

CLEPTOMANIA: ROUBANDO A POSSIBILIDADE DE DAR-SE CONTA

Yohanna Breunig¹

Miguel Angel Liello²

RESUMO

Este artigo refere-se a um estudo de caso realizado durante o Estágio Integrado em Psicologia no Serviço Integrado de Saúde (SIS), na abordagem da Gestalt-terapia. Seu objetivo é possibilitar a interlocução entre a teoria e a prática, enfocando um dos atendimentos individuais que ocorreram durante o estágio. Trata-se de um caso cuja paciente apresentou comportamentos que caracterizavam a cleptomania, em que esta representava um sintoma para outras questões. A paciente acabava por enxergar o transtorno como o causador de todos os seus problemas, chegando a rotular-se por isso, sem dar-se conta, inicialmente, de que ele estava tentando anunciar que algo não ia bem. A Gestalt-terapia tende a ver o sujeito por sua totalidade e não como um fragmento e, portanto, percebemos a cleptomania como uma parte de seu ser e que aparece como um sintoma, mas sabemos que não é possível reduzir a paciente ao seu transtorno. Consideramos todo o seu ser, buscando resgatar e fortalecer suas potencialidades. Deste modo, fizemos um breve relato do caso, seguido de referencial teórico acerca do seu sintoma e de como ele pode ser compreendido pela Gestalt-terapia. Assim, foi possível realizar a interlocução entre o caso e a teoria, pensando no modo como a terapia foi sendo desenvolvida e o que pode ser trabalhado durante o breve período de tratamento da paciente.

Palavras-chave: Compulsão; Cleptomania; Gestalt-terapia.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho diz respeito a um estudo de caso realizado durante o Estágio Integrado em Psicologia no Serviço Integrado de Saúde (SIS), na abordagem da Gestalt-terapia. Tem como propósito a possibilidade de relacionar o que foi visto na prática com os pressupostos teóricos da abordagem. Deste modo, discutiremos sobre uma paciente que dentre outras temáticas, referiu episódios de cleptomania.

¹Acadêmica do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e estagiária do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Gestáltica .

²Docente do Curso de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul; Orientador de estágio curricular do Serviço Integrado de Saúde (SIS) na abordagem Gestáltica.

Inicialmente, situaremos como a paciente chegou ao local e qual foi a sua queixa inicial. Da mesma forma, serão descritas as questões mais relevantes que foram trabalhadas em terapia. A partir desta compreensão do caso tornar-se-á possível relacioná-lo com a teoria da Gestalt-terapia, abordando, primeiramente, a compreensão da Ansiedade para a Gestalt, partindo para o conteúdo das Compulsões, para, por fim, entrar no assunto específico da Cleptomania. A partir desta apreensão, será possível relacionar tais conteúdos com o caso da paciente aqui descrito. Ademais, buscar-se-á entender qual é a visão da Gestalt sobre isto e como trabalha com esta temática em terapia.

O CASO DE JOANA

O caso, abaixo relatado, refere-se a um atendimento realizado durante quatro meses no serviço-escola. Ao invés de utilizarmos o verdadeiro nome da paciente, iremos chamá-la de Joana, a fim de preservar a sua identidade, conforme questões éticas.

Joana, 53 anos, chegou ao serviço por demanda espontânea, ou seja, ela mesma tomou a iniciativa de buscar o local para atendimento. Foi atendida por outra estagiária, que estava de plantão, trazendo como motivo da busca o fato de sentir-se muito angustiada ultimamente, apresentando sinais de ideação suicida, bem como relatou condutas de cleptomania. Então iniciei os atendimentos de psicoterapia, em que ela trouxe as mesmas queixas, enunciando que tudo era muito difícil em sua vida e que não conseguia se abrir com as pessoas, sentindo-se desmotivada, sendo sua fala inicial muito depressiva.

A paciente é casada e tem dois filhos, sendo que um já não mora mais em casa e o outro estava internado em uma clínica de reabilitação, devido ao uso de drogas, no período em que Joana esteve em atendimento. A paciente sempre referiu bastante preocupação em relação a este filho, por se preocupar com o seu futuro e por temer como seria a volta dele para casa.

Joana trouxe, na maioria dos atendimentos, a questão da cleptomania, culpando-se e envergonhando-se pelos roubos cometidos. Ao contar sobre os episódios, relatou que estes ocorreram três vezes em sua vida, sendo a primeira vez há uns anos atrás e duas vezes no ano de 2016. Os roubos se deram em supermercados, em que foram pegos, de forma escondida, objetos sem grande valor, como material de higiene. Ela referiu saber que isso é errado e que ela não tem a necessidade de roubar, pois tem condições de comprar o que precisa.

No entanto, ela admitia ser um sentimento muito forte, como se ela precisasse levar alguma coisa sem pagar. Ou seja, ela não ia ao mercado com a intenção de roubar, e sim para fazer compras, mas ao chegar lá, era acometida por um impulso que a fazia agir desta forma. Então ela comprava algumas coisas, mas levava algo escondido na bolsa.

A paciente contou que da primeira vez que isso ocorreu, ela foi descoberta pelo dono do estabelecimento, que era conhecido da família. Por isso ele não fez um boletim de ocorrência, mas contou ao marido para que ele ficasse a par do ocorrido. Joana relatou que pensa que se ninguém tivesse falado sobre isso à família, ela também não contaria, por sentir muita vergonha, vendo esse ato com um mau exemplo. Na segunda vez que roubou objetos em um supermercado, a paciente não foi pega, complementando que justamente por isso ela sentiu que poderia fazer novamente. Até que na terceira tentativa de roubo, ela foi pega pelos seguranças do supermercado e foi feito boletim de ocorrência. Desde então, ela tem evitado ir ao mercado, principalmente sozinha, indo algumas vezes com o seu marido. Ela também referiu que quando precisa muito ir ao mercado evita levar bolsas.

Outra angústia que ela trazia frequentemente era o fato de viver um dilema entre contar ao filho adicto sobre seus episódios de roubo, evitando omitir o que aconteceu nesse período em que ele esteve fora, ou não contar, já que temia sua reação e sentia-se muito envergonhada por isso, além de não querer aborrecê-lo com essa temática. Trabalhamos esse dilema, pensando em como ela se sentia sobre isso, tendo em vista que por mais que pensássemos em algumas possibilidades juntas, essa é uma questão que caberia a ela decidir.

Ao tentarmos entender melhor a questão da cleptomania e de seus episódios de roubo, Joana enunciou que, quando criança, chegou a pegar algumas moedas escondida do pai, pois queria comprar lanche na frente da escola (assim como seus amigos faziam) e seu pai mandava que ela levasse de casa, não dando dinheiro. Essa foi a alternativa que ela encontrou naquele momento para satisfazer as suas vontades, ficando a dúvida, que ela mesma se questionava, sobre se isso poderia ser um comportamento realizado por outras crianças ou se já estariam aparecendo sinais do futuro transtorno de cleptomania.

Foram realizados 11 atendimentos com a paciente e ela acabou desistindo dos atendimentos por alegar que precisaria fazer uma cirurgia. Isto a faria ficar fora por um período e, então, ela preferiu ceder sua vaga a outra pessoa.

BREVE INTRODUÇÃO À GESTALT-TERAPIA

A Gestalt-terapia teve origem na década de 1950, através de Frederick Perls e outros participantes do grupo dos sete. Esta abordagem teve influências do Existencialismo, da Fenomenologia, do Pensamento Oriental (Zen Budismo), do Holismo, de Reich, da própria Psicanálise, da Psicologia da Gestalt, da Teoria Organísmica e da Teoria de Campo. (KIYAN, 2001).

A teoria gestáltica considera a existência humana “segundo a relação campo-organismo-meio, sendo impossível conceber o ser humano fora do contexto e do meio no qual ele está inserido, e das relações que estabelece a partir daí” (KIYAN, 2001, p. 152). Da mesma forma, Perls (1979) abordava a questão do corpo e da mente, afirmando que não há dissociação entre os dois, visto que representam o “eu”. Isso significa que não é possível dividir o ser humano em partes, pois o todo é maior que a soma das partes e, portanto, precisamos enxergar o sujeito como um ser integrado, um todo organizado. Logo, considerava que somos corpo-mente no aqui-agora. (RODRIGUES, 2000).

O aqui-agora é um dos conceitos desta abordagem, cujo foco está em trabalhar no presente, com o fenômeno que emerge. Kiyon (2001, p. 154) escreve que “mesmo que o indivíduo teça fantasias sobre o futuro, ou rememore o passado, isso está sendo feito aqui e agora e tudo que há para saber está disponível neste momento”. Isso quer dizer que a Gestalt-terapia não irá ignorar a existência do passado e do futuro, até porque considera o todo, a totalidade do sujeito, o que pressupõe todas essas vivências. No entanto, o seu foco será no momento presente, que é o momento possível de se viver. (KIYAN, 2001).

Para que se possa viver, buscando uma existência plena, se faz importante o contato com o eu e o mundo, através do ciclo de contato. Segundo Ribeiro (1997, p. 13), o “contato é uma palavra mágica, é sinônimo de encontro pleno, de mudança, de vida. É convite ao encontro, ao entregar-se. É um processo, cujo sinônimo é cuidado, a alma do contato. Sem ele, o contato, simplesmente, não existe”. A ocorrência do contato depende da experiência do campo, o qual irá determinar o modo como o sujeito vivenciará aquele contato. Ribeiro (1997, p. 15) ainda acrescenta que “o contato é o fenômeno pelo qual o encontro ocorre e no qual toda ação humana e psicoterapêutica se baseia”.

Quando falamos no conceito de contato, acabamos nos remetendo também ao conceito de *self*, visto que ambos mantêm uma relação muito próxima. É o *self* que exerce a função do contato, o qual é necessário ao ajustamento no campo, sendo composto pelo Id, Ego e Personalidade. Perls, Hefferline e Goodman (1997, p. 179), citados por Kiyon (2001, p. 169), referem que o “*self* pode ser considerado como estando na fronteira do organismo, mas a própria fronteira não está isolada do ambiente; entra em contato com este, e pertence a ambos, ao ambiente e ao organismo”.

COMPREENDENDO A ANSIEDADE

A ansiedade é uma condição fisiológica, psicológica e um estado de comportamento que se manifesta nos seres humanos como forma de preservar sua sobrevivência, deixando-lhes em estado de alerta, quando necessário, para que eles possam se adaptar ou combater situações adversas, inesperadas e até mesmo perigosas (STEIMER, 2002). Ou seja, serve como um mecanismo de proteção, sendo importante na vida dos sujeitos. É através da ansiedade que podemos nos proteger dos perigos, sendo este um sentimento útil, sem o qual teríamos nos tornado frágeis. (NARDI, 1998).

Entretanto, esta pode tornar-se nociva quando aparece de forma desproporcional e desagradável, interferindo na capacidade de lidar positivamente com as adversidades e desafios da vida (STEIMER, 2002). Sob a perspectiva da Gestalt a ansiedade é definida por Perls (1977a, p. 15) como “a excitação, o élan vital que carregamos conosco, e que se torna estagnado se estamos incertos quanto ao papel que devemos desempenhar”.

Santos e Faria (2006) nos lembram de que a palavra excitação refere-se, para a Gestalt-terapia, ao correlato de energia, em que esta não se relaciona somente com o ponto de vista interno do organismo, mas também com o meio. Estes autores referem que na ansiedade “a excitação não flui imediatamente para a ação”, sendo que o sujeito “não consegue permanecer no ‘aqui e agora’ e, dessa forma, há comprometimento no processo normal de contato com o meio”. (SANTOS; FARIA, 2006, p. 272).

Por isso, os autores confirmam a importância de viver no presente, sendo esta uma ação terapêutica, já que suas necessidades poderão ser satisfeitas de modo ordenado e

hierárquico, por meio do ciclo de contato, sem que haja tanta angústia referente a questões do passado ou previsões, muitas vezes catastróficas, do futuro.

Yontef (1998) acrescenta que o mundo do sujeito normalmente possui relação com aspectos mal resolvidos ou abalados em sua história de vida, fazendo com que ele pense no futuro de forma sombria. Perls (1977a, p. 15) ainda afirma que “a ansiedade é o vácuo entre o agora e o depois”, impossibilitando o sujeito de viver a excitação de forma plena, complementando que “se a excitação não puder fluir para a atividade por intermédio do sistema motor, então procuramos dessensibilizar o sistema sensorial para reduzir a excitação”, o que acaba gerando a ansiedade. (PERLS, 1977a, p. 95).

Justamente por isso que Santos e Faria (2006, p. 275) enfatizam que, ao incrementar a experiência do paciente, pode ocorrer, inicialmente, aumento nos níveis de ansiedade, mas ao haver uma relação terapêutica satisfatória surge a possibilidade de a excitação seguir seu “caminho rumo à figura mais importante em um dado contexto, favorecendo dessa forma, o retorno ao funcionamento satisfatório da *awareness* do ciclo do contato, sempre no aqui e agora”.

A MANIFESTAÇÃO DE COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS E O DESENVOLVIMENTO DA CLEPTOMANIA

Os comportamentos compulsivos caracterizam-se por serem aquelas condutas que o sujeito repete (às vezes com mais frequência, outras vezes com menos), assim como atos mentais, os quais surgem em resposta à sua obsessão (como os impulsos) ou devido regras que precisam ser seguidas de maneira rígida. Estes comportamentos ou atos mentais têm como objetivo prevenir ou minimizar o desconforto que o sujeito sente em relação a essa obsessão, às vezes tentando prevenir alguma situação de que tenha receio, sendo que geralmente não há uma conexão real ou direta com aquilo que ele busca evitar, correspondendo, geralmente, a atos excessivos. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Conforme Araujo (2006), a compulsão aparece quando o sujeito não é capaz de escutar sua real necessidade, aquilo de que seu organismo necessita, colocando outro objeto em seu lugar, na tentativa de substituir o que de fato precisa, gerando a compulsão. Isto

significa que “a compulsão está ligada à dificuldade que a pessoa tem de se perceber, pois ao final de um ato compulsivo, o vazio ainda estará lá, já que o substituto não consegue dar conta daquilo que o organismo precisa” (ARAUJO, 2006, p. 5). Estes comportamentos compulsivos aparecem em diferentes situações, podendo transformar-se em transtornos, como a bulimia, o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) ou mesmo a cleptomania, sendo esta última nosso foco de interesse.

A cleptomania, também chamada de furto compulsivo, refere-se a uma “falha recorrente em resistir aos impulsos de furtar itens, mesmo que eles não sejam necessários para o uso pessoal ou em razão de seu valor monetário” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 478), sendo este o critério A do Manual Diagnóstico e Estatístico para Transtornos Mentais (DSM-V, 2014) para diagnóstico de cleptomania. Este manual traz ainda como critérios B e C a “sensação crescente de tensão imediatamente antes de cometer o furto” e o “prazer, gratificação ou alívio no momento de cometer o furto”, consecutivamente. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 478).

No entanto, “o ato de furtar não é cometido para expressar raiva ou vingança e não ocorre em resposta a um delírio ou a uma alucinação” (critério D), bem como “não é mais bem explicado por transtorno da conduta, por um episódio maníaco ou por transtorno da personalidade antissocial”, como explica o critério E (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 478). Ou seja, o sujeito acometido pela cleptomania tem plena consciência do que está fazendo e de que seus atos não são corretos, mas seu impulso acaba sendo superior a sua racionalidade, cometendo os atos de furtos, sem planejamento prévio, dos quais se arrepende em seguida, apesar do prazer momentâneo.

Pesquisadores ainda não têm muita certeza sobre a etiologia da cleptomania, assim como o histórico familiar e a influência de elementos genéticos ainda são limitados (GRANT, ODLAUG, 2008). Entretanto, através do DSM-V, podemos constatar que a cleptomania possui baixa prevalência na população em geral, sendo mais comum a sua manifestação em mulheres. Da mesma forma, o manual evidencia que o início do transtorno geralmente ocorre na adolescência, mas pode variar, começando na infância, na vida adulta ou, mais raramente, na fase final da vida adulta. Seu curso pode ser “esporádico com breves episódios e longos períodos de remissão; episódico com períodos prolongados de furto e períodos de remissão; e

crônico com algum grau de flutuação”. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014, p. 479).

Grant e Odlaug (2008) confirmam o que está descrito no DSM-V (2014), através de sua pesquisa, a qual demonstrou que é muito comum em sujeitos que possuem cleptomania terem familiares próximos com transtornos por uso de substâncias ou por uso de álcool. Os autores ainda complementam que “foram relatados em outros estudos altos índices de transtornos de humor, por uso de álcool e de cleptomania nos familiares de primeiro grau dos indivíduos com cleptomania” (GRANT; ODLAUG, 2008, p. 13). Este transtorno traz como consequências, além de possíveis complicações legais, repercussões psicológicas, familiares, profissionais, sociais e pessoais, causando demasiada angústia, culpa e vergonha por parte do sujeito que apresenta a cleptomania. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; GRANT; ODLAUG, 2008).

Ademais, sujeitos que manifestam a cleptomania possuem um prejuízo no que tange à capacidade de obter um bom funcionamento social e ocupacional. Grant e Odlaug (2008) ainda descrevem que muitos dos sujeitos com cleptomania, que participaram da pesquisa, referiram ter pensamentos intrusivos e impulsos referentes aos atos furtivos, interferindo na sua concentração em atividades cotidianas. Os autores complementam que ao aplicarem um instrumento psicométrico para medir a qualidade de vida dos participantes, aqueles com cleptomania demonstraram muito menos satisfação com a vida em relação a uma amostra geral não-clínica. Inclusive, em casos extremos, os pacientes consideram o suicídio um meio pelo qual poderiam parar de furtar.

INTERLOCUÇÕES ENTRE O CASO DE JOANA E O REFERENCIAL TEÓRICO

A partir do breve relato de caso e do referencial teórico anteriormente abordado, podemos começar a pensar nas interlocuções entre a teoria e o que Joana demonstrou durante os atendimentos terapêuticos. Vale ressaltar que serão feitos entendimentos a partir do material clínico existente até o momento de sua desistência, através do suporte oferecido pela Gestalt-terapia.

Conforme descrito no relato de Joana, ela apresenta cleptomania (sendo seu curso esporádico com breves episódios e longos períodos de remissão), o que foi constatado em

terapia quando ela relatou os episódios de roubo e explicou que não havia necessidade de fazê-lo, envergonhando-se e culpando-se por cometer uma ação que vai contra os princípios morais. Podemos constatar que os sentimentos e impulsos descritos pela paciente condizem com os critérios para a cleptomania que constam no DSM-V (2014) assim como os estudos realizados por Grant e Odlaug (2008), explicados anteriormente.

Joana é acometida por um grande desejo de pegar algo escondido sem que tenha que pagar por isso, parecendo que ela precisa compensar algo que lhe falta, ao mesmo tempo em que encontra uma forma de aliviar sua ansiedade, tendo um momento de prazer. Entretanto, em seguida sente-se culpada pelo que fez, sem conseguir compreender a si mesma, já que relata não fazer parte do seu perfil manifestar tais atitudes.

Isso vai ao encontro do que Araujo (2006, p. 3) refere quando, ao falar das compulsões, explica que no primeiro momento, os comportamentos compulsivos parecem ótimos, propiciando alívio. Entretanto, logo depois aparece a culpa, “acompanhada de um sentimento de vergonha e raiva de si mesma por ter apresentado tal comportamento. Além disso, surge a preocupação em relação às consequências” que estes atos possam ter, como complicações legais ou mesmo a preocupação sobre o que os outros vão pensar de si, sendo esta última um fator que a inquieta bastante.

Grant e Odlaug (2008, p. 13) afirmam que “estudos têm relatado que 64% a 87% dos pacientes com cleptomania têm um histórico de serem pegos furtando”, que é o que já ocorreu duas vezes com Joana, sendo este um dos fatores que fazem aumentar sua vergonha. Da mesma forma, a paciente já relatou ter tido ideações suicidas, sem especificar o motivo. Contudo, considerando que o referencial teórico (GRANT; ODLAUG, 2008; DSM-V, 2014) nos mostra que muitos cleptomaníacos pensam no suicídio como forma de parar com os roubos, talvez esse seja um elemento que a paciente tenha considerado, em algum momento, para evitar seu sofrimento.

A partir da Gestalt-terapia, compreendemos o sujeito como um todo e não apenas a sua doença ou o seu transtorno. Ou seja, por mais que haja um sintoma manifestado pelo paciente, iremos buscar o entendimento do seu contexto, na tentativa de perceber a que este sintoma está servindo e o que não está indo bem na vida do sujeito. No caso de Joana, temos pensado na cleptomania como forma de enunciar algo mal resolvido em sua história, assim

como consideramos a possibilidade de ela estar buscando compensar uma falta que sente, através dos roubos.

Araujo (2006, p. 13) traz o exemplo da febre como “sintoma que surge para sinalizar que alguma coisa em nosso organismo não está bem. É necessário que se tome um remédio para baixar a febre, mas isso não basta. É preciso descobrir o que está gerando essa febre”. Da mesma forma ocorre com a cleptomania, pois não adianta apenas utilizar medicação ou fazer uma mudança de comportamento para evitar tais atos (por mais que isso também possa ser importante), se o sujeito não compreender o que este sintoma está tentando enunciar ou, em outras palavras, o que está lhe faltando e que precisa ser substituído pelos roubos.

Pensando dessa forma, se não fosse a febre (**no caso, a cleptomania**), a sinalizar, não seria possível descobrir que algo não vai bem. Podemos então deixar de vê-la como inimiga, pois se torna uma verdadeira aliada. Tendo então a doença como caminho para a ‘cura’ de seu verdadeiro sentido. (ARAUJO, 2006, p. 13, grifo meu).

Ribeiro (1997) complementa a função do sintoma, definindo-o como

[...] uma forma desesperada, criada pelo organismo, para tentar se autorregular. Sintoma é, portanto, um tipo especial de resistência. Não deve ser sufocado, destruído *a priori*, pois sua função é revelar um aspecto oculto da totalidade, e é por intermédio dele que poderemos atingi-la. (RIBEIRO, 1997, p. 99).

Dessa forma, podemos pensar que a cleptomania está comunicando, de alguma forma, que há uma Gestalt inacabada na vida de Joana e que precisa ser resolvida, mas como ela não consegue chegar à raiz do problema, acaba manifestando os sintomas da cleptomania. Miranda (2003, p. 27) refere que as Gestalten inacabadas “estão ligadas às necessidades insatisfeitas, e que urgem por serem ‘fechadas’”. Talvez quando a paciente se permitir compreender o que está impedindo-lhe de viver plenamente e tome consciência do que se trata esse sintoma, percebendo sua necessidade insatisfeita, ela já não precise substituir o seu vazio através dos roubos.

Assim como Joana manifesta um sintoma que pode estar relacionado tanto com eventos de sua história pessoal quanto pode ser um sintoma familiar, seu filho mais novo também pode estar manifestando um sintoma, visto que é usuário de drogas e bebe demasiadamente, apresentando, conforme o DSM-V (2014), um transtorno por uso de substâncias. É interessante lembrarmos que muitos dos pacientes com cleptomania têm parentes próximos usuários de drogas ou alcoólatras (GRANT; ODLAUG, 2008; DSM-V,

2014), demonstrando que estes impulsos e comportamentos compulsivos estão sendo manifestados por mais membros da família. A própria paciente já relacionou, algumas vezes, o seu transtorno com o vício do filho, percebendo que são diferentes formas de compulsões e que devem ser trabalhadas por cada um deles e talvez até pela família como um todo, no sentido de compreender o que está acontecendo ali e que precisa ser modificado.

Tanto um transtorno quanto outro trará consequências e poderá causar vergonha e culpa nos sujeitos, como é o caso de Joana, que apresenta estes sentimentos e, inclusive, demonstra uma baixa autoestima. Isto a faz sentir mais deprimida e “fechada” ao estabelecer contato com as pessoas, relatando não ter assunto para conversar, além de desconsiderar a sua opinião, achando que os outros estão certos e ela não, devido seus atos de roubo. Ou seja, parece que ela generaliza os episódios de cleptomania para todos os âmbitos de sua vida, como se pensasse que deve aceitar o que os outros dizem ou não defender seu ponto de vista, já que é ela a incorreta.

Compreendendo que esses pensamentos possivelmente estão relacionados com os sentimentos de culpa e vergonha, Yontef (1998) escreve sobre o quanto as duas estão interligadas. Para o autor, a “vergonha é o sentimento que acompanha a experiência de ‘não OK’ e/ou ‘insuficiente’”, enquanto a culpa é definida por ser “o sentimento que acompanha a experiência de fazer algo ruim, de magoar alguém, de infringir algum código moral ou legal” (YONTEF, 1998, p. 367). Portanto, Joana parece sentir-se inadequada e insuficiente pelo fato de ter infringido regras, assim como ter ido contra seus próprios princípios morais e sua índole, conforme relatou.

Tendo em vista que a Gestalt é uma terapia do contato, baseada na relação e que, portanto, preza pelo diálogo interpessoal, compreendemos o sujeito de modo dialético e processual, inserido em um contexto, sem rotulá-lo (ARAUJO, 2006). Por isso, trabalhamos no aqui-agora, buscando uma conscientização (*awareness*) da paciente, em que ela possa dar-se conta de suas capacidades e habilidades, tanto no âmbito sensorial, quanto no motor e intelectual (PERLS, 1988), visto que ela tem ignorado muito as suas potencialidades.

Desse modo, a terapia foi realizada no sentido de auxiliar Joana a atualizar sua autorregulação orgânica, conseguindo se reorganizar, para que possa lidar melhor com o meio e consigo própria (PERLS, 1977b). Assim ela terá a possibilidade de criar seus próprios recursos, adaptando-se ativamente à realidade, ou seja, atualizando seu ajustamento criativo.

Pinto (2009, p. 79) retrata o ajustamento criativo como o modo que o sujeito encontra para continuar a se desenvolver e se autorregular, permitindo que o sujeito aproxime-se “ao máximo que possa de contatos nutritivos” e afaste-se “ao máximo que possa de contatos tóxicos, em sua perene busca pelo desenvolvimento de seus potenciais”.

À medida que fomos trabalhando o fato de que ela tem cleptomania e acaba sendo impulsionada por um desejo mais forte do que seu autocontrole, por mais que saiba que esta atitude é errada, ela pode compreender que esta não é uma ação premeditada e que ela não age assim porque possui um mau caráter ou uma má índole, mas porque tem um transtorno. Claro que não devemos usar essas informações para compensar e “aceitar” os furtos, mas como modo de fazê-la compreender do que se tratam estes comportamentos dos quais ela tanto se culpa e se envergonha, minimizando esses sentimentos dolorosos. De mesmo modo, evidenciamos que o transtorno é apenas uma parte do todo que compõe seu organismo.

Ao mesmo tempo, a paciente já foi demonstrando que adotou atitudes para evitar esses episódios, como não ir ao mercado sozinha, visto que só ia quando o marido estava junto, ou às vezes até evitava ir. Ou seja, ela estava tendo iniciativa para modificar ou evitar os atos de cleptomania, dos quais se incomoda. Por outro lado, ela relatou em um atendimento certa angústia em não ir ao mercado, visto que isso era algo tão comum para si e que agora passa a ocorrer só de vez em quando. Nesse sentido, pensamos que essas atitudes podem ser medidas provisórias para evitar que os episódios se repitam, enquanto vem trabalhando tais questões em terapia.

Quando compreendemos a cleptomania como uma forma de compulsão, incentivada pelos impulsos incontroláveis, pensando em sua relação com a ansiedade, podemos ponderar que a paciente também vá diminuindo seus impulsos e necessidade de efetuar tais atos de roubos, conforme sua ansiedade vá sendo trabalhada, até o ponto de que não se faça necessário praticar os roubos como forma de aliviar sua ansiedade. Isso demonstra a importância de a paciente trabalhar a sua ansiedade, compreendendo de quê se trata (possivelmente um sintoma de algo que está escondido) e como é sentida, tentando encontrar outras formas mais saudáveis de aliviá-la, ou seja, encontrando novos ajustamentos criativos.

Woldt e Toman (2007), citados por Podvin (2011, p. 33), afirmam que “el terapeuta facilita undarsecuenta (cognitivo, afectivo y sensorial) de lo que es significativo para el cliente a través de experimentos, dramatizaciones, juegos, etc”, permitindo que ele

experimente seu *self* real ao entrar em contato, no presente, com seus desejos e necessidades. Os autores ainda complementam que

[...] es importante activar las sensaciones, emociones y acciones presentes y pasadas, para que el cliente determine qué es lo que ha sido disfuncional en su vida y aclare cuál es su necesidad primaria [...] podría ser que el cleptómano no roba por pura ansiedad sino por una carencia de afecto. Los terapeutas gestálticos conciben que las personas pueden pasar de la conformidad a la autorregulación sana mediante un ajuste creativo, o sea acoplándose a las circunstancias y haciendo uso de los recursos que poseen. (WOLDT; TOMAN, 2007 apud PODVIN, 2011, p. 34).

Vale lembrar que este processo de mudança exige um longo trabalho e por isso teria sido relevante que a paciente continuasse em terapia. Ao mesmo tempo, notamos que é comum que as pessoas tenham certo estranhamento ao adentrarem em questões que foram por si mesmas muito tempo ignoradas, o que pode ocasionar o afastamento. Entretanto, o fato de Joana ter buscado a terapia por vontade própria, iniciando esse processo, já é o primeiro passo, visto que agora ela está mais consciente de alguns aspectos pessoais e sabe que pode retornar à psicoterapia quando desejar.

Por fim, compreendemos ser demasiadamente importante o empenho e desejo de mudança por parte da própria paciente, que deve perceber e assumir, cada vez mais, a sua responsabilidade perante suas escolhas e atitudes. Desse modo, ao invés de roubar objetos na tentativa de preencher um vazio, a paciente irá aprofundar o sintoma enunciado, deixando assim de roubar de si mesma a possibilidade de dar-se conta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos concluir que a Gestalt-terapia contribui grandiosamente para o desenvolvimento de um trabalho terapêutico, em que o profissional e o paciente trabalharão conjuntamente, objetivando a tomada de consciência de sua relação com o meio e o organismo. Da mesma forma, visa à saúde deste sujeito, lembrando que saúde é aqui considerada como a congruência entre o que se pensa, sente e faz, implicando em um movimento para a vida.

Possivelmente existem mais informações relevantes na história de vida da paciente que acabaram não aparecendo no breve período de atendimento. Entretanto, trabalhamos sempre a partir do que Joana trazia nas sessões, visto que era esse seu fenômeno emergente,

ou seja, aquilo que para ela era figura naquele momento. Mas, certamente, não deixamos de pensar naquilo que era fundo para si e que servia de base para suas questões que apareciam como figura.

Através da pesquisa realizada para construir a interlocução entre a prática e a teoria, foi possível perceber que não há muito material disponível referente ao entendimento da cleptomania na visão da Gestalt-terapia. Isto fez com que os entendimentos e percepções fossem formulados a partir de diferentes conceitos, sem que houvesse algo pronto a respeito da temática.

Há outros elementos relevantes que poderiam ter sido abordados neste estudo, referente à paciente em questão. Contudo, enfocamos alguns conceitos específicos, para que fosse possível aprofundar o entendimento acerca do caso, possibilitando uma compreensão sobre o que foi trabalhado em terapia.

No caso da paciente aqui estudada, pudemos perceber o quanto o transtorno de cleptomania que ela apresenta é um comportamento compulsivo, que pode aparecer como tentativa de aliviar e controlar a ansiedade (apesar de propiciar apenas um prazer momentâneo). Da mesma forma, o transtorno pode estar servindo como sintoma, querendo demonstrar que algo não está bem.

REFERÊNCIAS

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

ARAUJO, Aline Ferreira Martins de. Bulimia: Você tem fome de que?. *IGT na rede*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 1-28, 2006. Disponível em: <<https://www.igt.psc.br/revistas/seer/ojs/viewarticle.php?id=141&layout=html>>. Acesso em: nov. 2016.

GRANT, J. E.; ODLAUG, B. L. Cleptomania: características clínicas e tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 11-15, mai. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151644462008000500003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: nov. 2016.

KYAN, Ana Maria Mezzarana. *E a Gestalt emerge*: vida e obra de Frederick Perls. São Paulo: Altana, 2001.

MIRANDA, Waldir Bezerra. *Saúde e doença em gestalt terapia*. 2003. 99 f. Monografia (Faculdade de Ciências da Saúde – Graduação) – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2003. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2864/290856.pdf>>. Acesso em: nov. 2016.

NARDI, Antonio Egidio. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. *Revista Psiquiatria Clínica*, v. 25, n. 6, 1998. Disponível em: <<http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/r256/ansi256i.htm>>. Acesso em: nov. 2016.

PERLS, Frederick Salomon. *Gestalt-terapia explicada: "gestalt-therapy verbatim"*. 7. ed. São Paulo: Summus, 1977a.

_____, Frederick Salomon. *Isto é gestalt*. São Paulo: Summus, 1977b.

_____. *Escarafunchando Fritz: dentro e fora da lata de lixo*. São Paulo: Summus, 1979.

_____. *A abordagem gestáltica e a testemunha ocular da terapia*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

PINTO, Ênio Brito. A experiência emocional atualizadora em Gestalt-terapia de curta duração. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, RJ, v. 9, n. 1, p. 71-84, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812009000100007>. Acesso em: nov. 2016.

PODVIN, Liliana. *Estudio de caso: Aplicación de Terapia Humanista y Danza Primal en una paciente com Trastorno de Depresión Mayor, Duelo y Cleptomanía*. 2011. 99f. Tesis (Grado em Psicología Clínica) – Universidad San Francisco de Quito, Quito, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/1251>>. Acesso em: nov. 2016.

RIBEIRO, Jorge Ponciano. *O ciclo do contato*. São Paulo: Summus, 1997.

RODRIGUES, Hugo Elídio. *Introdução à Gestalt-Terapia: conversando sobre os fundamentos da abordagem gestáltica*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

SANTOS, L. P.; FARIA, L. A. F. Ansiedade e Gestalt-terapia. *Revista da abordagem gestáltica: Phenomenological Studies*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 267-277, 2006. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=357735503027>>. Acesso em: nov. 2016.

STEIMER, Thierry. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*, Paris, v. 4, n. 3, p. 231-249, sep. 2002. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181681/>>. Acesso em: nov. 2016.

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