

**PSICOTERAPIAS FENOMENOLÓGICO-EXISTENCIAIS E  
DOENÇA DE ALZHEIMER: REFLEXÕES E  
POSSIBILIDADES NO TRATAMENTO DA FAMÍLIA E DOS  
CUIDADORES DA PESSOA PORTADORA DE ALZHEIMER**

***PSICOTERAPIAS FENOMENOLÓGICAS-EXISTENCIALES Y  
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: REFLEXIONES Y  
POSIBILIDADES EN EL TRATAMIENTO DE LA FAMILIA Y  
DE LOS CUIDADORES DE LA PERSONA PORTADORA DE  
ALZHEIMER***

**Luiz Geraldo Rodrigues de Gusmão\***

**Yuri Gabriel Rocha de Gusmão\*\***

**RESUMO:** O presente artigo pretende, através de pesquisa bibliográfica e de estudo de caso, provocar reflexões, a partir de produções da ciência psicológica com bases fenomenológico-existenciais, sobre o tratamento das pessoas envolvidas com a doença de Alzheimer. Sabe-se que a Psicologia Humanista e a Gestalt-terapia, apesar de apresentarem bases epistemológicas relativamente similares à proposta da psicoterapia fenomenológico-existencial, têm suas divergências relacionadas ao método de abordagem de seus psicoterapeutas. Sendo a doença de Alzheimer uma demência cada vez mais recorrente no mundo entre os idosos, a maior parte das abordagens psicológicas tenta se adaptar às novas demandas de seus clientes de acordo com seus arcabouços teóricos. Estudos sobre o tratamento do Alzheimer e a melhora do quadro clínico, nessas abordagens, são incipientes e reduzidos.

**PALAVRA-CHAVE:** Psicologia Humanista; Gestalt-terapia; Alzheimer.

**RESUMEN:** El presente artículo pretende, a través de la investigación bibliográfica e estudio de caso, hacer reflexiones, a partir de producciones de la ciencia psicológica com bases fenomenológicas existenciales, sobre el tratamiento de las personas afectadas por la enfermedad de Alzheimer. Se sabe que la Psicología Humanista y la Gestalt-Terapia, a pesar de presentar bases epistemológicas relativamente similares a la propuesta de la psicoterapia fenomenológica existencial, tienen divergencias relacionadas con el método de enfoque de sus psicoterapeutas. Siendo la enfermedad de Alzheimer una enfermedad cada vez más recurrente en el mundo, la

mayoría de los enfoques psicológicos intentam adaptarse a as nuevas demandas de sus clientes de acuerdo con sus estructuras teóricas. Estudios sobre el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y la mejora del cuadro clínico, em este enfoque, son incipientes y reducidos.

**PALABRAS-CLAVE:** Psicología Humanista; Gestalt-terapia; Alzheimer.

**SUMÁRIO:** Introdução; 1 A doença de Alzheimer; 2 Relato de caso; 3 Discussão do caso; Conclusão; Referências.

## INTRODUÇÃO

Apesar da doença de Alzheimer ser muito mais estudada pela neuropsicologia e por outras áreas mais voltadas à ciência positivista, outras abordagens – como as de ordem fenomenológico-existencial - tentam fornecer meios de se amparar tanto o cliente com Alzheimer, quanto os familiares e cuidadores da pessoa portadora da doença. O método deste estudo foi bibliográfico e se utilizou de um estudo de caso, buscando identificar possibilidades em comum entre as abordagens fenomenológico-existenciais para o caso relatado no artigo.

Para se compreender as possibilidades de atuação do psicoterapeuta de base fenomenológica com os casos clínicos de Alzheimer, faz-se necessário compreender a sintomatologia e a epidemiologia da doença.

## 1 A DOENÇA DE ALZHEIMER

O Alzheimer é um tipo de demência associada a fatores genéticos e ao envelhecimento, que atinge as funções cognitivas do idoso e vem tomando cada vez mais espaço na população mundial. A doença de Alzheimer corresponde a maior parte dos casos clínicos das demências (SOARES, 2015). A degradação da memória é o evento de maior magnitude, os sintomas motores e sensoriais são ausentes até o fim da doença. No entanto, alguns domínios cognitivos são afetados, como a linguagem, o reconhecimento de competências e a práxis (NITRINI et al, 2005).

O Alzheimer, apesar de ser uma demência que se caracteriza pelo comprometimento da memória e de se manifestar de maneira particular em cada

indivíduo, é composto por algumas etapas. Almicivist (1996 apud NITRINI et al, 2005) categoriza três estágios da doença: o estágio pré-clínico, clínico e estágio avançado.

Nos estágios iniciais da doença (pré-clínico), é comum encontrar nos pacientes uma perda da memória episódica e dificuldade em adquirir novas habilidades, evoluindo para danos em funções cognitivas, como julgamento, raciocínio abstrato, cálculo e habilidades visuo-espaciais. Em seu estágio intermédio (clínico), pode apresentar afasia, através da dificuldade de nomear objetos ou na escolha de palavras para completar uma ideia (SOARES, 2015). Nos estágios finais da doença, o paciente apresenta manchas pelo corpo, alteração no ciclo do sono, mudanças comportamentais, como irritabilidade e agressividade, sintomas psicóticos; incapacidade de deambular, falar e realizar cuidados pessoais.

Há um questionamento sobre a incidência do Alzheimer estar atrelada ao sexo feminino, porém, segundo Herbert e colaboradores (2001 apud LIMA, 2006) em alguns estudos realizados nos Estados Unidos, não existem diferenças relacionadas ao sexo. Ele explica que, pelo fato de mulheres terem uma expectativa de vida maior que os homens, elas estão vivas na idade em que a doença se manifesta, assim, a idade é um fator comprovado do desenvolvimento do Alzheimer e não o sexo.

As causas do Alzheimer ainda geram inúmeros questionamentos e pesquisas, embora, haja fortes apontamentos para fatores genéticos e para a base molecular dos depósitos de amilóide, que é a marca da neuropatologia do transtorno. Alguns estudos mostram que há um índice de 40% dos pacientes com outros casos na família, essa herança genética vem a ser um fator de risco no desenvolvimento do Alzheimer. Quando há herança genética, o Alzheimer pode se manifestar mais cedo, por volta dos 40 anos. Segundo Lima (2006), 5% da incidência do Alzheimer são de pessoas que estão acima de 65 anos, 40%, acima de 80 anos, e 45%, acima de 90 anos, aumentando progressivamente seus sintomas com o avançar da idade.

O diagnóstico final da doença exige exame neuropatológico do cérebro, porém, de acordo com o DSM-IV-TR, para a identificação do Alzheimer, faz-se necessária apenas a presença de alguns sinais e sintomas de comprometimentos cognitivos que geram prejuízos na vida do idoso (SOARES, 2015), como: perda da memória, presença de afasia (comprometimento da linguagem), apraxia (dificuldade em realizar atividades motoras) e agnosia (dificuldade em reconhecer objetos). O DSM-IV-TR afirma que para o diagnóstico do Alzheimer ser confirmado, é preciso

que haja a presença de comprometimento de memória associado a, pelo menos, mais um sintoma de declínio cognitivo, declínio gradual e continuado do funcionamento geral, comprometimento social ou ocupacional e exclusão de outras causas de demência (LIMA, 2006).

A doença de Alzheimer pode ser transmitida de forma autossômica dominante, e as características de idade de início e evolução são determinadas pelos diferentes subtipos genéticos. Os exames subsidiários convencionais na Doença de Alzheimer permitem não apenas a exclusão de causas reversíveis, como também a detecção de parâmetros de neuroimagem compatíveis com os diferentes estágios clínicos da doença, tais como atrofia cortical, alterações hipocâmpais e temporais mesiais.

A psicologia tem uma influência muito forte na história dos estudos nessa área. As abordagens que mais se destacam nos estudos sobre o Alzheimer são a analítico-comportamental e a cognitivo-comportamental. Por terem base positivista e biológica, as abordagens citadas permitem um direcionamento terapêutico mais sistemático e voltado para o cliente com a doença (LIMA, 2006). Mesmo a demência sendo uma doença considerada, até a atualidade, irreversível, a psicologia pode oferecer ao cliente com Alzheimer um melhoramento da qualidade de vida e a amenização dos efeitos destrutivos da doença.

As abordagens de base analítica e fenomenológico-existencial muitas vezes acabam sendo excluídas do rol de possibilidades terapêuticas escolhidas pela família do cliente. Já que essas abordagens se utilizam essencialmente da fala e da capacidade de orientação do cliente (FONSECA, 2010), torna-se difícil imaginar um tratamento do cliente com Alzheimer por meio delas.

A proposta do presente artigo é de, através de um estudo de caso, apresentar possibilidades psicoterapêuticas, com base fenomenológico-existencial, para a família e para os cuidadores do portador de Alzheimer. Segue agora o relato, baseado em histórias reais de pessoas que têm familiares com Alzheimer. Logo após, a análise do caso.

## 2 RELATO DE CASO

V. é uma senhora de 87 anos de idade. Há três anos ela começou a apresentar sintomas da doença de Alzheimer, como dificuldade de contenção de memórias recentes (curto-prazo), confusão de acontecimentos do passado com acontecimentos recentes (anacronismo), declínio cognitivo, comprometimento da capacidade de sociabilidade, entre outros.

V. tem quatro filhos. A., a única filha, tem 52 anos, cuida de V. e tem uma limitação cognitiva e física que serviu como justificativa para um gradual afastamento de ambientes de socialização. V. tem três filhos do sexo masculino: M., que mora ao lado da mãe e normalmente está mais presente. Ele é motorista de uma van escolar e trabalha pela manhã e à tarde. Possui problemas com o consumo do álcool, mas não admite a situação.

C., que mora relativamente próximo à V., é mais afastado e justifica esse afastamento pelas complicações renais constantes que causam nele muita dor e incômodo. Ele faz hemodiálise (já que um de seus rins não funciona) para evitar problemas maiores. Está constantemente indo ao hospital. E L., que mora em uma cidade distante cerca de 2 horas de carro. Apesar da distância, sempre vem para a cidade onde a mãe vive e tenta ajudar no que pode, apesar de ser omissivo na maioria das situações.

Os três irmãos do sexo masculino não mantêm uma relação estável. Durante os últimos 5 anos algumas brigas ocorreram envolvendo a herança do pai (marido falecido de V.) e conflitos antigos. A. não se envolve muito na briga dos irmãos (por ser sempre mais protegida), mas se posiciona quando é necessário.

V. nasceu em uma cidade do interior sertanejo de Alagoas, chamada Santana do Ipanema. Filha mais velha de um grupo de 4 irmãos e 6 irmãs, V. sempre foi muito cobrada para cuidar de irmãos mais novos, sendo reprimida constantemente pelo pai (homem rude e intransigente). A mãe de V. tinha um comportamento passivo frente ao marido e não conseguia interferir diretamente quando ele queria bater nos filhos e castigá-los de forma arbitrária. V., ao contrário de suas irmãs, casou-se já com uma idade atípica para contexto da época. Ela tinha cerca de 30 anos e já era considerada “pra titia”. Apesar de ter sido uma mulher muito bonita e cobiçada pelos homens de

sua cidade, V. se mantinha mais afastada de relacionamentos para poder se dedicar aos assuntos da casa.

V. conheceu G., um representante da receita federal da capital, e logo começou a namorar, casando-se pouco tempo depois. Com ele, mudou-se para a capital onde teve seu primeiro filho, L. Depois, mudou-se para Palmeira dos Índios, onde teve seus outros 3 filhos, M., A. e C. (nesta ordem). Ainda morou em Coruripe para depois voltar à Maceió, capital do estado. Lá, criou seus filhos e continuou seu casamento. Sofreu muito com seu marido G., que a traía constantemente e não fazia questão esconder. Além disso, G. bebia muito e sempre maltratava verbalmente sua mulher e seus filhos. Apesar de sofrer muito, V. continuou seu casamento, pois as convenções sociais que regiam os comportamentos da época eram muito restritas no campo jurídico do divórcio. Mulher divorciada era mulher rejeitada, segundo o pensamento da época.

As irmãs e irmãos de V. foram para outras cidades e estados e poucos deles continuaram a ter contato com a irmã mais velha. Mesmo assim, V. continuava a ter um comportamento maternal com os irmãos. Quando eles precisavam, ela sempre estava à disposição.

Os filhos de V. tomaram rumos diferentes ao crescerem. L., o mais velho, fez um curso de graduação e, aos poucos, foi conseguindo alcançar empregos que o mantiveram em uma situação financeira estável. Depois de ter se casado em Maceió, conseguiu uma oportunidade de emprego em Maceió e se mudou para uma cidade do interior agreste, Arapiraca. Mora até hoje lá com a esposa, vindo quase todo o final de semana para Maceió. Teve três filhos.

M. terminou o colegial, mas não fez o vestibular. Conseguiu empregos que o mantinham relativamente confortável, mas sempre se manteve perto dos pais, pois passava por crises financeiras constantes. Sempre se envolveu com o álcool de forma exagerada e descompensada. Casou-se algumas vezes e teve 4 filhos (dois adotados e dois biológicos). Ainda se mantém perto de V. e é o filho que mais está presente com a mãe (ele mora em uma casa cedida pela mãe).

A. não chegou a terminar o que hoje seria o fundamental e sempre morou com os pais. Superprotegida pelo pai, A. criou um vínculo muito forte com a mãe e, hoje com a situação da doença do Alzheimer, tenta superproteger V. Ela chega a ser um pouco agressiva com algumas pessoas que se aproximam da mãe para ajudar a organizar as coisas da casa. Ela faz questão de manter a casa bagunçada e sem

organização (ou baseada na organização dela). A casa acaba por se tornar um ambiente sujo, com um cheiro forte e desagradável.

C. terminou o colegial (o que hoje seria o ensino médio), mas não continuou no ensino superior. A infância de C. foi marcada por superproteção da mãe por causa de uma série de problemas de saúde que C. apresentava. Teve uma filha com a ex-mulher. Com ele, os problemas familiares foram mais intensos. Ele teve um relacionamento com uma funcionária de sua mãe (enquanto essa trabalhava para V.), o que causou um sofrimento prolongado para V. (que se dizia traída, pois lembrava todas as vezes que seu marido, já falecido, traiu-a com funcionárias do lar). Por muito tempo, V. ficou afastada do filho, evitando o contato com a atual companheira de C. (a antiga funcionária dela).

Além desse problema, C. também se envolveu com a retirada de dinheiro da própria mãe sem que ela soubesse, pegando sua assinatura e justificando esse pedido com uma causa falsa. C. perdeu esse dinheiro da mãe em um investimento falso (um golpe aplicado por um falsário estrangeiro) e causou um estardalhaço na família. Hoje, a relação de C. com a mãe e com os irmãos ainda é instável. Ele está indo ajudar V. sempre que pode, já que mora próximo da mãe. Ele possui diversos problemas de saúde, mas o principal é a insuficiência renal, que o obriga a fazer hemodiálise três vezes na semana. Além disso, a ansiedade na espera de um transplante de rins tem como efeitos tristeza e indícios de depressão.

V. começou a apresentar o Alzheimer de forma leve, com pequenos indícios quase imperceptíveis. Esquecia onde tinha colocado as chaves de casa, perdia uma roupa guardada para uma festa e não lembrava onde estava, angústia ao tentar lembrar qual era a data do dia, foram alguns sintomas iniciais. Apesar de desconfiar da possibilidade de demência, os quatro filhos negavam veementemente. Inclusive C., que foi com ela a um médico especialista no assunto e esse último indicou remédios convencionalmente indicados para pessoas com a doença. A doença só fez evoluir e hoje o quadro clínico envolve agressividade, sentimento de vazio sem explicação, lembranças esporádicas anacrônicas (misturando várias épocas vivenciadas por ela), angústia por se sentir deslocada, limitações cognitivas, entre outros.

V. reclama de coisas (ao menos visivelmente) aleatórias, confundindo acontecimentos de seu passado em Santana do Ipanema com eventos relativamente

recentes. Como exemplo pode-se usar a recorrência das lembranças do pai de V. como ainda vivo. Ela considera que está em uma casa cedida pelo pai e que ele (que para ela ainda está vivo) a obriga a ficar nesta casa, contra sua vontade. Ela aceita as mortes de sua mãe (que para ela era uma mulher doce e sensível) e de seu marido (sempre citando o tempo que viveu com ele como ruim e desagradável). Outra memória muito recorrente é a “traição” do filho C. com a ex-funcionária dela. Apesar da frequência com que a memória era repetida ter diminuído muito, de vez em quando V. cita a história com muito rancor e angústia.

Para A., a filha que convive com ela, a situação é muito complicada. É ela quem recebe a maior carga de sentimentos negativos quando a mãe está em crise. Diversas vezes V. foi agressiva com a filha, deixando A. em uma situação delicada. O irmão M. está só à noite em casa e deixa uma funcionária como auxiliar para o dia. A. tem dificuldade de criar relações com pessoas desconhecidas e sempre é uma situação desagradável quando uma nova funcionária é contratada. Os irmãos sempre entram em conflito quando isso tem que acontecer (a renovação de funcionárias).

Os irmãos têm pouco contato entre si, deixando as “reuniões de emergência” para casos de decisões imprescindíveis. A comunicação por telefone é muito reduzida, principalmente com o irmão L., que mora distante. Os três irmãos que moram próximos da mãe mantêm mais contato pela proximidade, mas não repassam as informações para o irmão L. Apesar dessa limitação na comunicação dos irmãos, L. não se mobiliza muito para obter essas informações. Quando ele vem à cidade onde sua mãe mora, limita-se a ir à casa dela e ajudar no que pode, tomando decisões importantes que os filhos que convivem mais com V. não tomam no dia a dia.

A esposa de L. também ajuda muito, sempre se lembrando de V. e se colocando a disposição para qualquer coisa. A presença da esposa de L. nas decisões sobre V. também já foi motivo de discussões entre os filhos de V. As esposas dos outros irmãos não se envolvem muito nos cuidados com V. A esposa de M. ajuda esporadicamente a dar banho em V. e a esposa de C., a antiga funcionária de V., não pode chegar perto da casa porque pode estimular memórias indesejáveis em V.

Atualmente, V. tem sete irmãos vivos. Três irmãs moram em Maceió, um irmão mora em Fortaleza, duas irmãs moram em Recife e a mais nova das irmãs mora no Rio de Janeiro. Das três irmãs que moram na mesma cidade, apenas uma se aproxima mais de V. Apesar de demonstrarem muito afeto, os irmãos de V. não interferem



diretamente nos cuidados da irmã (mesmo quando a situação é delicada e a participação deles torna-se necessária).

V. quebrou o braço direito há um ano e não recuperou o movimento total desse braço, o que faz com que ela fosse obrigada a contratar uma nova funcionária para ajudar tanto ela quanto a filha A. nos serviços gerais de casa (limpeza, cozinhar). Com muita resistência, a filha A. aceitou a presença de uma cuidadora, o que causou muitas discussões entre os irmãos. V., apesar de ter dificuldade de reter memórias recentes, reproduz sempre que “há algo errado entre os filhos”. Ela percebe um afastamento entre C. e L., que discutiram por causa de várias coisas, e sempre pergunta o que aconteceu entre os dois. Recentemente, V. teve que fazer uma pequena cirurgia (de grau leve) nos olhos, por causa de uma avançada catarata.

Além disso, V. deveria estar frequentando sessões de fisioterapia e terapia ocupacional, mas isso não acontece muito por causa da filha A., que apresenta forte resistência para essa situação. A saúde física de V. não é uma preocupação muito focada atualmente pelos filhos.

### 3 DISCUSSÃO DO CASO

As psicoterapias de abordagem cognitivo-comportamental são as mais utilizadas para o tratamento da pessoa com demência. Porém, a Gestalt-terapia, junto às abordagens fenomenológicas, vem crescendo, pois desenvolve propostas diferenciadas. Como, por exemplo, trazer os familiares e cuidadores para trabalharem junto ao tratamento e assim, atingi-lo, também, de maneira indireta.

A Gestalt-terapia, que tem como seu criador Frederick Perls, sofre influências da psicanálise, assim como da psicologia da Gestalt e da perspectiva holística. A fim de romper com a visão de homem e de mente separada do corpo, as teorias humanistas, em especial a Gestalt-terapia, proporcionam um novo olhar para o indivíduo, encarando-o na sua integralidade, no seu todo. Assim, Moreira (2009) afirma que:

Goldstein propôs a concepção de organismo como um todo, rompendo com a tradição clássica de que temos

órgãos isolados. Com base nesta concepção, Perls ampliou as bases da Gestalt-terapia, tomando por objeto não mais funções psicológicas isoladas, tais como percepção, aprendizagem etc., mas o organismo como um todo em seu funcionamento.

A necessidade de desfragmentar esse homem visto, até então, de maneira categórica, fez surgir o interesse em novas formas de cuidado, formas que o enxergassem como unidade, que promovessem a interligação mente/corpo.

Assim, para o tratamento do Alzheimer com Gestalt-terapia, é interessante que haja um trabalho junto aos familiares e cuidadores, para que estes possam entrar em contato com os sentimentos e sensações que vão surgindo ao decorrer das experiências e vivências com a pessoa com Alzheimer.

Na Gestalt-Terapia, o trabalho em grupo é utilizado como uma ferramenta que possibilita condições para que as pessoas possam entrar em contato com conteúdos internos, através da construção de uma vivência baseada em relações interpessoais. O que emerge como fenômeno grupal no momento da vivência, traz à tona uma compreensão da mesma e dos processos vividos que a permeiam. Para Fonseca (2014):

Assim, na instantaneidade episódica dos momentos de vivência fenomenal, o processo da experiência grupal se constitui intencionalmente, como ação, como implicação, como experimentação, e como interpretação compreensiva. Própria e especificamente, fenomenológico existenciais e dialógicas, compreensivas, e implicativas.

O reconhecimento da vivência na Gestalt-Terapia é de grande importância, pois, ela fornece ao sujeito uma compreensão dos fenômenos que compõem a sua história. Isso permite que o sujeito possa reconhecer sua participação nos momentos da própria vida, o que abre portas para que ele possa se atualizar e criar novas possibilidades de existência.

A principal meta de um psicoterapeuta que se ampara em um método clínico fenomenológico-existencial não é alcançar a cura do paciente, mas fazê-lo consciente de suas próprias ações e permitir que ele seja autônomo para procurar os próprios caminhos da autodescoberta.

Para Moreira (2009, p. 4), a compreensão do indivíduo adoecido (ou saudável) psiquicamente exige, nas abordagens fenomenológico-existenciais, uma alteração na

percepção de seu próprio mundo, “na explicitação dos horizontes implícitos que conferem sentidos a seus atos e vivências conscientes, no desvelamento do projeto existencial que subjaz a todas as suas ações”. A vivência sensorial e emocional da dor existencial é a chave para a libertação emocional do sujeito.

Já que o objetivo das terapias fenomenológicas é esse, a aplicabilidade terapêutica em casos clínicos que não permitam a expressão e consciência de sentimentos e emoções do cliente (como os casos de demência e limitação cognitiva) torna-se árdua e de difícil manejo. Para Bezerra e Bezerra (2012), a consciência é concebida como elementar para o processo terapêutico por ser uma vivência ativa, criadora de sentidos.

Segundo Brasil e Andrade (2013), há uma escassez na literatura que trata da Doença de Alzheimer com orientação nas abordagens fenomenológico-existenciais. Com a revisão bibliográfica promovida pelas autoras, é possível perceber que este é um assunto pouco pesquisado.

O presente estudo traz a doença de Alzheimer, demência de gradual deterioração dos neurônios e destruidora das capacidades mnêmicas, como caso clínico. O que o(a) psicoterapeuta de base fenomenológica faria em um caso de um cliente que não consegue manter um discurso retilíneo e coerente, e que não consegue lembrar-se de acontecimentos recentes?

A resposta talvez seja que o foco da terapia de base fenomenológica seja a família e os cuidadores do cliente com Alzheimer, e não o cliente em si. Isso não quer dizer que o cliente seria esquecido, pois outras abordagens como a comportamental e a cognitiva, que pretendem aplicar atividades que produzam no portador da demência uma melhor qualidade de vida visando aliviar o impacto da doença e fazendo com que ele tem o mínimo de autonomia, poderiam ser usadas.

No caso das abordagens fenomenológicas, o trabalho em grupo com a família provocaria efeitos benéficos na qualidade de vida do cliente, pois essa qualidade de vida só pode ser concedida através do grupo responsável pelo doente. Só as pessoas que cuidam do cliente estarão aptas a produzir um ambiente material e afetivo favorável para a obtenção de uma vida mais tranquila (BRASIL; ANDRADE, 2013).

Faz-se necessário no profissional psicoterapeuta de base fenomenológica um conhecimento amplo sobre a doença de Alzheimer, mesmo ele não tratando diretamente dela. A compreensão dos efeitos da doença contribui para as

intervenções na família, que sofre diretamente com os comportamentos resultantes da demência. A Doença de Alzheimer é uma demência que não afeta apenas o cliente, e sim a família como um todo. É uma doença que não afeta apenas o cérebro do cliente, mas a saúde psíquica e emocional do grupo familiar (LIMA, 2006).

No caso clínico citado, a senhora V. estava fazendo o mínimo de exercícios necessários para mantê-la com uma saúde física estável. Não estava frequentando a terapia ocupacional, a fisioterapeuta estava sendo evitada pela sua filha A. e ela mal saía de casa para tomar sol. A primeira coisa que o psicoterapeuta tem que estimular é a participação do cliente e a conscientização da família da importância das terapêuticas que ajudam na saúde física. Sem isso, a saúde emocional dificilmente pode ser tratada (inclusive, a saúde psíquica da própria família).

Estimular o tratamento com outras abordagens psicoterapêuticas também é necessário (como a comportamental e a cognitiva, já citadas). O psicoterapeuta deve sempre lembrar-se que a saúde do cliente é integral, e não dividida. A psicoterapia é o estímulo da saúde integral. A situação socioeconômica deve ser analisada (no caso, a inviabilidade de se pagar por tratamentos caros), mas, mesmo com limitações de tratamentos, medidas criativas deverão ser tomadas e estimuladas, já que a saúde do cliente é o que realmente importa.

O psicoterapeuta pode criar atividades lúdicas com o cliente com mal de Alzheimer, visando conhecer qual é a real situação vivida pelos familiares no dia-a-dia, convivendo um pouco com ele e percebendo como é seu estilo de vida. O psicoterapeuta entra mais como um participante do que um observador, pois, no processo terapêutico, os sentimentos e o conhecimento se fundem numa experiência que é vivida ao invés de ser analisada (BEZERRA; BEZERRA, 2012). O psicoterapeuta se torna mais um membro do grupo.

Apesar de não poder contribuir diretamente na diminuição dos efeitos da doença (em seu lado fisiológico), a psicoterapia de base fenomenológica pode abordar o cliente de forma a respeitá-lo enquanto ser-no-mundo, cheio de potência de ser e carregado de uma história que poderá ser a chave do processo terapêutico com a família.

O cliente não conseguirá se expressar da forma convencionalmente estabelecida, então caberá ao psicoterapeuta observar os sintomas, o nível da

demência (já que ele dominará a sintomatologia da doença) e as memórias mais invocadas pelo cliente.

No caso da senhora V., o psicoterapeuta observaria que ela repete muito a história de que seu pai ainda está vivo e que a deixou na casa onde mora agora, mas que está só de passagem porque o pai a obrigou. Vai observar que o sentimento de deslocamento, de não pertencimento ao local em que está, é recorrente. Essas informações repetidas influenciarão na dinâmica da família, já que o grupo familiar que cuida do cliente ouvirá as mesmas coisas ao longo dos dias e terá que se adaptar ao que ouve, criando respostas pré-estabelecidas para acalmá-la e permitir que o estresse já existente (com o sentimento de angústia advindo da limitação de compreensão do tempo-espço) não afete a saúde da cliente constantemente nem fragmente a família.

Conhecendo a situação vivenciada pelo cliente e por sua família e fazendo um reconhecimento de campo, o psicoterapeuta ficará mais orientado para iniciar as sessões com os familiares e cuidadores do portador de Alzheimer. No caso clínico da senhora V., caberia ao psicoterapeuta reunir os quatro filhos da cliente e quem mais estivesse ligado aos cuidados da senhora. Seguindo o relato, podemos perceber rupturas profundas nas relações entre os irmãos, rupturas que influenciam diretamente nos cuidados com a senhora. A relação entre L. e C., desgastada por várias situações estressantes, é visivelmente um dos fatores causadores de sofrimento em V., que, apesar de apresentar a demência, consegue perceber o distanciamento entre os filhos e sofre com isso.

Os quatro irmãos possuem uma longa história de discussões e sofrimento. Sempre se mantiveram afastados uns dos outros por serem ensinados por G., pai rigoroso e contraditório (pois fazia o que indicava como errado para os filhos), que amizade ou relações próximas eram inúteis, eram perda de tempo. A mãe, V., tinha um comportamento passivo e permitia que G. ensinasse isso aos filhos. Com a morte de G., V. tentou unir mais os filhos, mas não teve muito êxito.

Nesse caso, o psicoterapeuta pode promover uma terapia em grupo. Já que as decisões essenciais sobre a saúde de V., como a rotatividade de quem vai ao médico com ela ou os remédios que ela deve tomar, partem da decisão coletiva entre os irmãos, torna-se imprescindível promover o fortalecimento da interface que os ligam. Sem essa saúde grupal entre os irmãos, dificilmente decisões rápidas e importantes

para a saúde de V. serão tomadas, prejudicando o desenvolvimento de seu tratamento.

A intenção da psicoterapia de base fenomenológica, ao promover uma terapia em grupo, é reintegrar uma característica que o ser-no-mundo perde com o desgaste gradual das relações: o poder de socializar (FONSECA, 1988). O grande objetivo da terapia em grupo, no caso clínico citado, seria promover um momento de reflexão profunda entre os irmãos sobre o que levou às relações entre eles chegarem ao ponto em que estão e como essa situação degradante é prejudicial à saúde de V.

Partindo-se do pressuposto da saúde como algo integral, ou seja, não fragmentado no modelo cartesiano, o grupo familiar também promove saúde (BRASIL; ANDRADE, 2013) e esse grupo, seja da forma que for constituído, é responsabilizado socialmente pela saúde dos elementos que dele são componentes e que estão debilitados.

## CONCLUSÃO

As psicoterapias fenomenológico-existenciais permitem um debate constante sobre sua própria construção teórica. Um tema nunca está finalizado entre os psicoterapeutas que se fundamentam neste modelo. Isso se torna um atrativo para muitos clientes, que veem na terapia uma forma de consciência sobre seu próprio problema sem limitações conceituais.

A extensa base psicológica e filosófica das psicoterapias de base fenomenológica permite ao psicoterapeuta dessa linha um grande arcabouço teórico e prático que abrange diversas situações. Já que as demandas humanas estão em constante atualização e que conseguir acompanhar esse processo faz parte das tarefas da psicoterapia de base fenomenológica, as discussões sobre possibilidades terapêuticas para casos específicos estarão sempre acontecendo.

Em especial a Gestalt-Terapia por ter como característica o fator da experiência torna-se uma abordagem de grande valia para família e cuidadores em que o psicoterapeuta poderá se lançar a partir do vivido que emergirá nos momentos com as pessoas próximas ao paciente com Alzheimer.

Entre os temas que entram em discussão nos últimos anos está a doença de Alzheimer. Apesar de ainda não ser um tema extensamente discutido pela Psicologia fenomenológico-existencial, os psicoterapeutas dessa área estão cada vez mais encontrando casos clínicos de pessoas portadoras da doença (BRASIL; ANDRADE, 2013). E, nessa situação, encontram um paradoxo: como tratar de uma doença neurodegenerativa sem cura conhecida, que só faz evoluir e que gradualmente não permite que o cliente se expresse livremente e que mantenha memórias recentes? Como manter um processo terapêutico contínuo com casos de demência?

A partir do estudo do caso apresentado, pode-se perceber que o psicoterapeuta de base fenomenológico-existencial não terá muitas coisas a fazer especificamente com o cliente com a doença. No máximo, poderia produzir atividades lúdicas que permitiriam a expressividade do cliente e dessem ao psicoterapeuta informações necessárias sobre a dinâmica do ambiente no qual o cliente vive.

O grande foco do psicoterapeuta, nesse caso, deve ser a família e os cuidadores do cliente, pois serão eles que favorecerão um ambiente saudável e propício para a obtenção de uma qualidade de vida que amenize os efeitos destruidores da doença de Alzheimer.

Assim, a grande meta seria permitir o autoconhecimento dos familiares como promotores da saúde e do cuidado com o cliente, como também entendendo e reconhecendo as angústias que é lidar diretamente com pessoas com Alzheimer, lidar com a agressividade, perda de memória e a dependência gera conflitos internos na família que devem ser visto com o cuidado necessário para a criação de um contexto favorável.

No caso clínico apresentado, os filhos da cliente com Alzheimer são os principais responsáveis por permitir esse ambiente saudável para a mãe. Então, seriam feitos com eles momentos em grupo para reestruturar suas relações, já há muito tempo desgastadas para que desta forma a relação entre eles, para a tomada de decisões referentes a V., fossem mais assertivas e promotoras de situações mais proveitosas a saúde de V.

Assim, o presente artigo não pretende estabelecer um itinerário do que deve ou não ser feito por psicoterapeutas de base fenomenológica em casos clínicos de Alzheimer. A proposta do trabalho foi a de provocar reflexões sobre a atuação profissional do psicoterapeuta nas diversas demandas da atualidade. Chega-se à

conclusão que a Psicoterapia fenomenológico-existencial deve ampliar seu campo de estudo na área e permitir que mais casos clínicos nesse mesmo campo sejam estudados.

## REFERÊNCIAS

- BEZERRA, Márcia Elena Soares; BEZERRA, Edson do Nascimento. Aspectos humanistas, existenciais e fenomenológicos presentes na abordagem centrada na pessoa. **NUFEN**. v.4, n.2, jul. – dez., 21-36, 2012.
- BRASIL, Mariana Costa; ANDRADE, Celana Cardoso. Reconfiguração de campo do familiar cuidador do portador de Alzheimer. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 4, p. 713-723, out./dez. 2013.
- BRITO E SILVA, Rafaella; BOAVENTURA, Carolina Brum Faria. Psico-oncologia e gestalt-terapia: uma comunicação possível e necessária. **Revista da Abordagem Gestáltica**. XVII(1): 37-46, jan. – jun., 2011.
- FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. O que chamamos de grupo? In: **Grupo - fugacidade, ritmo e forma**: processo de grupo e facilitação na psicologia humanista. São Paulo: Ágora, 1988.
- FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. **Experimentação fenomenológico existencial em Gestalt Terapia**. Inédito. Maceió, 2010.
- FONSECA, Afonso Henrique Lisboa da. **A experiência e a metodologia gestalticas**. Compreensão, implicação, gestaltificação, dialógica e grupos. Inédito. Maceió 2014.
- FREITAS, Joanneliese de Lucas; STROIEK, Nutty Nadir; BOTIN, Débora. Gestalt-terapia e o diálogo psicológico no hospital: uma reflexão. **Revista da Abordagem Gestáltica**. XVI(2): 141-147, jul. – dez., 2010.
- HOLANDA, Adriano Furtado de. Gestalt-terapia e abordagem gestáltica no Brasil: análise de mestrados e doutorados (1982 – 2008). **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, n. 1, ano 9, p. 98 – 123, 2009.
- LIMA, Juliane Silveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSC, n. 40, p. 469-489, 2006.
- MOREIRA, Virgínia. A Gestalt-terapia e a abordagem centrada na pessoa são enfoques fenomenológicos? **Revista da Abordagem Gestáltica**. XV(1): 3-12, jan. – jun., 2009.



NITRINI, Ricardo et al. Diagnóstico de doença de Alzheimer no Brasil. **Arquivo Neuropsiquiatria**, 63(3-A):720-727, 2005.

OLIVEIRA, Maria de Fátima et al. **Doença de Alzheimer**: perfil neuropsicológico e tratamento. Universidade Lusíada do Porto - Departamento de Psicologia, 2005.

SOARES, Flávio. **Módulo II (demências)**. Maceió, AL: Instituto de Pesquisa em Saúde Mental, 2015.

VENTURA, Magda Maria. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **SOCERJ**;20(5):383-386, set./out. 2007.

#### **Luiz Geraldo Rodrigues de Gusmão\***

Possui graduação em psicologia pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (1983), especialização em Gestão de Negócio pelo Centro de Estudos Superiores de Maceió (2002) e mestrado em Gestão Pública pela Universidade Federal de Pernambuco (2011). Atualmente é professor auxiliar do Centro de Estudos Superiores de Maceió e professor assistente da Universidade Estadual de Alagoas, atuando principalmente no seguinte tema: administração, contabilidade e direito. Email: lg.mpane@gmail.com.

#### **Yuri Gabriel Rocha de Gusmão\*\***

Graduando de Psicologia. Email: yuri.gabriel.psi@gmail.com.

Artigo recebido em: 30/04/2017

Artigo aprovado em: 14/07/2017