



O CICLO DE CONTATO E A BUSCA DA AWARENESS NA PSICOTERAPIA DE ORIENTAÇÃO GESTÁLTICA

FRONZA, Juliana Lomba
MALLMANN, Loivo José (Orientador)

Resumo

Este estudo de caso tem por intuito compreender a importância da *awareness* e o ciclo de contato na psicoterapia de orientação *gestáltica*. Tendo por objetivo apresentar elementos da história e da psicoterapia *gestáltica*, descrever os conceitos de *awareness* e ciclo de contato, e relaciona-los com o caso. Realizou-se de forma exploratória e qualitativa. Constitui-se através do atendimento clínico, onde foram trabalhados temas trazidos pela paciente, com o enfoque da *Gestalt-terapia*. A abordagem permite a pessoa se revelar durante o processo, através do envolvimento criativo, contribuindo para o desenvolvimento de mais *awareness*. O ciclo de contato é representado por fases, que podem ser vistos também como bloqueios de contato. Nos atendimentos foi possível perceber bloqueios e formas de desbloqueios que a paciente encontrou durante o processo. Realizar os atendimentos e o artigo foi fundamental para possibilitar vivenciar na prática a teoria, e perceber o quanto é significativo o fechamento de *gestalten*.

Palavras chave: *Gestalt-terapia*; *awareness*; psicoterapia; ciclo de contato.

Abstract

This case study intends to understand the importance of awareness and the cycle of contact in Gestalt oriented psychotherapy. In order to present elements of gestalt history and psychotherapy, describe the concepts of awareness and contact cycle, and relate them to the case. It was carried out in an exploratory and qualitative way. It is constituted through clinical care, where themes were brought by the patient, with the Gestalt-therapy approach. The approach allows the person to reveal himself during the process, through creative involvement, contributing to the development of more awareness. The contact cycle is represented by phases, which can also be seen as contact blocks. In the visits it was possible to perceive blocks and forms of unlocks that the patient found during the process. Carrying out the calls and the article was fundamental to enable us to experience the theory in practice, and to realize how significant the closure of *gestalten* is.

Keywords: Gestalt therapy; awareness; psychotherapy; contact cycle.

INTRODUÇÃO

O presente artigo visa identificar como a psicoterapia, pode contribuir para o desenvolvimento da paciente, com base na teoria de *awareness*¹ e do ciclo de contato da *Gestalt-terapia*² (GT) ³.

“A *Gestalt-terapia* é um encontro existencial entre pessoas” (ZINKER, 2007, p. 113), permitindo que a pessoa se revele durante o processo através do envolvimento criativo, contribuindo para o desenvolvimento de mais *awareness*, onde o indivíduo aprende a assumir suas experiências e a tomar consciência das próprias necessidades.

O caso foi escolhido, pois a paciente buscou atendimento psicológico após ter sido diagnosticada portadora de transtorno bipolar. Com interesse em verificar como a psicoterapia, pode contribuir para o tratamento e o desenvolvimento da paciente, considerando que o diagnóstico, pode ser visto como um rótulo instaurado pela sociedade e fazendo com que as pessoas sofram e não saibam como devem agir frente à doença. Com isso, objetivou-se verificar como a psicoterapia de orientação *gestáltica* pode contribuir para o desenvolvimento pessoal, com base na busca da *awareness* e teoria do ciclo de contato.

Pinto (2015, p. 19) aponta que:

[...] em um processo psicoterapêutico a compreensão diagnóstica não pode ser apenas um diagnóstico do cliente: ela precisa envolver a situação terapêutica e a situação de vida do cliente como um todo, além, é claro, das disposições do terapeuta para aquele trabalho clínico. A compreensão diagnóstica em Gestalt-terapia ainda deve levar em conta tanto os aspectos intrapsíquicos quando os relacionais, embora de ênfase maior aos aspectos referentes a intersubjetividade.

Apresentando como objetivos deste artigo apresentar elementos da história e da psicoterapia *gestáltica*, descrever os conceitos de *awareness* e

¹ *Awareness*: termo inglês, que no português remete de imediato à palavra “consciência”. No vocabulário da *Gestalt-terapia*, um sentido próprio – que sintetizamos como *saber da experiência* (ALVIM, 2014, p. 13).

² *Gestalt-terapia*: termo de origem alemã é uma síntese coerente de várias correntes filosóficas, metodológicas e terapêuticas, formando uma verdadeira filosofia existencial, uma forma particular de conceber as relações do ser vivo com o mundo (D’ACRI; LIMA; ORGLER, 2012, p. 137).

³ A partir de agora a palavra *Gestalt-terapia* será substituída pela sigla GT.

ciclo de contato e ainda relacionar a teoria de *awareness* e do ciclo de contato da *GT* com o caso.

Foi realizado estudo de caso de forma exploratória com uso de metodologia qualitativa. Realizadas 30 sessões sendo uma por semana, com duração média de 50 minutos, no período de agosto a novembro de 2016 e fevereiro a junho de 2017.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA - O PROCESSO TERAPÊUTICO NA PERSPECTIVA DA GESTALT-TERAPIA

De acordo com Perls (1988) a palavra *Gestalt* é de origem alemã e não possui tradução equivalente. É conceituada como uma forma, uma configuração, uma modo particular de organização entre as partes individuais que se compõem.

Frederick S. Perls, alemão, filho de judeus, classe média baixa, formou-se em medicina e se especializou em psiquiatria. Serviu como médico na Primeira Guerra Mundial e ao retornar formulou ideias filosóficas que geraram conteúdos para o desenvolvimento da *GT*. Suas principais influências intelectuais foram a psicanálise, a psicologia da *Gestalt*, o existencialismo e a fenomenologia, incorporando também ideias de Jacob Levi Moreno, como a importância da definição de papéis. Perls e a *Gestalt* se importam com o “como”, ou seja, os processos vivenciados e o sentido que eles têm para a pessoa. O indivíduo é entendido na sua interação e relação com o meio (ANDRADE, 2007).

Ginger e Ginger (1995, p. 53) apontam que:

Desde esse primeiro livro começaram se esboçar várias noções que desembocariam, nove anos mais tarde, no nascimento oficial da *Gestalt-terapia*: importância do momento presente, a do corpo, a procura de uma abordagem mais sintética do que analítica, a contestação da neurose de transferência, que lhe parece “uma complicação inútil e uma perda de tempo”. Ele já preconizava um contato direto e autêntico entre o paciente e seu analista e não “um pseudocontato com suas projeções”.

Para Zinker (2007) a psicoterapia contribui no desenvolvimento de habilidades para satisfazer as necessidades do indivíduo sem desrespeitar o

outro, bem como ampliar o contato com suas sensações, percebendo seu poder pessoal. Cooperando também para que o indivíduo se torne mais sensível ao ambiente no qual está inserido, sendo capaz de se proteger com maior facilidade de ambientes que lhe são tóxicos, além de sentir-se confortável com a *awareness* de suas expressões e fantasias.

Alvim (2014) aponta que para a *GT*, *awareness* tem um sentido próprio que é o saber da experiência, considerando o movimento entre contato, organismo e meio, onde o indivíduo percebe o sentido e significado de si e do mundo. O organismo tende a buscar um equilíbrio. Quando não há o equilíbrio gera-se uma neurose. A conscientização só pode acontecer no aqui-agora e quando se mexe em uma parte deve-se ter consciência de que o todo será alterado.

A formação espontânea de *Gestalten* é por nós compreendida como configuração de sentido que emana da interação entre o organismo e o ambiente; sujeito e mundo compondo uma estrutura significativa e plástica. Concebemos a *awareness* como o fluxo da experiência aqui-agora que, a partir do sentir e do excitação presentes no campo, orienta a formação de *Gestalten*, produzindo um saber tácito. (ALVIM, 2014, p. 15).

De acordo com Ribeiro (2007), para que ocorra um contato real entre duas pessoas primeiro é preciso que sejam sentidas as singularidades, perceber as diferenças em seu meio. É importante perceber o tempo e o espaço, o aqui-agora e em terceiro lugar que sejam percebidas por inteiro, pela sua própria consciência e consciência do outro, ou seja, através da *awareness*, do dar-se conta plenamente.

De acordo com Andrade (2007), o homem necessita de contato, de estar em relação com o outro para que então possa se confirmar como ser humano. A *GT* tem como foco a relação terapeuta- paciente o encontro e o diálogo. Sendo que o encontro pode ser do indivíduo com ele mesmo ou com o outro. Esse encontro deve ocorrer de maneira espontânea, porém na psicoterapia é realizado de forma intencional. O encontro é considerado o início e o objetivo para a realização do trabalho psicoterapêutico que tem como ênfase alcançar o *continuum* de *awareness* que é considerada uma ferramenta

para que o indivíduo se constitua de forma saudável no mundo (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997).

Para Ribeiro (2007), contato é o entregar-se ao encontro, um encontro pleno, tendo como sinônimo o cuidado. Para a GT o contato está ligado às relações do indivíduo consigo mesmo e com o meio. A forma de contato revela o grau de individuação, maturidade e auto entrega. Quando não há contato perde-se o sentido, “tudo na natureza é contato e sem ele tudo perde sentido, agoniza e morre” (RIBEIRO, 2007, p. 29).

Ao ouvir um indivíduo em psicoterapia, o psicoterapeuta deve abdicar de suas crenças, apenas acompanhar a fala do paciente, deixando que a experiência do outro se revele como fenômeno. Não buscar explicações, apenas deixar a experiência fluir, para que o indivíduo possa tornar consciente de uma forma espontânea suas *gestalten*, pois assim não ocorrerá a cisão da totalidade organismo/ambiente (ALVIM, 2014).

De acordo com Perls (1988), na neurose o organismo e o meio estão doentes. O meio tem a mesma dinâmica do organismo, buscando responder às necessidades predominantes em primeiro lugar. Contudo o indivíduo neurótico não tem condições de perceber suas necessidades e tão pouco de supri-las. Quando o indivíduo e o meio vivenciam necessidades distintas, e o indivíduo não distingue qual é a necessidade dominante gera-se um desequilíbrio.

A neurose, pelo contrário, seria uma perda da função “ego” ou da função “personalidade”: a escolha da atitude adequada é difícil ou desadaptada. O mundo exterior e as necessidades internas são percebidas pelo “id”, mas a resposta do “eu” não é satisfatória: o ajustamento criador do comportamento não está de acordo com a necessária “hierarquia das necessidades”. As respostas não são atualizadas. A neurose é, pois, um conjunto de respostas obsoletas ou anacrônicas, em geral enrijecidas numa estrutura de caráter que reproduz comportamentos adquiridos em outros tempos e em outros lugares (GINGER E GINGER, 1995, p. 128).

Para Zinker (2007) o processo de psicoterapia visa o envolvimento criativo e na medida em que avança, flui mais confortavelmente. Na experiência relatada o paciente visa novas possibilidades para que seu funcionamento seja alterado, aprendendo a lidar de forma criativa com os

sentimentos conflitantes, em vez de lutar contra seus próprios sentimentos ou polarizar o comportamento.

Salomão, Frazão e Fukumitsu (2014, p. 49), pontuam que:

Crescimento e desenvolvimento implicam trocas entre o indivíduo e seu meio, surgindo por meio dessas trocas a possibilidade de entrar em contato com o novo e com o diferente. A essas trocas damos o nome de contato. Nas palavras de Polster e Polster (2001, p. 114), “[...] o contato é implicitamente incompatível com permanecer o mesmo. A pessoa não precisa tentar mudar por meio do contato; a mudança simplesmente acontece”.

Conforme Zinker (2007) é de suma importância que ocorra o desbloqueio da *awareness* e da energia. Na *GT* a passagem ao ato é realizada através da experiência controlada, no consultório, um ambiente seguro onde o paciente pode experimentar a energia com a qual entrou em contato. Então o paciente pode passar a experimentar em seu cotidiano fazendo com que se prolongue a manifestação física concreta, contribuindo para a mudança.

Para Rodrigues (2009) o experimento em psicoterapia é um convite ao paciente para reconstruir algo. Dessa forma ele tem a oportunidade de vivenciar e não apenas verbalizar, estimulando assim outros recursos, como lembranças, sentimentos, emoções, expressão corporal, respiração, percepção atual frente à situação, trazendo ao campo presencial uma maior quantidade de dados sobre a experiência vivida.

D’Acri, Lima e Orgler (2007) destacam que a *GT* visa restaurar a fluidez do processo de desenvolvimento da figura e do fundo através da análise das estruturas internas que o paciente apresenta diante da experiência.

Através da experiência sensorial, emocional ou corporal o paciente passa a perceber novas possibilidades, a identificar novas potencialidades em si, assimilando um novo conceito, através da experiência vivida no *setting* terapêutico, através de uma experiência concreta o paciente vislumbra novos recursos e possibilidades de ação (ZINKER, 2007).

O CICLO DE CONTATO

Para Zinker (2007) a *GT* tem como objetivo principal desfazer as interrupções no ciclo de *awareness*-excitação-contato de acordo com a personalidade apresentada pelo paciente durante o processo, podendo relacionar psicopatologias descritas pela nomenclatura psiquiátrica. Em termos psicopatológicos pode-se integrar a teoria da *Gestalt* com o pensamento psicanalítico, ou então discutir os estados interrompidos através dos mecanismos de defesa, por exemplo, o indivíduo que sofre com a introjeção, engole tudo o que os outros dizem, não conseguindo localizar sua própria energia, valorizando o outro.

O ciclo é uma expressão do que fizemos ao afirmar que a pessoa humana é, essencialmente, um ser de relação. Quando afirmamos que o universo procede em ciclos, também estamos dizendo que as pessoas repetem o mesmo movimento em escala micro, pois ciclo significa que o presente é o repasse do passado transformado e a projeção do futuro por meio das estruturas já presentes nele. Essa circularidade nos torna essencialmente seres de relação em permanente mudança, ou seja, seres à busca de si mesmos. Isso é contato (RIBEIRO, 2006 p. 89).

Zinker (2007) expõe o ciclo de consciência-excitação-contato que é representado por sete fases, sendo elas: sensação, consciência, mobilização de energia, excitação, ação, contato e retraimento.

Ribeiro (2006) apresenta o ciclo de contato da saúde com nove fases: a fluidez, a sensação, a consciência, a mobilização, a ação, a interação, o contato final, a satisfação e a retirada. Porém ambos percebem no ciclo de contato um modelo teórico que contribui para que o contato possa ser visto como a expressão fenomenológica da realidade. O autor ainda apresenta os bloqueios que correspondem a cada mecanismo de saúde sendo eles a fixação, dessensibilização, introjeção, projeção, deflexão, retroflexão, egotismo e confluência.

De acordo com D'Acri, Lima e Orgler (2007) é comum a *GT* ser definida como “terapia de contato”, sendo que o contato ao mesmo tempo em que é um processo, pode ser um modelo e um instrumento de trabalho.

[...] as funções de contato são fundamentais à medida que se transformam em suporte e facilitam o processo de contato. O contrário também acontece, isto é, as funções de contato funcionam como resistência se bloqueiam o contato desejado ou impedem a satisfação das necessidades. Desse modo para facilitar a fluidez no processo de contato com o ambiente, as funções de contato são recursos que se podem utilizar na psicoterapia (D'ACRI, 2014, p. 43).

D'Acri, Lima e Orgler (2007) corroboram com Ribeiro (2006) ao afirmar que o ciclo de contato é um modelo organizado para explicar de forma didática e teórica como as pessoas fazem contato. “É expresso graficamente por um círculo pontilhado, tendo no centro o *self*, como um ponto equidistante, para o qual tudo converge e do qual tudo nasce ou diverge” (RIBEIRO, 2006, p. 87).

Um dos propósitos da experiência terapêutica é nos tornar abertos a variedade de ritmos que existem na vida. Ela nos expõe a riqueza do silêncio e a necessidade do descanso. Quando um cliente se cala e fica ansioso com isso, incentivo-o a prestar atenção na qualidade e nas sensações de estar ali, sem pronunciar palavras. As palavras preenchem a lacuna da ansiedade. A ansiedade, por sua vez, levanta questões específicas que não foram encaradas antes e fornece o combustível para a solução de problemas (ZINKER, 2007, p. 129).

Para Ribeiro (2007), em psicoterapia o ciclo de contato funciona como um paradigma, um modelo que permite ler o indivíduo, além de permitir o encontro e se deparar com novas possibilidades. O ciclo é um plano de trabalho que consiste em contribuir para que o processo psicoterapêutico tenha uma direção e o paciente possa superar as situações de bloqueio e passe a dar respostas diferentes. Nenhum ponto do ciclo pode ser visto de forma isolada, ou seja, quando um mecanismo é a figura os demais estão como fundo.

D'Acri, Lima e Orgler (2007) afirmam que contato é um processo profundo que transforma, muda e cura, é um dar-se conta de si, através do cognitivo, emocional, motor, o contínuo expressado através do corpo.

A interação do organismo com o meio se dá por meio dos sistemas sensorial e motor, que atuam de maneira interdependente, porém com funções distintas, na satisfação das necessidades. Manifestações da excitação como ritmo, vibração, tremor e afeto, quando transformadas em emoções específicas, permitem que o sistema sensorial discrimine o que o organismo necessita para que o

sistema motor manipule o objeto de que esse mesmo organismo precisa (D'ACRI, 2014, p. 34).

Para Zinker (2007), a GT tem como objetivo principal desfazer as interrupções no ciclo de *awareness*-excitação-contato de acordo com a personalidade apresentada pelo paciente durante o processo, podendo estar relacionado a psicopatologias descritas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

O modelo de ciclo de contato proposto por Zinker pode ser visto na figura 1:

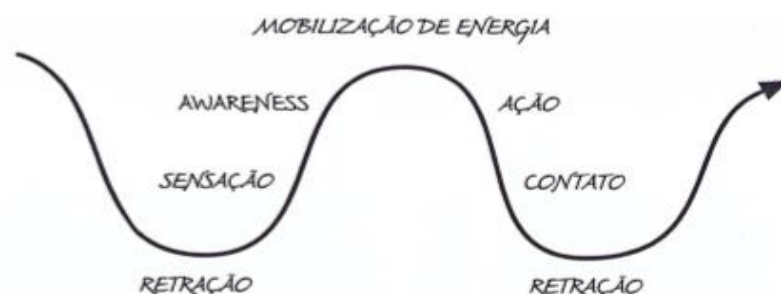


Figura 1: Ciclo de Contato (ZINKER, 2007, p. 115).

Para Ribeiro (2007, p. 59), “O ciclo é o espaço vital total de uma pessoa, de um grupo, de um lugar, de uma empresa. Ele revela as mil possibilidades dentro das quais a realidade, a pessoa ou a coisa se expressam”.

Logo, quando ocorre a interrupção entre retração e sensação o indivíduo não é capaz de retomar a experiência sensorial, pois está em um estado dissociado. “Quando a pessoa bloqueia o contato entre sensação e *awareness*, ela pode registrar algumas sensações, mas não entende o que querem dizer. Os sinais de seu corpo são estranhos e às vezes até assustadores” (ZINKER, 2007, p. 117).

Ginger e Ginger (1995) afirmam que as subdivisões do ciclo de contato-retração não são tão relevantes para a prática clínica. Identificar e localizar a fase do ciclo onde acontece a interrupção ou qualquer perturbação é o principal interesse.

Conforme Zinker (2007), ainda há a interrupção entre motivação da energia e ação. A pessoa não consegue agir com base em seus impulsos. Indivíduo tem o desejo de se movimentar, mas não tem energia para agir.

Ribeiro (2007) aponta que a psicoterapia contribui para um processo pessoal, no qual as funções e os bloqueios coexistem e trabalham harmoniosamente. Contudo, ocorre contato satisfatório quando a pessoa se vê plenamente, de modo cada vez mais luminoso.

O limite no qual o indivíduo e o meio se tocam é denominado pela Gestalt-terapia de fronteira de contato. Só quando o indivíduo alcança a sua fronteira de contato e experiencia ao mesmo tempo está ligado ao meio e estar separado dele – estando aberto ao novo, exposto a coisas ameaçadoras – ocorrem contato e possibilidade de modificação. É nos limites, nos pontos de contato, que a *awareness* se dá e determina os limites do campo pessoal (PINTO, 2015, p. 50).

De acordo com Zinker (2007) existe um ritmo entre contato e retração, e a interrupção se dá quando o indivíduo se percebe continuamente, identificando suas necessidades e como deve proceder, o momento de retrair e de descansar, estando em tempo integral mobilizado, isto é, não se permite ficar mal, considera que tem por obrigação ficar sempre bem, acredita que ficar mal é inútil e doentio.

D'acri (2014) aponta que para o indivíduo crescer e se desenvolver, é necessário que ocorram trocas dele com o seu meio, pois é a partir dessas trocas que surgirão novas possibilidades de contato, seja com o novo, seja com o diferente.

Zinker (2007) expõe que o indivíduo que interrompe o fluxo entre contato e retração não deixa o processo fluir, sente necessidade de negar para que a sensação de fadiga seja cancelada, tornando-se confuso frente à relação com o meio. Ele é invasivo muitas vezes se sente rejeitado e confuso com relação à distância que deve manter do outro. A experiência terapêutica busca contribuir para que o paciente tenha condições de se abrir aos variados ritmos existente na vida, pois há tempo para tudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO - O CASO PAOLA

O presente estudo de caso tem como base atendimentos realizados no SEP (Serviço Escola de Psicologia – UniBrasil), no período de agosto a novembro de 2016 e fevereiro a junho de 2017. Paciente com 23 anos, sexo feminino, graduada em Engenharia Ambiental, mora atualmente com os avós paternos, foi diagnosticada portadora de transtorno bipolar em fevereiro de 2016. Inicialmente fazia acompanhamento com psiquiatra e uso dos medicamentos fluoxetina e lítio. Para manter o sigilo profissional irei utilizar Paola como nome fictício.

A paciente descreve como queixa principal estar em ambientes com muitas pessoas, desejo de estar sozinha, além da dificuldade em lidar com o diagnóstico de transtorno bipolar.

Relatou ainda ter tido ideação suicida em alguns momentos após o diagnóstico. No decorrer das sessões Paola expõe que tem dificuldade para dormir e que a relação com o pai é conturbada. Sente-se passiva frente a diversas situações e evidencia ter dificuldade em impor limites. Demonstra inseguranças e medos.

Para Souza (2005), Sanches e Jorge (2004) o transtorno bipolar é crônico e complexo, caracteriza-se por eventos de mania e de depressão, podendo acontecer de maneira isolada ou mista. Considerando a fisiopatologia, o transtorno bipolar está relacionado a disfunções nos circuitos cerebrais que regulam as emoções. A cultura na qual o indivíduo está inserido pode interferir no diagnóstico e tratamento.

Os critérios para transtorno bipolar tipo I representam o entendimento moderno do transtorno maníaco-depressivo clássico, ou psicose afetiva, descrito no século XIX. Diferem da descrição clássica somente no que se refere ao fato de não haver exigência de psicose ou de experiência na vida de um episódio depressivo maior. No entanto, a vasta maioria dos indivíduos cujos sintomas atendem aos critérios para um episódio maníaco também tem episódios depressivos maiores durante o curso de suas vidas.

O transtorno bipolar tipo II, que requer um ou mais episódios maiores e pelo menos um episódio hipomaníaco durante o curso da vida, não é mais considerado uma condição “mais leve” que o transtorno bipolar tipo I, em grande parte em razão da quantidade de tempo que pessoas com essa condição passam em depressão e pelo fato de a instabilidade do humor vivenciada ser tipicamente acompanhada de prejuízo grave no funcionamento profissional e social (DSM-5, 2014, p. 123).

De acordo com Gouvêa (2007), o transtorno bipolar causa prejuízo em vários níveis da vida do indivíduo, isso ocorre por ser uma doença crônica grave. A patologia tem características genéticas e biológicas, além de relação com fatores estressores, físicos, sociais e psicológicos que ao desequilibrarem podem desencadear o adoecimento. O uso de medicação como lítio contribui para melhorar a qualidade de vida do indivíduo. Apenas a medicação, contudo, não é suficiente. É importante que seja associada à psicoterapia para gerar um melhor aproveitamento. A psicoterapia atua na intervenção e tratamento, colaborando para qualidade de vida do paciente, bem como nas relações consigo e com o meio.

O diagnóstico de transtorno bipolar gerou em Paola certa dificuldade no entendimento do mesmo e afetou o contato com as outras pessoas. A paciente teve vergonha em revelar o fato à sua família por medo de ser rotulada como “louca”, gerando grande sofrimento. O diagnóstico, a falta de informação e a vergonha podem fazer com que o indivíduo tenha ideação suicida. Foi o que levou a paciente a buscar atendimento inicialmente. Paola relatou na triagem realizada no Serviço Escola de Psicologia (SEP) *“eu não vejo mais sentido, não sei mais o que fazer, já pensei em me matar, mas não tive coragem” (sic).*

Segundo Fukumitsu (2014), muitas vezes o indivíduo com ideação suicida não deseja morrer, mas viver de outra maneira. O psicoterapeuta que se dispõe a trabalhar com o tema deve se colocar à disposição, direcionando sua habilidade através da demonstração de afeto, amor, ternura, acolhimento e compaixão, demonstrando que compartilha do sofrimento, proveniente das adversidades que a vida apresenta.

A disponibilidade não representa garantia para salvar vidas, no entanto, demonstrar para qualquer um que ele é compreendido como **outro** diferente e humano faz diferença. O toque acontece somente entre humanos e, dessa maneira, a disponibilidade afetiva quanto ao cuidado pode oferecer a sensação de alívio para a solidão existencial e acalanto para o desespero (FUKUMITSU, 2014, p. 274).

Zinker (2007) aponta que a intervenção clínica deve estar voltada à necessidade apresentada pela paciente em cada sessão, buscando contribuir

para que ocorra a tomada de consciência de suas neuroses, entrando em contato com as sensações que isso causa.

Gouvêa (2007) aponta que a GT analisa a estrutura interna através da experiência concreta, busca o “como é”, valoriza a relação, o contato, e compreende o indivíduo como um ser único e singular. O paciente deve ter uma participação ativa em seu tratamento, identificando e reconhecendo sintomas, sinais, duração e mecanismos de prevenção. Isto é possível porque a GT é uma abordagem dialógica, que enfatiza a possibilidade do encontro, do contato consigo e com o mundo.

O caso corrobora com a tese de Gouvêa (2007), quando Paola afirma que tem medo do que pode acontecer, que não sabe o que a doença pode fazer com ela, que não sai de casa por medo de surtar e ser rotulada como louca. Isto fica evidente quando Paola afirma que *“o transtorno bipolar é diferente de uma gripe, quando a pessoa está com gripe ela sabe o que pode acontecer, sabe que pode espirrar, então leva um lenço, já no transtorno bipolar, eu não sei o que posso fazer para me precaver” (sic).*

Durante o processo Paola relata que sempre foi controlada por todos, não percebendo suas necessidades. Após iniciar a psicoterapia passou a se perceber e ter vontade de se impor diante das pessoas, ainda que de forma parcial. Diante do exposto se percebe que Paola está tomando consciência de suas necessidades.

Outro ponto presente nas sessões foi a dificuldade em buscar ou querer contato com mundo externo, fechando-se apenas no seu próprio universo, que aparece na afirmação de Paola: “quando estou sozinha posso errar que não serei julgada, e quando eu saio parece que todos estão me julgando” (sic). Nesse processo o psicoterapeuta tem como função contribuir para que o paciente entre em contato com a experiência relatada, sem fazer juízos valorativos ou qualquer tipo de interpretação. Isto permite ao paciente ampliar a consciência (*awareness*) daquilo que está vivenciando (ALVIM, 2014).

A paciente expõe a relação com o pai em algumas sessões e relata ter uma confusão de sentimentos. Sente raiva do pai por não reconhecer e

valorizar a família, mas se sente mal por isso, pois sabe que ele tem um lado bom. Pode-se perceber que existe um reconhecimento mútuo, mas o contato entre os dois é marcado pela distância. O que é confirmado pela verbalização da paciente: *“nunca pensei em falar nada para ele, não sei se quero ter esse contato, mas já pensei em escrever e quando penso em escrever uma carta para ele, por exemplo, não sei o que escrever porque sei que não dará resultado, que não mudará nada”* (sic). Com a fala da paciente é possível perceber que a relação entre a paciente e o pai está perdendo o sentido e morrendo (RIBEIRO, 2007).

Em uma dada sessão Paola relata que tem uma voz dentro dela que sempre diz *“você não vai conseguir, você não é capaz”* (sic). Pergunto o que elaalaria se pudesse dizer algo para a voz. Ela diz que não sabe. Proponho que participe de um experimento e ela concorda. Peço que repita a frase: *“você não vai conseguir, você não é capaz”* (sic). Então compartilhamos o que foi vivenciado e Paola toma consciência que pode confiar mais nas suas capacidades. Isto aparece quando a paciente afirma, *“tenho bastante coisa para colocar em prática, ser mais espontânea e acreditar mais em mim, ser mais firme com essas vozes... eu vou conseguir, estou estudando, têm competência e vou alcançar os meus objetivos”* (sic).

De acordo com Zinker (2007) e Ribeiro (2007), o ciclo de contato registra o caminhar de cada indivíduo, mostrando os pontos de bloqueio e interrupção de contato, além de indicar caminhos de transformação e mudança. Frente ao exposto, pode-se relacionar a temática com a fala de Paola ao afirmar que às vezes pensa em desistir, pois acha tudo difícil. *“Parece que não caminhei nada, aí paro e vejo que já mudei, e continuo, não quero voltar a ser que eu era”* (sic).

No caso de Paola pode-se perceber a interrupção entre *awareness* e mobilização da energia. São pessoas que tendem ser deprimidas ou incapazes de se movimentarem, apesar de estarem cientes do que precisam realizar não conseguem. Isso ocorre quando a energia é bloqueada por medo da excitação ou de emoções intensas, como sexualidade, raiva, expressões de virtude como

valorização de si, assertividade, ternura ou amor (RIBEIRO, 2007; ZINKER, 2007).

Paola relatava com frequência a dificuldade em sair de casa. Em uma sessão a paciente diz que no aniversário do irmão combinaram de ir a um parque de diversões. Conta que ficou em dúvida, pois teria muitas pessoas e que não se sentiria bem, decidiu ir mesmo assim. Ao chegar ao parque estava bem tranquilo e divertiram-se muito. “*É, se fosse antes eu nem teria ido e teria perdido de me divertir*” (sic.), afirmou a paciente. Paola expõe que percebe estar mudando, que ainda tem medo, pois é muito mais fácil permanecer na zona de conforto. “A terapia é um processo de mudança da *awareness* e do comportamento. O *sine qua non* do processo criativo é a mudança: a conversão de uma forma em outra” (ZINKER, 2007, p. 17).

Inicialmente Paola apresentava dificuldade em se comunicar e relacionar com os outros. Havia uma tendência de voltar-se para si e com o processo terapêutico, isso tem mudado. Ela tem percebido que o contato consigo e com os outros é fonte de satisfação e crescimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caso de Paola contribuiu para perceber que um diagnóstico pode trazer muito sofrimento. O desconhecido causa medo e insegurança, mas ao se disponibilizar a conhecer pode-se verificar que existem alternativas. O processo psicoterápico através da GT proporcionou à paciente entrar em contato e experienciar de forma segura no *setting* terapêutico seus medos e necessidade. Ela pode dar-se conta da sua situação, ampliar a *awareness* e apropriar-se de recursos que possuía e não acessava. A teoria do ciclo de contato forneceu insumos para poder trabalhar as interrupções de contato e experimentar novas possibilidades de ação. Uma continuidade no processo terapêutico é necessária para fortalecer suas potencialidades e trabalhar outras *gestaltens* ainda abertas.

Ao iniciar os atendimentos, não sabia o que aconteceria no processo psicoterápico. Muitas eram as angústias, incertezas, ansiedades, mas o desejo de realizar e contribuir para o desenvolvimento da Paola foi o que me moveu

da triagem até aqui. A preocupação com a internalização da teoria, a curiosidade e a mistura de excitação e medo para transpor a ponte da teoria com a prática, fizeram parte do meu dia a dia nesse período. Buscando aprender constantemente e percebendo que toda teoria é limitada, para dar conta da grandeza do processo em si, só a prática e o contato com o paciente pode oportunizar.

A experiência vivenciada através da relação terapeuta-paciente contribuiu para refletir sobre temas como o respeito, responsabilidade e impotência, pois somente a partir do paciente é possível conhecê-lo e compreendê-lo. Nesta caminhada de terapeuta em formação, os obstáculos, as dúvidas e os medos estiveram presentes, mas o respeito e acolhimento das colegas nas supervisões possibilitou o crescimento. Agradeço a disponibilidade do supervisor, que tão “Gestalticamente” me ensinou e com quem aprendi a olhar com os olhos, a mente e o coração.

Referências

ALVIM, M. B. *Awareness: experiência e saber da experiência*. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: Conceitos Fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 13-30.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento... et al. Revisão técnica Aristides Volpato Cordioli... [et al]. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, C. C. Capítulo IV - O processo psicoterapêutico em gestalt-terapia. In: A vivência do cliente no processo psicoterapêutico: um estudo fenomenológico na Gestalt-Terapia – Mestrado em Psicologia – UCG – 2007. p. 106-183. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/TDE-2007-05-29T114928Z-329/Publico/Celana%20Cardoso%20Andrade.pdf>. Acessado em: 23/08/2016.

D'ACRI, G. Contato: funções, fases e ciclo de contato. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia: Conceitos Fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 31-46.

D'ACRI, G.; LIMA, P.; ORGLER, S. **Dicionário de Gestalt-terapia: "Gestaltês"**. São Paulo: Summus, 2007.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Instituto de Psicologia**, Universidade de São Paulo, vol. 25. n. 3., 2014, 270-275. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0270.pdf>>. Acessado em: 06/09/2016.

GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: Uma Terapia do Contato**. 5. ed. São Paulo: Summus, 1995.

GOUVÊA, C. M. Do Humor à Doença do Humor: um estudo do transtorno bipolar à luz da Gestalt-terapia. Curso de Especialização em Psicologia Clínica. **Instituto Gestalten** – Florianópolis, SC, 2007. Disponível em: <<http://www.comunidadegestaltica.com.br/sites/default/files/Cristine%20Machado.pdf>>. Acessado em: 14/09/2016.

PERLS, F. **A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia**. Tradução de José Sans. Revisão técnica Professor Jorge Alberto Costa e Silva. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PERLS, F; HEFFERLINE, R; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. Tradução de Fernando Rosa Ribeiro. 2. ed. São Paulo: Summus, 1997.

PINTO, E. B. **Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo de contato e os modos de ser**. São Paulo: Summus, 2015.

RIBEIRO, J. P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia: conceitos básicos**. 2. ed. São Paulo: Summus, 2006.

_____. **O ciclo do contato: Temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 2007.

RODRIGUES, H. E. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

SALOMÃO, S. FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. Fronteiras de contato. *In*: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (Org.). **Gestalt-terapia** Conceitos Fundamentais. São Paulo: Summus, 2014. p. 47-62.

SANCHES, M.; JORGE, M. R. Transtorno afetivo bipolar: um enfoque transcultural. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v.26 supl.3 São Paulo out. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000700013&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 21/02/2017.

SOUZA, F. G. M. Tratamento do transtorno bipolar – Eutimia. **Rev. Psiq. Clín.** 32, supl 1; 63-70, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24414.pdf>. Acessado em: 21/02/2017.

ZINKER, J. **Processo criativo em Gestalt-terapia**. Tradução de Maria Silvia Mourão Netto. 2. ed. São Paulo: Summus, 2007.