

Instituto Carioca de Gestalt-terapia

O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB O OLHAR DA
GESTALT-TERAPIA

Marcus Vinicius Bastos de Macedo

Rio de Janeiro

2015



**O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB O OLHAR DA
GESTALT-TERAPIA**
Monografia

Marcus Vinicius Bastos de Macedo

Pós-Graduação em Gestalt-terapia
Especialização Clínica

Rio de Janeiro
Março/2015

Marcus Vinicius Bastos de Macedo

O TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA SOB O OLHAR DA
GESTALT-TERAPIA

Pós-Graduação em Gestalt-terapia
Especialização Clínica

Aprovada em

Prof^ª. Ma. Teresa Cristina Gomes Waismarck Amorim (Orientadora)

Pof^ª. Dra. Patrícia Albuquerque Lima

Prof. Dr. Guilherme de Carvalho

À minha mãe Maria Celia Bastos de Macedo, pois sem ela, essa caminhada não seria possível. À minha esposa Karin Barreiros Pereira Bandeira e à minha filha Sophia Katherine Santos de Macedo, minhas razões de viver.

AGRADECIMENTOS

À equipe terapêutica da clínica Vista Alegre, que me ensinou que o ápice do tratamento em dependência química se atinge quando o trabalho é feito em conjunto.

“A vida é a consciência das suas próprias necessidades, dos seus próprios sentimentos, de sua auto-sustentação.”(Fritz)

RESUMO

MACEDO, Marcus Vinicius Bastos de. **O tratamento da dependência química sob o olhar da Gestalt-terapia**. Monografia (Pós-Graduação em Gestalt-terapia - Especialização Clínica) – Instituto Carioca de Gestalt-terapia, Rio de Janeiro, 2015.

A Dependência Química é reconhecida como uma doença de caráter progressivo que acomete, sobretudo, o físico e o psíquico do dependente de forma consubstancial. Diante da grande variedade de teorias que tentam explicar e tratar clinicamente a natureza desta patologia, trabalharemos esta temática a partir da teoria da Gestalt-terapia, entendendo primariamente que o uso de drogas está associado à presença de uma personalidade fragmentada no indivíduo drogadicto por lacunas existenciais nunca preenchidas. O objetivo central do trabalho foi articular os conceitos e definições da Dependência Química e sua sintomatologia ao modelo de tratamento psicológico gestáltico. Foram trazidos em foco especialmente as formulações de contato e bloqueios de contato, bem como a relevância do diagnóstico processual no desenrolar do tratamento da drogadicção. A metodologia utilizada foi de pesquisa bibliográfica, no qual se buscou suporte teórico nos autores Jorge Ponciano Ribeiro, Gary M. Yontef, Adelma Pimentel e Lilian Frazão, seguidas de exemplificações decorrentes da minha experiência profissional enquanto gestalt-terapeuta, possibilitando a percepção do quanto a dependência química é capaz de deteriorar a capacidade de contato do ser consigo, com o outro e com o mundo, comprometendo, por conseguinte, o contato com as infinitas possibilidades e potencialidades existentes, pertencentes a qualquer ser humano.

Palavras-chave: Gestalt-terapia. Dependência Química. Contato. Bloqueio de contato. Articulação. Psicoterapia.

ABSTRACT

MACEDO, Marcus Vinicius Bastos de. **O tratamento da dependência química sob o olhar da Gestalt-terapia**. Monografia (Pós-Graduação em Gestalt-terapia - Especialização Clínica) – Instituto Carioca de Gestalt-terapia, Rio de Janeiro, 2015.

The Chemical Dependency is recognized like an illness of progressive character that tackles, especially, the physicist and the psychic of the dependent in a consubstantial way. In front of the big variety of theories that try to explain and treat clinically the nature of this pathology this thematic will be worked from the theory of the Gestalt-therapy, understanding firstly, that the use of drugs is associated to the presence of a fragmented personality in the drug-addict individual by existential lagoons never filled. The main aim of the assignment was to articulate the concepts and definitions of the Chemical Dependency and it's symptoms to the psychological Gestalt treatment. They were brought in focus especially the formulations of contact and blockades of contact, as well as the importance of the procedural diagnostic along the treatment of drug-addiction. The methodology used was a bibliographic investigation, in which theoretical support was researched in the authors Jorge Ponciano Ribeiro, Gary M. Yontef, Adelma Pimentel and Lilian Frazão, followed by exemplification arising from my professional experience as a Gestalt therapist, enabling the perception of how addiction can deteriorate the contact capacity with him/her self, with each other and with the world, compromising therefore contact with endless possibilities and potential belonging to any human being.

Keywords: Gestalt-therapy. Quimical Dependency. Contact. Blocking Contact. Articulation. Psychotherapy.

SUMÁRIO

1_ INTRODUÇÃO

2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS

2.1 CRITÉRIOS DO CID-10 PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

2.2 CRITÉRIOS DO DSM-V PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

2.3 OUTRAS VISÕES DE CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

.....

3 O CONTATO

3.1 O CICLO DO CONTATO

4 A PRÁTICA DA GESTALT-TERAPIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

5 CONCLUSÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 INTRODUÇÃO

O tema da dependência química sempre esteve presente em minha jornada profissional e em parte da minha jornada de vida, sendo atualmente o foco central da minha prática psicoterapêutica. Neste trabalho, ao nos aprofundarmos no universo desta patologia podemos perceber nitidamente a necessidade pela busca incessante de conhecimentos e aperfeiçoamento, seja por estarmos lidando com o complexo universo humano, ou por nos aproximarmos desta questão sociocultural ainda tão permeada por mistérios, controvérsias e polêmicas.

A dependência química, como modelo de doença, influenciou diferentes abordagens de tratamento, desde os anos 70, segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2004), e as suas principais características, de acordo com esses modelos de tratamento, são a perda de controle sobre o consumo da substância usada; o ato de negar que se está tendo problemas com o uso de drogas; o uso continuado, a despeito de consequências negativas; e um padrão de recaída. No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, ao contrário do que se pensa, esse não é um evento novo no repertório humano (TOSCANO JUNIOR, 2001), e sim uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo da época em que vivemos.

Atualmente, drogadição é definida como adicção às drogas, sendo que o termo “adicto” foi inicialmente utilizado no Império Romano para definir o sujeito que se tornava escravo para pagar uma determinada dívida (VALLEUR; MATYSIAK, 2006), e por enfatizar precisamente o caráter de escravização dos indivíduos adictos a uma única solução para escaparem do sofrimento psíquico. Hoje este termo é frequentemente usado para significar o uso compulsivo de drogas, na busca insaciável de preenchimento de um vazio existencial.

Segundo Nakken (1996), o indivíduo que se torna dependente de alguma substância psicoativa é caracterizado pela existência de uma personalidade fragmentada, onde o prazer do uso passa a ser uma necessidade na busca insaciável desse preenchimento existencial, continuamente procurado e nunca encontrado (a não ser no tempo e espaço da droga). Segundo Silveira Filho (1995), para esses indivíduos a droga passa a exercer um papel central nas suas vidas, na medida em que, por meio do prazer, ela preenche lacunas importantes, tornando-se indispensável para o funcionamento psíquico dos mesmos. Não obstante, o uso de drogas pode assumir a tentativa de evitação da dor psíquica, da negação da angústia existencial e da permissividade na busca de um prazer pleno e imediato.

Acreditamos ser de vital importância, que todo o profissional que lida com a problemática da dependência química amplie a sua visão no aspecto de perceber e entender toda a complexidade envolvida. Não lidamos apenas com o sujeito-droga, mas com pessoas de personalidades fragilizadas onde, segundo Birman (1999, p. 228), “a droga surge como um domínio ilusório sobre o desamparo existencial, garantindo que tudo é possível para o sujeito e que não existem obstáculos para isso.”

Deste modo, a dependência química deve ser tratada por um modelo biopsicossocial, que busca integrar as contribuições das metodologias de tratamento para uma teoria unificada, levando o tratamento às diversas áreas do sujeito (psicológicas, sociológicas, culturais e espirituais) (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004), desempenhando um importante papel na causa, curso e resultados do transtorno da dependência química. Portanto, o tratamento da referida patologia necessita envolver o indivíduo, bem como o impacto e as consequências do consumo sobre as várias áreas da vida do mesmo (LEITE, 2000).

No que tange à área psicológica, pacientes dependentes químicos possuem algumas características comumente afetadas, como a hipersensibilidade às suas emoções, nos quais utilizam as drogas como meio de anestesiá-las (NAKKEN, 1996). Através do tratamento adequado, contudo, o indivíduo aprende a lidar com diversas dificuldades emocionais sem ter que consumir drogas.

Este trabalho caracteriza-se como uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa, a partir das contribuições de teóricos e especialistas tanto na área da dependência química, quanto na teoria da Gestalt-terapia, no qual o objetivo foi de correlacioná-los, sobretudo na prática do tratamento da referida problemática.

Estruturamos o presente estudo em três capítulos, além da introdução e da conclusão. Inicialmente, faremos um apanhado geral das diferentes abordagens psicológicas no tratamento da dependência química, bem como abordaremos a evolução do uso de substâncias psicoativas, segundo os critérios de diagnóstico presentes nos manuais psiquiátricos de doenças CID-10 e DSM-V, trazendo a importância do olhar psicológico aliado ao olhar médico no tratamento deste transtorno mental. No segundo capítulo, detalharemos alguns dos conceitos e definições da dependência química, objetivando maior elucidação e clareza acerca da temática, visto que a resposta sobre o que é dependência química ainda é muito complexa, face à existência da grande variedade de teorias que tentam explicar e tratar clinicamente a natureza desta.

No terceiro capítulo, introduziremos alguns conceitos fundamentais da Gestalt-terapia e do funcionamento psíquico, sobretudo o conceito de contato, associando-o às experiências pessoais clínicas de tratamento com dependentes químicos, no qual a qualidade do contato foi substancialmente afetada.

No quarto capítulo, falaremos efetivamente do tratamento da dependência química pautado na teoria da Gestalt-terapia, sobretudo a respeito de como a referida abordagem trata a questão da necessidade da droga, considerando o processo da dependência química como um ajustamento criativo disfuncional. Além disso, trataremos a importância do psicodiagnóstico processual sob a visão gestáltica de diversos autores da área, compreendendo-o como um recurso a mais, facilitador do tratamento, e não determinante ou padronizado, como observamos no modelo de tratamento médico. Pontuaremos ainda as diferenças entre a prática psicológica realizada em instituições e no consultório, além de alguns conceitos chave no tratamento da dependência química, como a síndrome de abstinência, a recaída e os modelos de tratamento grupal e individual, ambos de suma importância no reestabelecimento psíquico do paciente dependente. Assinalaremos também os bloqueios de contato conforme a formulação de Ribeiro (2007a), e como a dependência química é agravada por tais.

Sabendo que a dependência química é uma doença multifatorial, o foco do presente estudo concentrar-se-á nos diversos fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, bem como no aprofundamento dos recursos terapêuticos existentes da abordagem da Gestalt-terapia, pontuando a importância e eficácia desta linha aliada ao tratamento e recuperação de indivíduos drogadictos. Contudo, devemos inteirar a escassez de literatura disponível que se dedique a correlacionar o tratamento e prevenção da dependência química à teoria da Gestalt-terapia, tornando assim, para mim particularmente a elaboração do presente trabalho um grande desafio, porém, intensamente motivadora à minha incessante busca de exploração do referido tema.

2 DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DEFINIÇÕES E CONCEITOS

No tocante à utilização de substâncias psicoativas não existem delimitações claras entre “uso”, “abuso” e “dependência”, todavia podemos definir tais termos de acordo com suas particularidades. Primeiramente, o “uso” caracteriza-se como o consumo de substâncias destinado tanto para fins de experimentação, como para um consumo esporádico; enquanto que o “abuso”, por sua vez é compreendido como o consumo de substâncias obrigatoriamente associado a algum tipo de prejuízo para o sujeito, podendo ser de caráter biológico, psicológico ou social; e por fim, a “dependência”, refere-se ao consumo desprovido de controle da substância, também associado a graves problemas de ordem biológica, psicológica ou social para tal (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

A partir deste esquema interpretativo, podemos apontar para a hipótese de que todos os sujeitos diagnosticados como dependentes químicos teriam passado pela fase de uso, tendo evoluído posteriormente para a fase de abuso e, finalmente acabariam se tornando dependentes. Contudo, é importante ressaltar que nem todas as pessoas que tiveram ou terão contato com alguma substância psicoativa irão se transformar em dependentes químicas.

2.1 CRITÉRIOS DO CID-10 PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1993), a Dependência Química é reconhecida como uma doença, onde a partir do ano de 1954 o Código Internacional de Doenças (CID) passou a classificar o alcoolismo da mesma forma, além das farmacodependências, que também foram adicionadas ao código sobre a mesma denominação, no ano de 1962. Conforme observado, a referida agência de saúde vem sofrendo, com o passar dos anos, constantes modificações em seus paradigmas referentes à visão da dependência química. Como, por exemplo, podemos apontar para um primeiro

momento em que se acreditava que a substância álcool suscitava distúrbios mentais perceptíveis, ou mesmo causava alguma interferência na saúde física e mental do dependente, bem como nas suas relações interpessoais, no funcionamento social ou econômico adequado. Posteriormente, entretanto, foram propostas três subdivisões do alcoolismo, passando-se às classificações de bebedor excessivo episódico, bebedor excessivo habitual ou dependente. Em um terceiro momento, todavia, constituiu-se a chamada “síndrome de dependência de álcool”, que abrange tanto a psicopatologia do usar quanto o conjunto de problemas relacionados a essa dependência, e que acrescenta, além da dependência de álcool, a dependência de drogas. Não obstante, no ano de 1993, foi publicado o Código Internacional de Doenças em sua décima edição (CID-10), que além de dar ênfase à droga em si, também explicita os comportamentos e as consequências decorrentes de seu uso.

Estas categorias são catalogadas no Código Internacional de Doenças (CID-10) e classificadas em Transtornos Mentais e Comportamentais, devido ao uso de substâncias psicoativas (F10 a F19), conforme elencado a seguir:

- F10 – Transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool.
 - F11 – Transtorno mental e comportamental devido ao uso de opiáceos.
 - F12 – Transtorno mental e comportamental devido ao uso de canabinóides.
 - F13 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de sedativos ou hipnóticos.
 - F14 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de cocaína.
 - F15 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de outros estimulantes, inclusive a cafeína.
 - F16 – Transtorno mentais e comportamentais devido ao uso de alucinógenos.
 - F17 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de tabaco.
 - F18 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de solventes voláteis.
 - F19 – Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas.
- (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993¹ apud DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011, p. 94)

Insta destacar que o conceito de dependência, para a ciência médica, é utilizado para designar um agrupamento de sinais e sintomas do uso, e para realizar o seu diagnóstico é preciso seguir alguns critérios apontados tanto pelo CID-10 como pelo DSM-V.

O diagnóstico de dependência deve ser feito se três ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante o ano anterior (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1993 apud DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011, p.93):

¹ WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed, 1993.

1. Um desejo forte ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas.
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa: aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou recuperar-se de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância, ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga: deve-se procurar determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza e extensão do dano.

2.2 CRITÉRIOS DO DSM-V PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

O usuário de substâncias psicoativas pode ter os seguintes diagnósticos (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013 apud FIGLIE; BORDIN; LARAJEIRA, 2015, p. 29)²

:

Padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, ocorrendo durante a qualquer tempo, no período de 12 meses, cuja gravidade dependerá de quantos dos 11 critérios-sintomas (para determinadas substâncias) são atendidos, conforme segue:

- Presença de 2 a 3 sintomas – transtorno leve
 - Presença de 4 a 5 sintomas – transtorno moderado
 - Presença de 6 ou mais sintomas - Transtorno grave
1. A substância é frequentemente consumida em grandes quantidades ou por um período maior do que o pretendido
 2. Há um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para interromper ou controlar o uso
 3. Uma grande parte do tempo é gasta em atividades necessárias para obter a substância, usá-la e recuperar-se de seus efeitos
 4. Presença de fissura ou forte desejo ou urgência em relação ao uso da substância
 5. Uso recorrente da substância, resultando na falha no cumprimento de obrigações importantes no trabalho, na escola ou no lar
 6. Uso contínuo da substância, apesar de problemas interpessoais ou sociais causados ou exacerbados por conta deste uso
 7. Atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais importantes são abandonadas ou reduzidas em função do uso da substância
 8. Uso recorrente da substância em situações onde há prejuízo físico

² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 5. Ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2013.

9. Tolerância, definida por qualquer dos seguintes critérios:
 - A. Desejo por quantidades marcadamente maiores para que a intoxicação se manifeste ou para a obtenção dos efeitos desejados
 - B. Diminuição clara dos efeitos observados ainda que se use a mesma quantidade
10. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos:
 - A. Síndrome de abstinência característica da substância
 - B. A mesma substância(ou outra bastante parecida) é utilizada para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência

Insta ressaltar a inclusão da síndrome de abstinência de maconha e de cafeína entre os transtornos induzidos pelo uso de substâncias.

2.3 OUTRAS VISÕES DE CRITÉRIOS PARA DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

As características para diagnóstico da síndrome de dependência química formuladas para dependência alcoólica, que também podem ser utilizadas para diagnosticar dependência de outras substâncias, estão abaixo relacionadas e em conformidades com os originalmente formulados por Edwards, Marshall e Cook (1999, p. 318).

Estreitamento do repertório – Conforme a dependência avança a pessoa busca o alívio ou a evitação da abstinência com mais uma dose, logo o repertório pessoal torna-se cada vez mais restrito, ficando fixo no padrão de repetição do uso.

Saliência do uso – Com o avanço da dependência, o indivíduo passa a priorizar a manutenção da ingestão da droga. O sujeito passa a centrar sua vida e compromissos em função da existência ou não da droga.

Aumento da tolerância – O sistema nervoso central é capaz de desenvolver tolerância às substâncias. Tolerância é definida como a diminuição da sensibilidade aos efeitos da droga, que ocorre como resultado da prévia exposição a ela.

Sintomas de abstinência – Os sintomas de abstinência resultam de adaptação feitas pelo cérebro à interrupção ou redução do uso das substâncias. As manifestações clínicas da abstinência variam conforme a droga ingerida.

Alívio ou evitação dos sintomas de abstinência pelo aumento do consumo – Adaptação do indivíduo ao aparecimento da síndrome de abstinência, envolvendo comportamentos que a evitem. Seu consumo passa a ser desencadeado com o objetivo de evitar ou aliviar os desagradáveis sintomas de abstinência.

Percepção subjetiva da compulsão para o uso – É a percepção que o indivíduo tem de sua falta de controle sobre o uso da substância.

Reinstalação após a abstinência – É o processo por meio do qual uma síndrome que levou anos para desenvolver pode se reinstalar dentro de 72 horas de ingestão.

Outro ponto relevante é o fato de que a dependência das drogas pode ser considerada concomitantemente doença e sintoma. Ou seja, trata-se de uma doença em virtude de possuir características de síndrome, com origens e manifestações determinadas; e por outro lado, também é tida como um sintoma, ao passo que se detecta que por trás de qualquer compulsão existe uma problemática que a originou (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004). Cabe

ênfatisar também que por ser a dependência de substâncias químicas uma doença de caráter progressivo, que acomete consubstancialmente tanto o físico quanto o psíquico do dependente, requisita, sobretudo profissionais capacitados suficientemente para que consigam compreender e lidar da melhor forma possível com tal problemática.

A partir dos anos 70, após a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecer a dependência química como doença, começaram a surgir diversas abordagens de tratamento específicas para esta patologia, possibilitando diversos modelos de tratamento. Eles começaram a entender a dependência como um transtorno primário, que possui como principais características a perda de controle sobre o consumo da substância associado com o mecanismo de negação por parte da pessoa sobre essa perda de controle; uso continuado, a despeito de consequências negativas; e um padrão de recaída (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

As escolas mais antigas do modelo psicanalítico entendem o comportamento de abuso de substância como uma tentativa de se retornar a estados prazerosos da infância. As teorias psicanalíticas mais contemporâneas veem o abuso de substâncias como uma forma que o indivíduo encontra de se adaptar a seus déficits de autorregulação, emergidos da privação ou de interações disfuncionais na primeira infância. Então o uso compulsivo funcionaria como uma “automedicação” do seu estado de angústia diante da vida (BASTOS; FERREIRA, 2012).

Dentro da visão da interação familiar, a dependência química é uma doença especialmente da família, onde se ênfatisa substancialmente as relações interpessoais do dependente de drogas. A respeito de tal afirmativa, Scivoletto (2001) observou que as famílias de dependentes apresentam severas disfunções principalmente nas áreas de expressão de afetos e de estabelecimento de limites e papéis na estrutura familiar. Tal visão sustenta que a drogadição é decorrente das diversas dificuldades existenciais por quais sofrem os dependentes químicos, como por exemplo, em relação à baixa auto-estima, problemas com a auto-aceitação, dificuldades interpessoais, entre outros. Ressalta-se ainda que estas diferenças existenciais vão se consolidando ao longo da vida do indivíduo, e este, por ser caracteristicamente frágil e incapaz de suportar frustrações acaba recorrendo às drogas. As substâncias psicoativas entram deste modo, com o papel de anestésico da percepção do mesmo para com a realidade; possibilidade de fuga às responsabilidades de enfrentamento de

suas questões e problemas; do seu próprio sofrimento e realidade pessoal (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

Segundo Diehl e Figlie (2014), na abordagem sistêmica familiar tem-se o pressuposto que o indivíduo, apesar da evolução da dependência química, não consegue isolar-se do seu contexto sociofamiliar, onde sempre permanece conectado e em interação com seus familiares. Destaca-se que o núcleo familiar é o lugar onde as expectativas são construídas, transformadas ou reproduzidas, dependendo diretamente da qualidade das interações que ali se estabelecem.

Um problema ainda presente na prática do tratamento de pacientes dependentes químicos é concernente ao fato de que ainda é possível encontrar profissionais (médicos, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, etc.) que se portam aos usuários de álcool ou drogas de forma errônea, imbuídos de ideias ou atitudes preconceituosas. Como por exemplo, alguns pacientes são designados por tais profissionais como “bêbados”, “fracos”, “desavergonhados”, etc., e frente a tal conjuntura faz-se necessário evitar a utilização de palavras como “vício”, “viciado”, “drogado”, devido ao sentido pejorativo que possuem (VELOSO; CARVALHO; SANTIAGO, 2004).

Deste modo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem empregado com diligência a utilização do termo *dependência* no lugar de *vício*, pela conotação moralista deste segundo termo, salientando assim, a progressão e o caráter de síndrome.

É importante mostrar que não é pelo uso de drogas explícito que se denomina a doença. O ato da utilização das substâncias psicoativas apresenta-se como sintoma de um transtorno de personalidade dependente, impulsivo ou anti-social. Além disso, o uso de drogas possui diversas origens, inclusive de caráter orgânico, e o que mantém a compulsão do dependente químico é uma determinada disfunção psicológica, esta caracterizada e classificada como a doença da dependência química (NAKKEN, 1996).

Concernente ao aspecto psicológico na dependência química, partiremos no seguinte capítulo para o aprofundamento do funcionamento psíquico e emocional do indivíduo drogadicto, a partir de conceitos fundamentais da Teoria da Gestalt-terapia.

3 O CONTATO

A Gestalt-terapia é definida como uma terapia de contato, no qual o contato faz-se presente a todo momento durante o processo terapêutico, bem como deve ser inerente ao terapeuta gestáltico que, vale lembrar, é o seu próprio instrumento de trabalho. Podemos dizer que o contato tem a ver com o “relacionar-se”, o encontro consigo mesmo e com outro, sem perder a perspectiva do mundo a sua volta. Contudo, antes de haver o contato com o outro, a pessoa precisa estar presente com ela própria. Segundo Ribeiro (2006), entrar em contato com você e com o outro se dá através do sentir, do pensar, do fazer, do falar, sendo tais processos complexas redes de contato interno, e se há desarmonia entre esses sistemas, por conseguinte é provocado o desequilíbrio, gerando doenças. Por ser um processo no encontro com o outro e no outro, temos uma via de mão dupla, de duas partes e nunca só de uma. A intensidade e a duração do contato se dá no sentido que a pessoa dá à realidade fora dela, no aqui e agora, buscando transcender as partes da totalidade do sujeito e a totalidade em si.

Conforme aponta Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 44), “todo contato é criativo e dinâmico”, haja visto que para enfrentar o novo não pode ser estereotipado ou conservador, e sim aberto às possibilidades, promovendo transformação. Além disso, vale ressaltar que o contato não pode aceitar este novo passivamente ou simplesmente se ajustar a ele, pois só

ocorrerá de forma plena através da assimilação, como resposta consciente no campo. “Todo contato é ajustamento criativo do organismo e ambiente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 45).

Alguns autores da abordagem da Gestalt-terapia dirigem-se ao termo “contato”, referenciando-o como ciclo ou círculo, e o abordam de formas diferentes. Concernente a tal fato, temos:

Todos os autores apresentam o “ciclo” ou “círculo” do contato de maneira diferente. Uns apresentam apenas os passos e seus bloqueios ou interrupções correspondentes, e ambos os modelos variam tanto em número de mecanismos de bloqueio quanto no que se poderia chamar de processo de consciência ou de saúde. (RIBEIRO, 2007b, p. 42)

Vale destacar algumas das principais denominações históricas de ciclo de contato, utilizadas por diversos autores, não tendo, portanto, uma única definição para o tema (RIBEIRO, 2007b, p. 43):

[...] como Petruska Clarkson (1989) que utilizava “ciclo de formação e destruição de Gestalt”, ou de “ciclo da Saúde”; Zinker (1979) como “ciclo consciência-excitação-contato”; Gile Deslile (1999) como “ciclo de experiência”; Serge e Anne Ginger (1995) como “ciclo do contato”; Ribeiro (1995) como “ciclo dos fatores de cura e bloqueios de contato” e Ribeiro (1997) como “ciclos do contato e fatores de cura.”³

Ribeiro (1997) menciona que o ciclo é concebido como um sistema self-eu-mundo, onde permite ler a realidade a partir dele, bem como entender o processo pelo qual este sistema foi se estruturando ao longo do tempo. O ciclo revela ainda um processo de relacionamento entre o self, o eu e o mundo, partindo de um processo mais primitivo - fixação/fluidez, para uma forma mais complexa de estar no mundo - confluência/retirada.

Para Serge e Anne Ginger (1995), o homem está inserido em um processo denominado de ciclo de contato-retração. Este também é conhecido por *ciclo de satisfação das necessidades*, *ciclo de autorregulação organísmica* ou *ciclo da Gestalt*, dentre outros. É nesse ciclo que o homem satisfaz suas necessidades dominantes e dá lugar às outras, por meio de uma hierarquia de necessidades, sendo também o local onde ocorre a formação e posterior

³ CLARKSON, P. **Gestalt counseling in action**. Londres: Sage, 1989. / GINGER, S.; GINGER, A. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995. / RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato**. Brasília: Ser, 1995. / RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. São Paulo: Summus, 1997. / ZINKER, J. **El proceso creativo en la terapia gestáltica**. Buenos Aires: Paidós, 1979.

dissolução de “Gestaltens” e, depois, a recuperação da homeostase pelo organismo. Pode ser subdividido em etapas, as quais são necessárias para localização de possíveis perturbações. São elas o pré-contato, o contato, o contato pleno e o pós-contato.

O pré-contato é a primeira fase do ciclo na qual predominam as sensações e percepções. A figura de interesse do indivíduo será gerada a partir do estímulo do meio. A segunda etapa do ciclo é a fase ativa dele, o contato. É nesta etapa que o organismo enfrenta o meio e que o objeto desejado se tornará figura, tornando-se fundo a excitação anterior presente no corpo. O contato pleno é a terceira fase do ciclo de contato-retração na qual ocorre a abertura da fronteira de contato. Existe aí uma troca saudável, na qual organismo e meio são indiferenciados. A ação é unificada no aqui e agora. O pós-contato ou retração é a fase final do ciclo de contato-retração. Nessa fase ocorre a assimilação/digestão das experiências que as fazem sair do aqui e agora e irem para a dimensão histórica pertencente a cada um de nós. Esse movimento favorece o crescimento do indivíduo. Ocorre assim o fechamento da Gestalt e o sujeito fica então disponível para outra ação (GINGER; GINGER, 1995).

Em minha experiência com casos de dependência química foi possível perceber que o contato debilita-se até findar-se. A pessoa deixa de ser um ser de relação para viver a necessidade da substância psicoativa por mais uma dose. Na interrupção do contato, portanto, é criado um caos, onde se observa a perda da possibilidade do movimento e dos limites na vida, e conseqüentemente a perda da própria identidade da pessoa. Se pensarmos em uma relação humanista, é através do contato com outra pessoa que ocorre o reencontro consigo mesmo (RIBEIRO, 1994), todavia, na dependência química a pessoa perde o sabor de ser ela mesma. O adoecimento vira uma realidade, pois se perde o contato das fronteiras consigo e com o meio, excluindo a noção e a percepção de limites, perdendo assim a proteção. A dependência química mina claramente a capacidade relacional do ser, não só comprometendo a capacidade de contato consigo e com o mundo, mas também, deteriorando o contato com as infinitas possibilidades e potencialidades existentes, pertencentes a qualquer ser humano.

Para Perls (1997, p. 101), “a compulsão neurótica à repetição é sinal de que uma situação inacabada no passado ainda está inacabada no presente”. Todas as vezes que uma tensão suficiente se acumula no organismo para tornar a tarefa dominante, tenta-se novamente encontrar uma solução. Na perspectiva da dependência química, o indivíduo poderá encontrar na próxima dose a solução da sua tensão física, mental e emocional e interrompe o contato

com o outro. Desta forma, o uso da substância pode se tornar para a pessoa dependente uma necessidade tão básica quanto comer sacia a fome e beber sacia a sede.

A tensão incompleta assume o posto de figura primordial e há a necessidade de que ela seja completada, e no não fechamento deste processo, o organismo repete a atitude fixada, não ocorrendo o crescimento pela assimilação do novo. Quanto mais o organismo repete uma atitude fixa, mais difícil fica para satisfazer uma necessidade, e tampouco fechar uma *gestalt*, perpetuando assim o ciclo neurótico (PERLS, 1997). Pensando no quadro de dependência química, quando o indivíduo encontra-se sob efeito daquela dose, ele está temporariamente preenchido pela sensação de satisfação da necessidade que a droga lhe causa. Contudo, quando o efeito passa tem-se o contato real com a necessidade, que é física, emocional e psicológica. O dependente químico, por sua vez fixa-se na utilização da droga como um aliado temporário de bem estar e sensação de saciedade. E, posteriormente, outro momento de sensação de vazio e dor, pela falta da mesma.

3.1 O CICLO DO CONTATO

Ciclo do contato é um modelo organizado por vários autores que se propõem a explicar didaticamente o jeito como as pessoas fazem contato, produzindo, vivendo, se expressando e bolqueando sua relação com o outro (RIBEIRO, 2006, p.87).

A Gestalt-terapia considera o termo *self* como o centro da concepção fenomenológica da constituição da personalidade, no qual este é definido como um sistema de contatos, onde através das suas funções: id, ego e personalidade, processa relação de contato da pessoa com o mundo. Em alusão à dependência química temos que o que se evidencia é a inabilidade de fazer e manter o contato consigo e com o mundo, interrompendo-o assim até o seu corte completo.

Ribeiro (2007a, p. 16) define *self* como:

É uma dentre as muitas propriedades da personalidade. Ele é, ao mesmo tempo, dependendo de qual ângulo se quer observá-lo, um processo estruturante do contato ou uma estrutura processual que se expressa pelo movimento que regula o pensar, o sentir, o fazer e o falar humano.

Embora o contato e *self* estejam intrinsecamente relacionados no que se refere ao comportamento humano, o contato é mais amplo que o *self*, pois as coisas só existem se primeiro se estabelecer o contato, ou seja, neste é que a vida acontece e se expressa. A

gestalt-terapia gira, portanto, em torno do acontecimento do contato da pessoa consigo próprio e com o mundo a sua volta (RIBEIRO, 2007a).

Em referência à dependência química, quando há a perda de contato de si e do mundo, acontece o adoecimento, pois a pessoa fica fixada no uso, sem conseguir fechar o ciclo e se abrir para mudanças. Para Silveira (2007, p. 60), a mudança é a consequência inevitável do contato, por meio do qual ocorre a assimilação do que é nutritivo e a rejeição do que é nocivo. O dependente perde então a capacidade de ressignificar e de se totalizar no mundo. Por meio da necessidade de mais uma dose, a doença instala-se por uma perspectiva de perda da totalidade orgânica, pois o corpo cria uma necessidade nunca satisfeita. Assim, a dependência química deve ser vista no campo relacional, não somente no sintoma de compulsão de uso, mas sobretudo, ao observar a pessoa adoecida à mercê da obsessão e compulsão, onde por trás do sintoma que é figura, existe um fundo que é a pessoa e seus problemas existenciais. A compulsão pode ser entendida como uma tentativa do organismo de se autorregular, uma resistência ao contato pleno, no qual através da tensão neurótica da compulsão à repetição podemos chegar na totalidade do dependente, ou seja, um ser fragmentado, imaturo psicologicamente, incapaz de satisfazer plenamente suas necessidades mais básicas. (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997)

Para Ribeiro (2007a), o *self* está no centro do ciclo do contato, sendo o contato a função e o alimento permanente do *self*, desta forma, um justificando a existência do outro. O ciclo funcionaria como um sistema *self-eu-mundo*, permitindo ler a realidade através dele, bem como entender o processo ao longo do tempo, no qual apresenta nove bloqueios, cada um correspondendo a um mecanismo de saúde, respectivamente: fixação/fluidez, dessensibilização/sensação, deflexão/consciência, introjeção/mobilização, projeção/ação, proflexão/interação, retroflexão/contato final, egotismo/satisfação e confluência/retirada.

No tocante aos referidos bloqueios de contato, e na forma em que são evidenciados nos casos de dependência química, podemos citar inicialmente o bloqueio da *fixação*, isto é, o apego inflexível sobre ideias, pessoas ou coisas, evitando qualquer forma nova ou diferente de perceber as situações da vida. A pessoa permanece enrijecida diante das coisas, sobretudo às emoções, experienciando intenso medo de correr riscos. É como se tivesse interrompido o seu “existir” (RIBEIRO, 2007a) Na dependência química percebemos que o sujeito perde o poder de se localizar no tempo e no espaço, fixado na compulsão de mais uma dose, deixando de se

renovar impedindo a espontaneidade, comprometendo assim a sua vontade de criar e recriar a própria vida.

Na *dessensibilização* temos a frieza perante o contato, com severa dificuldade de se estimular. Deste modo há uma diminuição sensorial do corpo, e naturalmente pouco interesse por situações novas e mais intensas. A pessoa vivencia a dúvida do “existir” (RIBEIRO, 2007a). No indivíduo dependente químico observamos que, durante o abuso da droga, a pessoa torna-se “viciada” em entorpecer os seus sentimentos, colocando-se assim em um estado de frieza emocional, perdendo o contato com os sinais que o corpo manda e produz, ignorando a capacidade de sentir e procurar novos estímulos.

Na *deflexão*, ocorre o não reconhecimento do contato com o outro, como se ambos não “existissem”. Temos a evitação do contato por todos os sentidos, e a energia na relação com o outro é desperdiçada. Geralmente pessoas deflexivas se sentem apagadas, incompreendidas, pouco valorizadas, afirmando que nada dá certo em sua vida (RIBEIRO, 2007a). Quando a pessoa torna-se dependente química, ela começa a ter muitos problemas relacionados ao uso/abuso da substância e, por conseguinte passa a se sentir frequentemente desvalorizada. Nitidamente constatamos no trabalho junto a dependentes químicos que estes chegam à perda da capacidade de estar *aware*, consciente do seu processo, onde o que ocorre à sua volta não é percebido, fazendo com que também deixe de se perceber se relacionando de forma recíproca com pessoas e coisas.

Outro bloqueio refere-se à absorção de opiniões arbitrárias, normas e valores de outros. Estamos nos referindo à *introjeção*, a defesa pelos próprios direitos dá lugar à crença de que os outros sabem melhor o que é bom para a pessoa do que ela mesma. É uma tentativa de se evitar um conflito. Embora exista a vontade de mudança, esta é rejeitada, em prol de se evitar a própria agressividade ou a agressividade alheia. É como se o outro “existisse”, eu não (RIBEIRO, 2007a). Por estar dependente da droga, o indivíduo começa a introjetar pensamentos, valores e crenças relacionadas à importância do uso para si, bloqueando o contato consigo mesmo e afastando-se cada vez mais da possibilidade de mudança. Geralmente tal bloqueio emerge quando o dependente não consegue exigir seus direitos, separar as suas coisas das dos outros, mudar sua rotina adoecida, colocar seus sentimentos reais para o mundo, sem ter medo de ser diferente.

Na *projeção*, existe a dificuldade de identificação do que é próprio da pessoa, e ao invés disso, suas características negativas, suas responsabilidades pelo seu fracasso, são

atribuídas a outros. Constantemente vivencia desconfiança perante o meio, achando sempre que as coisas e pessoas estão contra ela. É como se ela “existisse”, e o outro fosse por ela criado. Pessoas projetoras pensam muito antes de agir, já que se sentem ameaçadas pelo mundo e pelos outros. Possuem extrema dificuldade em assumir as responsabilidades pelo que faz, gostando que os outros façam no seu lugar (RIBEIRO, 2007a). Na dependência química observamos que o indivíduo perde substancialmente a capacidade de confiar nos outros, e quase sempre deixa de assumir responsabilidades, transferindo-as para as pessoas mais próximas.

Na *proflexão*, a pessoa tem necessidade de se relacionar de forma a manipular o outro, para fins de receber deste aquilo que precisa. Neste caso, é como se a pessoa “existisse” no outro, onde propositalmente faz o que as pessoas gostam, submete-se passivamente nas relações, esperando sempre receber o mesmo. É uma tentativa de controlar o outro, para que ele seja tal como ela deseja. Na verdade o proflexor possui grande dificuldade de se reconhecer como fonte da própria nutrição, e lamenta quando não tem o contato com o mundo externo e quando o outro tem dificuldade de satisfazer as suas necessidades e expectativas (RIBEIRO, 2007a). Na dependência química percebemos tal bloqueio quando o indivíduo tem intensa dificuldade de se aproximar do outro, e quando o faz, é sempre vislumbrando algo em troca, que favoreça a sua dependência. Deixa, assim de agir de igual para igual, sem dar simplesmente pelo prazer de dar, negando as necessidades do outro e, quando as tenta reconhecer, espera retribuição.

Na *retroflexão* diz respeito à severa dificuldade de se dirigir ao objeto real a energia correspondente. Na tentativa de ser como pensa que os outros desejam que ela seja, ou ser tal como os outros são, a pessoa retorna para si mesma a energia que deveria ser canalizada para outrem. É como se o outro “existisse” em mim. Por consequência, ocorre o frequente arrependimento dos seus atos, visto que se considera inadequada nas coisas que faz e tem necessidade de refazê-las várias vezes, evitando posterior sentimento de culpa. Busca estar sempre ocupada, mas julga ser melhor não contar com a ajuda dos outros, fazendo as coisas sozinha, para evitar se ferir ou ser ferida. Tem a sensação que é inimiga de si mesma (RIBEIRO, 2007a). Na dependência química o indivíduo retrofletido deixa de sentir a si mesmo como sua própria fonte de prazer, e no tocante ao contato com as pessoas, ele o faz de maneira indireta, a se esquivar, deixando de usar a sua energia para usufruir com os outros o prazer do momento.

No *egotismo* é um processo no qual a pessoa coloca-se sempre como o centro das coisas, onde ela “existe”, os outros não. Desta forma exerce manipulação e controle excessivo no mundo fora de si, pensando em todas as possibilidades possíveis para prevenir futuros fracassos, sempre, claro, impondo a sua vontade e desejo. Não é capaz de prestar atenção ao meio, além de ter muita dificuldade em dar e receber (RIBEIRO, 2007a). Na dependência química podemos notar claramente que o usuário deixa de ver que o mundo é composto de pessoas, que o outro pode ser fonte de contato nutritivo, e o prazer deixa de girar em torno das pessoas para girar em cima da substância. O dependente deixa de pensar em possibilidades em comum com o outro, não admitindo que o mundo fora dele pode ser fonte de prazer.

No último bloqueio, temos a *confluência*, em que a “existência” está pautada sobre o “nós”. Há uma ligação tão forte ao outro, que a pessoa deixa de diferenciar o que é seu e o que não lhe pertence. A diminuição das diferenças faz com que se sinta melhor, e embora com sofrimento, acaba acatando valores que não lhe são coerentes. O confluente gosta de agradar aos outros, mesmo sem ter sido solicitado (RIBEIRO, 2007a). Na dependência química, vemos que o indivíduo ao confluir deixa de sair das coisas no momento em que sente que deve sair, apegando-se fortemente, e perde a capacidade de perceber o que é seu e o que é dos outros, vivendo em função de dependência com seus familiares, processo denominado de codependência.

A codependência pode definir-se como sendo dependência afetiva, havendo também quem lhe chame “droga de amor” e “intoxicação psicológica”, entre outras denominações. Para o codependente, a sua droga de escolha reside, efetivamente, nas pessoas. É alguém que abandona resolutamente as suas próprias necessidades para assumir como tarefa/missão a supressão das necessidades dos outros. Geralmente manifestam uma dedicação absoluta, que terá de ser correspondida pelo(a) amado(a) e, o amor é obsessivo (muitas vezes sem intimidade) e a mudança é encarada como um risco, razão pela qual suportam indefinidamente uma relação problemática e, muitas vezes, caótica e simbiótica (HEMFELT; MINIRTH; MEIER, 1989).

Na minha experiência clínica pude constatar que a codependência ocorre geralmente com parentes, que se ligam fortemente, sobretudo emocionalmente à pessoa com grave dependência física e/ou psicológica de uma substância (como álcool ou drogas ilícitas) ou com um comportamento problemático e destrutivo (como jogo patológico ou um transtorno de personalidade). Pude observar ainda que a principal característica da pessoa

que sofre do transtorno da codependência é acreditar veementemente que sua felicidade depende desta outra pessoa a quem tenta ajudar. Tal fato leva ao aumento progressivo da dependência emocional da pessoa problemática, envolvendo condutas excessivamente permissivas, sendo tolerante e compreensivo com os abusos do outro sobre si mesmo, além de excessivamente controlador, perfeccionista e autoritário. É comum, desta forma que o codependente coloque as necessidades do outro acima de suas próprias, podendo desenvolver duplo vínculo. (HEMFELT; MINIRTH; MEIER, 1989).

4 A PRÁTICA DA GESTALT-TERAPIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Para iniciarmos um capítulo referente ao tratamento psicológico sob a visão da Gestalt-Terapia, devemos começar abordando o conceito de diagnóstico. Segundo Yontef (1998), diagnóstico tem origem em duas palavras gregas: “*saber*” e “*por meio de ou entre*”,

que concerne a distinguir ou discriminar. Ao nos indagarmos acerca da importância do diagnóstico no tratamento da dependência química nos deparamos com o fato do diagnóstico ser, no meio da gestalt-terapia, questionado por promover o afastamento do relacionamento dialógico humanístico, base do encontro terapeuta-cliente. Contudo, segundo o Yontef (1998) o diagnóstico pode, por sua vez, auxiliar a terapia humanística, facilitando a compreensão e a autoexperiência, melhorando a eficácia da terapia.

Dentro do processo de diagnóstico, não podemos deixar de mencionar o conceito de padronização que, conforme destaca Pimentel (2003, p. 57-58):

Padronização é, portanto, uma atividade estruturada que visa identificar no movimento cotidiano do paciente os sinais que podem apontar para a estrutura de hábitos, valores e comportamentos comumente usada para relacionar-se consigo próprio, com os outros e com o mundo.

Nesta mesma linha de raciocínio, Fagan e Shepherd (1980) utilizavam a mesma expressão de padronização para fugir das comparações com o modelo médico, tendo em vista que as críticas feitas ao diagnóstico convencional tinham a ver com o fato de que estavam sendo considerados apenas os critérios diagnósticos, cuja função é verificar o que há de comum entre os homens, e para isso, agrupa, nomeia e classifica tudo o que diz respeito à perda dos mecanismos normais de funcionamento, citando como exemplos o CID, o DSM etc. Os autores consideram também que a padronização é efetuada no “próprio processo terapêutico, em vez de ser obtida através do registro histórico ou entrevistas” (FAGAN; SHEPHERD, 1980).

Conforme assinala Frazão (1996), toda classificação tem a função de verificar aquilo que é comum, e no caso dos critérios diagnósticos verificam-se as características comuns à perda dos mecanismos normais de funcionamento. Contudo, no trabalho terapêutico é preciso ver o homem tanto em suas características comuns, quanto em suas características individuais, tornando o diagnóstico restrito à comunalidade (o que há de comum entre os homens), passando a faltar a singularidade (o que há de diferente, próprio, singular em cada homem). Deste modo, embora haja características em comum com outros, cada ser humano é único.

É imprescindível destacar que Fagan e Shepherd (1980) mostravam-se inclinados em distinguir o psicodiagnóstico formal do informal, pois assim o psicólogo não entra na relação terapêutica como autor principal, na cena do diagnóstico, negligenciando a relação dialógica

Eu-Tu. O termo padronização, utilizado por estes, atribui ao profissional a responsabilidade de contato com o paciente, a compreensão da interação dos acontecimentos e sistemas que formaram o padrão de sintomas, bem como encontra o ponto principal do problema, para assim intervir e fazer a avaliação da intervenção (FAGAN; SHEPHERD, 1980). Contribuem os autores, desta forma, no desenvolver de uma técnica diagnóstica distinta dos modelos convencionais, que possibilita a gestalt-terapia realizar a intervenção psicoterápica.

Como ressalta Yontef (1998), a importância do psicodiagnóstico e das suas possibilidades dá-se, sobretudo, no que tange à informação entre os profissionais, aumentando assim a compreensão estrutural da personalidade do paciente e, ao ser efetuado um planejamento cuidadoso da intervenção, levamos também em consideração o contato do paciente com a sua experiência.

Diagnosticar pode ser um processo de prestar atenção, respeitosamente, a quem a pessoa é, tanto como um indivíduo único como no que diz respeito às características compartilhadas com outros indivíduos. Categorização, avaliação e diagnóstico são partes indispensáveis do processo de avaliação e todo terapeuta competente o faz. Fazemos discriminações a respeito de padrões gerais, sobre que tipo de pessoa o paciente é, qual o problema central e os principais recursos, a trajetória provável do tratamento, que abordagens têm maior probabilidade de funcionar, os sinais de perigo (YONTEF, 1998, p. 278- 279).

Abordando agora a patologia da dependência química, é de suma importância evidenciarmos um dos seus fenômenos mais comuns entre a maioria dos pacientes - o conceito de recaída. Este conceito é definido por alguns teóricos como um retorno aos sintomas, após um período de remissão, ou por outros, como qualquer retomada aos pensamentos e comportamentos disfuncionais (ex. pensamentos de usar a substância e a hábitos da época do uso, como continuar mentindo para as pessoas). Outros autores utilizam o conceito de recaída como um processo dinâmico, que acaba resultando no retorno aos padrões anteriores de comportamentos-problema, incluindo uma série de variáveis que podem ser observadas por meio de frequência e intensidade de pensamentos, afetos e comportamentos (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Deste modo, o gestalt-terapeuta poderá usar ferramentas diagnósticas com objetivo de procurar o significado das figuras que emergem, auxiliando a identificação do padrão existencial do paciente e levando em consideração todo movimento singular individual. Além disso, surge ainda a possibilidade de realizar diagnósticos diferenciais e, como medida, caso

se faça necessário, a necessidade de alteração de conduta terapêutica aplicada (PIMENTEL, 2003).

O processo de diagnóstico na gestalt-terapia busca o significado da relação entre figura e fundo, e um estudo fenomenológico do processo figura e fundo de uma pessoa gera uma melhor compreensão da organização da sua personalidade (YONTEF, 1998). Todavia, cabe destacar que o diagnóstico não deve estar presente somente no princípio da relação com o cliente, e sim acompanhar todo o processo terapêutico, trazendo à tona a percepção sobre “o que está acontecendo? E a serviço do que isto está acontecendo? (qual a função?)” (FRAZÃO, 1996, p. 29). Portanto, o objetivo do diagnóstico é compreender o que se passa com este indivíduo único, a fim de discriminar a melhor forma de possibilitar que a Gestalt inacabada se complete.

Frazaio (1996) propõe que, uma vez que o diagnóstico deve acompanhar o processo terapêutico, devemos abordar o **pensamento diagnóstico processual**. Segundo a mesma, descrito da seguinte forma:

***Pensamento**, porque me refiro à reflexão do terapeuta, que o ajuda a compreender o que se passa com o cliente. **Diagnóstico**, porque se trata de um conhecimento que ocorre a partir da relação com o cliente e que visa discernir/discriminar o que se passa com este cliente. **Processual**, porque deve acompanhar o processo terapêutico e, tanto quanto este, estar constantemente mudando e se reconfigurando, pois, à medida que nos relacionamos com nosso cliente vamos ampliando cada vez mais nosso conhecimento, o que nos possibilita uma compreensão cada vez maior. Pensar em termos de processo implica levar em consideração o crescimento do cliente, suas mudanças ao longo do tempo e na sua relação consigo e com o outro, as de seu mundo intra e inter-pessoal. (FRAZÃO, 1996, p. 29, grifo do autor)*

Para abordarmos agora os **sintomas**, devemos lembrar o conceito de normalidade em gestalt-terapia, que concerne ao ajustamento criativo, mais especificamente à capacidade do organismo interagir ativamente com o meio, possibilitando a satisfação de suas necessidades. Porém, como nem sempre o meio pode atender às necessidades, ocorre um ajustamento criativo para se manter o equilíbrio, no qual a pessoa modifica sua necessidade, a fim de que possa ser suprida (FRAZÃO, 1996). Tal ajuste é crucial para a sobrevivência psíquica do indivíduo num determinado momento, mas se este se mantém acaba se tornando disfuncional. Podemos observar tal fato no fenômeno da dependência química, quando a necessidade da droga torna-se um ajustamento criativo disfuncional e cristalizado, uma vez que o organismo busca incessantemente se vincular a substância dependente.

De acordo com a visão gestáltica de homem único e singular, é impensável tratar a questão do diagnóstico por um caminho linear e padronizado com todos os clientes. Além disso, devemos ressaltar que, embora os critérios diagnósticos sejam bastante úteis, devem ser inter-relacionados com toda a complexidade que compõe o processo terapêutico, possibilitando-nos somente de ter uma ideia da organização psíquica do cliente. Pensamos que por um lado essa crítica é pertinente, pois o que nos interessa é compreender o ser humano tanto em suas características comuns quanto em suas características individuais. Sem falar que faltam aos critérios diagnósticos uma descrição e uma compreensão mais aprimorada da organização psíquica de cada pessoa em sua singularidade existencial.

Diante de tal conjuntura, paramos para nos questionar o que de fato constitui um diagnóstico? “O diagnóstico pode ser um processo de prestar atenção, respeitosamente, a quem a pessoa é, tanto como indivíduo único como no que diz respeito às características compartilhadas com outros indivíduos” (YONTEF, 1998, p. 278). Para Augras (1986), o diagnóstico significa identificar e explicitar o modo de existência do sujeito no seu relacionamento com o ambiente em determinado momento.

Face ao exposto, devemos enfatizar que o diagnóstico é apenas uma indicação do caminho a ser seguido, e que é de suma importância que estejamos em constante questionamento sobre o que está acontecendo e para que está acontecendo. Tratando-se de um processo, implica levar em consideração, portanto, o crescimento do cliente e sua mudança ao longo do tempo.

Nessa perspectiva, diagnosticar requer de nós uma atitude mais compreensiva do que explicativa ou interpretativa, onde não se restringe a detectar que “doença” a pessoa tem, e, sim, busca compreender “em que ponto da existência essa pessoa se encontra e que feixe de significados ela constrói em si e no mundo” (AUGRAS, 1986, p. 12).

O importante para nós é saber, no tocante à dependência química, em que momento existencial o cliente encontra-se, como está lidando com este momento, que aspectos de sua subjetividade podem estar cristalizados, causando-lhe sofrimento e quais as possibilidades de expansão e criação, buscando compreender o sistema total de cada cliente.

Vale destacar a importância do pensamento diagnóstico na Gestalt-terapia por ser este uma ferramenta a mais que possibilita ao terapeuta buscar novas formas de lidar com suas cristalizações, bloqueios, com vistas a superá-los, para que ele possa seguir seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Enfim, podemos compreender que o pensamento diagnóstico processual faz sentido para nossa prática clínica, porque implica em falar do crescimento do cliente, da sua relação consigo, com o outro e com o mundo. Significa abertura, pois solicita uma constante reconfiguração do pensamento diagnóstico que dê conta de acompanhar a beleza do processo de transformação do cliente.

Deste modo, podemos definir a prática clínica ou abordagem clínica:

Psicoterapia é o tratamento, por meios psicológicos, de problemas de natureza emocional, no qual uma pessoa treinada estabelece deliberadamente um relacionamento profissional com um paciente, com o objetivo de remover, modificar ou retardar sintomas, de intervir em modelos perturbados do comportamento e de promover um crescimento e um desenvolvimento Positivo da personalidade. (RIBEIRO, 2013, p. 50)

Atualmente, minha experiência de trabalho com dependência química dá-se tanto em consultório particular, quanto em instituição de modelo de internação para tratamento à revelia. Na instituição, posso inteirar que o indivíduo passa inicialmente pelo processo de desintoxicação, e neste período o tratamento focaliza-se na assistência no leito somada à intervenção medicamentosa, que cabe ressaltar é de suma importância para promover a busca da reorganização das funções biológicas, como alimentação e sono. É uma etapa fundamental, pois geralmente os pacientes chegam bastante debilitados, após muitos dias de uso, no qual nem se alimentavam, à mercê de mais uma dose. Contudo, esta etapa inicial de tratamento demanda o mínimo possível de abordagem terapêutica. Tal fato dá-se pelo fenômeno da síndrome de abstinência, que se trata de adaptações feitas pelo cérebro, devido à interrupção ou redução do uso da droga, ocorrendo manifestações clínicas da abstinência da substância pelo corpo e podem variar de uma droga para outra (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

Em referência a síndrome de abstinência, Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011) consideram que o termo esteja estritamente ligado ao conceito de tolerância farmacodinâmica, adquirida pelo uso/abuso da substância, no qual o organismo adapta-se à presença da substância, decorrente da adaptação dos receptores à droga. Todavia, após determinado tempo esses receptores deixam de apresentar os efeitos anteriores produzidos pela droga, ocorrendo um novo equilíbrio atingido. Contudo, na falta da quantidade adaptada pelo organismo, o indivíduo começa a apresentar sintomas de desequilíbrio, chamado abstinência. Trata-se de

um fenômeno puramente farmacológico, podendo ocorrer na pessoa mesmo em coma, no feto ou no recém-nascido.

Após o período de desintoxicação, aproximadamente de uma semana, o tratamento evolui para as atividades terapêuticas, quando o paciente é inserido no cotidiano da clínica, especificamente montada para recuperar as suas funções executivas, que foram afetadas também pelo seu uso. Eles voltam à rotina com disciplina, passando a ter horários para comer, fumar, tomar banho, praticar exercícios físicos e, sobretudo para participar das propostas terapêuticas. Tais atividades terapêuticas são feitas especialmente em grupo no primeiro momento terapêutico, devido ao isolamento social que a dependência química promove, tendo agora como objetivo a reinserção deste nos relacionamentos interpessoais. Vale ressaltar que a maior parte do seu tratamento dentro da instituição é feito em grupo, diferentemente da prática no consultório, que é puramente individual.

A dependência química afeta o organismo como um todo, seja no processo fisiológico, através da compulsão da repetição pelo uso; no psicológico, com a obsessão mental para consumir mais uma dose; no sociológico, através de uma estigmatização da sociedade, que rotula o indivíduo como “*mau caráter*”, “*cachaça*”, “*viciado*”; e na parte espiritual, que vai explicar a perda da capacidade do drogadicto em se colocar no lugar do outro, colocando a sua própria sobrevivência à mercê de mais uma dose (NARCÓTICOS ANÔNIMOS, 1998). O dependente químico então perde a capacidade de se relacionar sadicamente com tudo à sua volta, inclusive com ele mesmo. Durante o tratamento é de suma importância avaliar cada área acima citada, relacionando-as ao seu campo total. É por meio do tratamento em grupo e da interação intra e interpessoal que os pacientes conseguem se nutrir e se perceber como um ser total e relacional.

De acordo com Ribeiro (1994, p. 10), o “grupo é um fenômeno cuja essência reside no seu poder de transformação, no seu poder de escutar, de sentir, se posicionar, de se arriscar a compreender o processo de significação do viver e do responsabilizar-se.” É através do processo grupal, onde o paciente depara-se com outros membros que também passam ou passaram pela mesma situação que a sua, que acontece a ampliação da percepção real da sua situação de vida.

No grupo, um dos objetivos terapêuticos é fazer com que o indivíduo possa voltar a se responsabilizar pela própria vida. Através da conscientização da sua experiência associada à experiência do outro ele perceberá o que está fazendo naquele momento ou como a sua vida

perdeu o controle a partir do seu abuso da substância psicoativa. Isso proporcionará ao mesmo a liberdade e as condições para mudar, bem como o desenvolvimento dos recursos necessários para dar respostas mais adequadas à sua vida.

O trabalho grupal dentro de uma instituição que trabalhe a mesma problemática, tendo um grupo homogêneo, pode ajudar o membro a se identificar com mais facilidade, diferentemente de um grupo heterogêneo (com questões diferentes). Por vezes acontece de todos os membros do grupo identificarem-se com a mesma questão, ocorrendo então um fenômeno grupal no qual todos os pacientes compartilham dos mesmos sentimentos. O grupo, pensando da mesma forma, pode produzir o mesmo insight em relação ao tema trabalhado.

Concernente ainda à minha área de atuação junto a dependentes químicos, mas agora no espaço terapêutico do consultório, posso afirmar que a demanda refere-se a pessoas ou familiares que buscam ajuda em relação ao uso/abuso de substâncias psicoativas, sendo o tratamento sempre voluntário. Neste caso, são trabalhadas questões existenciais, buscando, sobretudo a emergência da *awareness*, ou seja, a conscientização de si. Através do diálogo Eu-Tu⁴ faz-se o contato. Cabe ressaltar que, nos casos de dependência muito grave, o indivíduo fica fisicamente impedido de fazer contato com o outro e com ele mesmo, devido à compulsão fisiológica, não estando pronto, desta forma para uma abordagem clínica. Nestes casos, a indicação de internação involuntária faz-se necessária, assegurando sua integridade física e psicológica.

É importante destacar, desta forma, que o trabalho institucional junto ao dependente químico precisa ser respaldado pela lei atual 10.216/2001, que define a responsabilidade do Estado no tratamento com o doente mental; estabelece três espécies de internação que serão possíveis de serem efetuadas (internação voluntária, involuntária e compulsória); diz como serão as pesquisas envolvendo os doentes; e determina a criação de uma comissão para acompanhar a implantação da lei (BRASIL, 2001). É uma lei, portanto que trata os doentes mentais com dignidade, cidadania e como pessoas sujeitas a direitos.

Segundo a referida lei, temos no parágrafo único do artigo 6º a definição das espécies de internação psiquiátrica que serão possíveis:

⁴ Na relação Eu-tu, Buber (1974) descreve que a relação do homem não ocorre nele mesmo, mas sim o que está a sua frente. Ele usa o conceito inter-humano, que não pode ser encontrado em um dos parceiros, nem nos dois juntos, mas sim no diálogo estabelecido e vivenciado por ambos.

São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica: I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III – internação compulsória: aquela determinada pela justiça. (BRASIL, 2001).

Outro ponto importante é que a internação, em qualquer uma de suas modalidades, deverá ser o último recurso a ser empregado pelos profissionais de saúde, sendo aplicadas somente após terem sido esgotados todos os outros meios de tratamento. Desta forma, todas as pessoas portadoras de algum tipo de transtorno mental serão tratadas e cuidadas com base nos procedimentos determinados na referida lei, bem como os dependentes químicos ou drogadictos, que serão internados com base na lei em consonância com o decreto 891/1938 que continua vigente. Fica nítido, assim, a não existência de uma política pública de saúde específica para os dependentes químicos, existindo somente para as consequências do uso da droga, como por exemplo o transtorno mental, por meio do desenvolvimento de comorbidades ou pela alteração provocada pela droga no cérebro.

Cabe destacar também que a internação compulsória do dependente químico está respaldada pelo decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938, ainda em vigor e autoriza essa internação, conforme preceitua em seus artigos 27, 28 e 29:

Artigo 27

A toxicomania ou a intoxicação habitual, por substâncias entorpecentes, é considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local.

Artigo 28

Não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Artigo 29

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. §1º. A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada à necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial. (BRASIL, 1938).

No que tange à permanência do tratamento voluntário efetuado no setting terapêutico, dentro da perspectiva da Gestalt-terapia, é trabalhada primordialmente a questão figura-fundo⁵ e o processo de necessidade emocional, psicológica e física pelo consumo de drogas. No

⁵ “Na relação Figura/Fundo, a figura tem pragnância, brilho, clareza, vivacidade, e se destaca de um fundo difuso e amorfo. O fundo diz respeito ao campo perceptual, isto é, a tudo que é relativo ao organismo e ao meio ambiente” (ARAÚJO, 2007, p. 113).

consultório é possível trabalhar as necessidades do indivíduo, através da sua forma de se relacionar e interagir com o profissional e, conseqüentemente com a sua terapia, no qual o foco dá-se na forma do discurso, em como se apresenta aqui e agora, e não tanto no conteúdo em si trazido.

Tal abordagem de tratamento é diferente da aplicada na instituição, em que o paciente precisa ser inserido nas necessidades do funcionamento desta, impondo linhas de conduta como tratamento e prevenção. Contudo, dá-se pouca abertura aos fenômenos emergentes da sua forma singular de ser e estar no mundo, trabalhadas especificamente no âmbito do consultório, enfatizando a qualidade do contato e facilitando o encontro do cliente com o seu mundo interior.

Conforme destaca Ribeiro (1994, p. 25):

Contato é isto: eu e você, você e eu, você e o ambiente, eu e o ambiente, nós dois e o ambiente, o ambiente e nós dois. Num casamento misterioso entre figura e fundo é possível que as verdadeiras necessidades ocorram e que a verdadeira vida aconteça.

É de suma importância que, no trabalho terapêutico no consultório, o cliente sinta-se compreendido e acolhido pelo terapeuta, sendo confirmado tal como é, pois em situações de dependência química comumente o indivíduo vai perdendo a capacidade de ser ouvido e compreendido pelas pessoas, pela razão de viver e agir em função de mais uma dose, desrespeitando os limites, afetando assim as suas relações afetivas e emocionais.

A perspectiva da Gestalt-terapia, segundo Ribeiro (2013), não trata o sintoma de forma isolada, mas sim essencialmente como parte de uma realidade existencial da pessoa, e fruto de um ajustamento criativo disfuncional. Deste modo, no consultório, sinto-me livre para perceber o fator da dependência química como um fundo, explorando a figura que é a pessoa em si, tal como aparece e o processo como está vivenciando a sua drogadição. Meu trabalho, portanto, é facilitar a tomada de consciência do cliente sobre o seu processo, sobretudo a respeito da sua necessidade por mais uma dose.

Através da minha experiência com o tratamento da dependência química, percebo que a prática da psicoterapia individual nestes casos é um grande pilar, que busca auxiliar o cliente a olhar o seu mundo, conhecendo com profundidade a própria existência, dificuldades e potencialidades. A partir da melhora do contato pleno consigo mesmo, com as próprias necessidades, surge a possibilidade de transformação em uma forma de viver sadia. Todavia,

se por acaso um cliente, submetido e aderido ao tratamento psicológico, deseje continuar a abusar de alguma substância, eu, enquanto gestalt-terapeuta, devo convidá-lo a assumir as responsabilidades que isso implica, auxiliando-lhe na parte existencial e, como agente auxiliar na redescoberta do seu equilíbrio, perdida com a sua dependência. Com essa postura, trago-o à normalidade e à posse do seu próprio poder. Um fenômeno observado nos casos de dependência química é a negação das consequências nocivas do uso e, quando são exploradas tais consequências negativas, o trabalho terapêutico é propor ao cliente a percepção da responsabilidade de todo o contexto da drogadição, tendo, desta forma, forças para redimensionar a sua vida.

Para Ribeiro (2013), maturidade emocional é o real olhar da própria capacidade emocional e afetiva, reconhecendo as suas limitações, e da habilidade com os próprios afetos, emoções e limites. Características esquecidas, quando se trata de dependentes químicos que acabam cristalizados na imaturidade, querendo viver no prazer de forma compulsiva, sem levar em consideração as consequências e adaptando-se a viver uma vida sem limites.

É através do encontro terapêutico que amplio o contexto do uso e auxílio no desenvolvimento das suas próprias potencialidades, muitas vezes impactadas ou perdidas pela sua dependência, auxiliando assim na construção do seu caminho a uma vida saudável e, inserido a um processo de mudança, que lhe permite repensar sobre as suas atitudes e caminhos, aumentando o “leque” de possibilidades de cura da sua dependência.

5 CONCLUSÃO

Este trabalho teve como objetivo ilustrar a importância de se articular o tratamento psicoterápico da Dependência Química à abordagem da Gestalt-terapia. Após o aprofundamento no referido tema, portanto, foi possível constatar com clareza que a perspectiva gestáltica colabora veementemente na recuperação do indivíduo drogadicto, onde possibilita a este reconstruir significados das experiências vividas, tanto no passado, quanto no momento presente, bem como promove a autopercepção e conscientização do próprio funcionamento psíquico, das emoções, do comportamento e da postura diante da vida, sobretudo implicando na responsabilidade da própria existência.

Considero tal articulação de vital importância, principalmente pelo caráter relativamente recente e de constante reformulação por quais passam os modelos de tratamento da dependência química. Diante das diversas abordagens existentes e disponíveis para a execução do trabalho psicológico junto aos drogadictos, devemos destacar o fato da linha teórica da Gestalt-terapia ser ainda pouco explorada na aplicabilidade desta problemática. Talvez, por ser esta abordagem contrária aos modelos tradicionais que costumam priorizar a padronização de comportamentos, que impõem através da realização de diagnósticos a conotação evidenciada à rotulação do indivíduo ao seu sintoma em detrimento da sua subjetividade e existência, acabando por subjugar o potencial humano de transformação.

Podemos observar, contudo, que infelizmente temos ainda uma grande lacuna no que concerne a literaturas especializadas em tratamento psicológico da dependência química sob o viés da Gestalt-terapia. Todavia, foi esta mesma escassez teórica e prática que possibilitou um novo desafio em minha atuação como gestalt-terapeuta, por um lado, e especialista em dependência química de outro, sendo a viabilidade do encontro destes dois campos o norte do

presente estudo. Desta maneira, foi proposta a exploração de alguns dos conceitos-chaves da teoria, ampliando-os para a constatação prática de tal possibilidade de atuação no contexto clínico e institucional junto a dependentes de substâncias psicoativas.

Dentre os conceitos-chaves da Gestalt-terapia abordados foi possível apontar a importância do aprofundamento nos bloqueios de contato no tratamento com dependentes químicos, onde pudemos evidenciar os mecanismos de resistência comuns nesta patologia, nitidamente exacerbados e impedidores da disponibilidade do ser humano contatar a si mesmo e o mundo, sendo a cristalização de tais resistências de grande colaboração ao desenvolvimento de várias patologias, inclusive da dependência química.

Não obstante, pudemos ilustrar a relevância da relação dialógica entre terapeuta e cliente, capaz de promover a conscientização do grau do comprometimento da relação com a substância no cliente drogadicto, considerado um passo difícil e de suma importância na eficácia do tratamento.

Foi possível realizar ainda a análise da importância do psicodiagnóstico no processo psicoterápico, no qual pudemos apresentar a importância da intervenção a partir da condição patológica do dependente químico.

Durante o presente estudo, pudemos observar que a Gestalt-terapia proporciona a oportunidade de se trabalhar as resistências que emergem, cabendo ressaltar que nos casos de dependência química estas são sempre bastante evidenciadas, ao invés da tentativa de imposição para superá-las ou extingui-las. Tal fato só é possível devido a esta linha teórica priorizar a singularidade do indivíduo que está a frente do terapeuta, e através da postura acolhedora e de inclusão construir um ambiente favorável e fértil para o contato com as próprias negações, bloqueios, ajustamentos criativos disfuncionais e potencialidades.

Ao entender o abuso de drogas psicoativas como um padrão de comportamento cuja gravidade pode chegar à desmoralização e à morte do indivíduo, existe a necessidade de se unir os vários serviços que possam atender o indivíduo drogadicto nos diferentes estágios, tais como: médicos, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas, etc. Novos conceitos sobre o tratamento da dependência química passaram a ganhar “peso” no quadro do diagnóstico terapêutico. Diferentemente do passado no qual a internação era o recurso mais utilizado, devido ao objetivo central ter sido a busca da abstinência total, hoje em dia existe uma nova concepção que traz a necessidade de abordagens capazes de motivar o indivíduo a tratar a sua

dependência em ampliação às suas questões existenciais, buscando, assim agregar novas abordagens e intervenções possíveis de tratamento dos usuários de drogas.

Seguindo este viés, pude ressaltar em minha experiência com esta patologia, tanto no âmbito do consultório quanto da instituição, a contribuição da psicoterapia no enfoque da Gestalt-terapia no tratamento da dependência química. Todavia, fica evidente também o surgimento da necessidade de maiores aprofundamentos no tema, devido à sua grande complexidade.

Pelas restrições inerentes a esta temática, bem como à delimitação do tema escolhido, devemos sinalizar que diversas questões da mesma forma importantes com relação a pacientes dependentes químicos, sobretudo sob a ótica terapêutica da abordagem da Gestalt-terapia não puderam ser aprofundadas no presente trabalho. Dentre tais, e possível de novos estudos podemos citar a relevância do acompanhamento dos familiares dos drogadictos, considerado de suma importância para a eficácia do tratamento destes e, principalmente o fato da pessoa dependente não ficar doente sozinha, ou seja, nestes casos a família adoece junto com ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. G. C. Figura e fundo. In: D'ACRI, Gladys; LIMA, Patrícia; ORGLER, Sheila. **Dicionário de Gestalt-terapia**: “Gestaltês”. São Paulo: Summus, 2007b. p. 112-115.

AUGRAS, M. **O ser da compreensão**: Fenomenologia da situação de psicodiagnóstico. Petrópolis: Vozes, 1986.

BASTOS, A.D.A.; FERREIRA, A. P. **Psicanálise e toxicomania**: Desafios na assistência pública. Curitiba: Juruá, 2012.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

BRASIL. Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 07 abr. 2015.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. São Paulo: Moraes, 1974.

DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: Prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DIEHL, A; FIGLIE, N.B. **Prevenção ao uso de álcool e drogas**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

EDWARDS, G., MARSHALL, E.J, COOK, C.C. H.. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 1999.

FAGAN, J.; SHEPHERD, I. L. **Gestalt-terapia**: Teoria, técnica e aplicações. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

FIGLIE, N.B.; BORDIN, B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.

FIGLIE, N.B.; BORDIN, B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. 3. ed. - São Paulo: Roca, 2015. CD-ROM.

FRAZÃO, Lilian Meyer. Pensamento Diagnóstico Processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-terapia**, Goiânia, v. 2, p. 27-31, 1996.

GINGER, S; GINGER, A. **Gestalt: uma Terapia do Contato**. São Paulo: Summus, 1995.

HEMFELT, R.; MINIRTH, F.; MEIER, P. **O amor é uma escolha**: Recuperação para relacionamentos codependentes. Rio de Janeiro: Fator Meio Editora: 1989.

LEITE, M. C. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD, 2000.

NAKKEN, C. **A personalidade adictiva**: raízes, rituais, recuperação. Colares: ATT, 1996.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. **Isto resulta como e porquê**: Os doze passos e dozes tradições de Narcóticos Anônimos. Canadá: World Service Office, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PERLS, F. P; HERFFERLINE, R; GOODMAN, P. **Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 1997.

PIMENTEL, A. **Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2003.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O processo saúde-doença e a dependência química: Interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 25 n. 2, p. 203-211 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

RIBEIRO, J. P. Ciclo do contato. In: D'ACRI, Gladys; LIMA, Patrícia; ORGLER, Sheila. **Dicionário de Gestalt-terapia**: "Gestaltês". São Paulo: Summus, 2007b. p. 42-45.

RIBEIRO, J. P. **O ciclo do contato**: Temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 2007a.

RIBEIRO, J.P. **Gestalt-Terapia**: O processo grupal: Uma abordagem fenomenológica da teoria do campo e holística. São Paulo: Summus: 1994.

RIBEIRO, J.P. **O ciclo do contato**: Temas básicos na abordagem gestáltica. São Paulo: Summus, 1997.

RIBEIRO, J.P. **Vade-mécum de Gestalt-terapia**: Conceitos Básicos. São Paulo, Summus, 2006.

RIBEIRO, J. P. **Psicoterapia**: Teorias e Técnicas Psicoterápicas. São Paulo: Summus, 2013.

SCIVOLETTO, S. Tratamento psiquiátrico de adolescentes usuários de drogas. In: FOCCHI, G. A.; LEITE, M. C.; LARANJEIRA, R. G. R. (Orgs.). **Dependência química**: novos modelos de tratamento. São Paulo: Rocca, 2001.

SILVEIRA, T. M.. Contato. In: D'ACRI, Gladys; LIMA, Patrícia; ORGLER, Sheila. **Dicionário de Gestalt-terapia**: "Gestaltês". São Paulo: Summus, 2007. p. 59-60.

SILVEIRA FILHO, D. X. **Drogas**: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

TOSCANO JUNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. IN: SEIBEL, S.; TOSCANO JUNIOR, A. (Orgs.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 7-23.

VALLEUR, M.; MATYSIAK, J-C. **Les addictions**: panorama clinique, modèles explicatifs, débat social et prise en charge. Paris: Armand Colin, 2006.

VELOSO, L.; CARVALHO, J.; SANTIAGO, L. Redução de danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I. S. (Org.). **Saúde e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004.

YONTEF, G. M. **Processo, Diálogo e Awareness**: Ensaio em Gestat-Terapia. São Paulo: Summus, 1998.