



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE PSICOLOGIA

**BEATRIZ NINA DE ARAUJO COSTA CARVALHO BRANCO**

**O TRABALHO DA CLÍNICA GESTÁLTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS:  
ampliando fronteiras**

**São Luís  
2020**

**BEATRIZ NINA DE ARAUJO COSTA CARVALHO BRANCO**

**O TRABALHO DA CLÍNICA GESTÁLTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS:  
ampliando fronteiras**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito básico para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com Formação de Psicólogo.

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Wanderlea Nazaré Bandeira  
Ferreira.**

**São Luís  
2020**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Branco, Beatriz Nina de Araujo Costa Carvalho.  
O trabalho da clínica gestáltica com crianças autistas  
: ampliando fronteiras / Beatriz Nina de Araujo Costa  
Carvalho Branco. - 2020.  
51 f.

Orientador(a): Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira.  
Curso de Psicologia, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2020.

1. Autismo. 2. Clínica infantil gestáltica. 3.  
Contato. 4. Gestalt-terapia. I. Ferreira, Wanderlea  
Nazaré Bandeira. II. Título.

**BEATRIZ NINA DE ARAUJO COSTA CARVALHO BRANCO**

**O TRABALHO DA CLÍNICA GESTÁLTICA COM CRIANÇAS AUTISTAS:  
ampliando fronteiras**

Monografia apresentada ao Curso de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) como requisito básico para obtenção do grau de Bacharel em Psicologia, com Formação de Psicólogo.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

**Prof<sup>ª</sup>. Ma. Wanderlea Nazaré Bandeira Ferreira (Orientadora)**  
Mestre em Psicologia Clínica  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

**Prof<sup>ª</sup>. Dra. Júlia Maciel Soares-Vasques (Examinadora)**  
Doutora em Psicologia  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

**Prof<sup>ª</sup>. Ma. Alice Parentes da Silva Santos (Examinadora)**  
Mestre em Saúde Coletiva  
Faculdade Pitágoras – São Luís

---

**Psicóloga Camila Campos Silva (Suplente)**  
Mestranda em Educação para a Saúde  
Umanità Psicologia Integrada

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre me proteger, por me dar forças quando eu me vejo sem chão e por iluminar todos os meus caminhos.

Agradeço aos meus pais, que nunca mediram esforços para me proporcionar uma ótima educação, conforto e, principalmente, muito amor. Pai, onde quer que o senhor esteja, espero que um dia eu possa lhe dar orgulho. O senhor é a minha inspiração para tentar ser uma pessoa melhor a cada dia. Sinto sua falta todos os dias. Mãe, eu tenho muita admiração pela senhora. Obrigada por todo amor e por fazer de tudo para me ver feliz.

Agradeço a Iara e Tati, que sempre cuidaram de mim com muito amor e carinho e são minha família do coração.

Agradeço à Denise, que sempre esteve por perto nos momentos bons e ruins, nos apoiando, amparando, e sempre estendendo a mão para nos ajudar. Meu carinho e gratidão pela senhora são enormes!

Agradeço à Taynara, minha amiga e irmã. Nossa amizade é um dos maiores presentes que eu já recebi nessa vida. Que a gente possa continuar sempre se apoiando e contando uma com a outra, independente de qualquer coisa.

Agradeço ao meu amado grupo: Juliana, Júlia, Apoena e Laisse. Meninas, não sei como teriam sido esses últimos anos sem vocês. Sou imensamente grata a cada uma por todo apoio, amor, cumplicidade, empatia, carinho e preocupação. Foi muito bom poder contar com vocês durante essa caminhada. Obrigada pelos risos e pelos choros compartilhados. Tenho muito orgulho de cada uma de vocês. Não tenho dúvidas de que vocês serão profissionais muito competentes e, acima de tudo, muito humanas. Obrigada por terem me ensinado tanto! Estamos encerrando esse ciclo, o qual muitas vezes foi pesado e difícil. Mas conseguimos! Torço para que nossa amizade continue para além da universidade. Vocês são muito especiais.

Agradeço à Polyanna, por ser sempre tão amiga e prestativa. Poly, tua amizade e confiança são muito importantes!

Agradeço à Wanda, por todo cuidado e carinho ao longo desses anos, e por ter me apresentado a Gestalt-terapia.

Agradeço à professora Júlia Maciel, à Alice Parentes e à Camila Campos pelo interesse e disponibilidade em fazerem parte da minha banca de monografia e avaliarem o meu trabalho.

## RESUMO

O autismo, denominado pelos manuais de psiquiatria como Transtorno do Espectro Autista (TEA), é classificado enquanto um transtorno do neurodesenvolvimento. A Gestalt-terapia, por sua vez, considera o autismo como uma perturbação da função id do self. Esse transtorno é marcado por uma rigidez nas fronteiras de contato, o que provoca um bloqueio e uma interrupção do contato da criança com o seu meio e, conseqüentemente, a diminuição e limitação da sua capacidade de estabelecer relacionamentos com outros indivíduos. O contato é um conceito fundamental para a Gestalt-terapia, de modo que se torna necessária a compreensão da forma como a criança estabelece contato consigo e com o mundo, o que é expresso através da relação entre psicoterapeuta e cliente. Esta pesquisa propôs-se a analisar a condução do trabalho da clínica gestáltica com crianças autistas. Para isso, alguns caminhos foram percorridos, como: traçar o percurso histórico da categoria diagnóstica do TEA; descrever a concepção de homem e de mundo e os principais conceitos da Gestalt-terapia; conhecer como a referida abordagem concebe o processo de desenvolvimento infantil e, por fim, compreender a visão da Gestalt-terapia acerca do autismo. Trata-se de uma revisão bibliográfica que contempla a temática abordada, apresentando uma análise qualitativa dos dados encontrados, com base na perspectiva gestáltica para compreender o fenômeno escolhido para investigação. Além das obras clássicas e contemporâneas da Gestalt-terapia e de livros relacionados à temática deste estudo, foram realizadas pesquisas nas bases de dados Scielo e Pepsic, com os seguintes descritores: “Gestalt-terapia”, “Gestalt-terapia infância”, “Gestalt-terapia com crianças”, “Autismo”, “Gestalt-terapia autismo” e “Gestalt-terapia clínica autismo”. A Gestalt-terapia é uma perspectiva teórica que concebe o homem enquanto um ser total, relacional, contextual, capaz de se autorregular e em constante transformação. Assim, é possível concluir que a clínica infantil gestáltica preza pelo respeito ao tempo, ao espaço e às possibilidades da criança autista, valorizando o seu modo de ser e de existir no mundo, buscando desenvolver suas potencialidades, ampliando suas fronteiras de contato e contribuindo para melhorar sua qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Autismo. Gestalt-terapia. Clínica infantil gestáltica. Contato.

## ABSTRACT

Autism, in psychiatric manuals named as Autistic Spectrum Disorder (ASD), is classified as a neurodevelopmental disorder. Gestalt-therapy relates autism to a disturbance in the id function of the self. This disorder is characterized as a stiffness at the contact boundaries, which causes a blockade and an interruption in the children's contact with their environment and, consequently, a decrease and limitation in their ability to establish relationships with other individuals. Contact is a fundamental concept for Gestalt-therapy, so the way the child contacts with the world is of great relevance in the psychotherapeutic context of this approach. This research aims to analyze the functioning of the Gestalt Clinic with autistic children. For this, some steps were followed, such as: to trace the historical course of the diagnostic of the ASD; describe the conception of man and of world, and the main concepts of Gestalt-therapy; to know how this approach conceives the process of childhood development and, finally, to understand Gestalt-therapy's view of autism. This is a bibliographic research that covers the thematic approached, presenting a qualitative analysis of the data found, based on the gestalt perspective to understand the chosen phenomenon for investigation. Besides the classic and contemporary Gestalt-therapy articles and books related to the subject of this study, searches were conducted in the databases Scielo and Pepsic, using the following indexes: "Gestalt-therapy", "Gestalt childhood therapy", "Gestalt-therapy with children", "Autism", "Gestalt-therapy autism" and "Gestalt-therapy Clinical Autism". Gestalt-therapy is a theoretical perspective that conceives the man as a total, relational, and contextual being, able to self-regulation and constantly changing. Therefore, it was possible to verify that the Gestalt Childhood Clinic values respect for the time, space and possibilities of the autistic children, valuing their way of being and existing in the world, seeking to develop their potential, expanding their contact boundaries and contributing to improve their quality of life.

**Keywords:** Autism. Gestalt-therapy. Childhood Gestalt Clinic. Contact.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	8
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	12
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	14
3.1 Um breve histórico da categoria diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA).....	14
3.2 Gestalt-terapia: visão de homem e de mundo e principais conceitos.....	21
3.3 A compreensão gestáltica sobre o desenvolvimento infantil.....	32
3.3.1 O autismo sob a ótica gestáltica.....	40
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO</b> .....	42
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	47
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	48



## 1 INTRODUÇÃO

A escolha pela temática perpassa por um interesse pessoal acerca do autismo, transtorno pouco discutido durante a minha trajetória no curso de Psicologia, mas com prevalência crescente no Brasil e no mundo. Paralelamente, intriga-me o fato de que o acompanhamento psicoterápico mais difundido e recomendado para esse transtorno limita-se a poucas abordagens da Psicologia, ainda que a mesma seja uma ciência rica e diversa em suas formas de olhar para o indivíduo e compreendê-lo. Assim, sendo a Gestalt-terapia a perspectiva teórica com a qual me identifico e me proponho a estudar, questionei o modo como ela compreende o funcionamento autista e, principalmente, como se desenvolve o trabalho com esse público na clínica infantil gestáltica, problemática que norteia esta pesquisa.

Apesar da existência de um quadro sintomatológico, é importante destacar que os indivíduos autistas não são iguais. Deve-se ir além de um diagnóstico, voltando o olhar para o sujeito e não para a patologia, pois cada criança é única e singular, atravessada por contextos distintos. De modo geral, é possível perceber que a sociedade ainda apresenta dificuldades para aceitar e acolher os diferentes modos de existência, tornando comum a busca por terapêuticas que tentam “moldar” a criança a um funcionamento tido como o “normal” e esperado. Nesse sentido, vale questionar: por que o outro, que é diferente de mim, deve se adequar ao meu modo de viver? O que queremos saber quando perguntamos se uma terapia é eficiente, ou não? O que esperamos dessas crianças e por que elas devem corresponder às nossas expectativas?

Tais indagações convocaram-me a uma reflexão e à construção deste trabalho, tendo em vista que a Gestalt-terapia, enquanto uma perspectiva que acredita nas potencialidades do ser humano, independente da sua forma de estar no mundo, e que o compreende enquanto um ser total, relacional e contextual, dialoga com a temática em questão. Portanto, para que esse diálogo possa ser desenvolvido, faz-se necessário abordar, primeiramente, as características do autismo e a sua classificação atual.

A primeira descrição do autismo foi realizada pelo psiquiatra Leo Kanner, em 1943, nos Estados Unidos, após estudar onze casos clínicos infantis. Essas crianças apresentavam algumas características atípicas que as diferenciavam das demais (MARFINATI; ABRÃO, 2014). Segundo Maleval (2017), esse transtorno identificado por Kanner destacava-se pelos sintomas de solidão e imutabilidade, o que poderia ser percebido pela grande dificuldade que

as crianças autistas apresentavam em estabelecer relações com as pessoas e em lidar com mudanças.

A descoberta e a caracterização do autismo despertaram o interesse de diferentes visões teóricas, as quais passaram a estudá-lo e classificá-lo. Atualmente, os manuais de psiquiatria denominam o autismo como Transtorno do Espectro Autista (TEA) e o configuram enquanto um transtorno do neurodesenvolvimento. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5), o TEA caracteriza-se por déficits persistentes na comunicação e interação social, em diversos contextos, incluindo dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos com outros indivíduos. Esse diagnóstico vem acompanhado por um padrão estereotipado e repetitivo de comportamentos, interesses ou atividades (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Foram estabelecidos três níveis de gravidade do quadro, que tomam como referência os prejuízos na comunicação social e os padrões de comportamento restritos e repetitivos. Esses especificadores de gravidade descrevem, de maneira sucinta, os sintomas no momento presente, mas é importante destacar que o nível de gravidade não é estático, podendo sofrer alterações de acordo com o contexto ou com o tempo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Como já mencionado, o autismo, no campo da Psicologia, foi analisado nesta monografia pela ótica da Gestalt-terapia. Essa abordagem surgiu em 1951, a partir da publicação da obra “Gestalt-terapia”, de Perls, Hefferline e Goodman. Difundida por Frederick Perls, a referida abordagem emergiu em meio ao movimento da Psicologia humanista, o qual acredita na autorrealização do ser humano através das potencialidades de crescimento e criatividade (FRAZÃO, 2013). Kiyon (2006) aponta que, além do humanismo, a abordagem gestáltica fundamenta-se em uma série de pressupostos filosóficos, como: a fenomenologia, o existencialismo e a filosofia dialógica. Do mesmo modo, a Psicologia da Gestalt, a teoria de campo, a teoria holística e a teoria organísmica constituem suas teorias de base, as quais contribuíram significativamente para a construção dos seus conceitos e da sua visão de homem e de mundo.

Para a Gestalt-terapia, o ser humano está sempre em movimento e em interação com o meio, transformando-o e sendo por ele transformado. Nesse sentido, acredita que o desenvolvimento humano é um processo que ocorre durante toda a vida e de forma particular para cada pessoa, não se restringindo ao período da infância e adolescência (ANTONY, 2006). Aguiar (2015) corrobora com tal pensamento e afirma que a abordagem gestáltica apresenta algumas críticas em relação às teorias do desenvolvimento que reduzem,

determinam e padronizam os indivíduos. O ser humano, compreendido enquanto totalidade, não pode ser fragmentado, pois todos os elementos que compõem o seu campo existencial são interdependentes, influenciando-se mutuamente.

A compreensão do ser humano enquanto um ser total e relacional tem implicações diretas na prática clínica, de modo que a relação terapêutica é concebida como o próprio instrumento da psicoterapia. Segundo Aguiar (2015), a relação entre a criança e o psicoterapeuta constitui-se como um fenômeno que possibilita o contato com novas experiências e o desenvolvimento de formas mais saudáveis de interação com o meio. A clínica infantil gestáltica atenta-se para o modo como a criança vem estabelecendo contato com o mundo, contribuindo para expandir e flexibilizar suas possibilidades de contato. No processo terapêutico dessa abordagem, a criança é aceita, respeitada e acolhida independentemente da sua maneira de ser e estar no mundo naquele momento. Há um predomínio da linguagem lúdica em detrimento da linguagem verbal, já que, na grande maioria das vezes, a criança se expressa através do brincar. É fundamental o estabelecimento de um bom vínculo terapêutico não só com a criança, mas também com seus responsáveis, pois a participação deles é essencial ao longo do processo terapêutico.

Brandão (2017), Carvalho e Costa (2010) e Muller-Granzotto e Muller-Granzotto (2008), ao dissertarem sobre o olhar da Gestalt-terapia acerca do autismo, relacionam-no a uma perturbação da função *id* do *self*. Nesse sentido, os autores apontam para um comprometimento no processo de contatar e de reconhecer as figuras que emergem de forma nítida, o que provoca alterações no relacionamento das crianças autistas com o seu meio. O contato é um conceito fundamental para a perspectiva gestáltica, sendo o processo de contatar responsável por provocar mudanças e transformações no campo organismo-ambiente.

Este estudo teve como objetivo geral analisar a condução do trabalho da clínica gestáltica com crianças autistas. Para que essa análise fosse possível, alguns caminhos foram percorridos, como: traçar o percurso histórico da categoria diagnóstica do TEA; descrever a concepção de homem e de mundo e os principais conceitos da Gestalt-terapia; conhecer como a referida abordagem concebe o processo de desenvolvimento infantil e, por fim, compreender a visão da Gestalt-terapia acerca do autismo.

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica, apoiando-se em uma análise qualitativa com base na abordagem gestáltica para compreender o fenômeno que está sendo investigado. Além das obras clássicas e contemporâneas da Gestalt-terapia e de livros relacionados à temática deste estudo, foram realizadas pesquisas nas bases de dados Scielo e Pepsic, com os seguintes descritores: “Gestalt-terapia”, “Gestalt-terapia infância”,

“Gestalt-terapia com crianças”, “Autismo”, “Gestalt-terapia autismo” e “Gestalt-terapia clínica autismo”.

É necessário pontuar que a busca por literatura sobre o autismo à luz da Gestalt-terapia obteve resultados limitados, o que demonstra que esse é um campo ainda pouco explorado. Desse modo, procura-se com este trabalho contribuir para o desenvolvimento de pesquisas e produções científicas acerca desse conteúdo. Além disso, pretende-se que as discussões aqui desenvolvidas possam esclarecer aos pais e profissionais que o acompanhamento psicoterapêutico de crianças autistas a partir da Gestalt-terapia também constitui uma possibilidade de intervenção.

A seguir, é apresentado, na segunda seção, o método pelo qual esta pesquisa foi desenvolvida. Posteriormente, encontra-se a fundamentação teórica, que foi dividida da seguinte maneira: seção 3.1, denominada “Um breve histórico da categoria diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA)”; seção 3.2, intitulada de “Gestalt-terapia: visão de homem e de mundo e principais conceitos”; seção 3.3, cujo título é “A compreensão gestáltica sobre o desenvolvimento infantil”, e o subtópico 3.3.1, nomeado como “O autismo sob a ótica gestáltica”. Em seguida, localizam-se a análise e discussão, as considerações finais e as referências.

## 2 METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica sobre a temática do trabalho da clínica gestáltica com crianças autistas, apresentando uma análise qualitativa dos dados encontrados, com base na perspectiva gestáltica para compreender o fenômeno escolhido para investigação.

A escolha pelo método qualitativo deveu-se pelo entendimento de que o tema aqui abordado não pode ser quantificado. Os fenômenos que se revelam nesta investigação devem ser compreendidos em sua totalidade, de modo singular e sem a priori, o que impossibilita suas reduções em estatísticas e suas fragmentações em variáveis (REY, 2005). Segundo Chizzotti (2003), a experiência humana é um fenômeno que não pode ser quantificado, e essa afirmação sustenta a escolha pela análise qualitativa do objeto de estudo em questão.

Neste trabalho, optou-se pela pesquisa bibliográfica. Essa modalidade de pesquisa caracteriza-se pelo levantamento de referências teóricas que já tenham sido publicadas em livros, artigos científicos, revistas e sites (FONSECA, 2002). De acordo com Lakatos e Marconi (2003), a pesquisa bibliográfica tem o intuito de viabilizar o contato do pesquisador com a literatura já produzida acerca da temática em questão. Também é importante mencionar que esse tipo de pesquisa não consiste em apenas uma repetição do que já foi escrito, mas possibilita um novo olhar sobre o assunto, podendo alcançar diferentes conclusões. Essas autoras sinalizam que a pesquisa bibliográfica divide-se em oito etapas: escolha do tema, elaboração do plano de trabalho, identificação, localização, compilação, fichamento, análise e interpretação e, por fim, a redação.

O primeiro momento foi realizado a partir do interesse da pesquisadora pela temática do autismo e da identificação com a abordagem gestáltica. Em seguida, realizou-se um planejamento das etapas de construção da pesquisa. Posteriormente, houve o levantamento bibliográfico. A fase de localização de obras foi realizada nas bases de dados Scielo e Pepsic, através dos seguintes termos de busca: “Gestalt-terapia”, “Gestalt-terapia infância”, “Gestalt-terapia com crianças”, “Autismo”, “Gestalt-terapia autismo” e “Gestalt-terapia clínica autismo”. Além disso, foram utilizadas obras clássicas e contemporâneas da Gestalt-terapia, bem como capítulos de livros que abordam o autismo, a fim de possibilitar uma fundamentação teórica mais consistente. As referências utilizadas neste trabalho foram publicadas entre os anos de 1985 a 2019. Entretanto, é necessário esclarecer que também foi utilizada uma referência bibliográfica de 1943, pois se trata de um artigo imprescindível para discutir o autismo. Por fim, a análise e compreensão dos resultados foram construídas com

base na perspectiva gestáltica, apoiando-se em seus principais conceitos e em sua visão de ser humano e de mundo.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

#### 3.1 Um breve histórico da categoria diagnóstica do Transtorno do Espectro Autista (TEA)

A psiquiatria infantil iniciou-se bastante tempo depois que a clínica psiquiátrica do adulto já havia se consolidado. Durante o século XIX, alguns trabalhos acerca dos transtornos psíquicos da infância foram produzidos, mas estiveram, em sua maioria, associados à noção de “retardamento mental”, chamada por Esquirol de “idiotia” (CIRINO, 2015; MALEVAL, 2017; MARFINATI; ABRÃO, 2014).

Por que, apesar dos trabalhos de alguns pioneiros, um atraso tão importante na autonomização da clínica psiquiátrica da criança? Em razão da ausência de uma psicologia da criança – responde Bercherie – que conduz o observador a praticar um adultomorfismo, não permitindo operar discriminações nas patologias da criança, agrupadas em um termo que expressa sua incompreensibilidade radical: o idiotismo (MALEVAL, 2017, p. 40).

Cirino (2015) destaca que, como nesse período a psiquiatria infantil ainda não tinha seu próprio espaço de investigação, os psiquiatras tentavam replicar, nas crianças, as síndromes mentais que eram identificadas nos adultos. De acordo com Maleval (2017), foi somente a partir dos anos 1930 que a clínica psiquiátrica da criança adquiriu autonomia, passando a desenvolver seus próprios conceitos. Como consequência, a elaboração do conceito de esquizofrenia infantil permitiu, “[...] no decorrer dos anos 1930, conceber patologias infantis que, ainda que aparentadas às esquizofrenias, delas se distinguem” (MALEVAL, 2017, p. 43).

O autismo, transtorno estudado no presente trabalho, foi descrito pela primeira vez em 1943, nos Estados Unidos, pelo psiquiatra Leo Kanner, que o caracterizou como uma síndrome constituída, principalmente, pelos desejos de solidão e imutabilidade. Ele também chama a atenção para a grande dificuldade que essas crianças apresentam em estabelecer relações com as pessoas, resultando em um isolamento precoce. Além disso, as mudanças costumam provocar sofrimento e angústia (MALEVAL, 2017; MARFINATI; ABRÃO, 2014). Conforme Maleval (2017, p. 45-46) explica:

A relação da criança autista com as outras é muito particular. Ela não lança sobre elas nenhum olhar interessado, passa ao lado sem tentar entrar em contato; as relações que ela, às vezes, pode estabelecer são fragmentárias – escolhe a outra, mas não espera por ela, nem compartilha, nem interage. Não mostra reação alguma ao desaparecimento dos pais e parece ignorá-los. Não participa de nenhum jogo coletivo com as outras crianças. [...] Por outro lado, o comportamento da criança é governado por uma vontade ansiosa e obsedante de imutabilidade, a qual ninguém além da própria criança, em raras ocasiões, pode romper. As mudanças de rotina, de disposição dos móveis, de conduta, de ordem nas quais os atos são executados todos os dias podem levá-la ao desespero.

Em 1943, Kanner publicou um artigo intitulado “Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo”, no qual descreve suas descobertas acerca de um grupo composto por onze crianças

(oito meninos e três meninas) que observou durante cinco anos. Cada uma das crianças apresentava características particulares, apoiadas no modo como estavam se desenvolvendo, na organização e estrutura familiar e no grau do seu distúrbio. Entretanto, também foram observadas características comuns a todas elas, pertinentes, essencialmente, com a incapacidade de se relacionarem de forma usual com as pessoas desde o início da vida. Kanner (1943) aponta que os pais das crianças “[...] falavam delas nestes termos: desde sempre, criança ‘se bastando a si mesma’; ‘como em uma concha’; ‘mais contente sozinha’; ‘agindo como se os outros não estivessem lá’; [...] ‘fracassando em desenvolver uma sociabilidade normal’” (KANNER, 1943, p. 156). Desse modo, o desinteresse pelas pessoas produz, desde o início, um fechamento autístico extremo que leva a criança a desconsiderar e ignorar qualquer coisa que venha de fora, do mundo exterior. Ainda em relação ao desinteresse pelas pessoas e à preferência pelo isolamento, o autor percebeu algumas particularidades no modo de relacionamento dessas crianças:

Nossas crianças são capazes de estabelecer e manter uma excelente relação, adaptada e “inteligente” com objetos que não ameaçam seu fechamento; mas, inicialmente ansiosas e tensas ante as pessoas, revelam-se inacessíveis e sem nenhum contato afetivo direto com as pessoas durante muito tempo. Se for inevitável relacionar-se com uma pessoa, uma relação temporária é, então, estabelecida não com a própria pessoa, mas com seu pé ou mão tomados como objetos totalmente distintos (KANNER, 1943, p. 168).

Assim, o pé ou a mão de uma pessoa, por exemplo, eram tratados como objetos isolados, e não como partes do seu corpo. Para essas crianças, o outro era utilizado como objeto ou como alguém que iria atender às suas necessidades (KANNER, 1943).

Das onze crianças estudadas por Kanner (1943), somente oito desenvolveram a capacidade de falar. Aprendiam as palavras com facilidade, nomeavam objetos e animais, aprendiam o alfabeto, os nomes dos presidentes e canções de ninar em língua estrangeira. No entanto, embora conseguissem falar, a linguagem não era utilizada para fins de comunicação com o mundo a sua volta. Portanto, em relação à comunicação, não havia diferença significativa entre as oito crianças que falavam e as três que não desenvolveram a linguagem verbal. O autor também observou na fala das mesmas a presença de ecolalia, ou seja, a repetição daquilo que foi ouvido, podendo ocorrer de forma imediata ou postergada. Ainda no campo da linguagem, cabe mencionar a dificuldade apresentada na utilização dos pronomes pessoais, marcada pela inversão pronominal. Como os pronomes eram repetidos da mesma maneira como eram ouvidos, a criança acabava falando “[...] de si mesma dizendo ‘você’ e da pessoa a quem se dirige como ‘eu’” (KANNER, 1943, p. 160). Entretanto, ele percebeu que



na faixa dos seis anos de idade, aproximadamente, essas crianças aprendiam, aos poucos, a falar de si utilizando a primeira pessoa e a endereçar-se aos outros utilizando a segunda.

Maleval (2017) destaca que, em 1944, em Viena, Hans Asperger identificou um quadro sintomatológico muito semelhante ao autismo descrito por Kanner e utilizou este mesmo termo para nomeá-lo, defendendo a ideia de que a limitação das relações sociais representava a característica nuclear do transtorno. No entanto, Asperger era mais otimista do que Kanner quanto à evolução desse quadro. Além disso, ambos os pesquisadores perceberam que, embora as crianças autistas evitassem contato com o outro, elas apresentavam acentuado interesse por determinados objetos. Em seu estudo, Kanner (1943, p. 163) concluiu que: “[...] os objetos que não alteram nem a aparência nem a posição, que conservam a identidade e nunca ameaçam o isolamento da criança, são aceitos de bom grado pela criança autista. Há uma boa relação com os objetos; interessa-se por eles e pode passar horas brincando com eles”. Marfinati e Abrão (2014) assinalam que, por ter sido publicada em alemão e ao término da Segunda Guerra Mundial, a obra de Asperger não ficou muito conhecida na época.

Com o tempo, diversos autores debruçaram-se sobre o conceito de autismo e apresentaram visões ancoradas em diferentes referenciais teóricos, como a psicanálise e a psiquiatria. Embora o autismo de Kanner sugerisse um prognóstico acentuadamente negativo, uma mudança de perspectiva começou a ganhar força nos Estados Unidos nos anos 1970. Isso se deve ao fato de que, além de terem encontrado, nas crianças autistas, “[...] capacidades pouco compatíveis com a imagem deficitária da sua patologia sugerida pelas primeiras descrições de Kanner e pelas teorias psicanalíticas” (MALEVAL, 2017, p. 58), as ciências cognitivas estavam se estabilizando.

Em 1978, em Nova York, Michael Rutter e Eric Schopler publicaram uma obra muito importante no campo do autismo, inserindo uma nova compreensão acerca das características e do tratamento desse transtorno. Um dos aspectos fundamentais apontados pelos autores foi a noção de que o autismo poderia se manifestar em diferentes níveis de gravidade, ou seja, os sintomas poderiam estar mais ou menos acentuados e mais ou menos comprometedores dependendo de cada indivíduo e de cada momento da vida. Foi nesse contexto que Folstein e Rutter, a partir de suas pesquisas, inauguraram o conceito de “espectro autístico” (MALEVAL, 2017).

Maleval (2017) aponta que, dois anos após a publicação de Rutter e Schopler, o DSM – III classificou o autismo como a forma mais grave dos distúrbios globais do desenvolvimento. Em 1987, o manual diagnóstico citado destacou a “[...] dificuldade de aquisições de aptidões cognitivas, linguísticas, motoras e sociais” (MALEVAL, 2017, p. 62)

como sendo a principal característica dos chamados transtornos invasivos do desenvolvimento.

O autor acima sinaliza que a mudança de compreensão do autismo, iniciada nos anos 1970, expandiu-se nos anos 1990. Algumas crianças começaram a se expressar por meio da comunicação assistida pelo computador, possibilitando diversos estudiosos a explorarem ainda mais o mundo interno das crianças autistas e a encontrarem habilidades anteriormente desconhecidas. Nesse sentido, até chegar ao entendimento que se tem hoje, a patologia apresentada inicialmente por Kanner sofreu modificações em relação ao seu diagnóstico e aos tratamentos possíveis.

Seize e Borsa (2017, p. 161) afirmam que, atualmente, o diagnóstico clínico do autismo é realizado “[...] por meio da observação dos comportamentos da criança, de entrevista com os pais e/ou cuidadores, do levantamento de informações acerca da história do indivíduo e também do uso de instrumentos para avaliação”. As autoras consideram ser de fundamental importância que os instrumentos para avaliação do autismo sejam utilizados juntamente com as observações clínicas. Tais condutas sustentam-se nos critérios diagnósticos estabelecidos por dois importantes manuais médicos: o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), da Associação Americana de Psiquiatria, e a Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização Mundial da Saúde.

A Classificação Internacional de Doenças (CID 10) inclui o autismo nos chamados Transtornos Globais do Desenvolvimento. Eles são definidos como um grupo de transtornos caracterizados por modificações “qualitativas das interações sociais recíprocas e modalidades de comunicação e por um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Estas anomalias qualitativas constituem uma característica global do funcionamento do sujeito em todas as ocasiões” (OMS, 2008). De acordo com o manual, esse desenvolvimento atípico deve manifestar-se antes dos três anos de idade.

Embora a CID 10 ainda esteja em vigor, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou, em junho de 2018, sua nova Classificação Internacional de Doenças, a CID 11. Foi estabelecido que os países têm até janeiro de 2022 para adotarem essa nova Classificação (OMS..., 2018). Silva, Gesser e Nuernberg (2019) assinalam que, no campo do autismo, a CID 11 inclui a noção de Espectro. Dessa forma, os quadros diagnósticos que integravam os Transtornos Globais do Desenvolvimento passam a fazer parte de uma nova categoria: o Transtorno do Espectro Autista. Essa mudança de nomenclatura age em consonância com a 5ª versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5).

Na versão mais recente desse manual, o autismo recebe o nome de Transtorno do Espectro Autista (TEA), sendo compreendido enquanto um transtorno do neurodesenvolvimento. O TEA tem como principais características a presença de prejuízos persistentes na comunicação social recíproca e na interação social em múltiplos contextos, bem como um padrão restrito e repetitivo de comportamentos, interesses ou atividades. Além disso, os sintomas devem estar presentes desde o início da infância e limitar ou prejudicar o funcionamento do indivíduo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com características do indivíduo e seu ambiente. Manifestações do transtorno também variam muito dependendo da gravidade da condição autista, do nível de desenvolvimento e da idade cronológica; daí o uso do termo espectro. O transtorno do espectro autista engloba transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 53).

O TEA apresenta três níveis de gravidade, que tomam como base os prejuízos na comunicação social e os padrões de comportamento restritos e repetitivos. No DSM – 5, os níveis de gravidade são nomeados da seguinte maneira: nível 1 – “exigindo apoio”, nível 2 – “exigindo apoio substancial” e nível 3 – “exigindo apoio muito substancial”. É importante deixar claro que o nível de gravidade do quadro não é definitivo, podendo sofrer alterações de acordo com o contexto ou com o tempo. Sabe-se que, ainda que um grupo de crianças possa “enquadrar-se” em um determinado nível de gravidade, cada criança apresentará manifestações e necessidades muito particulares. Dessa maneira, “[...] as categorias descritivas de gravidade não devem ser usadas para determinar a escolha e a provisão de serviços; isso somente pode ser definido de forma individual e mediante a discussão de prioridades e metas pessoais” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 51).

É comum que indivíduos com TEA apresentem comprometimento intelectual e/ou da linguagem associado. Além disso, esse transtorno é diagnosticado quatro vezes mais em meninos do que em meninas, embora pessoas do sexo feminino tenham maior tendência a apresentar deficiência intelectual concomitante (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Muitos indivíduos com TEA apresentam déficits de linguagem que podem se manifestar por ausência ou atraso da fala, ecolalia, inversão pronominal, dificuldade de compreensão, entre outros. É válido acrescentar que, mesmo que a linguagem esteja presente, a comunicação social costuma encontrar-se prejudicada. “Havendo linguagem, costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada mais para solicitar ou rotular do que para

comentar, compartilhar sentimentos ou conversar” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 53).

O prejuízo na capacidade de estabelecer e manter relações sociais, o pouco interesse pelo outro, a incapacidade de imitar outras pessoas e de compartilhar sentimentos e emoções, assim como a redução ou ausência do contato visual, podem levar o indivíduo a um isolamento. Além dos comportamentos estereotipados e repetitivos, é possível observar grande resistência a mudanças (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Comportamentos estereotipados ou repetitivos incluem estereotipias motoras simples (p. ex., abanar as mãos, estalar os dedos), uso repetitivo de objetos (p. ex., girar moedas, enfileirar objetos). [...] Adesão excessiva a rotinas e padrões restritos de comportamento podem ser manifestados por resistência a mudanças (p. ex., sofrimento relativo a mudanças relativamente pequenas, como embalagem de um alimento favorito; insistência em aderir a regras; rigidez de pensamento) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 54).

Ainda com base no DSM – 5, os sintomas tendem a ser percebidos entre 12 a 24 meses de idade, mas podem ser observados antes dos 12 meses, se os atrasos do desenvolvimento forem graves, ou vistos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis. É importante mencionar, também, que o TEA não é um transtorno degenerativo, pois aprendizagens e ganhos no desenvolvimento podem continuar ocorrendo ao longo da vida (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

A causa exata do TEA ainda é desconhecida, mas estudos apontam para a existência de uma multiplicidade de fatores responsáveis. Volkmar e Wiesner (2018) sinalizam que muitas pesquisas apontam o autismo como um transtorno de origem genética e com mudanças na estrutura cerebral. Kupfer (2015) não ignora a influência da genética, mas é enfática ao apontar a relevância da epigenética, esclarecendo que a genética precisa do ambiente para ativar o seu potencial. Segundo a autora, “[...] o ambiente tem o poder de interferir no mapa genético. E isso é importante para pensarmos que não basta uma predisposição ou um conjunto de genes para encontrar a resposta pelo surgimento do autismo” (KUPFER, 2015, p. 181). Dessa forma, é necessário haver algo no ambiente que contribua para a manifestação desse transtorno.

Com relação ao risco obstétrico e aos fatores ambientais, Volkmar e Wiesner (2018, p. 18) revelam aspectos importantes:

Pesquisas abordaram a relevância de possíveis fatores ambientais ou toxinas específicas, mas seus resultados não foram conclusivos para comprovar fortes conexões ambientais. Do mesmo modo, uma metanálise recente de mais de 40 estudos que examinavam fatores pré-natais no autismo avaliou 50 fatores de risco potenciais. Os aspectos observados incluíam, entre outros, idade parental avançada, uso de medicação pela mãe, crianças nascidas antes ou depois do tempo e diabetes gestacional, embora, é claro, uma das dificuldades aqui seja que problemas no feto

podem, por si só, criar risco obstétrico. O estudo concluiu que não havia evidências suficientes para implicar algum fator pré-natal na patogênese do autismo.

Pode-se perceber que, embora muitas pesquisas estejam sendo realizadas, as respostas acerca da etiologia do autismo ainda são escassas. Entretanto, independente da causa, é necessário destacar que o diagnóstico e as intervenções precoces são fundamentais para alcançar uma melhor qualidade de vida para a criança (SEIZE; BORSA, 2017).

Sabe-se que há uma diversidade de propostas terapêuticas para o TEA, como as psicoterapias, estratégias educativas, acompanhamento fonoaudiológico, terapia ocupacional, tratamento medicamentoso, nutricional, e o que mais se fizer necessário para cada indivíduo. Nesse sentido, Marcelli e Cohen (2010, p. 292) são categóricos ao afirmar que: “[...] a maioria dos clínicos concorda agora sobre a necessidade de uma abordagem plurifocal que exclua qualquer esquema rígido pré-estabelecido, capaz de se adaptar às situações individuais e às evoluções observadas ao longo do crescimento”. As intervenções devem considerar cada caso e atentar para as características e necessidades de cada criança.

No âmbito da Psicologia, o autismo foi discutido nesta monografia a partir da ótica da Gestalt-terapia, perspectiva teórica que fundamenta esta pesquisa. Nesse sentido, é necessário discorrer sobre a forma como essa abordagem compreende o ser humano e os seus processos de interação no mundo, assunto que será desenvolvido na seção a seguir.

### 3.2 Gestalt-terapia: visão de homem e de mundo e principais conceitos

A publicação da obra “Gestalt-terapia”, escrita por Perls, Hefferline e Goodman, em 1951, é considerada o marco da fundação oficial da Gestalt-terapia (FRAZÃO, 2013). Kiyari (2006) aponta que essa abordagem, difundida por Frederick Perls, obteve seu reconhecimento na esfera do humanismo, movimento da Psicologia que concebe o homem como centro, capaz de se regular e em constante transformação.

A Gestalt-terapia se inspira em múltiplas fontes, apoiando-se em uma série de influências teóricas e filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo e a filosofia dialógica. Do mesmo modo, a Psicologia da Gestalt, a teoria de campo, a teoria holística e a teoria organísmica compõem suas teorias de base, as quais contribuíram fortemente para o desenvolvimento do seu arcabouço teórico e metodológico (CARDELLA, 2017).

Cardella (2017, p. 34) afirma que a atitude fenomenológico-existencial: “[...] é considerada o ponto de convergência da multiplicidade de fontes da Gestalt-terapia, e fundamenta sua concepção de existência humana, de relação e de método terapêutico, além de seu modelo teórico”. Segundo Rodrigues (2008), a fenomenologia, que tem Edmund Husserl como um de seus principais pensadores, busca alcançar a verdade voltando-se para as coisas em si mesmas, para o fenômeno que se mostra. O fenômeno é compreendido da maneira como ele se revela à consciência. Assim, a consciência é sempre consciência de alguma coisa – intenciona algo (consciência intencional). Este pensamento é confirmado por Cardella (2017), ao acrescentar que a consciência é sempre consciência de um objeto, ao mesmo tempo em que o objeto é sempre objeto para uma consciência.

Kiyari (2006) assinala que, para apreender o fenômeno que se desvela da maneira mais fidedigna possível, é fundamental exercer o que Husserl chama de redução fenomenológica ou *epoché*, isto é, suspender as definições, a priori, pré-conceitos e julgamentos existentes acerca daquele determinado fenômeno. Rehfeld (2013) enfatiza a necessidade de colocar entre parênteses o senso comum, os conceitos e definições pré-existentes. Para o autor, “[...] sair de uma posição prévia de visão, de uma rede referencial, para buscar uma nova compreensão já é um fazer fenomenológico e gestáltico” (REHFELD, 2013, p. 30). Cardella (2017) corrobora com o que foi dito e acrescenta que a Gestalt-terapia também se apropriou de dois aspectos muito importantes da abordagem fenomenológica: a prioridade atribuída ao “como” em detrimento do “porquê” e a importância do que está sendo vivido no presente, no aqui e agora.

Cardoso (2013) afirma que, para a Gestalt-terapia, o homem é um ser livre, relacional, contextual e em constante transformação, sendo responsável por sua existência e por suas escolhas. Ele é um ser de possibilidades que, durante toda sua existência, realiza escolhas. Segundo a autora, o homem “[...] é um ser de gerúndio, que designa ação, movimento, e não de participio, que indica uma ação já finalizada: ele nunca é, mas sempre ‘está sendo’” (CARDOSO, 2013, p. 60). Como o ser humano está sempre em movimento, seu modo de existir deve ser compreendido no aqui e agora.

Nesse sentido, a Gestalt-terapia é uma abordagem existencial por ser uma proposta de reflexão sobre a existência humana, buscando auxiliar a pessoa a ampliar sua consciência de si no mundo (ou seja, sua awareness) a fim de capacitá-la a fazer escolhas autênticas e responsáveis e a organizar sua vida de maneira significativa para si. Sua prática é sustentada pela concepção de homem como ser no mundo em relação, num perene vir a ser, sempre aberto para consumir seu projeto existencial (CARDOSO, 2013, p. 63).

De acordo com Aguiar (2015), falar de relação em Gestalt-terapia significa falar de uma interação na qual seus elementos influenciam-se e transformam-se mutuamente. Nessa interação, o ser humano influencia e modifica o meio, ao mesmo tempo em que é transformado e constituído por ele. Além de ser relacional, o ser humano também é contextual, pois o seu modo de agir, de pensar, de se expressar e de se relacionar consigo e com o outro vai depender do campo do qual ele faz parte. Esse campo, ou seja, esse contexto do qual o indivíduo faz parte é constituído por inúmeros elementos, como as condições econômicas, sociais e culturais, a família e suas crenças, a religião, os amigos, os locais que frequenta, o bairro onde mora, a escola que estuda/estudou, as oportunidades e recursos a que teve acesso ou não, etc. Assim, para a perspectiva gestáltica, todos os elementos do campo, incluindo o indivíduo, estão sempre se articulando e se influenciando.

A filosofia dialógica de Martin Buber destaca a importância do encontro, do diálogo e da relação. Buber influenciou vários teóricos da Gestalt-terapia através da ideia de relação, pois, de acordo com Kiyari (2006), um dos enfoques da filosofia dialógica recai sobre os contatos que o indivíduo pode estabelecer com o meio e com os outros indivíduos, já que o ser humano é relacional. Para Buber (apud KIYARI, 2006), as interações acontecem por meio de duas possibilidades: a relação EU-TU e a relação EU-ISSO. De modo geral, considera-se que a primeira ocorre entre pessoas, que devem estar disponíveis para o encontro, pois é somente através da disponibilidade que o diálogo pode acontecer. A relação eu-isso, por sua vez, se dá entre indivíduo e objeto. Entretanto, Cardella (2017) chama a atenção para o fato de que é possível estabelecer uma relação eu-isso com outra pessoa e não apenas com objetos.

Quando isso acontece, a pessoa acaba sendo vista como um objeto, como um meio para alcançar um fim. É uma relação mais “coisificada”.

Antes de abordar as teorias de base, é importante mencionar que Gestalt é uma palavra alemã para a qual não há uma tradução exata em outra língua. Ela pode ser compreendida como forma, configuração, estrutura ou todo organizado (PERLS, 1985).

A Psicologia da Gestalt surgiu no início do século XX e teve como principais autores Wertheimer, Kohler e Koffka. Ela voltava-se ao estudo da percepção e é responsável por alguns conceitos fundamentais à Gestalt-terapia, com ênfase para o princípio de figura e fundo. De acordo com Frazão (2013, p. 103), a psicologia da Gestalt “[...] afirma que nossa percepção se organiza pelo princípio de figura/fundo: percebemos totalidades e, dependendo das circunstâncias, algo se destaca, torna-se mais proeminente, fica em primeiro plano – a figura, enquanto o restante permanece em segundo plano – o fundo”. Assim, compreende-se a figura como aquilo que se destaca para cada indivíduo em um determinado momento, aquilo que se encontra em primeiro plano sob um fundo de vividos, ou seja, é a necessidade que precisa ser satisfeita naquela situação.

Perls (1985) esclarece que a necessidade pode ser tanto física quanto psicológica. Segundo o autor, pode-se dizer que “[...] a necessidade dominante do organismo, em qualquer momento, se torna a figura de primeiro plano e as outras necessidades recuam, pelo menos temporariamente, para o segundo plano. O primeiro plano é aquela necessidade que exige mais agudamente ser satisfeita” (PERLS, 1985, p. 23). O fundo, conforme explica Aguiar (2015), representa os elementos que se encontram em segundo plano. O fundo de vividos corresponde ao contexto, à história de vida da pessoa, suas experiências, vivências, conflitos – tudo aquilo que lhe compõe. A figura e o fundo são dependentes, tendo em vista que um necessita do outro para existir. Uma figura só pode ser percebida e explicada a partir de um fundo.

Figura e fundo relacionam-se de forma dinâmica, isto é, o que era figura em um momento pode, em outro, tornar-se fundo, e vice-versa. Cardella (2017) explica que, quando o indivíduo depara-se com várias necessidades em um dado momento, ele precisa conseguir identificar a mais importante e urgente para que ela seja a primeira a ser satisfeita, visto que só é possível satisfazer uma necessidade por vez. Isso significa que ele precisa ser capaz de hierarquizar as necessidades e satisfazer a dominante (figura). Essa capacidade de identificar aquilo que é mais urgente no momento e estabelecer prioridades é denominada hierarquia de necessidades. Uma vez satisfeita, essa necessidade desloca-se para o fundo e cede lugar para novas figuras emergirem. Entretanto, se não for satisfeita, ela torna-se inacabada. Essa



necessidade inacabada, também chamada de Gestalt aberta, retorna para o fundo, mas clama por um fechamento, interferindo no equilíbrio do indivíduo. Esse processo recebe o nome de situação inacabada. Nesse sentido, Perls (1985, p. 24) conclui que: “[...] para que o indivíduo satisfaça suas necessidades, feche a Gestalt, passe para outro assunto, deve ser capaz de manipular a si próprio e ao seu meio, pois mesmo as necessidades puramente fisiológicas só podem ser satisfeitas mediante a interação do organismo com o meio”. É importante deixar claro que a dinâmica figura-fundo acontece a todo momento na vida do indivíduo, e o bom funcionamento dessa dinâmica é fundamental para a saúde do organismo humano.

A concepção de campo-organismo-ambiente pode ser compreendida como a interação entre o indivíduo e o meio que o cerca. Essa noção, fundamentada na teoria de campo de Kurt Lewin, é essencial para a Gestalt-terapia. Segundo Perls, Hefferline e Goodman (1997), toda investigação biológica, psicológica ou sociológica deve levar em conta a interação entre o indivíduo e seu ambiente. Eles destacam que o organismo humano “[...] não é apenas físico, mas social. Desse modo, em qualquer estudo de ciências do homem, tais como fisiologia humana, psicologia ou psicoterapia, temos de falar de um campo no qual interagem pelo menos fatores socioculturais, animais e físicos” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 43). Kiyon (2006) corrobora com tal pensamento ao pontuar que, para compreender um indivíduo, é necessário olhar para todos os elementos que compõem a sua existência, inclusive o meio onde ele está inserido.

De maneira semelhante, a teoria holística de Smuts, que exerceu grande influência na construção da Gestalt-terapia, não concebe a divisibilidade do indivíduo. Nesse sentido, a abordagem gestáltica tem como uma de suas principais características a compreensão do homem de forma integral, enquanto uma totalidade (KIYAN, 2006). Para Aguiar (2015, p. 28):

Dentro de uma concepção holística, o ser humano é percebido como uma unidade, como um ser global que transcende o dualismo que por muito tempo imperou de forma absoluta na filosofia e na ciência. Perceber o ser humano como uma totalidade significa compreendê-lo para além de suas características isoladas, articulando-as não só a outras características do seu ser total, como também à totalidade do contexto mais amplo do qual ele faz parte.

Congruente com tais ideias, a teoria organísmica de Kurt Goldstein concebe o organismo enquanto uma totalidade (o que ocorre em uma parte irá, inevitavelmente, afetar o todo) e defende o princípio da autorregulação organísmica, isto é, a crença de que o ser humano tem a capacidade de se autorregular e encontrar o equilíbrio – a homeostase. Para Perls (1985), o processo homeostático também pode ser chamado de processo de autorregulação, configurando a interação entre o organismo e o seu meio. Desse modo, o

autor entende a homeostase como o processo pelo qual o organismo satisfaz suas necessidades. Cada necessidade perturba o equilíbrio do indivíduo e, tendo em vista que o mesmo apresenta inúmeras necessidades, pode-se deduzir que há um jogo contínuo de estabilidade e desequilíbrio no organismo. Cardella (2017) sinaliza que esse jogo acontece porque cada necessidade satisfeita promove a estabilidade, enquanto o surgimento de uma nova necessidade desequilibra o organismo e o impulsiona a alcançar uma nova satisfação. É possível concluir, então, que figura-fundo, autorregulação organísmica, homeostase e campo-organismo-ambiente constituem processos entrelaçados e que se complementam.

Visto que os pressupostos filosóficos e as teorias de base já tenham sido explorados neste trabalho, serão agora abordadas as noções de *awareness*, contato, funções e fronteiras de contato, *self* e os mecanismos de evitação.

Segundo Cardella (2017), a *awareness* representa um dos conceitos centrais da Gestalt-terapia e pode ser compreendida como “presentificação”, “tornar-se presente” ou “concentração”. A *awareness* está relacionada à experiência presente, que acontece aqui e agora. Ela é caracterizada pelo contato e, sem ele, não é possível haver *awareness*. É a partir dela que o indivíduo consegue dar-se conta do que acontece consigo e ao seu redor, do modo como se relaciona, se comporta e vivencia as situações. Frazão (1997, p. 10) considera a *awareness* como a capacidade “[...] de aperceber-se do que se passa dentro de si e fora de si no momento presente, em nível corporal, mental e emocional. É a possibilidade de perceber simultaneamente os meios externo e interno através dos recursos perceptivos e emocionais”.

Para Yontef (1998), a *awareness* é uma forma de experienciar, que consiste em entrar em contato com a própria existência. O autor classifica a *awareness* em total e parcial. “A *awareness* total é o processo de estar em contato vigilante com os eventos mais importantes do campo indivíduo/ambiente, com total apoio sensoriomotor, emocional, cognitivo e energético” (YONTEF, 1998, p. 31). A *awareness* parcial, por outro lado, restringe-se aos aspectos cognitivos, à racionalização. A partir da *awareness*, o indivíduo é capaz de perceber o que está acontecendo naquele momento e quais as suas necessidades. Para isso, o contato é fundamental.

Para interagir com o meio, o indivíduo precisa contatar. Cardella (2017) considera o contato como a aproximação ou o retraimento do indivíduo na fronteira de contato para satisfazer sua necessidade. Durante toda sua existência, o ser humano estabelece contatos de diferentes formas, e esse processo de contatar é responsável por promover mudanças no indivíduo e no campo. Nesse processo, apenas o novo é objeto de contato. Sobre essa afirmação, Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 44) esclarecem:

É na fronteira que os perigos são rejeitados, os obstáculos superados e o assimilável é selecionado e apropriado. Bem, o que é selecionado e assimilado é sempre o novo; o organismo persiste pela assimilação do novo, pela mudança e crescimento. [...] No processo de assimilação o organismo é sucessivamente modificado. Primordialmente, o contato é awareness da novidade assimilável e comportamento com relação a esta; e rejeição da novidade inassimilável. O que é difuso, sempre o mesmo, ou indiferente, não é um objeto de contato.

No processo de contato, a apropriação daquilo que é assimilável e a rejeição do inassimilável provocam mudanças. Assim, como o homem está sempre em relação e estabelecendo contato, as mudanças e transformações ocorrem de forma contínua. Polster e Polster (2001, p. 113) explicam que o contato “[...] é o sangue vital do crescimento, o meio para mudar a si mesmo e a experiência que se tem do mundo. A mudança é um produto inevitável do contato porque apropriar-se do que é assimilável ou rejeitar o que é inassimilável na novidade irá inevitavelmente levar à mudança”.

Segundo Ribeiro (2017), o contato pode ocorrer entre um indivíduo e ele mesmo, e entre um indivíduo e o outro, sendo esse outro humano ou objeto. O autor destaca que o modo como cada indivíduo estabelece contato é muito particular e representa a sua individualidade.

É possível perceber que todos os conceitos abordados até aqui estão relacionados. A dinâmica figura-fundo, por exemplo, necessita do contato para ocorrer e para se atualizar. De acordo com Ribeiro (2017, p. 31), “[...] é pelo contato que figura e fundo seguem seu caminho de formação e destruição de novas gestalten, em um eterno renovar-se. É neste movimento que nós mesmos nos fazemos presentes e nos reconhecemos, porque somos os contatos que fazemos ao longo da vida”. No entanto, como é que alguém pode realizar contato?

Polster e Polster (2001) sinalizam que o indivíduo estabelece contato através das funções sensoriais e motoras, denominadas funções de contato. Correspondem a essas funções a visão, a audição, o tato, a fala, o movimento, o olfato e o paladar. Assim, se é por meio dessas funções que o contato pode ser realizado, é pela perturbação dessas funções que o contato pode ser bloqueado, interrompido ou evitado.

Segundo esses autores, a função visual permite estabelecer um contato ou uma fuga do contato através do olhar. Para evitar o contato visual, o indivíduo pode olhar para os lados ou olhar fixamente para uma determinada direção. Embora o ato de olhar fixamente para algo ou alguém possa ser compreendido como um contato intenso, a rigidez da musculatura ocular possibilita um bloqueio do contato.

É através da função auditiva que o indivíduo pode fazer contato com o outro que fala. Entretanto, para que o contato realmente aconteça, a pessoa que ouve precisa estar atenta ao que está sendo dito. Também é possível selecionar aquilo que se irá ou não ouvir. Nessas

casos, uma pessoa pode, por exemplo, acabar ouvindo “[...] apenas o que ela pode aceitar como favorável, e a crítica passa despercebida por ela. A capacidade de contato do indivíduo é limitada pelo grau em que essas seleções predeterminadas interferem com a escuta direta” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 149). Dessa forma, o desenvolvimento da capacidade de escuta pode auxiliar o indivíduo a realizar bons contatos por meio da função auditiva.

O toque, por sua vez, é a forma mais nítida e concreta de fazer contato. Entretanto, essa função de contato costuma sofrer restrições, pois desde cedo as pessoas são ensinadas em quais lugares podem ou não tocar. Nessa linha de raciocínio, Polster e Polster (2001, p. 152) complementam:

Embora os tabus contra olhar e ouvir sejam explícitos – não olhe fixamente, não escute atrás das portas –, os tabus contra o toque são ainda mais altos e claros. Quando as crianças tocam algo que supostamente não deveriam, elas podem levar tapinhas nas mãos ou ir embora sentindo que sujaram aquilo que tocaram. Assim elas aprendem rápido que não devem tocar objetos valiosos, não devem tocar seus genitais, e devem ser cuidadosas se tocarem outras pessoas por temer que possam tocá-las num lugar inviolável.

Esses autores consideram que a fala, enquanto uma função de contato, pode ser percebida por meio da voz e da linguagem. Os diversos tons de voz que uma pessoa utiliza podem transmitir diferentes mensagens e, inclusive, indicar o seu estado de humor. Além disso, a forma como alguém se expressa através da voz pode variar dependendo do contexto no qual se encontra. A linguagem também é um importante meio para fazer contato, e ele pode ser diminuído através de algumas formas de usar a linguagem, como o circunlóquio (ficar divagando e não conseguir focar); o jargão; o ato de explicar demais as coisas; a repetição; a utilização de frases contendo as expressões “sim, mas” ou “se ao menos”; fazer perguntas em vez de afirmações etc.

Os movimentos também são uma forma de facilitar ou interromper o contato. As pessoas podem se comunicar através dos movimentos de seus corpos, demonstrando seus sentimentos e transmitindo informações. O modo como alguém senta e se posiciona, por exemplo, pode indicar uma abertura ou uma recusa para aquele contato (POLSTER; POLSTER, 2001).

O ato de cheirar e de sentir o gosto dos alimentos também corresponde a importantes funções de contato, ainda que nem sempre sejam valorizadas. De acordo com Aguiar (2015), conseguir discriminar os cheiros, estar aberto a experimentar diferentes alimentos e, assim, avaliar aquilo que lhe agrada, ou não, contribui para ampliar o contato do indivíduo com o mundo e torná-lo mais satisfatório. Pode-se concluir que as funções de contato se relacionam de forma singular em cada indivíduo, e “[...] é por meio delas que recebemos coisas do mundo

e também expressamos e endereçamos coisas a ele” (AGUIAR, 2015, p. 65). Assim, é importante compreender onde o contato ocorre e quais suas implicações no campo.

O contato ocorre na fronteira de contato, local de trocas e experiências. Embora a palavra “fronteira” possa remeter à divisão, “[...] a fronteira – de – contato, onde a experiência tem lugar, não separa o organismo e seu ambiente; em vez disso limita o organismo, o contém e protege, ao mesmo tempo em que contata o ambiente” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 43). Ginger e Ginger (1995) exemplificam a noção de fronteira de contato ao compará-la com a pele. Segundo eles, a pele, além de proteger e delimitar o indivíduo, também é um órgão que realiza trocas com o meio, configurando-se como um órgão de contato.

De acordo com Polster e Polster (2001), as fronteiras de contato referem-se às fronteiras do eu de cada um, ou seja, é a fronteira daquilo que é permissível para cada indivíduo, até onde o contato é permitido. Ainda em relação à fronteira do eu, esses autores complementam:

É composta de toda a amplitude de fronteiras de contato e define as ações, ideias, pessoas, valores, ambientes, imagens, memórias etc com as quais ela está disposta e comparativamente livre para se envolver plenamente tanto com o mundo externo a ela quanto com as reverberações internas que este envolvimento possa despertar. Isso inclui também a percepção dos riscos que ela está disposta a correr (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 120-121).

Ainda segundo Polster e Polster (2001), a fronteira do eu de cada um irá selecionar e determinar o contato, e é a partir disso que o indivíduo realizará suas escolhas e desenvolverá seu estilo de vida. De modo geral, pode-se dizer que as fronteiras de um indivíduo encontram-se expandidas e flexíveis quando ele apresenta maior facilidade para experienciar mudanças, quando se permite vivenciar aquilo que não lhe é usual e quando está disponível para entrar em contato com o novo. Por outro lado, “[...] quando as fronteiras são estabelecidas de modo rígido, o indivíduo teme a expansão da fronteira do eu, pois sente que poderia explodir se houver sensação ou ativação demasiada para ser contida; ele se sente correndo o risco de sobrecarga” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 123). Assim, quando as fronteiras de uma pessoa se encontram rígidas, ela fica “presa” àquilo que já lhe é conhecido, ao que lhe é familiar. Ela não abre espaço para o desconhecido, não vivencia novas situações e, conseqüentemente, acaba limitando seu crescimento.

Polster e Polster (2001) também sinalizam que a fronteira do eu é constituída pelas fronteiras do corpo, fronteiras de valor, fronteiras de familiaridade, fronteiras de exposição e fronteiras expressivas. As fronteiras do corpo dizem respeito às sensações corporais que o indivíduo experiencia, às partes do corpo que mais utiliza, ao modo como as emoções

influenciam o seu corpo e se há barreiras ou não ao toque do outro. As fronteiras de valor representam as crenças, os valores, as tradições culturais e tudo aquilo que o indivíduo acredita que faz sentido para si. As fronteiras de familiaridade estão relacionadas ao que é familiar e conhecido para cada pessoa, ao que já é comum e habitual. Desse modo, ampliar as fronteiras de familiaridade significa desprender-se do padrão e do conhecido e arriscar-se no contato com o novo e com o desconhecido.

Para Polster e Polster (2001), na fronteira de exposição há uma relutância em ser observado ou reconhecido. Por fim, as fronteiras expressivas referem-se aos limites impostos à forma de se expressar de cada um. Esses limites podem ser estabelecidos pelo próprio indivíduo ou pela sociedade. É possível mudar e experimentar diferentes formas de expressão, de acordo com o que for necessário em cada momento. “Precisamos descobrir nossa identidade em evolução. O *self* não é uma estrutura, é um processo. No ato de derrubar as velhas fronteiras expressivas é possível mover-se para um senso expandido de *self*” (POLSTER; POLSTER, 2001, p. 134). É na fronteira de contato que o *self* se constitui.

O *self* é concebido como o sistema de contatos no qual o indivíduo constitui sua forma de existir. É a forma como o indivíduo se relaciona com o mundo em um determinado momento. Ele é processual e varia conforme as situações. “Não se deve pensar o *self* como uma instituição fixada; ele existe onde quer que haja de fato uma interação de fronteira, e sempre que esta existir” (PERLS; HEFFERLINE; GOODMAN, 1997, p. 179).

O *self* é composto por três funções: id, ego e personalidade. Cardella (2017) sinaliza que a função id corresponde às pulsões internas e às necessidades do indivíduo. “A função id relaciona-se às necessidades vitais e às pulsões, funcionando nos atos automáticos, ou seja, a partir da tradução corporal das necessidades, como respirar, caminhar ou fazer algo pensando em outra coisa” (CARDELLA, 2017, p. 55). A função id faz com que a pessoa consiga perceber a necessidade que emerge para ela em dado momento. A função ego, por sua vez, é ativa e representa as escolhas que o indivíduo realiza no meio e os contatos que estabelece a fim de satisfazer suas necessidades. Por fim, a função personalidade diz respeito à imagem que o indivíduo tem de si e ao modo como ele se expressa no mundo.

O comprometimento em uma das funções do *self* pode se configurar em uma psicose ou em uma neurose. Ginger e Ginger (1995) apontam que, em Gestalt-terapia se considera a psicose como uma perturbação da função id do *self*. Nesse sentido, “[...] a sensibilidade e a disponibilidade do sujeito às excitações externas (perceptivas) ou internas (proprioceptivas) são perturbadas: ele não responde claramente ao mundo exterior nem às suas próprias necessidades” (GINGER; GINGER, 1995, p. 128). O contato do indivíduo com aquilo que

emerge para ele (uma sensação ou uma necessidade, por exemplo) encontra-se comprometido. A neurose, por outro lado, corresponde a uma perda da função ego, de modo que o indivíduo é capaz de perceber suas necessidades, mas não consegue agir a fim de satisfazê-las, ou age de forma desadaptada. Ele interage com o meio de forma cristalizada.

De acordo com Ribeiro (2017), um organismo é considerado saudável quando consegue perceber e discriminar suas necessidades, fazer escolhas e ir ao meio para satisfazê-las, ou seja, quando o processo de autorregulação orgânica está ocorrendo de forma satisfatória. Por outro lado, quando o contato é constantemente interrompido e bloqueado, há um acúmulo de necessidades não satisfeitas (Gestalt aberta) e o organismo entra em desequilíbrio, já que passa a não atender as suas demandas. Segundo o autor, “[...] fechar gestalten é o caminho da saúde, pois, quanto mais gestalten inacabadas se tem, menos saudável se é e mais pobre é o contato” (RIBEIRO, 2017, p. 55).

O contato pode ser interrompido através dos mecanismos de evitação, também chamados por Ribeiro (2017) de mecanismos de defesa ou resistências. O autor aponta nove mecanismos, sendo eles: fixação, dessensibilização, deflexão, introjeção, projeção, proflexão, retroflexão, egotismo e confluência. Levando em consideração o tema deste trabalho, serão abordados apenas os três primeiros mecanismos de evitação, pois, mais à frente, eles serão relacionados ao funcionamento autista. A fixação é o processo pelo qual o indivíduo apega-se de forma excessiva a pessoas, ideias ou coisas, temendo o novo e o desconhecido. Ele não explora novas situações e fica fixado em coisas e emoções. Na dessensibilização há uma frieza diante do contato, bem como uma diminuição sensorial, “[...] não diferenciando estímulos externos e perdendo o interesse por sensações novas e mais intensas” (RIBEIRO, 2017, p. 61). Por fim, Cardella (2017) sinaliza que a deflexão consiste em uma evitação do contato direto ou indireto, evitando o envolvimento nas situações, utilizando o humor, discursos prolixos e esquivando-se do contato visual e físico.

Os mecanismos de evitação, muitas vezes, são necessários para que o indivíduo consiga lidar com as mais diversas situações, sendo a forma que ele encontrou para entrar em equilíbrio. No entanto, eles tornam-se disfuncionais quando frequentemente interrompem o contato, contribuindo para estabelecer comportamentos padronizados e cristalizados (GINGER; GINGER, 1995). Na clínica gestáltica, o psicoterapeuta não tem o objetivo de que o cliente pare de utilizar determinado mecanismo, mas busca auxiliá-lo “[...] a tornar-se *aware* do mecanismo e a redirecionar a energia nele investida para interagir de modo funcional e de forma saudável consigo próprio e com o mundo” (CARDELLA, 2017, p. 58).

Após discorrer sobre os principais aspectos da abordagem gestáltica, será retratado, a seguir, o modo como essa perspectiva teórica compreende o autismo. Porém, antes disso, faz-se necessário abordar o processo de desenvolvimento infantil a partir da Gestalt-terapia, bem como o trabalho psicoterapêutico na clínica gestáltica com crianças.



### 3.3 A compreensão gestáltica sobre o desenvolvimento infantil

Antes de abordar o autismo a partir da perspectiva gestáltica, discorre-se sobre a compreensão dessa abordagem acerca do desenvolvimento infantil e a clínica gestáltica com crianças.

A Gestalt-terapia, sustentada em uma visão de homem singular, contextual, relacional, global, capaz de se autorregular e em constante transformação, vai de encontro às vertentes deterministas que concebem o desenvolvimento infantil como uma sucessão de fases pré-estabelecidas (ANTONY, 2006). Assim, conforme sinaliza Aguiar (2015), tal abordagem apresenta divergências em relação às teorias da Psicologia do desenvolvimento que se baseiam em paradigmas lineares e evolutivos.

Aguiar (2015) aponta que, de modo geral, a Psicologia do desenvolvimento apoia-se em duas perspectivas: a biológico-evolucionista e a pedagógico-normativa, as quais costumam reduzir o ser humano em estágios do desenvolvimento e estabelecer marcos cronológicos para aquilo que deve ser alcançado no decorrer da infância. A primeira perspectiva tem como foco a maturação do indivíduo, considerando a criança como um ser imaturo e em construção, e o adulto como alguém maduro e plenamente desenvolvido. Ao relacionar o conceito de maturação orgânica ao campo das relações sociais, a perspectiva biológico-evolucionista acaba favorecendo julgamentos de valor, pois “[...] estabelece os comportamentos esperados para cada faixa etária, naturalizando o desenvolvimento global do indivíduo e legitimando intervenções classificatórias e corretivas” (AGUIAR, 2015, p. 46). A pedagógico-normativa, por sua vez, atribui à socialização a função de propiciar o desenvolvimento, concebendo a infância como um período em que as crianças seriam ensinadas, preparadas e treinadas, através da família e da escola, para a vida adulta. Nesse sentido, tal perspectiva não leva muito em consideração o protagonismo da criança em seu próprio desenvolvimento e a compreende enquanto um ser passivo e receptor do que o seu meio tem a oferecer e a ensinar.

Diante de tudo isso, acreditamos que a Gestalt-terapia possibilita-nos uma compreensão do desenvolvimento humano que supera a dicotomia entre o orgânico/maturacional e o social/normativo, acolhe a possibilidade da existência de regularidades no desenvolvimento humano, redefine a questão da temporalidade no desenvolvimento e resgata o caráter de sujeito global, social, histórico e cultural (AGUIAR, 2015, p. 49).

Para a Gestalt-terapia, o desenvolvimento é um processo contínuo que ocorre por meio da interação entre todos os elementos do campo. Portanto, não prioriza aspectos biológicos ou sociais, mas a relação que eles estabelecem de forma singular em cada

indivíduo. Essa interação entre os diversos elementos do campo se dá a partir da autorregulação orgânica, processo pelo qual o indivíduo busca satisfazer suas necessidades, entrar em equilíbrio e, assim, alcançar a melhor forma possível de estar no mundo em dado momento. Aguiar (2015) relembra que a necessidade representa qualquer demanda do organismo vivo, como a sede, a fome, ou a necessidade de afeto e atenção, por exemplo. Desse modo, as aquisições e transformações obtidas pelo ser humano ocorrem a partir de sua tendência à autorregulação, que acontece o tempo todo durante a vida.

De acordo com a autora citada acima, para que a criança consiga satisfazer suas necessidades é fundamental que ela desenvolva sua capacidade de awareness, isto é, a capacidade de perceber e de dar-se conta do que se passa com ela em cada situação, do que ela sente, pensa, faz e necessita. No processo de autorregulação orgânica, há um jogo contínuo de equilíbrio e desequilíbrio do indivíduo em seu campo. Esse campo organismo-meio “[...] inclui as características genéticas e fisiológicas da criança, seu contexto familiar, social, cultural, político, geográfico e histórico, e também a forma como ela se percebe, com seus pensamentos, necessidades, fantasias, sentimentos etc.” (AGUIAR, 2015, p. 52).

O processo de autorregulação orgânica está diretamente relacionado ao conceito de ajustamento criativo, entendido como a melhor forma possível encontrada pelo indivíduo (no caso, a criança) para satisfazer suas necessidades e entrar em equilíbrio. A maneira como uma criança vai ajustar-se criativamente irá depender do contexto no qual ela está inserida, da necessidade que emergiu para ela e dos recursos que ela tem disponíveis em cada momento. Além disso, é importante ressaltar que a criança exerce um papel ativo e transformador em seu meio (AGUIAR, 2015).

Aguiar (2015) aponta também que a agressividade, na perspectiva gestáltica, nem sempre é vista como algo prejudicial. Ela é compreendida como uma força propulsora que conduz o indivíduo ao meio para agir, explorar e satisfazer suas necessidades. Segundo essa autora:

A energia agressiva exerce um papel crucial no ajustamento criativo. É por meio dela que o ser humano manipula o meio ou a si próprio para satisfazer suas necessidades. Entendemos a agressividade como uma característica humana natural e necessária para o desenvolvimento; sua expressão e sua utilização podem ser construtivas ou destrutivas, dependendo do momento e do contexto em questão. [...] Para conhecer o mundo, agir e transformá-lo é necessária energia agressiva. Para haver transformação é preciso que haja destruição do que era antigo, para que o novo possa aparecer (AGUIAR, 2015, p. 52).

A infância (e a vida) é permeada por inúmeros ajustamentos criativos. A criança explora, cria, reinventa, manipula e transforma o seu meio para se autorregular da melhor forma possível em cada momento e, assim, vai ajustando-se criativamente nos diversos

contextos nos quais está inserida, como a família, a escola e os espaços de lazer. Nesse processo de contínua interação com o meio, o ser humano experimenta mudanças o tempo todo. Dessa forma, o fato de passar por mudanças e transformações ao longo de toda sua vida contrapõe às perspectivas que consideram o desenvolvimento como algo que acontece durante um período de tempo ou somente até certa idade (AGUIAR, 2015). Antony (2006) corrobora com tal pensamento e sinaliza que as mudanças que acontecem no campo, que inevitavelmente influenciam o indivíduo e o seu desenvolvimento, não se estagnam, ainda que determinadas habilidades tenham sido ou não adquiridas. O indivíduo e o seu campo influenciam-se e transformam-se continuamente. De acordo com a autora:

A maturação do ser humano mostra a intrínseca interdependência entre os sistemas neurológico-fisiológico-psicológico na aquisição cronológica das habilidades motoras, cognitivas, de novos comportamentos e de novas reações afetivo-emocionais. As modificações estruturais da mente e do corpo conduzem a mudanças nas relações com o meio que, por sua vez, leva a um novo estado de desenvolvimento psicofísico. A criança muda, o ambiente muda; o ambiente muda, a criança muda numa relação de co-regulação diante das transformações inevitáveis. Não há parada no desenvolvimento, pois mesmo que o ambiente permaneça com pouca mudança, a criança está mudando em todas as suas dimensões (ANTONY, 2006, p. 2).

Aguiar (2015) assinala que a criança, dependendo dos seus próprios recursos e das disponibilidades do meio, desenvolve maneiras de estar no mundo e de se relacionar que podem ser saudáveis ou não, ou seja, a forma que ela encontrou para ajustar-se criativamente ao meio pode estar mais ou menos satisfatória. Nesse sentido, a Gestalt-terapia compreende os sintomas como ajustamentos criativos disfuncionais. Eles estão relacionados ao contexto no qual emergiram e apresentam um sentido e uma função particulares para cada criança. A perspectiva de ser humano único e singular, produto das relações que estabelece com o seu meio, “[...] aponta para o fato de que sintomas semelhantes apresentam-se em crianças diferentes, com histórias distintas, mergulhadas em campos diferentes e, portanto, com significados diferentes” (AGUIAR, 2015, p. 43). Dessa forma, a referida abordagem não acredita na existência de um único significado para determinado sintoma, pois os significados irão variar de acordo com as crianças que apresentem aquele sintoma. Para compreender um sintoma é necessário olhar para o fundo que lhe serve de base.

Os sintomas são ajustamentos criativos não saudáveis ou pouco satisfatórios porque, embora satisfaçam alguma necessidade, a mesma não é satisfeita plenamente, provocando prejuízos ao indivíduo. No entanto, apesar de ser disfuncional, essa foi a melhor forma possível encontrada pela criança, naquele dado momento, para satisfazer suas necessidades e se autorregular. Assim, o processo psicoterapêutico não visa simplesmente eliminar o sintoma, mas auxiliar a criança a desenvolver habilidades e condições mais satisfatórias para

se relacionar com o mundo e lidar com as diferentes situações em seu campo vivencial (AGUIAR, 2015).

As formas que a criança encontra para se autorregular configuram o seu modo de estar no mundo, podendo sempre sofrer alterações. Aguiar (2015) considera a infância como o período do crescimento humano no qual as aquisições e transformações acontecem de forma mais recorrente e acelerada, demandando inúmeros ajustamentos criativos. Entretanto, o indivíduo continua se desenvolvendo e vivenciando mudanças durante toda sua vida, independente da sua faixa etária. Também é relevante mencionar que, da mesma forma que o ser humano é compreendido de modo global, o seu desenvolvimento também o é. Assim, as esferas emocionais, cognitivas, neurológicas, fisiológicas e sociais estão entrelaçadas, não sendo possível falar do desenvolvimento de uma delas de forma isolada, pois o que acontece em uma parte do indivíduo irá, inevitavelmente, afetar o todo.

Saber o que se pode “esperar” de uma criança em termos de regularidades, em dado momento de seu desenvolvimento, tem implicações muito importantes em nossa compreensão diagnóstica, uma vez que, conhecendo os comportamentos comuns para determinada faixa etária, podemos localizar o momento do processo de desenvolvimento no qual a criança se encontra e saber o que se pode esperar dela quanto a seu desenvolvimento físico, cognitivo e neurológico. Porém, é fundamental que não esqueçamos que ela é também um ser social e, portanto, levemos em conta que crianças de diferentes classes, grupos sociais, religiosos, culturais etc. apresentarão formas diferentes de estar no mundo sem que possam ser classificadas como “não saudáveis” ou disfuncionais (AGUIAR, 2015, p. 43).

Existem inúmeras maneiras de ser, de estar no mundo e de se desenvolver. Além disso, o tempo é um aspecto singular para cada pessoa. Contudo, a Gestalt-terapia não desconsidera a existência de regularidades e de marcos cronológicos no desenvolvimento, mas expande seu olhar para a complexidade e totalidade do indivíduo, bem como todos os elementos que lhe atravessam e lhe tornam único. Compreender o ser humano enquanto um ser global e integrado significa dizer que “[...] qualquer manifestação da criança, seja qual for a forma de denominá-la – verbal ou não verbal, mental ou corporal, emocional ou orgânica –, representa-a na sua relação total com o mundo, traduzindo a sua única maneira possível de ser e estar nesse mundo em dado momento” (AGUIAR, 2015, p. 34). Assim, a forma como uma criança se expressa retrata a sua totalidade naquele momento, e é com essa totalidade que o psicoterapeuta infantil gestáltico irá trabalhar.

A família é o primeiro grupo que estabelece contato e vínculo com a criança e que lhe apresenta o mundo. Esse grupo está inserido em um contexto social e cultural e é atravessado por inúmeras vivências, experiências, fantasias, expectativas, crenças, valores etc. Nesse sentido, muito do que a família vivencia irá influenciar a criança, principalmente porque, no início, esse novo membro do grupo encontra-se completamente dependente. Aos

poucos, a criança vai crescendo e adentrando novos espaços, ampliando sua rede de contatos e adquirindo maior autonomia. Passa, então, a influenciar e ser influenciada pela escola, professores, colegas, entra em contato com novos assuntos, novas brincadeiras, regras e costumes.

A criança vai se autorregular nessa interação com o mundo, fazendo o melhor possível a cada momento com o que ela tem, o que muitas vezes significa desenvolver um sintoma com consequências bem pouco satisfatórias tanto para ela quanto para o meio, mas ainda assim o melhor dentro daquele campo. E são nessas condições que ela chega à psicoterapia, pois o sintoma, apesar de ter uma função importante na autorregulação da criança, não está sendo capaz de manter o equilíbrio satisfatoriamente, uma vez que traz consigo consequências que não estão sendo suportadas pelo campo (AGUIAR, 2015, p. 40).

Muitas crianças costumam ser levadas à psicoterapia porque apresentam alguma característica ou comportamento que incomoda ou chama a atenção da família e/ou da escola. Conforme aponta Fernandes (2016), os pais são responsáveis por muitas decisões sobre a vida da criança, incluindo a escolha da psicoterapia. Em geral, são eles quem procuram a psicoterapia para o filho e falam em seu nome. Além de conviverem a maior parte do tempo com a criança e de serem figuras fundamentais em sua vida, são os pais quem fornecem informações sobre a dinâmica familiar e garantem a presença da criança ao longo do processo terapêutico. Dessa forma, a participação, o comprometimento e o engajamento da família são elementos essenciais.

Inicialmente, o psicólogo deve verificar cuidadosamente qual a queixa principal que os pais apresentam e o que eles estão pedindo. Segundo Aguiar (2015), ter clareza sobre a demanda é fundamental não apenas para o processo terapêutico em si, mas também para saber se o psicólogo tem condições de atender a essa demanda. Outro aspecto relevante é buscar entender quais são as expectativas dos pais quanto à terapia e se elas condizem com a proposta do trabalho terapêutico. Para a Gestalt-terapia, a relação estabelecida entre o psicoterapeuta e o cliente (relação terapêutica) é a condição elementar para que o processo aconteça, sendo compreendida como o próprio instrumento da psicoterapia, como um fenômeno interativo que visa facilitar o desenvolvimento de formas mais saudáveis e satisfatórias de interação com o meio. A relação terapêutica deve ser constituída pelo respeito ao outro, ao seu tempo e ao seu modo de ser e estar no mundo, pelo acolhimento e confirmação dos sentimentos, pela liberdade de expressão e empatia. Além do vínculo com a criança, o estabelecimento de um bom vínculo entre o psicoterapeuta e os responsáveis é essencial, pois eles também estarão presentes no decorrer desse trabalho.

Aguiar (2015) considera muito importante que o psicoterapeuta não se detenha ao sintoma da criança, pois se ela é uma totalidade, o sintoma é só uma forma de essa criança se

apresentar. O psicoterapeuta precisa suspender seus a priori, ou seja, colocar entre parênteses suas crenças, opiniões, valores e juízos de valor, para não correr o risco de direcionar e limitar o seu cliente. Trabalha-se com o que a criança expressa a cada sessão e como ela expressa, e não com o sintoma em si. Aquilo que a criança revela é aquilo que é importante para ela e que ela precisa que seja trabalhado. Embora haja discordância entre alguns Gestalt-terapeutas, a referida autora não acha necessário abordar o sintoma durante as sessões de terapia sem que a criança o faça, exceto “[...] no primeiro contato entre ela e o psicoterapeuta – quando o motivo pelo qual seus responsáveis o procuram é comentado e é dada à criança a possibilidade de se manifestar como quiser a esse respeito” (AGUIAR, 2015, p. 104). É muito importante que a criança saiba o motivo pelo qual foi levada à psicoterapia, sendo necessário adaptar essa explicação à linguagem da criança.

O processo terapêutico em Gestalt-terapia com crianças tem o objetivo de resgatar o curso satisfatório do desenvolvimento da criança, propiciando oportunidades de reencontrar a vivacidade e o contato pleno com o mundo por meio da desobstrução de seus sentidos, do reconhecimento do seu corpo, da identificação, aceitação e expressão de seus sentimentos suprimidos, da possibilidade de realizar escolhas e verbalizar suas necessidades, bem como de encontrar formas para satisfazê-las, além de aceitar-se como é na sua singularidade (AGUIAR, 2015, p. 149).

A psicoterapia infantil gestáltica, por meio do método fenomenológico, busca facilitar a ampliação da awareness da criança sobre si e sobre suas relações com o mundo, expandindo suas possibilidades de contato, auxiliando-a a perceber o seu corpo e a explorar suas funções de contato. Ela faz tudo isso enquanto brinca, já que o lúdico é a linguagem da criança. Muitas vezes, a criança expressa através da brincadeira aquilo que não consegue expressar verbalmente. Ao brincar, a criança tem a possibilidade de entrar em contato consigo mesma, com seus sentimentos, emoções, conflitos, dificuldades, angústias e questões que lhe são importantes (FERNANDES, 2016).

Aguiar (2015) caracteriza esse processo psicoterápico como semidiretivo, pois o psicoterapeuta, além de realizar intervenções descritivas na forma de afirmações ou questionamentos, pode propor experimentos a partir do que a criança traz (os conteúdos, sentimentos, vivências, comportamentos). Utilizam-se recursos lúdicos estruturados (que já tem uma estrutura prévia constituída de significado consensual) e não estruturados (que não tem uma estrutura prévia de significado consensual) para facilitar a expressão e a comunicação da criança no espaço terapêutico. O experimento se dá a partir da relação entre terapeuta e cliente e, como sinaliza Fernandes (2016), pode acontecer na forma de conversas, brincadeiras, jogos, contação de histórias, pinturas, desenhos, uso da fotografia, da música, da argila, da massa de modelar, de fantoches etc.

Aguiar (2015) aponta que, para algumas crianças, ter a oportunidade de brincar em um espaço seguro, acolhedor, permissivo e confirmador com aquilo que ela queira, e da maneira como o fizer, “[...] já é suficiente para promover as reconfigurações necessárias ao bem-estar e ao resgate de um funcionamento saudável na sua interação com o mundo” (AGUIAR, 2015, p. 158-159). Para realizar intervenções, o psicoterapeuta precisa ir ao encontro da criança em sua ludicidade, ou seja, envolver-se na brincadeira juntamente com a criança. Entretanto, ele só deve entrar na brincadeira se a criança lhe solicitar. A autora esclarece que brincar com a criança não significa tornar-se criança ou reagir como tal, mas compartilhar da importância da linguagem lúdica, sem esquecer o seu papel de psicoterapeuta naquele contexto. Na clínica infantil gestáltica, o psicoterapeuta, ao invés de selecionar previamente os recursos lúdicos que irá utilizar em cada sessão, espera que a própria criança escolha aquilo que ela prefere naquele momento. Os materiais ficam à sua disposição para que ela possa decidir o que quer utilizar.

A forma como a criança estabelece contato com o mundo é algo de grande relevância no contexto psicoterápico, de modo que facilitar a ampliação das fronteiras de contato costuma ser um dos objetivos terapêuticos. O psicoterapeuta busca verificar como as funções de contato se apresentam na criança, trabalhando, desenvolvendo e explorando essas funções, como a visão, a audição, o movimento, o tato, a gustação, o olfato e a linguagem (AGUIAR, 2015).

Às vezes é necessário dar à criança a oportunidade de passar por várias experiências a fim de desbloquear suas funções de contato. Fazemos isso oferecendo possibilidades de experiência sensorial: pintura a dedo, caixa de areia, comparação entre texturas, escutar sons dentro e fora do consultório, ouvir a própria voz gravada, mover-se ao som de uma música ou expressar seus sentimentos batendo em um tambor. Podemos trabalhar todas as funções de contato, incluindo sua exploração na brincadeira proposta pela criança. [...] Todo momento é uma oportunidade em potencial de explorar as funções de contato da criança, em especial aquelas identificadas como momentaneamente bloqueadas ou distorcidas (AGUIAR, 2015, p. 190-191).

O trabalho com as funções de contato visa desbloquear os canais de comunicação da criança com o meio, os quais, muitas vezes, encontram-se cristalizados e padronizados. Assim, expandem-se as possibilidades de relação e comunicação da criança consigo e com o mundo. É necessário identificar quais as dificuldades da criança e, dessa forma, trabalhar com as funções de contato correspondentes a essas dificuldades. O tato, por exemplo, pode ser explorado ao experimentar a sensação provocada por um objeto ou material quanto à textura, temperatura e consistência, ao expressar os sentimentos através de diversos materiais, como argila, massinha, tinta, papel etc. Pode-se trabalhar a visão descrevendo o que está sendo visto, identificando mudanças no ambiente, olhando-se no espelho, enfim, existem inúmeras

maneiras de desenvolver as funções de contato, sendo fundamental lançar mão da criatividade. Além das técnicas e dos recursos utilizados, outros elementos primordiais para o processo terapêutico são a confirmação e a própria relação terapêutica, descritas a seguir (AGUIAR, 2015).

Segundo essa autora, a confirmação é essencial para que a criança se desenvolva de forma satisfatória e estabeleça contatos saudáveis consigo e com o mundo. É importante que a criança seja confirmada como um todo: suas potencialidades, necessidades, sentimentos. Confirmar não é sinônimo de elogiar ou de aceitar tudo. Confirmar significa validar, reconhecer a existência de um sentimento ou de uma necessidade, por exemplo. A confirmação não envolve juízo de valor, mas o reconhecimento do modo como a criança “está sendo” em um determinado momento e do seu potencial de agir de forma diferente em outra situação. Na psicoterapia, o terapeuta descreve todo o processo da criança, auxiliando-a a perceber o que ela já consegue ou não fazer e o que ainda pode alcançar. Cabe ressaltar a importância de confirmar todo o processo da criança, e não apenas suas conquistas. Quando exerce a confirmação, “[...] o psicoterapeuta permite que a criança sintase de fato aceita e reconhecida em sua totalidade, com seus sentimentos, suas resistências e suas formas de expressão, e não apenas em alguns aspectos que possam vir a causar algum impacto positivo nele” (AGUIAR, 2015, p. 167).

A autora acima considera a relação terapêutica mais importante do que qualquer brinquedo escolhido pela criança ou técnica utilizada pelo psicoterapeuta. Nesse sentido, a atitude dialógica, caracterizada pela presença genuína do psicoterapeuta e pela inclusão e confirmação da criança, é fundamental. Em relação à inclusão, o psicoterapeuta deve estar disponível para colocar-se no lugar da criança e tentar ver o mundo sob sua ótica, confirmando-a “[...] como um ser singular que nesse momento só tem condições de perceber a realidade dessa forma e agir conforme essa percepção” (AGUIAR, 2015, p. 169). A maneira como o psicoterapeuta reage e lida com os comportamentos e formas de se expressar da criança nas sessões pode ser terapêutica. Isso porque, diferentemente de muitos adultos que convivem com a criança, o psicoterapeuta assume uma postura de acolhimento, confirmação e aceitação desse indivíduo, independente da sua forma de ser e estar no mundo. Cada criança requer uma maneira específica de aproximação e interação, sendo necessário respeitar seus limites e necessidades.

Temos como foco não só a sua expressão verbal, mas todos os seus meios de expressão e funções de contato com o mundo, tais como movimento, postura, gestual, toque, visão, audição, produções artísticas, fantasias, sonhos, silêncios, choros, jogos, brincadeiras etc. A “libertação” do jugo da linguagem verbal como único foco de intervenção terapêutica possibilita à Gestalt-terapia trabalhar com



crianças de qualquer idade, com qualquer nível de comprometimento de suas funções de contato e qualquer patologia orgânica e/ou deficiência física. Uma vez que podemos encontrar esse ser humano por meio de vários canais, entendemos que sempre haverá uma “porta” de acesso ao seu mundo experiencial, o que implica não descartar nenhum cliente como “não tratável” ou “fora de possibilidades terapêuticas” (AGUIAR, 2015, p. 39).

A Gestalt-terapia, ao compreender o ser humano como um todo, acredita nas suas potencialidades e na sua capacidade de mudança e transformação, não importa quais sejam suas dificuldades e limitações. Por mais adoecida que a criança esteja, por mais rígidas que estejam suas fronteiras de contato e por mais cristalizadas que estejam suas funções de contato, a referida abordagem considera ser plenamente possível acessar a criança e trabalhar com todos os potenciais que ela pode vir a desenvolver, respeitando-a enquanto um ser singular (AGUIAR, 2015). Assim, para pensar sobre uma clínica gestáltica com crianças autistas, assunto da seção intitulada “análise e discussão”, se discorre, a seguir, sobre o modo como a Gestalt-terapia concebe o autismo.

### 3.3.1 O autismo sob a ótica gestáltica

Se o ser humano constitui-se e transforma-se a partir das relações que estabelece no meio, é também diante dessas relações que ele adocece. Assim, a Gestalt-terapia acredita que as psicopatologias não estão fechadas ao indivíduo, mas permeiam seu relacionamento consigo e com o mundo. Carvalho e Costa (2010) relembram que a fluidez da dinâmica figura-fundo (quando essa dinâmica funciona de modo satisfatório) revela aspectos saudáveis do indivíduo, pois, de maneira geral, entende-se que ele está conseguindo perceber suas necessidades, hierarquizá-las e ir ao meio para satisfazê-las a fim de se autorregular. Porém, quando o indivíduo comporta-se de forma cristalizada, bloqueando e interrompendo seus contatos, a dinâmica figura-fundo encontra-se comprometida, prejudicando a autorregulação do organismo e, conseqüentemente, a sua saúde. Para a perspectiva gestáltica, a essência da psicopatologia é a interrupção do processo de contato.

Para Müller-Granzotto e Müller-Granzotto (2008), o autismo corresponde a um comprometimento da função id do *self*, opinião comungada por Brandão (2017). No entanto, essa autora esclarece que, embora os comportamentos observados nas crianças com autismo correlacionem-se à perturbação da função id, isso não significa incluir o autismo nas manifestações psicóticas. Também é importante mencionar que esse comprometimento da função id inevitavelmente afeta as outras funções, provocando a construção de um funcionamento atípico nas dimensões ego e personalidade.

Sendo o TEA uma modalidade de relação com o mundo na qual existem comprometimentos tanto na interação social e comunicação quanto nas condutas

motoras, podemos respectivamente localizar aspectos ligados à possibilidade de reconhecer e de perceber o outro que parecem não emergir como necessidade – e nas condutas motoras estereotipadas, elemento atrelado fortemente às sensações corporais; assim, parece devido localizar a disfunção na dimensão id do sistema *self* (BRANDÃO, 2017, p. 148).

De acordo com o que foi citado, é possível compreender que, como há um comprometimento da função id do *self*, ou seja, do processo de percepção dos impulsos e necessidades, os estímulos chegam às funções de contato de forma distorcida, provocando uma evitação de contato. Amescua (1999) acredita que o autismo está relacionado a um enrijecimento das fronteiras de contato, o que gera um bloqueio e uma interrupção do contato da criança com o seu meio e, conseqüentemente, a diminuição e limitação da sua capacidade de estabelecer relacionamentos com outros indivíduos. Além disso, por estar com suas fronteiras de contato enrijecidas, a criança não abre espaço para o novo, para o diferente e para a vivência de novas experiências, desenvolvendo fixações a objetos, rotinas, ambientes etc.

A Gestalt-terapia acredita que todo ser humano tem a capacidade de se autorregular e de se ajustar criativamente da maneira como lhe é possível em cada momento, pois, mesmo que seja “[...] com gestos repetitivos e estereotipados, com sons ou poucas palavras, com um tipo especial de relacionamento, as pessoas com TEA encontram uma forma criativa de existir” (BRANDÃO, 2017, p. 150). Essa forma de existir no mundo deve ser considerada tão válida e legítima quanto o modo de funcionamento entendido como “padrão”.

A criança com TEA, assim como qualquer outra, é única e singular no mundo, não devendo ser reduzida e definida por uma psicopatologia. Barros (2014) e Brandão (2017) concordam que, no processo psicoterapêutico, é necessário respeitar o tempo e o espaço da criança e não objetivar alcançar “[...] essa ou aquela habilidade” (BRANDÃO, 2017, p. 152). A condução do trabalho da clínica infantil gestáltica com crianças autistas será melhor desenvolvida a seguir, na análise e discussão.

#### 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Diante do que foi apresentado sobre a Gestalt-terapia, sua noção de desenvolvimento humano e a psicoterapia infantil a partir dessa perspectiva teórica, é possível discorrer acerca da condução do trabalho da clínica gestáltica com crianças autistas, tendo em vista que a abordagem em questão acredita ser sempre possível acessar a criança e trabalhar com suas potencialidades, independente da sua forma de ser e de se relacionar no mundo.

No artigo “Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo”, Kanner (1943) descreve suas descobertas acerca dos onze casos clínicos infantis que acompanhou durante cinco anos. O autor identificou nessas crianças que se comportavam de forma atípica, características que atualmente fazem parte do quadro diagnóstico denominado Transtorno do Espectro Autista (TEA), tais quais: dificuldade em se relacionar com as pessoas desde o início da vida; preferência por objetos em detrimento de outros indivíduos; prejuízos na comunicação social; padrão restrito e repetitivo de comportamentos, interesses ou atividades; dificuldade em lidar com mudanças; evitação do contato visual, entre outros.

Em seus escritos, Kanner (1943) assinala que as crianças autistas utilizavam o outro como objeto ou apenas como alguém que iria suprir suas necessidades, estabelecendo uma relação com o pé ou a mão de uma pessoa como se fossem objetos isolados, e não como partes integrantes daquele corpo. Assim, podemos dizer que, em geral, no relacionamento das crianças autistas com as outras pessoas há um predomínio da atitude eu-isso, pois nesse tipo de relação a pessoa acaba sendo vista como um objeto e como um meio para alcançar um fim (CARDELLA, 2017). Não há disponibilidade para o encontro com o outro e nem para o estabelecimento de um diálogo.

É possível considerar que os comportamentos repetitivos e estereotipados são uma forma que a criança com TEA encontrou para se autorregular e entrar em equilíbrio, já que muitas vezes o ambiente apresenta estímulos estressores, sendo vistos como uma ameaça (por exemplo: ambiente com muitas pessoas e/ou muitas cores, volume sonoro muito alto). Desse modo, a criança utiliza os recursos de que dispõe para ajustar-se criativamente em meio às situações. Ainda nessa seara, podemos relacionar o padrão restrito de comportamentos, interesses e atividades, bem como a dificuldade em lidar com mudanças, ao mecanismo de evitação denominado fixação. A fixação é o processo pelo qual o indivíduo apega-se excessivamente a coisas, ideias, rotinas, temendo o novo e o desconhecido (RIBEIRO, 2017). As mudanças, sejam elas de rotina, de disposição dos objetos da casa ou de preparo dos alimentos, por exemplo, provocam grande sofrimento nas crianças autistas. Logo, a fixação

também consiste em uma tentativa de autorregulação, pois apegar-se a algo contribui para que a criança alcance o equilíbrio.

Como no autismo há um comprometimento da função id do *self*, a percepção dos estímulos, das sensações e das necessidades é afetada, o que nos remete ao mecanismo de dessensibilização. A dessensibilização corresponde a uma frieza diante do contato, à diminuição sensorial e à perda do interesse por sensações novas e mais intensas (RIBEIRO, 2017), características que podem ser percebidas nas crianças autistas. O *self* diz respeito à forma como o indivíduo está existindo no mundo, e isso inclui a maneira como ele realiza e evita o contato, as relações que estabelece, os ajustamentos criativos que utiliza e o modo como se expressa em sua interação com o meio.

O enrijecimento das fronteiras de contato faz com que os contatos da criança autista com o seu meio sejam constantemente interrompidos (AMESCUA, 1999). A deflexão é uma das formas pelas quais a criança evita o contato, não se envolvendo nas situações e esquivando-se do contato visual e físico (CARDELLA, 2017). Na psicoterapia, a deflexão pode ser percebida por meio de algumas atitudes da criança, como por exemplo: evitar perguntas do terapeuta; mudar de assunto; não olhar para o psicoterapeuta e não explorar os diferentes brinquedos e recursos lúdicos da sala (AGUIAR, 2015). Nesse sentido, é muito importante que o psicoterapeuta preste atenção na forma como a criança estabelece e evita os contatos com o mundo; quais os mecanismos de evitação de contato que ela mais utiliza; como ela transita pela sala, se explora o espaço ou se fica sempre nos mesmos lugares; se ela toca as pessoas e se permite ou não ser tocada; quais as brincadeiras que ela costuma escolher; se utiliza os mesmos recursos lúdicos ou se os diversifica etc. Assim, olhando para esse fenômeno que se revela a cada momento e o compreendendo enquanto uma totalidade, o psicoterapeuta deve oferecer oportunidades para que a criança amplie suas fronteiras de contato e para que possa desenvolver as funções de contato que estão bloqueadas.

As funções de contato (visão, audição, tato, gustação, olfato, fala e movimento) podem ser trabalhadas através de jogos, dança, mímica, realização de expressões faciais diante do espelho, uso de instrumento musical, uso da música, da argila, de tinta e esponja, da massinha de modelar, da areia, experimentando e descrevendo as sensações provocadas pelos materiais em relação à textura, temperatura e consistência, e sentindo o gosto e o cheiro de diferentes alimentos (AGUIAR, 2015). Além de lançar mão da criatividade, é importante que o psicoterapeuta busque conhecer os objetos de interesse da criança e os insira no contexto terapêutico, sugerindo atividades que sejam prazerosas e motivadoras para a criança, pois pode ser um meio facilitador para a aproximação e o contato. As brincadeiras e a utilização

dos elementos lúdicos em um ambiente seguro e acolhedor podem promover a abertura para novas experiências e para explorar diferentes possibilidades, e isso, conseqüentemente, contribuirá para tornar as fronteiras de contato mais flexíveis. Contudo, antes de qualquer brincadeira ou aplicação de técnica, o psicoterapeuta deve respeitar o tempo e o espaço da criança, bem como os limites que ela impuser, não a forçando a realizar atividades que ela não queira e nem exigindo mais do que ela pode dar no momento.

Quanto à linguagem verbal, embora a sociedade a valorize muito, essa não é a única maneira possível de comunicação entre as pessoas. Muitas crianças autistas não utilizam ou utilizam muito pouco a linguagem verbal para interação social, ou apresentam dificuldades com a fala, e o psicoterapeuta deve ajudar a criança a encontrar um meio pelo qual ela consiga se comunicar e expressar seus desejos e necessidades. A comunicação pode ser realizada através do uso de figuras que representem aquilo que se deseja transmitir; escrevendo a mensagem no papel ou digitando no computador, enfim, é preciso encontrar um meio de comunicação que atenda as necessidades da criança e que ela se sinta confortável utilizando o meio de comunicação escolhido. Cabe ao psicoterapeuta proporcionar um espaço para a expressão dos diferentes modos de comunicação da criança, exercendo um movimento de compreensão desse sujeito em sua totalidade, atentando-se para o que a criança está tentando comunicar através dos seus movimentos corporais, das suas brincadeiras e até dos sintomas que possa vir a apresentar.

Em relação à *awareness*, podemos dizer que no autismo é possível alcançar uma *awareness* parcial, já que os contatos da criança autista com o mundo e consigo encontram-se interrompidos. A psicoterapia auxiliará a criança a tornar-se mais *aware* de si e das suas necessidades, mas sempre respeitando sua singularidade de expressão de funcionamento.

Ao receber uma criança com o diagnóstico de autismo, o psicoterapeuta da abordagem gestáltica deve exercer a redução fenomenológica, suspendendo seus a priori e pré-conceitos, colocando entre parênteses os critérios diagnósticos do TEA que ele já conhece, para que ele não fique esperando por uma criança com característica “x” ou “y”, o que acabaria reduzindo e limitando a criança aos seus sintomas. A Gestalt-terapia não desconsidera os sintomas e nem os manuais médicos, mas compreende a criança enquanto um ser singular, integrante de uma determinada família, com hábitos e costumes específicos, imersa em um contexto histórico, social, cultural e econômico, influenciando e sendo influenciada pelo seu meio. Dificuldades na comunicação e na interação social, assim como comportamentos e interesses atípicos, são sintomas. Mas quem é essa criança para além do seu diagnóstico? Para responder essa pergunta, o psicoterapeuta deve se desprender dos

rótulos e voltar o seu olhar para a criança em sua totalidade e para a forma como ela se revela a cada momento.

Inicialmente, o psicólogo deve verificar qual a queixa principal da família e entender quais suas expectativas em relação ao processo terapêutico (AGUIAR, 2015). Se o desejo da família for, por exemplo, o de que a criança pare de fazer determinados movimentos e passe a se comportar de outra maneira, ou que aprenda uma habilidade específica, essa família certamente ficará frustrada, pois são pedidos que vão de encontro à proposta clínica da Gestalt-terapia. A clínica gestáltica não tem o objetivo de enquadrar a criança na norma e nem de fazê-la corresponder às expectativas sociais para ser aceita. A criança deve ser respeitada e acolhida, legitimando o seu modo de existir e valorizando o que ela é capaz de fazer no momento. É importante focar nas potencialidades da criança, e não naquilo que ela não consegue fazer.

A confirmação (atitude de validar e de reconhecer um sentimento ou um estado de humor da criança, por exemplo) também deve estar presente ao longo do processo terapêutico, cabendo ao profissional confirmar a criança em sua totalidade: suas necessidades, potencialidades e sentimentos (AGUIAR, 2015). É fundamental confirmar todos os passos da criança, suas tentativas e conquistas, e não apenas o resultado final. A Gestalt-terapia entende que a criança está dando o melhor que ela pode naquele momento. Aqui cabe lembrarmos do conceito de ajustamento criativo, entendido como a melhor forma possível encontrada pela criança para satisfazer suas necessidades e entrar em equilíbrio, levando em conta os seus próprios recursos e as disponibilidades do meio. O fato de uma criança se ajustar criativamente de uma determinada forma em um dado momento não quer dizer que ela não possa vir a desenvolver formas diferentes e mais satisfatórias de interação em outro contexto. O psicoterapeuta deve assumir uma atitude de acolhimento, aceitação e interesse pela criança, caminhando ao seu lado e respeitando seu tempo e suas possibilidades.

O trabalho com a criança inevitavelmente envolve a família, o que torna essencial a participação e o engajamento desse grupo no processo psicoterapêutico da criança. O psicólogo precisa olhar para todo o contexto familiar, até porque esse é o principal campo do qual a criança faz parte. É necessário compreender a dinâmica dessa família, o modo como seus membros se relacionam, o que essa família valoriza e o que espera da criança, como a criança é vista por esse grupo, se os membros são aceitos e respeitados em suas singularidades etc. O diálogo constante entre o psicoterapeuta e a família é fundamental para o processo da criança e para que as interações no meio familiar possam se dar de forma mais satisfatória. De todo modo, comungamos com Brandão (2017) acerca da ideia de que, além de desenvolver

um bom vínculo com a criança, o psicoterapeuta precisa compreender, acolher, não julgar e dar suporte aos pais na relação com o seu filho autista, pois eles também estão fazendo o melhor que podem a cada momento. É difícil se desprender da imagem da criança idealizada, mas ressalta-se a grandeza e a honradez desses pais ao amarem e darem afeto sem esperarem que esse filho lhes corresponda.

A pergunta a ser respondida a partir desta pesquisa é sobre como se desenvolve o trabalho clínico gestáltico com crianças autistas. Para tentar respondê-la, foi necessário primeiramente compreender a visão da Gestalt-terapia sobre o ser humano, seu desenvolvimento e seus processos de interação. No entanto, é inegável que permaneceram algumas lacunas. A escassez de produções que abordem o trabalho da clínica gestáltica com esse público demonstra que o entendimento da Gestalt-terapia acerca do autismo merece o desenvolvimento de mais pesquisas. Encontramos pouquíssimos materiais que apresentem casos clínicos e que discorrem sobre a condução desse trabalho. Assim, considerando a crescente incidência do TEA no mundo, é importante que a Gestalt-terapia adentre esse campo e explore mais essa temática, pois, sem dúvida, pode contribuir para uma maior qualidade de vida das crianças autistas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A temática desta pesquisa exigiu que todo um caminho fosse percorrido, o qual contemplou a compreensão do autismo, sua primeira descrição e as características desse transtorno; a Gestalt-terapia, sua fundamentação teórica e principais conceitos, sua visão de ser humano e seus processos de interação no mundo; o modo como essa abordagem concebe o desenvolvimento humano; como se estrutura a psicoterapia infantil de base gestáltica; a maneira pela qual a Gestalt-terapia compreende o autismo e, por fim, como se desenvolve o trabalho com esse público na clínica gestáltica. Esse percurso possibilitou o desenvolvimento de algumas articulações entre a Gestalt-terapia e o TEA, as quais foram expostas no decorrer deste trabalho.

Descrever uma criança que se ajusta de forma atípica não é a mesma coisa que descrever o conjunto de sintomas que caracterizam o TEA. A visão de ser humano da Gestalt-terapia nos possibilita olhar para a criança para além de um diagnóstico e compreendê-la em sua totalidade, como um ser único, de relações, imerso em um contexto familiar, social, cultural, histórico e econômico. É alguém que brinca, que sente, que tem seus gostos, desejos e preferências, e que merece ser respeitada e incluída. A sociedade ainda valoriza muito quem segue o padrão e está dentro da norma, de modo que o diferente acaba sendo excluído, rotulado e estigmatizado. É importante que lutemos para que os diferentes modos de existência (que não são melhores nem piores, mas apenas diferentes) ganhem espaço na sociedade e tenham seus direitos efetivados.

A escassez de referenciais teóricos que abordem a clínica gestáltica com crianças autistas gerou um desânimo no início, mas não foi um impeditivo para que esta monografia fosse desenvolvida. Esperamos, com este trabalho, ter contribuído para a referida discussão, mas é muito importante que a Gestalt-terapia explore mais a temática do autismo, de forma teórica e prática. Os Gestalt-terapeutas que trabalham com crianças autistas precisam estar embasados e sustentados teoricamente, e para isso é essencial que mais pesquisas sejam construídas e publicadas.

Pode-se concluir que, na clínica infantil gestáltica, o respeito à criança autista é posto em primeiro plano, valorizando a sua existência, buscando desenvolver suas potencialidades, ampliando suas fronteiras de contato e contribuindo para melhorar sua qualidade de vida.



## REFERÊNCIAS

AGUIAR, Luciana. **Gestalt-terapia com crianças: teoria e prática**. São Paulo: Summus, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

AMESCUA, Guadalupe. Autismo na teoria Gestalt – Em direção a uma teoria Gestalt da personalidade. **Gestalt Review**, v. 3, p. 226-238, 1999.

ANTONY, Sheila. A criança em desenvolvimento no mundo: um olhar gestáltico. **IGT na Rede**, v. 3, n. 4, p. 1-11, 2006.

BARROS, Marina N. O psicoterapeuta invisível: reflexões sobre a prática Gestáltica com ajustamentos autistas. **IGT na Rede**, v. 11, n. 20, p. 193-241, 2014.

BRANDÃO, Cintia L. Transtorno do Espectro Autista: um mundo visto através do caleidoscópio. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Quadros clínicos disfuncionais e gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2017. cap. 6.

CARDELLA, Beatriz H. P. **A construção do psicoterapeuta – uma abordagem gestáltica**. 3. ed. São Paulo: Summus, 2017.

CARDOSO, Claudia L. A face existencial da Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. cap. 4.

CARVALHO, Lílian C. de; COSTA, Ilene I. da. A clínica gestáltica e os ajustamentos do tipo psicótico. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. 16, n. 1, p. 12-18, 2010.

CHIZZOTTI, Antonio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**, v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

CIRINO, Oscar. Genealogia da psiquiatria da infância. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Rinaldo (Orgs.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. cap. 1.

FERNANDES, Myrian B. Psicoterapia com crianças. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Modalidades de intervenção clínica em Gestalt-terapia**. São Paulo: Summus, 2016. cap. 3.

FONSECA, João J. S. da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará, 2002.

FRAZÃO, Lilian M. Apresentação à edição brasileira. In: PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1997. p. 7-10.

FRAZÃO, Lilian M. Psicologia da Gestalt. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. cap. 6.

FRAZÃO, Lilian M. Um pouco da história... um pouco dos bastidores. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. cap. 1.

GINGER, Serge; GINGER, Anne. **Gestalt: uma terapia do contato**. São Paulo: Summus, 1995.

KANNER, Leo (1943). Os distúrbios autísticos de contato afetivo. In: ROCHA, Paulina Schmidtbauer (Org.). **Autismos**. São Paulo: Editora Escuta, 1997. p. 111-170.

KIYAN, Ana Maria M. **E a Gestalt emerge: vida e obra de Frederick Perls**. São Paulo: Editora Altana, 2006.

KUPFER, Maria Cristina. O impacto do autismo no mundo contemporâneo. In: KAMERS, Michele; MARIOTTO, Rosa Maria M.; VOLTOLINI, Rinaldo (Orgs.). **Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência**. São Paulo: Escuta, 2015. cap. 8.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

MALEVAL, Jean-Claude. **O autista e a sua voz**. São Paulo: Blucher, 2017.

MARCELLI, Daniel; COHEN, David. **Infância e psicopatologia**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MARFINATI, Anahi C.; ABRÃO, Jorge L. F. Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo. **Estilos da Clínica**, v. 19, n. 2, p. 244-262, ago. 2014.

MÜLLER-GRANZOTTO, Marcos J.; MÜLLER-GRANZOTTO, Rosane L. Clínica dos ajustamentos psicóticos: uma proposta a partir da Gestalt-terapia. **Revista IGT na Rede**, v. 5, n. 8, p. 3-25, 2008.

OMS. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, décima versão – CID-10. Disponível em: <http://www.cid10.com.br>, 2008. Acesso em: 10 jan. 2020.

OMS lança nova classificação internacional de doenças. **Nações Unidas Brasil**, 18 jun. 2018. Disponível em: <<http://nacoesunidas.org/oms-lanca-nova-classificacao-internacional-de-doencas/>>. Acesso em: 7 nov. 2019.

PERLS, Frederick; HEFFERLINE, Ralph; GOODMAN, Paul. **Gestalt-terapia**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1997.

PERLS, Fritz. **A Abordagem gestáltica e Testemunha ocular da terapia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

POLSTER, E.; POLSTER, M. **Gestalt-terapia integrada**. São Paulo: Summus, 2001.

REHFELD, Ari. Fenomenologia e Gestalt-terapia. In: FRAZÃO, Lilian M.; FUKUMITSU, Karina O. (Orgs.). **Gestalt-terapia: fundamentos epistemológicos e influências filosóficas**. São Paulo: Summus, 2013. cap. 2.

REY, Fernando L. G. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

RIBEIRO, Jorge P. **O ciclo do contato: temas básicos na abordagem gestáltica**. 7. ed. São Paulo: Summus, 2017.

RODRIGUES, Hugo E. **Introdução à Gestalt-terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica**. Petrópolis: Vozes, 2008.

SEIZE, Mariana de M.; BORSA, Juliane C. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: revisão sistemática. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 22, n. 1, p. 161-176, jan/abr 2017.

SILVA, Solange C. da; GESSER, Marivete; NUERNBERG, Adriano H. A contribuição do modelo social da deficiência para a compreensão do Transtorno do Espectro Autista. **Revista Educação, Artes e Inclusão**, v. 15, n. 2, p. 187-207, 2019.

VOLKMAR, Fred R.; WIESNER, Lisa A. **Autismo**: guia essencial para compreensão e tratamento. Artmed, 2018.

YONTEF, Gary M. **Processo, diálogo e awareness**. São Paulo: Summus, 1998.