



Estudos e Pesquisas em Psicologia

E-ISSN: 1808-4281

revispsi@gmail.com

Universidade do Estado do Rio de  
Janeiro  
Brasil

da Rocha Antony, Sheila Maria

Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia  
sobre as principais psicopatologias da infância

Estudos e Pesquisas em Psicologia, vol. 9, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 356-375

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844629007>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re~~da~~lyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

---

## Os ajustamentos criativos da criança em sofrimento: uma compreensão da gestalt-terapia sobre as principais psicopatologias da infância

---

### Creative adjustments for suffering children: a gestalt-therapy view of the main childhood psychopathologies

**Sheila Maria da Rocha Antony**

Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal-SES/DF, Brasília, DF, Brasil

Docente do Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília-IGTB, Brasília, DF, Brasil

#### RESUMO

A Gestalt-Terapia é uma abordagem fenomenológico-existencial com uma visão holística de homem e mundo que dá primazia à relação e valoriza a influência mútua entre criança e ambiente. Os fenômenos psicológicos emergem das trocas emocionais vividas na unidade criança-outro-mundo, no "entre" das relações humanas. Portanto, a doença emocional é fruto de um distúrbio em uma relação. Criança doente emocionalmente é família adoecida em suas relações afetivas (quando não há algum trauma vivido ou outras experiências negativas causadas por fatores externos). Os distúrbios psicológicos da criança são, geralmente, oriundos dos dramas infantis não resolvidos dos pais que são projetados na criança. Na perspectiva gestáltica, doença significa perturbações da auto-regulação originadas por mecanismos psicológicos defensivos de contato, que visam inibir a consciência de sentimentos, pensamentos, necessidades, comportamentos que geram angústia e colocam em risco a relação com o outro significativo. A partir desses mecanismos psicológicos de bloqueio do contato da teoria gestáltica que regem a dinâmica interna do indivíduo e das relações humanas, iremos abordar as psicopatologias da depressão, da fobia e do transtorno obsessivo-compulsivo.

**Palavras-chave:** Gestalt-terapia, Psicopatologia, Criança, Ajustamento criativo.

#### ABSTRACT

Gestalt therapy is a phenomenological-existential approach with a holistic view of human being and of the world while emphasizing this relationship and stressing two-way influences between the child and his surroundings. Psychological phenomena emerge from emotional exchanges experienced in the child-other-world unit, in the "inter" of relationships. Thus, emotional illness emerges from a disturbed relationship. An emotionally disturbed child reflects a family with disturbed affective relationships (once there is no trauma or others negatives experiences caused by external factors). Childhood psychological disorders generally stem from unresolved childhood dramas of parents that are projected onto the child. From a gestalt perspective, sickness implies self-regulation

356

disturbances originating from psychological defense contact mechanisms that seek to inhibit awareness of feelings, thoughts, needs, and behaviors that generate sadness and jeopardize the relationship with the significant other. Based upon these psychological defense mechanism of contact of gestalt theory that govern the individual internal dynamics and the interpersonal relationships, we shall examine psychopathologies of depression, phobias, and obsessive-compulsive disorders.

**Keywords:** Gestalt-therapy, Psychopathology, Child, Creative adjustment.

## Introdução

Para alguns pais, criança não sofre, não tem depressão, não tem ansiedade, não guarda ressentimentos ou mágoas de situações dolorosas vividas. Muitos pensam que a criança vive em um mundo de ilusão, fantasia, brincadeiras, alienada dos acontecimentos da vida. A realidade de um psicoterapeuta de crianças revela o contrário: a criança está ligada no mundo e principalmente naqueles que lhe são significativos. Todo sofrimento percebido nos entes queridos ou causado por eles afeta profundamente seu comportamento, suas emoções e a forma de pensar a si mesma e ao mundo, a ponto de gerar perturbações psicológicas que não são esquecidas pela criança, e sim disfarçadas. Por ter uma forte sensibilidade sensorial e afetiva, a criança é capaz de captar as nuances emocionais e as alterações de humor das pessoas com quem convive e, em seu egotismo primário, toma-as para si como se ela fosse a fonte dos problemas, da tristeza, da raiva dos pais (OAKLANDER, 2006).

A infância feliz, protegida, segura não existe para muitas crianças. Crianças que vivem em ambientes desfavoráveis, hostis, desamorosos precocemente criam condutas adaptadoras disfuncionais para a manutenção do equilíbrio emocional próprio e da família. A capacidade que a criança tem de descobrir formas criativas para enfrentar um ambiente estressante, hostil ou negligente é formidável, uma vez que a dimensão sensorial/intuitiva predomina em sua existência. Perls, Goodman e Hefferline (1997) afirmam que "a psicologia é o estudo dos ajustamentos criativos [...] a psicologia anormal é o estudo da interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo" (p. 45). O ajustamento criativo representa o processo dinâmico e ativo de interação do indivíduo com o ambiente para solucionar situações e restaurar a harmonia, o equilíbrio, a saúde do organismo, o qual se dá por meio da auto-regulação (processo espontâneo e inato em nosso organismo), que visa à satisfação das necessidades primordiais do momento, considerando as possibilidades ambientais. Contudo, nem sempre o meio atende às necessidades primárias da criança que, para se auto-regular, modifica a necessidade original, realizando um ajustamento criativo coerente com as possibilidades do meio de supri-la. Frazão (1996) explica que:

Trata-se de um ajuste necessário à sobrevivência psíquica da pessoa num determinado momento, mas na medida em que este ajustamento se mantém, deslocado no tempo e espaço, acaba se constituindo em um ajustamento disfuncional, embora seja importante compreender que em algum momento foi funcional e criativo. (p. 30)

Uma criança pode desenvolver uma fobia específica, como a melhor forma de enfrentar um pai violento, e ser muito amadurecida, assumindo condutas assertivas a fim de proteger a mãe e cuidar dos irmãos. A criança saudável deixa-se guiar pela sabedoria do seu organismo, que reconhece as suas necessidades originais, tenta realizá-las seguindo uma ordem de importância e escolhe qual a melhor ação em uma dada situação para se satisfazer, evitando danos a si e prejuízo nas suas relações pessoais. No entanto, nem sempre a criança faz suas escolhas de forma consciente e racional.

A doença significa que a criança interrompeu sua capacidade de dar respostas criativas a específicas situações conflitivas e às suas necessidades internas. Passou a perceber o outro de uma forma petrificada, criando padrões de comportamento e interação repetitivos vinculados a uma *gestalt* fixada, que enrijece a formação de novas figuras e interrompe o fluxo natural da percepção das necessidades. Certa criança que só respondia de forma agressiva ao meio, mostrava uma fixação no pensar ("ninguém me entende, só brigam comigo, só me dizem não"), no sentir ("sinto raiva demais porque ninguém gosta de mim") e no agir ("vou me defender da rejeição dos outros e das frustrações que sofro") que impedia o contato interpessoal nutritivo devido a constantes experiências de intolerância que contribuem na formação de uma pobre auto-estima. O adoecer, portanto, é uma forma de auto-regulação (mesmo que vise atender as necessidades secundárias, as quais se sobrepõem as originais), que revela uma personalidade fazendo uso de seus recursos psíquicos particulares para enfrentar o sofrimento, a dor, a tensão. Os sintomas aparecem como tentativas de ajustamentos criativos (comportamentos, gestos, pensamentos, tensões corporais) que surgem para neutralizar a angústia, sinalizando que uma necessidade importante está insatisfeita e, por consequência, uma *gestalt* está aberta. Os sintomas mascaram o drama real, criam um falso conflito, tornando-se o núcleo neurótico. A enurese noturna, por exemplo, pode ser um sintoma de ansiedade que encobre o drama relacional da imaturidade dos pais e da dependência emocional mútua existente entre a criança e as figuras parentais.

Na doença, portanto, há uma tentativa de cura, de retornar à saúde e ao equilíbrio. A pessoa, ao buscar entender seu adoecimento, dá um passo em direção ao caminho do autoconhecimento. A criança adoecida perdeu

a capacidade de manter um contato nutritivo consigo e com o outro, cortou a conexão com o corpo e vivencia um confuso senso de eu que abala a autoconfiança, o auto-suporte, a auto-estima. Já a criança saudável desenvolve boa capacidade para lidar com a ansiedade e com momentos de tensão. É capaz de esperar, consegue adiar a gratificação e tolerar a frustração (BRIGGS, 1986). Aprende que amar é estabelecer troca com o outro, o que a torna capaz de dar e receber, efetuar condutas de reparação, preocupar-se com o outro e assumir responsabilidades (WINNICOTT, 1983), mostrando que desenvolveu mecanismos flexíveis de ajustamento criativo e de adaptação às demandas das situações.

### **O diagnóstico contém as sementes da cura**

Hycner (1995) ao tratar do diagnóstico das patologias segundo o enfoque existencial-dialógico enuncia que “o problema do diagnóstico é que ele contém as sementes da cura” (p. 127). Esse enunciado pontua que na doença há saúde. Na perspectiva gestáltica, o problema constituído é parte da existência da totalidade da pessoa e revela uma dinâmica psicológica tentando se organizar criativamente da melhor forma possível para manter a saúde psíquica. Psicodiagnosticar representa um processo de conhecer, compreender, identificar, des-cobrir, explicitar o modo de existência da criança na sua interação com o mundo (escola, vizinhança, família) e o outro, o qual se apóia nos princípios dialógicos existencialistas de aceitação, respeito, confirmação e crença no potencial criativo do ser humano. Mesmo quando diagnosticamos um quadro de depressão em uma criança, não devemos nos limitar a ver e tratar a criança unicamente pelos sintomas que apresenta, mas sim buscar desvendar as qualidades ocultas, as necessidades não satisfeitas, os desejos reprimidos e a identidade obscurecida.

Diagnosticar-se, portanto, patologias e não pessoas. O gestaltista tenta compreender a pessoa adoecida, uma vez que a doença não existe por si só, existe situada em um sujeito que lhe dá forma e configuração própria. O diagnóstico deve intencionar ir além da identificação dos sintomas, deve visar o sentido da patologia e a descrição das vivências subjetivas do sofrimento emocional pessoal pertinente à patologia especificada. Quando não sabemos o que a criança tem, quando não nomeamos, não podemos cuidar, tratar com eficácia e muito menos orientar devidamente os pais.

A Gestalt sedimentada em uma visão holística lança-se na descoberta das relações funcionais e significativas que se estabelecem entre parte-todo, figura-fundo, buscando integrar as dimensões internas e relacionais da criança e desocultar a força criativa que existe por trás de um sintoma ou patologia. Não há como tratar a criança sem atender os pais, a família (às vezes a escola e outros sistemas da comunidade), a fim de cuidar da rede

que afeta a psicodinâmica da criança. Para o gestaltista, os fenômenos psicológicos emergem das trocas emocionais vividas na unidade criança-outro-mundo, compreendendo que em toda situação há sempre a criança, o mundo dos objetos e o mundo dos outros que se conectam e possibilitam uma diversidade de experiências e formas de contato. Portanto, os distúrbios ocorrem no “entre” de um dado campo existencial. A patologia emocional é relacional, aponta para um distúrbio em uma relação. Ninguém adocece sozinho, sem sofrer influência de fatores externos. Alguns pais tendem a apontar a criança como sendo o problema, tornando-a o bode expiatório do grupo familiar e isentando-se de qualquer responsabilidade sobre os comportamentos problemáticos da criança. É tarefa do terapeuta convidá-los a participar do processo terapêutico, mostrando a co-responsabilidade no surgimento do distúrbio emocional da criança. Patrícia Vidal, em 2005, expõe que a psicoterapia com crianças deve propiciar aos pais uma oportunidade de se conectarem com sua criança ferida, promover a identificação de seus processos internos pessoais que podem estar interferindo na problemática da criança e, se possível, dar início ao processo de cura de suas relações pessoais íntimas (informação verbal).

### **Introjeção: alienação e inautenticidade do eu**

A introjeção é um dos mecanismos que distorce a capacidade perceptiva da criança de responder criativamente às demandas ambientais, vindo a prejudicar o contato saudável entre a criança e o mundo. Na literatura gestáltica são reconhecidos nove processos de interrupção do contato (fixação, dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, retroflexão, egotismo, confluência) que constituem mecanismos psicológicos defensivos que visam inibir a consciência de sentimentos, pensamentos, necessidades, comportamentos geradores de ansiedade e colocam em risco a relação com o outro significativo (ANTONY; RIBEIRO, 2005). Esses mecanismos formam dinâmicas internas e relacionais cujos padrões de comportamento fixados bloqueiam o desabrochar pleno do potencial psicoemocional da criança. Cada forma de psicopatologia tem seus mecanismos de ajustamentos defensivos específicos, que retratam um conflito psicológico particular calcado em experiências introjetadas. Em gestalt-terapia, a introjeção é definida como o processo primário de internalização de crenças, valores, pensamentos transmitidos pelos pais, pela cultura e outros ambientes significativos, que interferem e também contribuem na constituição da subjetividade da criança. Os introjetos podem ser positivos (internalização de valores e vivências que facilitam a identificação e integração da criança no mundo social) e tóxicos (inibição do excitação espontâneo e criativo). Quando tóxicos, a introjeção

torna-se responsável pela formação dos distúrbios emocionais e pela deformação da personalidade, a construção de um eu inautêntico e incoerente com seus impulsos originais. A criança, nos períodos iniciais do desenvolvimento, ainda não desenvolveu a consciência reflexiva, que lhe possibilita questionar, digerir, elaborar a validade das mensagens morais e educativas parentais. Violet Oaklander (2006) pontua que a criança não tem a habilidade cognitiva de pensar “isso não tem a ver comigo, isso não combina comigo ou isso tem a ver comigo” (p. 11), por isso engole passivamente os juízos e as crenças dos pais (tanto positivas quanto negativas). Um introjeto tóxico é, então, uma mensagem negativa que a criança escuta sobre si mesma e que irá limitar seu modo de ser genuíno e cristalizar a percepção de si e do mundo. Carrega “um deveria” junto com “um não deveria” (“você deve ser assim, você não deve ser assim”) que vem associado a expectativas trágicas (ameaças de punição, privação do amor, abandono) por ter desobedecido, desagradado, revelado uma vontade, ou mesmo recusado um alimento.

Essas mensagens geram um conflito entre as partes originais e as partes introjetadas, criando o dilema do dominador x dominado. Quanto mais ameaçador e catastrófico os introjetos, mais amedrontada, mais ansiosa e menos autêntica a criança será em seu modo de agir. O que é original é alienado e projetado para fora, levando a uma falsa identificação devido à perda da capacidade de se auto-regular, de discriminar a necessidade primordial, aquilo que lhe é próprio e nutritivo. O resultado é uma percepção distorcida, diminuída, fragmentada, confusa da realidade e de si mesma. Um autoconceito negativo resultante de introjetos tóxicos cria mitos relacionais negativos e, por consequência, contatos negativos. Uma criança que introjeta que é um estorvo para o pai passa a se relacionar com os outros de forma a não atrapalhar, não incomodar, não ser inconveniente, bloqueando assim sua capacidade de oposição, enfrentamento e expressão verdadeira de si. Para Briggs (1986), a criança saudável desenvolve a capacidade de amar, ser generosa, sentir gratidão e desejo de reparação a partir da internalização positiva das figuras parentais (pais amorosos que confirmam e respeitam a individualidade da criança), o que leva a uma diminuição do medo de perda, aumenta a capacidade de compartilhar, de se auto-expressar e de realizar trocas nutritivas com o mundo.

Os distúrbios psicológicos e comportamentais da criança são, geralmente, oriundos dos dramas infantis não resolvidos dos pais que são projetados na criança. Mesmo pais bem intencionados impedem o desenvolvimento pleno das potencialidades da criança, uma vez que desejam transmitir seus próprios valores e adaptá-la à cultura com suas normas e crenças. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997), isto fatalmente dá origem a dois processos: mutilação/alienação de algumas atitudes originais e o



desenvolvimento artificial de outras. Esse é o dilema existencial do indivíduo: ter uma personalidade espontânea ou deliberada?

### **A criança com depressão**

O existir natural da criança é ser alegre, aventureira, exploradora da natureza, do mundo, dos objetos, do corpo. A criança é um ser movido pela curiosidade, pelo prazer e excitação. Quando não brinca, não sorri, não tem ânimo, não demonstra excitação, não deseja ter amigos é sinal de que está vivendo algo além de uma simples tristeza. A criança pode estar denunciando algo mais profundo e complexo, revelador de um quadro formado por sintomas de natureza física, cognitiva, emocional e comportamental, que vêm afetando o seu mundo psicológico e prejudicando sua vida social. É natural a criança sofrer com a perda de seu bichinho de estimação, de seu brinquedo favorito, com a viagem ou mudança do melhor amigo, com a transferência de escola, com a morte de pessoas significativas. No entanto, quando a criança mantém a tristeza como um estado afetivo-emocional constante e mostra uma instabilidade de humor com reações agudas de irritabilidade, que guiam o seu modo de estar-no-mundo, podemos pensar que o ajustamento criativo inicial para lidar com as situações dolorosas passou a ser disfuncional e há necessidades afetivas primordiais que não estão sendo satisfeitas dentro do campo familiar, o que pode estar retirando sua energia vital, esvaziando o seu eu e sofrendo assim uma depressão.

A reação de depressão invade o ser humano desde os anos iniciais de sua existência, quando experiencia separações, rupturas, perdas afetivas precoces e principalmente quando não se percebe fonte de investimento amoroso na relação maternal primária. Ajuriaguerra e Marcelli (1986) discorrem sobre as manifestações depressivas da criança pequena (3 anos a 5-6 anos), da criança maior (5-6anos a 12-13 anos) e do adolescente, relacionando o surgimento da depressão à separação (dos pais, doença, breve hospitalização), a uma perda amorosa ou a remanejamentos psicoafetivos próprios da idade.

A depressão é o transtorno de humor que se caracteriza basicamente por tristeza, desânimo, apatia e falta de prazer para realizar qualquer atividade habitual da vida (brincar, estudar, passear). Os comportamentos problemáticos e os sinais clínicos que acompanham o sofrimento depressivo da criança, são: baixo desempenho escolar, retraimento social, pobre expressão afetivo-emocional, choro fácil, irritabilidade, baixa auto-estima acompanhada de pensamentos negativos sobre si, sentimento culposos, intolerância a perdas e frustrações, alto nível de exigência consigo (ZIMERMAN, 1999). A alteração do humor geralmente é acompanhada de certas queixas físicas como cefaléia, tonturas, dores



abdominais, sensação de fadiga, enurese noturna, perturbação do sono e do apetite (CID-10, 1993). Como consequência, a criança apresenta inibição motora ou retardo psicomotor, pensamento lentificado, perda da concentração/déficit de atenção, possíveis falhas na memória, configurando prejuízos no funcionamento motor, emocional e cognitivo.

A depressão reativa, então, emerge como um ajustamento defensivo às situações de perdas afetivas significativas ou de adaptação às adversidades circunstanciais existenciais. Irei, no entanto, tratar daquela que aparece como uma patologia que toca as raízes da relação primitiva mãe-bebê e que leva o indivíduo a enveredar em uma eterna busca por alguém que venha a preencher sua sensação de vazio profundo. Falo da mãe que desde o início da gravidez não desejou o bebê (seja por fatores subjetivos próprios, seja por interferências ambientais) e assim resistiu oferecer seu corpo-eu acolhedor de forma calorosa para estabelecer um diálogo tônico nutritivo com o corpo do bebê e transmitir-lhe a pulsão de vida. A criança cresce sem capturar no olhar da mãe o brilho do desejo e da alegria por sua existência, sem escutar: "Que lindo! Você conseguiu! Como você é forte! Como você é bonita!". Não mostra entusiasmo, nem vibração com as conquistas, os ganhos, os desafios vencidos pelo seu filho. Essa criança não recebe os benefícios da função materna cuidadora que prioriza as suas necessidades e desejos infantis. Vivencia uma relação negligente, de ausência de amor, onde há uma falta de investimento em seu potencial criador e na confirmação do seu eu.

Uma outra condição relacional que promove o estado depressivo decorrente do não investimento materno é a identificação da criança com a mãe deprimida (AJURIAGUERRA; MARCELLI, 1986), que é incapaz de sintonizar com as necessidades orgânicas, afetivas e emocionais da criança, devido ao seu eu desnutrido e a sua carência afetivo-emocional. Essa mãe passa sua vida querendo ser figura na família, ser o foco das atenções afetivas para viver a ilusão de estar sendo recebedora do cuidado materno que não teve na infância. E a criança, ao identificar-se, vive como se fosse a mãe, confundindo-se com aquelas partes depressivas introjetadas, de tal forma que "o destino de um passa a ser o destino do outro" (ZIMERMAN, 1999, p. 218). Mães depressivas não conseguem deixar-se invadir espontaneamente pela preocupação maternal primária, estado descrito por Winnicott (1993) como sendo a capacidade de se colocar no lugar do filho e de responder às suas necessidades.

A criança, por não se ver desejada e perceber o "desencanto" da mãe com ela, desenvolve uma culpabilidade pela tristeza e males da família, carregando a culpa como sentimento preponderante em suas relações pessoais, a qual toma conta da vida de fantasia da criança, que se sente responsável por não dar alegria, gratificação, realização à mãe. Assim, a criança traz consigo os dilemas das polaridades conflitivas vida x morte,

prazer x desprazer, poder x impotência, vivenciando profundos sentimentos de impotência para enfrentar e modificar situações de vida, uma falta de sentido para viver que lhe retira a vontade de buscar o prazer (e cria a idéia de não ser merecedora de ter prazer e alegria), oriundos de uma sensação de vazio, de sentimentos de desilusão, desamparo e solidão existencial. Assim, a criança deprimida tem como temáticas conflitivas a culpa, a impotência, a falta de desejo, que podem alimentar idéias autopunitivas e de morte.

A criança que perdeu a mãe e mora com o pai, tendo que assumir responsabilidades domésticas (como cozinhar, lavar, arrumar a casa, etc.) e escolares consigo mesma e às vezes com irmãos menores, traz a tristeza e o desânimo em sua face por se sentir sobrecarregada com os afazeres e se ver impedida de ser criança, de ter o direito de ter prazer/diversão, guardando assim a sensação de infância perdida. Embora encontremos pais afetivos e engajados em substituir a ausência materna, a sua presença não é suficiente para suprir o buraco afetivo sentido pela falta de uma relação primária exclusiva de cuidado maternal.

Ainda observamos em algumas famílias a presença de um pai hostil que acusa, desqualifica, despreza, ataca a auto-estima de forma destrutiva, deixando a criança com sentimentos profundos de desvalia. A base da depressão não é o sentimento de rejeição, mas sim as experiências de falta de vínculo de amor, de negligência e desconfirmação. A criança depressiva sofre por não se sentir merecedora de ser amada (o que desperta o sentimento de rejeição), por não sentir-se valorizada, nem confirmada. Podemos afirmar que as figuras parentais de crianças deprimidas, de um modo geral, são insuficientes, indisponíveis, inacessíveis para prover as necessidades afetivo-emocionais da criança por não conseguirem se oferecer como suporte, eco, continente da vulnerabilidade emocional da criança.

## **Ajustamentos criativos defensivos**

A **dessensibilização** é a marca na alma da criança resultante do golpe da desamorização existente entre mãe-bebê. O eu torna-se desvitalizado, sem respostas sensoriais aos estímulos externos de excitação, em função da falta do diálogo de pele, do aconchego do colo que alimenta o narcisismo primário da criança. Por carecer da experiência inicial do egotismo, responsável pela formação da auto-estima e do processo de individuação, a criança perde a capacidade de auto-regulação saudável, de identificar as suas necessidades originais e lutar para satisfazê-las. A **introjeção** complementa o empobrecimento do eu que, por internalizar crenças e pensamentos negativos sobre os pais e si mesma, desmobiliza a energia de vida para a ação de auto-realização. A identificação introjetiva

com a mãe depressiva, as acusações e depreciações sofridas criam representações internas negativas que irão ser responsáveis pela falência da auto-estima e do conseqüente sentimento de amor pela vida. A culpa aparece como resultante do sentimento de responsabilidade pela tristeza/desprazer da mãe, que desperta atitudes de vitimização ("não sou capaz", "sou um fracasso", "tenham pena de mim", "sou um peso na vida dos outros", "ninguém se preocupa comigo") e de submissão ao outro, que leva a criança a buscar sofregamente tornar-se objeto de desejo, de valor para um outro simbolizador da mãe desamorosa. Assim, a criança recorre à **retroflexão** para inibir a expressão de impulsos agressivos, que geram tensão na relação, a fim de defender-se da fantasia angustiante da perda afetiva. Esse mecanismo cujo fim é a contenção das emoções e impulsos atinge a expressão físico-corporal, provocando sintomas psicossomáticos (dor de cabeça, dor no estômago, erupções na pele, etc.). Ao retrofletir, a criança retorna a energia emocional da ação para si, fazendo consigo aquilo que gostaria de fazer ao outro, sendo autocondenadora e depreciadora de si mesma.

### **O itinerário terapêutico**

A grande tarefa do terapeuta consiste em fazer a criança deprimida, possuidora de baixa auto-estima, despertar para as suas qualidades e potencial adormecidos. Essa criança necessita desenvolver a capacidade de investir emocionalmente em si mesma, de forma a reconhecer o valor da sua existência. Já que não recebeu do outro o amor nutritivo necessário, precisa aprender a dar a si aquilo que não recebeu. Cabe ao terapeuta oferecer experimentos de autonutrição que visam "limpar" as introjeções que carregam mensagens negativas sobre si, a fim de poder aceitar-se (OAKLANDER, 2006) e ser capaz de cuidar de si mesma, de modo que saia da posição paralisadora de vítima e não fique eternamente esperando que o outro faça com ela aquilo que gostaria de ter recebido. O terapeuta pode fazer uso de atividades corporais para mobilizar a energia agressiva, as sensações, a excitação, o prazer (movimentos corporais amplos, tato, visão, olfato). Recorrer ao desenho, à pintura para incentivar a descarga de tensão. Utilizar fantoches para dramatizar pessoas com emoções reprimidas (raiva, medo), que vivenciaram situação de perda e, principalmente, encenar crianças que exercitam o poder nas relações pessoais. É importante destacar que qualquer sugestão de atividade deve ser feita com base na observação fenomenológica dos eventos emocionais, comportamentais ou cognitivos que surgem no contexto relacional da situação terapêutica. O gestaltista respeita o fluir da criança que, em seu movimento de auto-regulação, manifesta uma

dinâmica psicológica própria de organização e escolha de brinquedos, jogos ou atividades.

### **A criança com transtorno fóbico-ansioso**

O medo é uma reação em favor da sobrevivência que ocorre diante de uma ameaça à vida ou à integridade psíquica, sendo inerente à condição humana. Há os medos naturais específicos do desenvolvimento (escuro, altura, animais, trovão, chuva), que surgem quando a criança toma consciência do mundo, de coisas que não consegue entender ou controlar, mas que desaparecem ao longo do tempo, quando os pais reagem com atitudes de conforto, proteção e tranquilização.

Quando a criança é exposta constantemente a uma fonte de perigo ou tensão surge a ansiedade que, em sua expressão fisiológica, é manifestada por meio de sudorese, taquicardia, enurese, dores corporais, contenção da respiração e, em sua forma cognitiva, se mostra como uma constante preocupação com eventos trágicos que podem vir a acontecer a si mesma e às pessoas amadas. Segundo o DSM-IV (2000), a fobia é uma reação exagerada de medo excessivo e irracional, desencadeado pela presença ou antecipação de um objeto, lugar ou situação aterrorizante que leva a uma sensação de descontrole do corpo e da mente. Do ponto de vista psicológico, representa uma expressão simbólica de conflitos psicológicos relacionais, carregados de fantasias de morte, destruição e/ou doença, as quais escondem o impulso agressivo dirigido ao outro significativo amado, hostil e temido. A criança projeta no desconhecido, no objeto, na situação (roupas, ônibus, pessoas estranhas, animais) o perigo da ausência (ou presença) e falta de suporte parentais. Essa angústia é situada em algo concreto, sendo assim transformada em ansiedade, para que possa ser enfrentada, caso contrário, a criança viverá uma iminente e confusa sensação de aniquilamento, acompanhada de sentimentos de desamparo, desproteção e de incapacidade de autodefesa. O transtorno de ansiedade vem se instalar pela vivência repetitiva de experiências estressantes e/ou traumáticas ou pela aprendizagem de crenças fóbicas ou pela imitação de comportamentos que transmitem uma percepção negativa do mundo e do outro, que são vistos como uma permanente ameaça (CORDIOLI; TERUCHKIN, 2007), ou ainda pela superproteção dos pais que inibem a capacidade defensiva da criança de enfrentar a realidade. Na maioria dos casos, as fobias estão ligadas a uma ansiedade em relação à própria segurança ou a uma ansiedade de ser ferido ou ferir alguém a quem ama. Podemos ilustrar o seguinte caminho de formação da patologia:

**Medo > ansiedade > defesas > sintomas > comportamentos fóbicos**

Na CID-10 (1993), os transtornos de ansiedade mais comuns da infância são: ansiedade de separação, ansiedade fóbica e ansiedade social. Os comportamentos problemáticos correspondentes a cada um (medo de ficar sozinha, de sair de casa, de ir ao banheiro sozinha, de dormir sozinha, recusa em ir à escola, medo de escuro, medo de insetos e/ou animais, medo de estranhos) tem sua expressão em sintomas clínicos, tais como: choro fácil, ataques abruptos de raiva, morder os lábios, roer unhas, pesadelos, irritabilidade, comportamento aderente/pegajoso, timidez, passividade, retraimento, enurese noturna, sudorese nas mãos e pés, dentre outros.

Em minha compreensão clínica, os transtornos de ansiedade contemplam os dilemas do contato de união/separação, dependência/independência e as polaridades conflitivas da confiança/desconfiança, passividade/agressividade. A polaridade conflitiva passividade/agressividade vivida pela criança que sofre de ansiedade revela uma conduta de submissão passiva ao outro e de amabilidade, desejando agradar, para sempre evitar conflitos. Em um caso de fóbico-ansioso apresentado por uma criança de 7 anos de idade, ela experienciava a ambivalência da raiva e do amor contra a mãe frágil e o pai inseguro que não ofereciam segurança, amparo e confiança nem para eles próprios, nem para a criança. Em sua passividade, foi criando ajustamentos disfuncionais para ocultar sua incapacidade de opor-se, enfrentar, atacar, agredir a fonte de ameaça (ou de desproteção), escondendo sentimentos de raiva, insatisfação e a manifestação da própria agressividade contra o outro amado (do qual não deseja se separar) e/ou temido. A criança, ao situar objetivamente seu medo em um objeto, animal ou situação, faz uso do ajustamento criativo para preservar a imagem e a relação parental falsa de força e proteção. A fantasia de morte dos pais traz o perigo da perda que expõe a falta de amparo interno e a falha na proteção parental.

A criança fóbica-ansiosa mora em uma casa mal-assombrada, vivendo dramas afetivos calcados na falta de confiança, segurança e suporte (polaridade confiança/desconfiança). A criança tem medo do espaço interno da própria casa, de ficar só, de se deslocar sozinha pelos aposentos da casa, de dormir sozinha, quando naturalmente a casa deveria ser sentida como um "útero protetor". A criança toma-se por um eu desamparado, frágil, dependente, que não confia em si e teme o outro-estranho (um monstro noturno que aparece no quarto), e cujo corpo teme e precisa conter para controlar as fortes sensações de excitação produzidas pela intensa ansiedade.

Algumas das temáticas conflitivas experimentadas como fundo nas relações parentais são os dilemas do contato da união/separação e da dependência/independência. Encontramos pais superprotetores que pretendem resguardar a criança da dor, sofrimento, angústia, doença ou

qualquer acontecimento dramático, agindo com excessiva preocupação com a segurança da criança - e a superproteção (oriunda da boa intenção dos pais) desperta o sentimento de incompetência, fragilidade, incapacidade na criança. Há as mães ansiosas, que tiveram experiências traumáticas na infância em relação aos próprios pais e desenvolveram fobias. Há os pais ameaçadores, violentos que agridem fisicamente a mãe e/ou os filhos. Ainda há pais que se sensibilizam demasiadamente com os medos da criança, supervalorizando-os e, por isso, dispensando uma atenção afetiva exagerada à criança, que reforça sua fragilidade e medo de separação. Um outro exemplo são os pais imaturos que infantilizam a criança e, assim, inibem o seu desejo de independência. E, principalmente, pais que percebem o mundo de forma negativa e hostil, no qual as pessoas externas à família são vistas como perigosas e não confiáveis.

As dinâmicas parentais acima descritas ilustram que, no seio familiar, reina um ambiente com uma sobrecarga de apreensão com o “o quê está por vir” trágico. A criança, dessa forma, depara-se com a angústia da escolha de permanecer na união ou buscar a separação; e também com a renúncia à dependência infantil para seguir rumo à independência, cujo conflito anuncia a dúvida da opção por si (sua autonomia) ou pelos pais (domínio parental). A criança saudável é aquela que tende “no sentido da independência e da aventura” (WINNICOTT, 1983, p. 68), desejosa de abdicar da dependência absoluta e relativa das figuras parentais no curso do seu processo de desenvolvimento emocional e da formação da sua personalidade.

## **Ajustamentos criativos defensivos**

Os transtornos de ansiedade têm a **deflexão** como o processo defensivo definidor da patologia. Tal funcionamento consiste em condutas de evitação do contato ou da consciência do objeto ou situação provocadora de ansiedade. A criança desenvolve comportamentos evitativos (ex: recusa em ir à escola, em dormir sozinha, não sair de casa, déficit de atenção) devido aos pensamentos carregados de crenças negativas sobre a fonte de tensão. Essas crenças aterrorizantes geram idéias falsas que fogem a sua crítica consciente (ex: a escola é suja, o mundo é perigoso, se eu ficar longe de minha mãe algo ruim pode acontecer), levando a criança a recorrer à **projeção** para negar os próprios pensamentos agressivos de que teme ter consciência. Para ela, é o mundo externo que é agressivo e destrutivo. Algumas crianças retratam esse conflito através de pesadelos de conteúdo persecutório (ex. o monstro perseguindo para matar, roubar, sequestrar).



A **confluência** é o mecanismo psicológico que traduz a relação de dependência mútua entre mãe-criança, onde há pouca diferenciação de fronteiras. A angústia de separação vivenciada pela criança (e, por vezes, pela mãe), a qual teme o próprio aniquilamento ou o da mãe frágil, cria uma obstrução no processo de individuação e autonomia. Essa criança que sofre com a separação acredita que a mãe não sobrevive longe dela, assim como ela se vê desamparada longe da mãe. Por outro lado, a mãe insegura que necessita da criança para afirmar a sua importância e cujo conflito traduz “eu necessito que meu filho necessite de mim”, reforça essa relação fusional de co-dependência emocional e apego inseguro. A **retroflexão** emerge como o recurso psicológico de contenção da expressão das sensações de excitação (excitação fisiológica e emoções) que exigem ação. Basicamente, a criança retroflete os impulsos agressivos, pois necessita inibir o sentimento de raiva para evitar a manifestação da raiva destrutiva deslocada para o outro poderoso. O corpo vira alvo do sofrimento emocional, o que gera vários fenômenos psicossomáticos (queixas de dor de cabeça, de barriga, problemas de pele, alergias). A criança fóbica-ansiosa tem condutas passivo-agressivas, sendo gentil e educada na maior parte do tempo, mas ora apresenta explosões de raiva ocasionais, devido à luta interna contra a forte repressão dos impulsos agressivos originais. Resta-lhe, portanto, a fuga do mundo, a evitação das relações sociais, as preocupações com o amanhã trágico, tornando-se uma pessoa que raramente vive o aqui-agora real.

## **O itinerário terapêutico**

O medo em sua essência provoca paralisação, o que bloqueia uma ação de defesa ou ataque. O falso conflito da criança ansiosa consiste em lutar contra o medo do ataque agressivo do mundo ameaçador, quando deveria encarar o temor da agressividade dos pais ou sua insatisfação com a fragilidade dos pais. Sobretudo, é importante que essa criança conscientize-se do temor da própria agressividade negada, que gera seus sentimentos de insegurança e ansiedade.

O primeiro passo a ser dado é averiguar, durante a entrevista inicial, se um dos pais tem alguma fobia ou algum medo específico para, em seguida, conscientizá-los de seus próprios medos e angústias para que assim venham a assumir os seus próprios conflitos e a criança possa entender que os seus medos não são seus medos. A criança aceitando seus medos deixa de ter medo de ter medo. A terapia do medo é o desapego da relação, de forma a permitir a separação e fomentar o processo de individuação; levar a criança a des-cobrir o autopoder para exercer a independência; estimular a auto-expressão espontânea para aprender a deixar as coisas fluírem naturalmente sem ficar a esperar o

trágico. É importante conversar sobre o medo para desmistificar o medo e assim poder lidar com a sua vulnerabilidade real diante do perigo real e não imaginário de suas fantasias catastróficas. Nesse sentido, o terapeuta pode promover experimentos com a energia agressiva que é a energia emocional que mobiliza a criança para uma ação que dá senso de poder e força (OAKLANDER, 2006), a fim de exteriorizar diretamente necessidades e sentimentos importantes que estão como fundo do conflito fóbico. O terapeuta pode fazer uso de fantasias dirigidas com temas de coragem, independência; diálogo com fantoches humanos ou de animais sobre o medo, a raiva; dramatizar a situação fóbica; propor desenhos temáticos; trabalhos corporais e sensoriais com a argila para liberar a tensão muscular e a agressividade retrofletida, de forma a resgatar a consciência corporal. É importante considerar que o terapeuta gestáltico age com cuidado e tem uma preocupação em não impor atividades, de forma a evitar intervenções invasivas que não respeitem o ritmo, a espontaneidade e a singularidade da criança, bem como busca, nas entrevistas de orientação aos pais, provocar a conscientização de conflitos pessoais não resolvidos, com o fim de facilitar o processo da criança e a reconfiguração da dinâmica da família.

### **A criança com distúrbio obsessivo-compulsivo**

O transtorno obsessivo-compulsivo é a psicopatologia mais tardia dentre as apresentadas anteriormente que se instala quando a criança já concluiu a internalização das figuras parentais, introjetou os mandatos, crenças e valores sócio-familiares e tomou consciência de sua própria personalidade. No DSM-IV (2000) essa patologia caracteriza-se pela presença de rituais comportamentais compulsivos e pensamentos obsessivos/repetitivos relacionados à ordem, sujeira, contaminação. As obsessões são pensamentos ou idéias (dúvidas), impulsos, imagens, cenas que invadem a consciência de forma repetitiva, persistente e estereotipada, seguidos ou não de rituais destinados a neutralizá-las. A criança tenta resistir, suprimi-los com ações ou com outros pensamentos, reconhecendo-os como produto da própria mente e não como originados de fora, o que causa ansiedade ou desconforto acentuado. Já as compulsões são comportamentos repetitivos (ex. lavar as mãos, tomar banho várias vezes, fazer verificações) ou atos mentais (rezar, contar, repetir palavras, perguntas ou frases) que a criança é levada a executar em resposta a uma obsessão ou em virtude de regras que pensa que devem ser seguidas rigidamente. Esses comportamentos “visam reduzir o desconforto e regular a ansiedade gerada pelos pensamentos obsessivos, além de prevenir algum evento objetivamente improvável causador de dano ou por ele causado” (CID-10, 1993, p. 140). Do ponto de vista das características

psicológicas, a criança pode ter inibição, apresentar irritabilidade e agressividade, ter uma preocupação exagerada com o desempenho (escolar e social), com erros e com condutas inadequadas e, ainda, pode desenvolver extrema atenção com detalhes.

Essa criança é aquele filho ou filha que todo pai gostaria de ter, por ser obediente, bom aluno, amadurecido, responsável. Valoriza a intelectualidade, investindo fortemente nos estudos, pois capta, desde cedo, a mensagem que deve ser independente e deve perseguir a imagem idealizada de filho perfeito. É um preço alto a se pagar pelo amor dos pais, uma vez que tem que engolir muitos “deverias” e “não deverias ser assim” que terminam por enrijecer a sua personalidade e diminuir a sua capacidade de expressão espontânea.

O drama interno vivido entre aquilo que é e aquilo que deve ser acarreta uma lentificação mental para tomar decisões em decorrência das dúvidas (devo ou não devo? está certo ou errado? irá acontecer ou não? faço assim ou de outro jeito?) e da necessidade de dar sempre uma resposta certa por temer o erro, a reprovação, a crítica. A criança desenvolve um senso crítico cruel, punitivo, que mobiliza a formação da culpa em função da colisão entre o sistema de valores autênticos do eu e os valores dos pais, que ora tem vontade de contrariar, mas teme a punição ou condenação. Assim, entra em litígio o racional e os desejos. A ambivalência de sentimentos e os comportamentos contraditórios dominam seu mundo psicológico. A criança mostra-se organizada com o material escolar, porém com as coisas pessoais é desleixada e bagunceira; ora obedece as figuras de autoridade, ora desacata. Sentimentos de angústia, temor, culpa, vergonha, raiva, rebeldia se fazem presente no reino das polaridades conflitivas do controle x descontrole, dar x receber, carrasco x vítima que podem facilitar crises depressivas. São crianças que se veem em permanente situação de julgamento na espera de receberem, segundo Zimerman (1999, p. 219), “a sentença de culpado pelo crime de transgressão (pelo que fez ou pelo que deixou de fazer em pensamentos, sentimentos e atos)”. Vivem sob o jugo de um rigoroso código moral, passando a agir também como juízes dos outros, atentos aos seus deslizes e maus comportamentos.

O dilema do controle revela a recusa do domínio externo quando luta para descontrolar o controle introjetado (dos pais controladores) cuja voz internalizada diz: “seja o melhor, o mais justo, o mais inteligente; não erre; controle suas emoções”. A criança com encoprese, por exemplo, ao sujar as calças (na expulsão controlada das fezes) tem um gozo sádico de irritar os pais e mostra, de modo disfarçado, que pelo menos em seu corpo eles não mandam. A criança com características obsessivas e compulsivas internaliza que ser amada é ser aprovada, ser aprovada é ser aceita e ser aceita é comportar-se exemplarmente bem, sem erros, sem falhas para atender as altas expectativas dos pais moralmente

irrepreensíveis. Sofre continuamente com os dilemas do certo/errado *versus* o bom/mau.

O campo relacional familiar, com poucas exceções, revela pais que impõem uma educação rígida, estimuladora da ordem, da consequência do ato, da responsabilidade. A rigidez mental e emocional de um dos pais orienta a conduta parental mais para o cuidado operacional com a criança do que com o cuidado afetivo, o que gera a dúvida do amor e a ambivalência de sentimentos. Certos pais só demonstram agrado quando o filho atende suas expectativas de perfeição, o que faz com que a criança introjete um ideal de eu que vem acompanhado da obrigação de ter um excelente desempenho, um comportamento íntegro para evitar sentimentos de inadequação e crítica e para não decepcionar os pais exigentes e temidos, os quais não dão lugar para o afeto, o diálogo amoroso, o contato físico nutritivo.

### Ajustamentos criativos defensivos

A criança em sua dinâmica obsessiva tem a **introjeção** como processo básico formador da patologia. Introjeta que deve ser responsável, educada, organizada, justiceira, escrupulosa, bondosa, em decorrência das imposições parentais de idealização e ainda por identificação com uma das figuras parentais que tem um funcionamento rígido. Assim, contém a expressão espontânea de seus impulsos e emoções recorrendo à **retroflexão** como mecanismo para reprimir a espontaneidade dos sentimentos, a impulsividade dos atos, passando a supervalorizar a racionalidade e tornando-se introspectiva. A rigidez mental se instala por meio da **fixação** em normas, valores, conceitos, que criam comportamentos fixos e repetitivos, que impedem a entrada do novo e diferente em seu mundo perceptivo. Há um severo medo de crítica, reprovação, condenação, punição, uma vez que isso corresponde à rejeição dos pais por causar-lhes decepção. Dessa forma, utiliza a **projeção** como recurso psicológico de defesa, apontando nos outros defeitos e erros que não tolera ver em si mesma. A criança ostenta uma forte rigidez moral, passando a ser chata para os colegas por julgar-se sempre como a correta ou a dona da verdade. Nas suas interações, emprega a **proflexão** como forma de obter compensação ou confirmação do modelo introjetado de eu ideal, procurando fazer ao outro aquilo que gostaria que fizessem com ela e querendo que o outro seja como ela é: cortez, educada, boazinha. A culpa aparece como consequência do eu carrasco introjetado, do excesso de responsabilidade que assume perante os pais e a vida (culpa imputada pelo outro). Os rituais e pensamentos obsessivos surgem para defender a criança da severidade dos pais introjetados e também da própria condenação interna que viram

projeções – o mundo é sujo, desamoroso, injusto, desordeiro. Tornam-se crianças que anseiam pela independência, parecem auto-suficientes e poderosas, porém carregam no coração uma grande carência afetiva. A rigidez mental dessas crianças corresponde a uma *gestalt* fixada que, segundo Wheeler (2002), faz a criança funcionar em círculos, onde o pensamento volta sempre ao mesmo ponto por ter se cristalizado na percepção de uma mesma figura, levando ao ensimesmamento. A gagueira, os tiques motores, a encoprese são comorbidades que surgem como sintomas secundários a esses pensamentos e condutas repetitivas e inférteis.

## **O itinerário terapêutico**

O objetivo é fazer fluir o que está fixado em demasia: os introjetos de eu ideal. A criança ou adolescente precisa deixar de ser tão crítico consigo, ser capaz de relaxar e deixar as coisas acontecerem sem necessidade de manter o controle sobre toda situação. Oaklander (2006) utiliza a técnica do “sexto sentido” que envolve aprender a confiar na escolha do eu (confiança oriunda da auto-regulação orgânica, nosso sábio interior que guia nossas escolhas autênticas), a partir do diálogo com as mensagens existenciais vindas dos sinais corporais. Quando a criança está em dúvida para tomar decisões, ela sugere fazer as seguintes intervenções: “Você acha que é melhor para você estudar depois de brincar ou acha que tem que estudar logo que chega da escola?” O terapeuta pede que visualize a cena e responda uma das perguntas. Em seguida, solicita “agora pergunte ao seu corpo: isso é verdadeiro ou falso?” Os introjetos impedem que a criança tenha segurança nas escolhas feitas, as quais, muitas vezes, não obedecem às vontades autênticas do eu.

Um outro recurso terapêutico é trabalhar as polaridades certo/errado, verdadeiro/falso, bom/mau, visando integrar as partes de sua personalidade que estão alienadas devido às experiências introjetadas. É importante o uso de experimentos que possibilitem o lúdico entrar em cena, uma vez que essa criança ou adolescente é muito sério e evita ser infantil (p.ex. imitar um animal doméstico que gosta de carinho; fantoches que dramatizem alguém engraçado, bagunceiro, exercícios corporais). O terapeuta pode recorrer às fantasias dirigidas da figura do sábio, da roseira e outros que “quebrem” com a imagem do eu ideal/perfeito e resgatem o contato com o eu espontâneo. É interessante o brincar com tinta, argila, água para mobilizar a fluidez, o poder errar, a aversão ao sujo, e também oferecer jogos de escolhas para trabalhar a definição do eu e assim ganhar auto-suporte para libertar-se da identidade idealizada.

## Considerações finais

A abordagem gestáltica possui um modelo teórico que instrumentaliza o gestalt-terapeuta a compreender e tratar os distúrbios emocionais apresentados. O objetivo do tratamento gestáltico com crianças é restaurar o contato nutritivo consigo e com o meio, mediante o despertar da consciência de seus sentidos, de seu corpo, de aspectos de sua identidade, de forma que possa efetuar uma ação-interação coerente com suas necessidades afetivas, cognitivas e sociais. Cada psicopatologia tem seu núcleo conflitivo particular, seus dilemas de contato e mecanismos de ajustamentos defensivos específicos que permitem um diagnóstico preciso e diferencial. É possível, contudo, haver um entrelaçamento dos transtornos (comorbidades), onde uma criança fóbica-ansiosa pode manifestar alguns sintomas obsessivos e sofrer um episódio depressivo, ou uma criança com um transtorno obsessivo vir a apresentar uma fobia específica e também uma depressão. Todavia, há sempre um quadro dominante que prevalece como figura, conforme o drama psicológico vivido. O importante é buscar a compreensão fenomenológica da unidade de experiência (emoção, pensamento, ação) que dá o sentido do conflito e revela qual o dilema do contato essencial. Todo dilema do contato revela uma experiência introjetada e uma *gestalt* aberta. Conforme Lee (*apud* WHEELER, 2002), “em GT procuramos sempre por vozes perdidas do *self*” (p. 178), pelos introjetos que conectam o mundo interno ao externo, confundindo a expressão autêntica da criança. A criança aprende e entende melhor por meio de experiências concretas, portanto, o trabalho com crianças deve ser conduzido para a vivência de experiências, de modo que ela possa experimentar seu mundo subjetivo e dar significado a partir daquilo que vê, sente, pensa e faz. A mudança ocorre através da experiência vivida no encontro terapêutico, que promove a tomada de consciência de suas ações, emoções e processos de ajustamentos criativos.

## Referências Bibliográficas

- AJURIAGUERRA, J de; MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. São Paulo: Masson, 1986.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-IV. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.



ANTONY, S.; RIBEIRO, J. Hiperatividade: doença ou essência. Um enfoque da Gestalt-Terapia. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, CFP, n. 2, p. 186-197, 2005.

BRIGGS, D. **Criança Feliz**: o desenvolvimento da autoconfiança. São Paulo: Martins Fontes, 1986.

CORDIOLI, A.; TERUCHKIN, B. **Fobias específicas**. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/TCCfesp.html>. Acesso em: 28 mar 2007.

FRAZÃO, L. Pensamento diagnóstico processual: uma visão gestáltica de diagnóstico. **Revista do II Encontro Goiano de Gestalt-Terapia**, Goiânia, n. 2, p. 27-31, 1996.

OAKLANDER, V. **Hidden treasure**: a map to the child's inner self. London: Karnac, 2006.

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

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

WHEELER, G. Compulsion and curiosity: a gestalt approach to OCD. In: WHEELER, G.; McCONVILLE, M. **The heart of development**: gestalt approaches to working with children, adolescents and their world. V. 1: Childhood. New Jersey: Gestalt Press, 2002. p. 165-181.

WINNICOTT, D. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed, 1983.

ZIMMERMAN, D. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

#### **Endereço para correspondência**

Sheila Maria da Rocha Antony

Instituto de Gestalt-Terapia de Brasília, SCRN 702/3, Bloco C, Entrada 22, 3º andar, sala 301. CEP: 70720-630, Brasília, DF, Brasil.

**Endereço eletrônico:** [sheilaantony@yahoo.com.br](mailto:sheilaantony@yahoo.com.br)

**Recebido em:** 31/05/2009

**Aceito para publicação em:** 18/08/2009

**Editor responsável:** Eleonôra Torres Prestrelo