

A ABORDAGEM GESTÁLTICA E  
TESTEMUNHA OCULAR DA TERAPIA

2ª edição

Com o desenvolvimento da "Terceira Força" em psicologia, que se preocupa mais com o homem em sua humanidade do que com a sua definição em termos psicanalíticos ou behavioristas, e com o advento de modelos que consideram os problemas vivenciais e existenciais como dificuldades de relacionamento e comunicação "aqui e agora", registrou-se uma acentuada transferência de interesse para os aspectos positivos da personalidade. A famosa afirmação de FREUD — "Muito terá sido feito se pudermos transformar o sofrimento neurótico em infelicidade comum" — já não é suficiente para a maioria dos psicoterapeutas ou para as pessoas que solicitam a sua ajuda. Hoje, usam-se palavras como "intensificação", "experiência culminante", "auto-realização" e "transcendência" para descrever o que desejamos para nós mesmos e para os outros.

A Gestalt-Terapia está fortemente vinculada a essa posição humanista da psicologia, na qual se destacam igualmente as teorias de MASLOW, ROGERS, JOURARD e outros que ofereceram como alternativas ao sofrimento e à angústia, não a infelicidade mas a alegria e a plenitude vivencial. Enfatizando metas e diretrizes positivas da existência, e usando técnicas direta e imediatamente criadas para produzi-las, a abordagem gestáltica, tal como se consubstancia em tratamento, acredita haver valores na vida que a pessoa sabe, por suas próprias experiências, serem valiosos e estimulantes: espontaneidade, compreensão, cognição sensorial, liberdade de movimento, receptividade e expressividade emocionais, contato direto e proximidade emocional com outros, imediatismo e presença, criatividade e domínio de si mesmo. Assim, a abordagem geral da Gestalt-Terapia requer do paciente que especifique as mudanças que deseja em si mesmo, ajude-o a incrementar a sua compreensão de como a si mesmo se frustra e derrota, e auxilia-o a experimentar e a mudar.

Os princípios básicos da Gestalt-Terapia são, predominantemente, obra de FREDERICK (FRITZ) S. PERLS, o autor do presente volume, cujo manuscrito completou pouco antes de sua morte. A *Abordagem Gestáltica* serve simultaneamente de introdução à 2ª Parte, *Testemunha Ocular da Terapia*, formada pelas transcrições das bandas sonoras de filmes didáticos. Os textos são auto-explicativos e constituem uma introdução excelente para quantos se dediquem ao trabalho gestáltico-terapêutico.

ISBN 85-216-1085-8



9 788521 610854

FRITZ PERLS  
A ABORDAGEM GESTÁLTICA  
E  
TESTEMUNHA OCULAR DA TERAPIA

FRITZ PERLS

A  
ABORDAGEM  
GESTÁLTICA

E

TESTEMUNHA  
OCULAR  
DA TERAPIA

2ª EDIÇÃO





No interesse de difusão da cultura e do conhecimento, os autores e os editores envidaram o máximo esforço para localizar os detentores dos direitos autorais de qualquer material utilizado, dispondo-se a possíveis acertos posteriores caso, inadvertidamente, a identificação de algum deles tenha sido omitida.

*The Gestalt Approach & Eye Witness to Therapy*  
Traduzido da primeira edição, publicada em 1973 por  
Science and Behavior Books, de Palo Alto, Califórnia,  
Estados Unidos da América  
Copyright © 1973 by Science and Behavior Books, Inc.

Direitos exclusivos para a língua portuguesa  
Copyright © 1988 by  
**LTC — Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.**  
Travessa do Ouvidor, 11  
Rio de Janeiro, RJ — CEP 20040-040  
Tel.: 21-2221-9621  
Fax: 21-2221-3202

Reservados todos os direitos. É proibida a duplicação  
ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,  
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios  
(eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia,  
distribuição na Web ou outros),  
sem permissão expressa da Editora.

## ÍNDICE

<i>Prefácio</i>	7
<i>Introdução</i>	11
<b>PARTE I ABORDAGEM GESTÁLTICA</b>	
1. Fundamentos	17
A psicologia da Gestalt	17
Homeostase	20
A doutrina holística	24
Limite de contato	31
2. Mecanismos Neuróticos	29
O nascimento da neurose	39
Introjeção	46
Projeção	49
Confluência	51
Retroflexão	53
3. E Aqui Temos o Neurótico	57
4. Terapia Aqui e Agora	75
5. Descascando a Cebola	86
6. Ir e Vir, Psicodrama e Confusão	98
7. Quem Está Ouvindo?	114
<b>PARTE II TESTEMUNHA OCULAR DA TERAPIA</b>	
<i>Nota do Editor</i>	129
8. A Gestalt em Ação	131
O que é Gestalt	131
Conscientizar-se	137

### 3 E AQUI TEMOS O NEURÓTICO

E agora vem nosso neurótico — ligado ao passado com modos obsoletos de agir, vago quanto ao presente porque o vê apenas através de óculos escuros, torturado em relação ao futuro porque o presente lhe escapa. Ele entra no consultório, envergonhado ou atrevido, tímido ou arrogante, arrastando os pés ou tentando andar garbosamente. Para ele o terapeuta pode ser um par de ouvidos sem corpo, ou talvez um padrinho mágico que só tem que balançar sua varinha de condão para transformar o diabo num jovem bonito, de boa aparência, esguio, e cheio de dinheiro e charme. Ou talvez suspeite de que o terapeuta seja apenas uma fraude e um charlatão, mas que no desespero de seu problema e no fundo de seu coração deseje proporcionar-lhe uma mudança imediata.

Quaisquer que sejam as fantasias que passem por sua cabeça quando chega, seja qual for sua aparência, o paciente vem para tratamento porque está numa *crise existencial* — isto é, sente que as necessidades psicológicas com as quais se identificou e que lhe eram vitais como o ar que respira não estão sendo satisfeitas por seu modo de vida social. As necessidades psicológicas que assumem esta importância de vida ou morte são muitas e tão variadas quanto os pacientes. Para um, não ficar atrás do vizinho e, se possível, ultrapassá-lo é uma necessidade predominante. Tal pessoa identifica sua existência total com sua existência social e se sua posição social for ameaçada entra em crise existencial. Para outro, ter a dedicação sincera de uma esposa, marido, ou amante é uma necessidade dominante. Se tal pessoa não pode conseguir esse objetivo, ou o perde, uma vez que o tenha adquirido, entra em crise existencial. Para um neurótico, "autocon-



trole" é uma necessidade existencial, para outro é a "auto-expressão". Quaisquer que sejam as necessidades existenciais, o fato de vir para terapia é a admissão por parte do paciente de que elas não estão sendo satisfeitas. Ele procura o terapeuta porque espera achar nele o suporte ambiental que suplementará seus meios de apoio inadequados.

Ele pensa que, com a ajuda do terapeuta, será capaz de satisfazer essas necessidades que nem ele nem seu meio podem agora suprir satisfatoriamente. Sente-se como que num poço sem fundo. Isto pode ser porque se propôs uma tarefa impossível. Então, no curso de uma terapia bem sucedida, seus objetivos se alterarão, suas necessidades existenciais mudarão. Isso pode acontecer porque seu treinamento e experiência não desenvolveram nele auto-sustentação suficiente para atingir, sozinho, objetivos relativamente simples. A terapia bem sucedida lhe dará, pois, maior auto-afirmação.

Não é tarefa do terapeuta fazer julgamento de valor sobre as necessidades existenciais de seus pacientes. O terapeuta pode não ser particularmente interessado em negócios, mas se seu paciente sente que o sucesso nos negócios é uma necessidade existencial, o terapeuta deve ajudá-lo a adquirir a capacidade suficiente para tornar possível esse objetivo. Não é tarefa do terapeuta reduzir todos os seus pacientes à uniformidade, dando a todos o mesmo conjunto de necessidades existenciais, feitas sob medida para se ajustar a cada um deles, o menos e o mais capacitado. Sua tarefa é facilitar a cada um o desenvolvimento que lhe habilitará a encontrar objetivos que lhe sejam significativos e trabalhar por eles, de um modo maduro. Pois, no momento em que começa a terapia, o paciente não pode fazer estas coisas por si só.

Sua homeostase não está funcionando bem; ele se debate, se precipita e, como Alice, tem que voar como o vento para permanecer onde está. Mas está trabalhando o suficiente para que o desequilíbrio produza uma necessidade de corrigi-lo, e esta necessidade é sentida como uma *cateris positiva* do terapeuta.

Bem, que necessita o paciente de nós? Um muro de lamentações, um ombro sobre o qual choçar? Um aliado para condenar sua esposa ou seu chefe, um ouvinte paciente, alguém para puni-lo de seus pecados ou, se ele já se

puniu bastante, para perdoá-lo e redimi-lo? Necessita reafirmação, uma injeção de confiança? Será que sonha em adquirir poderes mágicos ao submeter-se a uma milagrosa cura sem dor? Quer o reforço do seu autocontrole, um aumento de sua potência sexual, um caminho mais curto para a felicidade? Quer aceitação ou amor, um amparo para sua falta de auto-estima, uma libertação da monotonia da vida, resgate da solidão intolerável, aumento de sua memória? Será que quer significados e interpretações, esperando que eles lhe tragam a compreensão de si próprio? Ou quer a confirmação do seu sentimento de que é uma pessoa tão doente que não pode lutar sozinho pela vida?

Seja o que for, ele não pode conseguir por si só, nem por intermédio do seu meio ambiente. De outro modo, não teria recorrido ao terapeuta. Mas certamente já tentou conseguir o apoio de que necessita, e certamente foi parcialmente bem sucedido. Se tivesse falhado completamente, estaria louco ou morto. No entanto, uma vez que não foi bem sucedido, vem até nós frustrado e sem ter adquirido uma satisfação completa.

Não chega, porém, de mãos vazias. Traz consigo seus meios de *manipulação*, seus meios de mobilizar e usar o meio para que faça a tarefa que lhe compete. E não nos iludamos pensando que estas técnicas manipulatórias não são inteligentes. O neurótico não é um bobo. Tem que ser bastante astuto para sobreviver, uma vez que lhe está faltando, em alto grau, uma das qualidades essenciais que promovem a sobrevivência: a autoconfiança. Ele tem, literalmente, uma desvantagem, e é necessária uma habilidade considerável para nos entendermos com ele. Infelizmente, no entanto, todas as suas manobras são dirigidas para minimizar os efeitos de sua desvantagem ao invés de superá-los. As manobras podem ter sido deliberadas numa determinada época e agora serem tão habituais que o neurótico não mais tem consciência delas, mas nem por isso deixam de ser manobras e inteligentes. Reconhecemos a astúcia da *platinum blonde* que adula um velhote para obter diamantes e peles. A mulher lamuriosa e dependente, que exige atenção do marido, dos filhos e até dos conhecidos não é menos astuta. Reconhecemos a sagacidade do político que não tem consideração com o adversário. O neurótico dessensibilizado, que está cego e surdo para o que não quer saber, é igualmente hábil. O problema do



neurótico não é que não possa manipular, mas sim que suas manipulações são mais dirigidas para preservar e nutrir sua desvantagem do que para se livrar dela. Se aprender a aplicar essa inteligência e energia em se tornar mais autoconfiante, como faz para seu meio apoiá-lo, então terá sucesso.

Pois sua capacidade de manipular é o seu lucro, seu ponto forte, como a falta de capacidade para enfrentar sua crise existencial é seu ponto fraco. E é a partir dos pontos fortes que podemos começar a construir. Quando o paciente perceber que está manipulando seu meio de um modo que, não obstante quão complicado seja, é auto-defensivo, e quando tiver consciência das próprias técnicas manipulatórias, estará apto a fazer mudanças.

Seus meios de manipulação são vários. Ele pode falar, freqüentemente, nos afogando em palavras. Pode se zangar e entrar em greve. Pode prometer e tomar decisões; pode quebrar promessas e resoluções. Pode ser subserviente e pode sabotar. Pode escutar as mais finas nuances; pode fingir-se de surdo. Pode lembrar ou esquecer, de acordo com a situação. Pode vedar-nos os olhos e levar-nos ao paraíso. Pode mentir e pode ser compulsivamente honesto. Pode nos comover até as lágrimas com sua miséria, ou pode tolerar seu destino, com firmeza. Pode nos hipnotizar com sua voz monótona ou nos irritar com seus guinchos. Pode adular nossa vaidade ou ferir nosso orgulho. Pode, enquanto se omite, nos trazer seus "problemas", elegantemente embrulhados no seu jargão psicológico, esperando que nós o desembulhemos e lhe expliquemos o conteúdo do pacote, para sua satisfação. Se o terapeuta tem tendência a intelectualizar, o paciente vai argumentar até o dia do juízo final; se está procurando um trauma da infância, o paciente o ajudará com exemplos verdadeiros ou inventados. Se o terapeuta é entusiasta da transferência, o paciente fará de todos seu papai e sua mamãe, salpicados com uns poucos irmãos com quem competir e tornar a coisa mais interessante.

Acima de tudo, ele manobra com dissociações e perguntas. Se lhe mostramos que não produz qualquer associação importante, ele nos acusa de falta de fé, porque o que disse foi o que lhe veio à mente. Mas estará mesmo tão inconsciente de suas interrupções e de evitar o relevante? Com relação a suas perguntas, suas funções são

inumeráveis. Mascaradas de um apelo a nossa onisciência, elas tem a finalidade de arrancar-nos informações que são esquecidas no minuto seguinte; nos testam, pretendem nos pôr em ridículo e pegar-nos desprevenidos — são as principais ferramentas do paciente para não enfrentar seus problemas. Como tal, são indicações muito valiosas das áreas de sua confusão e, adequadamente manipuladas, nos proporcionam um excelente instrumento para enfrentá-los.

Mas o que dizer da catexis negativa, do medo do paciente de que a terapia, ao invés de ajudá-lo, o mergulhará ainda mais profundamente numa terra de ninguém, e lhe dará uma rasteira? Isso está tremendamente ligado ao fenômeno da transferência. No entanto tal semelhança não deve nos enganar. Não devemos cair na armadilha de acreditar que as resistências são más e que o paciente ficaria melhor sem elas. Pelo contrário, as resistências são tão valiosas para nós quanto foram para os Aliados os movimentos da resistência durante a Segunda Guerra Mundial. Otto Rank muito adequadamente chamava a resistência de vontade negativa. Se o terapeuta desaprova as resistências, faria melhor desistir. Não importa se ele manifesta sua desaprovação abertamente ou não; a intuição do paciente raramente é embotada a ponto de não senti-la. O neurótico, como todo mundo, está ajustado para viver manipulando seu meio. Porque usualmente vê o meio como hostil, é freqüentemente muito sensível e está pronto para ultrapassar seu adversário em conjecturas, sentimentos e perspicácia. Penetra facilmente na máscara dos analistas ortodoxos que, com receio de uma contratransferência, se desemocionalizam. Fugindo a qualquer contato, mortos como dinossauros, os analistas se apresentam ao paciente com fisionomias impassíveis. De qualquer modo, o paciente não pensa em sua resistência como resistência; geralmente a vivencia como ajuda. Quer ajudar.

Pois o que ele receia é a rejeição, a não aprovação e, finalmente, a alta por parte do terapeuta (os mais audazes sem dúvida não permitem que isso apareça). Assim, o paciente manipula o terapeuta adotando a aparência de bom menino. Tenta subornar o terapeuta com submissão e pseudo-aceitação de sua sabedoria e de suas solicitações. Ao mesmo tempo, pode ter uma auto-estima muito precária, poderá ser muito sensível à crítica real ou imaginária. Assim, fica tenso toda vez que o terapeuta fala com ele.



O paciente sofreu muito para construir um autoconceito. Este autoconceito é bem conhecido em psiquiatria sob nomes tais como formação reativa, auto-sistema, ideal do ego, persona e outros mais. Trata-se frequentemente de um conceito completamente errôneo de si próprio, em que cada característica representa exatamente o oposto de sua realidade. Este autoconceito não pode dar ao paciente qualquer tipo de apoio; ao contrário, se ocupa em resmungar, se desaprovar, esmagando toda auto-expressão genuína. Não apenas se exaure nesta luta de Sisifo, como também necessita do constante apoio ambiental de aprovação e aceitação. Projetou seu próprio poder de discriminação, isto é, sua capacidade de aceitar ou rejeitar, de tal forma que qualquer pancadinha nas costas, seja de onde vier, é bem-vinda. Também perde sua capacidade de aceitar genuinamente, de modo que nenhum elogio é assimilado, e permanece avarento e insatisfeito com qualquer afeição que receba.

Este é um exemplo marcante de como, ao faltar o apoio fornecido pela auto-estima, o resultado é uma necessidade constante de apoio externo: a necessidade de ser estimado pelos outros. E porque este apoio ambiental procurado para o autoconceito nunca pode contribuir para o crescimento do si-mesmo, *o homem se transcende somente através da sua verdadeira natureza, não através da ambição e de objetivos artificiais*. Estes levam, no máximo, ao orgulho e à vaidade.

A verdadeira natureza do homem, como a verdadeira natureza de qualquer outro animal, é a integridade. Somente numa integração de espontaneidade e propósito pode ele fazer uma escolha existencial eficiente. Pois ambas, espontaneidade e deliberação, fazem parte da natureza do homem. O se dar conta e se responsabilizar pelo campo total, pelo si-mesmo tanto quanto pelo outro, dão significado e configuração à vida do indivíduo.

Já se escreveu tanto sobre a superestrutura da auto-estima, com os nomes de compensação, complexos de superioridade e inferioridade, etc., que ela se tornou um dos fenômenos mais completamente examinados da psiquiatria. Mesmo os leigos falam da sua "segunda natureza". Apesar de toda discussão sobre a auto-estima e sua superestrutura, a terapia só raramente consegue uma verdadeira penetração no si-mesmo. Na minha opinião isto ocorre por-

que na maior parte das formas de terapias não se dá atenção suficiente à camada de confusão que separa o si-mesmo da auto-estima. Uma vez que a confusão é extremamente desagradável, funciona como um poderoso impedimento e o paciente mobiliza todos os meios a sua disposição para evitar ver claramente suas áreas de confusão. A este respeito se comporta de modo bastante diferente de Sócrates, que admitia livremente suas confusões intelectuais e existenciais e que dedicou sua vida a desenvolver uma técnica de "desconfusão".

A confusão é um problema de orientação inadequada, e a confusão não reconhecida é uma das características da neurose. Qualquer ação baseada em confusão mostrará embaraços, fraqueza e distúrbios de todos os tipos. Quando estamos confusos e não o sabemos não temos liberdade de escolha, lidamos com nossas experiências como se certas técnicas específicas de manipulação fossem necessidades absolutas. A psiquiatria dedicou muita atenção à confusão da ambivalência, onde o paciente sente que deveria amar ou odiar, que ele é bom ou mau. Nós temos simplesmente que substituir o "ou/ou" por "tanto isto como aquilo", e estamos dessa forma dirigindo as catexis positivas e negativas, dependendo do contexto em que ocorram. Podemos amar um momento e nos sentir bem, odiar o seguinte e nos sentir mal, dependendo das satisfações e frustrações envolvidas na situação. A ambivalência pressupõe que existem estados permanentes de satisfação ou frustração. Trata-se, novamente, de um *conceito estático* — como se nossas emoções pudessem ser petrificadas no tempo ou como se nós mesmos pudéssemos ser petrificados no tempo.

Na terapia, se o apoio ambiental que o paciente espera de nós não estiver aparecendo, se não lhe damos as respostas a que ele se julga com direito, se não apreciarmos suas boas intenções, admirarmos seu conhecimento psicológico, se não nos congratularmos com ele devido a seus progressos, receberemos a catexis negativa de sua frustração. Mas a terapia gestáltica também lhe dá constantemente muito do que quer — atenção, atenção exclusiva — e não o censuramos por suas resistências. Deste modo, a terapia começa com um certo equilíbrio entre frustração e satisfação.

O campo para a operação terapêutica está agora estabelecido. O que faremos com nosso paciente? Esperar que



ele se deite no divã, feche os olhos e associe livremente? Pedir-lhe que discorra sobre suas lembranças da fase edipiana, suas relações interpessoais, sua couraça de caráter? Preocupa-nos seu passado ou seu presente, sua capacidade de mudar rapidamente de assunto para assunto, num esvoaçar de idéias, ou de se concentrar arduamente num qualquer, mesmo que por um breve espaço de tempo? Estamos lidando com sua mente ou com seu corpo? Devemos nos preocupar com a razão pela qual ele se censura e interrompe a si mesmo e a suas expressões, e como o faz? Devemos lidar com as profundezas subterrâneas de sua personalidade ou com sua superfície? Devemos depender de suas palavras ou de suas ações? Tratamos de seus sintomas físicos em termos psicológicos ou de seus sintomas psicológicos em termos físicos? Devemos observá-lo ou interpretá-lo? Ele deve aprender através de sua própria experiência ou vamos fazer-lhe preleções depois que ele nos oferece material para nossa dissertação?

As técnicas das terapias convencionais se baseiam na teoria de o que falta ao paciente é a compreensão dos porquês de seu comportamento, e que estes porquês podem ser descobertos se penetramos o suficiente em seu passado, em seus sonhos, em seu inconsciente. Dependendo da filiação do terapeuta, estes porquês podem ser atribuídos a um ou mais fatores combinados ou não. Freud, por exemplo, fez certas observações que conduzem à teoria do complexo de Édipo como a principal fonte de problemas; Reich falou em termos da couraça de caráter e da necessidade de potência orgástica; Sullivan em termos de auto-estima e relacionamento interpessoal; Salter em termos de necessidade de auto-expressão; Adler em termos de complexo de inferioridade; etc.

Cada uma dessas contribuições é válida, mas todas elas falham no ponto básico, porque ainda estão limitadas por um enfoque que não vê o campo organismo/meio como um todo. Todas são abstrações do processo total.

Os sullivanianos são os que mais consideram o papel do campo em si, mas mesmo a ênfase que dão é distorcida pelo dualismo básico do conceito. Nosso enfoque, que vê o ser humano simultaneamente e, por natureza, como um indivíduo e um membro do grupo, nos dá uma base de operações mais ampla. Deixem-me repetir nossa exposição: uma neurose é um estado de desequilíbrio no indivíduo,

que surge quando ele e o grupo do qual é membro vivem, simultaneamente, necessidades distintas, e o indivíduo não sabe dizer qual é a dominante. Se este tipo de vivência é muito repetido, ou se uma única vivência desta espécie é suficientemente marcante, o sentido de equilíbrio do indivíduo no campo ficará alterado o bastante para que perca a capacidade de julgar adequadamente o estado de equilíbrio ou desequilíbrio em qualquer situação. Ele responderá, então, às situações de um modo neurótico que não tem conexão intrínseca com a vivência ou vivências em que surgiu, inicialmente, o desequilíbrio. A maneira do neurótico enfrentar as situações é interrompendo a si mesmo; o criminoso interrompe o ambiente.

Nossa definição mais ampla não nos leva a procurar uma única causa para o comportamento neurótico. Consequentemente, rejeitamos como respostas definitivas quaisquer das constelações específicas que propõem as outras escolas.

Na terapia tradicional, a suposição é que, pela evocação e interpretação dos fatos do passado, o terapeuta e o paciente podem juntos localizar no paciente os efeitos de suas vivências e, uma vez feito isto, o paciente não mais será perturbado por seus problemas. Ele aprenderá a conviver com eles ou a resolvê-los.

Estas suposições não nos parecem válidas por várias razões. Em primeiro lugar uma terapia baseada em qualquer hipótese de um único conjunto de simples "causas" concentra-se naqueles aspectos da personalidade relacionados com essas "causas" e fica cega para todos os outros fatores. Sua própria orientação é tão limitada quanto a do paciente. Pode aumentar sua capacidade de se movimentar dentro das limitações impostas, por sua neurose e pela teoria, mas não aumenta áreas maiores da percepção. Em outras palavras, é como se ambos, terapeuta e paciente, estivessem usando antolhos, com lentes de aumento presas a eles. A visão do que está à frente pode ser aguçada, mas não vêem nada do que ocorre nos lados. E a ênfase posta no isto ou aquilo, ou no "mental" ou no "físico" — como a maior parte das escolas que lidam com fatores mentais e a reichiana, que lida com fatores físicos —, limita a mobilidade desenvolvida no paciente no campo limitado e limita a habilidade do terapeuta para manipulá-la.



Por outro lado, a abordagem unitária da Gestalt torna possível aumentar a amplitude de orientação e aperfeiçoar os meios de manobras terapêuticas. Acreditamos que qualquer situação ou situações — agudas ou crônicas — que o indivíduo aprendeu a manipular por um processo insatisfatório de auto-interrupção pode estar por trás da neurose. Não podemos estabelecer qualquer "causa" única. Acreditamos, ainda, que a cisão "mental-físico" ou "mente-corpo" é totalmente artificial e que nos concentrarmos em qualquer dos termos desta falsa dicotomia é preservar a neurose e não curá-la.

Postos em nossos termos, a fantasia é a realidade diminuída e o pensamento é ação reduzida, de modo que podemos usar o fantasiar de modo terapêutico, na medida em que é relacionado com a ação, e podemos usar a atuação de modo terapêutico, enquanto relacionada com o fantasiar. Nossos pacientes freqüentemente usam a fantasia de maneira prejudicial, como um meio alternativo de satisfazer as necessidades reais; podemos ensiná-los a usá-la terapêuticamente para descobrir e satisfazer as necessidades reais.

Uma segunda razão pela qual sentimos que não é válida uma terapia orientada para o passado é porque os *porquês* da neurose do paciente na realidade explicam muito pouco. Por que uma situação produz neurose no sr. A., enquanto a mesma situação deixa intacto o sr. B.? Por que a situação surgiu em primeiro lugar? E por que existiram circunstâncias que a criaram? O "por quê" inicia uma série interminável de perguntas que só podem ser respondidas por uma causa primeira, que é autocausadora. Se um homem é neurótico "porque" a mãe morreu de parto e ele foi criado por uma tia solteirona e rígida, que não lhe deu chance de fazer nada do que queria, e isto o forçou a reprimir certos desejos, como poderá uma explicação destas, que faz da tia o vilão da peça, resolver seu problema? Pelo contrário, tal explicação só dá ao paciente licença para projetar todas as suas dificuldades na tia. Dá-lhe um bode expiatório, não uma resposta. E este tipo de escapismo é o resultado freqüente de muitas teorias ortodoxas.

Mas há uma valiosa chave para a terapia no relato dos fatos deste caso e é ligada ao próximo assunto. Se a tia não o deixasse fazer as coisas que ele queria, sua infância

seria uma série constante de interrupções: tanto do exterior, a tia, quanto do interior, ele mesmo. Se nosso paciente aprende o *como* de suas interrupções — passadas e presentes —, se ele realmente chega a vivenciar o seu processo de auto-interrupção e sente os modos pelos quais está fazendo isto, pode superar suas interrupções, atingindo seu si-mesmo real e as atividades que quer levar a termo.

Se a terapia for bem sucedida, deixará o paciente auto-suficiente, não mais à mercê de forças de interrupção que ele não pode controlar. Além disso, os problemas não são causados apenas pelo que reprimimos, mas pelas coisas dentro de nós, que nossas próprias interrupções nos impediram de aprender. Muitas das dificuldades do neurótico estão relacionadas com sua incapacidade de perceber, com seus pontos cegos, com as coisas e relacionamentos que ele simplesmente não sente. Por isso, mais do que falar do inconsciente, preferimos falar do *não-percebido-neste-momento*. Esta expressão é muito mais abrangente e vasta que o termo "inconsciente". Esta não-percepção contém não apenas material reprimido, mas também material que nunca alcançou o estado de percepção, e material que se esvaiu, que foi assimilado ou se incorporou em Gestalts mais amplas. O não percebido inclui habilidades, modelos de comportamento, hábitos motores e verbais, pontos cegos, etc.

Assim como a consciência é, por natureza, puramente mental, também o é o inconsciente. Mas o percebido e o não percebido não são puramente mentais. Nos termos de nossa definição, tanto o percebido quanto o não percebido parecem ser uma propriedade do protoplasma, do qual se compõem os seres vivos. Num ser tão complexo como o homem as áreas do não percebido são bastante amplas. Não nos damos conta de nossos processos vegetativos, das forças que nos impelem a respirar, comer e defecar. Não nos damos conta dos muitos processos do crescimento. Mas assim como são amplas as áreas do não percebido, são também amplas as áreas do percebido; incluem não só as atividades explicitamente sensoriais e motoras, mas também muitas das atividades nebulosas que descrevemos como mentais.

Uma escola de psicoterapia que tem uma abordagem unitária em relação ao organismo unitário, o homem, não pode se preocupar apenas com material mental, reprimido



ou expressado. Deve-se preocupar com o modelo total de comportamento e tentar fazer com que o paciente perceba tudo o que for necessário à saúde, dentro desse modelo total. Portanto, em oposição às escolas ortodoxas, que põem em evidência o que o paciente não sabe de si próprio, nós procuramos enfatizar o que ele sabe de fato — as suas áreas de percepção mais do que as de que não se dá conta. Nossa esperança é aumentar progressivamente sua percepção de si mesmo, em todos os níveis.

Talvez o significado dessa diferença de enfoque possa ser visto melhor numa discussão do que se tornou, nos últimos anos, um dos termos mais em moda na psiquiatria e em conversas de coquetéis: o psicossomático. O que é uma manifestação psicossomática? Se mantivermos a velha cisão corpo-mente, à qual é tão relacionado o conceito altamente limitado de inconsciente, poderemos descrevê-la ou como uma perturbação somática relacionada a um fato psíquico ou como uma perturbação psíquica causada por um fato somático. Mas com nosso ponto de vista unitário não precisamos cair na armadilha da causalidade. Descrevemos um evento psicossomático como aquele em que as alterações físicas flagrantes são mais marcantes do que as que ocorrem num nível mental ou emocional. As leis de apoio, contato e interrupção se aplicam a cada nível; é impossível fazer uma demarcação entre manifestações psicossomáticas e doenças psicossomáticas. O esquecimento, por exemplo, é uma manifestação psicossomática, mas duvido que o médico mais consciente da fusão mente-corpo atribuisse esse sintoma a aspectos do corpo. Por outro lado, há muitos exemplos de manifestações psicossomáticas graves, tais como úlceras, asma e colite, que exigem o apoio de drogas e cuidados médicos.

Falemos um pouco sobre uma das manifestações psicossomáticas clássicas, a dor de cabeça. As dores de cabeça são usadas como desculpas para fugas em milhares de casos na vida cotidiana. Mas, exceto no caso do mentiroso crônico, a dor de cabeça não é apenas uma desculpa. Supõe-se que haja, em cada caso, uma experiência física genuína, uma linguagem corporal que diz "esta situação me dá uma dor de cabeça", ou "você me põe doente". A dor de cabeça é parte da interrupção completa do mecanismo de contato. Cada parcela de excitação que o organismo cria em qualquer momento dado deveria habilitá-lo a lidar com a si-

tuação real, pela transformação da excitação em emoção e ação pertinente. Mas, se a excitação for dirigida contra o si-mesmo, uma função de apoio é transformada numa imibição e, assim, compelida a criar uma manifestação psicossomática, ou até um sintoma. Nós tentamos lidar com a totalidade da experiência da dor de cabeça, não nos livramos dela considerando-a um sintoma trivial, nem nos desembaraçamos dela permanentemente com remédios. Creemos que tal manifestação psicossomática merece atenção em psicoterapia. Nem, como veremos adiante, recorreremos a interpretações das "motivações inconscientes" do paciente para lidarmos com ela.

Para o terapeuta ortodoxo, a transferência é a explicação do processo terapêutico. Segundo Freud, o neurótico transfere para o terapeuta uma série de respostas emocionais e atitudes que usava no trato com pessoa ou pessoas do passado. Assim, na transferência, o paciente está atuando de forma ilusória; o que ele acredita que é um contato pessoal com o terapeuta é, na realidade, um evento intrapessoal de sua própria criação. Não é *contato*, mas algo que impede o contato. Pois o contato envolve a avaliação do que o outro é de fato, não do que se pretende que ele seja (ou represente).

Esta explanação, apesar de seu grande valor, ainda não explica completamente os sentimentos que o paciente em geral desenvolve em relação ao terapeuta ao longo do tratamento. Devemos supor que estes sentimentos não sejam verdadeiros? Que tudo que o paciente sente é irreal? Somente tendo sentido através de sua história? Não há ser ou vir-a-ser?

Se seguirmos o conceito de catexis, que se originou com Freud, e o aplicamos à situação de transferência, chegamos a uma conclusão diretamente oposta à sua. O que é ativo na terapia não é o que *foi*; ao contrário, é algo que *não foi* — um déficit ou algo que faltou. O que foi é uma situação acabada. Ela progride pela satisfação e integração, na formação do si-mesmo. A situação inacabada, que é o fracasso do desenvolvimento do ambiental para o auto-suporte, é a herança do passado que permanece no presente.

Em outras palavras, afirmamos que a transferência, com suas relações de sentimento real, acrescidas das esperanças fantasiadas do paciente, mais o apoio esperado (que o paciente tem como certo) se originam de sua "falta



de ser", e não do que foi e ficou olvidado. Nossa história é o fundo(\*) para nossa existência, não é uma acumulação de fatos, e sim o registro de como nos tornamos o que somos. Somente as perturbações do fundo que interferem no sustento de nossas vidas se sobressaem e tendem a se tornar figura para que possam ser tratadas. Então elas podem deixar de ser deficiências (Gestalts incompletas) e se tornar funções de apoio.

No início da terapia, poucos pacientes pedirão muito apoio do terapeuta. Eles estão prontos para explodir, se lhes dermos uma única oportunidade. Mas sua falta de ser aparece cada vez mais, à medida que progride a terapia, e o paciente começa com pedidos e manipulações. O terapeuta recebe mais e mais catexis, positivas e negativas, enquanto simboliza mais e mais as carências do paciente.

O que significa isto nas técnicas de terapia? Tomemos o caso de um paciente, cuja transferência um terapeuta ortodoxo descreveria como muito forte e a quem eu descreveria como sentindo que o terapeuta representa toda sua falta de ser. Tal paciente mostra frequentemente o seguinte padrão: quer se tornar um terapeuta, costuma usar o jargão psiquiátrico, assume os modos e estilo do terapeuta. Se o terapeuta trabalha nos termos da definição clássica de transferência, ele procurará os antecedentes históricos para esta ação, pela pessoa no passado do paciente a quem ele exibiu este mesmo tipo de comportamento de introjeção. Ele procurará a *essência* e, encontrando-a, esperará que o paciente, eventualmente, aprenda a diferenciar-se do outro introjetado, que pode ser seu pai ou sua mãe. Nós, por outro lado, olharemos mais para o *processo* que para a *essência*. Porque o processo é ativo hoje, como o era no passado. Concentrar-nos-emos no fato de que, como um introjetivo, ele procura atalhos, tem preguiça de assimilar o mundo, e isto interfere em seu crescimento e auto-realização. Pois enquanto o paciente for uma acumulação de introjeções, ele não é ele e não pode agüentar a si mesmo. Enquanto persiste no modelo de introjetar, lhe faltará apoio. Se a introjeção é sua técnica principal de ir de encontro ao mundo, mesmo que sejamos bem sucedidos ao exorcizar uma ou duas introjeções — papai e mamãe, por

\* N. do T. — Fundo aí como o oposto à figura, no jogo de figura e fundo, conceito característico da teoria gestáltica — Ver Lewin, K., Kohler etc.

exemplo — ele continuará acumulando outros. Assim, devemos nos concentrar em fazê-lo ver como ele engole tudo cru, como, consistentemente, interrompe o processo de desestruturação e assimilação.

Através de uma abordagem unitária podemos manipular este problema em ambos os níveis, fantasia e realidade. Como assinalai anteriormente, se o organismo engole algo que não pode assimilar, normalmente vai vomitar a substância indigerível. O lado emocional deste vomitar é chamado repugnância. Erigindo um tipo de barreira interior contra a repugnância, ele deixa de senti-la. Como constrói tal barreira? Ou o paciente se dessensibiliza ou evita a experiência por um elaborado sistema de perfeccionismo. O introjetivo tem que aprender o que é a experiência de repugnância, pois é através de interromper esta experiência que continua a "engolir" outras. Se pudermos ajudá-lo a se dar conta de sua repugnância e a ver que é devida ao engolir inteiros conselhos ou valores de outros, o caminho estará limpo para que ele se alivie de sua repugnância e crie, ele mesmo, suas próprias decisões, papéis e outras potencialidades.

Isto não quer dizer que não é igualmente importante para ele aprender que o terapeuta não é papai ou mamãe ou, em geral, qual a diferença entre ele e as outras pessoas. Mas isto ele aprende quando percebe que introjeta e *como* introjeta. À medida que aprende isto, também aprende que suas introjeções não são seu si-mesmo autêntico.

O apoio completo para o *self* — que ultrapassa a necessidade de apoio ambiental — só pode advir do uso criativo das energias que são investidas nos bloqueios impeditivos à autoconfiança. Em vez de permitir que nossos pacientes se vejam passivamente, transferindo-se desde o passado, temos que introduzir a mentalidade da responsabilidade, que diz: "Estou me impedindo...", "Como me impeço?" e "De que me impeço?"

Se o terapeuta dá ao paciente apoio ambiental — em outras palavras, apóia sua necessidade transferencial — está sendo apenas um brinquedo nas mãos da neurose do paciente. Mas se, por outro lado, torna possível ao paciente assimilar o bloqueio e o material bloqueado, identificando-se com ele e diferenciando-o dele, facilita o desenvolvimento do paciente.



Devemos usar a mesma abordagem quanto ao sonho, que é uma parcela fascinante da criação humana, que proporciona tanto ao paciente quanto ao terapeuta, na análise ortodoxa, centenas de horas de conversas saborosas. Freud descreveu o sonho como uma realização de desejo, supôs que, indo e vindo entre os conteúdos do sonho e suas associações, seu significado se tornaria claro. Pois embora sabíamos que os sonhos são criação de nós mesmos, geralmente eles não se apresentam a nós com um significado; parecem vir de um estranho mundo próprio.

Mas uma explicação de sonho como uma realização de desejo e sua redução a uma série de símbolos verbais imperfeitos parece ir de encontro à essência mesma da existência do sonho. Tomemos, por exemplo, o pesadelo. É verdade que se o reduzir a uma série de pedaços estáticos você pode isolar o desejo oculto entre os terrores. Ou pode se aproximar da argumentação freudiana de que o sonho todo é uma realização de desejo, chamando-o ao invés de interrupção de um desejo. Mas vê-se logo que é absurdo chamar o pesadelo inteiro de realização de desejo.

Em vez disso, o sonho parece ser (e isto se aplica também aos pesadelos) mais uma tentativa de achar saída para um aparente paradoxo: o sonho é uma criação artística em que duas forças aparentemente incompatíveis são postas uma contra a outra. No pesadelo, o paradoxo não está integrado; na vida cotidiana do neurótico seus paradoxos também permanecem não integrados. Harry Stack Sullivan mostrou que se pudéssemos resolver nossos problemas durante o dia não precisaríamos sonhar à noite.

Para apreender o sentido do sonho, é melhor não interpretá-lo. Em vez de especular sobre ele, pedimos a nossos pacientes que o vivam mais extensivamente e intensivamente, para descobrir o paradoxo. Numa análise ortodoxa, através da associação, o paciente amplia seu sonho. A partir de uma pequenina passagem descritiva de seu sonho, Freud escrevia páginas e páginas de associações e interpretações. Mas para intensificar o sonho — para tentar revivê-lo — o paciente deve estar aberto a muito mais que interpretações puramente verbais e ao que vem a sua mente; tem que admitir sensações, emoções, bem como gestos. Ele só pode interpretar o sonho e chegar a uma solução de paradoxo pela reidentificação, particularmente com os aspectos perturbadores do sonho.

A maior parte das escolas psiquiátricas está de acordo que o sonho é uma projeção, em que todos os personagens e objetos que aparecem são na realidade a pessoa do sonhador, e que a ação do sonho é quase sempre uma tentativa de resolver o paradoxo, não assumindo a responsabilidade por nossas próprias esperanças e desejos. O sonho de que o inimigo de uma pessoa é assassinado por outra é um perfeito exemplo disso.

Darei dois exemplos específicos de como trabalhamos com sonhos. Em ambos os casos o leitor notará que nós pedimos ao paciente para se identificar com todas as partes de seu sonho, e tentar se dar conta do paradoxo que representa e resolvê-lo.

No primeiro caso, uma jovem paciente apresentou este sonho: "Estou subindo as escadas com um pacote nos braços". Suas fantasias, enquanto se identificava com os diferentes objetos do sonho, eram: "Se eu sou a escada, alguém está me usando para chegar lá em cima. É, sem dúvida, meu marido, que é ambicioso e agora está estudando. Ele depende financeiramente de mim. Se eu sou o pacote, então ele tem que me carregar. Isto também é verdade. Ele tem que me levar até as alturas intelectuais que vai atingir." Aqui vemos o que, para a paciente, parece ser o paradoxo de sua situação de vida: está carregando um peso e ao mesmo tempo ela é o peso.

No caso seguinte, tentamos trabalhar, na sessão terapêutica, uma solução para o paradoxo envolvido no sonho. Um paciente apresentou um sonho, em que via um homem dando descarga num lixo que havia entupido o vaso sanitário. Ele puxava várias vezes a descarga e, finalmente, todo o vaso sanitário entrava pelo chão adentro. Há, aqui, lugar para muita interpretação; a ação se encaixava bem em toda a atitude do paciente em relação ao desagradável. Em vez de interpretar para ele o sonho, pedi-lhe que me dissesse o que faria ao invés de puxar a descarga, se fosse o homem do sonho. Ele respondeu que poderia ter pego um gancho e extraído o que estivesse entupindo o vaso. Então, fantasiando isto, ele expôs todo o material desagradável a seu ver. Imediatamente após, sentiu uma contração em sua garganta, que correspondia à passagem do vaso sanitário. Contraíndo sua garganta, ele se impedia de vomitar, de trazer à tona material desagradável. Através do conteúdo onírico, seu comportamento e o sintoma psicossomático se tornaram integrados. O paradoxo subja-



cente — paradoxo do introjetivo, que engole material que lhe é desagradável e deveria ser censurado por seu paladar — não poderia ser resolvido naquela sessão. Trabalhamos um pouco nisto, mas aí o paciente teve um branco, um ponto cego. Seu paladar estava completamente dessensibilizado.

Pelo que foi dito anteriormente, o leitor pode ver algumas das diferenças significativas entre a terapia gestáltica e as técnicas mais convencionais. Mas penso que as diferenças mais importantes não foram ainda discutidas explicitamente.