projeção desta mãe em relação ao filho, onde na verdade o sofrimento psíquico encontrava-se com ela e não com ele.

*“Quem usa a projeção é um indivíduo que não pode aceitar seus sentimentos e ações por que não “deveria” sentir ou agir deste modo... Quando alguém que costuma usar a projeção consegue fantasiar sobre si mesmo como uma pessoa com as mesmas características que vê no outro, mas que anteriormente escondia de sua própria auto consciência, isso afrouxa e expande seu senso de identidade demasiado rígido...” (POLSTERS, 2001, p. 93).*

Como figura foi trazida uma situação de mudança de setor, no ambiente de trabalho. Ela, auxiliar de enfermagem estava saindo do posto de enfermagem de um dos setores de um hospital geral, para trabalhar no setor de radiologia do mesmo. Aqui se pontuam a dificuldade com mudanças, o que tende a contribuir com os processos de repetição da paciente.

*“A compulsão neurótica à repetição é sinal de que uma situação inacabada no passado ainda está inacabada no presente. Todas as vezes que uma tensão suficiente se acumula no organismo para tornar*

a tarefa dominante, tenta-se novamente encontrar uma solução...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 101).

Como se pode perceber na continuidade do estudo, além de uma fronteira de familiaridade rígida.

“... a própria mudança evoca o terror e faz com que algumas pessoas se restrinjam a funcionar em ambientes limitados mais familiares. Para essas pessoas mudanças de emprego, de pessoas importantes em suas vidas ou em seu relacionamento com elas, como o crescimento dos filhos ou o envelhecer dos pais são transições extremamente difíceis. Eu-sou-como-sou fica cristalizado num eu-sou-como-sempre-fui-e-como-sempre-serei.” (POSTERS, 2001, p. 131).

Trazia como informações, que ouvira falar que era um setor “pesado”, “difícil” e que “ninguém parava lá por muito tempo” e que o chefe da equipe era terrível. Isso lhe causava angústia e fantasias de como seria o trabalho neste setor. Neste sentido percebe-se o processo de introjeção e de projeção, com base nestas introjeções.

Teoricamente cita-se a introjeção como sendo um mecanismo que busca a evitação do contato. Caracteriza-se pela incorporação de modos de agir, atitudes, valores, vindos do mundo externo, mas não integrados à personalidade, ou seja, não assimilados.

*“A introjeção, pois, é o mecanismo neurótico pelo qual incorporamos em nós mesmos normas, atitudes, modos de agir e pensar, que não são verdadeiramente nossos. Na introjeção colocamos a barreira entre nós e o resto do mundo tão dentro de nós mesmos que pouco sobra de nós”. (PERLS, 1988, p. 48).*

Já no mecanismo de projeção o indivíduo busca fazer com que o meio seja responsável pelo que é seu assim sendo, os outros falavam sobre as dificuldades do setor, que “ninguém parava lá por muito tempo” etc., ou seja, se os outros não conseguem logo eu também não consigo, e através destas informações do meio

introjetadas eu começo a projetar isso no meio e o problema e/ou dificuldade não está em mim, mas no meio. Associado a isso, ainda há a toda a questão referente à Fronteira de Familiaridade, já citada anteriormente.

No decorrer dos atendimentos, ela passou a trabalhar no referido setor de radiologia, passando a referir as dificuldades que vinham sendo vivenciadas, inclusive confirmando suas fantasias (projeções). A falta de experiência, prática e agilidade eram uma das queixas da chefia e um dos incômodos da paciente. A experiência da paciente no setor de radiologia era relacionada a exames de tomografia e ressonância em uma clínica onde ela trabalhou por volta de sete anos no setor de medicina nuclear.

Essa dificuldade de assimilar o novo pode ser pensado como o impedimento do ajustamento criativo através dos caracteres neuróticos.

PERLS (1988) considera o indivíduo neurótico quando este se torna incapaz de modificar suas técnicas de interação, atuando de forma cristalizada, dificultando a interação de forma saudável consigo próprio e com o mundo.

A incapacidade do indivíduo de encontrar e manter um equilíbrio entre ele e o restante do mundo opera segundo mecanismos neuróticos.

Com vinte e sete anos, relata que já apresentava sintomas de uma psicopatologia. Irritabilidade, alucinações auditivas e visuais. Relatos de familiares trazem que neste período ela recitava capítulos de livros, contava trechos de filmes, falava sobre coisas do passado, aqui a paciente já apresentava alterações de propriocepção. O diagnóstico emitido na época foi de um Episódio Depressivo com sintomas psicóticos. Vale neste momento pontuar que o diagnóstico inicial de Episódio Depressivo ao invés de transtornos bipolares é comum. LARA (2004) cita que até alguns anos atrás se achava que cerca de 90% das pessoas com sintomas

depressivos sofriam de depressão unipolar, ou seja, que nunca haviam manifestado alterações de humor, como euforia, expansividade, otimismo exagerado, atos impulsivos, entre outros. Mas, clinicamente, o que se percebe é que até metade dos casos, pessoas com depressão apresentam quadros bipolares, pois, em algum momento da vida, ainda que de forma breve e leve, apresentam alterações de humor maiores que acabam acarretando em prejuízos funcionais ao indivíduo. Esse diagnóstico é prejudicado tendo em vista a classificação nosográfica original da bipolaridade: “a psicose maníaco depressiva” e ao fato de os pacientes buscarem auxílio e tratamento somente quando estão em ciclos depressivos, pois, quando em ciclos eufóricos, tendem a negar o processo de adoecer.

A paciente crê que esta “primeira crise” foi desencadeada após ela presenciar uma discussão dentre da sala de exames, discussão esta entre uma funcionária e a chefia. Ao presenciar esta discussão a paciente refere que começou a chorar compulsivamente e a chefia, nesta ocasião mandou que ela fosse se tratar.

Percebem-se neste sentido algumas questões, tais como: a estrutura de personalidade da paciente. A mesma apresenta uma estrutura de personalidade obsessiva (eixo II) e o Transtorno Bipolar (eixo I) ocorre como sintoma das disfuncionalidades decorrentes desta estrutura de personalidade, tanto é que pode-se citar que a mesma apresenta como comorbidade diagnóstica um processo de TOC (Transtorno Obsessivo Compulsivo). Associado a isso, cita-se uma fragilidade psíquica, decorrente da falta de recursos egóicos, o que dificulta o enfrentamento e manejo de situações estressoras. E por fim, a questão do uso do controle e medo,

o que faz a nível de funções de Ego perceber as questões referentes ao egotismo e confluência, enquanto interrupções de contato apresentados pela paciente.

Foi recomendado que a paciente se afastasse do trabalho por 30 dias. A clinica onde SM trabalhava não aceitou o atestado, rasgando-o, pois, ninguém mais era apto a realizar o trabalho desenvolvido por ela. Mas devido à necessidade do quadro que a paciente apresentava foi realizado um acordo e ela foi afastada por 15 dias.

A paciente refere que nestes 15 dias de afastamento chegou a passar dias inteiros na cama, mas as “idéias aos poucos voltaram para o lugar”. Aqui aparenta que a paciente tenha vivido um ciclo depressivo.

Esta falta de experiência na radiologia e conseqüente dificuldade de manejo na realização das atividades, lhe causava grande sofrimento psíquico, trazido nos sintomas de angústia e ansiedade, inclusive com processo de onicofagia.

*“O sofrimento emocional é um meio de impedir o isolamento do problema para que, trabalhando o conflito o self cresça no campo do existente. Quanto mais cedo estivermos dispostos a afrouxar a luta contra o conflito destrutivo, a relaxar com relação a dor e a confusão, tanto mais cedo o sofrimento terminará...”*  
(PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 166).

Cabe ressaltar que a paciente apresenta uma estrutura de personalidade obsessiva. Em sua historia de vida, percebe-se a construção desta estrutura de personalidade em falas onde a mesma refere que não teve infância. Que suas tias vinham buscá-la para passear, brincar e sua mãe não a deixava ir. Só sua irmã ia. Só lembra que trabalhava muito e que era muito exigida. E que não era reconhecida, valorizada pelo que fazia. Lembra de frases como: “Não faz nada que preste”.

Aos 20 anos, o pai entrou em decadência financeira, legando a ela a responsabilidade de sustentar a casa e todos que moravam lá. Nesta época já

trabalhava como auxiliar de enfermagem e já tinha trabalhado anteriormente, como doméstica em um sítio. O pai que havia perdido tudo, contraído inúmeras dívidas, disse que “ela teria que bancar”, e além das dívidas, então assumidas por ela, comprou um caminhão novo (pai caminhoneiro). Pontua-se neste momento, a questão das camadas de neurose, no que se refere ao desempenho de papéis

SM refere que “nunca teve dinheiro sobrando”, “nunca teve dinheiro na poupança”. Que sempre teve que “bancar tudo e todos”. Sua mãe também exigia muito: “SM já fez isso? Junta lá... varre aqui... tem que...”.

PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN (1997) citam:

*“... a neurose encontra-se a meio caminho entre o distúrbio do self espontâneo, que é a aflição, e o distúrbio das funções de id, que é a psicose...”.*

O pai da paciente faleceu aos seus 27 anos, causando grande sofrimento psíquico e um luto mal elaborado até hoje. A mesma recebeu a notícia do falecimento ao meio dia no local de trabalho, por telefone. Nesta época passou a apresentar alucinações auditivas, ouvindo sempre o telefone tocar, inclusive ouvindo o telefone tocar sempre ao meio dia, lhe causando grande ansiedade.

Percebe-se uma confluência na relação filha/pai, hoje transposta numa confluência entre filha/mãe e mãe/filho. Nas relações amorosas, sociais percebe-se isso no não limite existente entre a paciente e o meio.

*“A confluência é a condição de não contato (nenhuma fronteira de self) embora estejam ocorrendo outros processos importantes de interação, por exemplo, o processo de funcionamento fisiológico, a estimulação ambiental, etc...”. Mas patologicamente “o paciente cuida para que nada de novo aconteça, mas não há nenhum interesse ou discernimento no que é antigo...” (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 252).*

No contexto atual, o chefe do setor de radiologia no qual SM estava trabalhando, exigia desta excelência na execução do trabalho, agilidade e

chamava a atenção o tempo todo, inclusive lhe causando constrangimento frente aos colegas de trabalho, repetindo o que esta vivia e vive no contexto familiar.

Esta situação de constrangimento frente aos colegas lhe causava imenso sofrimento psíquico. Em um momento, ela se remeteu a uma discussão que ocorreu logo após o falecimento do pai, onde seus tios tiraram o caminhão dos filhos (herdeiros deste pai) e não lhe pagaram o que deviam a ele. No decorrer da discussão um dos tios expressou que o pai dela havia morrido por que elas eram umas "putas". A paciente lembra que neste momento teve uma "crise nervosa". Posteriormente sentia taquicardias, agitação motora, como se estivesse ligada (surto maníaco). Não chegou a buscar tratamento na época, utilizando os psicofarmacos da mãe.

Nos episódios depressivos há uma maior acessibilidade de fundo, isso ocorre devido a questões referentes as funções de ego que se tornam mais estáveis. Aqui o uso da terapia reversiva é um recurso de grande valia no processo psicoterápico.

*"... nosso método terapêutico é o seguinte: treinar o ego, as diferentes identificações e alienações, por meio de experimentos com uma awareness deliberada das nossas variadas funções, até que se reviva espontaneamente a sensação de que 'sou eu que estou pensando, percebendo, sentindo e fazendo isto'. Nesta altura, o paciente pode assumir, por conta própria, o controle". (PERLS, HEFFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 49).*

O sentimento de angústia, ansiedade aumentavam gradativamente, ela não conseguia lidar com as situações que vinha vivenciando.

*"O excitação persistente aumenta por meio da seqüência do ajustamento criativo e é mais intenso no contato final. Isto se dá mesmo se obstáculos e conflitos perdidos impedirem o final; mas, em semelhante caso, o excitação torna-se espetacularmente disruptivo para o próprio self organizador. A raiva se transforma em furor, há magoa e exaustão e, talvez, alucinação (sonho acordado com vitória, vingança e gratificação). Estas funções de*

*emergência para aliviar a tensão e capacitar-nos a começar de novo na próxima vez, já que naturalmente a necessidade fisiológica e sua excitação estão ainda inacabadas. Esse processo de frustração total e explosão ilimitada, não é doentio, mas não é, desnecessário dizer-lo a despeito da opinião de muitos pais – útil aprender algumas coisas, pois o self está dilacerado e não restou nada a ser assimilado.” (PERLS, HEEFERLINE E GOODMAN, 1997, p. 214).*

Aparecimento da inflexibilidade e do processo de auto exigência, decorrentes da estrutura de personalidade da paciente. Este desejava não ir mais para o trabalho, mas precisava deste e acreditava que ela poderia aprender e fazer bem o que era preciso e exigido pela chefia. Aqui aparece a tríade neurótica (quero/posso/preciso = conflito) e ao mesmo tempo a necessidade de dar conta, de reconhecimento e aceitação, característicos da personalidade obsessiva desta.

Outras situações de sofrimento psíquico eram relatadas. Cerca de 15 anos atrás, em Florianópolis, também em uma clínica de medicina nuclear, vivenciou um ciclo, onde referia sentir imensa solidão e choros compulsivos. Houve ideações suicidas e alucinações auditivas (ouvia seu nome, como alguém que lhe chamava na janela). A paciente refere que neste período vivenciou o desespero (novo ciclo depressivo).

Em um dos atendimentos subseqüentes, ela referiu uma das reclamações da chefia, inclusive por advertência por escrito. Ela não aceitou a situação referindo nunca ter recebido uma advertência por escrito. E que no decorrer da discussão com o chefe ela fantasiou estar “jogando uma torta na cara dele”. Relatou esta fantasia com ruborização da face e um sorriso, como de satisfação, de prazer.

Cita-se que cabe ao psicoterapeuta, neste processo, estar aware do funcionamento totalitário deste cliente. Sem idéias apriorísticas e, “como um detetive” deve canalizar sua atenção naquilo que o impacta e como o impacta. Para isso, a forma do discurso, a energia, sofrimento, postura corporal, aparência,

afetividade, bloqueios, repetições, associações e omissões são bons indicativos e devem ser vistos pelo psicoterapeuta com especial atenção, no sentido de compreender este outro que o procura. O sofrimento psíquico trazido pela paciente neste sentido se faz presente por estes sinais que vão além do discurso e, quanto ao discurso a mesma traz novamente alterações de propriocepção que precisam ser olhadas com atenção. Foi sugerida uma avaliação psiquiátrica.

Associado a isso, a paciente vinha referindo alterações de sono (insônia), leitura compulsiva (chegando a ler dois livros ao mesmo tempo e em menos de uma semana) e vinha comprando muito (necessidade de presentear os outros), que podem ser vistos como sinais de crise (ciclo maníaco).

Além da situação no trabalho, a paciente estava vivenciando uma relação amorosa, com um homem. Esta relação era criticada pela família pelo fato de ele ser negro e SM referia que ele não queria nada de estável e isso lhe incomodava. Vivia o conflito entre o desejo dela de estar com ele, que inclusive sexualmente lhe satisfazia, e o desejo da família em se afastar dele. Novamente aparecem os introjetos. O preconceito, os ideais em relação ao outro, a uma relação amorosa, no caso da paciente toda introjeção vem acompanhada do processo de projeção, em forma de fantasias inúmeras frente a situação.

Relata situações de relações amorosas, geralmente fracassadas. Aos 19 anos relata ter amado copiosamente o seu primeiro namorado, no qual vivenciou o primeiro beijo. Define este homem como calmo, mais velho, lhe oferecendo plenitude, eixo. Tinha paciência com ela. Sentia-se protegida. Refere que foi um ano e meio bem vividos. Uma das dificuldades da relação era que ele bebia muito (alcoologista). Cabe citar que a paciente tem um irmão que é drogadito, enfatizando as repetições. Aos 21 anos vivenciou uma segunda paixão, segundo ela, uma

relação virginal, onde ela era “totalmente pura”. Denomina-se como sendo linda nesta idade. Namorou por volta de um ano e meio, perdendo a virgindade com este. Segundo ela, se fosse para voltar ao passado, voltaria com ele. O relacionamento não foi bem sucedido pelo fato de ela ter que chegar cedo em casa (religião evangélica) e ele era um homem boêmio. Ela não aceitou o termino e refere ter sofrido com o rompimento. Neste sentido citam-se as polaridades, e a busca da paciente por vivenciar relações de complementaridade.

As polaridades podem ser, segundo Zinker, ego-sintônicas, ou seja, polaridades com as quais o individuo se identifica (ligadas geralmente as estruturas de personalidade) e, ego-distônicas ou ego-alienadas (estas geralmente ligadas aos processos psicopatológicos), que são aquelas polaridades inaceitáveis para o Self.

Um ano e meio depois, casou-se com o pai de seu filho. Define este como sendo um homem omissos, grosseiro, desleixado, sempre atrasado. Profissão, agrônomo. Sempre com seus animais, segundo a paciente, sendo que neste sentido, sentia-se trocada e com grande sentimento de solidão. Aqui se percebe a familiaridade com o vivido pela paciente a nível familiar na relação com os pais. Durante a gestação, do segundo ao nono mês, refere ter vivenciado uma vida sexual ativa, com grande desejo. Relata hoje que, acredita ter vivenciado um ciclo eufórico durante o processo de gestação, pois, lembra-se de estar envolvida, agitada, ansiosa e capaz de realizar várias coisas ao mesmo tempo. Ao final da gestação, refere que deprimiu, ria sem vontade (de forma artificial). Amamentou até o terceiro mês, pois, não tinha paciência com o bebê. Não se sentia confortável e referia hipersonia. Refere que chorava bastante, à noite, em especial. Que se sentia só, mesmo estando acompanhada. Mistos de tristeza e alegria. Separou-se

a cerca de oito anos atrás. Esse relato da paciente demonstra a vivência do ciclo eufórico com posterior ciclo depressivo, mas estes na época ocorriam com um maior espaçamento entre os ciclos, fazendo pensar em um Transtorno Bipolar do Tipo II, onde há a ocorrência de ciclos depressivos maiores, acompanhados de ciclos de hipomania.

Após a separação reencontrou um colega de trabalho. Uma paixão avassaladora. O pai morreu um mês após o início do relacionamento. No desejo de noivarem na época, o irmão da paciente e sua mãe os impediram devido à morte do pai de SM. e esta “se conformou e aceitou”. Refere-se à intensidade dos sentimentos para os pacientes bipolares, num modelo de aprendizagem dos extremos (08-80), ou ainda de amor e ódio, na mesma proporção e intensidade. Refere que neste período deprimiu (raiva reprimida = morte/perda). Sem direção, relata que andava a “hesmo”, sem saber para onde iria. Não suportava dias de chuva e não gostava de ouvir músicas que ouviam juntos. Refere que se sentia presa ao vivido. A paciente no decorrer dos seus relatos traz várias situações inacabadas que pedem por algo ainda nos dias de hoje. Em seus relatos citam-se alucinações auditivas e visuais neste período. Cabe ainda pontuar que a paciente refere que este namorado lhe fazia lembrar de um tio, do qual ela tinha grande vínculo afetivo e que se enforcou quando a paciente tinha 25 anos. Ele oferecia a ela proteção, afeto, identificação e reconhecimento. O processo projetivo aparece novamente, como base do ciclo de interrupção de contato da paciente. Este tio ligou minutos antes do suicídio pedindo para que ela o encontrasse, sendo que pouco tempo após o telefonema ela o encontrou enforcado em um sótão. Neste momento, com emoção aparente, sempre que relata esta vivência, ela pontua: “ele foi meu pai”, “ele era tão bom...” SM relata que acredita que este tio era portador de

um Transtorno Bipolar, pois, ele “era de altos e baixos”, bebia muito, vivia ciclos de grande euforia, acompanhado por longos ciclos depressivos, que culminou com o suicídio.

Foi solicitado, devido a todo o quadro que se apresentava que a paciente buscasse avaliação psiquiátrica. No decorrer das semanas, ela mantinha as queixas, as advertências continuavam assim como toda sua insatisfação. No domingo subsequente a um dos atendimentos, a paciente que é evangélica, após sair do plantão do hospital, onde tinha vivido uma situação de estresse e conflito, onde sentiu-se culpada por não ter evitado que colegas realizassem um procedimento de enfermagem de modo errôneo. Após o plantão, onde ocorreu este evento estressor, a paciente foi ao culto dominical. Segundo ela, o pastor falava para ela no decorrer do seu sermão, uma voz alta, sentia como se ela estivesse ali e ele estivesse falando para ela. Sentiu-se só, culpada, suja. Neste momento, a paciente apresentou uma crise conversiva e acabou sendo levada para o hospital, permanecendo internada. Sintomas psicóticos encontravam-se agudizados (inclusive com ideações paranóides), o que desencadeou nova crise (surto).

A primeira internação, vivenciada em abril de 2005. O médico psiquiatra que avaliou o caso e passou a acompanhar a paciente diagnosticou um Transtorno Bipolar tipo II. Após a internação a paciente manteve acompanhamento psiquiátrico, com prescrição de antidepressivo, benzodiazepínico, antipsicótico e introdução de lítio. A mesma foi afastada do trabalho para tratamento.

Em retorno ao acompanhamento psicoterápico, apresentava sintomas de um ciclo depressivo. Verificava-se lentidão psicomotora, anedonia total, sentimento de culpa e inadequação, hipersonia, além do medo frente ao desconhecido do que tinha havido com ela e da possibilidade de ocorrência de novas crises.

Psicoterapeuticamente, neste momento, buscou-se o oferecimento de heterosupo, intercâmbio com o psiquiatra responsável pelo tratamento psiquiátrico e um trabalho psicoeducativo com a paciente acerca do transtorno bipolar e do que ela tinha vivenciado em crise.

Como vivenciava um ciclo depressivo, havia uma maior acessibilidade de fundo e a paciente passou a perceber que já vivenciava o processo de adoecer há algum tempo, e que já tinha passado por outros ciclos.

Em agosto de 2005, em perícia recebeu alta, tendo que retornar ao trabalho. Ambos, médico psiquiatra e psicoterapeuta, julgavam precoce o retorno, pois, a paciente não apresentava estabilização do quadro e não apresentava auto suporte suficiente para vivenciar situações de estresse que poderiam ocorrer no ambiente de trabalho, desencadeando novas crises, mas mesmo assim ela teve que retornar. Em retorno ao trabalho, abandonou o acompanhamento psiquiátrico, passou a fazer uso irregular da medicação e passou a comparecer esporadicamente as sessões de psicoterapia. Esse movimento é comum em ciclos eufóricos, os pacientes nestes ciclos tendem a abandonar o tratamento, até mesmo por um mecanismo de negação da doença e por se sentirem bem e bastante produtivos.

Nos encontros subseqüentes referia dificuldades em levantar-se pela manhã. Ansiosa, trabalhava em dois locais, saia pela manhã e retornava a noite, referindo que não via a luz do sol e sentia que havia pouco tempo para dormir. No trabalho, saiu do setor de neurologia, do qual ela tinha sido remanejada antes da primeira crise, passando por nova mudança, indo para outra enfermaria. Referia se sentir insegura na realização de condutas e no manejo dos pacientes. Em alguns momentos referia evoluir até quinze prontuários em cerca de 30 minutos, todos ao

mesmo tempo e que mesmo evoluindo, mantinha-se atenta no que ocorria ao seu redor. Aparece aqui novamente o mecanismo neurótico de desempenho de papéis (de dar conta, de ter que fazer por, pelo outro) e confirmando a necessidade construída na estruturação de personalidade da mesma. Além de que havia uma tendência paranóide devido a situação vivida anteriormente com colegas que realizaram um procedimento de enfermagem errôneo e no qual ela optou por não evitar.

Abandonou o curso de técnico em enfermagem, que estava realizando anteriormente e rompeu o relacionamento que vinha mantendo.

Até que em setembro de 2005, passou a referenciar alucinações auditivas e visuais, fazendo nova crise e tendo que ser internada novamente. Agora com o diagnóstico de Transtorno Bipolar tipo I. Foi prescrito, maiores dosagens da medicação até então utilizadas e introdução do ácido valpróico. Além de ser novamente afastada do trabalho, agora por tempo indeterminado.

Após dez dias de internação recebeu alta hospitalar. Retornou ao processo psicoterápico e ao acompanhamento psiquiátrico de forma sistemática e regular. Apresentava novamente sintomas sugestivos a um ciclo depressivo, mas com mistos de euforia (episódio misto). Lentidão psicomotora, impregnação, devido a elevadas dosagens medicamentosas. Mesmo assim, mantinha as alterações de propriocepção, referia grande medo da noite, onde as alucinações tendiam a se agravar, e o medo de vivenciar novas crises.

Passou a freqüentar a psicoterapia mais esporadicamente devido a anedonia que vinha experimentando. Em outubro, o médico psiquiatra que acompanhava o caso se afastou. A paciente que apresentava grande vínculo transferencial com este sofreu com o afastamento, referindo sentir-se só, com

medo e sem saber o que aconteceria com ela (perda do heterosupoite). Neste sentido, mais uma vez a paciente vivenciou o abandono (vivenciado em suas relações familiares, com o pai e, nas relações amorosas, com o marido e namorados). Percebe-se neste sentido que a paciente neste processo transferencial, colocava neste médico toda sua vivência em relação as figuras masculinas.

Reencaminhada a um novo médico psiquiatra, mantém acompanhamento psiquiátrico regular, psicoterapeuticamente foi acordado que só seria mantido o acompanhamento se ela passasse a frequentar semanalmente, com regularidade devida. Cita-se a dificuldade com limites vivenciada pelos pacientes bipolares, devido ao processo de confluência destes com o meio e o outro.

Estabilizada nos sintomas psicóticos, há um ano sem novas internações. Reconhece seus ciclos, tanto depressivos quanto eufóricos, apesar de preferir sentir-se eufórica. Este sentimento é comum, pois, faz parte do processo de negação do processo de adoecer.

Manteve-se afastada do trabalho até janeiro de 2007, mas em alguns momentos expressava o desejo de voltar ao trabalho, apesar de sentir-se insegura ao pensar nos procedimentos e manejos que precisaria realizar, não sabendo se teria condições para. Para retorno ao trabalho ainda era necessário pensar nos processos de escolha para um dos dois empregos que a paciente é empregada, além de hoje esta ser cuidadora da mãe que realiza tratamento para um câncer de mama. Percebe-se que o desejo de retorno ao trabalho surge nos ciclos eufóricos.

A paciente tem awareness de que não poderá vivenciar situações de estresse e sobrecarga, devido a sua falta de recursos egóicos, ou seja, a sua fragilidade psíquica. Para isso, respeitar os limites será fundamental.

Assim como, terá que optar por um dos trabalhos no qual a paciente é contratada e que terá que se adaptar a um ritmo mais lento, devido ao sobrepeso, o uso de medicações e o sedentarismo, além da lentidão psicomotora decorrente dos ciclos depressivos e do uso de medicações para tratamento do Transtorno Bipolar.

Em retorno ao trabalho a paciente optou pelo trabalho no ambulatório da Secretaria Municipal de Saúde. A escolha teve como critério toda a situação de estresse vivenciado em ambiente hospitalar e a sobrecarga do trabalho neste ambiente (citando-se inclusive os plantões de final de semana).

A mesma tem apresentado variações de humor (episódio misto), mas a base é depressiva. Referindo na maioria dos dias os sintomas presentes nos ciclos depressivos.

A mãe ainda encontra-se em tratamento oncológico para o câncer de mama. A paciente refere o conflito de sentimentos em relação a mãe a vivencia de cuidado desta mãe.

A mesma hoje conseguiu restabelecer suas funções ocupacionais, de forma parcial, e precisará respeitar suas condições atuais. Estas entre outras questões, continuam sendo trabalhadas no processo de psicoterapia desta. Ainda há a possibilidade de reestabelecimento das funções sociais e afetivas, a partir de trabalhos que enfoquem a auto estima, a intimidade afetiva, entre outras.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS.

O transtorno bipolar é uma doença crônica grave. Segundo KEILA (2006) esta psicopatologia atinge entre 1% e 3% da população mundial e traz prejuízos nos diversos níveis de vida do indivíduo: pessoal, profissional, afetivo, familiar entre outros.

Sabe-se que sua etiologia é multifatorial, ou seja, há uma vulnerabilidade genética e biológica e a relação do paciente com estressores físicos, sociais e psicológicos tendem a desencadear o processo de adoecer. O uso de medicações, em especial, cita-se o lítio, traz uma grande melhora na qualidade de vida dos pacientes portadores deste transtorno, mas a medicação por si só, mostra-se insuficiente no que se refere aos efeitos da doença, nas relações de contato estabelecidas pelo paciente. Assim, a psicoterapia atua como forma de intervenção e tratamento, promovendo uma melhor qualidade de vida nos níveis pessoais, afetivos, profissionais, familiar, enfim, nas relações de contato do indivíduo consigo e com o mundo.

Enquanto abordagem optou-se pela Gestalt Terapia por esta oferecer uma visão holística de homem. Um ser bio-psico-social, em constante movimento de interação com o meio.

Os estudos realizados acerca do transtorno bipolar, hoje sugerem a interação entre a vulnerabilidade biológica associada a influência de estímulos psicológicos, ou seja, a base biológica do transtorno bipolar e dos sintomas físicos

que se apresentam, sua manifestação é psicológica, por meio do temperamento e suas flutuações, pensamentos, percepções, linguagem, sentimentos e intelecto. E esses aspectos apresentam-se na interação com o meio familiar, social, vida profissional e pessoal, amorosa, dentre outras (GOODWIN e JAMISON, 1990).

A Gestalt Terapia com toda a sua produção teórica e sua prática terapêutica, tendo como base filosófica a Fenomenologia e o Existencialismo, propiciam uma análise do indivíduo como um todo que vivencia esses sintomas, analisando a estrutura interna da experiência concreta, no sentido de como é e não do que é. (PERLS, HEFFERLINE e GOODMAN, 1997).

O paciente no seu tratamento deve ter uma participação ativa. Assim, deve ter conhecimento de todos os aspectos da doença que vivencia, identificando e reconhecendo sintomas, sinais, duração, mecanismos de prevenção da doença e recaídas. Isso só é possível em uma abordagem dialógica, que enfatiza a possibilidade do encontro. CARDELLA (2002) cita a Gestalt Terapia como abordagem que valoriza a dimensão relacional, trazendo consigo a atitude terapêutica fundamental desta abordagem dialógica, por que a Gestalt Terapia acredita no homem com sendo um ser único, singular, "interprete de si mesmo". PERLS, HEFFERLINE e GOODMAN (1997) acreditam ainda que a psicoterapia gestáltica não seja um método de correção, mas de crescimento. A psicoterapia neste sentido auxiliará o paciente na promoção de melhorias na qualidade de vida, diminuindo conseqüentemente o risco de novos episódios de crise.

Além disso, é objetivo da psicoterapia destes pacientes, a diminuição dos mecanismos de negação da doença, adesão ao tratamento, diminuição dos períodos de crise, propiciando melhores períodos intercrises e conseqüentemente

evitando pioras no quadro, melhoria dos relacionamentos familiares, restabelecimento ocupacional e social.

Sobre o estudo de caso apresentado neste, percebe-se que houveram experiências de perdas precoce, insuficiência de gratificações, um ambiente culpabilizante, dificuldades de percepção e aceitação da realidade concreta, falta de recursos egóicos para lidar com as situações de conflito e estresse e dificuldades de relacionamento a nível interpessoal, antecedendo o surgimento da doença e, possivelmente, se desenvolvendo em consequência destes.

Hoje a paciente, objeto do estudo em questão, apresenta problemas ligados a auto estima, comprometimento da intimidade afetiva e da capacidade ocupacional. Além disso, podem-se citar dependência e negação, raiva e frustração pela sua condição atual, de paciente portadora de uma doença crônica. Encontra-se estabilizada em seus sintomas psicóticos e mantém acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico regular.

O prognóstico é de que o curso da doença é crônico, recorrente, sem perspectivas atuais de cura. A mesma pode apresentar o restabelecimento das funções ocupacionais e sociais, respeitando suas condições atuais, inclusive de falta de recursos egóicos para lidar com situações de conflito e estresse e que terá a necessidade de acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico contínuo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLONE, G.J. **Tratamento do Transtorno Bipolar**. Capturado em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Em 07/02/2005

BALLONE, G.J. **Eutimia**. Capturado em [www.psiqweb.med.br](http://www.psiqweb.med.br). Em 27/11/2005.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **A construção do psicoterapeuta: uma abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2002.

DSM IV. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

DARTIGUES, André. **O que é fenomenologia?** 3 ed. Editora Moraes.

FRAZÃO, Lilian Meyer. **O pensamento diagnóstico em Gestalt Terapia**.

GINGER, Serge e Anne. Gestalt: **Uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. 6 ed. Editora Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 1988.

JUNIOR, Dr. Olavo de Campos. **Transtorno Bipolar: diagnóstico, prevalência e comorbidades**. In: Transtorno Bipolar: Desafios clínicos e novas estratégias. São Paulo, 2004.

KEILA, Silvia Belk. **Aspectos Psicológicos do Transtorno Bipolar**. Revista de Psiquiatria Clínica (26) 6. Capturado em: [www.hcnet.usp.br](http://www.hcnet.usp.br). Em 22/04/2006

LARA, Diogo. **Temperamento forte e bipolaridade: Dominando os altos e baixos do humor**. 4 ed. Porto Alegre, 2004.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza (org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 9 ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde**. CID 10. 5 ed. São Paulo: EDUSP, 1997.

PERLS, Fritz. **A abordagem gestática e testemunha ocular da terapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

PERLS, Frederick Salomon; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt Terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PIMENTEL, Adelma. **Psicodiagnóstico em Gestalt Terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

POLSTER, Erving e Mirian. **Gestalt Terapia Integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. **Gestalt Terapia de curta duração**. São Paulo: Summus, 1999.

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução a Gestalt Terapia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

VICTORA, Ares Gomes. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo editorial, 2000.

VINACOUR, Dr. Carlos. **Curso sobre transtornos Bipolares, Bordeline e principais transtornos de ansiedade**. Florianópolis: Santa Catarina, 2005.

VINACOUR, Dr. Carlos. **Undécimo taller para familiares y personas con transtorno bipolar**. Parroquia San Martín de Tours. Fundación de Bipolares de Argentina. Agosto de 2005.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e awareness**. São Paulo: Summus, 1998.

**ANEXO**

Instituto Gestalten – Florianópolis/SC  
Curso de Especialização em Psicologia Clínica

**Autorização**

Eu \_\_\_\_\_, cliente da psicóloga Cristine Machado Gouvêa CRP 12/03538, autorizo esta a utilizar os dados clínicos de minha história de vida, patologia e tratamento psicoterápico para realização da monografia de conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica, intitulada: “Do humor à doença do humor: um estudo de caso do transtorno bipolar à luz da Gestalt Terapia”.

Para realização deste trabalho, mesma garante o sigilo ético necessário e de dever ao trabalho do psicólogo e que os dados serão utilizados somente para a realização desta monografia.

Sem mais para o momento, estou ciente do que foi colocado e autorizo a utilização dos dados, inclusive após leitura e conhecimento do que foi abordado.

---

Cliente

---

Cristine Machado Gouvêa  
Psicóloga CRP 12/03538

INSTITUTO GESTALTEN – FLORIANÓPOLIS/SC  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOLOGIA CLINICA.

DO HUMOR À DOENÇA DO HUMOR:  
UM ESTUDO DO TRANSTORNO BIPOLAR À LUZ DA GESTALT TERAPIA

CRISTINE MACHADO GOUVÊA  
PSICÓLOGA – CRP 12/03538

TUBARÃO/SC, MAIO DE 2007.