

Lorraine Suzan Soares Resende

Gestalt-Terapia: uma compreensão sobre o delírio

Uberlândia

2022

Lorraine Suzan Soares Resende

Gestalt-Terapia: uma compreensão sobre o delírio

Trabalho de Conclusão de Residência, como requisito parcial à obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental.

Orientadora: Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha.

Banca Examinadora

Uberlândia, 09 de fevereiro de 2022

Profa. Dra. Marciana Gonçalves Farinha

Universidade Federal de Uberlândia

Me. Johnatan Martins Sousa

Universidade Federal de Goiás

Mestranda Micaela Brandão Póvoa de Araújo

Universidade Federal de Uberlândia

Uberlândia

2022

Gestalt-Terapia: uma compreensão sobre o delírio

Resumo

A presente revisão narrativa busca compreender o delírio à luz da Gestalt-Terapia, contrapondo-se ao modo como o fenômeno é entendido e tratado pela perspectiva psiquiátrica hegemônica. Aprender o delírio sob o viés da Gestalt-Terapia possibilita avançar na compreensão da condição delirante como uma manifestação subjetiva que não pode ser vista individualmente, uma vez que o vivido está sempre concernente a uma relação que desenvolvemos entre o eu-mundo, o eu-outro. Assim como, suscita e proporciona a possibilidade de que a pessoa em condição delirante seja percebida para além de seu sintoma, enquanto um *vir-a-ser*, que influencia e é influenciada pelas relações, sejam elas afetivas, sociais e culturais. Nesse sentido, torna-se plausível considerar a dimensão criativa do delírio, constituindo-se como uma tentativa de ajustamento frente aos desacordos presentes no organismo/ambiente. Do mesmo modo, considerar as distintas maneiras que o delírio pode vir a se manifestar e, de certa maneira, dizer de condições existenciais conscientemente inconciliáveis e difíceis de lidar, através do olhar contextual e íntegro da Gestalt-Terapia.

Palavras-chave: delírio, condição delirante, Gestalt-Terapia, sofrimento psíquico.

Abstract

This narrative review aims to understand delusion by Gestalt-Therapy, opposing the way the phenomenon is understood and treated by the hegemonic psychiatric perspective. Perceiving delusion under the bias of Gestalt-Therapy makes it possible to advance in the understanding of the delusional condition as a subjective manifestation that cannot be seen individually, since the experience is always concerning a relationship developed between self - world, self – other. More so, it provides the possibility that the person in a delusional condition is perceived beyond his/her symptom, as a coming-to-be being, who influences and is influenced by relationships, whether they are affective, social and cultural. In this sense, it becomes plausible to consider the creative dimension of delirium, which represents an attempt to adjust to the disagreements present in the organism/environment. Likewise, considering the different ways in which delusion can manifest itself and, in a way, speak of existential conditions that are consciously irreconcilable and difficult to be dealt with, through the contextual and integral look of Gestalt-Therapy.

Keywords: delusion, delusional condition, Gestalt-Therapy, psychic suffering.

Introdução

O estudo pauta-se na compreensão do sofrimento psíquico como sendo algo pertencente e inerente a todo ser humano; o qual se constrói e é expresso nas relações, sejam elas afetivas, sociais e culturais; é simbolizado de modo diferente em cada indivíduo e que, portanto, no caso da pessoa em condição delirante, há uma particularidade a ser compreendida, estudada e contextualizada, além da necessidade de desenvolver formas de dar continência, apoio e cuidado. Esse modo de compreender o indivíduo e sua condição delirante possibilita cuidar da crise psíquica como um acontecimento fenomenológico e não apenas sintomatológico e nosográfico (Costa, 2013).

Atualmente, o entendimento hegemônico de delírio está profundamente influenciado pela perspectiva biomédica, que o associa a um erro de ajuizar, sendo considerado sintoma de um transtorno definido, o mental (Mourão & Goulart, 2019). O delírio então se torna um comportamento anormal que precisaria ser definido pela etiologia com especificidade nosográfica. Uma vez que se torna um transtorno mental, passa a demandar tratamento clínico, através de medicações e internações, o que pode corroborar e produzir uma certa naturalização do sofrimento humano e legitimação do estigma em torno do adoecimento. A cura para as manifestações delirantes estaria, então, seguindo a noção médica de retorno às atividades laborais, à readaptação, à restituição da funcionalidade enquanto sujeito na trama social e supressão dos sintomas. Curar estaria relacionado ao retorno do que se considera normal, do que é aceito socialmente (Oliveira, 2015).

Holanda (1998) enfatiza que o grande erro da psiquiatria tradicional é a impregnação do pensamento psicopatológico atual, o qual desconsidera a totalidade do indivíduo enquanto uma realidade interativa e interatuante, sendo fundamentalmente dinâmica e dialética, e compreende a patologia como algo meramente individual e intrapsíquico, quando não intraorgânico. Importante assinalar que o revés não está no ato supracitado em si, mas no diagnosticar sem cuidado e vazios de pensamento crítico, ignorando a dimensão social e suas consequências, o que pode promover o erro da universalização e naturalização, impossível ao fenômeno humano. O psicodiagnóstico tem grande importância ao trazer determinado fenômeno para uma linguagem comum entre os profissionais, mas precisa sempre estar a favor da pessoa. Oliveira (2015) enfatiza a necessidade de questionar qual o objetivo do diagnóstico, a quem ele serve, como será realizado e se contribuirá para o cuidado do indivíduo que será avaliado.

Ainda que haja poucos estudos em Gestalt-Terapia no Brasil relacionados ao delírio, afirma-se que essa abordagem pode ser importante no cuidado de pessoas que vivenciam quadro delirante, uma vez que busca um bem-estar equilibrado, em harmonia no indivíduo e, não a

cura de qualquer transtorno, garantindo um olhar para o ser humano em sua originalidade e maneira de ser no mundo (Ginger & Ginger, 1987).

Esta pesquisa é resultado de uma inquietação suscitada durante uma experiência profissional enquanto atuante como psicóloga por nove meses na Unidade de Internação em Saúde Mental de um Hospital Geral. Percebeu-se o quanto a vivência delirante de pessoas que foram encaminhadas para a enfermagem era compreendida como um erro que precisava ser corrigido, o que implicava em uma desconsideração da dimensão singular, subjetiva e denunciadora de uma condição de existência dolorosa e sofrível que estava sendo expressa através do delírio.

O presente trabalho tem como objetivo compreender o fenômeno do delírio à luz da Gestalt-Terapia, partindo de uma postura direcionada pelo acolhimento do humano, contrapondo-se ao modo como o fenômeno é comumente visto e estudado pelo viés psiquiátrico hegemônico, a saber, pela perspectiva que se pauta exclusivamente no diagnóstico e em uma classificação que não serve aos propósitos da pessoa em sofrimento, mas da sociedade que se inquieta com o que não lhe parece normal e funcional. O artigo parte da apresentação histórica do delírio. Por conseguinte, versa sobre as diferenças entre duas principais perspectivas, as quais, a concepção psicopatológica do delírio através das contribuições de Dalgarrondo (2003, 2008), enquanto psicopatologista brasileiro, e a visão fenomenológica-existencial pela visão de Jaspers (2000), representante da psiquiatria fenomenológica. Ainda, apresenta contraposições elaboradas pelo médico Othon Bastos (1986), que trouxe contribuições suscitadas por sua ampla e intensa prática na psiquiatria em um curso sobre delírios e, por fim, apresenta a experiência delirante pelo perceber, acolher e cuidar da Gestalt-Terapia.

Método

Este trabalho trata-se de uma revisão narrativa, a qual é apropriada para discutir o ‘estado da arte’ de um determinado assunto, sob o ponto de vista teórico ou conceitual. Os artigos de revisão são uma forma de pesquisa que utilizam fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas visando obter resultados de pesquisas de outros autores, com o propósito de fundamentar teoricamente um determinado objetivo (Rother, 2007).

A revisão narrativa é constituída por uma análise ampliada da literatura, sem que se estabeleça metodologia rigorosa e seja replicável em nível de reprodução de dados e respostas quantitativas para questões específicas, como expressam Vosgerau e Romanowsk (2014). Em razão da seleção dos artigos ser arbitrária, o trabalho pode apresentar informações sujeitas ao viés de seleção, contendo interferência da percepção subjetiva do autor. No entanto, a revisão

narrativa é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre uma determinada temática em um curto espaço de tempo, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas que tem recebido maior ou menor ênfase na literatura escolhida (Cordeiro et al., 2007).

O delírio

A origem do termo delírio, utilizado pelos países latinos, vem do latim *delirare* (de - fora; *lirare*, *lira* - sulco de arado), refere-se aos indivíduos que se afastam da normalidade (Cheniaux, 2015). O termo utilizado no inglês *delusion* possui origem diferente (do latim *deludo* - crença, opinião falsa), concerne a uma falsificação do conteúdo do pensamento. O termo alemão *Wahn*, no século VIII, emergiu com o sentido de insegurança em relação ao que pode ocorrer. Posteriormente a esse momento, adquiriu o significado de crença irreal e confusão de juízo (Correia, 2014). Segundo Bastos (1986), a palavra delírio é formada pelo prefixo grego *de* - desvio e pelo radical *liros* - trilha, significando o desvio da consciência da realidade externa em contraposição à interna. Posteriormente, o delírio passou a ser considerado como o desenvolvimento de um conjunto de juízos falsos em decorrência de uma condição patológica preexistente e que são incorrigíveis por meios racionais (Dalgarrondo et al., 1998). Sendo assim, uma falsa crença baseada em uma incorreta inferência sobre a realidade externa (Santos Júnior & Bassitt, 2008).

Publicado pela Associação Americana de Psiquiatria, o Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) consta diretrizes diagnósticas que auxiliam na definição de diagnósticos psiquiátricos. A definição do delírio da edição do DSM-V, publicada em 2014, considera-o como “crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes” (p. 87). O elemento que distingue o delírio de uma ideia firmemente defendida trata-se do grau de convicção com que a crença é defendida “apesar de evidências contraditórias claras ou razoáveis acerca de sua veracidade” (APA, 2014, p. 87).

Delírios ou ideias delirantes, segundo o conceito de Jaspers (2000), são juízos patologicamente falsos, caracterizados por uma certeza subjetiva irremovível e absoluta, por uma impossibilidade de modificação perante refutação, apresentam conteúdo impossível e incompreensibilidade psicológica, não são suscetíveis à influência pela experiência e acompanham-se de uma convicção, uma crença inabalável. Além disso, Dalgarrondo (2008) acrescenta mais uma característica ao delírio que o diferencia de determinadas crenças culturais: o delírio é uma produção idiossincrática em relação a cultura da pessoa em condição delirante, trata-se de uma convicção própria, não sendo produzido ou compartilhado por um grupo religioso, político ou de outra natureza. Quando o indivíduo delira, estaria ele se apartando do

social e cultural que o constituiu, passando a produzir símbolos e crenças singulares. A pessoa em condição delirante pode não apresentar necessidade de comprovação objetiva da veracidade de seu juízo, desconsiderando a tentativa de convencimento de outrem acerca do que ela sente saber.

Todavia, Bastos (1986) em um curso sobre delírio, elabora críticas ao conceito jasperiano. Acerca da crença de que delírios são juízos falsos patologicamente, o autor menciona que o delírio é um juízo errôneo, entretanto, nem todo juízo errôneo é, por si só, delirante. Como exemplo, convicções de pessoas fanáticas, como preconceitos de ordem religiosa e superstições, os quais podem ser juízos falsos, mas não são delirantes. O delírio como crença inabalável também é questionado, uma vez que a firmeza das crenças poderá deixar de existir. Em diversos casos, tal firmeza não está presente no início do episódio de crise psicótica e mesmo em períodos de remissão, a pessoa pode fazer crítica ao seu delírio.

Quanto a impossibilidade de conteúdo, há casos em que os juízos são possíveis e verdadeiros. Bastos (1986) cita um exemplo do professor Henri Ey, o qual expôs o caso de um indivíduo que acreditava estar sendo traído pela esposa, pois, todos os dias ao entrar em casa, o relógio estava dando 5 horas. O canto do relógio cuco era a prova delirante apresentada. No caso em questão, a pessoa apresentava condição delirante, todavia, estava realmente sendo traída. Sendo assim, como distinguir um juízo que é verdadeiro, mas também delirante? Será necessário caracterizá-lo por seus aspectos formais e por sua ausência de coerência, tendo em vista que um juízo é delirante quando não possui coerência em um sistema de referências. Para Dalgarrondo (2008), mais do que a falsidade do conteúdo, o que caracteriza uma crença como delirante é a justificativa para a crença do delírio.

Por último, em relação ao conceito do delírio não ser influenciável, a experiência clínica demonstra que pode não ser possível o desaparecimento do delírio, mas pode-se modificá-lo. O livro *Three Christs of Ypsilanti*, de Rokeach (1964), relata a experiência de seu trabalho com três pessoas em condição delirante, os quais diziam ser Jesus Cristo. Estes foram reunidos em um mesmo hospital e frequentemente confrontados com afirmações conflitantes, posterior a isso, o psicólogo-social Rokeach percebeu alterações nas crenças delirantes, estas não desapareceram, mas sofreram uma série de mudanças. Sendo assim, a ideia de que o delírio não é influenciável, é falsa. Cheniaux (2015), em concordância com Bastos (1986), menciona que a intensidade da crença delirante pode flutuar e que alguns pacientes expressam dúvida acerca de sua veracidade. Dalgarrondo et al. (2003) afirmam que a convicção extraordinária e a não-influenciabilidade podem diminuir ou desaparecer em decorrência da ação de antipsicóticos eficazes.

Do ponto de vista da lógica, o delírio trata-se de um juízo falso e irracional, entretanto, a impossibilidade do conteúdo é algo bastante criticado, uma vez que grande parte dos delírios possuem conteúdo possível e, em alguns casos, o teor deste pode ser verdadeiro. Entretanto, há situações diferentes em que estão presentes os juízos falsos. O juízo falso é irracional e impossível quando se relaciona a um erro lógico, exemplo: a pessoa dizer que é habitante de Marte. Um juízo falso impossível e racional trata-se de um erro gnosiológico, a crença de tornar existente algo que não existe, mas pode existir em outro momento, como alguém dizer que já esteve na lua, o juízo seria considerado falso (salvo caso se a pessoa realmente tivesse vivenciado a experiência citada), mas racional por se tratar de uma impossibilidade real (Cheniaux, 2015).

Há os juízos falsos possíveis e improváveis, quando o juízo falso já não é mais impossível, mas é pouco provável. Como exemplo, citado por Cheniaux (2015), uma senhora de 50 anos que morava sozinha desde sua separação conjugal e acreditava que seu ex-companheiro, com o qual perdera o contato havia anos, entrava em seu apartamento após suas saídas e mexia em seus objetos. Ao chegar em casa, ela via os objetos em lugares diferentes e acreditava que o porteiro, o síndico e diversas outras pessoas estavam envolvidas na situação, avisando o ex-marido quando ela saía para que ele pudesse entrar em seu apartamento e mexer em suas coisas, com o intuito de que ela pensasse que estava perdendo a memória e “enlouquecendo”. A crença da senhora em questão não era completamente absurda, todavia, pouco provável. Neste caso, há um contrassenso, não um absurdo ou insensatez.

A noção predominante na medicina no século XIX era a de que o delírio indicaria deficiência e precariedade da capacidade intelectual e, por conseguinte, um bom nível intelectual poderia inibir o delírio. Todavia, Jaspers afirma o contrário, a inteligência mais desenvolvida não impede o delírio, mas, de certo modo, poderia trabalhar a favor dele. Em outras palavras, certo grau de preservação cognitiva é condição necessária para a ocorrência do delírio, ao menos em sua apresentação mais organizada (Dalgalarondo et al., 2003).

Manifestação e evolução do delírio

Segundo Jaspers (2000), os delírios geralmente se manifestam após um período pré-delirante. Esse período é marcado por uma mudança no indivíduo, ele passa a ter consciência do significado anormal dos fatos e das coisas, circunstância denominada como humor delirante. Predominam nesse período intensa angústia, ansiedade, aflição, sensação de que algo ruim acontecerá e estranheza. O humor delirante antecede o delírio e cessa quando este é concebido pela pessoa, a qual passa a acreditar que descobriu, como se por uma inexplicável revelação,

do que está acontecendo com ela. Por exemplo, o indivíduo acredita ter finalmente descoberto que seus colegas de trabalho estavam arquitetando um organizado conluio contra ele.

Konrad (1992, p. 214 citado em Dalgarrondo, 2008), propõe um processo sequencial no desenvolvimento do delírio, sendo períodos pré-delirantes, delirantes e de reorganização da personalidade e fases residuais, os quais se apresentam nos seguintes momentos: trema, apofania, fase apocalíptica, consolidação e fase de resíduo. O trema, termo vindo do teatro, é aquele estado de tensão peculiar em que o ator fica anterior a sua entrada em cena. Trata-se da fase que precede o surgimento das ideias delirantes e é permeada por tensão, clima ameaçador e difuso, pairando ainda sem significação, o indivíduo sente que não há como escapar, mesmo sem saber do quê.

Dalgarrondo (2008) menciona que a apofania é a apresentação do delírio, trata-se da fase em que está presente o humor delirante, a qual é marcada por toda uma mudança. A tensão acumulada durante o trema se desdobra em delírio e o indivíduo vivencia a revelação. Há uma alteração do mundo e dos objetos em relação ao indivíduo, e é quando ocorre experiências delirantes, falsos reconhecimentos e desconhecimentos delirantes, difusão e sonorização do pensamento e vivências corporais delirantes.

Segundo o mesmo autor, a fase apocalíptica corresponde à certa desorganização do indivíduo posterior a revelação do delírio inicial. Estão presentes nessa fase vivências ameaçadoras de fim de mundo, como se este não possuísse mais continuidade de sentido, o indivíduo parece viver uma estranha reestruturação do seu mundo. Sendo assim, “podem surgir sintomas catatônicos, excitação motora e psíquica e vivências de alteração do Eu psíquico e corporal”, traduzidos por falas como “Eu não sou mais eu” ou “Sinto que já morri” (p. 215).

A consolidação é uma fase de certa estabilização, a qual ocorre depois de certo tempo após o início do processo psicótico, de desorganização e reorganização. O delírio tende a cristalizar-se, havendo certa elaboração intelectual com fixação de elementos a partir da personalidade do indivíduo. Por fim, a fase residual trata-se do final do processo delirante, onde há perda do impulso e afetividade manifesta. O indivíduo não confia nem se relaciona calorosamente com outros, busca passiva ou ativamente certo isolamento e se concentra no impessoal da vida (Dalgarrondo, 2008).

Para este autor, a interação de fatores cerebrais, psicológicos, afetivos, socioculturais e da personalidade pré-mórbida pode contribuir para a formação do delírio, a qual é complexa e provavelmente multifatorial. É fundamental pensar o delírio como uma construção que está inserida em um processo de tentativa de reorganização do funcionamento mental, sendo um

esforço que o aparelho psíquico do indivíduo desempenha com o intento de lidar com a desorganização que o adoecimento de fundo produz.

Estrutura e curso dos delírios

Os delírios podem ser classificados, segundo sua estrutura, em simples ou complexos, sistematizados ou não-sistematizados. Os delírios simples, são ideias que se desenvolvem em torno de um único conteúdo e geralmente de um único tipo, por exemplo, apenas um tema religioso ou persecutório. Delírios complexos compreendem vários temas ao mesmo tempo, por exemplo, envolvendo conteúdos de perseguição, místico religioso, de reivindicação (Dalgarrondo, 2008). Os delírios sistematizados são organizados, possuem maior coerência entre as ideias, as quais são mais consistentes e, mantêm o conteúdo com detalhes, mesmo com o decorrer do tempo. Apresentam argumentações compreensíveis e lógicas, por exemplo, a pessoa com delírio de perseguição consegue descrever quem o persegue, como e o porquê. Delírios não-sistematizados são desarticulados, fragmentados, caóticos, sem construção consistente e há variação em seu conteúdo (Cheniaux, 2015).

Quanto ao curso dos delírios, podem ser agudos ou crônicos. Os delírios agudos surgem de forma rápida, podendo desaparecer em questão de horas ou dias. Podem se apresentar passageiros e fugazes, estando associados à transtornos da consciência em psicoses tóxicas ou infecciosas. Os delírios crônicos tendem a ser persistentes, contínuos, podendo durar vários anos e são pouco modificáveis no decorrer do tempo (Dalgarrondo, 2008).

Delírio primário, delírio secundário e ideia sobrevalorada

O delírio é categorizado em três tipos: delírio primário ou ideia delirante, delírio secundário ou ideia deliroide e ideia sobrevalorada. O delírio primário é a ideia delirante autêntica, psicologicamente incompreensível e não deriva de nenhuma manifestação psíquica patológica. O fenômeno primário, conhecido também como verdadeiro delírio, expressa uma quebra radical na biografia do indivíduo, trata-se do surgimento de algo novo que se insere em sua vida e transforma qualitativamente sua existência, a pessoa e sua personalidade sofrem transformações (Cheniaux, 2015).

O delírio secundário, também conhecido como ideia deliroide, se origina de modo compreensível psicologicamente de outras manifestações psíquicas patológicas, como alteração de humor, da afetividade, da sensopercepção, da consciência e que, conseqüentemente, os influencia em produções de juízos falsos. Alguns exemplos de delírios secundários são ideias

de culpa no indivíduo com depressão grave e ideias de grandeza na pessoa em estado maníaco (Cheniaux, 2015).

A ideia sobrevalorada (ou supervalorizada, sobrevalente ou prevalente) é uma ideia errônea por exagero afetivo. O erro é decorrente da ideia estar relacionada a uma carga afetiva muito intensa, o que influencia o julgamento da realidade e o torna pouco racional. A ideia passa a preponderar sobre as demais e afeta o comportamento do indivíduo. Nesses casos, o erro é compreensível psicologicamente em função de traços da personalidade do indivíduo ou de vivência emocional e pode ocorrer em pessoas que não apresentam condição de sofrimento psíquico. Como exemplo, convicções apaixonadas acerca de questões filosóficas, religiosas, assim como ideias de pessoas enamoradas sobre seu objeto de amor. No entanto, podem ocorrer em alguns sofrimentos psíquicos, como hipocondria, transtorno dismórfico corporal, anorexia nervosa transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de personalidade paranoide (Cheniaux, 2015).

Formações delirantes e dimensões do delírio

As formações delirantes para Jasper (2000) são as percepções, as representações e as cognições delirantes. As percepções delirantes são a atribuição de um significado anormal a uma percepção normal de um objeto real, a pessoa vê ou ouve algo com uma percepção sem distorções, mas atribui a essa percepção real um significado anormal. A significação descrita se dá simultaneamente ao ato perceptivo, o significado geralmente é autorreferente e é algo que se impõe à consciência da pessoa em condição delirante. Por exemplo, o indivíduo ao se acomodar em um restaurante percebe que, pouco tempo depois, um homem se senta na mesa ao lado, ele passa a acreditar que aquele homem estaria naquela mesa para vigiá-lo.

As representações delirantes são a atribuição de uma significação anormal a uma recordação normal. As representações são retrospectivas, referindo-se a uma exibição do passado que surge como novas significações, novas lembranças que aparecem como acontecimentos repentinos (Bastos, 1986). Como exemplo, Jaspers (2000) cita a história do paciente que julgou ser descendente do rei Baviera, uma vez que quando menino, assistiu a uma parada militar e o rei o olhou de modo especial.

As cognições delirantes são uma convicção intuitiva patológica, uma certeza súbita e imediata, a qual dispensa conexões significativas com dados perceptivos ou representativos. O indivíduo acredita possuir conhecimento de algo sem nenhum sinal de clara intuição sobre a determinada circunstância. Por exemplo, a pessoa que acredita ser Jesus Cristo, mas sua crença não se relaciona com algo que ele tenha visto, ouvido ou se lembrado. A cognição delirante

possui um único membro, em contrapartida da percepção e da representação delirante, os quais são constituídos por dois membros: a percepção ou recordação normal e a significação anormal (Cheniaux, 2015).

No que se relaciona às dimensões da atividade delirante, as quais também servem como indicadores de sua gravidade, Dalgalarrondo (2008) expõe: a) o grau de convicção, o qual se trata do nível de conhecimento da realidade do delírio, até que ponto a pessoa está convencida da realidade de suas ideias delirantes; b) a extensão que as ideias delirantes circundam diferentes áreas da vida do indivíduo; c) bizarrice ou implausibilidade, que diz do grau de diferença entre delírio e crenças ou convicções culturalmente comuns ou compartilhadas, isto é, o quanto o delírio se distancia da realidade consensual; d) desorganização, em que se verifica o quanto as ideias delirantes possuem lógica própria, em que grau são sistematizadas, se são consistentes internamente; e) a pressão ou preocupação, a qual está relacionada com o quanto o indivíduo está envolvido com suas crenças delirantes e o quanto ele se sente pressionado pelo delírio; f) a resposta afetiva, que se trata do quanto as crenças delirantes influenciam e impactam o indivíduo, e, por fim, g) o comportamento desviante, em que se verifica o quanto a pessoa age em função de seu delírio, do mesmo modo que pratica atos estranhos, comportamentos inadequados, inconvenientes ou perigosos.

Diferentes tipos de delírio

O delírio pode se manifestar de distintas maneiras, havendo diferentes tipos segundo seu conteúdo. Paim (1998) menciona que seu tema está relacionado ao contexto sociocultural, por exemplo, na década de 90 eram raríssimas as pessoas que diziam ser “Napoleão”, na Idade Média ninguém dizia que a televisão controlava seus pensamentos. Cheniaux (2015) cita que o delírio se transforma em um eixo no qual passa a girar a vida do indivíduo e expõe que, de certo modo, todo delírio é autorreferente, uma vez que seu conteúdo está direto ou indiretamente pertinente a pessoa delirante. Um determinado delírio pode ser, ao mesmo tempo, classificado em diferentes categorias, uma vez que estas não são mutuamente excludentes, como exemplo, a pessoa “acreditar ser Deus” constitui um delírio tanto de grandeza, como místico.

Dalgalarrondo (2008) aborda sobre alguns tipos mais comuns na literatura. No delírio de perseguição, o indivíduo acredita que está sendo perseguido por pessoas conhecidas ou desconhecidas. O delírio de referência, autorreferência ou alusão, é quando o indivíduo tende a experienciar fatos cotidianos como referentes a si, atribui situações acidentais ou casuais como sendo relacionados a sua pessoa. No delírio de relação, os acontecimentos simples e corriqueiros adquirem significado especial para o indivíduo, passando a serem vistos como algo

especialmente vinculado a ele. O delírio de influência ou controle, diz de quando o indivíduo sente que forças e influências externas estão controlando sua mente e/ou seu corpo, inclusive, afirma ter perdido a capacidade de resistir a estas, passando a submeter-se integralmente. No que se refere ao delírio cenestopático, a pessoa acredita que há animais ou objetos dentro do seu corpo; e, parecido com este, há o delírio de infestação, também conhecido como Síndrome de Ekbom, que é quando o indivíduo acredita que está infestado por pequenos, macroscópicos, organismos, especialmente em sua pele e cabelos.

Seguindo na perspectiva do mesmo autor, há também delírio de grandeza, em que a pessoa acredita ser muitíssimo especial, rica ou dotada de capacidades e poderes, sua autoestima pode estar extremamente aumentada. O delírio místico ou religioso apresenta aspecto grandioso e se dá quando o indivíduo acredita possuir uma missão mística ou religiosa importante. No delírio de ciúme ou de infidelidade, a pessoa acredita que seu cônjuge ou amante está sendo infiel, bem como crê que está sendo enganada ou que estão tentando enganá-la. O delírio erótico (erotomania) se apresenta quando o indivíduo acredita ser amado, a distância, por outra pessoa, a qual geralmente possui destaque social, é mais velha e possui situação socioeconômica mais elevada que a do acompanhado.

Ainda na perspectiva dos tipos propostos por Dalgarrondo (2008), no delírio de reivindicação (ou querelância) o indivíduo afirma ser vítima de terríveis injustiças e discriminações, de modo inteiramente desproporcional com a realidade e pode também acreditar ser representante dos injustiçados, perseguidos e se engaja intensamente contra desigualdades que julga ser a principal vítima. O delírio de invenção ou descoberta está presente quando a pessoa acredita ter descoberto a cura para doenças, ter desenvolvido um aparelho inovador e que pode mudar o mundo. No que se relaciona ao delírio de negação de órgãos, o indivíduo refere que seu corpo está destruído ou morto, que seus órgãos apodreceram, pararam de funcionar ou deixaram de existir, não possui mais sangue, seus braços e pernas estão “esfarelando”. Síndrome ou delírio de Cottard é quando o delírio de negação é acompanhado de delírio de imortalidade (“não morrerei nunca mais, sofrerei por toda a eternidade”) e de enormidade (o indivíduo vivencia seu corpo se expandindo e tomando todo o quarto).

Dentre outros tipos de delírio, está o de ruína, o qual diz de quando o indivíduo percebe sua vida como repleta de sofrimento, perdas, fracassos e o mundo está condenado à miséria. Em alguns casos, o indivíduo acredita estar morto ou que todo o mundo está destruído. O delírio de culpa e autoacusação caracteriza-se pela convicção do indivíduo de que ele é uma pessoa indigna, imoral, irresponsável, pecaminosa e que deve ser punida. Supervaloriza pequenas falhas e pensa ter influenciado grandes catástrofes. O delírio de reforma se apresenta quando o

indivíduo acredita ter a missão de salvar, redimir ou reformar o mundo ou a sociedade que vive e, por vezes, está fundamentado em sistema religioso ou político desenvolvido pelo delírio. No delírio hipocondríaco, a pessoa acredita estar sofrendo de uma doença muitíssimo grave ou incurável. O transtorno delirante de identificação trata-se do reconhecimento, de maneira patologicamente equivocada, de pessoas, lugares, objetos ou eventos. Na Síndrome de Capgras, o indivíduo acredita que uma pessoa familiar foi substituída por um sócia, sendo este fisicamente idêntico a aquele, mas psicologicamente diferente e, na Síndrome de Fregoli, o indivíduo identifica uma pessoa familiar em alguém estranho, este é fisicamente diferente da pessoa familiar, mas psicologicamente idêntico (Cheniaux, 2015).

No que se refere a temática mais frequente dos delírios, trata-se dos que possuem conteúdos de perseguição, incluindo os delírios propriamente persecutórios e os de referência, de relação e de influência. A possível proeminência do conteúdo persecutório pode estar relacionada a aspectos recorrentes do psiquismo humano, como sentimento básico de vulnerabilidade, o desamparo e o perigo diante do mundo, elementares na condição existencial do ser humano (Dalgarrondo et al., 2003). Outros tipos mais raros, mas que podem ser eventualmente observados, são os de invenção, de infestação, cenestopático e fantástico (Dalgarrondo, 2008). Ressalta-se maior incidência da manifestação de delírio de grandeza propriamente dito em homens, enquanto o delírio erótico se apresenta mais comumente em mulheres (Sharfetter, 1997, p. 22 citado em Freitas, 2003).

- *Transtorno delirante induzido (folie à deux)*

Os “delírios compartilhados da loucura a dois” (*folie à deux*), são delírios que ocorrem em mais de uma pessoa. A Classificação de Transtornos Mentais da Organização Mundial da Saúde (1993), a CID-10, classifica o quadro como transtorno delirante induzido (F24). Nesses casos, há uma pessoa em condição psicótica e apresenta delírio primário que, ao interagir intimamente com outra pessoa influenciável (ou com mais pessoas, *folie à trois*, *à quatre*) produz delírio nesta(s), havendo sempre uma díade, o verdadeiro delirante e outra(s) pessoa(s). Dalgarrondo (2008) menciona que a partir da convivência próxima e interação pessoal, o indivíduo também começa a manifestar o mesmo delírio que o verdadeiro delirante ou a ideia temática relacionada. Diante disso, a pessoa sugestionável apresenta delírio secundário ou ideia deliroides e não o verdadeiro delírio primário. Se houver separação física entre os envolvidos, em geral a pessoa influenciável deixa, de modo gradativo, de delirar. Um grande exemplo trata-se de um líder delirante (delírio primário) e um grupo social sugestionável que compartilha das convicções delirantes do líder (ideias deliroides ou crenças induzidas). Além dos sintomas

mencionados, soma-se o critério de que a perturbação não seja explicada por outro transtorno psicótico (por exemplo: esquizofrenia) ou por transtorno de humor com aspectos psicóticos, nem mesmo se deva a efeitos fisiológicos diretos de substância (por exemplo: droga de abuso, medicamentos) ou de condição médica geral.

Cunha et al. (2008) abordam sobre a ampliação e subdivisão do conceito de *folie à deux*, feita por diversos autores, em quatro tipos básicos em suas formas de apresentação: *folie imposée*, *folie communiquée*, *folie simultannée* e *folie induite*. *Folie imposée*: a ideação delirante de uma pessoa em condição psicótica é transferida para alguém psicologicamente saudável, no entanto, se houver separação entre ambos, o delírio do indivíduo que ficou secundariamente em condição psicótica tende a desaparecer. *Folie simultannée*: ocorre um surgimento simultâneo de psicose idêntica em duas pessoas predispostas que estão intimamente relacionados. *Folie communiquée*: o contágio de ideias delirantes ocorre posterior a um longo período de resistência, contudo, uma vez concretizado, tende a manter os sintomas mesmo após separação do indivíduo propriamente em condição psicótica. Por fim, *folie induite*, trata-se de novos delírios adotados por um indivíduo em condição psicótica sob influência de outra pessoa em condição psicótica.

Abarcamos sobre o delírio pela perspectiva da psiquiatria hegemônica, suas características, seus diferentes tipos e possibilidade de manifestações. A realização dessa trajetória foi necessária para compreendermos que o cuidado visando apenas o viés sintomatológico e nosográfico é contrário ao modo de perceber, acolher e cuidar da condição delirante na Gestalt-Terapia, o que será exposto no tópico a seguir.

Delírio: uma compreensão a partir da Gestalt-Terapia

A Gestalt-Terapia (GT) considera que o homem e todo organismo vivo está interligado, não sendo possível enxergá-lo de modo isolado, mas como alguém que vive em um determinado meio que compõe sua existência e forma com ele uma totalidade. Ademais, o homem é considerado como um fenômeno e um ser complexo, se revela lentamente e a todo momento se reorganiza conforme suas necessidades, não pode ser conhecido completamente e não possui características fixas e imutáveis, é pertencente a um contexto, no tempo e no espaço, podendo modificar e ser modificado por ele a todo instante (Freitas, 2016).

O enfoque da Gestalt-Terapia não se encontra no indivíduo nem no ambiente, mas na relação, no encontro entre eles. Esse modo de pensar se direciona para uma superação da visão dicotômica, uma vez que se propõe a debruçar sobre o estudo do contato em si, dessa fronteira que interconecta o organismo-ambiente, o eu-mundo, o eu-outro. Essa fronteira marca uma

delimitação no tempo e mostra o momento em que nos deparamos com uma novidade que nos provoca estranhamento e nos conduz a agir em busca de um sentido para esse acontecimento. A experiência é compreendida como uma operação criadora e expressiva que ocorre a partir da tensão suscitada pelo encontro com a novidade do ambiente. Ao falarmos de experiência, falamos de contato, desse processo de assimilação de uma diferença que demanda um arriscar-se na presença do novo, do desconhecido que se desvela (Silva et al., 2015).

Ao contrário de outras abordagens, as quais defendem a neutralidade e o não envolvimento do terapeuta, a Gestalt-Terapia preconiza a impossibilidade dessa neutralidade, enfatizando que o terapeuta e a relação construída são ferramentas essenciais no processo terapêutico, especialmente por acreditar que o indivíduo se constitui nas relações, sendo uma delas a relação terapêutica. Além disso, um de seus objetivos centrais é ampliar a consciência do cliente sobre o modo como ele se relaciona consigo mesmo, com os outros e com o mundo à sua volta, e busca auxiliá-lo na percepção de um caminho de maior autonomia e independência, considerando seus próprios recursos (Freitas, 2016).

A Gestalt-Terapia não busca explicar ou resolver os fenômenos, mas se mantém aberta para a novidade e constante (re)criação (Robine, 2006). Todas as vivências são genuínas e devem ser escutadas com atenção e cuidado. A ênfase está no aqui-agora da situação, o que implica em valorizar qualquer fenômeno que apareça, seja uma expressão corporal, uma quebra no fluxo do relato verbal, um sintoma. O valor concedido a experiência imediata legítima e acolhe a situação vivida, tal como ela se manifesta (Fukumitsu et al., 2009).

A perspectiva gestáltica foca na maneira de experienciar o tempo e o espaço na vivência imediata, pois comporta a totalidade da vivência, em que passado e futuro se desvelam no presente. O objetivo principal na psicoterapia gestáltica é a ampliação da *awareness*, sendo esta uma forma de experienciar, um processo de estar em contato atento com o que de mais importante ocorre no campo indivíduo/ambiente (Fukumitsu et al., 2009). Assim como, atua com a busca de maior contato e reconexão consigo mesmo e com o campo, algo que se encontra em desequilíbrio numa vivência psicótica (Oliveira, 2015).

A Gestalt-Terapia dispõe-se às potencialidades do indivíduo e à sabedoria orgânica, mesmo em momentos críticos. O estado saudável é caracterizado por um processo de manutenção de equilíbrios e de ajustamento às condições do meio interno e externo. Compreende circunstâncias de desequilíbrio como fundamentais ao ajustamento ou transformações criativas (Carvalho & Costa, 2010). A prática psicoterapêutica se orienta por uma visão integradora do indivíduo, vendo-o como um todo, não como um “psicótico”, um “esquizofrênico, ou como “isso” e “aquilo”. A patologia é compreendida como uma das várias

partes do todo que aquela pessoa se manifesta no mundo e a doença é percebida como uma maneira que o indivíduo encontrou para enfrentar situações difíceis e/ou conscientemente inconciliáveis (Freitas, 2016).

Para a perspectiva gestáltica, saúde e doença podem ser compreendidas como formas do organismo dar um sentido à sua existência, na busca de constantes trocas com o contexto que está inserido. São processos dinâmicos e caracterizados pela interação, podem estabelecer um diálogo interno buscando reconhecimento do sentido que a pessoa faz da sua condição de se apresentar através do adoecimento. Perceber a doença como determinante da identidade da pessoa significa não cuidar, tendo em consideração que ela ficará limitada a um único aspecto. O conceito de saúde, de doença ou de psicopatologia está presente no vínculo psicoterapêutico, contudo, a ênfase está na relação com a pessoa, o psicoterapeuta suspende esses conceitos e permanece na possibilidade do contato, do encontro, no cuidado (Fukumitsu et al., 2009).

O funcionamento saudável e o não-saudável são um mesmo processo, são dinâmicos e favorecem ou dificultam o crescimento do indivíduo. Moreira (2010) afirma que o modo de ser doente só pode ser compreendido a partir do modo de ser sadio, uma vez que o ser-doente seria uma dimensão da própria saúde. Ao enxergarmos o funcionamento não-saudável como polo relacional do saudável, podemos considerar que o próprio adoecer é relacional, uma vez que o vivido está sempre relacionado com que vivenciamos, não podendo ser compreendido apenas em termos individuais ou ambientais. É necessário compreender o sofrimento do humano em relação ao seu campo e considerar também o meio social que ele se encontra inserido. Enquanto ser-no-mundo, o sofrimento é psicossocial, é construído pelo campo e diz de termos históricos, se insere na sociedade, é transformando por ela e a transforma (Oliveira, 2015).

A definição de saúde para Perls (1977) trata-se do “equilíbrio apropriado da coordenação daquilo que somos” (p. 20). Sendo assim, a ideia do saudável se relaciona com o existir próprio. O funcionamento saudável se dá na e em relação ao organismo/ambiente, não é algo que possuímos, mas somos e atravessa todo o campo. A saúde é a integração do organismo/ambiente de modo criativo, e a criatividade nos possibilita criar modos de lidar com as demandas em um campo que se encontra em constante transformação, bem como destruir ou modificar formas disfuncionais, reformando e ressignificando conforme a circunstância (Oliveira, 2015).

Segundo a mesma autora, o funcionamento saudável é expresso por fluxo pleno e contínuo de *awareness*, o qual através de fronteiras permeáveis e flexíveis o indivíduo pode agir e se relacionar de modo criativo com seu ambiente, possuindo e desenvolvendo recursos para responder as demandas que lhe surjem, usufruindo de suas funções de contato para avaliar

e determinar contatos satisfatórios e adequados, do mesmo modo que cessá-los quando disfuncionais e prejudiciais. Sendo assim, saúde se relaciona à capacidade plástica do campo organismo/ambiente, sendo possível manter a totalidade em um equilíbrio dinâmico (Alvim, 2014).

A Gestalt-Terapia vê a pessoa em sua temporalidade, a qual se manifesta em constante transformação, um *vir-a-ser*. Oliveira (2015) menciona que o ser é um conjunto de possibilidades que durante sua existência é livre para se atualizar, criar e recriar. A natureza humana só pode ser vista enquanto potencialidade conectada e concernente a sua temporalidade e historicidade. E, para a compreendermos como dotada de temporalidade, não falamos de uma normalidade inerente desejável e passível de ser alcançada, mas de um funcionamento saudável. O funcionamento trata-se de “uma forma de ser-no-mundo, no aqui-agora e incluído em um campo. Ou seja, um funcionamento pode ser saudável em um determinado campo ou momento, mas em outros não” (p. 79).

A palavra funcionamento implica ideia de processo e ação, a qual adquire significação em um espaço-tempo e o funcionamento saudável em Gestalt-Terapia diz de uma “boa” formação de *gestalten* em determinado momento. A integração faz-se necessária para que as *gestalten* sejam criadas de modo congruente com a intencionalidade das necessidades, é fundamental que o indivíduo seja capaz de escolher de modo saudável entre as possibilidades do campo organismo/ambiente (Oliveira, 2015).

A psicopatologia para a abordagem gestáltica não é considerada uma categoria limitante da experiência que somente compromete o indivíduo, uma vez que a teoria não negligencia aspectos saudáveis que estão preservados, mas propõe-se a encarar o processo psicopatológico por um viés de ajustamento em situações insustentáveis ao *self* (Carvalho & Costa, 2010). Ramos (2018) enfatiza que “para a Gestalt-Terapia, cada pessoa é uma unidade complexa. Reduzi-la a uma suposta normalidade é, também, tolhê-la existencialmente, negligenciar-lhe a subjetividade e limitar suas possibilidades criativas” (p. 66).

O adoecer em Gestalt-Terapia é estar em desarmonia relacional, seja consigo mesmo ou com o mundo. Sob esse olhar, inaugura a compreensão de relação psicopatológica e não uma patologia aprisionada no indivíduo. A psicopatologia para a Gestalt-Terapia é considerada como diretamente associada a uma relação inadequada com o outro. Não se fala de uma psicopatologia individual, mas de uma relação psicopatológica ou psicopatologia relacional. O fundamento da psicopatologia gestáltica está em considerar a dimensão humana em sua intersubjetividade, sendo assim, toda relação é intersubjetiva. A proposta gestaltista consiste numa modificação de enfoque: de uma consideração descritiva dos quadros psicopatológicos,

como se encarrega a psiquiatria tradicional, para uma visão que abarque a dinâmica de complexidade que possuem esses fenômenos (Holanda, 1988).

No que concerne ao diagnóstico de manifestação do delírio, este poderá servir para orientar o terapeuta quanto a possibilidades de intervir e cuidar de modo congruente com as especificidades do caso, servindo apenas para ser consultado, e não como algo que enseja um enquadramento e estereótipo limitantes à pessoa. Pinto (2015) afirma que “uma compreensão diagnóstica é uma teoria sobre o cliente, uma tentativa de compreendê-lo com base em certos parâmetros, visando ampliar a possibilidade de que a terapia o ajude para que ele se aventure pelo seu campo existencial” (p. 16).

Há a proposta em Gestalt-Terapia de que se fale em pensamento diagnóstico processual. O processual se refere à flexibilidade para a compreensão de que o todo pode mudar e, portanto, o diagnóstico também. É fundamental considerar que diagnóstico e terapia caminham juntos. O diagnóstico compreensivo e interventivo permite o terapeuta fluir “do mais puro processo, do vivido da relação, para uma reflexão sobre esse vivido, indo e vindo nesse movimento pendular (...) ele realiza uma compreensão (...) que pode ser constantemente verificada e então confirmada ou reformulada” (p. 28). Compreender o diagnóstico poderá auxiliar o terapeuta em sua sensibilidade, precisão e eficácia para responder, trata-se de um ‘prestar atenção’ ao modo como a pessoa se encontra no processo terapêutico (Ramos, 2018).

A vivência delirante, sendo esta concernente a experiência de psicose, representa um momento que está inserido dentro de uma totalidade da pessoa. É fundamental não perceber a manifestação psicótica como sendo a própria pessoa, uma vez que poderíamos perder as capacidades, potencialidades e a saúde desta. Outrossim, por mais que a condição psicótica herdou a concepção de negativo, déficit e falta, tem a sua finalidade e pode carregar possibilidades que estão ausentes em outros modos de experienciar. O delírio pode ser visto de modo diferente e descolado da ideia de anormalidade, erro ou de conotação moral que busca imbuir o indivíduo a uma norma. Agindo assim, possibilita a significação particular dos fenômenos vividos, viabilizando o sentimento singular e subjetivo daquele que sente (Quinhones & Quinhones, 2018). O indivíduo em condição psicótica pode perder o lugar no social, sendo representado apenas por sua “loucura”. Ressalta-se que a intervenção em Gestalt-Terapia não busca o ajustamento deste à sociedade, mas o auxilia a defender-se das demandas provindas do social, enquanto busca preparar a sociedade para acolher as vivências, manifestações e produções psicóticas como sendo íntegras de cidadania (Oliveira, 2015).

Buarque (2007) sugere o uso da psicose como adjetivo e não substantivo, uma vez que “o que se qualifica como psicótico é um conjunto de situações humanas de grave sofrimento,

fragilidade, desestabilização e riscos de agravamento, cronificação e destruição” (p. 179), e não a pessoa que vivencia a condição psicótica. Ao redirecionarmos o olhar para a condição psicótica, ampliamos o entendimento de que cada indivíduo que vive essa circunstância, a vivencia de modo subjetivo, singular, particular, tanto em relação ao processo do adoecimento, quanto em suas manifestações e condições, o que possibilita também o reconhecimento de que a pessoa não é psicótica, ela está em uma vivência conhecida como psicótica.

Segundo Oliveira (2015), a experiência da psicose está na relação, uma vez que a pessoa para a Gestalt-Terapia é um campo organismo/ambiente e há um ambiente que está compreendido nesse adoecimento. Ao considerar a psicose como excesso de criação sem ajustamento ou uma aniquilação da parte da realidade do que está sendo dado na experiência, questiona-se: ajustamento a qual ambiente? Aniquilação de qual dado de experiência? Para a GT não há dicotomia entre organismo/ambiente, ambos estão em relação estreita formando um campo, sendo assim, considera-se que a vivência psicótica é do campo, havendo uma quebra da unicidade e ruptura do contato organismo/ambiente.

Sendo a psicose uma tentativa de encontrar equilíbrio onde há desordem, a interrupção do contato se relaciona mais com o ambiente do que com o próprio indivíduo. Quando a realidade se apresenta insuportável, o indivíduo rompe, criando uma realidade que seja tolerável para ele. O sofrimento estaria relacionado às tentativas de silenciamento e repressão à vivência psicótica e suas manifestações, assim como, pode estar relacionado à tentativa de lidar com um ambiente difícil para preencher a ausente espontaneidade dos contatos não satisfatórios (Oliveira, 2015).

O delírio, além de ser uma tentativa de ajustamento criativo, possui uma função no aqui-agora, visto que pode ser uma tentativa de reconstrução do mundo, a partir da dificuldade em lidar com uma determinada realidade (Pontes & Calazans, 2017). Além disso, pode empreender também um pedido de auxílio, pois é possível que esteja tentando dizer algo, mesmo que de modo desorganizado, com a finalidade de proporcionar a pessoa em condição delirante a oportunidade de adaptar-se ao que não lhe é fácil. É possível pensar no delírio não como algo totalmente errante, os juízos podem ser errôneos, todavia, podem trazer conteúdos que são constituídos de sentido para o indivíduo quando este é visto integralmente (Freitas, 2003).

O indivíduo utiliza o processo de ajustamento criativo objetivando o arranjo diante de suas necessidades, este pode acontecer de modo funcional ou disfuncional. Podemos compreender o delírio como um sintoma que se direciona à tentativa de ajuste entre os desacordos no organismo/ambiente. Assim sendo, o comportamento psicótico pode ser considerado como um ajustamento criativo, uma vez que busca viabilizar uma estratégia de

vinculação com o real, ainda que não completamente. Quando as demandas se apresentam ao indivíduo além do que ele dispõe de recursos internos e externos, ele busca algo para se sustentar na realidade como ajustamento criativo, o que justifica compreender a vivência psicótica como um ajustamento criador. O ajustamento psicótico é uma maneira criativa do indivíduo responder à falta ou excesso de excitamentos, o que implica na necessidade dele fixar-se em algum dado de realidade, uma forma de buscar equilíbrio para lidar com as demandas e suportar a angústia que estas podem lhe trazer (Quinhones & Quinhones, 2018).

A vivência de uma psicose pode compreender alterações nas coordenadas existenciais, o que implica em conceber a existência de uma estrutura existencial, mesmo em indivíduos bastante afetados pela circunstância. As alterações vividas existencialmente estariam relacionadas à dimensão da temporalidade, tratando-se de uma forma desconexa de atuar na temporalidade entre a retenção (passado), apresentação (presente) e protensão (futuro) (Oliveira, 2015). No que tange a espacialidade, Chamond (2011) aponta que a condição psicótica se relaciona a presunção, no sentido de que o indivíduo olharia para além das suas possibilidades e ficaria perdido, fora do mundo comum compartilhado. É necessário compreender o indivíduo em sofrimento a partir de sua dificuldade de abertura para o mundo e no ausente sentimento de si próprio.

Além disso, na vivência psicótica pode haver também a introjeção, uma vez que a pessoa pode introjetar conteúdos que não necessariamente estão relacionados a ela com o propósito de dar algum significado para si mesma (Galvão, 2008). Assim como, a projeção pode se fazer presente, tendo em consideração que, quando o indivíduo se encontra em um quadro cronicado, esse bloqueio pode corroborar com sentimentos paranoicos e persecutórios. Delacroix (2005, p. 106 citado em Oliveira, 2015) menciona que a introjeção e a confluência – quando o indivíduo se liga aos outros e ao meio sem saber o que é seu e o que é do outro – se combinam no momento em que poderia acontecer o contato, produzindo a substituição deste pelo delírio, o qual é uma forma de projeção do que o indivíduo introjetou. Esse acontecimento ocorre de modo a evitar o conflito com o ambiente, todavia, o desencontro continua existindo. Sendo assim, o episódio psicótico ocorre para preencher a lacuna de contato onde houve quebra ou ruptura.

A subjetividade e a singularidade, a qual é construída na relação, ficam prejudicadas em uma experiência psicótica por conta da confluência e dificuldade de contato com o que surge no campo do indivíduo. À vista disso, a relação terapêutica se orienta pela valorização do que torna a pessoa única e conectada com seu campo, e, pouco a pouco, o indivíduo passa a

desenvolver a capacidade de lidar com o fluxo sempre constante através, também, da desestabilização de representações fixas sobre ele mesmo (Oliveira, 2015).

No que se refere ao acolhimento da pessoa em condição delirante, Oliveira (2015) ressalta a importância de empreender a presença, que é o movimento de voltar-se para o outro, vê-lo como ele é em sua alteridade. Trata-se da capacidade de estar junto, no aqui-agora da relação, em totalidade, o qual é preciso para criar uma confiança de que a pessoa pode se arriscar no ir e vir (no entre) e ainda assim, permanecer protegido. Uma das qualidades da presença é a confirmação, que seria um esforço para voltar-se para o outro e afirmar sua existência. A partir desta, é possível reconhecer o outro como ser humano e aceitá-lo do modo como se apresenta naquele momento.

Em uma condição delirante é comum que a pessoa busque introjetar conteúdos estrangeiros a ela com o propósito de alcançar alguma significação para sua vivência. Sendo assim, a tarefa do terapeuta consiste em investigar, se colocar presente e confirmar profundamente a experiência desta pessoa, é como se o terapeuta dissesse que a pessoa pode experimentar sua desintegração e, mesmo assim, ele poderá confirmar sua existência. A segurança da relação terapêutica pode proporcionar e auxiliar a pessoa a conseguir estabelecer outras formas de se relacionar consigo, com o outro ou ainda com o que emerge do campo (Oliveira, 2015).

Na perspectiva da mesma autora, por meio da confirmação, o que se objetiva também é o desvelar da situação presente, trazendo a totalidade da pessoa para a ação na experiência e para a intencionalidade do contato. Na relação terapêutica há um direcionamento para o acolhimento das angústias e a oferta de um espaço seguro onde a pessoa é permitida a ser. Posto isso, é de referir que a clínica gestáltica também se pauta pelo uso do confronto e frustração, os quais são complementares às atitudes que foram expostas até o momento. O terapeuta, ao praticar a inclusão – entrando no mundo do cliente –, pode se perceber comentando sobre o dilema necessidade/medo que está sendo empreendido, em vez de confrontar o comportamento em si. No entanto, é fundamental que a confrontação seja compreensiva e inclusiva em relação ao indivíduo e sua vivência.

Frazão (2017) menciona que a tarefa do terapeuta é “enxergar o outro. Não se trata simplesmente de vê-lo, nem mesmo de buscar apreendê-lo por meio de uma compreensão fenomenológica, mas, antes disso, de enxergá-lo como humano, acolhê-lo em sua angústia, alteridade e diversidade, bem como em sua singularidade existencial” (p. 25-26). Ao encontrar confiança na relação terapêutica, a pessoa poderá reconhecer, aceitar e expressar sua dor, o que possibilita sua reconciliação com seus aspectos feridos. O acolhimento permite construção de

vínculo. A tarefa da terapia consiste em viabilizar que o indivíduo tome consciência de partes anteriormente alienadas e passe a experimentá-las. Aceitar a experiência como ela é possibilita a dor tornar-se passagem, apropriando da sabedoria ofertada pela experiência e restaurando a abertura, o devir. Yontef (2002) enfatiza que ao tentar entrar em contato com o paciente não objetivando torná-lo diferente, ele é suportado em seu crescimento mediante a identificação com sua própria existência.

O cuidado no sofrimento psíquico grave requer a constante confirmação existencial tanto do terapeuta quanto do cliente; a compreensão do contexto e das questões instauradas; a apreensão dos estados saudáveis e não-saudáveis e a relação com a singularidade do cliente; a noção do compartilhar como forma atuante no processo relacional; a descoberta, junto ao cliente, das possibilidades para enriquecimento das formas de contato e de atualização das relações humanas. O cuidar é um desafio, onde o terapeuta é frequentemente suscitado a rever suas possibilidades e limites, sem invadir ou ser invadido, compreender o outro como ser que busca conhecimento de seus processos, os quais podem transcender o próprio sintoma que ele manifesta, bem como respeitar as escolhas do cliente que são imprevisíveis e carregadas de significados próprios (Fukumitsu et al., 2009).

Ramos (2018) enfatiza que além do cuidado empreendido para com a pessoa em condição delirante, o acolhimento familiar também pode ser necessário e benéfico. O campo inclui a família e as relações nela desenvolvidas. Os familiares podem vivenciar angústias e se sentir confusos quanto às mudanças de comportamento da pessoa. Sendo assim, é necessário ofertar escuta, cuidado e amparo às famílias com o propósito de assegurar o bem-estar psíquico de seus membros, o que poderá influenciar no ajustamento da própria pessoa em vivência delirante. A terapia com a família pode auxiliar na *awareness*, com a finalidade de que compreendam como estão pensando, sentindo e se movimentando. A partir disso, poderão descobrir suas possibilidades futuras ao se conscientizarem de como estão no momento presente, aqui-agora. O autor supracitado afirma que “a família em terapia tem a oportunidade de nomear o que sente e vive” (p. 80).

A maneira de cuidar em Gestalt-Terapia deve estar direcionada pelo senso de devolver, recuperar ou resgatar algo que diz respeito ao indivíduo e que, por algum motivo, foi perdido ou prejudicado. Trata-se de ofertar suporte necessário para que seja possível a pessoa se reconhecer em suas possibilidades e potencialidades, assim como fortalecer seu autossuporte. Como enuncia Ramos et al. (2018), “cuidar é fazer com, não fazer por”.

Considerações finais

O percurso desenvolvido neste trabalho teve como finalidade compreender o delírio pela perspectiva da Gestalt-Terapia. Assim como, houve o propósito de apreender o delírio de um modo descolado da ideia de anormalidade, erro ou conotação moral que confina e enclausura o indivíduo a uma norma. O delírio pode ser considerado uma tentativa de reconstrução de mundo, a partir de uma possível dificuldade em lidar com uma determinada realidade. Assim como, pode empreender um pedido de auxílio, pois é possível que esteja buscando dizer algo, mesmo que de modo “desorganizado”, e assim, possibilitar à pessoa em condição delirante a oportunidade de adaptar-se ao que não lhe é fácil.

Podemos compreender o delírio como uma tentativa de ajuste entre os desacordos presentes no organismo/ambiente, aparecendo para modificar a realidade que, de alguma maneira, está sendo insuportável. Sendo assim, a condição delirante pode ser considerada como ajustamento criativo, visto vez que tem a finalidade de possibilitar uma estratégia de vinculação com o real, ainda que não integralmente. Trata-se de uma maneira criativa do indivíduo responder à falta ou excesso de excitamentos, conectando-se a algum dado de realidade para lidar com as demandas e suportar as angústias que estas podem suscitar.

A Gestalt-Terapia compreende o adoecer como relacional, não pertencendo ao organismo ou ao ambiente de modo individual, o vivido está sempre concernente a uma relação que desenvolvemos e vivenciamos. Posto isso, é necessário compreender o sofrimento do humano em relação ao seu campo e ao social que está inserido, sua comunidade, política, entre outros aspectos que permeiam e influenciam sua condição delirante. Agindo sob esse viés, é possível a significação particular dos fenômenos tal como são vividos, acolhendo e validando o sentimento singular e subjetivo daquele que sente.

A psicopatologia em Gestalt-Terapia é vista através da perspectiva de uma relação psicopatológica, uma vez que considera a dimensão humana em sua intersubjetividade, nas relações que estabelecemos com o organismo/ambiente. A proposta gestaltista visa modificar o enfoque: de uma consideração descritiva dos quadros psicopatológicos, como empreende a psiquiatria tradicional brasileira, para uma visão que abrange a dinâmica complexa que possuem esses fenômenos. Trata-se de um cuidado que busca redirecionar o modo de enxergar e cuidar da pessoa em condição delirante, não considerando que a patologia está aprisionada no indivíduo.

Ao redirecionarmos o olhar para a pessoa e sua vivência delirante, ampliamos o entendimento de que cada indivíduo vive essa circunstância de modo subjetivo e particular, tanto em relação ao processo do adoecimento, quanto em suas manifestações e condições, o que

viabiliza o reconhecimento de que a pessoa não é psicótica, ela está vivendo uma experiência considerada psicótica. Ao enxergarmos a condição delirante como a criação de uma realidade que seja tolerável para a pessoa, podemos compreender o sofrimento como algo que está relacionado às tentativas de repressão e silenciamento à essa vivência e suas manifestações e acolher o indivíduo de modo íntegro, vendo-o como um todo, e não como um “psicótico”, ou como “isso” e “aquilo”. A condição delirante é compreendida como uma maneira que a pessoa encontrou para lidar com situações conscientemente inconciliáveis e como sendo das várias partes do todo que aquela pessoa é, no aqui e agora da experiência.

Para a Gestalt-Terapia todas as vivências são genuínas e devem ser escutadas com atenção e cuidado, o que requer a valorização de qualquer fenômeno que aparecer, uma quebra no fluxo do relato verbal, uma expressão corporal, um sintoma. Na relação terapêutica há o acolhimento e a oferta de um espaço seguro onde a pessoa é permitida a ser e pode se arriscar no ir e vir, no entre, e ainda assim permanecer protegida. Sendo assim, o papel do terapeuta é se colocar presente e confirmar a experiência da pessoa, como se ela pudesse experienciar a desintegração e, ainda assim, ele confirmará a sua existência. A segurança presente na relação entre cliente e terapeuta pode auxiliar o indivíduo a conseguir estabelecer outros modos de se relacionar consigo, com o outro e com o que emerge no campo.

Durante o desenvolvimento do trabalho, percebeu-se a existência de poucos estudos em Gestalt-Terapia relacionados ao delírio, no entanto, afirma-se que essa abordagem pode ser fundamental no cuidado de pessoas que vivenciam condição delirante, uma vez que não busca a reparação ou supressão de qualquer sintoma que escapa a norma imposta pelo social, o que subentenderia uma referência a um estado de normalidade, pelo contrário, atua considerando as potencialidades do indivíduo e a sabedoria orgânica, mesmo em momentos críticos, e valoriza o direito à diferença e à originalidade de cada ser, estando em constante transformação.

Enfatiza-se a necessidade de novas pesquisas que abarquem a complexidade da condição delirante e da vivência psicótica através de perspectivas que acolham o ser humano em sua totalidade e integridade da experiência. Assim como, estudos que avancem na investigação da Gestalt-Terapia no cuidado do sofrimento psíquico, uma vez que aprimorar seu conhecimento e a atuação no contexto da saúde mental é essencial para uma clínica que se propõe a acolher a pessoa e sua condição delirante e/ou de sofrimento de modo sensível, humanizado e consciente. Outrossim, há o reconhecimento de incontáveis outros conceitos, manejos, possíveis intervenções, aprofundamentos e desdobramentos que compõem a visão e o cuidar da Gestalt-Terapia que não foram apresentados nesta pesquisa.

Referências

- Alvim, M. B. (2014). Awareness: experiência e saber da experiência. In: Frazão, L. M.; Fukumitsu, K. O. (Org.). *Gestalt-Terapia: conceitos fundamentais*. São Paulo: Summus.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bastos, O. (1986) Curso sobre delírios: I-IV. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35, 1-4. Recuperado em 15 de março de 2021, de https://www.psiquiatriageral.com.br/psicopatologia/curso_delirio.htm
- Buarque, S. (2007). Psicose. In D'Acri, G., Lima, P., & Orgler, S. (Org.). *Dicionário de gestalt-terapia: "gestaltês"*. (verbete, 177-180). São Paulo: Summus Editorial.
- Cerqueira, G. L. C. (2015). Delirium e delírio. *Psicologia.pt – O Portal dos Psicólogos*. Recuperado em 27 de março de 2021, de <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0931.pdf>
- Carvalho, L. C., & Costa, I. I. (2010). A clínica Gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. *Revista da Abordagem Gestáltica*, XVI(1): 12-18. Recuperado em 03 de abril de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672010000100003&lng=pt&tlng=pt
- Chamond, J. (2011). Fenomenologia e psicopatologia do espaço vivido segundo Ludwig Binswanger: uma introdução. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 3-7. Recuperado em 14 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100002
- Cheniaux, J. E. (2015). *Manual de Psicopatologia* (5a. ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M., Rentería, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Rev Col Bras Cir*, 34, 428-431.
- Correia, D. T. (2014). A evolução conceptual do delírio desde a sua origem até a Modernidade. *PsiLogos*, 12(2), 40-51. <https://doi.org/10.25752/psi.6991>

- Costa, I. I. (2013). Alguns conceitos centrais para a compreensão do sofrimento e da crise psíquica grave. In Costa, I. I. (Org.). *Intervenção precoce e crise psíquica grave: fenomenologia do sofrimento psíquico*. (Cap. 2, pp. 75-112). Curitiba: Editora Juruá.
- Cunha, F. T., Ladeira, R. B., Salgado, J. V., & Nicolato, R. (2008). Folie induite: relato de um caso à margem das classificações atuais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(2), 142-144. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852008000200011>
- Dalgalarrondo, P. (2008). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Dalgalarrondo, P., Dantas, C. R.; Banzato, C. E. M., & Pereira, M. E. C. (2003). Delírio: características psicopatológicas e dimensões comportamentais em amostras clínicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 52(3), 191-199.
- Freitas, J. R. C. B. de. (2016). A relação terapeuta-cliente na abordagem gestáltica. *Revista IGT na Rede*, 13(24), 85-104. Recuperado em 21 de dezembro de 2021, de <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526
- Freitas, P. P. C. (2003). *O papel do delírio: rejeição e construção de uma nova realidade*. [Monografia. Centro Universitário de Brasília]. Recuperado em 14 de abril de 2021, de <https://repositorio.uniceub.br/jspui/bitstream/123456789/2849/2/9907960.pdf>
- Faria, D. L. de. (2015). Análise fenomenológica de minhas projeções delirantes. *Revista de Psicologia da UNESP*, 14(2), 43-53. Recuperado em 24 de março de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442015000200005&lng=pt&tlng=pt
- Frazão, L. M. (2017). Ser ou não ser na contemporaneidade: eis a questão. In: Frazão, L. M. (Org). *Questões do humano na contemporaneidade: olhares gestálticos*. São Paulo: Summus.
- Fukumitsu, K. O., Cavalcante, F., & Borges, M. (2009). O cuidado na saúde e na doença: uma perspectiva gestáltica. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(1), 174-184. Recuperado em 16 de junho de 2021, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844628014>
- Galvão, A. C. (2008). *O contato na psicose: trabalhando e convivendo com pessoas em sofrimento mental* [Monografia de final de curso de especialização em Gestalt-Terapia, Universidade de Brasília].

- Ginger, A., & Ginger, S. (1987). *Gestalt: uma terapia do contato* (5ª ed.). São Paulo: Summus.
- Holanda, A. (1988). Saúde e doença em Gestalt-Terapia: aspectos filosóficos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 15(2), 29-44.
- Jaspers, K. (2000). *Psicopatologia Geral: Vol. 1*. São Paulo: Atheneu.
- Monteiro Júnior, F. A. de B. (2010). Da teoria à terapia: o jeito de ser da gestalt. *Revista Interdisciplinar NOVAFAPI*, 3(1), 49-53. Recuperado em 24 de março de 2021, de <https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/revistainterdisciplinar/v3n1/reflex/refl3-v3n1.pdf>
- Moreira, V. (2010). Possíveis contribuições de Husserl e Heidegger para a clínica fenomenológica. *Psicologia em estudo*, 15(4), 723-731. Recuperado em 23 de julho de 2021, de <https://www.scielo.br/j/pe/a/xYbScCTJrv7hd7RXXksDsrBF/?format=pdf&lang=pt>
- Mourão, R. F., & Goulart, D. M. (2019). O delírio além do sintoma: reflexões a partir da teoria da subjetividade. *Revista Subjetividades*, 19(3): e7391. <http://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i3.e7391>
- Oliveira, M. A. de. (2015). *A experiência das psicoses: Um olhar teórico-clínico da Gestalt-Terapia* [Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília]. <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22015>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perls, F. S. (1977). *Gestalt-terapia explicada*. São Paulo: Summus Editorial.
- Paim, I. (1998). *Curso de psicopatologia* (11ª ed.). São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária.
- Pinto, E. B. (2015). *Elementos para uma Compreensão Diagnóstica em Psicoterapia: O ciclo de contato e os modos de ser* (1ª ed.). São Paulo: Summus.
- Pontes, S., & Calazans, R. (2017). Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico. *Psicologia USP*, 28(1): 108-117. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140101>

- Quinhones, D. G., & Quinhones, P. de V. (2018). Gestalt-Terapia e a clínica dos ajustamentos psicóticos. *Revista IGT na Rede*, 15(29): 190-214. Recuperado em 16 de julho de 2021, de <http://www.igt.psc.br/ojs> ISSN: 1807-2526
- Ramos, T. C. C. (2018). *Acolhimento e cuidado: A Gestalt-Terapia diante do sofrimento psíquico*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Ramos, A. P. C., Costa, F. F., & Gusmão, L. V. N. (2018). A esquizofrenia e o transtorno dissociativo sob o cuidado da Gestalt-Terapia numa Unidade de Saúde Mental. *Revista Saberes / UNIJIPA*, 9(2).
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. Enferm*, 20(2), V-VI. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Rokeah, M. (1964). *Three Christs of Ypsilanti*. NYRB Classics.
- Robine, J. M. (2006). *O self desdobrado: perspectiva de campo em gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Santos Jr., A., & Bassitt, D. P. (2008). Interface entre pensamento obsessivo e delírio: relato de dois casos. *Revista de Psiquiatria – RS*, 30(1), 69-76. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000100014>
- Silva, T. C. D., Baptista, C. S., & Alvim, M. B. (2015). O contato na situação contemporânea: um olhar da clínica da Gestalt-Terapia. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies - XXI*(2): 193-201. Recuperado em 23 de dezembro de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000200008&lng=pt&tlng=pt
- Vosgerau, D. S. A. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, (14)41, 165-189.