



Alice no País das Maravilhas: a experiência de depressividade no diálogo entre gestalt-terapia e psicopatologia fenomenológica

Alice in Wonderland: the experience of depressivity in a dialogue between gestalt-therapy and phenomenological psychopathology

Anna Karynne Melo
Universidade de Fortaleza
Jamile Barreto Aquilino
Psicóloga
Brasil

Lucas Guimarães Bloc
Université Paris Diderot
França

Virginia Moreira
Georges Daniel Janja Bloc Boris
Universidade de Fortaleza
Brasil

Resumo

O artigo tem como objetivo descrever a experiência da depressividade num atendimento de psicoterapia, articulando a gestalt-terapia e a psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian. A depressão é uma patologia que sempre existiu, mas nunca foi tão frequente quanto nos dias atuais, registrando-se o aumento de seu diagnóstico nos últimos 50 anos. Neste estudo de caso, utilizamos o termo “depressividade”, ao invés de depressão, tomando como lente a perspectiva humanista fenomenológica para descrever a experiência vivida de Alice. O diálogo entre a gestalt-terapia e a psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian parte de uma interrelação entre as noções de sujeito da gestalt-terapia e da psicopatologia fenomenológica. Consideramos que, na clínica humanista fenomenológica, buscamos criar condições de possibilidade de produção e de expressão da intersubjetividade com o intuito de nos aproximarmos do mundo vivido do sujeito.

Palavras-chave: depressividade; gestalt-terapia; psicoterapia humanista-fenomenológica; psicopatologia fenomenológica

Abstract

This paper aims to describe the experience of depressivity in a psychotherapy process, articulating gestalt-therapy and Arthur Tatossian’s phenomenological psychopathology. Depression is a condition which has always existed, but was never as common as it is today, registering an increase of its diagnostics in the last 50 years. In this case study, we use the term “depressivity”, rather than depression, taking the humanistic-phenomenological perspective as a lens to describe Alice’s lived experience. The dialogue between gestalt-therapy and Arthur Tatossian’s phenomenological psychopathology is founded on an interrelation between the notion of subject from the gestalt-therapy and the phenomenological psychopathology’s one. We consider that, in humanistic-



phenomenological clinic, we seek to create conditions of possibility for producing and expressing intersubjectivity in order to get closer to the subject's lived world.

Keywords: depressivity; gestalt-therapy; humanistic-phenomenological psychotherapy; phenomenological psychopathology

Introdução

Os transtornos depressivos têm sido tema de pesquisas e ocupado um importante lugar na literatura médica e psicológica, com uma grande quantidade de artigos que mencionam a primazia, a cronicidade e o sofrimento associados às depressões (Baztán, 2008; Bloc, Melo, Leite & Moreira, 2015; Bloc, Souza & Moreira, 2016; Del Porto, 1999; Facó, 2008; Kehl, 2009; Maj & Sartorius, 2005; Moreira, 2009; Rodrigues, 2000; Valverde, Vitalle, Sampaio & Shoen 2012; Widlöcher, 2001). As depressões requerem um diagnóstico complexo, sendo a perda de interesse e o humor depressivo seus principais sintomas (Dalgalarondo, 2000). Para Tatossian (1979/2006), não devemos utilizar o termo 'depressão', mas 'depressões', tendo em vista suas formas variadas de manifestação, pois, embora algo se mantenha em todas elas, algo diverso atravessa cada experiência depressiva.

As depressões são consideradas, desde a década de 1990, como as doenças mais preocupantes para a saúde pública (World Health Organization [WHO], 2016). Segundo dados da WHO, elas serão, em poucos anos, as patologias que mais atingirão os países desenvolvidos e em desenvolvimento (Lafer & Amaral, 2000; Nascimento, 1999; WHO, 2016). Tal projeção demonstra sua gravidade e seus desdobramentos na saúde da população, proporcionando, ainda, a problematização de como o modo de vida da sociedade contemporânea pode estar relacionada com o aumento de pessoas com depressões (Moreira & Telles, 2008).

Neste artigo, a utilização do termo 'depressividade' no lugar de 'depressão' não é aleatória e advém da proposta de empreender um sentido fenomenológico à discussão clínica (Feijoo, 2010; Pereira Júnior, 2010; Rehfeld, 2000) que será desenvolvida. Priorizada por Tatossian (1977/2016, 1979/2006, 1983/2012, 1994), ao longo de seus textos, a experiência da depressividade se apresenta, clinicamente, a partir da hipótese de um modo de vida que algum sintoma é incorporado ao estilo global do cliente, sendo "percebido não *depois* e *a partir* do sintoma, mas *com* e *no* sintoma" (Tatossian, 1994, p. 93). Trata-se de um fenômeno que se apreende no encontro do cliente "consigo mesmo, com o mundo e com outrem" (Tatossian, 1979/2006, p. 113).

Distanciando-se do foco na depressão como psicopatologia e se aproximando da experiência da depressividade como modo de ser global do sujeito, buscamos, ao mesmo tempo, utilizar o aparato teórico da psicopatologia fenomenológica como via de



compreensão do vivido depressivo e nos mantermos próximos do movimento de Alice¹, a própria cliente, como elemento principal e como fonte de sentido. Assim, compreendemos a depressividade como uma hipótese oriunda da mútua constituição entre teoria e prática. Não se trata de um diagnóstico rígido e fechado de depressão, ou mesmo de uma leitura teórica acerca de um modo de ser-no-mundo, mas da consideração efetiva da experiência desvelada clinicamente como “guia” de compreensão do mundo vivido da cliente, que fornece sentido para todo e qualquer discurso acerca do adoecimento.

Portanto, a partir da lente humanista fenomenológica, descrevemos, neste artigo², a experiência de depressividade vivida por Alice, tendo como base o processo clínico em psicoterapia vivenciado por ela, ao longo de dois anos, em um serviço de psicologia de uma Universidade³. Tal lente está presente, especificamente, no diálogo entre a gestalt-terapia e a psicopatologia fenomenológica, partindo da compreensão da existência de sua interrelação no que se refere à compreensão do sujeito e de sua patologia.

A gestalt-terapia (Ribeiro, 1985) adota a noção de sujeito como um todo, concebendo-o como uma totalidade multifacetada e multidimensional. Destaca que o ser humano é relacional, pois cresce, se diferencia, se transforma e se desenvolve na e a partir da sua relação ou interação com o mundo. Trata-se de uma perspectiva humanista fenomenológica, que compreende o sujeito como um ser de potencialidades atualizáveis, num constante processo de vir a ser. Trata-se de um ser humano contextualizado e atravessado por inúmeros elementos do campo do qual faz parte, que afetam sua relação com o outro, com o mundo e consigo mesmo (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1997). A interação do homem com o mundo é um processo de autorregulação orgânica, constituindo um equilíbrio possível no campo, em busca da satisfação das necessidades contextualizadas do sujeito no mundo.

O objetivo da clínica da gestalt-terapia é contribuir para o restabelecimento da capacidade do sujeito de ajustar-se criativamente, ou seja, de criar possibilidades para seu modo de estar no mundo. É por meio de intervenções que os gestalt-terapeutas (Yalom, 2006) propõem uma construção gradativa, desenvolvida pelos próprios clientes, dos significados da sua existência. Assim, “a exploração fenomenológica objetiva uma descrição cada vez mais clara e detalhada do que é; e desenfaz o que seria, poderia ser, pode ser e foi” (Yontef, 1998, p. 218).

¹ Nome fictício para preservar a identidade da adolescente.

² Artigo vinculado ao projeto Saúde Mental, Psicologia e Fenomenologia: Compreendendo a Interlocação entre os Campos de Saber. Financiamento Edital 06/2016- Auxílio à Pesquisa Jovens Pesquisadores. Universidade de Fortaleza - UNIFOR (projeto 2028) e ao projeto de produtividade em pesquisa PQ-2- CNPQ: Fenomenologia Clínica como Intervenção Terapêutica. Financiamento Complementar à Pesquisa - Universidade de Fortaleza - UNIFOR (projeto 1965).

³ O paciente ou responsável (caso seja menor) atendido no serviço de psicologia assina o termo de consentimento livre, autorizando a apresentação do processo psicoterapêutico como estudo de caso, contanto que seja preservada a identidade.



No que tange à psicopatologia fenomenológica (Moreira, 2001; 2007; 2009), seu surgimento é atribuído aos trabalhos de Ludwig Binswanger (1820-1880) e Eugène Minkowski (1885-1972), que apresentaram, respectivamente, na 63ª sessão da Sociedade Suíça de Psiquiatria de Zurique, em 1922, uma conferência e um estudo de caso de melancolia esquizofrênica, tendo, como base, a fenomenologia (Tatossian, 1979/2006). A psicopatologia fenomenológica busca ultrapassar as dicotomias de normal e patológico e de somático e psíquico para compreender os modos de existência do sujeito que adocece. Psiquiatras como Medard Boss (1903-1990), Erwin Straus (1891-1975), Victor-Emil Von Gebattel (1883-1976), J. H. Van den Berg (1914-2012) e Hubertus Tellenbach (1914-1994) desenvolveram estudos inspirados pela filosofia fenomenológica para sedimentar a análise dos seus casos clínicos, conduzindo suas investigações à construção de uma psicopatologia fenomenológica (dirigida à) clínica constituída a partir da própria clínica (Moreira, 2013; Tatossian, 1979/2006; Tatossian & Moreira, 2012).

Tatossian (1979/2006; 1981; 1983/2012; 1994; Tatossian, Bloc & Moreira, 2016), representante contemporâneo de tal tradição, asseverava que a psicopatologia fenomenológica é uma maneira de compreender a experiência vivida de adoecer, tendo a possibilidade de utilizar as diversas lentes das fenomenologias filosóficas, como as de Husserl (1859-1938), de Heidegger (1889-1976), de Sartre (1905-1980) e de Merleau-Ponty (1908-1961), para mencionar apenas algumas. Não se trata da aplicação da filosofia na clínica, mas de uma clínica inspirada na filosofia, ou seja, uma relação de implicação baseada na fenomenologia, que fornece subsídios para compreender os diferentes modos de adoecimento (Dastur, 2014).

Assim, neste artigo, utilizamos a perspectiva da psicopatologia fenomenológica de Arthur Tatossian (1977/2016, 1979/2006, 1981, 1983/2012, 1994) para a condução das discussões teórico-clínicas do estudo de caso, centrando-nos na problematização da noção de depressividade como via de articulação com a abordagem clínica da gestalt-terapia (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1997). Entendemos que essas lentes apontam para um modelo de clínica que enfatiza a experiência vivida e a busca de seu significado. Inicialmente, descrevemos, de forma sucinta, a história de Alice. Em seguida, problematizamos a noção de experiência de depressividade, discutida por Tatossian, como eixo possível para a compreensão da experiência de Alice e do desvelamento do seu processo clínico. Por último, e de forma mais detalhada, descrevemos o processo psicoterapêutico de Alice, discutindo como a experiência de sua depressividade se desvela.

A história de Alice

Alice, adolescente de 16 anos, foi atendida em psicoterapia num serviço de psicologia de uma Universidade, durante dois anos. Foi encaminhada ao serviço de psicologia da



Universidade pelo Centro de Atendimento Psicossocial Infantil (CAPSi), com a queixa de desmotivação para ir ao colégio e de desenhar amigos invisíveis.

Inicialmente, a psicoterapeuta realizou alguns encontros com os pais, que informaram que Alice era uma *criança normal* (termo utilizado pelos pais) até sofrer uma encefalite, em torno dos dois anos de idade. A gravidez não foi planejada, mas os pais afirmaram que foi bem recebida. O pai considerava que Alice aparentava ter idade entre 10 e 12 anos, pois não sabia o valor das coisas e não saía de casa, já que era muito esquecida. A mãe complementou, informando que, por conta da encefalite, Alice ficou com problemas motores e andava cambaleando. Alice não ia à escola e o pai alegava respeitar a vontade da filha, apesar de algumas pessoas como a família e a escola cobrarem dele uma posição mais firme: *só quem está no dia-a-dia sabe*, argumentava ele. Para os pais, Alice utilizava várias estratégias para não ir à escola, como demorar no banheiro, dormir muito tarde, ficar ouvindo música ou desenhando. Costumava utilizar o banheiro como refúgio. Alice gostava muito de inglês, o que os pais associavam ao seu desejo de morar em Nova York (EUA). Os pais a descreveram como muito magra e, muitas vezes, para que comesse, tinham que dar-lhe a comida na boca. Eles a caracterizaram como muito tímida.

No primeiro encontro, Alice aparentou à psicoterapeuta ser menos frágil e ter sofrido menos comprometimentos físicos do que os pais destacaram, por exemplo, ela andou um pouco cambaleando, mas de forma rápida e sem parecer, em qualquer momento, que perderia o equilíbrio. Alice se disse tímida, teimosa e engraçada. Contou que se mostra engraçada apenas com os amigos mais próximos. A timidez era o que mais a incomodava, principalmente para se aproximar dos meninos que achava bonitos e do garoto por quem declarou estar apaixonada. Ela não gostava de situações em que tinha que se expor, pois se sentia incomodada com o olhar dos outros. Afirmou que gostaria de ter mais liberdade, de comprar um sorvete sozinha ou ir à escola sem a mãe, mas não o fazia porque a rua tem muito trânsito. Disse tinha medo de atravessá-la porque era muito desligada, mas, ao mesmo tempo, informou que sabia que tinha que olhar para os dois lados para ver se vinha carro (descrição muito similar à de sua mãe, apesar de que, para a mãe, a filha não saberia o que fazer diante de tal situação). Sobre os seus estudos, Alice disse ter dificuldade de se concentrar, principalmente nas aulas, por conta do barulho, por não compreender o que estava escrito nos livros e por esquecer com muita facilidade o que não lhe despertava interesse. Faltava às aulas com frequência porque não realizava suas tarefas, por ter preguiça, devido ao cansaço e por conta da timidez: *me falta coragem*, afirmou Alice.

Alice também descreveu seu sentimento de exclusão em relação a algumas pessoas na escola, afirmando que muitas não falavam com ela. A princípio, declarou alívio com tal fato porque seriam pessoas *chatas*, mas, depois, revelou, ainda que rapidamente, o sentimento de ser excluída. Conseqüentemente, disse preferir conversar com as pessoas pelo *Facebook* (rede social), mais do que pessoalmente. Alice destacou que gostava de música.



Da depressão à experiência de depressividade de Alice: uma compreensão fenomenológica

As descrições da experiência vivida da adolescente nos remetem à história de *Alice no País das Maravilhas*, de Lewis Carroll (ou, mais precisamente, Charles Lutwidge Dodgson, seu nome verdadeiro [1832-1898]). Trata-se da história de uma menina que cai na toca de um coelho. Nela, há uma porta e, atrás da porta, um lindo jardim. Alice observa que há uma chave (imagina que ela abrirá a porta para o jardim) e um vidro, em cima de uma mesa: bebe o líquido do vidro, fica pequena, mas esquece de pegar a chave, que, agora, devido ao seu diminuto tamanho, não consegue alcançar. Chora por não poder ir ao lindo jardim. Utilizando este trecho da história, compreendemos que a Alice do nosso caso ficava paralisada nesse lugar de 'menina pequena', a chorar por não poder alcançar o 'lindo jardim', mas não conseguia fazer nada, exatamente por ser 'pequena'. O tempo parara e ela vivia uma experiência de depressividade (Tatossian, 1979/2006).

A depressividade pode ser situada, para além de um conceito estático, como uma concepção desenvolvida na interseção de certo empirismo da experiência vivida, ou seja de uma interseção entre a clínica e a teoria. Trata-se de uma possibilidade que tem como eixo central a experiência que se apresenta e que sempre é definida *sobre* e *na* experiência, em mútua constituição (Bloc, Souza & Moreira, 2016; Tatossian, Bloc & Moreira, 2016). Inspirando-nos em Tatossian (1979/2006), apenas podemos afirmar a experiência de depressão de Alice se houver um conhecimento prévio do que é a depressividade. Ao mesmo tempo, tal conhecimento também apenas é possível na medida em que Alice apresentasse ou mesmo descrevesse sua experiência vivida de não crescer: portanto, não há experiência de depressão sem o vivido depressivo do sujeito. Então, mesmo considerando a existência de um conhecimento teórico prévio de nossa parte sobre a depressividade, recusamos sua compreensão fechada e rígida, pois haverá sempre uma experiência vivida de Alice.

Em função da consideração de uma experiência que está por ser confirmada, Tatossian (1979/2006) define a depressividade como uma hipótese efetivada em coexperiência. No caso de Alice, nos colocamos diante da experiência de que ela estaria deprimida, mas, também, do que é a sua depressividade. Pode-se reconhecer que há uma experiência que ocorre com ela e com a sua depressividade. Nas palavras de Tatossian, "nossa experiência se faz por sua vez com ele (o deprimido) e com a depressividade" (p. 115). Trata-se de reconhecer e buscar um encontro, ao mesmo tempo, com o sujeito e com a sua patologia.

Neste modelo de clínica fenomenológica, buscamos trabalhar de forma ambígua, ou seja, na interseção da teoria - que adotamos como aporte na discussão do processo



psicoterapêutico de Alice como via de compreensão de seu vivido depressivo - com a clínica, local primordial de expressão da subjetividade, que, mesmo diante de diagnósticos e de experiências comuns, deve estar sempre aberta à singularidade. Consideramos que o termo 'depressividade', ausente no vocabulário português, é capaz de contemplar largamente a depressão de Alice, sem, entretanto, esgotá-la, ambição inconcebível em uma proposta fenomenológica, que enfatiza sempre a experiência vivida e expressada pelo próprio sujeito.

No que se refere ao diálogo entre a gestalt-terapia (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1997) a psicopatologia fenomenológica (Tatossian, 1979/2006), a experiência da depressividade de Alice se constitui como interlocução. Por um lado, a gestalt-terapia nos fornece elementos de um manejo clínico consistente e sustentado no contato entre Alice e a psicoterapeuta, facilitando a descrição do fenômeno da depressividade da cliente. Por outro lado, a psicopatologia fenomenológica nos fornece um discurso igualmente consistente, construído, também, a partir da experiência vivida de depressividade de Alice.

Alice cai na toca do coelho, bebe a poção mágica e fica pequena: discutindo o processo psicoterapêutico

O processo psicoterapêutico de Alice ocorreu, em grande parte, a partir da descrição da sua experiência cotidiana de ficar em casa, de assistir filmes e de, às vezes, ir à escola, mas não aceitava com facilidade as intervenções da psicoterapeuta: muitas vezes, quando a psicoterapeuta indagava sobre sua experiência de ficar em casa, de não ter disposição para fazer qualquer coisa, de não ir à escola e de seus pais fazerem tudo por ela, Alice costumava responder, com frequência: *não sei*. Aguiar (2014) destaca que não é incomum a permanência do processo psicoterapêutico, durante muito tempo, no nível da descrição: "isso não é bom nem ruim, apenas sinaliza aquilo que o cliente pode em determinado momento" (p. 357). Diante da dificuldade de Alice de se aprofundar sobre seus sentimentos a respeito de sua experiência vivida, a psicoterapeuta buscou usar algumas técnicas ou ferramentas, sempre com base na relação dialógica com a cliente, evitando que se transformassem em exercícios ou recreação preestabelecidos, com o objetivo de estreitar o vínculo com Alice e de iniciar, progressivamente, o processo de ampliação de sua *awareness*⁴ (Aguiar, 2014; Zanella, 2013).

Em uma sessão, a psicoterapeuta propôs uma encenação, simulando uma situação em que Alice teria que conversar com as pessoas presencialmente, encarando-as. Ela escolheu, para participarem, três amigas (imaginárias) e o menino por quem se dizia apaixonada. No

⁴ "Awareness" é um termo inglês, sem equivalente em português, geralmente traduzido como "conscientização", "dar-se conta" ou "tomada de consciência" (D'Acri, Lima & Orgler, 2007, pp. 57-59). Para Yontef (1998), "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 sensorio motor, emocional, cognitivo e energético" (p. 215).



papel de si mesma, Alice agiu com um pouco mais de energia do que apresentava nas outras sessões e demonstrou admiração pelas pessoas, mas ainda continuou numa posição de “defesa”, utilizando, como justificativas, a timidez e a preguiça. No papel do garoto e das amigas, cobrou de si mesma mais atitude e uma postura mais ativa diante da vida. Foi uma sessão muito rica, pois a psicoterapeuta percebeu um pouco de vitalidade nas expressões de Alice.

Alice contou que dormia e acordava muito tarde, às vezes, já em cima da hora de ir à escola, e que comia pouco. Tal rotina poderia estar associada à sua falta de energia para vencer a preguiça e o cansaço. No entanto, afirmou que não conseguia mudar esta rotina sozinha e que seria bom que alguém mandasse nela. Diante disto, cliente e psicoterapeuta decidiram, juntas, marcar um encontro com a presença dos pais de Alice. Nesta sessão, em que apenas a mãe compareceu, fizeram uma revisão da rotina da adolescente, com algumas propostas de mudanças, e ambas assinaram, simbolicamente, um contrato que reconhecia a necessidade de Alice de fazer suas próprias tarefas, de comer sozinha e de ir a lugares perto de casa, por exemplo. Durante tal encontro, a mãe destacou que uma de suas maiores dificuldades era lidar com a agressividade de Alice, quando a adolescente era contrariada, e mostrou a mão ferida por beliscões da filha. A mãe parecia acreditar muito pouco na possibilidade de mudança de Alice. Fernandes (2013) destaca a importância da família no processo de adotar dos filhos e de sua participação e implicação na psicoterapia, pois é crucial que a família tenha clareza da atuação do psicoterapeuta. Para Zinker (2001), a tarefa do psicoterapeuta é ajudar os pais ou a “família a perceber como e onde o sistema entra num impasse e como usa sua *awareness* e sua energia coletiva para ultrapassar esses impasses em suas interações” (p. 84).

Após algumas sessões, a psicoterapeuta voltou a conversar com a mãe de Alice, com o objetivo de ressaltar as suas potencialidades e, principalmente, a sua dependência da família e a necessidade de a mãe permitir que a filha se desenvolvesse, trilhando seus próprios caminhos. A mãe falou da sua dificuldade de libertar Alice e do medo de que algo pudesse acontecer à filha. A psicoterapeuta e a mãe de Alice discutiram a necessidade de a mãe se submeter a seu próprio processo psicoterapêutico, com o que ela concordou.

No processo psicoterapêutico com adolescentes, é fundamental o acompanhamento do psicoterapeuta com os pais, pois eles exercem grande influência sobre o adolescente e sua psicoterapia. Portanto, quanto mais os pais estão implicados no processo psicoterapêutico, maior é a possibilidade de ser estimulada a autorregulação da família. Aguiar (2014) aponta quatro níveis de intervenção junto aos responsáveis pelo adolescente: “informação, orientação, sensibilização e facilitação de comunicação entre seus membros” (p. 245). No nível informação, obtemos as informações necessárias para o esclarecimento das dificuldades do adolescente. A orientação se caracteriza pela indicação e sugestões de algumas possibilidades de condução em determinadas situações. Já na sensibilização, há uma ajuda



aos pais para encontrar seus caminhos e recursos para lidar com as situações. E, na facilitação da comunicação entre seus membros, há uma busca pelo estabelecimento e fortalecimento o diálogo.

No caso de Alice, a psicoterapeuta realizava, constantemente, tais intervenções, pois compreendia que o acompanhamento da família, principalmente junto à mãe da adolescente, mais disponível o contato com a psicoterapeuta, facilitaria o crescimento e a responsabilidade de Alice

Alice aparentava ter dificuldade de expressar seus desejos e de entrar em contato com seu sofrimento. Dizia chorar pouco quando estava com raiva, mas o fazia, embora trancada no banheiro. Quanto a expressar seus sentimentos, contou, novamente, sobre sua paixão por um garoto e disse já ter se declarado a ele pelo *Facebook*, mas apagara a mensagem e não lembrava o que o menino respondera. Disse lembrar-se de ter ficado triste apenas uma vez, quando uma tia de quem gostava falecera, mas não conseguiu chorar, mesmo tendo vontade. Contou que gostava quando o pai lhe dava comida na boca porque estava com preguiça de se alimentar por si mesma, mas que se sentia uma criança quando a mãe a levava à escola, demonstrando a diferença na relação entre seus pais.

Descreveu tais situações sem emitir qualquer juízo de valor, porém apenas como parte da sua rotina. Alice listou os fatores externos que a impediam de mudar: a paixão, a teimosia, o estresse, a preguiça, a timidez e o celular, nomeando “*cinco emocionais e um objeto*”. Segundo Tatossian (1979/2006), o vivido depressivo é marcado por uma inibição psicomotora e uma indiferença completa aos prazeres. Há um vazio e uma incapacidade de sentir. É possível perceber o movimento de Alice neste sentido, principalmente quando se referia àquilo que denominava de preguiça e de falta de vontade quotidianas. Na clínica com adolescentes, é preciso estar atento à linguagem utilizada e aos sentidos atribuídos pelo cliente, que, muitas vezes, ultrapassam o uso corrente de determinados termos.

Após um período de recesso da psicoterapia devido ao recesso escolar, Alice retornou com novos planos: disse que pretendia mudar para estudar mais e perder a timidez. Contou que, também, pretendia viajar mais, principalmente para a casa de uma amiga em outra cidade. Com certa alegria, disse ter declamado um poema, apesar da dificuldade de decorar, na frente de todos, na igreja, e que estava com novos ‘paqueras’.

Em certa sessão, Alice retorna a falar das suas amigas *invisíveis*. A partir disso, a psicoterapeuta propôs a Alice que apresentasse suas amigas *invisíveis*, desenhando-as e falando um pouco de suas características, como o fato de terem bastante amigos e irem à escola. Todas elas eram mais novas do que ela, mais bonitas, inteligentes, engraçadas e alegres. Uma delas gostava de ler; outra fazia academia; e a terceira tinha um irmão mais novo. Todas elas gostavam de se maquiar e dançar. Alice destacou que contava tudo às amigas invisíveis, já que confiava mais nelas do que nas amigas reais. As garotas invisíveis eram suas melhores amigas, pois a acompanhavam a todos os lugares, menos na sala de



atendimento, ficando do lado de fora. Entendemos que Alice projeta seus desejos, seus sentimentos e ações nas amigas invisíveis. Através a das amigas, Alice vivia uma vida que gostaria de ter ou ainda, projetava o que gostaria de ser. A projeção é um mecanismo de interrupção de contato que ocorre com a atribuição do que se origina no sujeito ao ambiente. Com isso, não há uma identificação com a mobilização e excitação do contato (Perls, Hefferline & Goodman, 1951/1997) e “a pessoa que está projetando não pode distinguir satisfatoriamente entre os mundo interior e exterior” (Perls, 1947/2002, p. 231).

Alice contou que teve que sair do colégio porque perdeu o ano e que, assim, também perdeu sua matrícula. Ela se recusava a frequentar o novo colégio e, temendo tal mudança, afirmou ter tido vontade de se matar, pensando em se cortar com uma *gillete* (lâmina de barbear), no banheiro, ou colocar o dedo na tomada. Pediu para tomar banho com sua mãe, durante algum tempo, por precaução. Tais pensamentos apareciam e sumiam e oscilavam, conforme contou, entre a *vontade de morrer* e de *acordar para vida*. Alice descrevia o desejo de *acordar para a vida* como sinônimo de *criar coragem para fazer as coisas, deixar de ser tímida e vencer a preguiça*. Afirmou que tentava *acordar para a vida*, mas que não sabia por que não conseguia. Alice parecia vivenciar, de forma ambígua, o desejo incompatível de morrer e de viver, ao mesmo tempo: um projeto irrealizável.

Os suicídios e suas tentativas estão, comumente, presentes na experiência de depressividade, e assumem, segundo Tatossian (1983/2012), certa positividade na medida em que se apresentam, também, como um ato de vida. Diante do extremo sofrimento, da desesperança, do bloqueio da comunicação vital com o mundo e da perda da autoconfiança basal, elementos característicos do vivido depressivo, o ato suicida pode configurar um resquício de um desejo do sujeito, como Alice manifestou, em alguns momentos. Reconhecer o desejo de não mais viver pode representar a possibilidade de um trabalho clínico de ressignificação de tal experiência e de mobilização para o devir: eis o desafio do clínico diante do sujeito e de sua depressividade.

Alice contou que seu coração estava vazio, pois precisava de um amor, mas nada fazia para encontrá-lo. Afirmava não gostar de pensar, preferindo ficar com a cabeça vazia, mesmo que seu vazio fosse preenchido de *dor* e de *angústia*, o que relacionava a seus *pensamentos maus*, por exemplo, a vontade de *colocar o dedo na tomada para tomar um choque e morrer*. Entretanto, afirmou que Deus a impedia de se matar. Percebemos que a expressão do vazio é recorrente na fala de Alice, o que é confirmado pela descrição da depressividade como uma existência no vazio, conforme Tatossian (1983/2012; 1979/2006).

Alice retomou o assunto da escola e enumerou, durante algumas sessões, vários motivos para não frequentar o novo colégio, ressaltando seu desejo de não fazer nada, de assistir TV, de ficar no celular e de dormir. O celular era a ferramenta que utilizava para o envio de mensagens instantâneas aos amigos e o acesso às redes sociais. Por diversas vezes, se declarava viciada no celular. Em uma sessão, a psicoterapeuta pediu-lhe para se imaginar



não fazendo nada e que lhe descrevesse a cena, falando o que acontecia. Alice se imaginava deitada na cama, enquanto “via” a vida das pessoas acontecendo: elas estão estudando, trabalhando e namorando, enquanto ela permanecia deitada, esperando que alguém a tirasse da posição de alguém que não sabe quem é. É possível perceber que ocorre com Alice, como descreveu Tatossian (1983/2012), uma alteração da relação com o outro no vivido depressivo, ainda que ela permaneça como possibilidade. Tatossian utilizava a metáfora de que o depressivo vive “murado” no seu corpo, separado por uma espécie de grade ou vidro. Com Alice, podemos destacar que o uso do celular se mostrava, ao mesmo tempo, como uma via de contato, mas, também, de isolamento, na medida em que mantinha distância das relações por meio de um corpo imóvel. Ao voltar-se excessivamente para o celular, Alice mantinha distância dos outros e via a vida passar diante de si mesma.

Em alguns momentos, Alice expressava sua vontade de ir à escola para não perder, novamente, o ano, mas a ação não se concretizava e ela não parecia dar crédito à sua vontade. Descreveu, superficialmente, sua dificuldade de lidar com o novo e, com frequência, culpabilizava a timidez e a preguiça. Na tentativa de buscar o que emergia com sua timidez e preguiça, Alice mencionou seu medo, se esquivando de falar mais sobre ele com a psicoterapeuta, que interveio, nesse momento, observando que ela parecia ter criado uma redoma de vidro para se proteger e se isolar do mundo real. Ela concordou, dizendo que era como um *globo de neve*. A psicoterapeuta perguntou o que a impedia de quebrar o vidro e sair do globo, ao que ela respondeu: o *medo*. Disse que lhe faltava coragem para quebrar o vidro e que sabia que só dependia dela. Queria viver a vida *lá de fora*, mas o medo, a falta de coragem e a timidez a impediam.

A impotência e a inatividade marcavam o vivido depressivo de Alice, sustentada naquilo que Tatossian (1983/2012) denominava de inscrição corporal da depressão. Sua capacidade de estabelecer contato vital com o mundo estava alterada, (sobre)vivendo lentamente em um corpo pesado, em um espaço vazio, sem movimento, em um tempo estagnado e, ainda que estabelecesse algumas relações interpessoais, mantinha um contato difuso com os outros. No que tange à relação com o outro, Tatossian (1981) considera que, no vivido depressivo, ainda que ocorram alterações, elas persistem apenas como possibilidade. Entretanto, é como se o depressivo vivesse “murado” no seu corpo, ou mesmo separado do mundo exterior por uma grade ou vidro transparente, expressão também utilizada por Alice.

Alice parecia ter escolhido não estar consciente de si mesma e permanecer passiva diante da vida para evitar a angústia, o contato, a realidade e suas limitações, mas não se responsabilizava por sua escolha. A responsabilidade⁵ por suas próprias escolhas por parte

⁵ Perls (1979) admitia que foi influenciado pelo existencialismo, adotando o significado existencial de “response” + “habilidade”: “a filosofia existencial exige que se assuma responsabilidade pela própria existência” (p. 78). Desta forma, concordava com Sartre (1978), que afirmava que “o homem é responsável por aquilo que é. Assim, o primeiro esforço do existencialismo é o de pôr todo homem no domínio do que ele é e de lhe atribuir a total responsabilidade da sua existência (p. 6). Por sua vez, Perls (1977) declarava que “a palavra responsabilidade



do cliente é tema recorrente nos processos psicoterapêuticos gestálticos, sendo considerada inerente ao desenvolvimento humano, pois diferencia a criança do adolescente e do adulto. No caso de Alice, a responsabilidade surge como um desejo, ainda a ser concretizado, de, um dia, se apropriar de si mesma, de crescer e de assumir seu projeto de vida. Como destaca Zanella (2013), “o adolescente vive entre ultrapassar as características da infância e lidar com as perspectivas da vida adulta. Parece mobilizado por uma sensação de medo e insegurança, entre a casa dos pais e o caminho da sociedade, agora de forma mais definitiva” (p. 14).

No País das Maravilhas: em busca de uma saída

A encefalite, na infância, e as sequelas físicas da doença pareciam ter despertado, nos pais de Alice, um sentimento de superproteção que a mantinha numa **situação** de dependência em relação a eles. Conforme destaca Aguiar (2014), o ser humano nasce numa **condição** de total dependência dos outros e, progressivamente, desenvolve recursos para distinguir o que precisa deles e para decidir como e com qual intensidade o busca. A ausência de controle e de regulação de Alice por parte de seus pais, denominada por Aguiar de função organizadora, prejudicou a capacidade da filha de estabelecer uma fronteira de contato que lhe permitisse compreender como e no que ser diferente dos demais, com necessidades e recursos próprios, ou seja, um ser autônomo. Para Polster e Polster (1973/2001) acrescentam: “a fronteira de contato é o ponto em que o indivíduo experiencia o ‘eu’ em relação ao que é não- ‘eu’ e, por esse contato, ambos são experienciados mais claramente” (p. 115). Segundo Aguiar (2014),

Pais que superprotegem seus filhos, não permitem que eles tomem decisões e se frustrem, ou, ao contrário, não os protegem daquilo que eles ainda não podem decidir nem responsabilizar-se, contribuem para a construção de indivíduos inseguros, amedrontados e sem perspectiva clara de suas possibilidades de ação e transformação (p. 140).

Assim, ao se deparar com limites, Alice parecia não saber tomar decisões, nem conseguia perceber o que sentia. Utilizava mecanismos de evitação de contato, como a deflexão, para minimizar o impacto do conflito, descolorindo-o, amornando-o. Polster e Polster (1973/2001) definem deflexão como “uma manobra para evitar o contato direto com outra pessoa. É um modo de tirar o calor do contato real” (p. 102), amortecendo-o. Os autores lembram que “existem situações que são, originalmente, demasiado quentes para que se possa manipulá-las e das quais as pessoas devem se afastar” (p. 93). A psicoterapeuta percebia tal mecanismo quando tentava que Alice aprofundasse a descrição de um sentimento, mas ela mudava de assunto ou dizia não saber. Podemos compreender que, para

pode ser também “habilidade de responder”, de ter pensamentos, reações, emoções numa determinada situação” (p. 96), acrescentando: “eu creio que esta é a característica básica da pessoa madura” (p. 141).



preservar certo controle de seus sentimentos, Alice demonstrava apatia e desligamento, e descrevia alguns comportamentos agressivos seus como decorrentes de um sentimento que declarava ser estresse ou raiva. Desta forma, Alice buscava se esconder de outros sentimentos, como o medo de rejeição. Alice não demonstrava mobilização para situações novas e, assim, tanto sua falta de coragem quanto sua preguiça podem, também, ser consideradas formas de deflexão.

Alice evitava o confronto com o que a ameaçava, considerando um risco tudo aquilo que era diferente do que estava acostumada e adotando, assim, a repetição de estratégias de aniquilação da ansiedade e a evitação do contato com o que a ameaçava. Para Perls (1981), as neuroses surgem da incapacidade de o indivíduo encontrar e manter o equilíbrio entre ele e o mundo. Por meio das interrupções de contato, o indivíduo cria manobras defensivas para se proteger contra a ameaça de ser barrado por um mundo esmagador, no qual as probabilidades estão todas contra ele, um mundo que exclui e lança um olhar crítico sobre Alice, que não construiu uma maneira própria de lidar com ele, evitando, assim, contatá-lo. Seria preciso que Alice construísse, com base em seus próprios projetos, a responsabilidade por si mesma e por sua liberdade, o que necessitaria ser confirmado e legitimado por seus pais, para que ela pudesse se reconhecer e se valorizar, permitindo-lhe experimentar e se autorregular no mundo. Assim como na história de Lewis Carroll, Alice precisaria não ter medo da Rainha de Copas (sua mãe), crescer e ser grande.

Enfrentando a Rainha de Copas

Para Perls (1947/2002), a agressividade é uma função de energia de ação que impulsiona a exploração e a superação dos desafios e dos obstáculos, a criação de caminhos e a transformação de algo que é destruído em alguma coisa mais adequada para o ser humano no mundo. Para algo novo aparecer, o antigo precisa ser destruído e transformado. A agressividade é uma força que auxilia o indivíduo a enfrentar dificuldades e a correr riscos (Aguiar, 2014). Sem usar sua energia agressiva, Alice não conquistava seu espaço, não se afirmava, nem conseguia se impor diante dos outros e satisfazer suas necessidades. A ausência de tal energia prejudicava, também, seu ajustamento criativo, ou seja, sua autorregulação orgânica e seu contato com o mundo. O embotamento agressivo de Alice se revela não apenas nas suas expressões verbais desinteressadas e pouco reativas, mas, também, na sua postura corporal passiva, destituída de potência, diante do outro. Ela tinha dificuldade de expressar seus sentimentos. Recusava-se a se aprofundar nos seus medos e inseguranças. Quando expunha sua dor e angústia, não entrava em contato com sua própria experiência, agindo como se elas não pudessem ser sentidas.

Podemos relacionar a ausência de agressividade de Alice, destacada por Perls (1947/2002), com a compreensão de Tatossian (1979/2006; Tatossian, Bloc & Moreira, 2016)



de que a tela de fundo de toda depressão verdadeira é o bloqueio da comunicação vital com o mundo. Há uma impotência vital de agir, ancorada em um espaço vazio, sem relevo e sem perspectiva. O que estava em jogo, e que pudemos observar no caso de Alice, era o desaparecimento ou mesmo o abalo da sua confiança basal em si mesma, que nos constitui como sujeitos no mundo. A experiência da depressividade se constitui como possibilidade na medida em que tal perda de autoconfiança, antecedente da depressão, surge como possibilidade (Tatossian, 1979/2006; Tatossian, Bloc & Moreira, 2016).

Alice, durante seu processo psicoterapêutico, vivenciava um sentimento de vazio, de petrificação, de não viver, bem ilustrado pela visualização dela mesma, deitada na cama, sem fazer nada, vendo a vida passar e os outros vivendo. Sua tristeza parecia não ter movimento, pois era secundária àquilo que Tatossian (1979/2006) denominava de incapacidade de sentir do depressivo e que pudemos observar na experiência de Alice. Como afirmam Leite e Moreira (2009), “o eu assiste à sua tristeza, sendo incapaz de entrar em relação com ela. Tal incapacidade invade, também, toda a ação, causando uma inibição vital e um vazio temporal” (p. 52).

Outro ponto que podemos destacar diz respeito ao corpo: Alice demonstrava uma espécie de anestesia afetiva, provocada pelo declínio da sua autoconfiança. Suas relações reais eram restritas e seu universo relacional era virtual ou imaginário. A maioria de suas amigas, tal como os personagens da história de *Alice no País das Maravilhas* (Carroll, 2002), como o coelho branco, o chapeleiro e a lebre, dentre outros, eram invisíveis e funcionavam como alter egos, com poderes intencionais diferentes. Tais amigas imaginárias não lhe eram estranhas, pertenciam a Alice, eram suas, componentes de si mesma e inseparáveis do seu mundo (*País das Maravilhas*) concreto. Elas eram, assim, uma projeção de competências que Alice não percebia nem reconhecia em si mesma. Ela as descrevia como bonitas, estudiosas, inteligentes, extrovertidas, brincalhonas e cheias de atitudes, contrapondo-as com a percepção de si mesma, ou seja, com sua dificuldade de ser como elas. Alice reconhecia que tais amigas eram invisíveis, mas dava-lhes voz porque elas lhe serviam como uma busca de tomada de consciência de seus desejos e de suas potencialidades.

Por vezes, por meio das falas das amigas imaginárias, apresentava um discurso autocrítico, ainda que, ela mesma não se mostrasse capaz de esboçar as mesmas atitudes delas. Mais novas (idades entre 14 e 15 anos) do que Alice, suas criações a deixavam paralisada num tempo pregresso, assim como o chapeleiro, da história de *Alice no País das Maravilhas* (Carroll, 2002), que vivia, perpetuamente, na hora do chá. Alice não se expunha às exigências sociais de sua idade, evitando o contato com o novo, com o desconhecido e com o conflito. Em diversos momentos, a psicoterapeuta observou uma estagnação no tempo vivido dela, numa tentativa de se manter no passado, sem se permitir fazer contato com novas experiências. Tratava-se de um tempo mais lento ou (mesmo) estagnado, em que ela perdia o sincronismo habitual, ou seja a sintonia com o tempo do mundo. Sem perspectiva



de futuro, Alice perdia sua capacidade de agir (Leite & Moreira, 2009; Tatossian, 1979/2006; Tatossian, Bloc & Moreira, 2016).

A morte estava sempre presente no discurso de Alice. Ela dizia querer morrer, o que, para ela, em forma de metáfora, significava dormir para sempre para, assim, acordar para a vida. Era como se Alice quisesse, se fosse possível, vivenciar, momentaneamente, a morte para experimentar a vida. Recorrendo, novamente, a Tatossian (1979/2006), identificamos, na adolescente, ao mesmo tempo, um sentimento de impotência para viver e um desejo de *morte imanente*, que revela um desejo de vida. Tratava-se de um projeto paradoxal (Leite & Moreira, 2009). Alice descrevia, constantemente, uma experiência de vazio, que retratava sua experiência vivida da depressividade. Lançada em uma existência no vazio, Alice parecia incapaz de se comprometer com o que queria fazer, como agir e o que pretendia ser. Vivenciava um vazio gelado pela ausência do calor da ação (ou da agressividade) e pela incapacidade de quebrar o vidro, de lidar com o que se passava e se construía fora dele, metaforicamente expressado pela visualização do globo de gelo no qual ela se colocou. Podemos associar o globo de gelo de Alice à experiência de viver murado, descrita por Tatossian (1981) a respeito da depressão: as relações ainda existem como possibilidade, diferentemente de sua perspectiva sobre a melancolia como expressão mais grave do vivido depressivo, na qual o sujeito se encontra cerceado em seu corpo, muitas vezes, separado do mundo que o circunda (Tatossian, Bloc & Moreira, 2016). Mesmo separada do mundo, murada, envolta pelo gelo, Alice ainda parecia buscar manter, mesmo que minimamente, contato com os outros e, entre eles, com a psicoterapeuta.

Em certo momento do seu processo psicoterapêutico, Alice disse não querer frequentar o atual colégio porque gostava do anterior, apontando tal volta ao passado como solução para seus problemas no presente. No entanto, ela também não frequentava o colégio anterior, tendo perdido o ano e, por conta disto, teve que ir para um novo colégio. Parecia não sustentar a possibilidade de novos contatos, persistindo numa tentativa de mudança de seu passado. Na experiência da depressividade, Tatossian (1983/2012) compreendia que o tempo é vazio e que seu vivido se sustenta na incapacidade de ser, pois o sujeito vive, constantemente, uma experiência de impossibilidade, de restrição, de não-poder ser. Assim, é uma existência no vazio que percebemos em Alice, uma vez que não conseguia realizar aquilo que ela mesma se propunha.

Percebemos uma convergência de tal compreensão de Tatossian (1983/2012) com as ideias de Perls (1947/2002), que afirmava não haver existência que não tenha extensão e duração. Nesse sentido, o tempo é o fundamento para a organização e estruturação do sujeito: “o centro temporal de nós mesmos como eventos espaço-tempo humanos conscientes é o presente. *Não há outra realidade a não ser o presente*” (p. 146, grifo do autor), pois é no presente que experienciamos a vida.



Em Alice, percebemos a falta de contato com o presente, o que a levava à fuga ao passado, por exemplo, quando afirmava que a escola anterior era melhor e que, portanto, nela, frequentaria as aulas, se para lá voltasse, embora não o fizesse, quando era matriculada lá; ou à fuga ao futuro, quando, com as amigas invisíveis, ela se referia ao que desejava ser quando fosse adulta. Trata-se do que Perls (1947/2002) denominava de caráter retrospectivo e prospectivo, respectivamente. Ambos levam à perda de si mesmo. Para Alice, era muito difícil se manter no aqui-e-agora, pois o presente requer constantes movimentos e transformações, proporcionando uma sistemática atenção à realidade. Deste modo, Alice permanecia fixada numa autoimagem infantil e paralisada no tempo.

Entendemos que era importante, para Alice, enfrentar e vencer a Rainha de Copas e se despedir de seus amigos invisíveis do *País das Maravilhas* (Carroll, 2002), na busca de construir sua mobilidade temporal, de crescer e de se ajustar criativamente.

Considerações finais

No processo psicoterapêutico vivido por Alice, pudemos observar sua grande oscilação entre momentos saudáveis quando buscava sentido na sua vida e entrea em contato com o mundo real, e momentos de estagnação, em que emergia sua experiência de depressividade. Entendemos que a psicoterapia visa a resgatar e a manter os movimentos saudáveis do cliente e o clínico deve estar atento às suas interrupções de contato e seus modos de adoecimento, conforme discutimos a partir de Tatossian e Perls. Consideramos que Alice vivenciava uma experiência de depressividade que a atingia como um todo e de modo vital. Não se trata, aqui, de um diagnóstico propriamente dito, mas de descrever o fenômeno clínico da depressividade de Alice e seus movimentos (ou sua ausência, em muitos momentos do seu processo psicoterapêutico), evidenciando sua própria experiência vivida. Neste sentido, a psicopatologia fenomenológica auxiliou a compreensão dos movimentos e uma aproximação da experiência vivida de depressividade de Alice.

Adentrar no *País das Maravilhas* parecia ser, muitas vezes, o ajustamento criativo possível a Alice. Entretanto, este caminho era recheado de sofrimento e de interrupções de contato. Compreendendo melhor sua experiência de depressividade, foi possível uma aproximação de seu mundo existencial e ajudá-la a construir, em seu próprio processo psicoterapêutico, novas possibilidades de contato. Sob a égide do tempo, do espaço, do corpo e do contato com o outro, pode-se observar algumas mudanças em Alice como seu retorno à escola, que se mostravam como condição de possibilidade do vivido depressivo de Alice.



No seu processo psicoterápico, a partir do foco nas suas interrupções de contato, foi possível intervir em busca do crescimento e da atualização da cliente. Se, de um lado, a psicopatologia fenomenológica forneceu uma base de compreensão do seu vivido depressivo, de outro, a gestalt-terapia se apresentou como um canal de desvelamento de tal vivido. Concluímos que a clínica da depressividade assumiu grande importância na experiência vivida de Alice, pois possibilitou construir um lastro teórico-clínico que se aproximou, o máximo possível, da experiência mesma de depressividade.

Referências

- Aguiar, L. (2014). *Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática* (2a ed.). São Paulo: Summus.
- Baztán, Á. A. (2008). Antropologia de la depresión. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 8(3), 563-601.
- Bloc, L.; Melo, A. K. S.; Leite, E. & Moreira, V. (2015). Fenomenologia do corpo vivido na depressão. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 20(4), 217-228. Recuperado em 22 de junho, 2016, de [dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150023](https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150023)
- Bloc, L.; Souza, C. & Moreira, V. (2016). Phenomenology of depression: contributions of Minkowski, Binswanger, Tellenbach and Tatossian. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(1), 107-116. Recuperado em 22 de junho, 2016, de [dx.doi.org/10.1590/1982-027520160001000011](https://doi.org/10.1590/1982-027520160001000011)
- Carroll, L. (2002). *Alice no País das Maravilhas* (C. R. Ramos, Trad.). Petrópolis, RJ: Arara Azul (Original publicado em 1865).
- Dalgalarrondo, P. (2000). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dastur, F. (2014). *Penser ce qui advient : dialogue avec Phillippe Cabestan*. Paris: Les Petits Platons. (Coll. Les Dialogues de Petits Platons).
- D'Acri, G.; Lima, P. & Orgler, S. (Org.s). (2007). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. São Paulo: Summus.
- Del Porto, J. A. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(Suppl. 1), 6-11. Recuperado em 13 de junho, 2016, de [dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003](https://doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003).
- Facó, M. L. (2008). *Um mosaico da depressão: dos sujeitos singulares aos transtornos universais*. São Paulo: Escuta.



- Fernandes, M.B. (2013). A consulta clínica com pais de adolescentes. Em: R. Zanella (Org.). *A clínica gestáltica com adolescentes: caminhos clínicos e institucionais*. São Paulo: Summus.
- Kehl, M. R. (2009). *O tempo e o cão: a atualidade das depressões*. São Paulo: Boitempo.
- Feijoo, A. M. L. C. (2010). Fundamentos fenomenológico-existenciais para a clínica psicológica. Em *anais simpósio de psicologia fenomenológico - existencial*, 1, (pp. 7-18). Belo Horizonte: Fundação Guimarães Rosa
- Lafer, B. & Amaral, J. A. M. S. (2000). *Depressão no ciclo da vida*. Porto Alegre: Artmed.
- Leite, M. E. & Moreira, V. (2009). A contribuição de Tellenbach e Tatossian para uma compreensão fenomenológica da depressão. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(3), 46-56. Recuperado em 13 de novembro de 2016, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000300006&lng=pt&tlng=pt.
- Maj, M. & Sartorius, N. (Org.s). (2005). *Transtornos depressivos* (2a ed.). (C. Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1999).
- Moreira, V. (2001). Psicopatologia, fenomenologia e cultura: a contribuição de Arthur Tatossian. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 4(3), 127-130.
- Moreira, V. (2007). Critical phenomenology of depression in Brazil, Chile and the United States. *Journal of Latin-American Fundamental Psychopathology Online*, 7(2), 193-218.
- Moreira, V. (2009). *Clínica humanista-fenomenológica: estudos em psicoterapia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Annablume.
- Moreira, V. (2013). *Revisitando as psicoterapias humanistas*. São Paulo: Intermeios
- Moreira, V. & Telles, T. C. B. (2008). Experiences of stigma in depression: a cross cultural study. *PsicoUSF*, 13(2), 233-241. Recuperado em 03 de agosto, 2015, de pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712008000200010&lng=pt&tlng=en
- Nascimento, I. (1999). Depressão unipolar: uma revisão. *Revista de Informação Psiquiátrica*, 18(3), 75-83.
- Pereira Júnior, M. G. (2010). *Psicoterapia de orientação fenomenológica*. Trabalho apresentado no Congresso de Psicologia Fenomelógico-Existencial, Belo Horizonte, MG. Recuperado em 09 de dezembro, 2014, de fgr.org.br/admin/artigos/trab_2011624301281721335123723.pdf
- Perls, F. S. (1977). *Gestalt-terapia explicada* (3a ed.). (G. Schlesinger, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1969).
- Perls, F. S. (1979). *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo* (G. Schlesinger, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1969).



- Perls, F. S. (1981). *A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia* (J. Sanz, Trad.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1973).
- Perls, F. S. (2002). *Ego, fome e agressão: uma revisão da teoria e do método de Freud* (G. D. J. B. Boris, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1947).
- Perls, F., Hefferline, R. F. & Goodman, P. (1997). *Gestalt terapia* (2a ed.). (F. R. Ribeiro, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1951).
- Polster, E. & Polster, M. (2001). *Gestalt-terapia integrada* (S. Augusta, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1973).
- Rehfeld, A. (2000). A prática clínica fenomenológico-existencial. *Revista de Gestalt*, 9, 1-4. Recuperado em 03 de agosto de 2015, de fenoegrupos.com.br/JPM-Article3/pdfs/rehfeld_pratica_clinica.pdf
- Ribeiro, J. P. (1985). *Gestalt-terapia: refazendo um caminho* (3a ed.). São Paulo: Summus.
- Rodrigues, M. J. (2000). O diagnóstico de depressão. *Psicologia USP*, 11(1), 155-187.
- Sartre, J.-P. (1978). O existencialismo é um humanismo. Em J.-P. Sartre. *O existencialismo é um humanismo; a imaginação; questão de método* (pp. 1-32). (R. C. Guedes, Trad.). São Paulo: Abril Cultural. (Original publicado em 1946).
- Tatossian, A. (1981). Phénoménologie de la dépression. *Encéphale*, 7, 361-366.
- Tatossian, A. (1994). Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. Em P. Pichot & W. Rein (Org.s). *L'approche Clinique en psychiatrie* (pp. 83-100). Paris: Synthélabo.
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses* (C. Freire, Trad.). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1979).
- Tatossian, A. (2012). Depressão, vivido depressivo e orientação terapêutica (J. Pita, L. Bloc, T. Telles & V. Moreira, Trad.s). Em A. Tatossian & V. Moreira (Org.s). *Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica* (pp. 109-129). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1983).
- Tatossian, A. (2016). O sentido da depressão (J. Paiva, J. Pita, L. Bloc & V. Moreira, Trad.s). Em A. Tatossian, L. Bloc & V. Moreira (Org.s). *Psicopatologia fenomenológica revisitada* (pp. 31-39). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1977).
- Tatossian, A., Bloc, L. & Moreira, V. (Org.s). (2016). *Psicopatologia fenomenológica revisitada*. São Paulo: Escuta.
- Tatossian, A. & Moreira, V. (Org.s). (2012). *Clínica do Lebenswelt: psicoterapia e psicopatologia fenomenológica* (J. Pita, L. G. Bloc, T. C. B. Telles & V. Moreira, Trad.s). São Paulo: Escuta. (Original publicado em 1983).



- Valverde, B. S. C. L., Vitalle, M. S. S., Sampaio, I. P. C. & Schoen, T. H. (2012). Levantamento de problemas comportamentais/emocionais em um ambulatório para adolescentes. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53), 315-323.
- World Health Organization [WHO] (2016). *Mental health*. Recuperado em 10 de agosto, 2016, de www.who.int/topics/depression/es
- Widlöcher, D. (2001). *As lógicas da depressão* (A. Moutinho, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 1995).
- Yalom, I. D. (2006). *Os desafios da terapia: reflexões para pacientes e terapeutas* (V. P. Assis, Trad.). Rio de Janeiro: Ediouro. (Original publicado em 2001).
- Yontef, G. M. (1998). *Processo, diálogo e awareness: ensaios em gestalt-terapia* (E. Stern, Trad.). São Paulo: Summus. (Original publicado em 1991).
- Zanella, R. (Org). (2013). *A clínica gestáltica com adolescentes: caminhos clínico e institucionais*. São Paulo: Summus.
- Zinker, J. C. (2001). *A busca da elegância em psicoterapia: uma abordagem gestáltica com casais, famílias e sistemas íntimos*. São Paulo: Summus.

Nota sobre os autores

Ana Karynne Melo é Doutora em Saúde Coletiva pela Associação de IES Ampla (UFC/UECE/UNIFOR). Estágio de doutorado sanduíche na Universidade de Coimbra (Portugal), no Centro de Estudos Sociais (CES) com bolsa da CAPES. Professora titular do curso de graduação de Psicologia da Universidade de Fortaleza -UNIFOR. Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza. Coordenadora e Professora pesquisadora do APHETO - Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenomenológica. E-mail: karynnemelo@unifor.br

Jamile Barreto Aquilino é Pós graduada em Gestão Empresarial pela Fundação Getúlio Vargas (FGV). Graduada em Comunicação Social, com habilitação em Publicidade e Propaganda pela Universidade Católica do Salvador (UCSal) e graduada em Psicologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Psicóloga clínica com formação em Gestalt-Terapia. E-mail: jamaqui@gmail.com

Lucas Guimarães Bloc é Doutorando em Psicopatologie e Psicanálise na Université Paris Diderot - Paris VII, sob orientação da Profa. Mareike Wolf-Fédida. Bolsista Capes de Doutorado Pleno. Graduado em Psicologia pela Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Mestre em Psicologia pela UNIFOR. Professor efetivo do curso de Psicologia da



Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Pesquisador do APHETO - Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista-fenomenológica Crítica. E-mail: lucasbloc@yahoo.com.br

Virginia Moreira é Bolsista de Produtividade em Pesquisa CNPq - PQ2. Pós-Doutora em Antropologia Médica pela Harvard Medical School, Doutora em Psicologia Clínica pela PUC-SP. Foi pesquisadora Fulbright do Department of Global Health and Social Medicine durante o ano acadêmico 2002-2003, permanecendo como Affiliated Faculty até 2011. Foi Professeur Invité da Université Paris-Diderot ? Paris VII em 2014. Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza coordena o APHETO - Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenomenológica, orientando pesquisas em fenomenologia clínica - psicopatologia e intervenção terapêutica - tendo como inspiração a fenomenologia de Merleau-Ponty. E-mail: virginiamoreira@unifor.br

Georges Daniel Janja Bloc Boris é Psicólogo (1981), mestre em Educação (1992) e doutor em Sociologia pela Universidade Federal do Ceará (2000). Pós-doutorado em Filosofia Prática pela Universidade da Beira Interior, em Covilhã, Portugal (2016). Professor titular do Curso de Psicologia (1985) e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (1997) da Universidade de Fortaleza - UNIFOR. Psicoterapeuta humanista-fenomenológico, formador de psicoterapeutas e supervisor com foco em Gestalt-Terapia. Coordenador do Laboratório de Psicopatologia e Clínica Humanista Fenomenológica - APHETO. E-mail: geoboris@uol.com.br

Data de recebimento: 16/11/2016

Data de aceite: 05/11/2017