

Transtorno Obsessivo Compulsivo à luz da Gestalt-terapia.

Compulsive obsessive behavior in the light of the gestalt therapy.

Mônica Araújo Rodrigues Elisiario

FUMEC – Rio de Janeiro(RJ)
monikelisiario@yahoo.com.br

RESUMO

Este artigo relata a experiência da prática de estágio com Supervisão em Gestalt-terapia, cuja paciente apresenta sintomas de TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo. Diante desse caso clínico, busca através da teoria da Gestalt-terapia, possibilitar, auxiliar na compreensão do sintoma do TOC, cuja forma de manifestação subjetiva do contato ao encontro de si na trama do mundo e um posicionamento frente ao Outro, com a fronteira de contato e a fronteira do Self, para configurar sua existência.

Palavras-chave: TOC; subjetividade; Gestalt-terapia.

ABSTRACT

This article reports the experience of the practice of training with supervision-in Gestalt therapy, patients whose symptoms of OCD- Obsessive Compulsive Disorder. Considering this clinical case, searching through the theory of Gestalt therapy, enable, assist in the understanding of the symptoms of OCD, whose form of subjective expression of the contact to meet each other in the weft of the world and a positioning front of the other, with the border of contact the border of the Self, to set its existence.

Keywords: TOC; subjectivity; Gestalt therapy.

O caso sob análise se trata de atendimento à paciente que necessita de acompanhamento psicológico por apresentar sintomas relacionados com o TOC - transtorno obsessivo compulsivo.

A Gestalt-terapia contribui para a compreensão emocional da paciente que demonstra apresentar esse transtorno, por ser uma abordagem que tem uma visão holística do ser humano, evitando privilegiar somente o racional e o verbal, cuidando também da linguagem corporal.

Esta perspectiva terapêutica visa também desenvolver na paciente o auto-suporte, que pode ser definido como capacidade de se expressar, estar no mundo de forma engajada, responsável e de auto-sustentar-se.

Para a Gestalt-terapia o crescimento e a mudança da paciente não podem ser forçados e dependem de auto-aceitação, awareness (forma de experienciar, estar em contato com a interação campo/indivíduo/meio com total suporte sensorial, motor, emocional e energético). A partir deste tripé, a mudança pode ocorrer de maneira natural, integrada e espontânea estabelecendo um ajustamento criativo, uma interação equilibrada entre o Self (estrutura cujo processo pretende revelar o funcionamento da personalidade da pessoa) e o meio que a cerca. (RIBEIRO,1997).

O TOC- Transtorno Obsessivo Compulsivo é produto da interação de vários componentes:

- Genética
- Influências ambientais
- Estruturas cerebrais



Diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo - toc

O conceito do Transtorno Obsessivo Compulsivo que é conhecido por TOC, segundo Cordioli (2004)

...é um transtorno mental, bastante comum, classificado pela Associação Psiquiátrica Americana como um transtorno de ansiedade, caracterizado pela presença de obsessões e ou compulsões suficientemente severas para ocupar boa parte do tempo do paciente na execução de rituais

obsessivos ou compulsivos, causando desconforto e comprometendo seu desempenho profissional e seus relacionamentos pessoais.

No transtorno obsessivo compulsivo, os sintomas quase sempre estão juntos, mas pode haver a predominância de um ou outro. Um paciente pode ser mais obsessivo que compulsivo, ou mais compulsivo que obsessivo.

O certo é que o

TOC é um transtorno mental de natureza médica, que provoca problemas no processamento da informação, que hoje, felizmente é tratável e possivelmente curável em alguns indivíduos e um tratamento abrangente, atinge um alívio dos sintomas, na maioria das pessoas. Trata-se de um transtorno crônico, que muitas vezes, se inicia na infância e acomete principalmente indivíduos jovens até os 30 anos, podendo durar toda a vida. A incidência ainda é levemente maior em mulheres. Impede o portador de doença, de envolver-se com atividades mais produtivas e tais comprometimentos, são sempre acompanhados de muita angústia, aflição, sentimento de impotência, diminuição da auto-estima e eventualmente depressão. Classificado como um transtorno de ansiedade por causa da forte tensão, que sempre surge quando o paciente é impedido de realizar seus rituais. Mas a ansiedade não é o ponto de partida desse transtorno e sim, pensamentos obsessivos ou rituais repetitivos. (CORDIOLLI,2005)

A pessoa portadora deste transtorno tenta ignorá-los ou eliminá-los através de ações que são intencionais e repetitivas. Geralmente reconhece que seu comportamento é excessivo ou que não há muita razão para fazê-lo.

O transtorno é caracterizado pela presença de obsessões ou compulsões recorrentes, suficientemente severas para ocupar boa parte do tempo do paciente, causando desconforto ou comprometimento geral importantes.

As obsessões ou compulsões acarretam grande estresse, consomem tempo (mais de uma hora por dia) ou interferem bastante na rotina normal, no trabalho ou nas atividades sociais e relacionamentos interpessoais.

O que são obsessões e o que são compulsões?

Obsessões são pensamentos ou idéias, impulsos, imagens, cenas, que invadem a consciência contra a vontade da pessoa, de forma repetitiva, persistente e estereotipada, seguidas ou não de rituais destinados a neutralizá-las. São

experimentadas como intrusivas ou invasivas inapropriadas ou estranhas pelo paciente em algum momento ao longo do transtorno. Normalmente são acompanhadas de ansiedade ou desconforto acentuadas. O indivíduo tenta resistir a elas, ignorá-las ou suprimi-las com ações ou com outros pensamentos, reconhecendo-as, no entanto, como produtos de sua mente e não como originadas de fora. Não se considera obsessões, medos exagerados, relacionados com problemas reais (DSM-IV).

Compulsões são comportamentos repetitivos (lavar as mãos, tomar banhos repetidas vezes, verificar janelas, portas, botões do fogão, torneiras, gás, alinhar coisas, repetir atos ou gestos), ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras ou frases) que a pessoa é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que devem ser seguidas rigidamente. Os comportamentos ou atos mentais são destinados a prevenir ou reduzir o desconforto associado à obsessão, prevenir algum evento ou situação temidos e em geral não possuem uma conexão realística ou direta com o que pretendem evitar, ou são claramente excessivos (DSM-IV).

Com base na hipótese de que os transtornos obsessivo-compulsivos apontam traços de personalidade, além daqueles já indicados pelo DSM-IV-Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, são típicos das tendências para fixação no fechamento e na abertura das fronteiras do Self, descritas pela Gestalt-terapia, fundamentada na teoria de Frederick Perls (1942-1975) como também aspectos psicodinâmicos relacionados ao processo de desenvolvimento de cada uma dessas tipologias.

Histórico do caso

Neste caso em específico, o Eu se sente compelido a efetuar determinados atos para aquietar a ansiedade que a invade, pelo excesso de cuidado no controle, na ordem e na limpeza a autoconsciência amplia seu foco de atenção aos mínimos detalhes, perdendo o senso das proporções, ficando presa numa vigilância excessiva, tornando-se guardiã de si mesma.

Vítima de impulsos agressivos com o namorado, sente diminuída a sua autoconfiança, afetando a esfera do Eu, dominada pelos desejos, temores e sentimentos, estado de ânimo incontável, apesar de seus esforços na tentativa de dominar essas vivências.

A compulsividade ao ato de comer incansavelmente da paciente quando se sentia angustiada, funcionava como um muro contra o medo de ser magoada e por outro lado de colocar limites, estaria relacionado com o medo da independência, ou seja, em última instância, de sentir-se abandonada pelos pais e pelo namorado.

Através do sintoma de comer compulsivo e do sobrepeso, ao perceber estar acima do peso, sentindo vergonha de se despir na frente do namorado, evitava enfrentar questões relacionadas à intimidade e independência, ou seja, ela não precisaria negociar diretamente com o mundo seus limites e desejos, evitariam riscos e

confrontos que poderiam fazê-la crescer e afirmar sua identidade, o que parece por demais assustador. (LIZIAS,2005)

Segundo Lizias (2005), observa-se que na raiz de todo o transtorno do TOC existe uma ferida, que é a mágoa transferida de mãe para filha, uma forte ligação entre o poder rejeitado da mãe e o abuso de comida por parte da filha. As emoções negadas pela mãe são internalizadas pela filha.

Outro ponto culminante foi à ausência do pai, que desde criança presenciava a cena de discussões com a mãe, saindo de casa e retornando no dia seguinte. Tal ausência gerou uma sensação de abandono e rejeição, fazendo com que negasse o pai e ficasse durante muitos anos sem manter contato com o mesmo. Através do diálogo com o pai e da identificação com a mãe, que a criança vai formar sua auto-estima. (FRAZÃO, 2005)

Se esse pai encontra-se emocionalmente distanciado e a mãe não resolvendo sua própria questão em relação à fronteira do contato = organismo/ambiente, chega na adolescência e na vida adulta com a auto-estima fragilizada para enfrentar os desafios da socialização, quanto às mudanças subjetivas e corporais que essa fase demanda

A compulsão alimentar aparece então como uma saída para amenizar o vazio e a confusão deixada pela falta de paternagem, bem como o vínculo emocional profundo entre pai e filha e uma maternagem ansiosa, na qual a mãe não consegue passar para a filha o prazer e a alegria de tornar-se mulher, não resolve suas questões com o marido e com o feminino, ensejando o controle total sobre a filha, e esta, por sua vez, tenta controlar o namorado, como reflexo da mãe.

Segundo Romero (2001), a mãe é dominante em sua relação com a filha, mas geralmente é uma pessoa insegura e ansiosa, que pretende conquistar e monopolizar o afeto dos filhos apenas para compensar sua falta de realização afetiva no plano conjugal e sua insegurança primária. Em consequência, o apoio emocional dado à filha está impregnado de ansiedade, de amostras de coragem e de fraquezas. Assim diz o autor acima (2001):

Saber cuidar adequadamente de si é uma arte que nem sempre aprendemos; ou aprendemos muito mal. Quando nos descuidamos além de certos limites, começa a degradação, a queda inevitável na decomposição. Podemos chegar ao estado de abandono, tornando-nos, deste modo, na casa vazia do ser. Então, a existência aniquila-se, embora ainda, por momentos, possa palpitar o levíssimo hálito da consciência.

O grande impasse neste caso do obsessivo-compulsivo é como conseguir a paz, sem se sentir só e abandonada, sentindo assim a necessidade de estar sempre agradando o outro.

Conclui-se (KELEMAN, 1992) que a pessoa com este tipo de estrutura, se comporta como um camaleão, misturando-se ao meio que se encontra e tentando ser o que os

outros querem que ela seja. Ela doa-se ao outro numa tentativa de ser preenchida e sente dificuldades em se retrair e de lançar-se para fora, pois lhe falta capacidade para conter coisas. É uma pessoa que está em busca da sua própria identidade.

Nesta descrição de Keleman, observam-se dois mecanismos de defesa e de interrupção do ciclo de contato. A retroflexão e a proflexão. Na primeira, a obsessiva procura estar sempre ocupada, cuidando dos outros e abrindo mão dos seus projetos pessoais. Na segunda, ela se aproxima do outro esperando uma retribuição para seu cuidado.

De acordo com Perls (1994), a teoria organísmica atendeu às suas necessidades, para buscar equilíbrio à qual se refere que todas as partes, expressões, sintomas e organismos, têm uma função de auto-regulação.

Os níveis das experiências organísmica de pensar, sentir, e agir, foram sendo percebidas, reconstruídas e resignificadas durante o processo terapêutico. E assim, experimenta o bem estar, a plenitude, e harmonia, que é um movimento natural do organismo de buscar equilíbrio.

Após várias sessões, faz contato consigo mesma e com o mundo, preocupa em se dar conta do que está acontecendo à sua volta, de acordo com seus próprios interesses. Trazida para o aqui - agora com influência da fenomenologia, para a qual toda a possibilidade de dinâmica, de mudança, está no presente. O passado como passado não pode interferir hoje, em seu comportamento. O passado pra interferir no presente nunca deixou de ser passado - é um presente contínuo. Necessariamente essa lembrança tem que envolver uma necessidade do seu presente, ao trazer uma lembrança do passado, pois estava conectado com alguma coisa do presente.

A Gestalt- terapia não tem como mexer no passado, mas pode mudar o presente, deixando a história virar passado, contribuiu para a construção dos seus projetos de vida e reconstituição como sujeito.

Frederick Perls explica que quando o indivíduo não consegue digerir adequadamente as experiências vividas na fronteira de contato, ele introjeta valores, crenças, atitudes, modos de agir, sentir e avaliar, que fica dentro como um “corpo estranho”. Nessa situação trágica o indivíduo fica tão “entulhado” de coisas que não sobra espaço para ele criar, ou descobrir sua própria personalidade: “Quanto mais se sobrecarrega com introjeções, menos lugar há para que expresse ou mesmo descubra o que é de fato”.(PERLS, 1985,)

Conclusão

A Gestalt- terapia vai trilhar ao ritmo do paciente com o TOC- Transtorno Obsessivo Compulsivo, o caminho de descoberta dos seus desejos e anseios, buscar a construção de um projeto próprio de vida, baseado na suas reais necessidades e não como forma de agradar ao meio, a construção da autonomia e da integração

Revista IGT na Rede, v. 5, nº 8, 2008, p.62-69 DOI **10.5281/zenodo.14920656**

Disponível em <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526

pessoal, ou seja, desenvolveram a capacidade de estarem no mundo sem dependerem tanto da aprovação do outro, como também estarem aptas a selecionarem no meio o que realmente lhes interessa, sentindo-se livres para dizer “não às pessoas ou experiências que lhe sejam invasivas ou prejudiciais.” (FRAZÃO, 2005).

A Gestalt-terapia atua sobre fatores psicológicos, que através das crenças distorcidas, adquiridas em razão da educação, da cultura, do meio ambiente, podem contribuir para o aparecimento dos sintomas e, principalmente, para sua manutenção, oferecendo assim recursos e perspectivas gestálticas, que reduzem a intensidade dos sintomas do obsessivo – compulsivo.

Devido à ansiedade, as pessoas têm muita dificuldade em se aquietarem e em poderem construir um auto-suporte interno, pois como vivem numa sociedade de consumo que estimula a compulsão (através da incessante busca por novidades e por atividades que estimulem os sentidos), se iludem pensando que a solução para o vazio está em algo externo a si mesmas, foram pessoas superprotegidas do contato com o mundo e consigo mesma.

A subjetividade e a singularidade se referem a tudo o que aconteceu na esfera do imediatamente vivido por ela, mas este vivido não emana apenas das circunstâncias que caracterizam o campo vivencial; emana, sobretudo de sua história impressa como forma de sentir, pensar e avaliar o acontecer. Tanto a subjetividade como a singularidade se vive no círculo íntimo da individualidade. (ROMERO, 2004)

A Gestalt-terapia possibilitou recuperar a autenticidade da experiência, que nunca será total, proporcionando-lhe fazer escolhas conscientes, além de possibilitá-la a resolver problemas, se conhecer e poder discriminar o que acontece em volta de si e do mundo.

Agradecimento: Agradeço ao meu Supervisor da Clínica da FUMEC, Gerson Alves Vieira, com abordagem em Gestalt, pela contribuição, ajuda, suporte teórico, e inspiração para a produção deste artigo sobre a compreensão do TOC à luz da Gestalt-terapia, através da necessidade apresentada, às possibilidades do sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CORDIOLI, V.A. (2004) *Vencendo o transtorno obsessivo- compulsivo*. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed.

_____. *O que é transtorno obsessivo compulsivo*. Disponível na internet em: <http://www.ufrgs.br/toc/>, consulta efetuada em 2005.

A.P.A. (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Edition. American Psychiatric Association, Inc, Washington DC.

MIGUEL, F.E.C. (1996) *Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: diagnóstico tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

ROMERO, Emílio (2004) *O encontro de si na trama do mundo*. Della Bídia Editora, 1ª ed.. São José dos Campos, S.P.

_____ (2001) *O Inquilino do Imaginário : Formas de alienação e psicopatologia*. Lemos Editorial, 3ªed. rev. e ampl., São Paulo.

PERLS, Frederick S. HEFFERLINE, H., GOODMAN, P. (1997) *Gestalt-terapia*. São Paulo: Ed. Summus,.

FRAZÃO, M. Lílian e ROCHA, O. Lizias Sèrgio (2005) *Gestalt e Gênero*. Ed. Livro. Pleno.

RIBEIRO, J. Ponciano (2006) *Vade-Mecum de Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.

_____ (1997) *O Ciclo do Contato: temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus.

KELEMAN, S. (1992) *Anatomia Emocional: a estrutura da experiência*. São Paulo: Summus.

BIBLIOGRAFIA

Disponível em <http://www.ufrgs.br/psiq/tansied.html>