

ARTIGO

Gestalt-Terapia e Síndrome do Pânico: uma relação

Gestalt Therapy and Panic Disorder: a relationship

Ana Maya Szuchmacher El Mann

RESUMO

Neste trabalho investigamos a Gestalt-Terapia como uma abordagem consistente para atendimento às pessoas que sofrem ou sofreram com a Síndrome do Pânico. Com este intuito, buscamos definir conceitos fundamentais da Gestalt-Terapia que contribuem para o trabalho com este público. Discorremos também sobre contribuição do processo terapêutico na melhora apresentada e nas transformações biopsicossociais, que influenciam positivamente a vida do indivíduo como um todo. A partir deste estudo e da observação de casos clínicos desenvolvemos o presente trabalho. Ao final, com a consecução desta monografia, verificamos ser a terapia de base gestáltica eficiente para o acompanhamento de pessoas que sofrem da Síndrome do Pânico.

Palavras-chave: Síndrome do Pânico; Gestalt-Terapia; Contato, Sintoma; Terapia.

ABSTRACT

In this paper we investigate the Gestalt-Therapy as a consistent approach to caring for people who suffered or have suffered from Panic Disorder. Because of this, I seek to define the fundamental concepts of Gestalt-Therapy that contribute to work with this audience. We broach about the contribution of the therapeutic process and the improvement observed in the biopsychosocial changes that positively influence the life of the individual as a whole. From this study and observation of clinical cases we develop the present work. In the end, with the achievement of this monograph, we find the basis of Gestalt-Therapy, to be a tool of great importance for the monitoring of people suffering from Panic Disorder.

Keywords: Panic Disorder; Gestalt-Therapy, Contact, Symptom, Therapy

INTRODUÇÃO

O desejo pelo tema “Gestalt-Terapia e Síndrome do Pânico: uma relação” foi suscitado a partir do interesse pela abordagem supracitada combinado com os primeiros contatos com indivíduos que vivenciam o quadro. Este encontro se deu na segunda etapa do curso de especialização, realizada no Instituto de Gestalt-Terapia e Atendimento Familiar (IGT) onde, iniciamos o atendimento de clientes da clínica social. Dentre estes, um, era participante do grupo terapêutico e a outra, foi atendida individualmente.

Durante as supervisões, eram frequentes as discussões sobre nossa atuação. Daí, surgiram os seguintes questionamentos: “O que fazer, quando nos são relatadas as chamadas ‘crises de pânico?’”; “Qual o olhar da Gestalt Terapia?”; “Qual será o papel do gestalt-terapeuta junto ao seu cliente?”. E, a partir dessas questões, o desejo pelo tema foi aumentado, culminando na realização deste trabalho.

Ao estudar sobre o assunto, verificamos a existência de poucos artigos da Gestalt-Terapia abordando este tema e alguns trabalhos publicados com o embasamento da Teoria Cognitivo Comportamental, o que nos provocou o seguinte questionamento: Percebemos que a Gestalt-Terapia é adequada e eficaz no acompanhamento destes indivíduos, por que, então, poucos escritos foram encontrados?

Como intuito de averiguar melhor esta questão, procuramos desenvolver um trabalho cujo objetivo é ampliar o conhecimento sobre a Síndrome do Pânico, estudar os conceitos da Gestalt-Terapia mais importantes no que se refere à compreensão do quadro supracitado e investigar a Gestalt-Terapia como uma abordagem consistente para o atendimento às pessoas que sofrem ou sofreram desta síndrome.

Para elaboração deste trabalho utilizamos dois caminhos complementares. O primeiro foi um levantamento da bibliografia produzida sobre o tema,

Gestalt Terapia e Síndrome do Pânico. Encontramos livros, artigos e pesquisas e percebemos que a grande maioria da bibliografia encontrada trata do tema em separado. Este fator nos chamou muito a atenção, reforçando ainda mais o desejo de publicar a eficácia da utilização da Gestalt-Terapia em casos de Síndrome do Pânico.

O segundo caminho foi a observação, a discussão e a supervisão de casos clínicos que acompanhamos ao longo do curso de especialização. Os mesmos foram utilizados no desenvolvimento deste trabalho monográfico.

A partir destes questionamentos a monografia foi organizada em três capítulos, além da introdução e conclusão.

No primeiro capítulo procuramos delinear o quadro da Síndrome do Pânico, onde são descritos de forma concisa seus sintomas e suas características clínicas e emocionais.

Em seguida, optamos por discorrer sobre a Gestalt-Terapia e os principais conceitos desta abordagem, selecionados por nós, como fundamentais para o acompanhamento de pessoas que sofrem de Pânico. Seguem alguns destes: teoria de campo, contato e sintoma.

No terceiro, trabalharemos a importância do tratamento terapêutico durante a vivência deste quadro e com o intuito de enriquecer o trabalho, utilizaremos alguns fragmentos de casos clínicos. E ainda, de forma ilustrativa, pretendemos relacionar a teoria com a prática.

Esta monografia, não visa esgotar o tema, mas ampliar o olhar do psicólogo através da abertura de novas possibilidades de contato e trabalho com pessoas que sofrem da, tão famosa, Síndrome do Pânico.

1. A SÍNDROME DO PÂNICO

O tema do medo está na ordem do dia. Com a globalização, percebemos, de forma rápida e com riqueza de detalhes, informações veiculadas sobre o

assunto na atualidade. Diversas matérias de jornais e revistas, internet, TV, são alguns meios de comunicação que o abordam em suas várias dimensões. Estes fatos podem ser verificados, em diversas datas e em vários jornais, como por exemplo no jornal O Globo, dia 30 de julho de 2009 no qual uma das notícias da capa era: “ Tráfico leva ambulância do estado”; e no interior do jornal, página 15: “Ladrões usam granada em assalto a creperia”.

É importante esclarecer, que a Síndrome do Pânico não está presente apenas nas populações de grandes cidades, verificamos a sua ocorrência também em cidades de pequeno porte. Silva (2006, pag 45) relata este fato de maneira bem objetiva: *“Um dado sobre o pânico, que contraria o senso comum, é o fato de ele ocorrer em igual frequência tanto nos grandes centros urbanos quanto em regiões agrícolas (campo)”*.

Observamos que o medo é um tema que atravessa o cotidiano e marca de forma cada vez mais palpável a vida coletiva e individual, o que leva à modificação de comportamentos sociais e hábitos mentais. Neste cenário de medos, stress e pressão constante, tem sido grande o número de pessoas que batem à nossa porta com a tão famosa Síndrome do Pânico.

Não importa qual a classe social, pessoas que sofrem desta síndrome vão aos consultórios e clínicas, frequentemente com a sensação de que estavam prestes a morrer ou de ter um ataque cardíaco e saem de lá sem que, muitas vezes, alguém seja capaz de lhes esclarecer qual a verdadeira origem de seus males. Geralmente, estas pessoas passam por uma série de consultas e exames, vão ao cardiologista, neurologista ou outro especialista, culminando muitas vezes na emergência dos hospitais (por exemplo, Maria¹ que antes de chegar à terapia, buscou diversos outros atendimentos). Em uma análise realizada pelo cardiologista Savioli (2007), junto a um serviço de emergência cardiológica, verificou-se que, de 1364 pacientes que chegaram com queixa de dor no peito e com absoluta certeza de que infartavam, 30% tinham a Síndrome do Pânico. Assim,

¹ “Maria” é o nome fictício dado a paciente atendida por mim no período do curso de especialização, cujo caso ilustrará partes desta monografia.

percebemos que muitos percorrem caminhos equivocados na busca de superação do quadro, logo, um mau diagnóstico pode levar essas pessoas a conviver com enormes desconfortos, que acabam se estendendo à toda a sua família.

O próprio Savioli (2007, p. 20) menciona:

Muitos doentes chegam a meu consultório queixando-se de dor no peito, palpitações, formigamentos, tonturas e sintomas que não têm nenhuma relação com problemas cardiológicos. São pessoas cujo sistema cardiovascular é normal...

Por esta razão, seguiremos este capítulo com o intuito de informar ao leitor maiores detalhes sobre esta síndrome², através de sua definição e exposição de seus principais sinais e sintomas.

1.1 Definição: características e sintomas do quadro

Em termos do surgimento da Síndrome do Pânico como entidade nosológica, Rodrigues (2006) informa que em 1980 o Distúrbio de Pânico foi reconhecido oficialmente como categoria diagnóstica, com a publicação da terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação

Psiquiátrica Americana (DSM³III). A Síndrome do Pânico ou Transtorno do –Pânico é definido por SILVA (2004) como um quadro clínico em que ocorrem os chamados ataques de pânico inesperados e recorrentes, que aparecem subitamente sem nenhuma causa aparente. O indivíduo sente uma súbita sensação de intensa apreensão, medo ou terror, comumente associada a sentimentos de desastre e/ou fim iminente. O ataque de pânico está associado a uma grande variedade de sensações físicas perturbadoras, descritas abaixo. Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª Edição - DSM IV - o ataque de pânico caracteriza-se por:

² Ao longo deste trabalho, adotaremos a nomenclatura de Síndrome do Pânico (SP), considerando o termo síndrome como um conjunto de sinais e sintomas, que se configura em nosso entendimento como um termo mais descritivo e menos rotulante.

³ O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação de Psiquiatria Americana, apesar de objetivar a Síndrome do Pânico como outra doença qualquer que acomete o sujeito, ainda é hoje um manual de referência que permite o intercâmbio de informações entre as diversas categorias profissionais na área de saúde.

Um período distinto de intenso temor ou desconforto, acompanhado por pelo menos quatro de treze sintomas somáticos ou cognitivos. O ataque tem um início súbito e aumenta rapidamente, atingindo um pico (em geral em dez minutos mais ou menos), sendo com frequência acompanhado por um sentimento de perigo ou catástrofe iminente e um anseio por escapar. Os treze sintomas somáticos ou cognitivos são: palpitações ou taquicardia, sudorese, tremores ou abalos, sensações de falta de ar ou sufocamento, sensações de asfixia, dor ou desconforto torácico, náusea ou desconforto abdominal, tontura ou vertigem, desrealização (sensações de irreabilidade) ou despersonalização (estar distanciando de si mesmo), medo de morrer, parestesias (anestesia ou sensações de formigamento) e calafrios ou ondas de calor. (DSM IV, 2002, p. 420)

Segundo os pacientes, uma crise de pânico dura vários minutos e é uma das situações mais angustiantes que podem ocorrer a alguém. Além disso, os indivíduos com Pânico apresentam também sentimentos de ansiedade e apreensão quanto à sua saúde, levando-os a prever resultados catastróficos a partir de sintomas leves ou efeitos colaterais de medicamentos.

Ainda com base no DSM IV (2002), o ataque de pânico é dividido em três tipos, de acordo com o início do ataque e a presença ou ausência de ativadores situacionais externos ou internos:

- Os inesperados ou não evocados - são aqueles cujo início não é associado pelo indivíduo a fator externo ou interno algum;
- Os ligados a situações ou evocados – são aqueles cujo início se dá devido à exposição ou antecipação de situações ativadoras, estímulos externos ou internos (estimulação fisiológica). Por exemplo, Maria⁴ ao entrar no metrô ou a imaginar o elevador parando, muitas vezes desencadeava uma crise;

⁴ Maria é o nome fictício dado a cliente atendida por mim na clínica social que tanto contribuiu para o desenvolvimento desta monografia

- E, os predispostos por situações – são similares ao anterior, porém não estão somente relacionados à situação evocadora ou não ocorrem imediatamente após a exposição. Logo, são aqueles mais propensos a ocorrer em determinada situação, mas não invariavelmente associados à mesma (por exemplo, no momento em que Maria entrava no metrô lotado o comum era o início imediato da crise, conforme citado no 2º tipo de ataque, porém há casos em que a pessoa só tem o ataque de pânico após 40 minutos viajando no metrô).

A síndrome do Pânico pode ou não ser acompanhada de agorafobia - o temor de se encontrar sozinho em lugares públicos sem uma saída rápida de fácil acesso, caso surja um ataque de pânico. Assim, configura-se como o medo de ter medo.

SILVA (2004, p.3) descreve o mecanismo da síndrome do pânico da seguinte forma:

A crise de pânico se dá a partir do entrelaçamento de pensamentos e sentimentos. À medida que a pessoa tem a primeira crise e aprende que pode ter uma vivência tão sofrida, ela começa a ter medo de ter as crises. Ela passa a ter medo de ter medo. Com isso surge uma espécie de reação em cadeia. Uma espécie de espiral viciosa na qual a pessoa passa a identificar praticamente qualquer sensação interna como indício do início de uma crise. A capacidade de pensar termina sendo usada, pelo indivíduo para tirar sua própria segurança, ao invés de possibilitar a busca de suporte. A pessoa por estar com medo, vai criando um filme de terror na própria cabeça, imaginando os possíveis desdobramentos do que está sentindo. As fantasias mais comuns são de morte ou loucura eminentes. A insegurança em relação ao instante seguinte é assustadora e quanto mais aterrorizantes são as cenas imaginadas, maiores as alterações fisiológicas resultantes. Quanto maiores as alterações fisiológicas, mais nítida é a confirmação da presença da crise, maior o pavor, maiores os motivos para fantasias sobre o que pode acontecer no instante seguinte, e assim sucessivamente.

Ao vivenciar uma 1ª crise, dirigindo, no metrô ou em outro ambiente qualquer, a pessoa sente-se fragilizada e pode desenvolver medos de que as sensações desagradáveis se repitam. Desta forma evitam locais e/ou circunstâncias que crêem provocar novas crises, limitando-se cada vez mais. Aos poucos o nível de ansiedade e o medo de uma nova crise atingem proporções tais, que a pessoa com o transtorno do pânico pode se tornar incapaz de dirigir ou mesmo sair de casa. Este movimento foi observado em um de nossos pacientes do grupo terapêutico, em que o mesmo era incapaz de subir de elevador sozinho. Logo, permanecia na portaria do prédio aguardando a chegada de alguém para acompanhá-lo.

Em *Não entre em Pânico!*, Savioli (2007, p.43) ilustra este movimento com mais alguns exemplos:

Tenho um paciente que sofreu uma crise de pânico enquanto dirigia sua caminhonete. Por muito tempo deixou o veículo na garagem, usando outro carro, pois associou aquele automóvel à crise. Outros deixam de passar por locais onde tiveram crises, deixam de usar cores vermelhas por relacioná-las à crise e outras situações que, racionalmente, sabem não estarem ligadas às crises, mas por via das dúvidas (...)

Logo, notamos que uma das maiores consequências do pânico é a modificação da rotina de vida que, em alguns momentos o indivíduo em sofrimento precisa fazer em detrimento de sua atividade profissional ou vida pessoal, o que possibilita o aparecimento de transtornos familiares.

Por causa do medo de passar mal dentro de elevadores, vi pais subirem as escadas do prédio de meu consultório sem, no entanto, deixarem de ouvir as queixas e reclamações dos filhos que os acompanhavam. Casais se separam pelo isolamento social que o TP ocasiona em um dos cônjuges, outros deixam de aproveitar oportunidades de viagens sonhadas, o que pode deixar cicatrizes profundas no relacionamento. (Ibid, 2007, p. 45)

Assim, observamos que a Síndrome do Pânico tem como característica

principal a presença dos chamados ataques de Pânico, inesperados e recorrentes, os quais ocasionam transformações em diversos setores da vida.

1.2 Características das pessoas que vivenciam a síndrome do pânico

Com base no estudo realizado por Savioli (2007), cerca de 1,5% a 2% da população pode ter a Síndrome do Pânico. As mulheres são mais afetadas que os homens, com aproximadamente o dobro da incidência.

De acordo com o DSM IV (2002), as pessoas que apresentam a Síndrome do Pânico, em sua maioria são jovens. O início mais comum da manifestação é no final da adolescência e por volta dos 25 a 30 anos, sendo encontrado um pequeno número na infância ou após os 45 anos.

SILVA (2004) assim como diversos autores da bibliografia referenciada apontam que habitualmente, essas pessoas apresentam alguns aspectos em comum. São bem produtivas profissionalmente e são muito exigentes consigo mesmos (perfeccionistas), desta forma, não convivem bem com erros ou imprevistos. São pessoas que se preocupam demasiadamente com questões cotidianas, possuem excessiva necessidade de estar no controle e de aprovação, e geram expectativas altas. Costumam reprimir alguns ou todos os sentimentos e pensamentos negativos, seus conflitos íntimos e até mesmo seus projetos e sonhos. Esta tendência era muito presente em Maria que reprimia sua irritação e não conseguia expor seus problemas íntimos, conjugais e familiares com ninguém. O primeiro momento em que realizou este movimento foi no processo terapêutico.

Ainda encontramos neste público uma tendência de ignorar as necessidades físicas e emocionais. Em alguns indivíduos, esta forma de viver, torna-os vulneráveis e propensos a vivenciar situações de estresse acentuado, levando a um desequilíbrio psíquico e bioquímico, com consequente possibilidade de um ataque de pânico.

Geralmente as pessoas que apresentam este quadro, tendem a assumir uma carga excessiva de responsabilidades ao longo de sua vida,

negligenciando, muitas vezes seus limites orgânicos e psicológicos. Desta forma, com o passar do tempo, pode ser gerada uma fragilidade, que será percebida em momentos que demandam um esforço maior de adaptação. Logo, momentos de estresse, como uma discussão ou um local cheio, podem funcionar como um disparador de algo que já se encontrava ali.

SILVA (2004, p. 6) aponta dois estilos de personalidades que mais comumente apresentam a Síndrome do Pânico e as divide da seguinte forma:

O primeiro estilo é composto por pessoas que eu normalmente brinco, classificando como tendo complexo de super-homem. São pessoas que não têm limites. Sempre tentam dar conta de tudo. Normalmente são a referência familiar. Sempre que surge um problema elas são as pessoas a serem acionadas. Essas pessoas não sabem dizer não, tendem a se voltar demasiadamente para outro e com isso perdem a referência dos próprios limites. É como se elas diminuíssem muito a capacidade de escutar suas próprias necessidades em prol de ampliar a possibilidade de perceber as demandas externas. O “eu tenho”, substituiu quase que totalmente o “eu quero”. Não existe espaço para o prazer pessoal.

O segundo estilo de personalidade é complementar ao primeiro. São aquelas pessoas que tendem a desenvolver vínculos de dependência. Buscam suporte no outro, se sentem incapazes de andar com as próprias pernas. Essas pessoas também perdem a noção de seus próprios limites, porém neste caso de forma praticamente intencional. Preferem abrir mão da direção de suas próprias vidas. A responsabilidade das escolhas é vivida como algo pesado demais. Em função disso, elas preferem abrir mão de escolher, optando por convidar ao outro para que assuma as responsabilidades de suas decisões.

Desta forma, notamos que a doença é como uma válvula de escape na tentativa de se adaptar ao ambiente na qual a pessoa está inserida. Se este ambiente é inadequado, o organismo tenta se adequar na tentativa de tolerar o que é vivido. Portanto, esta síndrome simboliza orgânica e psicologicamente uma forma de se relacionar com o mundo.

2. ALGUNS ASPECTOS DA GESTALT-TERAPIA

Para pensarmos na Síndrome do Pânico à luz da Gestalt-Terapia é necessário olharmos para a nossa referência do que é considerado saudável e não saudável em termos de funcionamento. Para que isto aconteça precisamos ressaltar alguns pressupostos importantes a cerca desta abordagem.

A Gestalt-Terapia, abordagem escolhida para fundamentar este trabalho, é uma abordagem de base fenomenológico-existencial que compreende o homem como um ser de relação e, desta forma, volta o seu olhar para o indivíduo junto ao seu contexto e sua rede de contato.

Com base na visão holística de ser humano, a perspectiva da Gestáltica propõe compreender o “organismo” (indivíduo) como um todo e não como a soma de partes isoladas. O homem é visto como um ser biopsicossocial em que é considerado não só o seu mundo interno, como também o contexto em que vive.

Frazão, na apresentação à edição brasileira do livro *Gestalt-Terapia de Perls, Hefferline e Goodman* (1997, p.10)., discorre:

Uma das importantes contribuições da Gestalt-Terapia refere-se à visão holística do homem, o qual é percebido como ser bio-psicossocial, sempre em interação com seu meio, isto é, leva-se em conta não apenas o que ocorre com a pessoa em sua totalidade, mas também o contexto no qual isso ocorre.

Neste ponto, precisamos falar do método de abordagem do ser humano utilizado pela Gestalt-Terapia: o método fenomenológico. Tal método teve sua origem na fenomenologia, que segundo Rodrigues (2000), tem como principal autor Edmund Husserl.

Husserl fala de voltar-se para as coisas mesmas, para realidade que se mostra: o fenômeno. Em seus estudos, faz da fenomenologia um método para busca da verdade e percebe que não há uma subdivisão entre o ato de perceber e o conteúdo percebido.

Em Husserl, esta unidade entre o pensar e o pensado transcende uma separação entre o mundo do observador – a mente – e o que é visado por esta observação – a realidade. O “eu” percebido só existe em função recíproca (ou seja, uma existe em função da outra) com o “algo percebível”. Mas sendo este “algo percebível” uma função determinada pela consciência que percebe, logo teremos diferentes formas de perceber a realidade.
(RODRIGUES, 2000, p. 39)

Assim, a fenomenologia consiste numa apropriação particular da realidade, descrevendo a experiência como ela é. Logo, capacita o terapeuta a lidar com aquilo que se apresenta como fenômeno para observação, conservando uma postura descritiva e não prescritiva ou interpretativa em relação ao que o cliente nos traz.

“... a apresentação do fenômeno se dá a partir do que se mostra de uma forma direta – o próprio fenômeno – e não a partir de pressupostos teóricos que tenham como objetivo explicar o fenômeno, reiterando-lhe o seu caráter de estranheza...” (Rodrigues, 2006, p. 53)

No caso de Maria, como veremos abaixo, foi de grande importância, recebê-la de modo a valorizar a sua singularidade. Apesar dos sintomas que estava sentindo serem os mesmos de outras pessoas que vivenciam a Síndrome do Pânico, estávamos olhando para Maria, que apresentava naquele momento certas sensações, medos, desconfortos.

Segundo Holanda (apud D’ACRI, LIMA E ORGLER, 2007, p. 152):

Em um contexto psicoterápico, por exemplo, o terapeuta lida com as vivências de seu cliente, dentro de seu contexto de experiências de uma consciência (subjetividade), carregadas de sentidos que só possuem razão de ser em seus próprios vividos. Com isso,

pode-se dizer que o que caracteriza um método fenomenológico, na prática clínica, pode ser associado à ênfase na experiência imediata (que envolve o fluxo temporal de passado, presente e futuro, vividos no aqui-e-agora), e na busca de uma percepção de totalidade dessa experiência (contrariamente à sua fragmentação em nosso cotidiano).

Nesta lógica, o gestalt-terapeuta precisa realizar uma forma própria de “redução fenomenológica” em que coloca entre parênteses suas idéias preconcebidas, abstendo-se de seus juízos, antecipações e preconceitos (ou reduzindo-os ao máximo) com o objetivo de entrar em diálogo com o fenômeno, alcançá-lo em sua essência. Por exemplo, deixar um pouco de lado o conhecimento e pré-determinações da Síndrome do Pânico e estar com a pessoa que chega até você. Cabe ao psicólogo acompanhá-la nesta trajetória.

Com o intuito de compreender melhor a abordagem escolhida para fundamentar este trabalho, aprofundaremos nosso estudo em alguns aspectos da gestalt-terapia.

2.1 Um pouco sobre a Teoria de Campo

Concordamos com Rodrigues (2000) que ao observarmos um indivíduo, percebemos que é possível focalizar diversas perspectivas de sua vida. Podemos abordá-lo a partir de um olhar filogenético, ou seja, estudar o ser humano através de sua genética, raça. Podemos ainda, lidar com o indivíduo através dos eventos socioculturais que o influenciam, como a religião, escolaridade e a cultura. Há os eventos interpessoais, que são aqueles referentes às relações entre amigos, parentes, entre outros. E, há ainda os eventos intrapsíquicos em que são abordadas questões tais como: sua relação consigo mesmo, a autoimagem. “O homem é um ser-no-mundo (Heidegger 1988), não havendo como conceber esse ‘ser’ sem o ‘mundo’ ” (RODRIGUES, 2000, p. 54).

Esta idéia de diversas perspectivas em torno do indivíduo foi trabalhada por Kurt Lewin, recebendo o título de “Teoria de Campo”. Lewin, um dos psicólogos da Gestalt, além de ser gestaltista ortodoxo, centrava seus estudos nas necessidades, motivações e na personalidade se ocupando também com as influências sociais no comportamento. Com o intuito de compreender o funcionamento do comportamento humano, desenvolveu sua Teoria de Campo, utilizada por muitos autores, inclusive Gestalt-Terapeutas.

Em sua *Teoria de Campo*, Lewin se baseia em duas suposições fundamentais:

- O comportamento humano é derivado da totalidade de fatos coexistentes;
- Esses fatos coexistentes têm o caráter de um "campo dinâmico", no qual cada parte do campo depende de uma inter-relação com as outras partes.

A primeira suposição refere-se ao fato de que o organismo não tem significado separado de seu ambiente. Assim, o homem está inserido e em contato com uma totalidade de fatores coexistentes.

A segunda nos traz que as atividades psicológicas do homem ocorrem numa espécie de campo. Onde comportamento humano não é determinado pelo passado, ou pelo futuro, mas pelas diversas forças atuantes no campo dinâmico atual e presente. As quais envolvem, inclusive, aspectos da experiência passada e das expectativas futuras.

Yontef desenvolve um artigo sobre a teoria de campo onde apresenta que:

Um campo é uma teia sistemática de relacionamentos, estes são onipresentes: Cada fato está presente em uma teia de forças inter-relacionadas, reunidas no tempo e no espaço e que são modificadas com o tempo. Um acontecimento resulta sempre da interação de um ou mais eventos. (Yontef, 1998, p.184).

Logo, o chamado “campo” consiste no conjunto de fatores que formam o espaço vital do indivíduo (físico e psicológico), incluindo a forma como este percebe e interpreta o ambiente externo que o rodeia. Os fatores que o formam têm o caráter de um campo dinâmico, no qual cada parte depende de uma inter-relação com as demais. Como nos aponta Lewin: “todo comportamento (incluindo ação, pensamento, desejo, busca, valorização, realização) é concebido como uma mudança em algum estado de um campo numa determinada unidade de tempo.” (LEWIN, 1965, p.XIII apud DACRI, LIMA e ORGLER, 2007, p. 210)

Ainda no mesmo capítulo escrito por Yontef (1998, p. 184) encontramos uma observação bastante enriquecedora sobre o Campo:

O campo é definido fenomenologicamente. A amplitude e a natureza exatas do campo e os métodos usados variam dependendo do investigador e do que está sendo estudado. O campo pode ser tão pequeno e rápido quanto partículas subatômicas, ou tão grande quanto o universo. As forças, em alguns campos, podem ser observadas com os cinco sentidos humanos, em outros, não. O campo pode ser físico, tangível ou intangível. Na Gestalt Terapia estudamos as pessoas em seus campos organismo/ambiente. O ambiente do campo organismo/ambiente pode ser uma escola, um comércio, uma família, um casal, um grupo de treinamento, um indivíduo em seu espaço vital(...)

Desta forma, uma situação vivenciada poder ser considerada como uma Gestalt formada por diversos elementos e onde estes elementos estão inter relacionados entre si e este todo – a Gestalt. E, além disso, qualquer movimento ocorrido nesta Gestalt afeta todo o campo. De tal modo, há uma influência tanto da pessoa sobre o campo como do campo sobre a pessoa assim como, a realidade na fenomenologia é uma construção do observador e do observado. Eu e você observamos um mesmo evento de formas diferentes, por lentes distintas. “O que olhamos, como olhamos e o contexto de nossa observação determinam o que observamos” (YONTEF, 1998,

p.197)

A contribuição da Teoria de Campo vista até o momento, nos remete a um dos princípios norteadores da Gestalt-Terapia: o todo é diferente da soma das partes. Este princípio já pode ser encontrado no prefácio da obra fundadora da abordagem gestáltica (1997, p. 36) quando Perls, Hefferline e Goodman discutem as relações entre as totalidades e suas partes “o que contrasta com a suposição anterior de que o todo é meramente a soma total de seus elementos”. Portanto, uma mera modificação no campo, altera toda a sua composição.

Seguimos com o estudo sobre a teoria de Lewin que abordou também comportamento humano. Para tal entendimento, desenvolveu a seguinte fórmula apresentada também por Elídio (apud D’ACRI, LIMA E ORGLER, 2007, p. 210):

$$C = f (P,M)$$

onde o comportamento do indivíduo é representado pela letra (C) que é equivalente a função (f), resultado da interação entre a pessoa (P) e o meio ambiente (M) que a rodeia, o que configura-se como o espaço vital (organismo/ambiente).

AMBIENTE

P(Maria)

Conforme ilustrado acima, há os objetos, pessoas ou situações de *valência positiva* que atraem o indivíduo e os de *valência negativa* que o repelem. A *atração* é a força ou *vetor* dirigido para o objeto, pessoa ou situação; a *repulsa* é a força ou *vetor* que o leva a se afastar do objeto, pessoa ou situação, tentando escapar. (Elídio apud D'ACRI, LIMA E ORGLER, 2007).

Ilustraremos o esquema supracitado: Por exemplo, Maria, cliente sobre a qual falaremos mais adiante, pode ser esquematicamente representada por um campo (círculo). Esta vive em um outro campo maior, constituído pelo seu espaço vital (família, igreja, trabalho) no qual diariamente acontecem situações que a influenciam. No seu espaço vital Maria poderá encontrar locais ou pessoas que não atendam a sua demanda, assim como a mesma pode não dar conta da demanda exigida pelos mesmos. Logo, estes fenômenos (coisas, pessoas ou situações) podem ser representados por forças ou vetores que a cada momento constituem o seu campo e traduzem-se em valências. São forças que possuem uma direção e uma intensidade vividas como tensões que buscarão ser atendidas no meio. Quando lhe trazem a satisfação dos seus desejos e necessidades presentes a valência é considerada positiva, e em caso contrário, quando podem ou ocasionam algum prejuízo são consideradas negativas. Ambas influenciam e são influenciadas no campo e pelo campo.

É importante ressaltar uma observação feita por Yontef (1998), que na teoria de campo tudo é construído conforme as condições do campo e os interesses do percebido. Desta forma o que poderia atrair a atenção de uma pessoa, poderia não ser vantajoso para outra. Por exemplo, enquanto para alguns o elevador é uma comodidade (uma valência positiva), para outros é um obstáculo, uma dificuldade (uma valência negativa). Aproximamos-nos assim de mais um conceito da teoria o *ambiente psicológico* que é o ambiente tal como é percebido e interpretado pelo

indivíduo, diretamente relacionado com as atuais necessidades do mesmo.

Esta movimentação, positiva ou negativa, provoca mudança no campo como um todo, o que torna o campo dinâmico, conforme citado anteriormente. Todas estas observações são focadas no presente e ainda, segundo Lewin (1965, p.32-2, apud D'ACRI, LIMA E ORGLER, p. 210):

De acordo com a teoria de campo, o comportamento não depende nem do passado e nem do futuro, mas do campo presente. (Este campo presente tem uma determinada dimensão de tempo. Inclui 'passado psicológico', o 'presente psicológico', e o 'futuro psicológico' que constituem uma das dimensões do espaço de vida existindo num determinado momento).

Abordamos acima o *princípio da contemporaneidade* da teoria de Lewin que está intimamente relacionado com o *aqui-e-agora* da Gestalt-Terapia. O primeiro afirma que todo evento que gera uma mudança está no presente. O *aqui-e-agora* não é estático ou absoluto, refere-se ao fluxo de tempo do passado para o futuro, em que o presente inclui o recordar (passado) e o antecipar (futuro) e todas as transformações experienciadas neste momento.

A Teoria de Campo fornece suporte teórico para a integração de diversos aspectos do ser humano como o corpo, a mente, as emoções, as interações sociais e os aspectos espirituais e transpessoais. Mais uma vez ilustro com o caso de Maria. Ao recebê-la no consultório, verificamos a entrada de uma pessoa, de suas crenças, modo de ser, de se relacionar, seus vínculos, enfim todo um sistema, formado por sub-sistemas (família de criação, filhos, igreja, entre outros) e que realizam troca através de suas fronteiras, que influenciam e são influenciados uns pelos outros, a cada momento.

Aqui, nos aproximamos de uma importante contribuição citada anteriormente que atravessa toda a abordagem gestáltica que é a visão holística de homem. Visão esta que corrobora o princípio de que o todo é diferente da soma das partes, em que o homem é visto como um ser

biopsicossocial, sempre em interação com seu meio. Ainda, segundo esta visão, não podemos trabalhar a mente e o corpo em separado. Ambos representam o indivíduo. Sendo assim, podemos dizer que qualquer estímulo que atinja este organismo, em qualquer um de seus subsistemas (interpsíquico, intrapsíquico, físico, emocional) necessariamente promoverá mudança em sua unidade total.

Ao escrever este capítulo, observamos que a teoria de campo, complementa o olhar do gestalt-terapeuta, pois estuda o campo, formado pelo indivíduo, o ambiente, a influência de um sobre o outro. Leva-se em conta a relação do homem consigo, com o outro e com o mundo. Percebemos que, em alguns casos, o indivíduo que chega com a queixa de dores no peito ou palpitações, muitas vezes apresenta diversas questões em outras áreas de sua vida. Por exemplo, problemas conjugais ou no trabalho que geram preocupação e estresse excessivo, provocando sintomas físicos, como os apresentados pela Síndrome do Pânico.

Logo, consideramos que a Teoria de Campo enriqueceu muito a Teoria da Gestalt-Terapia e a partir de sua contribuição, o olhar clínico pôde ser ampliado.

2.2 Contato

A palavra “contato” é encontrada em diversos contextos, inclusive sendo utilizada coloquialmente pela sociedade. Quem nunca ouviu: “Entra em contato comigo amanhã pelo telefone!” ou “Quase não vejo o João, perdemos o contato”, entre outras.

Segundo o dicionário a palavra “contato” é definida como:

“1. Estado ou situação dos corpos que se tocam;
2. Comunicação, interação, ou convivência entre pessoas ou grupos; 3. Comunicação, conexão.”
(FERREIRA, 2008, p. 262)

O uso coloquial e irrestrito deste termo pode provocar uma simplificação exacerbada de um dos conceitos mais importantes da Gestalt-Terapia.

“Contato” não é um conceito simples, trata-se de algo dinâmico, processual, ativo, criativo em que há mais de um elemento envolvido.

Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 44) colocam que :

Primordialmente o contato é awareness⁵ da novidade assimilável e comportamento com relação a esta; e rejeição da novidade inassimilável. O que é difuso, sempre o mesmo, ou indiferente, não é um objeto de contato. (...)

Baseado nesta afirmação, percebemos que o contato ocorre entre partes diferentes, que ao se aproximarem trocam, se fundem e posteriormente se transformam.

PHG (1997, p.44-45) prosseguem confirmando o caráter criativo e dinâmico deste conceito:

(...) Ele não pode ser rotineiro, estereotipado ou simplesmente conservador porque tem de enfrentar o novo, uma vez que só este é nutritivo. (...) Por outro lado, o contato não pode aceitar a novidade de forma passiva ou *meramente* se ajustar a ela, porque a novidade tem de ser assimilada. Todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente. Resposta consciente no campo (como orientação e como manipulação) é o instrumento de crescimento no campo. Crescimento é a função da fronteira-de-contato no campo organismo/ambiente;

Entendemos por crescimento a assimilação e metabolização de algo desconhecido, que se torna conhecido modificando o organismo.

⁵ “Awareness é uma forma de experienciar; é o processo de estar em contato vigilante com o evento mais importante do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensório motor, emocional, cognitivo e energético. Um continuum e sem interrupção de awareness leva a um Ah!, a uma percepção imediata da unidade óbvia de elementos díspares no campo. A awareness é sempre acompanhada de formação de gestalt. Totalidades significativas novas são criadas por contato de aware. A awareness é, em si, a integração de um problema. (YONTEF, 1998, p.215)

Ainda em PHG (1957), Fromm e Miller descrevem o contato como o local onde o organismo e ambiente se encontram e se envolvem reciprocamente. Acrescentam que o espaço entre ambos não é um vazio, é neste “entre” que observamos a fronteira-de-contato onde os encontros e afastamentos ocorrem e desta forma promovem o crescimento.

Silveira (apud D'ACRI, LIMA E ORGLER, 2007, p. 59) aponta:

O contato sempre ocorre num limite denominado fronteira de contato. A fronteira de contato une e separa tornando se mais ou menos permeável e, dessa forma, favorece, dificulta ou impede o contato.

Nesta dança de encontros, afastamento e crescimento, observamos, conforme citado anteriormente que o contato é processual. E, para esclarecer esta afirmação, nos voltaremos para divisão inicial de Goodman, em que o contato apresenta quatro fases: o pré-contato; o contato ou tomar contato; o contato pleno ou contato final; e o pós-contato. Em cada fase do ciclo, o organismo funciona de acordo com um modo diferente e o foco de interesse se desloca: “uma nova *figura* – ou ‘Gestalt’ – emerge do fundo e mobiliza a atenção.” (Ginger e Ginger, 1995, p.130)

O *pré-contato* é a fase marcada pelas sensações, em que a percepção e/ou o excitamento corporal são a figura de interesse.

No *contato ou tomar contato* o que se destaca é a ação do organismo. É uma etapa ativa em que o organismo vai enfrentar o meio, através do processo de estabelecimento de contato. Exerce o poder de escolha ou rejeição das possibilidades oferecidas, promovendo uma ação sobre o ambiente.

É o objeto desejado (ou ainda as possibilidades entrevistas) que vai definir a figura, enquanto a excitação do corpo vai se encontrar progressivamente como fundo. Geralmente, essa fase é acompanhada de uma emoção.” (Ginger e Ginger, 1995, p.131)

O *contato final* ou *contato pleno* é o momento em que a troca ocorre, período em que há abertura ou abolição da fronteira-de-contato.

E, finalmente o *pós-contato*, fase da assimilação, favorável ao crescimento. Momento em que as experiências são elaboradas, o ciclo está no final, a Gestalt é fechada e o sujeito torna-se disponível para uma nova experiência.

Sem dúvida contato é um termo de grande complexidade e, obviamente, os processos na vida real não se dão de forma tão simples. Explicitamos o conceito de forma didática, porém encontramos no dia-a-dia, em nosso consultório, inúmeras Gestalts inacabadas, ciclos descontinuados ou ainda problemas na fronteira de contato.

Prosseguindo com o entendimento explicitado, é possível pensar que a Síndrome do Pânico está intimamente ligada ao distúrbio de contato. Muitos que vivem esta síndrome já na primeira fase do contato, no pré-contato, já estão afastados de partes de si mesmo e não se dão conta das necessidades físicas, como por exemplo o cansaço, o prazer corporal, entre outros. Interrompe, não permite que o crescimento ocorra e o novo seja assimilado. O que leva estes sujeitos em sofrimento a uma cristalização, a um enrijecimento na sua forma de lidar com o mundo.

É importante destacar o relato da psiquiatra Silva (2006, p. 62-63):

As pessoas que sofrem de transtorno de pânico não costumam relacionar algum fato ou motivo óbvio que justifique a ocorrência dos primeiros ataques de pânico. No entanto, o que constatamos na prática clínica é que, na grande maioria dos casos, existe, sim, uma ligação com os eventos da vida dessas pessoas... Em uma investigação mais acurada, pudemos observar que esses eventos ou circunstâncias não ocorreram nas últimas

horas, últimos dias ou semanas, mas, sim, entre seis e dezoito meses antes. Em geral, as pessoas com pânico ignoram totalmente essa ligação retrógrada(...)

Notamos assim, que a Síndrome do Pânico pode se configurar também a partir de, e como um distúrbio de contato, um distúrbio na atualização de possibilidades por parte da pessoa. Na medida que alguém não percebe suas demandas, sejam elas físicas ou emocionais, o processo dinâmico de atualização, é paralisado. E é neste momento de não-contato que o sujeito fica vulnerável, podendo acarretar um desequilíbrio o que propicia o aparecimento de sintomas.

Maria vivenciou este processo. Passou por cima de sua história, de seu sofrimento e necessidades algumas vezes. Inicialmente não conectava estes fatores às suas sensações da síndrome do pânico. Quando começou a confiar e a falar sobre suas questões percebeu que seus ataques estavam diminuindo. Não foi fácil, porém extremamente satisfatório.

2.3 O sintoma em Gestalt-Terapia

Ante o fenômeno do adoecer, tomaremos o que se nos apresenta como algo já dado ou aceitaremos o desafio de colocar em questão a sua essência? (Rodrigues, 2006, p. 43)

O homem possui, no seu dia-a-dia, muitas demandas sociais, familiares, profissionais, entre outras. A forma como organiza e estabelece a sua interação com o mundo está intrinsecamente ligada ao seu bem-estar.

Essa interação pessoa-mundo acontece com o que chamamos de auto-regulação organísmica. Todo ser tende à auto-regulação contínua e dinâmica ao longo de toda a sua vida. Como ressalta Perls (1977) toda a vida do ser é caracterizada pela busca de satisfazer suas necessidades, que são muitas e contínuas, num processo homeostático constante. Este processo objetiva então alcançar o melhor acordo possível entre

organismo e meio a cada momento, acordo este que denominamos de *ajustamento criativo*.

Segundo Mendonça (apud D'ACRI, LIMA E ORGLER, 2007, p. 20) o *ajustamento criativo* foi usado por Perls para descrever a natureza do contato que o indivíduo mantém na fronteira organismo/ambiente visando sua auto regulação. O termo “criativo” refere-se ao ajustamento resultante do sistema de contatos intencionais que o indivíduo mantém com seu ambiente. O ajustamento criativo pode ser saudável ou não. Chamamos de saudável aquele ajustamento em que o indivíduo consegue se orientar nas novas circunstâncias, possibilitando uma ação transformadora.

Logo, sob uma perspectiva gestáltica, podemos considerar saudável a pessoa que “se relaciona com o meio enquanto indivíduo único, com vistas à expressão e atendimento de necessidades, mantendo, ao mesmo tempo, uma relação respeitosa com o outro em sua unicidade” (Frazão, 1997, p.67).

Já o funcionamento não saudável, consideramos

(...)um fenômeno interativo que ocorre na fronteira de contato e que se refere à inabilidade de se relacionar criativamente com o meio, relacionando-se, ao invés disso, através de padrões cristalizados e repetitivos, através dos quais a expressão de necessidades é distorcida ou suprimida, com vistas a manter a relação com o outro, por mais artificial ou inautêntica que uma relação deste tipo possa aparecer. (Frazão, 1997, p.69).

Estes padrões, cristalizados e repetitivos, muitas vezes causam sofrimento e como bem nos lembra Rodrigues (2006), Freud já versava sobre as queixas hipocondríacas, frequentemente observáveis nos pacientes, que, não podendo lidar com o absurdo do vazio, preferiam justificar o seu quadro como sendo de ordem orgânica, pois cuidando do corpo, eles têm a possibilidade de neutralizar a falta de sentido com a ilusão de um controle.

Podemos fazer uma analogia ao ajustamento criativo não saudável, a

doença vem para preencher esta falha na relação, este vazio. Muitas vezes é mais fácil e prático tomar uma medicação, cuidar da dor física, do que olhar para si.

A partir disso, é importante ressaltarmos que a Gestalt-Terapia (GT) desconsidera a visão estigmatizada do normal como o indivíduo que se enquadra nas normas sociais já estabelecidas. Assim como a própria noção de doença defendida pela medicina⁶ é questionada, se desejamos refletir sobre os fenômenos que se nos apresentam. A idéia de uma determinada doença, como a doença de pânico, produz restrição, fechamento o que limita o campo de possibilidades e exclui a subjetividade de quem a vivencia.

Nesse sentido, o conceito de saúde na GT é visto como a capacidade adaptativa do indivíduo frente às diversas situações de sua vida, podendo os sintomas serem encarados como tentativa de tais adaptações, em busca do equilíbrio entre as demandas do meio e as necessidades primordiais para o funcionamento do organismo. Portanto, dentro de uma perspectiva gestáltica, saúde e doença não constituem dois opostos, mas sim etapas de um mesmo processo. Como nos aponta Augras (1986, p.10):

A saúde não é um estado, mas um processo, no qual o organismo vai se atualizando conjuntamente com o mundo, transformando-o e atribuindo-lhe significado à medida que ele próprio se transforma. Melhor seria falar de um processo de construção mútua, pois indivíduo e mundo, organismo e meio, coexistem necessariamente... O normal é aquele que supera os conflitos, criando-se dentro de sua liberdade, atendendo igualmente às coações da realidade. Patológico é o momento em que o indivíduo permanece preso à mesma estrutura, sem mudança e sem criação (...).

Nesse sentido, o sintoma - a doença ou o conflito - consiste num esforço que o organismo realiza para tornar a vida mais tolerável, para permitir que

⁶ Não podemos deixar de valorizar a contribuição da medicina, porém, podemos apontar a sua limitação e tendência ao reducionismo.

seja vivida. Todo sintoma tem um sentido, quer dizer alguma coisa sobre aquele sujeito. O que importa para o gestalt-terapeuta é a pessoa, o ser que está doente, em sua forma de ser no mundo, na sua experiência singular ao vivenciar determinados sintomas e não o sintoma em si.

PHG (1997) ao estudar as enfermidades psicossomáticas, discorre sobre a relação do homem com seu corpo e chama a nossa atenção para o que está por trás dos sintomas:

Suponha que ele (homem) tenha muitos motivos para chorar. Todas as vezes em que se emociona até ficar à beira das lágrimas, ele, não obstante, não 'se sente com vontade de chorar', e não chora; isto é porque se habituou, há muito tempo, a não perceber como está inibindo muscularmente essa função e cortando o sentimento ... Em vez disso, ele agora sofre de dores de cabeça, falta de fôlego e até sinusite. (PHG, 1997, p. 78)

A Gestalt-Terapia visa o sujeito como um todo, a partir de suas experiências vividas, sua forma de se relacionar com o mundo, suas crenças e valores. A citação acima retrata a ligação entre diferentes áreas do ser humano: sua experiência, ao apontar o hábito de não perceber a própria inibição muscular; os sintomas, dores de cabeça, falta de fôlego e sinusite; os sentimentos, como a vontade de chorar.

Assim, para falar sobre o diagnóstico e conduta terapêutica do sujeito que sofre Síndrome do Pânico, não podemos deixar de considerar alguns pontos de grande importância para o tratamento, tais como: o contexto de tempo (história do sujeito), espaço em que ele se encontra (família, comunidade, cultura) e a identidade pessoal desse indivíduo. Desta forma, o sintoma não é destacado, objetiva-se encontrar significado, referindo-se a estas pessoas não de forma rotular, mas sim como pessoas que se encontram neste processo.

Deste modo, pensando no conceito de saúde-doença como etapas de um mesmo processo, estabelecer o diagnóstico é:

Identificar em que ponto desse processo se encontra o

indivíduo, detectar as eventuais áreas de parada ou de desordem, e avaliar as suas possibilidades de expansão e criação (Augras, 1986, p.11).

Logo, quando pensamos em pânico, observamos a doença não somente como um conjunto de sintomas a serem eliminados e sim, observamos a pessoa em sofrimento, cujo mesmo pode ser trabalhado, ressignificado e transformado em novas possibilidades.

3. A TERAPIA: UM MOMENTO DE REFLEXÃO

Tanto na arte como na terapia se manifesta a capacidade humana de perceber, figurar e reconfigurar suas relações consigo, com os outros e com o mundo, retirando a experiência humana da corrente rotineira e por vezes automática do cotidiano, colocando-a sob luzes novas, estabelecendo novas relações entre seus elementos, misturando o velho com o novo, o conhecido com o sonhado, o temido com o vislumbrado, trazendo assim novas integrações, possibilidades e crescimento. Esta afirmação da centelha de divino em cada um de nós, esta fé na capacidade humana de ser o artista de sua própria existência, ou, nas palavras de Paulo Coelho “o alquimista de sua própria vida”, está encunhada no pensamento

gestáltico(...)a Gestalt- Terapia concebe então o indivíduo como um ser relacional, como um ser em processo, afirmando a indivisibilidade do campo organismo-meio, onde ambas as partes do sistema crescem e se desenvolvem numa relação de troca. (Ciornai, 1990, p.1)

Chegamos ao consultório, para mais um dia de trabalho. A sala de espera, com pessoas conhecidas e outras aguardando a sua primeira sessão. Há algo em comum que as unem naquele local. São pessoas que vivenciam algum tipo de incômodo, que estão sofrendo, reconhecem que algo não está “legal”. Verdades e atitudes antes inabaláveis começam a ser questionadas e muitas vezes após inúmeras buscas, batem à nossa porta atrás de soluções e respostas.

Neste novo encontro, são compartilhados pensamentos, sentimentos, medos, angústias e diversas outras questões que serão divididas nesta relação única do cliente com seu terapeuta.

Alguns destes encontros foram vivenciados na clínica social do IGT. Cada um, com sua singularidade, com sua história. Optamos por citar neste trabalho, trechos da nossa experiência com clientes que vivenciaram a Síndrome do Pânico e de forma mais profunda, mergulhar na história de uma cliente em especial, a qual chamaremos de Maria.

Estes pacientes atendidos por nós, chegaram ao IGT com uma circulação no espaço muito limitada. Maria mal conseguia entrar no metrô cheio e quando vinha, passava mal. Sentia um cansaço extremo, não conseguia assistir televisão, pois as cenas de violência provocavam o mal estar. Descrevia as crises, como uma dormência em parte do corpo, taquicardia, falta de ar, entre outros. Sr X ficava trêmulo e gelado ao entrar no elevador, principalmente sozinho. Em outros ambientes, muitas vezes tinha insônia, às vezes não conseguia dirigir com medo de passar mal.

Ambos buscaram alguns serviços médicos, devido aos sintomas corporais apresentados, e recebiam os exames perfeitos. Ou seja, sem nenhuma causa orgânica para o que sentiam.

A primeira iniciou o atendimento individual, permanecendo em terapia durante um ano. Ele fez terapia de grupo, com algumas sessões solicitadas pelo mesmo de atendimento individual, onde pôde relatar fatos que o constrangiam na presença de outros, mas que com o tempo, pôde compartilhar.

Tanto ela, quanto ele são pessoas extremamente generosas, prestativas e, apesar de cada um ter a sua história, ambos reprimiam sentimentos próprios, desejos, e necessidades físicas em prol do outro. Escolhemos uma das duas histórias, simplesmente pelo fato de que desta forma poderemos explorar com mais riqueza o trabalho realizado. A seguir,

detalharemos um pouco mais a história de Maria.

Maria, casada, com quatro filhos, sempre trabalhou. Conta que era tudo ótimo, até o nascimento dos filhos, quando as coisas começaram a mudar.

Quando o filho mais velho tinha 13 anos o marido parou de contribuir financeiramente com os gastos do rapaz. O menino chegou a usar roupas da mãe e Maria tentou suprir isso. Alguns anos depois, planejaram construir uma casa maior para abrigar a família toda com maior conforto. Conseguiram um terreno próximo e começaram a construir. Ao ficar pronta, seu marido se recusou a mudar. Maria passou a viver em duas casas: cuidava da casa menor onde o marido ficou com a filha e da casa maior onde foi morar com os outros filhos. Isto gerou muitos conflitos, brigas entre os filhos e o marido, culpa por ter sempre que deixar uma casa, entre outros desconfortos. Com a sua “bandeirinha branca”(sic), Maria estava pronta para selar a paz. Até que os sintomas começaram a aparecer e não havia uma causa específica.

Durante algum tempo no processo terapêutico, observamos as sensações presentes, em que momentos as crises de pânico eram mais fortes, quando aconteciam e se algo era alterado.

Inicialmente, Maria contava seus conflitos sem muita emoção. Passou a perceber o quanto tentava ficar distante de algo que era tão doloroso e tão difícil. Notou que as crises eram mais frequentes e intensas nas semanas em que os conflitos eram mais fortes ou em semanas nas quais tinha que se desdobrar entre duas casas, trabalho, igreja.

É importante lembrar que Maria era religiosa, Testemunha de Jeová, e que se dedicava cumprindo metas e respeitando todos os preceitos estabelecidos, referentes inclusive ao matrimônio.

Começamos a observar que, seu corpo, suas emoções, relacionamentos, ambiente, família, entre outros estavam

extremamente conectados. Uma alteração em qualquer destas áreas, afetava a outra.

Um dia, Maria se emociona, dizendo que planejou tudo para tornar a história diferente, formar uma família unida e não deu certo. Afirma que não gosta disso. Inclusive, fala da possibilidade de se separar, de arrumar outra pessoa. Diz que se preocupa com o marido, que tem carinho e que no fundo deseja que alguém cuide dele. Desta forma, não poderia se divorciar, pois a bíblia diz que o bom marido é aquele que supri e ele não deixa que nada lhe falte. Este é mais um conflito, se ele não encontrar outra pessoa, ela também não poderá.

A partir deste trecho, notamos quantas demandas pessoais eram sufocadas por Maria. Dificilmente ela compartilhava suas emoções com os filhos, amigos e o marido. O desejo, os sonhos, estavam de lado, em prol de uma tentativa de equilíbrio que segundo ela, estava indo além de seus limites. Que havia deixado de lado a vaidade, o seu cansaço, o lazer.

Ao aparecerem os sintomas da Síndrome do Pânico e após uma busca exaustiva por um diagnóstico orgânico para seu sofrimento, Maria pára e inicia o seu processo terapêutico. Começa a conhecer os seus limites físicos e emocionais a partir de uma melhor compreensão da forma como lidava consigo, desenvolvendo condições de cuidar deles. E, concede a si mesma uma nova oportunidade de crescimento.

Após um breve relato sobre um fragmento de sua história, podemos olhar mais a fundo quão ricos eram os nossos encontros. Calejada, Maria chegava ao consultório esperando uma resposta. Um nome, algo que pudesse definir o que sentia. Porém, deparou-se comigo, gestalt-terapeuta, a aguardando. Cada sessão era um novo encontro.

Minha postura, de não esperar a paciente com Síndrome do Pânico, e sim a Maria, fazia toda diferença. Um atendimento em especial, me chamou muito a atenção: Maria chegou em crise: mãos suadas e trêmulas, coração palpitando, uma sensação enorme de morte iminente. Convidei-a para

entrar e pedi que sentasse e observasse o que estava sentindo, sua respiração, suas emoções e que quando se sentisse confortável, poderia começar a trocar comigo. Foi lindo ver, como Maria ficou relaxada ao perceber que não seria rodeada de muitas perguntas e que simplesmente poderia ser ela mesma naquele espaço. Pude recebê-la, naquele momento único, de forma única, onde tudo que estávamos vivendo era novo, inesperado.

Como ela estava se sentindo era o mais importante naquele momento do que o porquê estava sentindo aquilo. Olhávamos para o que estava acontecendo, para o fenômeno de forma direta, sem uma expectativa *a priori*. Foi quando começou a relatar todas as suas sensações e também falar sobre tudo que estava vivenciando de forma intensa nos últimos tempos. Esta não foi a única sessão que Maria chegou neste estado. Com o tempo pôde perceber em que momentos suas crises eram mais frequentes ou mais fortes e aos poucos entrar em contato com sua história e entrar em contato com a forma pela qual estava vivenciando tudo. Sua dor, seu cansaço, sua tristeza e sentimentos de preocupação e decepção, passavam despercebidos.

Podemos observar que com a crise de pânico, em função do sofrimento intenso, o indivíduo pára um pouco com o automatismo das atividades cotidianas o que com frequência pode levar a um momento de reflexão e de abertura.

Conforme tratado no primeiro capítulo, alguns sintomas da Síndrome do Pânico se dão no corpo. Assim como apresentamos limitações e resistências ao contatar o mundo, notamos esta manifestação em nosso corpo também.

No trabalho terapêutico, não podemos ignorar os sinais que o corpo nos dá, é importante trabalhá-lo. Rodrigues (2000) enfatiza que a emoção é algo que se manifesta corporalmente, produzindo descargas hormonais, alterando nossos batimentos cardíacos, insuflando nossos pulmões. Ao reprimí-la ou controlá-la, é necessário um esforço extra. O descontrole,

termo frequentemente relacionado ao ataque de pânico, muitas vezes é visto como algo pejorativo. Porém, na Gestalt-Terapia utilizamos o conhecimento que este “descontrole” traz para ampliar a *awareness* do indivíduo.

A *awareness* é um evento sensorial, que ocorre aqui-e agora, mas inclui recordar e antecipar ... É bom método gestalt-terapêutico falar sobre o passado, quando falar sobre o passado é a figura de interesse no presente, e parte do funcionamento ativo e atual. Não falar do passado, quando isto é necessário no presente, é tão disfuncional quanto falar do passado para evitar algum aspecto do presente(...)

Algumas vezes, o conceito aqui-e-agora da Gestalt Terapia foi e é distorcido na prática ou na discussão sobre a teoria. Na formulação teórica, o passado e o futuro, o que aconteceu e o que está sendo previsto, aquilo que do passado não se encerrou no presente, e o que é desejado no futuro, são todos parte do aqui-e-agora. (Yontef, 1998, p. 199)

No trabalho com Maria foi de extrema importância valorizar este tão falado “aqui-e-agora”. Através da sua história, tocamos em questões de um passado remoto que ainda estavam em aberto, trabalhamos questões futuras (como o sonho de ainda unir sua família) que mobilizavam muita energia no presente. Ratificando o olhar da teoria de campo, verificamos a importância de considerar a cliente como um todo: sua história, sua família, suas emoções e seu ambiente. Separar cada área nos impediria de estar por inteiro neste processo.

Após um ano de terapia, o atendimento foi interrompido pela formação da terapeuta. Era notável o crescimento de Maria e esta comunicou que se sentia bem melhor e que estava conseguindo dividir mais, delegar mais. Neste período, Maria que vinha tendo crises diárias, passou a ter crises de forma mais esporádica, chegando a ter um espaçamento mensal. Alterou algumas áreas de sua vida, reconheceu a demanda de continuar e recebeu

a indicação da terapia de grupo. Foi notável que aqueles sintomas que a levaram a buscar uma ajuda especializada, começaram a diminuir na medida em que entramos em contato com o que eles tinham a nos ensinar.

Através da apresentação deste caso, analisamos a contribuição da Gestalt Terapia para o processo de crescimento dos clientes. A “teoria de campo”, amplia o nosso olhar. O “contato”, área onde o organismo e ambiente se encontram, promove o crescimento. O “Sintoma”- podemos aprender muito de nós através dele.

Percebemos que cada caso é muito singular e que a terapia é uma ferramenta que ajuda o indivíduo a enxergar novas saídas, a experimentar novas formas de ação no mundo. É um processo, uma construção pessoal que tem como ponto de partida facilitar a percepção das necessidades pessoais, familiares, afetivas, profissionais de quem busca ajuda. O trabalho psicoterapêutico é caracterizado pela possibilidade de rever situações desconfortáveis na vida e a partir desse ponto buscar novas formas de vivenciar essas situações.

Foi extremamente gratificante estabelecer uma relação terapêutica com Maria que chegou em grande sofrimento e hoje consegue vislumbrar um outro estilo de vida.

Percebemos, então, que o homem atual, cercado de demandas e cobranças por todos os lados, vive, isto é, trabalha, estuda, ama, se alimenta, sem que muitas vezes perceba sua própria existência. Não percebe as escolhas que faz, não se responsabiliza por elas em alguns momentos, não se atenta para os seus próprios limites físicos, morais, espirituais (por exemplo, Maria). Não se apropria de certa parte de si mesmo, o que possibilita o aparecimento de sintomas tão sofridos e paralisantes.

O estudo realizado sobre a abordagem escolhida e a nossa experiência no consultório corroboraram para eficácia do atendimento terapêutico gestáltico com pessoas que sofrem da Síndrome do Pânico.

Então, a reflexão que tanto batia à nossa porta- “o que fazer quando nos são relatadas as chamadas ‘crises de pânico’”? – foi vivenciada, observada e discutida.

Observamos que inicialmente, devemos ouvir atentamente o que o cliente nos traz. Qual o seu sofrimento, o que lhe trouxe ao nosso encontro e claro, quem é essa pessoa em sofrimento que chegou ao nosso consultório. Confesso que é muito tentador objetivar o quadro e dar respostas e exercícios que ofereçam um alívio imediato dos sintomas, porém como gestalt-terapeuta, é preciso estar com o cliente por inteiro, sem enquadrá-lo em categorias.

Em especial, no caso da Síndrome do Pânico, aliando a teoria com nossa experiência, observamos a necessidade de estar muitas vezes com o sintoma, com o intuito de que a pessoa em sofrimento possa aprender com ele e com ela mesma. Isto não significa trabalhar somente com a remissão de sintomas, mas utilizá-los como um aliado para aprendizagem individual e compreender o que diz daquela pessoa. Quando falamos acima “deixar um pouco o conhecimento e pré-determinações da Síndrome do Pânico”, queremos dizer sobre não dar fórmulas prescritas para lidar com esta ou outra síndrome qualquer, e sim permitir-se compreender quem é a pessoa que chega até você.

O modo como a Gestalt-Terapia vê o sintoma, a saúde e/ou a doença é muito peculiar e muito rico. Nós, seres humanos somos seres em constante crescimento e desenvolvimento. Saúde e doença são considerados partes de um mesmo processo. O sintoma nos diz algo sobre aquele indivíduo. Aparece como a forma atual que o indivíduo tem de lidar com suas questões, tornando a vida mais tolerável. Ou até mesmo, convidando este sujeito a olhar um pouco mais para si. Por exemplo, quando Maria passava mal, era o momento em que podia se desligar, fugir daquela realidade e ser cuidada. Porém, isto vinha com um grande sofrimento que a paralisava e que a levou a buscar ajuda.

Todo o exposto nos leva a pergunta: Como superar o Transtorno de Pânico? Há uma resposta? Há uma fórmula?

Ao longo do trabalho, compreendemos que a síndrome representa um desequilíbrio vivenciado pelo indivíduo, observamos que o acompanhamento psicológico, promove uma ampliação do auto-conhecimento através do qual a pessoa tem a possibilidade de se observar e desenvolver novas formas de lidar com as situações geradoras de sofrimento. Conforme o aprendizado é adquirido, o indivíduo consegue buscar novas estratégias de vida e naturalmente consegue superar o quadro. Observamos assim, que com a terapia o sujeito aperfeiçoará seus recursos internos para saída do quadro e junto à sua melhora, o indivíduo apresenta transformações biopsicossociais, que influenciam positivamente a sua vida como um todo.

Diante de tudo que foi exposto, podemos concluir que lidar com o transtorno de pânico não é tão simples como pode parecer à primeira vista. Mesmo que o nosso cliente apresente os diversos sintomas que representam a síndrome, há a necessidade de afastarmos qualquer possibilidade de doença física (solicitando a realização de exames, por exemplo) e de nos aproximarmos daquele que nos procuram.

Logo, o gestalt-terapeuta acompanha seu cliente como facilitador no auto conhecimento. Desta forma, o cliente aprende com seus próprios sintomas com o intuito de que estes possam ser superados ou que o cliente crie condições de modificar seu contexto, ou ainda, aprenda a conviver com o mesmo sem perder o equilíbrio.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao escrever esta monografia, foi possível ampliar muito o olhar sobre a Síndrome do Pânico. Claro, não esgotamos o tema, mas muito nos enriqueceu poder estudá-la através da Gestalt-Terapia.

Este estudo influenciou minha postura diante de todos clientes não só dos

que sofrem da Síndrome do Pânico, mas todos aqueles em sofrimento. Influenciou minha postura diante da vida, em que respeitar a singularidade do outro, tornou-se mais que fundamental. É importante destacar que Maria, caso clínico apresentado foi de fundamental importância. Com ela, pude observar na prática tudo que estudamos nesta abordagem.

Através do desenvolvimento deste trabalho, verificamos que na Gestalt Terapia, a saúde implica em um reconhecimento da capacidade do indivíduo em manter-se em contato com seu meio, suas necessidades físicas e emocionais. Implica em movimento para o contato, para as trocas, para o crescimento.

“Contato”, na forma como é abordado pela GT, foi o conceito que ficou em maior evidência ao longo de todo o trabalho.

Percebi, ainda, como temos a necessidade de investigar mais a fundo a resposta gestáltica em relação às pessoas que vivenciam uma urgência na remissão de sintomas e que quando conseguem um certo alívio, deixam de estar interessadas no aprendizado que aquele quadro (sintoma ou conjunto de sintomas) pode trazer.

Através das leituras e da minha experiência atual, noto uma tendência das pessoas em não se cuidar e quando os sintomas diminuem, algumas começam a faltar e até mesmo interrompem o tratamento, não investigando a fundo suas questões. Aliás, este seria um lindo tema para um próximo trabalho.

Não posso deixar de acrescentar minha percepção no que diz respeito a falta de material escrito na GT sobre o tema. O gestalt-terapeuta tem tanto para produzir, e a abordagem, tanto para enriquecer, mas ao mesmo tempo é tão pouco explorada. Fica uma incógnita, pois por mais que observe isso, também vivo esta dificuldade na produção textual, diferentemente da clínica, da qual não me distancio mais.

Enfim, apesar das dificuldades encontradas e vividas, é com muita gratificação que concluo esta monografia. Como sempre brinco com meu

orientador, esta monografia é para mim o equivalente a uma gestação: muita novidade, alegria, dificuldades em alguns momentos, muito aprendizado e, hoje, com o seu nascimento a observo como um lindo trabalho: especial, construtivo e que tem muitos caminhos para desenvolver.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, L. **Terapia com Crianças: teoria e prática**. São Paulo: Livro Pleno, 2005.

ANDRADE, L. H. S. G., Lotufo-Neto, F., Gentil, V., Maciel, L. M. A., Shavitt, R. G., & Bernick, M. A. (1997). Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos. In: V. Gentil, F. Lotufo-Neto & M. A. Bernick. **Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN** (3a. ed., pp.37-53). São Paulo: Universidade de São Paulo.

AUGRAS, Monique. **O ser da compreensão: fenomenologia da situação de psicodiagnóstico**. Petrópolis: Vozes, 1996 – capítulo 1, Por que não fenomenologia? (pág.7 a 17).

CIORNAI, SELMA. **Em que acreditamos?** Disponível na internet: <http://www.gestaltsp.com.br/o-que-e-gestalt/textos-sobre-gestalt/em-qu-e-acreditamos> Acesso em: 20 de jul. 2011

D'ACRI, Gladys, LIMA, Patrícia, ORGLER, Sheila. **Dicionário de Gestalt Terapia: “Gestaltês”**. São Paulo: Summus, 2007.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas. Sul, 2000.

FERREIRA, Aurélio B.H. **Miniaurélio: O dicionário da língua portuguesa**. – 7ª ed – Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da – **Gestalt-terapia Fenomenológico Existencial**. Maceió, 2005. Disponível na internet: <http://blogdoafonseca.blogspot.com> Acesso em: 05 de mar. 2009.

FRAZÃO, L.C.. **Funcionamento saudável e não saudável enquanto fenômenos interativos**. *Revista do III Encontro Goiano de Gestalt Terapia*, Ano 3, 1997.

FRAZÃO, Lilian Meyer. **Doença, Saúde e Cura In:** Gladys D’Acri; Patrícia Lima; Sheila Orgler. *Dicionário de Gestalt-Terapia: “Gestaltês”*. São Paulo: Summus, 2007.

GINGER, Serge e Anne. **Gestalt: Uma Terapia do Contato**. São Paulo: Summus, 1995.

http://pt.wikipedia.org/wiki/Kurt_Lewin Acesso: em 20 de julho 2011

LIMA, Patrícia. **Teoria Organísmica**. Disponível na internet: <http://www.igt.psc.br/ojs/viewissue.php?id=4#Artigos> Acesso em: 13 de mar. 2009.

Revista IGT na Rede, v. 10, nº 18, 2013, p.146-186 DOI **10.5281/zenodo.15042738**

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

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul.

Gestalt-Terapia. São Paulo: Summus, 1997.

POLSTER, M. E POLSTER, E. – **Gestalt terapia integrada.** Belo Horizonte: Interivros, 1979 – capítulo 4 , O comércio da resistência (pág 78 a 99)

RODRIGUES, Hugo Elidio. **Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

RODRIGUES, Joelson Tavares. **Terror, Medo, Pânico. Manifestações da Angústia no Contemporâneo.** Rio de Janeiro: 7 letras, 2006.

SAVIOLI, Roque Marcos. **Não entre em Pânico!** São Paulo: Gaia, 2007.

SILVA, Ana Beatriz B. Silva. **Mentes com medo: da Compreensão à Superação.** São Paulo: Integrare Editora, 2006.

SILVA, Marcelo Pinheiro da. **A Clínica da Síndrome do Pânico.**

Disponível na internet:

<http://www.igt.psc.br/ojs/viewarticle.php?id=32&layout=html> Acesso em: 20 de mar. 2009.

SILVEIRA, Teresinha Mello da. **Resistência e Evitação In:** Gladys D'Acri; Patrícia Lima; Sheila Orgler. *Dicionário de Gestalt-Terapia: "Gestaltês".* São Paulo: Summus, 2007.

YONTEF, Gary M. **Processo, Diálogo e Awareness.** São Paulo: Summus 1998.

Endereço para correspondência

Ana Maya Szuchmacher El Mann

E-mail: ana.maya@yahoo.com.br

Recebido:29/04/2013

Aprovado em:06/06/2013

