

# A CLÍNICA EM GESTALT-TERAPIA: A GESTALT DOS ATENDIMENTOS NOS TRANSTORNOS DEPRESSIVOS

## THE CLINIC IN GESTALT-THERAPY: The GESTALT OF CALLS IN DEPRESSIVE DISORDERS

## LA CLÍNICA EN TERAPIA GESTALT: EL GESTALT DE LLAMADAS EN LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Luciane Patrícia Yano

**Resumo:** A importância da temática Depressão na atualidade é evidente e muitos trabalhos dentro da ciência psicológica se ocupam dela. Entretanto, a quantidade de artigos disponíveis, correlacionando a abordagem Gestáltica aos atendimentos e problemáticas ligadas ao tema ainda é discreta. Neste sentido, este artigo objetiva apresentar conceitual e descritivamente, uma estruturação de atendimento junto a pessoas com queixas depressivas, em uma perspectiva existencial-fenomenológica em Gestalt-terapia. Para isso, foram utilizadas como fundamentações teóricas os autores Joyce & Sills (2014) e Roubal (2007), bem como, as experiências clínicas da autora. As conclusões deste artigo orientam-se para uma possibilidade de se semiestruturar um atendimento clínico na abordagem Gestáltica, uma vez que esta orientação poderá ser útil para apontar problemáticas fundamentais nestes atendimentos e promover novos *Insights* sobre o atendimento clínico junto a clientes com depressão. Ainda, esta orientação a prática clínica sugere um caminho integrativo quanto a aplicabilidade dos conceitos da Gestalt-terapia aos conceitos e a sintomatologia da Depressão segundo os critérios biomédicos, estes de alta popularização.

**Palavras-chave:** Gestalt-terapia; atendimentos clínicos; depressão.

**Abstract:** Nowadays, depression is considered an important theme and many works in the context of Psychological Science is engaged in order to investigate it. However, the quantity of studies correlating the Gestalt approach and clinical care on depression is still low. Thus, this article presents conceptual and descriptively, a structuration of a psychotherapy within people with depressive complaints in an existential-phenomenological perspective of Gestalt therapy. In order to do this it was used as theoretical predictions the authors Joyce & Sills (2014) and Roubal (2007), as well as the clinical trials of the author. The conclusions of this article are moving towards a possibility to semi-structured clinical care in Gestalt approach, since this approach may be useful to point out fundamental problems and to promote new insights into clinical care with clients suffering from depression. Still, this approach to clinical practice suggests an integrative way as the applicability of the concepts of Gestalt therapy and the symptoms of depression according to biomedical criteria.

**Keywords:** Gestalt therapy; clinical care; depression.

**Resumen:** La importancia del tema Depresión en los días actuales es evidente y muchos trabajos dentro de la ciencia psicológica se enfocan en este tema. Sin embargo, la cantidad de artículos disponibles que correlacionan la Gestalt terapia con la atención y problemáticas ligadas a este tema, aún son poco notables. En tal sentido, este artículo intenta presentar conceptual y descriptivamente una serie de discursos depresivos relatados en sesión, desde una perspectiva fenomenológica existencial, según el enfoque Gestáltico.

Además fueron utilizados como marco teórico los autores Joyce & Sills (2014) y Roubal (2007) junto a las experiencias clínicas de la autora. Las conclusiones de este artículo pretenden planter la posibilidad de semi estructurar el abordaje clínico de este enfoque, siendo así, esta orientación podrá ser útil al señalar las problemáticas fundamentales para la atención y la promoción de nuevos insights en la clínica de clientes con depresión. Esta orientación hacia la práctica clínica sugiere un camino integrativo en la aplicación de los conceptos Gestálticos a los conceptos y síntomas depresivos según los criterios biomédicos, de gran conocimiento poblacional.

**Palabras clave:** Gestalt terapia; Sesión; Depresión

## Introdução

A busca de atendimentos psicoterápicos por pessoas que relatam queixas depressivas é bastante significativa. Os dados da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization [WHO], 2015) indicam que aproximadamente 350 milhões de pessoas no mundo são acometidas pela depressão. Quando se olha para a realidade brasileira, os dados também se apresentam significativos. Em um artigo publicado no site da ABRATA – Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos, indica-se a prevalência da Depressão em 15% da população geral (ABRATA, 2016). No *zeitgeist* atual, podemos sugerir que a Depressão, bem como a ansiedade sejam duas grandes narrativas que refletem o sofrimento na população, assim como era a *melancolia* em tempos remotos (Grandesso, 2000).

Dentre as abordagens psicoterápicas praticadas na psicologia brasileira está a Gestalt-terapia (GT) que se caracteriza por uma abordagem da matriz existencial-fenomenológica e orientada para o *Insight* que objetiva a tomada de consciência. Neste trabalho, objetiva-se apresentar, conceitual e descritivamente, uma estruturação de atendimento junto a pessoas com queixas depressivas, em uma perspectiva existencial-fenomenológica da GT.

Para a configuração deste trabalho, foram utilizados, predominantemente, os autores Roubal<sup>11</sup> (2007) e Joyce & Sills<sup>12</sup> (2014) Gestalt-terapeutas europeus que apresentam orientações importantes acerca dos atendimentos clínicos em GT que foram publicados em artigo (Roubal, 2007) e em livro (Joyce & Sills, 2014). Ainda, algumas considerações descritas neste trabalho resultaram da minha prática clínica junto a pessoas que apresentaram queixas depressivas.

---

<sup>11</sup> Jan Roubal é psiquiatra e Gestalt-terapeuta Tcheco e atua na gestaltstudia. < <http://www.gestaltstudia.cz/>>

<sup>12</sup> [Phil Joyce](#) é Gestalt-terapeuta do Metanoia Institute de Londres. [Charlotte Sills](#) é Gestalt-terapeuta do Metanoia Institute de Londres e docente no Ashridge College.

Este artigo surgiu de três necessidades: a experiência enquanto docente, que foi a de possuir um material que abordasse o atendimento junto a clientes em que a depressão emerge como problemática, uma vez que há pouco material sobre os atendimentos clínicos em GT nas queixas depressivas, tanto no Brasil como em língua inglesa; enquanto psicoterapeuta, dada a cogência em compartilhar os aprendizados que a prática clínica me proporcionou; e por fim, por acreditar que a GT é um recurso importantíssimo no trabalho terapêutico e que sua contribuição, tanto nas psicopatologias quanto nas dificuldades existenciais é significativa.

O caminho escolhido para o desenvolvimento deste trabalho apresenta a seguinte configuração: Primeiro, caracterizar a depressão num ponto de vista biomédico e também para a GT. Segundo, apresentar a *Gestalt* de um modelo semiestruturado de atendimento clínico junto a pessoas em que a depressão figura, num inicialmente, como queixa. Terceiro, descrever, dinamicamente, estas etapas, seus elementos e cuidados.

### **Depressão: perspectivas biomédica e gestaltica**

A depressão foi registrada ao longo da história e das culturas, com uma perspectiva de melancolia (Barlow & Durand, 2010). Atualmente, com base na quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico dos Transtornos Mentais, são categorizados seis subtipos de transtornos depressivos descritos no DSM-5: o transtorno disruptivo de desregulação de humor, o transtorno depressivo maior, o transtorno depressivo persistente (distímia), o transtorno disfórico pré-menstrual e o transtorno depressivo induzido por substâncias.

Este artigo ocupa-se do transtorno depressivo maior (depressão unipolar) que se mantém caracterizado, como na edição anterior, com dois marcadores principais, a tristeza persistente e a apatia, com duração mínima de duas semanas, associadas a

outros sinais e sintomas que orbitam em torno dessas duas problemáticas. São esses sinais e sintomas, mudanças no apetite e no peso, falta de energia, sentimentos de inferiorização, culpa e autoestima rebaixada (DSM-5, 2014). A depressão acomete, principalmente, as mulheres e o índice tende a ser maior em pessoas solteiras. Estes dados são passíveis de discussão tal como no que se refere a motivação para a procura por tratamento, o que, no sexo feminino, tende a ser maior por razões sociais.

A etiologia da depressão está ligada a fatores temperamentais, baseadas nos dados dos Cinco Grandes Fatores (neuroticismo), genéticos/fisiológicos e psicossociais, havendo uma maior prevalência entre parentes. Problemas hormonais, como nas alterações da tireoide, bem como, dores crônicas também estão positivamente associadas a quadros depressivos. Ainda, quando visto em uma perspectiva biomédica dos transtornos de personalidade, pessoas com transtornos de personalidade *Borderline* e *Histriônico* são mais suscetíveis a desenvolverem a depressão como comorbidade. Quadros psicóticos também pode estar presentes nos transtornos depressivos. O DSM-5, uma vez que apresenta uma organização dimensional, indica a especificação dos níveis da depressão em “leve, moderada e grave, bem como com características psicóticas e em remissão parcial ou completa.” (DSM-5, p.162). Outro importante especificador descrito no DSM-5 é a presença de sintomas ansiosos.

A manifestação da sintomatologia da depressão difere em crianças e adolescentes. Nas crianças a depressão pode vir mascarada de agressividade e isolamento, por exemplo. Já em adolescentes, a depressão pode estar relacionada a comportamentos antissociais (mentiras, pequenos furtos, violência, ruminação, comportamentos de autolesão, drogadição). Nos atendimentos clínicos junto a pessoas com queixas depressivas é possível perceber um padrão de *déficits* nas habilidades sociais e problemas nas relações interpessoais tanto em jovens como em adultos. Em

resumo, a Depressão ou o transtorno depressivo do ponto de vista biomédico apresenta uma configuração em que são destacadas as características físicas (alterações de sono e apetite, fadiga e dores crônicas), cognitivas (autoestima rebaixada e dificuldades na memória e concentração), emocionais (tristeza persistente e perda de sentido das atividades prazerosas) e volitivas (os estados de apatia e passividade).

A fim de apresentar a visão da GT sobre a Depressão, primeiro descrevo as características da depressão do ponto de vista da psicologia existencial-fenomenológica, que a caracteriza como ausência de sensações ou entorpecimento, sendo o segundo mais evidente que a própria tristeza persistente (Schneider & Krug, 2010). Isto explicaria, por exemplo, as atitudes autolesivas bastante comuns nos adolescentes, como uma necessidade de provocar a sensação, uma vez que a dor física, neste caso, é menos desconfortável que o entorpecimento.

Segundo Roubal (2007), na GT a Depressão é compreendida como possuindo um sentido único para a pessoa que o vivencia, sendo alimentada por suas projeções e introjeções. Ainda, a emoção depressiva segundo o autor é a retroflexão. Esta visão provocou um esclarecimento importante sobre experiências clínicas que vivenciei, uma vez que percebo uma frequência importante deste tipo de interrupção de contato junto a pessoas com queixas depressivas (Roubal). A retroflexão atua tanto na produção da Depressão, uma vez que esta possui características somatogênicas (Francesetti, Gecele & Roubal, 2014), como em resposta aos estados depressivos. A Depressão também pode ser considerada como um bloqueio de contato.

Outro dado que provocou minha atenção e proporcionou-me um importante *Insight* foi a compreensão dos estados depressivos em dois níveis descritos pelo mesmo autor: uma como ajustamento depressivo; a outra, como uma *Gestalten* fixa. Segundo Roubal, o ajustamento depressivo possui uma importante função e se relaciona a

tristeza. A tristeza é tida como uma emoção que, bem como os sentimentos, compõe a vida afetiva, sendo parte importante para a sobrevivência humana. Tristeza, neste sentido corresponde a um,

Estado emocional de infelicidade, variando em intensidade leve e extrema e geralmente desencadeada pela perda de alguma coisa que é altamente valorizada, por exemplo, pelo rompimento ou perda de um relacionamento. Tristeza persistente é um dos sintomas definidores de um episódio depressivo maior, o outro sendo anedonia. (DICIONÁRIO PSICOLOGIA DA APA, 2012, p. 999)

Os ajustamentos depressivos são ajustamentos criativos em que se utilizam do padrão depressivo de contato e não são vistos como disfunções, mas como forma importante de ajuste às diversas situações de vida. Roubal define o ajustamento depressivo como uma maneira econômica de regulação, a fim de evitar a tomada de medidas que poderiam ser desastrosas para a pessoa. Assim ela entristece ou se ajusta depressivamente.

Para explicar esta teoria, o autor resgata estudos da perspectiva sociobiológica da etologia (Hoschl, Libiger & Svestka, 2006, citado por Roubal, 2007), que indicam que a tristeza, ou o ajustamento depressivo possuem benefícios para o indivíduo e para a sociedade. É como perceber a necessidade de “parar para não ser morto”. É nessa parada, na vivência da sensação da tristeza que o indivíduo pode usar a retroflexão para evitar externalizar algo com o qual não sabe lidar no momento, investindo a energia para si mesmo.

Sendo o ajustamento depressivo algo vital, as intervenções orientadas para o otimismo, como por exemplo, pedir ao cliente que este deve ser mais otimista com a vida são ineficazes e, ainda podem comprometer o vínculo terapêutico uma vez que

demonstra uma pobre qualidade de presença do terapeuta. Na GT a tristeza é vista como uma oportunidade a ser trabalhada. Solicitando-o, por exemplo, que faça a escuta dessa tristeza, por meio de diálogo ou outras atividades experienciais, pois ela traz uma importante mensagem. Estar *Aware* do que está sentindo é uma das intervenções mais estimuladas em GT. Por fim, sobre os ajustamentos depressivos descritos por Roubal são definidos pelo autor como mecanismos de *Coping*<sup>13</sup> importantes nas situações de perdas, como no luto, por exemplo.

O segundo nível do estado depressivo para o autor (Roubal) corresponde a um ajustamento depressivo que se tornou uma Gestalt fixa. Algo que no passado possuía uma funcionalidade para atendimentos das necessidades emergentes e que são repetidas no presente.

O ajustamento depressivo, vital, com alto potencial funcional, influenciado por fatores biológicos como os déficits de neuroplasticidade e por fatores psicossociais provoca uma mudança no ajustamento depressivo que antes, flexível e atendendo a autorregulação orgânica, passa a ser fixo, inflexível, provocando estados intrapunitivos (retroflexão) e interrompendo o crescimento dos potenciais desse indivíduo.

O Gestalt-terapeuta Jan Roubal cita também outro trabalho para dar apoio à teoria psicossocial da GT sobre a depressão, o da formação dos esquemas emocionais depressogênicos relacionados às perdas nos primeiros estágios da vida (Greenberg, 1998, citado por Roubal, 2007). As introjeções construídas ao longo do desenvolvimento do indivíduo interferem alimentando esses esquemas promovendo autoavaliações negativas características dos estados depressivos. O ajustamento

---

<sup>13</sup> *Coping* é a resposta do indivíduo que visa a diminuição do sofrimento físico, emocional e psicológico ligado aos eventos estressores (Klaassen, McDonald & James, 2006).



depressivo que se tornou uma Gestalt fixa interrompendo o indivíduo em seu crescimento é que se relaciona ao transtorno depressivo maior.

Importante lembrar também que para a GT a Depressão não consiste em rótulo, mas em um ajustamento criativo, em que a pessoa usou dos recursos disponíveis num dado momento para lidar com situações adversas.

As intervenções junto a pessoas com depressão lidam com um funcionamento multifatorial e, neste sentido, envolve abordagem integrada entre profissionais, especialmente, o psicoterapeuta e o médico psiquiatra. A Associação Psicológica Americana (APA) em sua resolução sobre a efetividade geral da psicoterapia apresenta como uma de suas argumentações a de que “a psicoterapia fundamenta-se em uma aliança entre terapeuta e cliente o que envolve um vínculo em que são acordados os objetivos e atribuições do tratamento.” (American Psychological Association [APA], 2012). [tradução do autor].

Destaquei este ponto, uma vez que este artigo caminha pela abordagem Gestáltica que enfatiza a importância do vínculo entre terapeuta e cliente e ainda, por se tratar de uma abordagem processo-orientada e não etiologicamente orientada. Assim, o que ocorre na relação terapêutica é vital para o andamento do processo psicoterápico. E conclui que, a psicoterapia é eficaz e altamente rentável, a partir de dados de ensaios clínicos controlados e por meio de sua prática clínica (APA, 2012). [tradução do autor]. Assim, a psicoterapia é um instrumento de extrema importância para o tratamento de pessoas com queixas depressivas. E é acreditando nesta importância e na eficácia da GT como abordagem psicoterápica que apresentarei uma *possibilidade* de atendimento em clínica Gestáltica junto a pessoas com queixas depressivas.

## **Atendimento clínico em Gestalt-Terapia junto a pessoas com depressão: uma *gestalt* possível**

Ao ler o artigo de Roubal a minha figura imediata foi o que o autor escreveu sobre haver tão poucos artigos, de uma forma geral, na GT. Algo que interpretei como: *O gestaltista é um artista que lida com o Aqui e Agora de forma poética. O contato terapêutico deve ser sentido, vivido. É uma poesia! O que é escrito abarca, insuficientemente, partes de um todo, que na prática, é sentido.*

É importante estar *Aware* para algumas considerações sobre o atendimento em GT: Ela é processo-orientada, sendo assim o que ocorre na relação entre terapeuta e cliente e, como ambos discutem o caminho psicoterápico escolhido é uma prioridade; ela possui uma dinâmica relacional, o encontro terapêutico é a figura no atendimento; a estruturação, o planejamento é o fundo, o EU-ISSO. Na GT a ênfase é no EU-TU, necessita ser dialógica, fenomenológica, criativa e ética para ser GT. Para isso, qualquer planejamento psicoterapêutico será semiestruturado.

Joyce & Sills (2014) destacam a validação de conceitos da GT na atualidade, por meio das pesquisas realizadas pelas áreas da neurociência e desenvolvimento humano. Dentre elas, destacam-se a importância das relações interpessoais para o desenvolvimento do senso de *Self*; a importância da validação do outro como forma de bem-estar, por meio da criação mútua do sentido; da plasticidade do cérebro, que se relaciona ao potencial humano; do reconhecimento da importância da *Awareness*, incorporada às técnicas de *Mindfulness*<sup>14</sup> em muitas abordagens contemporâneas. Ainda, o reconhecimento da importância da resiliência e gratidão (virtude universal) que fundamentam atualmente a chamada Psicologia Positiva (Seligman, 2002).

---

<sup>14</sup> *Mindfulness* refere-se ao conceito de uma consciência plena que emerge quando focamos nossa atenção a uma experiência. Os pensamentos são focados no presente momento e sem julgamentos críticos, a partir do desenvolvimento de um espírito de aceitação (Crane, 2009).

A *Gestalt* dos atendimentos junto a pessoas com queixas depressivas foi organizada em sete etapas norteadoras, baseadas nos trabalhos de Joyce & Sills (2014) e Roubal (2007): A primeira etapa, *vinculação*; a segunda etapa, *situações de risco e encaminhamentos*; a terceira etapa, *identificação do processo*; a quarta etapa, *interrupções de contato predominantes*; a quinta etapa, *desenvolvimento de autoapoios*; a sexta etapa, *dinâmica interpessoal* e; a sétima etapa, *da remissão dos sintomas à alta*.



**Figura 01.** Atendimento clínico

Fonte: Autor. Baseado em Joyce & Sills (2014) e Roubal (2007)

### Descrição dinâmica da *gestalt* do atendimento

Uma consideração importante a se fazer é que esta configuração de atendimento, ainda que esteja artificialmente dividida em etapas, não são seguidas necessariamente nesta ordem, uma vez que estamos trabalhando em um modelo semiestruturado em uma abordagem processo-orientada. Assim como outras figuras podem emergir, duas ou mais etapas podem acontecer concomitantemente. Deste modo, o caráter dinâmico-processual é o fundamento base deste trabalho.

Na primeira etapa, chamada de *vinculação* a qualidade de presença do terapeuta é fundamental. Para isso é importante que este apresente uma postura que favoreça o diálogo. Estes cuidados vão desde a *Awareness* do terapeuta em relação a sala de atendimento às suas sensações presentes (Joyce & Sills, 2014). É o momento também

do estabelecimento do contrato terapêutico que, a este, podem ser clarificadas as características pessoais do terapeuta como o tipo de comunicação que o mesmo irá utilizar. É um importante momento de escuta autêntica e da devolutiva do terapeuta sobre o que este tem a oferecer para o cliente.

É preciso que haja acordo entre cliente e terapeuta. Por isso ao final, procuro apresentar as minhas possibilidades de apoio e peço ao cliente que fale como se sente e se este se encontra disponível para o acompanhamento psicoterápico. Nesta etapa é importante observar que a dinâmica de contato do cliente que está sendo manifestado no presente, provavelmente, deve se repetir em outras situações.

Segundo Roubal (2007), junto a clientes com queixas depressivas é importante estar *Aware* para evitar criar uma relação depressiva, por exemplo, vitimizando-o. Neste momento, o acolhimento estará baseado em uma indiferença criativa, a fim de evitar outra Gestalt fixa: a do terapeuta diagnosticador *versus* cliente depressivo. Um experimento sugerido para esta etapa baseia-se no livro da autora Lopes (2014) que faz uma avaliação da situação presente do indivíduo pedindo ao mesmo que apresente uma palavra para cada uma das seis perguntas sobre a vida afetiva: estado amoroso, estado criativo, estado de humor, estado de sonhos, estado de corpo e estado da alma. Aliado às entrevistas iniciais, este experimento auxilia na identificação das situações de riscos e encaminhamentos, bem como estimula a etapa de vinculação.

Na segunda etapa chamada *situações de risco e encaminhamentos*, os autores Joyce & Sills indicam a importância de se mensurar os riscos dos sinais e sintomas apresentados pelo cliente. Alguns clientes já chegam à psicoterapia encaminhados por médicos ou fazendo uso de medicação. Pessoas com narrativas autodestrutivas ou suicidas, com comprometimentos sociais significativos, por exemplo, apresentam um

risco elevado, o que sugere encaminhamento médico e demais intervenções de acordo com o código de ética profissional.

O encaminhamento médico é bastante frequente nos transtornos depressivos maior, uma vez que a integração das abordagens biomédica e psicossocial são uma orientação no tratamento das queixas depressivas. Ainda, os autores atentam para que o terapeuta esteja *Aware* de suas projeções acerca do cliente, a fim de evitar direcionar suas intervenções baseadas nestas projeções. O diálogo autêntico do terapeuta não é apenas com o cliente, mas também um diálogo interiorizado, que promova a consciência de suas sensações, pensamentos e ações no aqui e agora.

Joyce & Sills sugerem um experimento em que o terapeuta possa refletir sobre as maiores dificuldades que encontra ao lidar com o cliente. Por exemplo, se um cliente se interrompe com dessensibilização, o terapeuta, provavelmente, se sentirá exausto. É também indicado que o terapeuta se pergunte como está lidando com este desconforto.

Na terceira etapa chamada *identificação do processo* percebe-se a queixa depressiva configura-se como um ajustamento depressivo ou uma Gestalt fixa desse ajustamento, como visto anteriormente (Roubal, 2007). O ajustamento depressivo pode ser trabalhado exclusivamente em abordagem psicossocial desde que não estejam presentes outras queixas clínicas, como dificuldades no sono, alimentação ou queixas somáticas que indicam encaminhamento médico.

No ajustamento depressivo como Gestalt fixa (transtorno depressivo) é importante considerar os riscos, especialmente, na seleção dos experimentos a serem trabalhados com o cliente, bem como, o acompanhamento sobre as respostas que este está manifestando em relação ao uso de medicações, por exemplo. O terapeuta integrado à experiência, com qualidade de presença, jamais poderá desmerecer os efeitos que a

medicação poderá provocar na dinâmica emocional, cognitiva e física do cliente. Ainda, o psicoterapeuta será um cuidador da experiência do cliente quanto ao uso dessas medicações.

Percebo em uma parte significativa dos atendimentos a pessoas com queixas depressivas de que há um incômodo quanto ao uso da medicação. Falas como *sentir-se derrotado por ter que fazer uso de medicações* não são incomuns em *settings* terapêuticos. O trabalho pode ser feito com experimentos, fundamentado na relação dialógica, na redução fenomenológica das figuras trazidas pela pessoa e nas considerações sobre o Campo.

Quanto ao Campo, (Robine (2001); Jacobs (2007a, 2007b, citado por Joyce & Sills) preferem o termo Situação (Teoria situacional), por considerarem que o segundo conceito aproximar-se-ia mais da experiência cotidiana e do uso prático. São descritos três tipos de situação na prática clínica: (1) *Campo experiencial* – ou fenomenológico, que refere-se ao campo pessoal da *Awareness*, como metáfora para a maneira como o indivíduo organiza sua experiência, seu campo fenomenológico ou realidade e isto é único da pessoa; (2) *Campo relacional* – que ocorre entre cliente e terapeuta, que mutuamente influenciam-se e tomam lugar no encontro terapêutico; (3) *Campo maior* – o contexto onde o indivíduo existe, incluindo sua influência cultural, histórica, política e espiritual. Nos ajustamentos depressivos como *Gestalten* fixas é bastante comum que os clientes apresentem ansiedade elevada, raiva e abusem de substâncias. Os relatos autorresponsabilizados, o exercício de autocompaixão autêntica, podem ser funcionais neste processo.

Na quarta etapa chamada *interrupções de contato predominantes* Roubal descreve a retroflexão como a emoção depressiva. Uma vez que o cliente é visto num

todo e o trabalho corporal é parte importante na prática da GT, pode-se observar a presença do bloqueio de contato retroflexão, por meio de uma respiração profunda ou de gestos e falas intrapunitivas. Roubal sugere estimular o cliente a dirigir essa energia ao meio em ambiente protegido, isto é, fazer experimentos sobre o que deseja falar, a quem deseja falar ou fazer, em *setting* terapêutico (Cadeira Vazia). Posteriormente, pode-se discutir sobre as implicações destas ações, seus benefícios e prejuízos e criar novas formas de contato.

Visto que o transtorno depressivo apresenta estas duas características principais, tristeza e anedonia, enquanto a retroflexão se relaciona aos estados de tristeza e são alimentados por introjeções e projeções (Roubal), observo também a dessensibilização relacionada aos estados de anedonia e que são alimentados por racionalizações e deflexões. Percebo uma relação entre a fuga da *Awareness* da dessensibilização e a necessidade de explicar as experiências em uma busca incessante por *porquês* e, na interrupção deflexiva um caminho de evitação do contato com as sensações que, ao serem utilizadas excessivamente, provocariam um estado de entorpecimento.

Na quinta etapa chamada de *desenvolvimento de autoapoios*, os autores Joyce & Sills descrevem a tendência ao esquecimento de suas partes preservadas quando vivenciam situações de crise. O autoapoio é um aspecto importante da “cura” em GT, uma vez que o indivíduo desenvolve recursos pessoais e busca meios autênticos e maduros para equilíbrio de sua autorregulação orgânica. Estes mesmos autores descrevem quatro tipos de autoapoios: autoapoios somáticos, autoapoios imaginários, autoapoios de campo e autoapoios esquecidos.

Para o desenvolvimento dos autoapoios somáticos, o trabalho com a respiração e técnicas de *Mindfulness* podem ajudar. Por exemplo, pode se pedir ao cliente que esteja

*Aware* de como está sentado, como apoia seu corpo e a sensação dos pés tocando o chão. Outro recurso é pedir ao cliente que coloque a mão sobre seu coração, a fim de que se sinta integrado à sua emoção. Para o desenvolvimento dos autoapoios imaginários, a técnica da fantasia dirigida pode ser utilizada. Joyce & Sills cita dois experimentos: o lugar seguro e o feixe de luz (Shapiro, 2001, citado por Joyce & Sills, 2014).

Os autoapoios de campo objetivam estimular o cliente a buscar recursos cotidianos e práticos. Um experimento utilizado para isso é pedir a pessoa que faça uma lista das coisas que faz que costumam ser prazerosas e as ajudam a se sentir melhor. Por exemplo, sair para conversar com amigos.

Sobre este autoapoio, Joyce & Sills fazem ainda outras pontuações que considere importantes: checar junto ao cliente se ele possui hábitos não funcionais como má alimentação, padrões disfuncionais de sono ou uso de substâncias que agravam os quadros depressivos; checar junto ao cliente se ele está com uma rotina desorganizada junto à sua família e trabalho; sugerir atividades físicas tais como caminhadas, dança ou outro esporte de acordo com as possibilidades e gosto do cliente; encorajar o contato com amigos próximos; identificar relações abusivas como discriminação, *bullying* ou violência doméstica. Os autoapoios esquecidos, referem-se a *hobbies* e outras atividades que o cliente costumava sentir-se feliz ao realizá-los. Ainda, é lembrado pelos autores (Joyce & Sills) o desenvolvimento de autoapoios não funcionais, tais como, trabalhar excessivamente para manter-se *distráido do aqui e agora* (Sheldon, 2012), a dessensibilização e a deflexão.

A sexta etapa chamada *dinâmica interpessoal* foi inserida por identificar que muitos clientes/clientes com queixas depressivas apresentavam problemas interpessoais.



A qualidade das relações interpessoais está diretamente ligada aos mecanismos de contato do cliente. Aqui, sugiro a prevalência da *confluência* como interrupção de contato. Por exemplo, tomar os problemas da família como sendo diretamente seus e sentir-se sobrecarregado em razão disso. É possível que o cliente mantenha uma postura não autêntica e passiva nas relações interpessoais. Por outro lado, ele pode ser extremamente agressivo com outros.

Nesta etapa o foco é no trabalho criativo de comunicação e nos mecanismos de contato que emergem na relação interpessoal. Uma observação que apresento é na possibilidade de estímulo à comunicação assertiva. O princípio democrático compartilhado neste caso é o dos *Direitos Humanos Básicos* (DHB). Tanto a GT como a Teoria das Habilidades Sociais (Comportamental) baseiam-se nestes princípios. Enquanto que para a GT fala-se da Relação Dialógica, do Encontro Autêntico e Genuíno, a THS fala de Assertividade. A integração de elementos de outras abordagens é uma realidade na psicologia mundial acompanhada e estimulada pela Associação Psicológica Americana. Um experimento que pode ser utilizado com o objetivo de trabalhar os DHB é a lista dos Direitos Humanos Básicos (Caballo, 1999, p. 189). Já a confluência, uma vez identificada, pode ser trabalhada com a Oração da Gestalt.

A sétima etapa chama-se *da remissão dos sintomas à alta*. Em GT a alta é discutida com o cliente. O capítulo que trata da alta em GT em Joyce & Sills é válido para os acompanhamentos psicoterápicos na abordagem Gestáltica em geral, e não se limita às queixas depressivas. A finalização de um atendimento equivale a uma perda, o que, para uma pessoa com queixas depressivas pode ser bastante difícil. Em se tratando das queixas depressivas quando se faz uso da medicação, a finalização do atendimento pode estar ligada ao encerramento do acompanhamento médico que pode ser percebido como um marcador da melhora.

## Conclusão

Retomando o objetivo desse trabalho, observo que a proposta foi apresentar nossa forma de atendimento em pessoas com queixas depressivas. Quanto ao retorno, considero necessário realizar um encontro para a avaliação conjunta (Terapeuta e Cliente) acerca do modo de experimentar e de relacionar-se sem a psicoterapia.

Quando o cliente não retorna, na última sessão peço-lhe que apresente um elemento metafórico do processo, uma palavra, uma frase, um título para sua história. Isso me ajuda a compreender como o processo se deu em sua percepção, e se ele está disponível para caminhar agora sem a terapia.

Em nossa intervenção as linguagens da criação e da poesia contribuem para o atendimento clínico junto a situações de intenso sofrimento psíquico. Baseada nos autores descritos buscamos favorecer a expressão de elementos que emergiram dos *Insights* e da experiência.

## Referências

ABRATA – Associação Brasileira de Familiares e Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (2016). *O Impacto da depressão*. Por Márcia Brito de Macedo Soares. Em <http://www.abrata.org.br/new/artigo/impactoDepressao.aspx>

APA - American Psychological Association, Recognition of Psychotherapy Effectiveness. (2012). Recuperado em 06 de janeiro de 2016, de <http://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy.aspx>.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2010). *Psicopatologia: Uma Abordagem Integrada*. [Tradução da 4ª ed. norte-americana]. São Paulo: Cengage Learning.

Caballo, V. (1999). Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais. São Paulo: Editora Santo.

Crane, R. (2009). *Mindfulness-based Cognitive Therapy*. NY: Routledge.

Dicionário de Psicologia da APA (2012). *Associação Psicológica Americana*. Porto Alegre: Artmed.

- DSM 5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais. (2014). (5ª Ed.). Associação Psiquiátrica Americana. Porto Alegre: Artmed.
- Francesetti, G., Gecele, M. & Roubal, J. (2014). Gestalt-therapy in Clinical Practice: From Psychopathology to the Aesthetics of Contact (Gestalt-therapy Book Series). Siracusa: Instituto di Gestalt HCC Italy.
- Grandesso, M. A. (2000). *Sobre a reconstrução do significado*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Joyce, P. & Sills, C. (2014). *Skills in Gestalt: Counselling & Psychotherapy*. (Third Edition). Skills in Psychotherapy & Psychotherapy Series. California: Sage.
- Klaassen, D. W., McDonald, M. J., & James, S. (2006). Advances in the Study of Religious and Spiritual Coping. *Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping*. International and Cultural Psychology Series. Springer.
- Lopes, C. P. (2014). *Práticas criativas de arte-terapia como intervenção na depressão: memórias da pele*. Rio de Janeiro, Editora Vozes.
- Roubal, J. (2007). Depression – A Gestalt Theoretical Perspective. *British Gestalt Journal*, 16(1), 35-43. ISSN 0961-771X.
- Schneider, K. J. & Krug, O. T. (2010). *Existential Humanistic Theory*. Theories of Psychology Series. American Psychological Association. (2<sup>nd</sup> Ed.). USA: APA.
- Seligman, M. (2002). *Felicidade autêntica: usando a nova psicologia positiva para a realização permanente*. Rio de Janeiro: Editora Objetiva.
- Sheldon, C. (2012). *Gestalt as a Way of Life: Awareness Practices*. Bellingham, Washington.
- World Health Organization (2015). *Fact Sheet N° 369. Depression*. Media Centre. de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

**Nota sobre a autora:**

**Luciane Patrícia Yano** - Ph. D. em Humanities and Social Sciences pela Nagoya City University do Japão (Psicologia Clínica e Cultura, UnB). Psicoterapeuta em abordagem Gestáltica. Docente da Universidade Federal do Acre. E-mail: lucianepyano@msn.com

Recebido em 14 de setembro de 2014  
Aprovado em 30 de abril de 2016