

ARTIGO

A construção do self-support e do contato por linhas quebradas em Gestalt-terapia

The construction of the self-support and the contact, by broken lines, in gestalt-therapy

Miro Leopoldo Reckziegel*

PUC-RS

RESUMO

Apresento o relato de uma psicoterapia, no referencial teórico da Gestalt-terapia, de um estudante de 24 anos. O processo iniciou na clínica, migrou para o lar, e do lar retornou à clínica, atravessado por uma doença, seguida por uma cirurgia, a convalescença e fechando o processo com uma nova cirurgia. No desenvolvimento do processo foi respeitada a realidade do cliente, tendo como foco principal sua pessoa, a construção do *self-support*, o aumento do contato consigo mesmo e a otimização do seu potencial.

Palavras-chave: Gestalt-terapia, processo, *self-support*, contato, potencialidade.

ABSTRACT

I present a relate of a psychotherapeutics referring on Gestalt Therapy of a student, aged 24. The process begins in the clinic, migrating to home, and then coming back to the clinic, crossing a sickness, later a surgery, a convalescence and closing by a new surgery. In the development of the process was respecting the client's reality and having the person as main focus, the building of the self-support, the increase of contact with himself and the optimizing of his potentiality.

Keywords: Gestalt-therapy, process, self-support, contact, potentiality.

INTRODUÇÃO

Revista IGT na Rede, v. 3, nº 5, 2006, p.1-10 DOI **10.5281/zenodo.14903301**

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

Falar em psicoterapia, habitualmente nos faz pensar em consultório, *setting*, começo, desenvolvimento e alta do cliente. Você já imaginou que um processo

semelhante pode ser feito fora dos moldes habituais, mediante a migração do *setting*, saindo do consultório, passando pela residência do paciente e retornando à clínica? Pois este relato conta como se deu um processo terapêutico com a quebra dessa linha, atravessado por uma doença grave que o cliente teve que administrar, com a ajuda da psicoterapia.

O processo psicoterápico

A presente experiência aconteceu durante o meu estágio em Psicologia Clínica do curso de graduação na Faculdade de Psicologia da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, ao longo do primeiro semestre de 2004. O estágio ocorreu na Clínica *Gestalt* – Instituto de Psicologia do Rio Grande do Sul. Primeiramente relato, forma linear, a psicoterapia e num segundo momento faço alguns comentários e correlações com alguns pontos da Gestalt-terapia¹, referencial teórico dessa experiência. Eduardo² é um universitário de 24 anos. Frequenta a Faculdade de História, numa universidade particular de Porto Alegre. Foi indicado pela Supervisora do Estágio, a pedido da irmã do cliente. A queixa é que Eduardo é um jovem retraído, de pouca iniciativa, fechado sobre si mesmo, não tem namorada nem amigos. Passa muito tempo em casa, de tempos em tempos entra em depressão, e quando está assim fica inerte, sem energia e nem vontade de fazer alguma coisa.

No dia marcado para a primeira sessão, ao chegar à Clínica, alguns minutos antes da hora marcada, a mãe e o Eduardo já me esperavam. Ao cumprimentá-los, na entrada do prédio, tive a impressão de que a mãe era a avó do rapaz, por seu semblante envelhecido, magro e pálido. Subimos, Eduardo e eu, juntos pelo elevador e tentei conversar com ele, mas só me respondia por monossílabos.

A impressão que Eduardo me transmitiu é um jovem retraído, de pouca iniciativa, com medo de se expor e dependente. Aparenta ser muito passivo, agressividade reprimida, de poucos interesses, fechado sobre si mesmo e com poucas relações sociais e amigos.

Na história familiar, relatou que o pai é aposentado por motivo de doença. Está separado da mãe faz dois anos, mora numa pensão e a mãe é professora aposentada. Não participam de nenhum outro grupo social, religioso ou político. O lazer do Eduardo consiste em caminhar pelo parque central da cidade, às vezes na companhia do pai, jogar futebol com ele, ou passear no *Shopping*.

A sua vida escolar transcorreu normal, aplicando-se e colaborando com os professores e colegas. Teve que repetir a terceira série, que o fez trocar de escola. Fez três vestibulares na Universidade Federal sem obter êxito. No primeiro vestibular na universidade particular foi classificado para o curso de História porque havia poucos candidatos por vaga. Pretende lecionar um dia, principalmente em Cursinhos e Colégios particulares.

Na primeira sessão de terapia senti-o muito tenso, falava frases curtas, o pensamento era truncado e, a todo momento, tive que pedir para falar um pouco mais sobre o assunto que trazia. Foi uma sessão cansativa e bastante monótona porque seu tom de voz tem poucas modulações.

Três dias após o primeiro encontro de terapia fui informado de que Eduardo sentia fortes dores abdominais e na consulta médica constatou-se uma obstrução intestinal. Passados três dias, o médico internou-o no hospital e no domingo, às pressas, foi submetido a uma colostomia que interrompeu o fluxo normal do

intestino e o desviou para uma bolsa externa. Correu risco de vida, mas se recuperou rapidamente e numa semana recebeu alta. Trancou o curso universitário, permanecendo a maior parte do tempo em casa, entre a cama, uma cadeira e pequenas caminhadas pelo corredor do prédio.

Por sentir-se muito inseguro e incômodo com a bolsa presa ao ventre, não quis sair de casa após a cirurgia. Em concordância com os terapeutas supervisores da Clínica, propus-me a atendê-lo em casa, até o momento em que se sentisse mais seguro para retornar à Clínica. Na semana seguinte iniciei o atendimento a domicílio. Essa foi a primeira linha quebrada no seu processo terapêutico.

Nesses três meses do atendimento a domicílio, algumas sessões não aconteceram por se encontrar “em baixa”, como costumava nomear seus estados depressivos, cancelando a sessão. Notou-se um avanço na busca de se apoiar em si mesmo, ter mais contato com seus sentimentos e um despertar para a leitura como forma de se preparar para o retorno às aulas, após sua recuperação total.

Nas últimas sessões desse período, o assunto da volta à clínica entrava em todos os encontros e quando ele se sentiu em condições de tomar um táxi, voltou à clínica. Esta foi a segunda linha quebrada no seu processo terapêutico.

De volta à clínica, significando uma grande vitória, como ele mesmo a classificou, Eduardo passou a sentir-se mais confiante e suas iniciativas, em vista de um maior contato consigo mesmo e retomada do controle de sua vida, foram crescendo a olhos vistos. Propôs-se a fazer leituras mais freqüentes, crescer na acolhida e expressão controlada das emoções. Refez seu horário, definiu o que faria em cada momento do dia, a fim de se preparar para o período pós-cirurgia de recomposição do intestino, quando pretende voltar à vida normal de estudo, lazer e trabalho. E em cada encontro trazia seus progressos e também seus momentos de recaída na depressão, que ele passou a chamar de momentos nostálgicos, quando voltava a pensar “bobagens”, a sentir medos, tais como ter que retornar ao hospital ou que algo desse errado na sua recuperação.

E após muitas sessões, pela primeira vez, adiantou-se na cadeira, estendeu-me a mão e agradeceu pela oportunidade de poder falar aquilo que o estava fazendo sofrer. Correspondi ao seu gesto, dando-lhe um forte aperto de mão. Seu rosto estava radiante. E algumas lágrimas rolaram. Transpareceu nessa atitude o crescimento em espontaneidade, em contato consigo mesmo e comigo, terapeuta, e de ele mesmo ser seu suporte, expressando o que sentira e tomando iniciativa de me apertar a mão. Transpareceu também que o vínculo está se fortalecendo. Saiu aliviado e muito agradecido por ter conseguido falar o que lhe causava preocupação.

Frente à nova cirurgia de reconstituição do intestino, que ocorreu no decorrer dos próximos meses, estava confiante. Estribado nas palavras do médico e no amparo que recebeu dos familiares, esperava ser uma intervenção mais rápida e menos perigosa que a primeira. E o período de convalescença mais breve. Isso o deixava mais tranqüilo e confiante no sucesso da mesma. Foi nessa expectativa que o passei ao terapeuta substituto porque meu Estágio Clínico havia chegado ao término. Naquele momento Eduardo retomou sua rotina e voltou à Universidade.

Reflexões sobre alguns pontos do processo

Convido o leitor a lançar um novo olhar sobre o relato e acompanhar-me em algumas reflexões sobre certos pontos da psicoterapia, à luz do referencial teórico da Gestalt-terapia. Nas notas, ao final do artigo, o leitor encontra o conceito ou o princípio básico que fundamenta o aspecto comentado no texto. O primeiro recorte é a questão da saúde do Eduardo. A crise intestinal surgiu logo após a primeira sessão psicoterápica. Entender o seu mecanismo na totalidade do ser é uma preocupação constante do processo psicoterápico. Segundo Ribeiro (1997), a doença implica a perda da totalidade do organismo, uma necessidade não satisfeita. A doença é relacional. Ela não pode ser considerada sozinha, mas sempre em relação ao todo da pessoa dele e ao campo total em que ela se manifestou. A doença foi um processo que se manifestou na vida do Eduardo e parece estar ligada ao princípio do aqui e agora³. Ele teve dificuldades para focalizar essa nova experiência em sua vida, qual seja, a psicoterapia. Por seu estilo fechado, retraído e com tendência de “guardar tudo”, percebe-se, de um momento a outro, colocado diante de um terapeuta estranho e ao qual precisava falar de suas coisas, realidade nunca enfrentada antes. Devido à aparente pouca consciência dos seus movimentos internos, também teve dificuldades para falar deles ao terapeuta. Nas sessões seguintes, um dos focos foi ajudar o cliente a entender esse momento e buscar outras defesas para se proteger que não a doença. Essa situação pode ser iluminada pela frase de Fritz Perls: “Eu não tenho um coração doente, eu sou um coração doente”. Na psicoterapia procurei ver o cliente como um todo⁴, considerar mais as potencialidades do que suas fraquezas. A saúde mantém o contato, e conservar um bom nível de contato é sinal de boa saúde. Com a crise, Eduardo perdeu contato e como consequência, sua capacidade de diálogo. Esta requer da pessoa, pelo menos quatro condições: abertura, reciprocidade, presença e responsabilidade. Com a doença foi prejudicado, perdendo o contato e por decorrência, a saúde. A totalidade corporal ficou comprometida porque algumas dessas condições foram perdidas.

O cliente perdeu contato com um ou mais campos do seu espaço vital, que parecem ser os campos psicoemocional e socioambiental. A doença o levou a um estado de apatia, pessimismo e prostração afetivo-emocional. Voltou ao estado de “bebê” dependente e impotente. Perdeu a autonomia, a liberdade e o poder de gerenciar sua vida, isto é, seu *self-support*⁵. Nem aos familiares contou o que sentiu, segurando sua angústia durante uma semana. Depois teve que “explodir”, segundo sua expressão, por meio de um ataque de choro, como forma de reduzir a pressão e aliviar a dor. Parece ser o jeito como vinha lidando com suas emoções, isto é, a perda da espontaneidade e que o levaram à obstrução intestinal, possível representação de sua “obstrução” emocional.

Outra perda que a doença lhe trouxe foi em relação ao mundo social. Não se comunicou mais com ninguém, deixou de ir à rua, à faculdade, ao parque e ao *Shopping*. Ficou confinado em casa e nem visita de amigos e colegas teve. Isolou-se e passava a maior parte do tempo deitado, com poucas leituras de livros e jornais, e no início nem via o noticiário na TV. A perda do contato com o social.

O segundo recorte que comento é o primeiro encontro no apartamento da família. Foi “longo” para ele e para mim. Perguntado se queria falar um pouco da experiência de ser operado, de forma bastante truncada e com muitas paradas, contou o que aconteceu. “Ah, foi uma coisa muito difícil. Nunca tinha sido operado antes e nunca precisei ficar internado. Foi muito difícil, muito rápido. Senti medo.

Então resolvi encarar. Graças à ajuda de Deus e à força de vontade, consegui vencer” (*sic*). Transpareceu aqui a debilidade do contato⁶ que estabelece consigo mesmo. Ouvindo o seu relato, uma pergunta surgiu em minha mente: qual é o significado desta doença neste momento da vida do cliente? Segundo Delhlesen e Dahlke (1998), toda doença é como uma tentativa do organismo de ser ouvido, decifrado e compreendido, trazendo um novo aprendizado sobre si mesmo. A sabedoria do organismo elege uma parte do seu todo para revelar algo de si. No decorrer do processo terapêutico com o Eduardo tentei ajudá-lo a se ouvir, decifrar esse sinal que o organismo lhe deu e assim aprender um pouco mais sobre si mesmo, sobre suas potencialidades e desenvolver ajustes criativos.

Outro elemento importante é a presença do pai na vida do Eduardo. Este apenas foi citado mais adiante e no início parecia significar pouco para ele. Contou também que o pai tem momentos eufóricos e quando está assim, ele se torna chato e discute muito com os familiares. Ele não gosta quando o pai atua assim. Assim como não se referia ao pai nas falas, também não citava a mim. E o fato de não me nomear pode significar que nossa aliança terapêutica ainda era fraca ou não se deu conta de que entrou uma outra pessoa no seu mundo referencial. Isso pode ser sinal de sua dificuldade em dar-se conta dos laços que estabelece ou por sua demora para se ligar em alguém, por continuar dependente da mãe. Esta parece ser uma *Gestalt* aberta⁷ em sua vida onde precisa investir mais para fechá-la.

Um outro aspecto do processo é sua dificuldade em trazer o conteúdo, apesar de refazer mais de uma vez o contrato com ele. Olhar para frente, imaginar o futuro, sonhar, aprender com a experiência, tudo muito devagar. Perguntei o que pretende fazer depois de recuperado e reconstituído o intestino. Respondeu que deseja recuperar-se o melhor possível, acreditar mais em si e não mais guardar as coisas só para si, não ficar triste nem atrapalhar a recuperação. E mais adiante, submeter-se à cirurgia de reconstituição do intestino. Pelo tipo das respostas, poucos sonhos, aspirações e fantasias, deram-me a impressão de que Eduardo estava começando a crescer em consciência de sua realidade⁸ e em contato consigo mesmo⁹. Aparenta ainda ter pouco *insight* sobre o futuro, poucos interesses, como, por exemplo, um trabalho, autonomia, auto-suficiência, emprego, desligar-se da mãe, enfim, ser adulto.

Numa sessão posterior contou o pesadelo do gato preto¹⁰ que deu um salto na sua direção, bem na região da cirurgia. Na tentativa de se defender, deu um grito. Tentei ver se teve outro sonho ultimamente ou se tinha alguma compreensão do simbolismo do gato, mas falou que não. Apenas contou que na infância gostava de mimar gatinhos. Não fez referência a mim, terapeuta, que poderia simbolizar o “gato” que o estava atormentando e querendo “arrancar, pela cicatriz da cirurgia”, o que precisa manter muito bem guardado, ao menos por enquanto. Esse recurso do pesadelo, segundo Miller (1997), poderá também ser compreendido como uma forma que o *self* encontrou para representar os medos da infância, as vivências dos sentimentos de vergonha atormentadora e dolorosa nudez que acompanha o ter que “se mostrar” para o terapeuta. Retomei com ele o que já estava conseguindo fazer sozinho e ele concluiu que precisa continuar a aumentar sua autonomia, tomar iniciativas para fazer coisas por conta, dispensando a interferência da mãe, a fim de se preparar para voltar a fazer os encontros na Clínica. Percebe-se um progredir lento em tomar decisão e em livrar-se do

controle da mãe. O médico autorizou-o a tomar banho de chuveiro após a retirada dos pontos. Já fazia quinze dias e ele ainda não tinha se arriscado a ir debaixo do chuveiro. Nesse dia, após contar o pesadelo, sentiu-se muito aliviado.

No encontro seguinte trouxe os progressos que fez. Relatou que já conseguira tomar dois banhos sozinho, mas ainda não de chuveiro. Antes era a mãe que tinha que dar banho. Incentivei-o a imaginar outras coisas que pode fazer sozinho. Em vez de soltar a imaginação, visualizar situações do dia-a-dia e falar delas, começou a refletir sobre a questão. Com o intuito de fortalecer seu *self-support*, retomei a questão e pedi que citasse coisas práticas que ele gostaria de fazer. Não foi capaz de imaginar nada. E defendeu-se dizendo que o apartamento é pequeno e que o médico lhe proibiu de fazer muito esforço. Fugiu da pergunta e evitou de tomar contato com a realidade. A pouca autonomia e a dificuldade em tomar decisões parecem deixá-lo imóvel.

A partir do ambiente estagnado e da estrutura familiar bastante comprometida pude entender melhor quão poucos recursos tinha seu *self*. O reduzido espaço que lhe foi concedido contribuiu pouco para se desenvolver e criar mecanismos de expansão e autoconstrução. Ao terminar o encontro elogiei-o pela pontualidade e pelo visual renovado. Tinha mandado cortar o cabelo. Ficou contente, sorriu¹¹.

Num encontro posterior relatou o fato da visita do enfermeiro, que foi a casa dele para retirar o dreno da cirurgia e não explicou o que iria fazer. Sentiu-se usado, ficou inerte, triste. Nisso transpareceu a dificuldade que tem em lidar com situações inesperadas e quanto lhe custa sair de si e perguntar o que não está entendendo. O lado bom desse episódio foi ele dar-se conta, mais tarde, da baixa capacidade de reação, da desconfiança e da dor por não se sentir respeitado, considerado pelo enfermeiro. Diz Spangenberg (1996), que todo o desenvolvimento da auto-estima e da autoconfiança está ligado ao íntimo contato com o pai, a mãe, os irmãos, etc. Nesse ponto dá a impressão de que transferiu a experiência básica familiar, bastante perturbada, para a relação com o enfermeiro, paralisando-se sem poder de reação. Percebe-se o quanto sua defesa era paralisante¹² e evasiva das dificuldades. Só após os esclarecimentos do médico, tranqüilizou-se. Conseguiu dar nome ao que sentiu: “Me senti tratado como um objeto, uma coisa qualquer”(sic). E ele mesmo, depois de aperceber-se, tomar contato com esses sentimentos, concluiu que aprendeu uma lição com essa “explosão”¹³.

Nas últimas sessões desse período, o assunto da volta à Clínica era constante em cada *setting* e quando ele se sentiu em condições de tomar um táxi, retornou. Nesse ponto transparece seu crescimento no desejar, sonhar e imaginar algo bom para si e pelo qual valia a pena lutar. Estava crescendo no seu auto-suporte.

A partir desse momento começou a elaborar alguns recursos que assumiu para aumentar sua capacidade de lidar com as diferentes situações, tais como a retomada da leitura do livro de auto-ajuda para aumentar sua auto-estima e crescer na acolhida e expressão controlada das emoções. Retomou seu horário pessoal, com as diferentes atividades do dia, ampliação do tempo da caminhada em vista da preparação física e emocional para a cirurgia de reconstituição do intestino e para o período pós-operatório, na volta à vida normal de estudo, lazer e trabalho.

Um gesto significativo, após muitas sessões, foi o de adiantar-se na cadeira, estender a mão para agradecer a oportunidade de poder falar o que estava

“trancado” no peito. Isso atesta o quanto cresceu na capacidade de apoiar-se em si mesmo, tomar iniciativa e a alegria que sentia pelo aumento do contato com seu próprio ser e sua realidade.

Considerações finais

Com o relato dessa experiência e as correlações feitas com o referencial teórico da Gestalt-terapia, espero ter respondido à pergunta inicial e passado uma idéia de como se pode ser flexível na abordagem psicoterápica, adaptando-se à realidade do cliente, sem se desviar do objetivo que se quer atingir. O processo do Eduardo, além de ter sido desafiador, evidenciou a importância de se buscar uma compreensão o mais ampla possível da dinâmica do cliente, apoiado nos princípios e nos conceitos básicos da Gestalt-terapia. No seu processo psicoterápico deu-se ênfase à intensificação do contato com a realidade pessoal, familiar e social do cliente. Outro foco foi o fortalecimento do *self-support*, a fim de se tornar mais autônomo, responsável. A retomada da condução da vida em suas próprias mãos, a liberdade reconquistada e a reinserção no social geraram nele tamanha felicidade que irradiava satisfação e um sorriso espontâneo.

REFERÊNCIAS

BUROW, O. SCHERPP, K. (1985). *Gestaltpedagogia: um caminho para a escola e a educação*. São Paulo: Summus.

DETHLEFSEN, T. DAHLKE, R. (1998). *A doença como caminho*. São Paulo: Cultrix.

GALLI, L. M. P. (2000). *Autoconhecimento como habilidade profissional para o relações-públicas: um enfoque da Gestalt-terapia*. Dissertação (Mestrado em Comunicação Social) – Faculdade de Comunicação Social da Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 186 f.

GINGER, S., GINGER, A. (1995). *Gestalt – Uma terapia do contato*. São Paulo: Summus.

GOUVÊA, G. (2004). *O que é Gestalt-Terapia?* Disponível em: <http://www.geocities.com/HotSprings/Resort/2631/frase2.htm>. Acesso em: 07/01/2004.

PERLS, F. (1997). *Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus.

_____. (1977). *Gestalt-Terapia Explicada*. 9ª ed., São Paulo: Summus.

RIBEIRO, J. P. (1997). *O Ciclo do Contato: Temas básicos na abordagem gestáltica*. São Paulo: Summus.

_____. (1986). *Teorias e técnicas psicoterápicas*. Petrópolis: Vozes.

RODRIGUES, H. E. (2000). *Introdução à Gestalt-Terapia – conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Petrópolis: Vozes.

SPANGENBERG, A. (1996). *Terapia gestáltica e a inversão da queda*. São Paulo: Paulinas.

MILLER, A. (1997). *O Drama da Criança Bem Dotada*. 2ª ed., São Paulo: Summus.

* Licenciado em Letras pela Universidade de Passo Fundo, RS, Ciências Religiosas (Teologia Pastoral) pela Pontifícia Universidade Gregoriana, de Roma, Itália, e graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. No presente ano frequenta o Curso de Mestrado em Psicologia Social e da Personalidade, na mesma Universidade.
Endereço: Av. Ipiranga, 6681 – 90001-970, PORTO ALEGRE, RS.
Telefone: XX (51) 33203500; Cel (51) 84288237
E-mail: miro.reckziegel@pucrs.br; mirorec@hotmail.com;

¹ Como um novo campo clínico, a Gestalt-terapia foi organizada, em 1951, nos Estados Unidos, por Frederick S. Perls, mediante a publicação da primeira obra eminentemente gestaltista, intitulada *Gestalt Therapy*. No Brasil, foi traduzida e editada pela Summus, em 1997.

² Eduardo é um nome fictício atribuído ao cliente para ocultar sua identidade.

³ Conforme Burow e Scherpp (1985), o primeiro princípio é o do aqui e agora. É focalizar a experiência do presente.

⁴ A Gestalt-Terapia (GT) é uma prática que se orienta por uma visão do homem como um todo. A patologia é apenas mais uma das várias partes que compõem o indivíduo, e a “doença” é a maneira mais saudável que sua natureza encontrou para enfrentar situações insuportáveis ou que ele acha conscientemente inconciliáveis (Rodrigues, 2002).

⁵ Segundo Burow e Scherpp (1985), temos assim o *self-support*. Por meio dele o terapeuta auxilia o cliente a ser uma pessoa auto-sustentada, capaz de se apoiar em si mais do que no seu meio.

⁶ Um terceiro conceito básico é o contato. A pessoa de bom contato tem abertura para o que serve, a fim de assimilá-lo e tem retraimento, rejeição para o que não serve. É móvel. Quando isso não acontece, teremos pessoas de mau contato, com fronteira de contato não-definida. Segundo Ribeiro (1986, p. 67), “o contato é o processo que sela e confirma nossa humanidade”. A saúde é contato e quanto mais saúde mais contato com a realidade. O contato é também expressão da relação eu-mundo.

⁷ O sexto princípio é o da *Gestalt* fechada. O terapeuta terá como foco ajudar o cliente a fechar as *gestalten* abertas. Estas, compondo o fundo, portanto, fora do foco, emitem energia que podem obstaculizar o crescimento. Para tanto o cliente precisa reconhecer essas *gestalten* e descobrir uma forma de fechá-las a fim de que não impeçam mais o seu crescimento.

⁸ O segundo princípio é o da conscientização. A pessoa sente uma necessidade, toma consciência, gera uma ação para atender aquela necessidade, fechando o círculo. Se a pessoa tem dificuldade de permanecer em contato, em vez de gerar uma ação, pode acionar um mecanismo de defesa não maduro para isolar aquela sensação, permanecendo aberta a *Gestalt*.

⁹ O terceiro princípio é o do estímulo ao contato (Ribeiro, 1997). Segundo Ginger (1995), a Gestalt se constitui numa chave para abrir a “fronteira de contato” entre o interior e o exterior, entre o eu e o mundo. Ela permite ao cliente empreender esta viagem apaixonante, à descoberta das riquezas insuspeitas da civilização da comunicação.

¹⁰ Conforme Perls (1977), o sonho simboliza o eu oculto. Muitas vezes é uma parte da gente e que não gostamos de trazer à tona. E na maioria das vezes, no sonho, há uma pessoa com um grande poder destrutivo e que não pode aparecer sem máscara.

¹¹ O sétimo princípio é o da espontaneidade. Na medida em que cresce a aliança terapêutica e com ela a confiança, o cliente tende a soltar-se mais.

¹² E o último conceito básico são as defesas. Tem o papel de proporcionar ao cliente desenvolver ajustes criativos.

¹³ O oitavo princípio é aprender com a experiência.