

**MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
GESTALT TERAPIA**

**UMA VISÃO GESTÁLTICA DO TRANSTORNO DO COMER COMPULSIVO (TCC)  
OU TRANSTORNO DA COMPULSÃO ALIMENTAR PERIÓDICA (TCAP)**

**Trabalho apresentado à Coordenação do Curso  
de Especialização em Gestalt Terapia, como  
parte dos requisitos para a conclusão do curso e  
a obtenção do certificado de especialista em  
Gestalt Terapia.**

**Orientadora: Angela Schliings**

**Local: Instituto Gestalten**

**SARA FELDMANN**

**FLORIANÓPOLIS**

**JUNHO 2006**

**INSTITUTO GESTALTEN**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTALT TERAPIA**

A comissão examinadora, abaixo assinada, aprova a monografia “Uma visão gestáltica do Transtorno do Transtorno do Comer Compulsivo (TCC) ou Transtorno da Compulsão Alimentar periódica (TCAP)”, elaborada por Sara Feldmann, para a conclusão do curso e a obtenção do certificado de especialista em Gestalt Terapia pelo Instituto Gestalten.

Orientadora: Profª Angela Schillings

Comissão Examinadora

---

Profª Angela Schillings – CRP: 12/00080

---

Profª Rosane Lorena Granzotto – CRP: 12/00039

## **"CADA UM SABE A DOR E A DELÍCIA DE SER O QUE É"**

Você pode curtir ser quem você é, do jeito que você for, ou viver infeliz por não ser quem você gostaria.

Você pode assumir sua individualidade, ou reprimir seus talentos e fantasias, tentando ser o que os outros gostariam que você fosse.

Você pode olhar com ternura e respeito para si próprio e para as outras pessoas, ou com aquele olhar de censura, que poda, pune, fere e mata, sem nenhuma consideração para com os desejos, limites e dificuldades de cada um, inclusive os seus.

Você pode amar e deixar-se amar de maneira incondicional, ou ficar se lamentando pela falta de gente à sua volta.

Você pode ouvir o seu coração e viver apaixonadamente ou agir de acordo com o figurino da cabeça, tentando analisar e explicar a vida antes de vivê-la.

Você pode deixá-la como está para ver como é que fica ou com paciência e trabalho conseguir realizar as mudanças necessárias na sua vida e no mundo à sua volta.

Você pode deixar que o medo de perder paralise seus planos ou partir para a ação com o pouco que tem e muita vontade de ganhar.

Você pode amaldiçoar sua sorte, ou encarar a situação como uma grande oportunidade de crescimento que a Vida lhe oferece.

Você pode mentir para si mesmo, achando desculpas e culpados para todas as suas insatisfações, ou encarar a verdade de que, no fim das contas, sempre você é quem decide o tipo de vida que quer levar.

Você pode escolher o seu destino e, através de ações concretas caminhar firme em direção a ele, com marchas e contramarchas, avanços e retrocessos, ou continuar acreditando que ele já estava escrito nas estrelas e nada mais lhe resta a fazer senão sofrer.

Você pode viver o presente que a Vida lhe dá, ou ficar preso a um passado que já acabou - e, portanto não há mais nada a fazer -, ou a um futuro que ainda não veio - e que, portanto não lhe permite fazer nada.

Você pode ficar numa boa, desfrutando o máximo de coisas que você é e possui, ou se acabar de tanta ansiedade e desgosto por não ser ou não possuir tudo o que você gostaria.

Você pode engajar-se no mundo, melhorando a si próprio e, por consequência, melhorando tudo que está à sua volta, ou esperar que o mundo melhore para que então você possa melhorar.

Você pode continuar escravo da preguiça, ou comprometer-se com você mesmo e tomar atitudes necessárias para concretizar o seu Plano de Vida.

Você pode aprender o que ainda não sabe, ou fingir que já sabe tudo e não precisa aprender nada mais. Você pode ser feliz com a vida como ela é, ou passar todo o seu tempo se lamentando pelo que ela não é.

A escolha é sua.

E o importante, é que você sempre tem escolha.

Pondere bastante ao se decidir, pois é você quem vai carregar - sozinho e sempre - o peso das escolhas que fizer.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais por serem sempre o meu “porto seguro”;

Agradeço a minha tia Leda e ao meu tio Scheibe que sempre estiveram ao meu lado no papel muitas vezes de pai e mãe;

Agradeço a Angela pelo carinho e orientação;

Agradeço a minha amigas da especialização que de alguma forma contribuíram para o meu contínuo crescimento pessoal e profissional;

Agradeço a minha grande e sincera amiga Leila por escutar minhas dúvidas, lamentações e indecisões;

Agradeço a minha grande amiga Nise que através de sua sinceridade e carinho tem contribuído muito em meu crescimento pessoal e profissional;

## SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO .....	7
2- METODOLOGIA .....	10
3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – GESTALT-TERAPIA.....	11
3.1– Visão de Homem e de Mundo: .....	11
3.1.1– Husserl e a necessidade de um recomeço .....	11
3.1.2– Fenomenologia e o retorno às coisas mesmas: .....	12
3.1.3– A intuição das essências: .....	12
3.1.4– Intencionalidade:.....	13
3.1.5– Redução Fenomenológica: .....	14
3.2– Teoria do Self: .....	15
3.2.1– Self e Temporalidade.....	16
3.2.2– Modalidades do Self: .....	16
3.3– <i>Awaranness</i> :.....	18
3.3.1– Consciência Intencional:.....	19
3.4– Contato:.....	19
3.4.1- Etapas do Contato.....	20
3.4.2– O Saudável na Dinâmica temporal do Self: .....	21
3.5– Teoria da Neurose.....	22
4– Transtorno do Comer Compulsivo (TCC) ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP) .....	27
5– HISTÓRICO DA CLIENTE .....	29
6– DISCUSSÃO .....	33
7– CONCLUSÃO.....	40
8- REFERÊNCIAS.....	42
ANEXOS .....	44

## 1- INTRODUÇÃO

A partir dos anos 60 pode-se perceber um grande aumento no interesse, tanto por parte da comunidade científica, como pelo público de um modo geral nos estudos relacionados aos Transtornos Alimentares, os quais abrangem a Anorexia Nervosa (AN), a Bulimia Nervosa (BN) e o Transtorno da compulsão alimentar periódica (TCAP) ou Transtorno do Comer Compulsivo (TCC). Tal interesse se deve ao significativo aumento do número de casos que têm sido notificados nos últimos anos.

Segundo Ballone (2006) os transtornos alimentares caracterizam-se por uma grave perturbação do comportamento alimentar que traz diversos prejuízos ao indivíduo. Nas últimas décadas a incidência de tais transtornos aumentou enormemente. Um dos fatores relacionados é o sócio-cultural, isto é, os valores presentes na sociedade. Através da mídia são transmitidos modelos de forma física e aparência caracterizada pela magreza. A mensagem de que a beleza, felicidade e autovalor associam-se a um corpo magro é constante, podendo gerar preocupações extremas com o peso e formato corporal. Nesse contexto, algumas pessoas procuram-se adequar a esse padrão de beleza, visando serem aceitas e valorizadas.

De acordo com o mesmo autor, as estatísticas apontam que 90% das pessoas portadoras de transtornos alimentares são mulheres e, entre elas, aquelas com idade entre 14 e 18 anos, embora, hoje em dia, cada vez mais essa idade venha decrescendo perigosamente para meninas menores de 12 anos.

De acordo com Cordás (2004), os transtornos alimentares constituem um conjunto de doenças que afetam principalmente adolescentes e adultos basicamente do sexo feminino, provocando marcantes prejuízos biológicos, psicológicos e sociais, proporcionado dessa maneira o aumento das taxas de morbidade e mortalidade nesta população.

Outro aspecto destacado por Ballone (2006), diz respeito ao fato de “o corpo ser um fiel depositário da solidão das pessoas. É para ele e nele que o ser humano se recolhe nos momentos difíceis, nas horas de tristeza reflexiva ou de cansaço desamparado”

Segundo Apolinário, Claudino e Cordás (2002):

*“No Brasil a área dos transtornos alimentares também tem tido destaque crescente, derrubando mais um dos antigos preconceitos acerca da inexistência de tais quadros em países em desenvolvimento. Na última década, observamos o surgimento e o crescimento de grupos dedicados ao atendimento e à pesquisa de pacientes com transtornos alimentares em várias cidades brasileiras, possibilitando a formação de profissionais com habilitação mais específica. Houve também o desenvolvimento de uma produção científica nacional sobre o assunto, com uma crescente melhora em sua qualidade”.* (Apolinário, Claudino e Cordás, 2002).

Ainda segundo os mesmos autores, no Brasil a estimativa é de que pelo menos 5% da população brasileira sofram de compulsão alimentar, bulimia ou anorexia apesar de não haverem pesquisas suficientes nesta área.

De acordo com a literatura pesquisada, percebeu-se que a maior parte dos estudos se concentra principalmente na questão da Anorexia Nervosa e da Bulimia. Portanto, por ser o TCC/TCAP uma temática ainda pouco estudada e por outro lado cada vez mais presente na procura de atendimentos psicoterapêuticos, justifica-se a relevância tanto científica como social do estudo do tema proposto.

Sendo assim, por tratar-se de um tema de relevância na procura de atendimento, optou-se pela busca de subsídios de compreensão para a realização de um estudo de caso de uma cliente que se encontra em processo de psicoterapia e apresenta características relacionadas ao TCC/TCAP, com base na visão e conceitos da Gestalt Terapia.

A Gestalt Terapia certamente ainda tem muito a contribuir, haja vista, serem os transtornos alimentares ainda pouco explorados dentro dessa abordagem, para a compreensão emocional dos comedores compulsivos. “Isto se dá principalmente por ser uma abordagem que tem uma visão holística do ser humano, evitando privilegiar somente o racional e verbal, cuidando também da linguagem corporal”. (Teixeira, 2005, p. 44).

Em função disso, considera-se necessário abordar a compulsão alimentar a partir de uma visão mais global e integradora. Para isso, tendo como base uma perspectiva fenomenológica:

*“... procuramos compreendê-la a partir da relação figura/fundo, a partir relação parte/todo, isto é, considerando o contexto no qual ele se encontra inserida, contexto este que diz respeito a “todos” complexos cujas partes só ganham sentido a partir de sua relação dinâmica” .(Mattos; Cavalcante, 1999 p.5)*

Sendo assim, a Gestalt Terapia busca através desse enfoque fenomenológico, compreender a compulsão alimentar enquanto uma totalidade em si que, no entanto, faz parte de uma totalidade maior e mais complexa que representa o ser humano, e que esta, por sua vez, faz parte de uma totalidade ainda maior e mais complexa que representa a relação entre o indivíduo e seu meio.

Dessa forma, para uma compreensão holística da compulsão alimentar, se faz necessário abordá-la a partir da interação ativa singular que o indivíduo estabelece com o meio e através da qual busca satisfazer suas necessidades. (Mattos; Cavalcante, 1999).

Para finalizar, cabe destacar que o objetivo da psicoterapia de base gestáltica é justamente a integração da pessoa, ou seja, que entre em contato e assimile partes dela mesma que antes se mostravam alienadas, tornando-se dessa maneira uma pessoa mais inteira.

## **2- METODOLOGIA**

A presente monografia é baseada no método fenomenológico ou descritivo onde se subsidia a Gestalt Terapia.

Optou-se pelo estudo de caso de uma cliente em processo de psicoterapia.

A parte teórica da pesquisa compreendeu um levantamento bibliográfico, o qual deu suporte e embasamento para o trabalho, incluídas experiências clínicas da investigadora, bem como falas da própria cliente em questão.

Objetiva-se a oportunidade de abordar a questão da compulsão alimentar a partir de uma visão mais global e integradora do ser humano, tendo como base uma perspectiva fenomenológica.

### **3- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA – GESTALT TERAPIA**

#### **3.1– Visão de Homem e de Mundo:**

A principal base filosófica da Gestalt Terapia se refere à Fenomenologia. Esta diz respeito ao método utilizado pela Gestalt Terapia com o propósito de se conhecer o outro (no caso da psicoterapia, o cliente em questão).

##### **3.1.1– Husserl e a necessidade de um recomeço**

Edmund Husserl (1859-1938), pode ser considerado o grande filósofo da Fenomenologia. Segundo Dartigues (1992), toda vida filosófica de Husserl, desde a Filosofia da Aritmética às Conferências das Crises das Ciências européias, foi dominada por um sentimento de crise na cultura. Os primeiros trabalhos de Husserl ocorreram nos últimos anos do século XIX e se caracterizaram na Alemanha pela derrocada dos grandes sistemas filosóficos tradicionais. Quanto a Psicologia, naquela época, buscava se equiparar à tendência positivista em voga, como uma ciência exata conforme o modelo das ciências da natureza.

Nessa época Husserl entra em contato com Franz Brentano. Segundo Dartigues (1992):

*“... Franz Brentano, em sua Psicologia do ponto de vista empírico, propõe um novo método de conhecimento do psiquismo. A grande contribuição de Brentano consiste de início em distinguir fundamentalmente os fenômenos psíquicos, que comportam uma intencionalidade, a visada de um objeto, dos fenômenos físicos; em seguida, em afirmar que esses fenômenos podem ser percebidos e que o modo de percepção original que deles temos constitui o seu conhecimento fundamental. De onde a fórmula: “ninguém pode verdadeiramente duvidar que o estado psíquico que em si mesmo percebe não existe e não existe tal como o percebe”, fórmula que Husserl não esquecerá”. (Dartigues, 1992. p.10)*

Naquele momento surge a necessidade de um ultrapassamento da psicologia descritiva de Brentano. E é justamente este ultrapassamento que Husserl realizará sob o nome de fenomenologia.

### **3.1.2– Fenomenologia e o retorno às coisas mesmas:**

A fenomenologia prioriza o conhecimento das essências que consistem nas verdades de cada indivíduo. Segundo ela, é necessário que se volte ao fenômeno, ou seja, ao que se revela como verdade para cada indivíduo. É importante salientar que cada um percebe e entende o mundo de maneiras diferentes. O que é figura para um pode ser o fundo para o outro e vice-versa.

Desta maneira a fenomenologia se apresenta como um método descritivo onde o que é levado em conta é o relato e o significado do que o paciente está vivendo. Não se trata de uma tarefa fácil, na medida que cada terapeuta possui suas próprias opiniões e percepções com relação ao mundo onde vive.

### **3.1.3– A intuição das essências:**

Segundo a fenomenologia todo o fenômeno tem uma essência, a qual permite identificar esse mesmo fenômeno. Sendo assim pode-se afirmar que se essa essência permite identificar um fenômeno, é porque ela é sempre idêntica em si própria, não importando as circunstâncias contingentes de sua realização.

Há sempre uma essência em cada objeto que percebemos e também nas qualidades que atribuímos a esse objeto. Segundo Dartigues (1992):

*“... a essência não é a coisa ou a qualidade, ela é somente o ser da coisa ou da qualidade, isto é, um puro possível para cuja definição a existência não entra em conta, poderá haver tantas essências quantas significações nosso espírito é capaz de produzir; isto é, tantos quantos objetos nossa percepção, nossa memória, nossa imaginação, nosso pensamento podem se dar. Independente da experiência sensível, muito embora se dando através dela, as essências constituem como a armadura inteligível do ser, tendo sua estrutura e suas leis próprias. Elas são a racionalidade imanente do ser, o sentido a priori no qual deve estar todo o mundo real ou possível e fora do qual nada*

*pode se produzir, já que a idéia mesma de produção ou do acontecimento é uma essência em si e cai, pois, nessa estrutura a priori do pensável. Será, pois uma primeira tarefa de fenomenologia elucidar esse “puro reino das essências”...”.*(Dartigues, 1992 p, 16)

Já que a intuição das essências corresponde à intuição de possibilidades puras, torna-se possível alcançar uma compreensão à priori do ser, compreensão esta independente da experiência efetiva.

*“É ao mesmo tempo possível ter um conhecimento à priori dos diferentes domínios aos quais se aplicam as ciências experimentais, portanto saber de antemão o que é o objeto de que vão tratar. Pode-se assim conceber que elas sejam precedidas e acompanhadas em seu trabalho por ciências de essências ou “ciências eidéticas”.”* (Dartigues, 1992 p.17)

#### **3.1.4– Intencionalidade:**

Segundo Husserl a consciência consiste em uma dinâmica onde três elementos estão presentes. São eles: As intuições fenomênicas que correspondem a sensorialidade, apreensão do mundo, percepções, vivência sensorial do mundo; os atos de linguagem que se referem aos conceitos, ou seja, a como o ser humano denomina aquilo que está ao seu redor; e as intenções categoriais que consistem na organização destes conceitos. O que resulta da dinâmica entre estes três elementos é o que se denomina de intencionalidade.

A intencionalidade se dá em dois níveis: A intencionalidade operativa e a intencionalidade de ato. A intencionalidade operativa se refere a como a pessoa percebe as coisas (intuições fenomênicas). Como cada pessoa capta algo espontaneamente do meio onde vive. Ainda não possui um real significado. Este tipo de intencionalidade se dá de duas formas: 1) Como retenção do vivido (experiências), enquanto fluxo de modificações sucessivas. A cada experiência nova vivida aquilo que já passou acaba se modificando. O olhar do indivíduo passa a ser totalmente novo. 2) Como organização espontânea desses vividos retidos enquanto fundo, horizontes de retrospectão e prospecção para os novos vividos materiais.

Na intencionalidade de ato, tem-se um sentido mais amplo. Corresponde a um tipo de intencionalidade mais ativa. Corresponde ao processo interno de conhecer algo.

O princípio da intencionalidade se refere ao fato de que a consciência é sempre consciência de alguma coisa. Segundo Ribeiro (1985):

*“Se o objeto é sempre um objeto-para-uma-consciência, ele não será jamais objeto em si, mas objeto percebido, ou objeto pensado, rememorado, imaginado, etc. A análise intencional vai nos obrigar assim a conceber a relação entre a consciência e o objeto sob uma forma que poderá parecer estranha ao senso comum. Consciência e objeto não são, com efeito, duas entidades separadas na natureza que se trata, em seguida, de pôr em relação, mas consciência e objeto se definem respectivamente a partir desta correlação que lhes é de alguma maneira, co-original. Se a consciência é sempre “consciência de alguma coisa” e se objeto é sempre “objeto para consciência”, é inconcebível que possamos sair desta correlação, já que, fora dela, não existiria nem consciência nem objeto. Assim se encontra delimitado o campo de análise da fenomenologia: ela deve elucidar a essência desta correlação na qual não somente aparece tal ou qual objeto, mas se entende o mundo inteiro.”(Ribeiro, 1985 p.43-44)*

De acordo com o que foi exposto acima, é justamente esta correlação entre a consciência e o objeto que conduzirá Husserl a definir a fenomenologia como a ciência descritiva das essências da consciência e seus atos.

### **3.1.5– Redução Fenomenológica:**

A redução fenomenológica consiste em se por em suspensão no momento do processo psicoterapêutico, todo o conhecimento existente a priori (antes da experiência), ou seja, tentar suspender ao máximo preconceitos e jargões que possam estar ligados de alguma maneira com a vida do terapeuta. É importante que uma nova verdade seja criada durante a relação entre o terapeuta e o paciente através de um olhar ingênuo, suspendendo tudo aquilo que já é conhecido através das experiências do próprio terapeuta.

De acordo com Ribeiro (1985):

*“A redução fenomenológica é a busca do significado, que é a chegada da totalidade à minha consciência. É a totalidade que contém o significado. Esta totalidade é feita de momentos fenomenológicos: sensação, percepção, intuição (introversão –insight). O organismo sente recebendo, percebe (conteúdo de consciência) e fecha, reduz a realidade através da intuição. A intuição é um momento forte do encontro. É a chegada, é a descoberta, é o próprio manifestar-se da realidade toda à minha consciência. É o nascer da identidade, da individualidade de alguém à minha consciência”.*(Ribeiro, 1985 p.48)

Segundo a Gestalt Terapia o outro é capaz de recriar o mundo e mudar conceitos. Este outro acaba confirmando se aquilo que é percebido no indivíduo é real ou não. É importante que o paciente possa conquistar a formação de uma compreensão de si mesmo através da *awareness* (será explicada posteriormente) de seus comportamentos e que a partir desta conquista tenha condições de agir a partir desta nova compreensão.

### **3.2– Teoria do Self:**

Para a metafísica, o self representa uma idéia, uma estrutura física. Diz respeito a um eu escondido dentro do próprio ser humano. Já para a Gestalt Terapia não existe este eu interior ou ainda uma essência pré-estabelecida para cada ser humano. Na verdade o ser humano está constantemente se recriando. O indivíduo não tem como saber exatamente o que é, mas é importante lembrar que tudo aquilo que o indivíduo diz que é, já foi em algum momento no passado. Sendo assim, apenas pode-se dizer quem se é no momento em que se vive determinada situação.

De acordo com Perls, Hefferline e Goodman (1997):

*“Chamamos de self ao sistema complexo de contatos necessário ao ajustamento no campo imbricado. O self pode ser considerado como estando na fronteira do organismo, mas a própria fronteira não está isolada do ambiente; entra em contato com este; e pertence a ambos, ao ambiente e ao organismo. O contato é o tato tocando alguma coisa. Não se deve pensar o self como uma instituição fixada; ele existe onde quer que haja de fato uma interação de fronteira, e sempre que esta existir. Parafraseando*

Aristóteles, “quando se aperta o polegar, o self existe no polegar dolorido.” (Perls, Hefferline e Goodman, 1997 p. 179)

### **3.2.1– Self e Temporalidade**

O self é dinâmico e está em constante funcionamento. Trata-se de uma rede temporal e de um sistema de contato que está em relação com o meio. Todas as experiências se dão no aqui e agora e as vivências passadas acabam se transformando em lembranças ou expectativas. Este aqui e agora corresponde ao campo de presença (futuro que se faz presente a partir do passado), onde os co-dados se manifestam como fundo de um dado (figura). Quando o passado aparece o aqui e agora (campo de presença), o mesmo pode ser resignificado e a experiência presente pode ser transformada em nova figura.

Perls e cols.(1997), deixam clara sua visão temporal do self na seguinte passagem:

*“O que é importante observar é que a realidade com a qual se entra em contato não é uma condição objetiva imutável que é apropriada, mas uma potencialidade que no contato se torna concreta. O passado é o que não muda e é essencialmente imutável. Desse modo, as abstrações e a realidade abstrata imutável são construções da experiência passada fixada. Condições reais essencialmente externas são experienciadas não como sendo imutáveis, mas como sendo continuamente renovadas da mesma maneira.. Ao concentrar-se a awareness na situação concreta, essas preteridade da situação se dá como sendo o estado do organismo e do ambiente; mas de imediato, no instante mesmo da concentração, o conhecido imutável está se dissolvendo em muitas possibilidades e é visto como uma potencialidade. À medida que a concentração prossegue , essas possibilidades são retransformadas em uma nova figura que emerge do fundo da potencialidade: o self se percebe identificando-se com alguma das possibilidades e alienando outras. O futuro, o porvir, é o caráter diferenciado desse processo a partir das muitas possibilidades em direção a uma figura única.” (Perls e cols., 1997, p. 180-181)*

### **3.2.2– Modalidades do Self:**

O self pode se apresentar como três modalidades distintas: id, ego e personalidade.

Segundo Perls e cols. (1997):

*“... consideramos o self como a função de contatar o presente transiente concreto; indagamos sobre suas propriedades e atividade; e discutimos os três principais sistemas parciais – ego, id e personalidade – que em circunstâncias específicas parecem ser o self”. (Perls e cols., 1977, p. 177).*

### **3.2.2.1– Modalidade Id:**

Na modalidade id o self se encontra mais relaxado ou ainda indiferenciado. Como se fosse um ponto zero. O corpo não se apresenta preso a nada da realidade.

“... A situação é que, para descansar o self suspende a prontidão sensorial e afrouxa os músculos do tônus mediano. O id surge então como sendo passivo, disperso e irracional; seus conteúdos são alucinatórios e o corpo se agiganta enormemente”. (Perls e cols. , 1977, p. 186).

### **3.2.2.2– Modalidade Ego:**

O ego corresponde à capacidade de transcendência no meio. Diz respeito ao aspecto do self que vai fazer a alienação e a identificação das possibilidades do meio para a realização de possíveis necessidades. É a função de individuação do self enquanto tal. Segundo Perls e cols. (1997):

*“Temos a sensação de estar produzindo a situação. Os meios são selecionados puramente como meios, de acordo com o conhecimento prévio de situações semelhantes: temos então a sensação de usar e dominar em lugar de descobrir e inventar. Os sentidos estão alertas, de prontidão, em lugar de estarem ”encontrando” ou “respondendo””. (Perls e cols., 1977, p.185)*

### **3.2.2.3– Modalidade Personalidade:**

A terceira modalidade do self diz respeito à personalidade. Trata-se de uma generalidade não perceptiva, na qual o self se sedimenta, tornando-se uma identidade histórica, representada, construída por meio de atos simbólicos.

“A personalidade é o sistema de atitudes adotada nas relações interpessoais; é a admissão do que somos, que serve de fundamento pelo qual poderíamos explicar nosso comportamento, se nos pedissem uma explicação”. (Perls e cols. , 1997, p.187)

### **3.3– Awaranness:**

A *awareness* consiste em um processo de atuação utilizado pela Gestalt Terapia no decorrer do processo psicoterapêutico. Diz respeito à capacidade de se perceber ou ainda de se apropriar de sensações que estão acontecendo em determinado momento no aqui e agora. Refere-se a um dar-se conta de algum tipo de comportamento executado.

Diz respeito a um dos principais conceitos da Gestalt Terapia, pois dela vai depender que se alcance o objetivo da terapia. A *awaranness* significa um estado de consciência do contexto, inclusive organísmico, ou seja, tanto da pessoa em si quanto do que ocorre em volta da mesma. Quem está em *awaranness* não interrompe o seu fluxo de consciência. Segundo Perls (1977):

*“... este continuum de tomada de consciência parece ser muito simples; apenas tomar consciência do que se passa segundo após segundo... Entretanto, assim que a tomada de consciência se torna desagradável, ela é interrompida pela maioria das pessoas. Então estas, repentinamente, começam a intelectualizar, usar palavreado do tipo blábláblá, voar em direção ao passado...”* (Perls, 1977 p.78)

O principal objetivo da terapia da concentração utilizada pela Gestalt Terapia consiste então na recuperação das sensações do indivíduo, através da *awaranness*. Quando o indivíduo está em ação esta *awareness* aparece. A partir desse momento uma determinada figura passa a se tornar presente para o organismo.

Os signos dentro da teoria da *awareness* possuem duas propriedades distintas: A primeira é puramente indicativa enquanto na segunda os signos significam alguma coisa. Neste caso os signos relevam uma intenção. Fala-se então em consciência intencional, onde os vários signos entre si formam uma unidade, um significado ou ainda um sentido único para cada pessoa.

### **3.3.1– Consciência Intencional:**

Retomando um pouco a questão da intencionalidade já explicada na parte da fenomenologia, a consciência intencional pode ser vista em dois níveis. O primeiro é denominado de intencionalidade operativa. Pode-se afirmar que nesse tipo de intencionalidade, o corpo possui um saber a priori, o qual não implica necessariamente em uma aprendizagem prévia.

O segundo nível é chamado de intencionalidade ativa ou de ato. Neste caso existe uma intencionalidade de significação. Escolhe-se um signo para que se possa enunciar alguma situação.

### **3.4– Contato:**

Todo contato implica em uma ação. Este contato ocorre na fronteira de contato (limite do eu e do não eu). É na fronteira que surgem as figuras. No momento em que começa a parecer uma excitação corporal a figura passa a ser delimitada do fundo. Na fronteira só existe uma figura (necessidade). Caso contrário surge o ajustamento confluyente onde a necessidade de uma pessoa acaba se confundindo com a necessidade de outra.

Segundo Ribeiro (1997):

*“O contato pode ser visto como efeito ou como causa em um dado processo, e ocorre sempre em um dado momento. Somos o resultado de nossas relações ao longo do tempo. O contato é efeito das relações que mantivemos com os diversos campos em que nos movemos. Enquanto gera gestos, sinais, o contato é figura e pode ser visto, descrito;*

*como fundo, é expressão de nossas intuições acumuladas ao longo dos anos, e simbolizadas pelo nosso modo de estar no mundo. O contato é, portanto, um jeito de ser e um jeito de se expressar”.*(Ribeiro, 1997, p. 24)

De acordo com Granzotto e Müller (2004), o campo de presença – futuro que se faz presente a partir do passado – se refere ao acontecimento denominado na Gestalt Terapia de contato.

*“Tal acontece quando ”algo” (que tanto pode ser um dado proprioceptivo, exteroceptivo ou interoceptivo) adquire valor de figura em nossa existência – o que implica que emprestemos, a esse algo, uma função de co-dados, os quais não são senão a nossa existência já vivida e, nesse sentido, modificada, que retomamos uma dupla orientação: futuro e passado.”* (Granzotto e Müller, 2004, p.12)

### **3.4.1- Etapas do Contato**

Segundo Perls e cols (1997), o processo de contato é um único todo, mas pode-se dividir convenientemente a seqüência de fundos/ figuras da seguinte maneira:

#### **3.4.1.1 - Pré-Contato:**

O pré-contato representa a preparação do contato. Uma figura surge a partir de uma necessidade do organismo ou do meio. O fundo (co-dados) neste caso corresponde ao próprio corpo ou ao ambiente. Corresponde a uma organização espontânea dos dados e dos co-dados.

“O corpo é o fundo, o apetite ou o estímulo ambiental são a figura. Isto é o que está consciente como sendo “aquilo que é dado” ou o Id da situação, dissolvendo-se em suas possibilidades.” (Perls e cols., 1997, p. 208)

#### **3.4.1.2– Contato Propriamente Dito:**

No contato propriamente dito a dinâmica figura/fundo é invertida. A figura agora passa a ser as possibilidades que o meio oferece. Neste momento escolhe-se ou ainda

delibera-se por uma possibilidade. Identificam-se e alienam-se as possibilidades de satisfação. Quase sempre se faz necessária à eliminação de algum obstáculo em busca da satisfação da necessidade emergente. Segundo Perls e cols. (1997):

*“a) o excitamento do apetite torna-se o fundo e algum “objeto” ou conjunto de possibilidades é a figura. O corpo diminui (ou, contrariamente, na dor, o corpo torna-se figura). Há uma emoção. b) Há a escolha e a rejeição de possibilidades. A agressão ao se aproximar de obstáculos e o superá –los, e a orientação e manipulação deliberadas. Essas são as identificações e alienações do ego.” (Perls e cols, 1997, p. 208)*

#### **3.4.1.3 - Contato Final:**

No contato final as possibilidades de satisfação de uma necessidade tornam-se fundo. A própria coisa torna-se figura, ou seja, o próprio contato. Nesta hora entra-se em contato com aquilo que satisfaz determinada necessidade. Por consequência existe a satisfação. A necessidade é fechada. A figura desaparece e passa-se para a última etapa. Há a assimilação e a identificação do vivido.

*“Em contraste com um fundo de ambiente e corpo desprovidos de interesse, o objetivo vívido é a figura e está em contato. Relaxa-se toda a deliberação e há uma ação espontânea unitária da percepção, do movimento e do sentimento. A awareness está no seu ponto mais radiante, na figura do Tu”.(Perls e cols., 1997, p.208)*

#### **3.4.1.4 – Pós-Contato:**

No momento do pós-contato não surge nenhum tipo de figura. Corresponde a um relaxamento ou a um retraimento. A pessoa entra em equilíbrio. A dinâmica figura/fundo passa a não existir. Neste ponto assimila-se o passado como representação, formando assim a personalidade. “Há uma interação fluida entre organismo/ambiente que não é uma figura/fundo: o self diminui”.(Perls e cols., 1997, p.209).

#### **3.4.2– O Saudável na Dinâmica temporal do Self:**

O saudável na dinâmica temporal do self diz respeito à fluidez do contato. O processo de abrir e fechar uma gestalt na fronteira de uma maneira fluida e espontânea. O processo de fechamentos da gestalt é essencial para a obtenção de uma vida saudável. No caso de uma pessoa não saudável, seu comportamento em determinada situação acaba não correspondendo à situação que está sendo vivida naquele momento. Estas situações se tornam repetitivas a ponto de se tornarem habituais ao invés de irem em busca de um real ajustamento criativo. Neste momento surge o que conhecemos como neurose.

Segundo Teixeira (2005)

*“A saúde do ser humano encontra-se no bom funcionamento da fronteira de contato onde a pessoa, atendendo a sua principal necessidade do momento, vai se alternar em movimentos de estar em contato com o ambiente e retrair-se. Penso nesse processo como uma pulsação em que a pessoa se expande e se contrai seguindo uma auto-regulação organísmica. O neurótico é aquele que perdeu essa pulsação natural e encontra-se fixado, incapaz de mobilizar seu potencial para lidar com o mundo”.*(Teixeira, 2005, p. 51).

### **3.5– Teoria da Neurose**

Na neurose também existe a dinâmica figura/fundo, mas a dinâmica de surgimento e destruição da gestalten fica prejudicada. A neurose corresponde a uma gestalt aberta (situação inacabada) e uma fixação do passado. Consiste em uma interrupção do excitamento de uma necessidade. É como se o dado (figura nova) não fosse percebido. Na neurose ocorre a perda das funções do ego que se dá no campo de presença na fronteira de contato. Um comprometimento do fluxo dos vividos. Pode-se afirmar que uma interrupção de contato tem sempre apresenta uma inibição reprimida.

Segundo Perls e cols. (1997):

*“Diz-se que inibição do self na neurose é uma incapacidade de conceber a situação como estando em mutação ou sofrendo como processo; a neurose é uma fixação no passado que não muda. Isto é verdadeiro, mas a função do self é mais do que o processo de aceitar as possibilidades é também a identificação e alienação destas, o criativo alcançando uma nova figura; é diferenciar entre as “respostas obsoletas” e o comportamento novo e único que é exigido”. (Perls e cols., 1997, p. 181)*

Ainda segundo os mesmos autores, quando o ego vai para o contato, o mesmo pode sofrer uma ação contrária ou se deparar com determinada ocorrência que lhe impede de realizar seu objetivo. Sendo assim, o ego acaba não tendo outra alternativa, senão a de deliberar em favor de uma inibição de sua ação. Surge então a neurose, que consiste:

*“... na evitação do excitação espontâneo e a limitação das excitações é a persistência das atitudes sensoriais e motoras, quando a situação não as justifica ou de fato quando não existe em absoluto nenhuma situação-contato, por exemplo, uma postura incorreta que é mantida durante o sono. Esses hábitos intervêm na auto-regulação fisiológica e causam dor, exaustão, susceptibilidade e doença. Nenhuma descarga total, nenhuma satisfação final: perturbado por necessidades insatisfeitas e mantendo de forma inconsciente um domínio inflexível de si próprio, o neurótico não pode se tornar absorto em seus interesses expansivos, nem levá-los a cabo com êxito, mas sua própria personalidade se agiganta na awaranness: desconcertado, alternadamente ressentido e culpado, fútil e inferior, imprudente e acanhado,etc”. (Perls e cols., 1997, p.235-236).*

### **3.5.1– Ajustamentos Criativos (interrupções):**

Segundo o gráfico proposto por Granzotto e Müller (2004), a dinâmica temporal da neurose (perda das funções do ego), pode-se perceber a presença de cinco ajustamentos criativos, ou seja, interrupções. São elas:

#### **3.5.1.1– Confluência:**

Neste tipo de interrupção a pessoa se encontra apegada ao passado. A confluência acontece quando o indivíduo não sente nenhuma barreira entre si e o meio,

ou entre ele próprio e o outro, ou ainda, entre o presente e o passado. Não sabe onde ele termina e o outro. Acaba não se dando conta de suas necessidades e da necessidade do outro. Essas necessidades acabam se confundindo.

“Na confluência também conhecida como simbiose, a pessoa perde a capacidade de diferenciar o que é seu do que é do outro, passando a diluir-se no meio. Nesse estado a pessoa encontra-se dependente dos outros, pois teme o isolamento e procura não assumir risco”. (Teixeira, 2005, p.52)

### **3.5.1.2– Introjeção:**

A introjeção aparece como uma inversão dos afetos. Refere-se a comportamentos baseados nas leis dos outros. Neste caso a satisfação possível acaba sendo a satisfação masoquista.

Segundo Teixeira (2005):

*“A Introjeção consiste em uma situação em que o indivíduo por medo de sua própria agressividade e do meio, acaba “engolindo” opiniões, crenças, normas e valores sem assimilá-las e sem conseguir defender seus direitos, formar suas próprias idéias, transformando-se nem “papagaio” ou “marionete” do meio em que vive. Essas pessoas acomodam-se e passam a valorizar a rotina, o controle externo e a simplificação das situações, e acima de tudo, acabam colocando-se no meio de forma alienada e não crítica”* (Teixeira, 2005, p.53)

Pode-se dizer que a introjeção é saudável quando a pessoa tem consciência do que se está fazendo, ou seja, de que está introjetando com *awaranness*.

### **3.5.1.3– Projeção:**

A projeção ocorre quando alguma coisa acontece e simplesmente não diz respeito à pessoa em questão, mas sim a outro indivíduo. A pessoa não consegue assumir o que é seu e acaba depositando no outro. Nestas situações a satisfação acaba encontrando-se na fantasia.

Segundo Teixeira (2005), a projeção consiste:

*“No processo pelo qual, devido às dificuldades internas, a pessoa atribui ao exterior (pessoas, acontecimentos) a responsabilidade por seus infortúnios, não se permitindo tomar contato com seus defeitos e fragilidades. Esse indivíduo expressará sempre uma desconfiança nos outros, sentido-se perseguido e ansioso”.* (Teixeira, 2005, p. 53)

#### **3.5.1.4– Retroflexão:**

Acontece na fronteira quando há uma tentativa obsessiva de se desfazer o passado, assim a satisfação possível acaba sendo o sofrimento a si mesmo, ou seja, o sadismo, comprometendo desta maneira o outro, mesmo que indiretamente. Ocorre quando a energia utilizada pela pessoa para atingir o meio se volta para ela mesma. Neste caso o indivíduo faz a si o que gostaria de fazer com o outro (na maioria das vezes trata-se de uma contenção), ou ainda, faz a si o que gostaria que o outro fizesse a si. (o meio lhe fizesse).

“A pessoa está sempre ocupada e torna-se aquilo que os outros esperam que ela seja; sente-se inadequada no que faz e, muitas vezes, abre mão de seus projetos por receio de machucar alguém ou a si mesmo”. (Teixeira, 2005 p. 53)

Pode ser saudável em casos onde ação do meio pode vir a ser destrutiva para o indivíduo, de contenções emocionais ou ainda em momentos onde o meio está verdadeiramente indisponível.

#### **3.5.1.5– Egotismo:**

O egotismo se refere a uma fixação em um falar sobre, numa construção inteligente de uma ficção que acaba substituindo o contato verdadeiro. É como se para a pessoa, tudo tivesse uma explicação e um certo controle. A satisfação possível consiste na vaidade.

Segundo Teixeira (2005):

*“Nesse processo a pessoa quer ser o centro de todas as atenções e controlar rigidamente as pessoas e os acontecimentos ao seu redor. Ela procura de todas as formas prevenir surpresas e sente muita dificuldade em dar e receber. Seu mundo torna-se monótono, sem vibração e alegria”.* (Teixeira, 2005, p. 54);

Estas cinco interrupções impedem o contato final e a própria *awaranness* do indivíduo. O principal objetivo da Gestalt Terapia é o de auxiliar o paciente a restabelecer seu próprio funcionamento. O terapeuta age a princípio como um hetero-suporte para que o indivíduo possa resgatar seu auto-suporte, ajudando-o a modificar sua forma de ajustamento passada que ficou de alguma maneira aprisionada.

Para finalizar, segundo Perls e cols. (1997):

*“Assim a máxima terapêutica é: ”O homem saudável sente suas emoções, o neurótico sente seu corpo” – o que naturalmente não é negar, mas mais exatamente indicar que na terapia tentamos ampliar a área da awaranness corporal, porque é devido ao fato de que alguma áreas não podem ser sentidas que outras estão indevidamente retesadas durante o excitação, e são sentidas como dolorosas”.* (Perls e cols. , 1997, p.207).

#### **4– Transtorno do Comer Compulsivo (TCC) ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP)**

A literatura especializada relacionada com a compulsão alimentar é ainda escassa:

*“A comunidade científica somente a partir da década de 80 começou a pensar com mais afinco neste tema. Apenas em 1991, Spitzer publicou um artigo no International Journal of Eating Disorders, ressaltando a necessidade de incluir o TCC no DSM IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 1994). Tal proposta foi aceita e o transtorno entrou no apêndice B, como transtornos que demandam mais pesquisas por parte da comunidade científica”.* (Teixeira, 2005, p. 37)

No TCC/TCAP, assim como na Bulimia e na Anorexia Nervosa, existe uma preocupação mórbida e irracional com relação ao peso e a forma do corpo. Esses pacientes são na maioria das vezes obesos e se distinguem de obesos que não apresentam esses episódios de comer compulsivo por apresentarem mais comorbidade psiquiátrica e pelo fato da obesidade ser de maior gravidade.

As pessoas com este transtorno apresentam freqüentes crises, durante as quais sentem que não podem parar de comer. Comem depressa e às escondidas, ou não deixam de comer o dia todo. Apesar desses pacientes se sentirem culpados e envergonhados por sua falta de controle, eles não apresentam atitudes compensatórias e compulsivas (vômito, laxantes...) típicas dos pacientes com Bulimia. Normalmente eles têm um histórico completo de fracassos em diversas dietas e regimes para emagrecimento. Na maioria das vezes se tratam de pessoas depressivas e obesas.(Silva, 2005).

Essa compulsão alimentar incontrolável leva os pacientes a ingerir quantidades exageradas de alimentos em um curto espaço de tempo, quantidades essas, segundo (Teixeira, 2005, p.42): “... maiores do que a maioria das pessoas comeria num mesmo intervalo de tempo e nas mesmas condições, sendo que uma pessoa normal ingere em média 1500 calorias por dia, em um episódio de binge uma pessoa pode ingerir em média 6000 Kcal episódio”.

Estes ataques de comer (binge eating) devem ocorrer com uma frequência mínima de duas vezes por semana para que seja diagnosticada a síndrome. Para o diagnóstico do TCC/TCAP, de acordo com Caió (2006) sugere-se os seguintes critérios: Episódios repetidos de “binge eating” (ataques de comer). Durante esses episódios, critérios como, o comer muito rápido; comer até se sentir desconfortavelmente empanturrado; comer grandes quantidades de comida, mesmo sem fome; comer sozinho, com vergonha da quantidade além de sentir-se culpado e/ou deprimido, devem estar presentes durante o episódio.

O TCC/TCAP, tal qual os demais transtornos alimentares, “... apresenta origens de diversos fatores (etiologia multifatorial). Aspectos de funcionamento da personalidade, familiares, genéticos, sócio-culturais e psicológicos têm sido considerados e enfocados”. (Silva, 2005 p. 89)

O TCC/TCAP pode estar relacionado também à depressão, ansiedade e angústia. Segundo Campos (2001), a depressão nestes casos pode ser apenas um sintoma, assumindo variadas formas, como pessimismo, instabilidade de humor, sensação de culpa, baixa auto-estima, indecisão, irritabilidade, alterações de sono e apetite, tristeza e diminuição da libido.

Segundo Ballone (2006), o TCC/TCAP é o distúrbio mais comum. De 10% a 25% dos pacientes, a maioria mulheres, que procuram os consultórios com problema de peso sofrem de compulsão alimentar. Os compulsivos, de acordo com o mesmo autor, têm mais chances de ter colesterol alto, hipertensão arterial e diabetes.

A ingestão dos alimentos em excesso ocorre, na maioria das vezes, longe do olhar e da censura de parentes e amigos. Estes ataques aos alimentos podem ser provocados por estresse e facilmente resolvidos com o uso de substâncias que atuam na serotonina, o hormônio do bem-estar - opina.

O diagnóstico, assim como o da bulimia, não é fácil. É comum que os pacientes não apresentem todos os sintomas do transtorno ou os apresente em apenas uma fase da vida. Para a situação não se agravar, segundo Ballone (2006), é importante que os doentes procurem tratamento o mais cedo possível.

## 5- HISTÓRICO DA CLIENTE

A paciente K tem vinte e oito anos e está em processo psicoterapêutico há um ano e seis meses. É casada há dois anos e quatro meses. Não tem filhos. Trabalha como secretária em um consultório de psicologia. Seu primeiro atendimento foi no dia 17 de novembro de 2004. Chegou ao consultório com a queixa de que vinha esquecendo muito das coisas ultimamente. Sendo que o ápice desses esquecimentos foi quando se deu conta de que não pagava as parcelas de seus apartamentos há sete meses. Não sabe como isso pode acontecer. Referiu se sentir muita culpada pela ocorrido.

A cliente sempre se mostrou muito expressiva dentro do espaço psicoterapêutico. Suas expressões, geralmente parecem condizer com o que está dizendo. Quando está triste, chora, quando está com raiva, demonstra sua raiva, bem como quando está feliz, demonstra esta felicidade sorrindo bastante.

K é a filha do meio de três irmãos. Tem uma irmã onze meses mais velha e um irmão dois anos mais novo. Seu pai é um engenheiro aposentado e sua mãe é dona de uma confecção de roupas. Desde criança (nove anos) cuidou da casa. Fazia comida e cuidava do irmão. Mencionou em uma ocasião que fazia tudo para ajudar a mãe com o intuito de ser reconhecida como uma boa filha. Mas parecia não adiantar, a mãe não costumava dar valor ao que ela fazia, se limitando a dizer que K não fazia mais que sua obrigação. Tal fato deixava a cliente extremamente chateada, tristeza essa que a acompanha até hoje.

Colocou também que ela e seu irmão sempre foram muito ligados. Ela fazia tudo para este irmão. Era K que tinha que servir seu prato em todas as refeições. Atualmente se sente um pouco chateada com relação a ele, pois ele não costuma mais ouvir seus conselhos. Já com relação à irmã, suas relações nunca foram muito amigáveis. Costumam discutir bastante desde que eram crianças. Com relação ao seu pai, enfatiza que ele nunca foi de dizer muita coisa. Mas gosta do jeito que ele diz as coisas. Costuma chamá-la para o lado quando tem alguma coisa importante pra dizer, enquanto que a mãe costuma dizer as coisas na frente dos outros, o que a envergonha

bastante em muitas situações. A mãe costuma agir desta maneira desde que K era muito pequena.

No primeiro atendimento K se mostrou bastante ansiosa. Chegava a manifestar uma certa dificuldade em respirar. Falou bastante e rápido. Dando a impressão de que realmente precisava desabafar. Logo no início o fato de estar acima do seu peso chamou a atenção. Chegou no consultório e imediatamente colocou uma almofada na frente de sua barriga. No final desse atendimento enfatizou que está se sentindo bem perdida, mas que tem muita vontade de se ajudar além de ter consciência de que esse pode ser um longo caminho.

Namorou durante quatro anos seu atual marido quando se casaram. Optaram por não fazer festa no religioso. Guardaram dinheiro, reformaram o apartamento e compraram uma moto. O plano do casal era o de comprar um carro, mas devido ao atraso do pagamento das parcelas do apartamento tiveram uma multa de dois mil reais, a qual foi quitada pelo pai de K.

Acredita que o marido poderia ajudar mais nas tarefas da casa. Costuma reclamar para o marido com relação à falta que sente dele, mas na maioria das vezes acaba chorando muito. Citou o exemplo de um sábado que ficou bastante chateada pelo fato de o marido ter ficado jogando vídeo game ao invés de lhe fazer companhia.

Quando se casou foi ela quem cuidou de tudo. Reforma do apartamento e toda a decoração. Diz que não teve praticamente ajuda nenhuma. Acabou sendo toda a responsabilidade dela. Cuidar da casa, pagar contas, etc. Sabe que o marido trabalha, mas acredita que ele poderia ajudá-la mais nos assuntos relacionados à casa. Em sua casa a maioria das coisas foi ela que organizou do jeito dela.

Mencionou ter uma irmã anoréxica. Só trouxe a informação sem, no entanto fazer maiores comentários. A mesma está se tratando, mas continua bem abaixo do peso normal. Neste momento K trouxe para a terapia o fato de ter engordado vinte quilos desde que se casou. Colocou também que quando se sente ansiosa ou sozinha sente uma obsessão incontrolável por comida. E acaba comendo muito além do que realmente tem necessidade.

Esses episódios, segundo ela passaram a ocorrer pouco depois que se casou e mais de uma vez por semana. (Fato que já pode diagnosticar-la dentro do transtorno do

Comer Compulsivo). Ressaltou ainda que se sente culpada depois de comer compulsivamente, além de ter a sensação como se tivesse um “caroço” na sua garganta. Quando se sente ansiosa também chora muito. Chegando a perder o ar.

K apresenta um acerta resistência à lactose. Segundo ela a mãe sempre a incomoda quando ela está comendo e está sempre lhe chamando atenção com relação a sua alimentação. Fica triste e muitas vezes chora. Menciona que o marido e a mãe não podem estar juntos. Estão sempre pegando no seu pé.

A cliente terminou o segundo grau há nove anos. Mencionou o desejo de fazer advocacia. Acha que tem jeito, pois diz gostar de mandar. Naquele momento resolveu esperar um pouco e decidiu não fazer o vestibular. No entanto tem dúvidas com relação à profissão que deseja seguir. Mencionou interesse também na área da Pedagogia ou da Psicopedagogia. Diz ter grande dificuldade em se concentrar. Pensa em muitas coisas ao mesmo tempo não conseguindo desta maneira focar sua atenção. Reprovou de ano algumas vezes no colégio. Tinha que estudar bastante para passar. O irmão, segundo ela, sempre aprendeu com mais facilidade.

A cliente em muitos momentos se mostrava incomodada pelo fato do marido ser bonito e atraente. Naquele momento veio à tona novamente a questão de ter engordado vinte quilos depois do casamento. E o quanto isso ajuda a diminuir sua auto-estima além de contribuir para depositar no outro suas frustrações.

Atualmente K se mostra bem mais resolvida em vários aspectos de sua vida. Encontra muito mais facilidade e prazer em fazer as coisas por ela mesma, Está cursando a faculdade de Pedagogia na UNISUL, tirou sua carteira de habilitação o que lhe proporciona muito mais autonomia, caminha regularmente enfim, presta mais atenção em si mesma.

Já conseguiu se dar conta de vários aspectos relacionados a sua forma de lidar consigo e com o mundo. Sua auto-estima já está bem mais alta. Consegue fazer muitas coisas por si mesma sem depender do marido em tempo integral. Antes precisava estar sempre com ele caso contrário se sentia extremamente sozinha.

Hoje se dá conta também de que pode ser boa e ruim, ou seja, percebe que tem um lado um pouco mandão e autoritário principalmente dentro do seu casamento e também é uma pessoa dócil e carinhosa. Coloca que é bem confortante se dar conta de

que realmente pode ser as duas coisas. Ainda guarda muitas mágoas com relação a ter organizado seu casamento e sua casa praticamente sozinha. Sempre se sentiu sobrecarregada com tudo isto.

Aos poucos está conseguindo também dar valor as suas próprias conquistas sem necessariamente precisar da aprovação do outro. Lógico que gosta de ser reconhecida, mas não depende mais tanto deste reconhecimento.

Com relação ao comer compulsivo, consegue se dar conta que está diretamente ligado as suas ansiedades, angústias e solidão. Hoje faz um exercício de prestar atenção em si mesma antes de partir para um comer compulsivo. Não que ela deixe de comer em muitos momentos, mas consegue parar para pensar no mecanismo que ocorre com ela mesma durante esses episódios.

## 6– DISCUSSÃO

A discussão dos dados coletados busca ressaltar a construção, a vivência e o sentimento da cliente a partir de suas próprias falas, bem como das observações realizadas pela psicoterapeuta no decorrer das sessões e da literatura pesquisada. É importante ressaltar, que por se tratar de uma pessoa que se encontra em processo psicoterapêutico individual, a mesma também relata como está sua compreensão a respeito de sua qualidade de vida a partir do momento que iniciou a psicoterapia.

Quando se fala em Transtorno do Comer Compulsivo (TCC) ou Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica (TCAP), se fala em adoecer. Dessa forma torna-se fundamental que se conheça a visão de saúde e doença defendida pela Gestalt Terapia. Esta visão já foi anteriormente explicada dentro da teoria da Gestalt Terapia.

Ao se abordar o TCC/ TCAP, sob o olhar da Gestalt Terapia, faz-se necessário observar que tal abordagem, segundo Yontef (1998), usa o metabolismo como:

*“...metáfora para o funcionamento psicológico. As pessoas crescem abocanhando um pedaço de tamanho apropriado (seja comida, idéias ou relacionamentos), mastigando-o (considerando) e descobrindo se é tóxico ou nutritivo. Se nutritivo, o organismo o assimila e o torna parte de si. Se tóxico, o organismo o cospe fora (rejeita-o). Isso exige pessoas dispostas a confiar em seu paladar e em seu pensamento. A discriminação exige perceber ativamente estímulos exteriores e processar esses estímulos exteroceptivos, juntamente com dados interoceptivos.” (Yontef, 1998, p.28)*

Polito (1999), coloca que a função principal do gestalt terapeuta, com relação ao seu cliente, se refere a:

*“...justamente a de facilitar o resgate daquilo que está vivo no paciente, encorajando-o a vivenciar a amplitude de forças internas que lhe pertencem...O terapeuta precisa atentar para o quão deformada está a relação do paciente consigo mesmo e seu meio, percebendo suas dificuldades, seu sofrimento e fragilidade, sem precipitar qualquer tipo de mobilização que possa “atropelar” a experiência do mesmo”. (Polito, 1999).*

Já com relação aos transtornos alimentares propriamente ditos, a meta do trabalho psicoterapêutico consiste na: "... conscientização da dinâmica patológica que fomenta esses distúrbios, visando ampliar as possibilidades existenciais do paciente, que no momento se encontram cristalizadas".(Panazzolo, 2002, p. 119).

Nunes (2005), enfatiza que:

*"É importante compreender, aceitar o padrão alimentar para possibilitar uma reconfiguração dessa relação tanto com a comida quanto com o mundo. Ir além do controle alimentar. O sintoma protege, é um pedido de ajuda. Assim é importante manter em mente que, mesmo diante de situações que parecem caóticas, o indivíduo está fazendo o melhor que ele pode naquele momento, tendo em vista que não consegue se relacionar com o mundo de outra maneira". (Nunes, 2005, p.60)*

Logo no início da psicoterapia K, não aceitava seu padrão alimentar. Via o fato de comer compulsivamente como um fato isolado em sua vida. Segundo ela: *"Eu como muito... este é meu principal problema... não consigo controlar a quantidade de comida... sinto que estou comendo cada vez mais... e me sinto cada vez mais culpada por isso..."*. Aos poucos se iniciou um trabalho no sentido de que K pudesse se dar conta de que sua compulsão não se tratava de um fato isolado, mas, de um conjunto de fatores interligados entre si.

Cabe destacar na fala acima a presença do ajustamento introjetivo. O comedor compulsivo costuma ser uma pessoa introjetora. No caso da cliente em questão, por exemplo, a mesma demonstra simplesmente colocar o alimento para dentro, sem qualquer tipo de conscientização, discriminação e reestruturação daquilo que ingere. Em alguns casos existe a ausência inclusive da própria mastigação. Esse mesmo tipo de interrupção, como será exemplificado mais adiante, pode estar presente em relação às crenças, valores e ideais introjetadas pelo indivíduo compulsivo.

Cabe lembrar que no TCC/TCAP a ingestão alimentar tem uma função cuja finalidade não é a nutrição fisiológica. Teixeira (2005), considera que a alimentação está relacionada a sentimentos de conforto, segurança, cuidados, afetos, sendo que o que fica figura são as preocupações com peso e comida, ficando os outros problemas reais de fundo, ou seja, não é a fome de comida. K relata: *"Me sinto muito sozinha..."*

*preciso que cuidem de mim... sinto falta do meu marido do meu lado... me sinto extremamente carente... e quando me sinto assim costumo atacar a geladeira...”.*

Destaca-se na fala acima, que nesse caso a cliente apresenta um ajustamento confluyente, na medida que sugere uma indiferenciação entre aquilo que é dela e o que é do outro. A mesma acaba não mantendo um contato consigo mesma suficiente para descobrir o que gosta e do que precisa e acaba concentrando-se mais no que o outro e o meio esperam dela. O indivíduo confluyente acaba encontrando dificuldades de entrar em contato com suas próprias sensações e necessidades.

Colocou neste momento também que: *“Quando me sinto ansiosa ou sozinha sinto uma vontade incontrolável por comida. E acabo comendo muito além do que realmente preciso”.* Cabe destacar nesse ponto que a cliente engordou vinte quilos em um ano, logo depois de ter se casado.

Teixeira (2005), ressalta ainda, que muitas vezes a pessoa terá que:

*“... se permitir crises de compulsão alimentar, e substituir a preocupação com as calorias pela descoberta de qual sentimento a invade naquele momento e também do que a acomete, que faz com que busque refúgio na comida, em vez de se proibir comer certos alimentos “perigosos” ou auto-recriminar-se por não ter resistido à tentação, abandonando a obsessão por dietas e o controle e o controle para desenvolver a auto-regulação do seu organismo.” (Teixeira, 2005, p. 67)*

A cliente relata que: *“Atualmente eu ainda tenho vários ataques de comida, mas a diferença é que hoje em dia eu pareço pensar no que estou fazendo quando “ataco” a comida. Será que realmente estou com fome? Muitas vezes me dou conta que não mas mesmo assim acabo comendo... Percebo também que parece que na hora que eu como, é o único momento que não penso em nada do que me incomoda....o sentimento que vem depois é muito ruim...sei que não estou com fome mas como demais do mesmo jeito”.*

Pode-se dizer que a cliente já vem desenvolvendo uma maior *awaranness* daquilo que acontece com ela, além do fato de começar a manter um contato mais saudável com a própria alimentação, ou seja, essa já começa a assumir um papel de satisfação de uma necessidade fisiológica na vida da cliente.

A mesma autora, Teixeira (2005), enfatiza ainda que alguns autores consideram que indivíduos com TCC/ TCAP possuem conflitos emocionais não resolvidos que acabam gerando algum tipo de ansiedade. Portanto, a autora considera, que o problema central nesses casos não consiste na alimentação, mas sim no controle da própria ansiedade. Justifica-se dessa maneira a importância em se trabalhar as questões emocionais trazidas pelo cliente.

Esse trabalho vem sendo realizado com a cliente no decorrer do processo terapêutico. Ela vem se dando conta gradativamente de que sua compulsão está diretamente ligada aos seus conflitos emocionais. *“Hoje eu consigo pensar no que estou fazendo enquanto como... consigo me dar conta de que sou uma pessoa muito ansiosa... fico em muitos momentos sem saber o que fazer e em como agir diante das coisas que me incomodam... cada vez mais percebo que preciso prestar mais atenção no que acontece dentro de mim mesma”*.

Segundo Teixeira (2005):

*“... a cura para o TCC/TCAP está num aumento progressivo, passo a passo da capacidade de awareness da mulher obesa. E para que isso aconteça tem que haver uma mudança de atitude, incentivada pelo gestalt-terapeuta, em que a auto-recriminação seja substituída pela auto-observação; uma atitude de coragem para olhar além da crise de compulsão e ser capaz de sintonizar com os sentimentos difíceis e dolorosos que estão encobertos pela comida”*. (Teixeira apud Roth, 2005, p.66)

É importante destacar, que ao entrar em contato com seus sentimentos, (raiva, frustração, medo...), o cliente poderá se dar conta de suas reais necessidades (carinho, toque, respeito, ser vista...). O contato com a comida traz prazer momentâneo, mas não satisfaz plenamente as necessidades. Segundo K: *“Hoje eu consigo perceber que me sinto realmente carente... de que preciso de atenção... preciso ser paparicada e reconhecida por meu marido... como muitas vezes para tentar suprir esses meus sentimentos...mas é bem difícil pra mim aceitar essas coisas... e mais ainda pensar que tenho que fazer alguma coisa por mim mesma...”*.

Ainda com relação aos ajustamentos criativos ou interrupções, propostos por Granzotto e Müller (2004), pode-se perceber a presença de alguns deles na dinâmica

observada na vida de K no decorrer do processo psicoterapêutico, com destaque para o ajustamento projetivo e introjetivo.

K costuma se mostrar bastante irritada diante das situações. Durante a trajetória de seus atendimentos, tem sido trabalhado com a cliente no sentido de que ela possa se dar conta de que estas irritações parecem estar relacionadas a ela mesma e não ao outro. Segundo K: *"Todo mundo fica me enchendo o saco... come menos... vai fazer algum exercício... Que saco!... só ficam me enchendo... me alfinetando"*. Coloca estas questões responsabilizando exclusivamente os outros.

No início se mostrou um pouco contrariada com a possibilidade de encarar essa sua irritação como sendo sua de fato, mas aos poucos vem aceitando tal possibilidade: *"É... às vezes penso que eu é que não estou de bem comigo mesma... eu é que me sinto gorda e feia... e acabo jogando a culpa em quem está próximo de mim..."*.

Outro aspecto marcante diz respeito ao fato de que necessita do reconhecimento dos outros para se sentir feliz. Caso não haja este reconhecimento, é como se suas conquistas não tivessem valor algum. Se sente mal por isso, mas ao mesmo tempo não sabe como lidar com tal situação. Na verdade essa questão lhe acompanha desde muito pequena.

Atualmente está bem consciente de que essas irritações estão relacionadas a suas angústias e ao fato de se sentir sozinha em muitos momentos: *"É... é difícil se dar conta... chega a dar uma dor no peito... mas os outros não têm culpa de minhas angústias... tenho que aprender a fazer as coisas por mim mesma... a não depender do reconhecimento do outro... e ver graça naquilo que eu faço... às vezes parece que aquilo que eu faço não vale nada..."*.

Nesse ponto cabe destacar que uma pessoa quando recebe as coisas do mundo sem assimilar, se constrói utilizando armas contra si própria e normalmente projeta no outro, coisas que na realidade são suas. Refere-se a pessoas que têm dificuldades em lidar com suas frustrações.

Donde (2004) assinala que o desenvolvimento do ser humano vai acontecendo gradativamente, ou seja, a criança nasce completamente confluyente e espontânea, passa a introjetar experiências alheias, o que é muito saudável, pois o aprendizado inicial se dá através da introjeção, mas ainda quase que passivamente, só então

começa a desenvolver sua capacidade um pouco mais ativa que é através da projeção. Nesta fase a criança já consegue diferenciar-se um pouco mais do outro. Ela consegue expelir algo de volta para o ambiente. Finalmente, nesse processo de desenvolvimento existe a retroflexão que é a habilidade de segurar, de fazer algo a si mesmo. Esse processo se repete tantas quantas vezes for preciso, mesmo na vida adulta.

Esse seria o processo saudável do indivíduo, desde que ele “mastigue completamente” tanto o alimento natural como o físico, como se refere Perls (2002). Mas o que se observa com a cliente diagnosticada com o TCC/TCPA, não corresponde a este processo saudável. Destaca-se nesse ponto a introjeção, a qual aparece nas falas de K: *“Eu sempre aprendi que devo fazer tudo por meu marido... me parece complicado mudar isso... aprendi que tenho que agradar as pessoas para não perdê-las... e agora percebo que é isso que tenho feito a minha vida toda... primeiro com meus pais... e agora com meu marido...”*. Passou-se a trabalhar em psicoterapia essas questões que estão ligadas diretamente a ansiedades e angústias de K.

É importante ressaltar que a forma como os pais conduzem a educação dos filhos, ou seja, a forma de alimentá-los, de dar e receber afeto, de permiti-los fazer escolhas dentro de suas possibilidades, é de grande importância para o desenvolvimento das crianças. *“Sabe... hoje depois de estar um tempo vindo aqui na terapia... lembro de algumas coisas... até dói falar... mas é verdade... tudo na minha casa girava em torno da comida... se a gente chorava... enfiavam comida na gente... não incomoda e come... lembro inclusive de uma vez que minha irmã não queria comer e meu pai enfiou o prato na cara dela... o mais interessante é que hoje estou eu aqui compulsiva e tenho uma irmã anoréxica”*.

Segundo o relato acima, pode-se compreender que a forma como K foi alimentada na infância pode tê-la levado a construir uma forma inadequada de valorização do alimento e por conseqüência de usá-lo de uma forma não apropriada.

O ajustamento retroflexivo também se mostra presente no comportamento de K, na medida que costuma internalizar seus sentimentos. Desde o início da terapia, coloca que apresenta muita dificuldade em dizer o que sente e o que pensa. *“Às vezes eu tenho vontade de dizer o que me incomoda... mas sei lá... simplesmente não consigo... é como se algo me travasse... acho que na verdade aprendi a ficar quieta e não dizer o*

*que penso*”. Há poucos dias teve a seguinte *awaranness*: “*De repente minha compulsão pode até ter haver com essa minha dificuldade de dizer as coisas... na real... pensando bem... costume comer bastante nos momentos que tenho vontade de dizer alguma coisa e não digo*”.

O processo de psicoterapia de K tem se mostrado bem interessante e com mudanças aparentemente concretas. Mudanças essas relacionadas principalmente as conquistas com relação à qualidade de vida da cliente. Pode-se dizer que a pessoa obesa também pode ser feliz mesmo não conseguindo emagrecer como gostaria. E de acordo com os relatos acima expostos, muitas são as mudanças de K, relacionadas principalmente a sua auto-estima.

A Psicoterapia tem ajudado a cliente a resignificar muitos dos momentos desconfortáveis vivenciados pela mesma no decorrer de sua vida, melhorando dessa maneira, sua qualidade de vida. Muito ainda tem de ser feito, mas cabe lembrar a importância de se respeitar o ritmo de cada cliente durante o processo psicoterapêutico.

## 7- CONCLUSÃO

A realização dessa monografia foi muito gratificante. O acompanhamento da cliente durante a confecção da mesma foi de grande valor, na medida que, pode contribuir no conhecimento e aprofundamento dos conceitos do TCC/ TCAP, bem como no favorecimento de um estudo integrado entra a teoria e a prática do presente estudo de caso.

A abordagem gestáltica não tem como objetivo principal à remoção dos sintomas, dos mecanismos neuróticos ou resistências do cliente que apresenta o TCC/TCAP. Preocupa-se por outro lado, com a possibilidade de compreendê-los e na busca de uma conscientização cada vez maior por parte do indivíduo de sua forma de interação com o seu meio interno e externo. Conscientização esta, que pode ser realizada através do fortalecimento da *awaranness* do cliente.

É importante lembrar, que segundo a visão da Gestalt Terapia, o se humano é visto como uma totalidade integrada e não como partes isoladas. Sendo assim é importante que não se trate apenas da doença manifestada através de um sintoma, mas sim do indivíduo como um todo. Faz-se necessário compreender a totalidade da experiência individual, considerando que cada um vai estabelecer sua própria relação com a comida.

Cabe lembrar também a importância da realização de um trabalho interdisciplinar no tratamento do TCC/ TCAP. A participação do psicólogo, psiquiatra, médico endocrinologista, nutricionista, profissional de educação física, entre outros, é de fundamental importância para que o tratamento possa ser feito de maneira integrada, não se limitando apenas a observação dos sintomas manifestados pelo cliente.

Segundo Teixeira (2005), diante da questão da compulsão alimentar, o psicoterapeuta:

*“... precisa, com sua infinita delicadeza, convidar a cliente, dentro da relação terapêutica, a participar de experimentos que despertem seu potencial criativo e social. Essa realidade pode ser potencializada num grupo terapêutico para mulheres comedoras compulsivas, quando elas estiverem prontas e assim desejarem... Quanto ao gestalt-terapeuta, resta-lhe estar acima de tudo, disposto, brando e tranqüilo, para facilitar o*

*processo daquelas que precisam descobrir que sob o manto protetor de gordura e da comida existe uma fome de vida”..(Teixeira, 2005, p.72)*

Para finalizar, cabe destacar que atualmente existem ainda muitos preconceitos com relação aos transtornos alimentares. É importante que se possa olhar com respeito para essas pessoas. Talvez esse preconceito possa estar ligado de certa forma, a própria desinformação e o pouco estudo relacionado a esse tema. Dessa forma, lança-se o desafio da possibilidade de um maior aprofundamento desses estudos em prol de uma melhor qualidade de vida das pessoas que apresentam algum tipo de transtorno alimentar.

## 8- REFERÊNCIAS

- Appolinário, J.C.; Coutinho, W.; Cordás, T.A. (2006). *O transtorno do comer compulsivo*. Disponível em: [www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832004000400006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832004000400006). Acesso em: 02/05/2006.
- Ballone, G.J. *Transtornos alimentares*. Disponível em: <http://psiqweb.med.br/anorexia.html>. Acesso em: 02/05/2006.
- Campos, R. Comedores de emoções. *Revista Viver*, São Paulo, n° 105, p.24-29, 2001.
- Dartigues, A. *O que é a fenomenologia?* 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1932.
- Donde, C.V. *Aspectos emocionais e relacionais presentes na pessoa obesa na perspectiva da gestalt-terapia*. Monografia de conclusão do curso de especialização em gestalt-terapia. Florianópolis, 2004.
- Granzotto, R.L.; Müller, M.J.M. *Self e temporalidade*. Florianópolis: Instituto Gestalten, 2004.
- Mattos, J.M.; Cavalcante, G.M.S. *Uma visão gestáltica sobre a compulsão alimentar*. Trabalho apresentado no VII Encontro Nacional de Gestalt-Terapia e IV Congresso Nacional de Abordagem Gestáltica. Goiânia, 1999.
- Nunes, A. L. *Compreendendo transtornos alimentares nos caminhos da gestalt-terapia*. Monografia de conclusão do curso de especialização em gestalt-terapia. Florianópolis, 2005.
- Panazzollo, M.A. Distúrbio alimentar numa visão fenomenológica. *Revista do VII Encontro Goiano de Abordagem gestáltica*, Goiânia, n° 8, 2002.
- Perts, F.; Heffertine, R.; Goodman, P. *Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1997.

Perts,F. *Ego, fome e agressão*. São Paulo: Summus, 2002.

Polito,F.M. Polaridade saudável do processo de adbecer. Disponível em:  
[www.fronteirasgestálticas.com.br/artigos.asp?codigo=5](http://www.fronteirasgestálticas.com.br/artigos.asp?codigo=5). Acesso em 01/07/2006.

Polster,E.;Polster,M. *Gestalt-terapia integrada*. São Paulo: Summus, 2001.

Ribeiro,J.P. *Gestalt-terapia: refazendo um caminho*. São Paulo: Summus, 1995.

Ribeiro,J.P. *Ciclo de contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus, 1997.

Silva,A.B.B. *Mentes insaciáveis*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

Teixeira,M.J. Fome de vida: a obesidade feminina à luz da gestalt-terapia (p. 35-75). In: Frazão, Lílian Meyer, Rocha, Sérgio L.C. de O. (org). *Gestalt e gênero – configurações do masculino e do feminino na contemporaneidade*. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

Yontef,G.M. *Processo, diálogo e awaranness – ensaios em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 1998.



