

O OLHAR GESTÁLTICO SOBRE A DEPRESSÃO

Maria Fernanda Ferreira¹

Valmor da Cunha Grávio²

Vera Lucia Rissato Simão Grávio³

Profa. Me. Bárbara Cristina Rodrigues Fonseca⁴

Profa. Dra. Thais Caroline Attaide Lacerda⁵

RESUMO: Este trabalho visa analisar o fenômeno da depressão e apontar o método e as técnicas de tratamento a partir do referencial teórico da Gestalt-terapia. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica de materiais relevantes advindos de livros, artigos científicos e publicações de referência, tanto em português como no idioma inglês. As pesquisas tiveram como fontes o Google Acadêmico, Scielo e livros científicos que tratam do assunto, no período compreendido entre 1990 e 2023, (parte teórica); e de 2010 a 2023 (pesquisas de campo). Por meio de uma análise interpretativa dos dados coletados foi demonstrado a importância da psicoterapia no tratamento da depressão, seja em conjunto com medicação, seja sem auxílio de medicamentos, em casos leves. Em pesquisas internacionais com pacientes deprimidos foi demonstrado que a Gestalt-terapia se mostrou eficaz para tratar a depressão em diferentes faixas etárias, em grupos e individualmente. Em outras pesquisas bibliográficas, foram encontradas formas de atuação do Gestalt-terapeuta para o tratamento da depressão. Este trabalho comprova a eficácia dos tratamentos de depressão utilizando as técnicas da Gestalt-terapia.

Palavras chave: gestalt-terapia; depressão; atendimento clínico; relação terapêutica; eficácia de resultados.

1 INTRODUÇÃO

A depressão ou Transtorno Depressivo é um transtorno mental comum e que pode afetar todos os aspectos da vida de uma pessoa, dependendo de sua severidade. A Organização Mundial de Saúde, World Health Organization - WHO (2023) relata que 3,8% da população mundial têm depressão, sendo 5% dos adultos, com 4% nos homens e 6% nas mulheres e 5,7% dos adultos com mais de 60 anos. A incidência de depressão nas mulheres grávidas e mulheres que acabaram de conceber é de 10%.

Outro aspecto a considerar é a relação da depressão e o suicídio, onde 15% das pessoas deprimidas terminam a vida com suicídio. Mais de 700 mil pessoas morrem por suicídio a cada ano e é a quarta maior causa de morte entre jovens entre 15 a 29 anos. Segundo a US News, a pandemia da COVID 19 afetou a saúde mental da população mundial com aumento na prevalência de 25% de ansiedade e depressão.

Segundo a WHO (2023), a psicoterapia tem se mostrado de grande importância para o tratamento da depressão com a utilização da psicoterapia em combinação com antidepressivos, para depressões moderadas ou graves ou em casos leves de depressão, apenas a psicoterapia. Mesmo com o uso largamente difundido de antidepressivos, de 15% a 30% das pessoas depressivas não têm resultado com a medicação antidepressiva.

Segundo Stevens *et al.* (2014), um projeto de pesquisa CORE, no Reino Unido, mostra que os resultados de tratamentos com terapeutas treinados em Gestalt-terapia são muito parecidos a outras abordagens como a terapia cognitivo-comportamental, centrada na pessoa e abordagens psicodinâmicas.

1 Autora: Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade Católica. E-mail: mfernandaf46@gmail.com.

2 Autora: Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade Católica. E-mail: valmorgravio@iclou.com.

3 Autora: Graduanda do curso de Psicologia da Faculdade Católica. E-mail: veragravio@gmail.com.

4 Orientadora: Psicóloga Gestalt terapeuta, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Docente e Supervisora de Estágio na Faculdade Católica Paulista. E-mail: barbara.fonseca@uca.edu.br.

5 Coorientadora: Docente da Faculdade Católica Paulista (UCA). Doutora em Ciências pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. Mestre em Ciências Sociais pela Universidade Estadual Paulista – Júlio de Mesquita Filho. E-mail: thais.lacerda@uca.edu.br.

Uma pesquisa iraniana relatada por Shariat *et al.* (2020), através da análise de covariância (ANCOVA), mostra que o trabalho com a Gestalt-terapia acarreta melhoria nos casos de depressão. Segundo Kaisler *et al.* (2023) uma pesquisa qualitativa na Áustria em Gestalt terapia pode contribuir significativamente para o tratamento da depressão.

Uma pesquisa feita por Raffagnino (2019), constatou que, no campo da eficácia das psicoterapias, existe pouca investigação sobre a eficácia da Gestalt-terapia. Com relação a isso, a presente pesquisa tem como objetivo principal apresentar as técnicas de atendimento da Gestalt-terapia para o atendimento de casos de depressão, aumentando a quantidade de pesquisa em Gestalt-terapia, além objetivos específicos como demonstrar a aplicabilidade de psicoterapias em tratamento da depressão e descrever um pouco da visão biomédica sobre o espectro da depressão e seus efeitos na vida dos deprimidos.

Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica de materiais relevantes advindos de livros, artigos científicos e publicações de referência, tanto em português como no idioma inglês. As pesquisas tiveram como fontes o Google Acadêmico, Scielo e livros científicos que tratam do assunto, no período compreendido entre 1990 a 2023, (parte teórica) e de 2010 a 2023 (pesquisas de campo). Por meio de uma análise interpretativa dos dados coletados foi demonstrado a importância da psicoterapia no tratamento da depressão, seja em conjunto com medicação, seja sem auxílio de medicamentos, em casos leves.

2 A DEPRESSÃO

Os transtornos depressivos incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente, transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado. A característica comum de todos esses transtornos é a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado por alterações relacionadas que afetam significativamente a capacidade funcional do indivíduo (por exemplo, alterações somáticas e cognitivas no transtorno depressivo maior e no transtorno depressivo persistente). O que difere entre eles são questões de duração, tempo ou etiologia presumida (American Psychiatric Association, 2022).

O transtorno depressivo maior é identificado por manifestações separadas com duração de no mínimo 2 semanas, apesar de que geralmente permanecem por mais tempo do que isso, ocorrendo mudanças significativas no afeto, na cognição e atividades neurovegetativas e ausência dos sintomas entre os episódios. O transtorno depressivo persistente é uma maneira crônica, quando o evento se prolonga por pelo menos 2 anos em adultos ou 1 ano em crianças (American Psychiatric Association, 2022).

Um fato relevante é fazer diferença entre pessoas que vêm para o tratamento devido a um episódio depressivo crônico e alguém que iniciou um episódio pela primeira vez. A recorrência de episódios agrava a possibilidade de haver transtornos de personalidade, ansiedade e uso de substâncias e diminui a possibilidade de que o tratamento atinja a total ausência de sintomas da depressão (American Psychiatric Association, 2022).

Situações prejudiciais na infância e se são recorrentes e de várias formas, são fatores que potencializam a ocorrência de transtorno depressivo maior. As mulheres podem ainda ter mais possibilidade de passarem por situações prejudiciais, como abuso sexual e assim poderem desenvolver depressão. Fatores sociais como baixa renda, baixa escolaridade, racismo e outras formas de discriminação, potencializam o surgimento do transtorno depressivo maior. Embora fatores estressantes sejam conhecidos como impulsionadores para a

depressão maior, a ocorrência ou não desses fatores perto do início dos episódios, não é determinante para o prognóstico ou escolha de tratamento (American Psychiatric Association, 2022).

Outro fator importante verificado é que familiares de primeiro grau de pessoas com transtorno depressivo maior tem uma possibilidade de duas a quatro vezes maior de desenvolver transtorno depressivo comparado a população em geral e a possibilidade aumenta quando a ocorrência é precoce ou recorrente. A hereditariedade é de cerca de 40% e o neuroticismo do traço de personalidade contribui muito para isso (American Psychiatric Association, 2022).

Joffres *et al.* (2013) apresentam a depressão como um transtorno de humor que impacta na forma da pessoa sentir, pensar ou se comportar, inclusive pode ter impacto no funcionamento social ou ocupacional. A depressão pode ser provocada por fatores biológicos, psicossociais e ambientais, como eventos traumáticos. Quem passa por um episódio depressivo, tem maior probabilidade de passar por novos episódios. Algumas partes da população apresentam maior incidência de depressão do que outras.

Há uma grande conexão entre algumas condições de saúde (com ou sem dor) e um aumento da incidência de depressão maior. A depressão maior é também mais recorrente em pessoas de origem aborígene, mulheres no período pós parto e pessoas com histórico de abuso de substâncias. A depressão de longo prazo pode acarretar redução da qualidade de vida, risco de suicídio e aumento nas taxas de hospitalização, estigmatização e aumento das condições físicas crônicas. A depressão maior está entre as principais causas de incapacitação por longos períodos, em todo o mundo.

2.1 Importância da psicoterapia no tratamento da depressão

A depressão, segundo Demarchi *et al.*, (2020), é um transtorno mental que pode ocorrer em pessoas de qualquer idade, e dada a sua complexidade é importante a atuação de um especialista para avaliar e analisar cada situação, podendo ser resultado de alterações fisiológicas, fatores externos, ou ambos. Juntamente ao atendimento psicológico é recomendado o uso de antidepressivos.

Para Wagner (2015), o tratamento da depressão para os idosos deve abranger todas as causas que influenciam no transtorno, utilizando a combinação de psicoterapia e farmacoterapia. É sabido que para os quadros depressivos no envelhecimento, ambas as formas de tratamento não se mostram eficazes se realizadas isoladamente.

Souza (1999) recomenda que o tratamento psiquiátrico da depressão deve ser feito COM o paciente e não PARA o paciente. Dessa forma o médico deverá informar o paciente sobre aspectos da depressão e também as opções terapêuticas. O tratamento para a depressão deve ser visto de forma integral, considerando o ser humano como um todo, em suas dimensões biológica, psicológica e social.

Assim, a conduta médica deve considerar todos esses aspectos e utilizar a psicoterapia, modificações no estilo de vida e a terapia farmacológica. Cabe dizer que não se trata a depressão de forma desconectada, mas sim pacientes deprimidos, entendidos em seus meios sociais e culturais, bem como nas suas dimensões biológicas e psicológicas. A psicoterapia pode ser feita com diferentes abordagens. O sucesso da psicoterapia pode ser influenciado pela motivação, depressão leve ou moderada, ambiente estável e capacidade de percepção. Alterações no estilo de vida devem ser discutidas com cada paciente, visando melhorar a qualidade de vida.

Na publicação da *American Psychiatric Association Publishing*, Dunlop (2016) recomenda que para reforçar a recuperação e prevenir a recorrência no tratamento da depressão, a combinação da psicoterapia e medicação antidepressiva seja feita desde o início do tratamento ou na sequência se não houve remissão ou

depois da remissão. O tratamento combinado de medicamentos desde o início do tratamento é mais adequado para pacientes com alta gravidade de depressão.

A inclusão de tratamentos, em particular a psicoterapia, se não houve a remissão com antidepressivos, é o método combinado mais adequado, melhorando os índices de remissão e diminuindo a recaída e a recorrência a longo prazo. Porém, ainda não está claro qual a forma ideal de psicoterapia para combinar com antidepressivos e assim maximizar os ganhos a longo prazo.

Em uma pesquisa sobre a eficácia das psicoterapias feita por Batista *et al.*, (2007), a análise dos dados dos ensaios clínicos demonstra que os processos psicoterápicos avaliados nos artigos selecionados são em termos gerais eficazes na redução da sintomatologia da depressão. Sem levar em conta as limitações metodológicas de alguns dos artigos avaliados, fato que complica a comparação direta de resultados, os processos psicoterápicos foram importantes ferramentas no manejo da depressão. Esses estudos, de uma maneira geral, demonstraram que os processos psicoterápicos podem ser eficazes independente de linha teórica, idade, e gênero dos pacientes, mesmo com a divergência da literatura sobre esse fato.

Por exemplo, um estudo demonstrou que a terapia cognitivo-comportamental foi mais eficaz do que utilizando apenas a Nefazodona. Por outro lado, o tratamento combinado se demonstrou melhor em eficácia. Da mesma maneira, outra pesquisa com psicoterapia psicanalítica breve, também demonstrou que o tratamento combinado teve melhor resultado com pacientes com desordem de personalidade; portanto, outra pesquisa utilizando a intervenção psicodrama concluiu que o tratamento combinado tinha melhor resposta que o tratamento apenas farmacológico.

As pesquisas avaliadas neste estudo, por meio de ensaios clínicos são de difícil comparação metodológica devido a utilizarem instrumentos, procedimentos, controles de variáveis e análises estatísticas diferentes, sem falar em idades e situações de controle heterogêneas. Porém, a maioria das pesquisas indica que os processos psicoterápicos são importantes na diminuição de sintomas e também na melhoria indireta como por exemplo, melhoria na qualidade de vida ou de relacionamentos sociais, o que sugere demonstrar a importância e eficácia das intervenções psicoterapêuticas.

Uma pesquisa iraniana relatada por Shariat *et al.*, (2020), através da análise de covariância (ANCOVA), mostra que o trabalho com a Gestalt-terapia acarreta melhoria nos casos de depressão, autodiferenciação, acolhimento integrativo e características psicológicas positivas em idosos. A partir dos resultados desta pesquisa, a Gestalt-terapia pode ser utilizada como um modelo eficiente em centros de aconselhamento para idosos.

Em outra pesquisa feita por O'Leary *et al.*, (2010) em um grupo de idosos de 65 anos ou mais, utilizando a Gestalt-terapia, os resultados da (ANCOVA) demonstraram que os participantes da terapia de grupo manifestaram menos controle da raiva e mais demonstrações geral de raiva do que os participantes do grupo de controle. Outro aspecto é que eles se mostraram muito mais agradáveis, mais amistosos, mais lúcidos e menos confusos no final das atividades. Foram percebidas também mudanças emocionais. Os membros mais jovens do grupo eram visivelmente mais calmos e menos ansiosos do que os membros mais jovens do grupo de controle. Assim, os resultados qualitativos reforçaram a redução da ansiedade. Os participantes tiveram um perceptível aumento do nível de clareza, se mostraram menos confusos e mais agradáveis. A análise exploratória mostrou que os participantes tiveram uma boa melhoria no autoconhecimento.

Em um estudo publicado em 2023, foi realizada uma comparação qualitativa entre dois grupos de adultos com idade superior a 18 anos, sendo um composto por clientes de uma clínica em Viena, Áustria, e o outro por atendidos em um consultório na mesma cidade, ambos submetidos a tratamento em Gestalt-terapia

para condições como depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de personalidade limítrofe. Observou-se que ambos os grupos apresentaram um aumento no empoderamento e no bem-estar, além de uma diminuição nas queixas relacionadas à saúde psicossocial após a realização de 15 a 30 sessões. Esses achados corroboram investigações anteriores sobre os efeitos da Gestalt-terapia (Kaisler *et al.*, 2023).

Na Universidade Alexandru Ioan Cuza na Romênia foi feito um estudo objetivando explorar os efeitos da Gestalt-terapia para um grupo de 15 mulheres Yazidis, com idade entre 14 e 24 anos, fugidas do Estado Islâmico vindas do Iraque e da Síria, as quais apresentaram problemas como depressão, ansiedade e estresse, além do objetivo de investigar o efeito da Gestalt-terapia na diminuição de recordações de eventos traumáticos. Os dados foram analisados por um teste T de amostra independente, comparando a diferença entre o pré teste e o pós teste do nível de depressão, ansiedade e estresse. Após dois meses da realização das técnicas da Gestalt-terapia os níveis de depressão, ansiedade e estresse foram reduzidos (Ali; Cerkez, 2020).

A pesquisa realizada na Universidad Nacional Autónoma de México, analisou as mudanças nos sintomas depressivos em estudantes universitários utilizando a Gestalt-terapia, utilizando o método qualitativo e instrumentos padronizados como o Questionário de Estilos de Enfrentamento de Lazarus e Folkman, o Inventário de Depressão de Beck e o teste de Psicodiagnóstico Gestalt de Salama. Foram feitas 11 sessões de psicoterapia. Os resultados apontaram uma melhoria nos sintomas depressivos, um aumento da consciência da pessoa, identificação de interrupções de contato e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento (Montoya; Calderón, 2022).

2.2 O fenômeno da depressão para a Gestalt-terapia

Nesse artigo, a depressão a ser tratada será aquela moderada, psicoterapeuticamente tratável, como recomenda Roubal (2007), pois para estados depressivos muito graves, apenas a psicoterapia não é suficiente. A medicina considera a depressão uma doença, um modo de ser que precisa ser corrigido. No diagnóstico psiquiátrico a pessoa deprimida apresenta mau humor, diminuição da energia e da atividade, redução na percepção do prazer, falta de concentração e maior cansaço, e a dimensão da depressão é feita a partir de um conjunto de critérios. Para a Gestalt-terapia, essa descrição também é útil, mas até certo ponto, pois deixa de relatar a grande dinâmica entre a pessoa deprimida e o seu entorno.

Do ponto de vista da Gestalt, os sintomas são resultado de um eu criativo e demonstram a singularidade de cada pessoa (Perls; Hefferline; Goodman, 1990). Para Yontef (1998), os sintomas mostram uma flexibilidade limitada de reações do paciente, que fica limitado em se manter em contato com o seu ambiente aqui e agora. Não consegue reagir em consonância com a sua necessidade real, mas se mantém preso a padrões fixos, segue um hábito, não uma escolha consciente.

Para Roubal (2007), o Gestalt-terapeuta pode fazer um diagnóstico através de dois componentes. O primeiro componente é o diagnóstico psiquiátrico moderno, que não olham a origem da doença mental, mas apenas na visão fenomenológica do paciente. O Gestalt-terapeuta precisa ter a experiência suficiente para perceber os sintomas da depressão e sua gravidade. O segundo componente do diagnóstico Gestalt é a consciência do terapeuta em observar com interesse o que está ocorrendo consigo mesmo no contato com o paciente deprimido.

Alguns exemplos dessa consciência podem ser: Estou sentado diante de um paciente e isso me faz sentir tensão nos ombros e na mandíbula; Tenho vergonha de mim mesmo, me sinto impotente, sinto náusea, fico imóvel...; Esta forma de diagnóstico já tem função terapêutica. No contato com o paciente, o terapeuta vê

sua ajuda para um arranjo depressivo do campo aqui e agora. O terapeuta faz parte do diagnóstico podendo influenciá-lo diretamente. Se o terapeuta se mantiver consciente de si mesmo, ele não correrá o risco de perder a percepção da gestalt fixa do cliente. A consciência do terapeuta possibilita uma transformação, a qual ocorre no presente da relação terapêutica.

No organismo saudável, em boas condições, a fronteira de contato possui plasticidade e permeabilidade. Sendo que a plasticidade e permeabilidade da fronteira são imóveis e plenas, seu ajuste vai ser derivado da relação organismo/meio em cada instante. A plasticidade tem relação com a possibilidade de aumento e diminuição da fronteira: em condições de conforto, segurança e disponibilidade suficientes, a fronteira de contato aumenta para se ligar ao novo, ao diferente. Por outro lado, em condições de ameaça ou perigo, ela diminui para proteger o indivíduo. A permeabilidade tem relação com a possibilidade de intercâmbio entre indivíduo e o ambiente (Frazão, Fukumitsu, 2014).

Para Ribeiro (2007), o *Self* é a parte que não aparece do *eu*. O *Self* é a parte que sente, já o *eu* é a parte que faz. Muitas vezes, o *eu* age de forma concordante com o *Self*, outras vezes age em discordância. O *eu* é um operador do *Self*. No momento em que percebe o que o *Self* quer ou sente, ele atua. Se mantém a serviço do *Self*. O eu tem relação com o corporal e através dele se faz presente, mostrando o núcleo das coisas, emoções, sensações, o imediato da vontade. Portanto, o *eu* mostra o *Self*.

Fronteiras do contato, para Frazão e Fukumitsu (2014), é caracterizada como o ponto de encontro do eu e o não eu, que se distinguem, simultaneamente. A pessoa pode vivenciar o eu e se distinguir do não eu, sendo que o não eu pode se referir tanto a coisas (conhecimento, alimento etc) como a pessoas. Segundo Yontef (1998), para haver trocas entre o *self* e o ambiente, a fronteira precisa se manter permeável, porém forte o bastante para ter autonomia.

No ambiente, estão presentes coisas tóxicas que precisam ser visualizadas. Assim também ocorre com as coisas nutritivas, que precisam ser evidenciadas de acordo com a necessidade dominante. No organismo, o metabolismo é dirigido pelas leis da homeostasia. Viver é, da mesma forma, uma sucessão de necessidades, satisfeitas ou não, que chegam a um equilíbrio homeostático e seguem a procura do próximo momento e da nova necessidade.

Os distúrbios das fronteiras de contato entre o *self* e o outro, ocorrem com a perda de permeabilidade, a falta de nitidez ou bloqueio da fronteira e isso acarreta a perda da distinção entre o *self* e o outro, sendo um distúrbio tanto de contato quanto de awareness. Quando a fronteira funciona bem as pessoas trocam entre junção e desligamento, entre estar em contato com o ambiente atual e ficar afastado (Yontef, 1998).

Para Roubal (2007), a teoria da Gestalt diagnostica o relacionamento, a maneira que o paciente se relaciona com o seu ambiente, diagnostica também o processo que se dá na fronteira de contato. O contato saudável é aquele que ocorre em um ciclo suave de aproximação e afastamento de contato. Se esse processo entre o terapeuta e o paciente for interrompido, o contato torna-se prejudicial.

Por exemplo, o terapeuta pode descrever a sua consciência: “Estou querendo ajudar o paciente e estou esquecendo de mim. Todo o meu trabalho parece não surtir efeito. Tenho a impressão que o paciente interage comigo como uma obrigação. O paciente sempre se acusa de não conseguir lidar com as situações. Essa situação me cansa e tento saber onde estou errando”.

Segue-se um período de silêncio; paciente e terapeuta ficam voltados a si mesmos. Essa situação retrata um caso típico de uma depressão do relacionamento retroflexão e interrupção do ciclo de contato antes da ação. Neste caso, não se pode dizer que o paciente está deprimido, e sim que o paciente e o terapeuta estão deprimidos juntos, aqui e agora, sendo esse o primeiro passo da terapia. Com isso, surge a consciência

dos padrões rígidos com os quais o paciente se relaciona tanto com o terapeuta quanto com o seu ambiente e consigo mesmo. Isso serve como uma ferramenta para a mudança.

Podemos dizer que o transtorno depressivo pode ser interpretado como uma forma de organização fixa do campo relacional. A forma como um indivíduo que apresenta depressão interage com o ambiente e consigo mesmo deve ser considerada um transtorno apenas se o paciente adotar uma abordagem depressiva de maneira inflexível e estereotipada em sua vida, restringindo significativamente sua capacidade de adaptação criativa. Se, de maneira frequente, em várias situações, a necessidade real de um organismo não for suprida, um modo estereotipado de comportamento e experiência foi fixado, caso este que pode ser chamado de Gestalt-fixa.

Portanto, na depressão, o *self* passa a agir sem flexibilidade na situação presente, e começa a se organizar de uma maneira rígida e estereotipada, com desespero, impotência e insegurança. Neste caso a pessoa tenta manejar suas emoções se retirando do contato com os outros e interrompendo a sua experiência. Com isso, ela aumenta suas dificuldades depressivas e a Gestalt-fixa da depressão fica mais rígida.

2.3 O método e as técnicas utilizadas pela Gestalt-terapia para o tratamento da depressão

Para Frazão e Fukumitsu (2014) a Gestalt-terapia está alicerçada em princípios fenomenológicos, existenciais e humanistas vindos de um conjunto de pensamentos que inclui a psicologia da Gestalt, a teoria organísmica, a teoria holística, a teoria de campo, o existencialismo de Martin Buber e outro eixo paradigmático, o pragmatismo de William James. Este propõe uma noção de consciência que tem pontos de contato com a fenomenologia, permitindo um diálogo entre os dois referenciais, o que foi feito por Aron Gurwitsch, fenomenólogo norte-americano que criou a noção de campo de consciência dialogando com James.

Fenomenologia, no seu termo literal, significa estudo dos fenômenos, isto é, daquilo que é dado à consciência. Consciência é muito mais do que se referiam até então a filosofia, a psicologia e principalmente o senso comum, que percebiam como um lugar onde, de alguma forma, se prende o conhecido. Husserl considerava a consciência como uma síntese em movimento que não tem nenhuma substancialidade, sendo mais uma interação entre Sujeito e Objeto, em que todo ser recebe seu sentido e valor (Peixoto, 2023).

A GT apresenta-se como abordagem experimental/experiencial. As experiências são estimuladas por meio de técnicas chamadas de experimentos. Nos experimentos, o paciente é convidado a tomar consciência dos aspectos realizados de forma habitual, automática, levando-a a novas formas de pensar, sentir, a fim de que possa movimentar-se ou a experienciar algo novo sobre si mesmo (Wiener, 1999).

O vínculo terapeuta-paciente, quando realmente baseado em empatia, confiança, honestidade e respeito, é o fator mais importante para o sucesso do tratamento. A Gestalt-terapia considera a relação terapêutica como sua principal ferramenta de trabalho. Na realidade, estar em contato é nosso principal recurso de crescimento e de trabalho e é muito mais que estar atento, que estar consciente de si e do outro. Estar em contato é se tornar cúmplice com e da integralidade do outro (Ribeiro, 2007).

Segundo Francesetti e Roubal (2020), a depressão é como um pântano tanto para o paciente quanto para o terapeuta. Não é adequado estipular objetivos grandiosos, pressionar pelo otimismo, pois como em um pântano quanto mais ele pula, mais afunda. Por outro lado, são importantes movimentos vagarosos e pequenos que busquem, com paciência, outras formas menores de apoio. O terapeuta não impõe a introspecção ao paciente, não insiste no que não está funcionando, pois este modelo retroflexivo e autocrítico já está muito presente. Ao tratar com pessoas deprimidas, o terapeuta precisa focar na segurança, na estrutura e no aprendizado.

A base da abordagem do terapeuta é o apoio e dar importância ao esforço em detrimento da frustração,

pois os deprimidos se frustram o tempo todo. No decorrer da terapia, os pacientes devem se ater primeiro em como aceitar o apoio do ambiente e depois desenvolver por si mesmos em sistema de autossuporte. O objetivo principal é proporcionar um ambiente seguro, onde a força da autocura do paciente possa se manifestar.

O terapeuta se molda aos recursos do paciente. No caso de uma depressão grave, o principal é o terapeuta se manter presente e disponível com esperança. O terapeuta coopera para o paciente ficar longe da experiência real, a fazer algumas reflexões sobre o que está ocorrendo. À medida que o paciente estiver mais aliviado da experiência depressiva, ele poderá conseguir explorar as implicações da experiência depressiva na sua vida e dos seus relacionamentos.

Proteger a expectativa do futuro é um trabalho importante do terapeuta; então, o terapeuta deve se ater ao objetivo de sempre proporcionar conversas que possibilitem o futuro trazer motivação. Se o paciente falar que não tem expectativa de futuro, apenas escuridão, o terapeuta pode mostrar uma visão mais abrangente, em que o futuro pode estar presente dizendo que agora você não consegue ver além da fase difícil que está passando. O terapeuta é o mantenedor da esperança e também de forma mais radical do tempo e espaço.

Isto é válido durante a sessão e também de sessão em sessão, quando o terapeuta mantém consistente o que foi co-construído no decorrer da relação terapêutica. O tempo e o espaço terapêutico se tornam lugares onde o tempo e o espaço do que foi experimentado passam a se conectar uma vez mais (Francesetti; Roubal, 2020).

Para Hansen (2010), a pessoa que tem retroflexão dirige para si o que gostaria de fazer para com o outro, sendo o agente e o receptor de seus comportamentos, e, assim, frequentemente se autodestrói. Segundo Francesetti e Roubal (2020), no tratamento com pessoas deprimidas o emprego da retroflexão é muito específico.

A doença psicossomática é um exemplo dessa atitude. O terapeuta verifica esse padrão de relacionamento no seu próprio relacionamento com o paciente. Dessa maneira, nesta relação também ocorre outras maneiras de se comportar e relacionar. O objetivo do terapeuta é capacitar o paciente a expressar a energia que tem em si mesmo, mesmo que seja de forma gradual. Cada momento, mesmo que pequeno, onde o paciente dirige sua energia em busca de um contato pessoal, deve ser buscado, focado e valorizado pelo terapeuta.

Um exemplo disso seria o fato do paciente olhar nos olhos do seu interlocutor ou dar sua opinião. O terapeuta dá ênfase a esses momentos e faz com que o paciente tenha consciência do processo. É importante perceber como o paciente dirigiu sua energia naquela situação específica, o que foi necessário para tornar isso possível. Essa experiência pode ser motivadora, e o paciente pode perceber que aquilo foi uma pequena coisa que conseguiu dar conta. Não é totalmente sem ação.

Dessa forma, gradualmente, o paciente se torna ciente de maneiras de se validar, direcionar sua energia e agir. O paciente identifica modos de modificar as manifestações de sua energia. No processo de retroflexão, o terapeuta deve exercer cautela. O paciente necessita desenvolver o autoapoio suficiente para fazer frente aos impulsos retroflexivos; para isso, na terapia, pode ser incentivada a manifestação das emoções, como por exemplo, expressar a raiva.

O terapeuta deve evitar ao descrever experiências depressivas, de forma que elas sejam aumentadas. É importante ele ser cuidadoso ao falar ou reformular as experiências dos pacientes. O terapeuta deve mantê-los limitados às situações específicas, pois se aumentar os fenômenos pode acarretar uma intensificação ainda maior da experiência, que já pode ser insuportável. Quando as experiências depressivas se mostram totalmente isoladas da vida do paciente, o trabalho do terapeuta é prioritariamente juntá-las e, dessa forma, limitá-las a experiências e eventos identificáveis.

Se o paciente diz que sente um peso enorme no seu peito, por exemplo, o terapeuta pode perguntar se ele sente a sua respiração mudar. Se ele percebe a dor diminuir em algum momento, o terapeuta pergunta se ele pode dizer como ela se altera ao decorrer da sessão. De outra forma pode ser interessante trazer as circunstâncias específicas que foram colocadas pelo paciente de forma generalizada. Se o paciente falar que se sente vazio e sem energia, o terapeuta pode perguntar se ele consegue dizer em que momentos percebe mais e quando percebe menos esse vazio. Quando ele sentiu isso de maneira mais intensa na semana e se tinha alguém ao seu lado e o que ele fazia.

Em resumo, o terapeuta não deve aumentar as experiências internas do paciente. O terapeuta não intensifica a retroflexão que somente reforça o isolamento do paciente, mas pelo contrário retorna a experiência para a fronteira do contato, ao ponto de motivação e interesse (Francesetti, Roubal, 2020).

É importante que o paciente deprimido desenvolva a autoproteção de outras formas que não só o isolamento. Ele necessita aprender a orientar sua experiência de forma a fazer o contato com o seu ambiente. Ao trabalhar a retroflexão desta maneira, é possível reorientar a forma de contato rígido do paciente na direção contrária, isto é, direcionar para fora. A forma de contato que estava fixa antes da ação, pela retroflexão, pode então ser continuada. Através do atendimento seguro com o terapeuta, o paciente reaprende a habilidade de fazer contato e sair dele com flexibilidade.

Assim, aos poucos o paciente usa a base do relacionamento terapêutico para experimentar essas habilidades em outros relacionamentos também. O foco é restabelecer a capacidade do eu de se ajustar criativamente conforme as situações atuais do organismo e manter a capacidade de contato e retraimento de maneira fluida e flexível (Francesetti; Roubal, 2020).

Convém ressaltar o conceito de ajustamento criativo, que é o meio pelo qual o organismo, na interação com o seu ambiente, procura e cria outros recursos ou possibilidades para se autorregular. Com o objetivo de manter um funcionamento o mais saudável possível, na procura de um equilíbrio constante e dinâmico, dentro das condições disponíveis, o organismo encontra em seus recursos internos e externos a melhor forma para se adequar às circunstâncias de sua realidade e lidar com as adversidades da vida (Cardella, 2014).

O forte cansaço que é comum nos pacientes depressivos é resultado do seu afastamento de cada evento e não de algo que tenha realizado, segundo Francesetti e Roubal (2020). Não é resultado do seu engajamento e empenho, pelo contrário. O cansaço depressivo é uma contradição. Tem o seu ponto mais alto pela manhã e cresce com a falta de ação do paciente, sendo diminuído através do esforço físico.

Assim, o esforço físico que resulta em movimento, cansaço, traz benefício para quem tem depressão. O terapeuta deve incentivar o paciente a realizar atividades físicas em cada oportunidade. A atividade física pode ser feita de várias formas, ou pelo menos incentivar que o paciente se mova. O terapeuta pode incentivar o paciente a aumentar a percepção sensoriais e motoras do seu corpo; com isso, o corpo do paciente será mais ativo e disposto, e ainda mais livre, vivo e criativo. O objetivo será perceber os sentimentos do paciente durante o seu movimento.

Do ponto de vista específico da abordagem gestáltica, segundo Frank (2001), a movimentação física tem como objetivo final a procura de fenômenos de contato. O objetivo nesse ponto está nos sentimentos do paciente e do terapeuta, conforme o paciente se desloca ou deixa de se deslocar, se aproximando ou se afastando do terapeuta. Nas atividades corporais do paciente, o trabalho tem como objetivo dar suporte ao caminho através do espaço paciente- terapeuta.

O resultado deste trabalho não é somente aumentar a percepção do paciente sobre seu próprio corpo, mas também aumentar a capacidade do paciente no encontro e no estar com o outro. Em uma sessão quando a

paciente está paralisada, e é solicitado para que ela se aproxime do terapeuta, esse movimento parece demais, e quando o terapeuta lhe pergunta qual a parte do seu corpo pode atraí-la, depois de pensar ela diz que é a bochecha, o terapeuta pede que ela se aproxime e toque a sua bochecha, ela o faz tremendo e quando ela toca a bochecha do terapeuta, solta um grito e começa a chorar, pois foi a primeira vez que ela fez essa ação em um homem, que era algo inacabado, esquecido e apreciado pelo seu pai.

Na visão de Francesetti e Roubal (2020), um Gestalt-terapeuta não olha um paciente deprimido como se fosse um objeto de pesquisa e usa os procedimentos terapêuticos. O Gestalt terapeuta usa a ligação entre paciente e terapeuta. Para um paciente depressivo o terapeuta pode se perguntar como pode ajudar o paciente que está ali refletindo e se imobilizando antes da ação e como estão deprimindo juntos. O terapeuta deve tentar perceber esses padrões de relacionamentos com o paciente no aqui e agora. O terapeuta deve considerar todas as reclamações do paciente sobre mau humor, ineficiência e baixa autoconfiança, mas não consola e não se conforma. O terapeuta evita ao máximo ter as mesmas reações que o paciente costuma receber em seu ambiente, e que constantemente, dão suporte a uma Gestalt-fixa de depressão.

No ambiente familiar, o paciente pode ouvir que ele não é tão mal quanto ele pensa ou que ele deve relaxar, pois tudo dará certo logo. À medida que a pessoa deprimida se mantém refletindo e se afastando do contato, as pessoas mais próximas desistem e o enviam para um especialista. Isso acaba fortalecendo o padrão depressivo da pessoa. Evitar reproduzir esses padrões pelo terapeuta durante a terapia pode ser dificultado pelo paciente quando tenta seduzi-lo para consolá-lo ou para se conformar.

Permanecendo consciente, o terapeuta pode livrar-se de reagir automaticamente ao paciente e forma um ambiente aberto com perspectiva para uma maneira diferente de se relacionar. Com isso, o paciente tem a possibilidade de deixar o padrão rígido depressivo. O terapeuta está buscando maneiras de que o paciente tenha atividades através da *awareness*⁶, onde terapeuta e paciente estão unidos, co-criando situações à medida que elas aparecem. Alcançado esse objetivo, a atividade pode ser algo tão simples como se manter acordado, manter a capacidade de pensar ou buscar ajuda de outros. Assim, o terapeuta não perde a esperança de conseguir chegar ao paciente e permanecer a sua disposição.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com esta revisão bibliográfica, foi possível agregar os vários aspectos do tratamento da depressão partindo das amplas evidências de que a psicoterapia é muito importante no tratamento da depressão e a Gestalt-terapia faz parte das psicoterapias que têm eficácia comprovada no tratamento da depressão.

Também é perceptível que as pesquisas são feitas com diferentes protocolos, que dificultam muito a comparação de resultados, além das dificuldades derivadas de causas que interferem em todas as pesquisas da psicologia, como a grande variação dos grupos avaliados, níveis de sintomas, capacidades cognitivas dos analisados, faixa etária, além de toda a diversidade humana.

Foi observado a dificuldade em encontrar pesquisas sobre a eficácia no tratamento da depressão utilizando a Gestalt-terapia. Apenas alguns países, como Romênia, Irã, Itália, Áustria, México, por exemplo, têm pesquisas publicadas a esse respeito, assim fica clara a escassez de atenção científica para a avaliação empírica da Gestalt-terapia.

6 No contexto do desenvolvimento pessoal e do bem-estar emocional, o *awareness* é frequentemente associado à prática da atenção plena ou *mindfulness*. Trata-se de estar presente no momento atual, observando e reconhecendo os pensamentos, emoções e sensações corporais sem julgamento. É uma forma de autoconsciência que nos permite entender melhor a nós mesmos e ao mundo ao nosso redor.

Nos estudos analisados no decorrer do artigo, a eficácia da Gestalt-terapia se mostra em diferentes ambientes, diferentes faixas etárias, tratamentos em grupos e individuais, em tratamentos clínicos e sociais. Foi observado que, em algumas pesquisas, o tratamento da Gestalt Terapia traz benefícios adicionais como a melhora nos relacionamentos sociais e a consequente melhoria da qualidade de vida.

Vale ressaltar que alguns dos estudos se baseiam em análise de grupos pequenos de participantes, e isso aponta para a necessidade de mais estudos e com mais participantes. Com tudo isso, deve-se ter cuidado na análise dos resultados.

No aspecto teórico, também há poucos autores que se dedicam com profundidade ao tratamento específico da depressão na abordagem da Gestalt-terapia. Também cabe dizer que mais profissionais clínicos e acadêmicos deveriam se dedicar a ampliar o conteúdo acadêmico a respeito do tratamento da depressão na abordagem da Gestalt-terapia.

Dessa forma, este trabalho acaba por contribuir para ampliar a disponibilidade de conhecimento em Gestalt-terapia com foco na depressão. É importante que os próximos trabalhos busquem novas atualizações de pesquisas para robustecer os conhecimentos sobre o tratamento da depressão na perspectiva da Gestalt-terapia, e principalmente, a realização de novas pesquisas empíricas.

REFERÊNCIAS

ALI, N., CERKEZ, Y. The Effects of Group Counseling with Gestalt Therapy in Reducing Depression, Anxiety and Stress among Traumatized People. **Revista de Cercetare și Intervenție Socială**, [s. l.], v. 17, n. 71, dez. 2020. Disponível em: <https://www.cceol.com/search/article-detail?id=916658> Acesso em: 14 set. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5-TR**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.

BAPTISTA, M.N. et al. Eficácia de intervenções psicoterápicas no tratamento de depressão. **PSIC - Revista de Psicologia da Vetor Editora**, São Paulo, v.8 n.1, p. 77-88, jun. 2007. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-73142007000100010 Acesso em: 26 abr. 24

CARDELLA, B. H. Ajustamento criativo e hierarquia de valores ou necessidades. In: FRAZÃO, L. M.; FUKUMITSU, K. O. (org.). **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014. p. 104-130.

DEMARCHI, M. E. *et al.* Selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of depression: discontinuation and/or dependency syndrome?. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 9, p. e815998035, 2020. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/8035>. Acesso em: 16 maio 2024.

DUNLOP, B. W. Evidence-Based Applications of Combination Psychotherapy and Pharmacotherapy for Depression. **Focus**, [s. l.], v. 14, n. 2, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20150042> Acesso em: 20 mar. 2024.

O'LEARY, E. Cork Older Adult Intervention Project: Outcomes of a Gestalt therapy group with older adults. **Counselling Psychology Quarterly**, [s. l.], p. 131-143, 2010. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/permissions/10.1080/0951507031000152641?scroll=top> Acesso em: 17 mar. 2024.

JOFFRES, M. *et al.* Recommendations on screening for depression in adults. **CMAJ**, [s. l.], v. 185, n. 9, p. 775-782, 2013. Disponível em: <https://www.cmaj.ca/content/cmaj/185/9/775.full.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2024.

- HAINES, J. The Most Depressed Countries in the World. **U. S. News**, New York, 28 mar., 2023. Disponível em: <https://www.usnews.com/news/best-countries/slideshows/the-most-depressed-countries-in-the-world>. Acesso em: 16 mar. 2024.
- FRANK, R. **Body of Awareness A Somatic and Developmental Approach to Psychotherapy**. Massachusetts: Gestalt Press, 2001
- FRANCESETTI, G.; ROUBAL, J. Gestalt Therapy Approach to Depressive Experiences. **Psychotherapie-Wissenschaft**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 39-45, 2020. Disponível em: <https://psychotherapie-wissenschaft.info/article/view/3152/4521>. Acesso em: 21 abr. 2024.
- FRAZÃO, L. M., FUKUMITSU, K. O. **Gestalt-terapia: conceitos fundamentais**. São Paulo: Summus, 2014.
- HANSEN, I. D. As relações amorosas à luz dos mecanismos neuróticos. **Revista IGT**, [s. l.], v. 7, n. 12, p. 113-116, 2010. Disponível em: <http://www.igt.psc.br/ojs>. Acesso em: 16 mar. 2024
- KAISLER, R. E. *et al.* Common mental disorders in Gestalt therapy treatment: a multiple case study comparing patients with moderate and low integrated personality structures. **Front Psychol.**, [s. l.], n. 14, p. 1-20, 2023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10761483/>. Acesso em: 26 abr. 2024.
- MONTOYA, G.A.F., CALDERÓN, G.F.A. Gestalt psychotherapy: an intervention for depressive symptoms in university students. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**, [s. l.], v.25, n.4, dez. 2022. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2022/epi224k.pdf> Acesso em: 19 set. 2024.
- PEIXOTO, R. F. Saúde e Trabalho: uma compreensão gestáltica acerca dos processos de saúde e adoecimento da pessoa. 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Psicologia Clínica: Gestalt - terapia e Análise Existencial) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2021. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/49207/3/Monografia%20Rubens_merged.pdf. Acesso em: 14 maio 2024.
- PERLS, F., HEFFERLINE, R.F., GOODMAN, P. **Gestalt Therapy, Excitement and Growth in the Human Personality**. Souvenir Press, London, 1990.
- RAFFAGNINO, R. Gestalt Therapy Effectiveness: A Systematic Review of Empirical Evidence **Open Journal of Social Sciences**, [s. l.], v. 7, n. 6, p. 66-83, 2019. Disponível em: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=92886>. Acesso em: 17 mar. 2024.
- RIBEIRO, J. P. Eu-tu-nós: A dimensão espiritual da alteridade nos ciclos de contato. **Revista da Abordagem Gestáltica**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 135-146, 2007.
- ROUBAL, J. Depression - A Gestalt Theoretical Perspective. **British Gestalt Journal**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 35-43, 2007.
- SHARIAT, A. *et al.* The Effectiveness of Gestalt Therapy on Depression, Self-Differentiation, Integrative Self-Knowledge and Positive Psychological Characteristics in the Elderly. **Aging Psychology**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 249-267, 2020. Disponível em: <https://doaj.org/article/67c235e6a979460f87ca567166b08add>. Acesso em: 17 mar. 2024.
- SOUZA, F. G. de M. Tratamento da depressão. **Brazilian Journal of Psychiatry**, [s. l.], v. 21, p. 18-23, 1999.
- STEVENS, C. *et al.* The UK Gestalt psychotherapy CORE research project: the findings. **British Gestalt Journal**, [s. l.], 1 set. 2014. Disponível em: <https://www.britishgestaltjournal.com/features/2014/10/24/core>. Acesso em: 16 mar. 2024.

WAGNER, G. A. Tratamento de depressão no idoso além do cloridrato de fluoxetina. **Rev. Saúde Pública**, [s. l.], v. 49, n. 31, mar. 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rsp/2015.v49/20/pt/>. Acesso em: 16 maio 2024.

WEINER, D. J. **Beyond Talking Therapy: Using Movement and Expressive Techniques in Clinical Practice**. Washington- DC: American Psychological Association, 1999.

WHO. **Depressive disorder (depression)**, Geneva, 31 mar. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. Acesso em: 16 mar. 2024.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1998.