

ARTIGO

Gestalt-terapia e saúde mental: contribuições do olhar gestáltico ao campo da atenção psicossocial brasileira

Gestalt-therapy and mental health: contributions of the gestaltic view to Brazil's psychosocial attention field

Mabel Pereira

Dialógico - núcleo de Gestalt-terapia , Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

RESUMO

Nas últimas décadas, a assistência psiquiátrica no Brasil vem sofrendo grandes mudanças, em um processo que reúne diversos profissionais – com seus saberes e práticas particulares – na busca de novas formas de cuidado para sua clientela. O gestalt-terapeuta é parte deste campo e, como tal, deve colocar sua visão de homem e de mundo a serviço da construção do novo paradigma da Atenção Psicossocial. O presente artigo propõe uma aproximação entre as particularidades desta clínica e alguns dos principais conceitos da Gestalt-terapia, abrindo uma discussão sobre de que forma o olhar gestáltico pode contribuir na transformação do campo da Saúde Mental Brasileira.

Palavras-chave: Gestalt-terapia; saúde mental; atenção psicossocial.

ABSTRACT

Over the last decades the psychiatric assistance in Brazil has been suffering considerable changes, on a process that bonds many professionals and their own knowledge and practices, in a search for new ways to care for this clientele. The gestalt-therapist is a part of this process and, as such, must put his vision of man and world on the service for the construction of the new paradigm of Psychosocial Attention. The present article proposes an approximation between the particularities of this clinic and some key concepts of the Gestalt Theory, opening a discussion about how the gestaltic view can help the transformation of Brazil's Mental Health field.

Keywords: Gestalt-therapy; Mental Health; Psychosocial Attention.

Ora, o mesmo objeto, focalizado de diferentes pontos de vista, dá origem a duas descrições inteiramente diversas, e estas provocam duas teorias inteiramente diversas, que resultam em dois grupos inteiramente diversos de ação. A forma inicial de ver uma coisa determina todas as nossas relações subseqüentes com ela.

Ronald Laing, fundador da corrente da Antipsiquiatria

Em um passado não muito distante, o cuidado aos doentes mentais resumia-se a longas internações nos grandes manicômios e à administração de medicamentos, com práticas marcadas pela segregação, violência e pelo preconceito. Assistimos, com os movimentos de reformulação da assistência psiquiátrica ao redor do mundo, ao surgimento de iniciativas para modificar as realidades asilares vigentes: onde havia apenas isolamento e exclusão, propõe-se a escuta subjetiva, a convivência comunitária e a cidadania. No Brasil, este processo, denominado Reforma

Psiquiátrica Brasileira (RPB), tem como objetivo principal, para além de uma nova clínica, a produção de um novo lugar social para a loucura na tradição cultural brasileira. A partir do modelo da Atenção Psicossocial, vem sendo constituída uma rede de novos serviços, substitutos ao hospital psiquiátrico, com direções de trabalho consoantes com as diretrizes da nova política de Saúde Mental do país, articulados segundo as propostas de descentralização e municipalização do SUS¹.

Amarante (2007) salienta que poucos campos de conhecimento e atuação em saúde são tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes quanto o da Saúde Mental. “Ao contrário da psiquiatria, a Saúde Mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento (...) e muito menos é exercida por apenas, ou fundamentalmente, um profissional” (*ibid.* p.15). A complexidade deste trabalho torna necessária a constituição de equipes igualmente plurais, para que a multiplicidade de olhares possa se dar de forma produtiva, defrontando-nos com a diversidade de forma crítica e reflexiva. As equipes destes novos serviços possuem como característica principal a transdisciplinaridade, reunindo profissionais de diferentes especialidades e abordagens, em torno da construção de uma nova prática de cuidado em Saúde Mental.

Apesar de observarmos a presença de gestalt-terapeutas nestas equipes, realizando uma prática diária a partir dos norteadores de sua abordagem, as produções teóricas sobre a inserção do psicólogo neste trabalho são, ainda hoje, marcadas pela presença de profissionais de formação predominantemente psicanalítica, buscando adequar os princípios teóricos das diferentes linhas da psicanálise aos principais conceitos de cuidado em Atenção Psicossocial. Certamente, profissionais da abordagem gestáltica já estão colaborando para a mudança deste quadro, com o desenvolvimento de importantes publicações neste campo do conhecimento, tanto no Brasil, quanto no exterior². Retomamos aqui esta questão na tentativa de contribuir para a elaboração de uma sistematização e um registro deste trabalho, por considerarmos tais iniciativas fundamentais, não só para o enriquecimento teórico dos próprios gestalt-terapeutas, mas também para o reconhecimento desta abordagem como uma prática fundamentada por construtos teóricos sólidos e coerentes por outras áreas do conhecimento acadêmico.

Cabe ressaltar que não temos aqui o objetivo de abordar a questão do trabalho clínico em Gestalt-terapia com uma determinada categoria diagnóstica (como a psicose), seja ela feita a partir dos conceitos da psiquiatria ou da abordagem gestáltica³. Nosso objetivo é contribuir para a discussão sobre o que é ser um gestalt-terapeuta no campo da Saúde Mental, entendendo que este campo não pode ser reduzido ao estudo e tratamento das doenças mentais. Assim como Amarante (2007), compreendemos a Saúde Mental como um campo polissêmico e plural, “na medida que diz respeito ao estado mental dos sujeitos e das coletividades que, do mesmo modo, são condições altamente complexas” (*ibid.* p.19). Acreditamos que, uma vez inseridos neste campo, é nosso dever como gestalt-terapeutas colocar nossa visão de homem e de mundo a serviço deste novo paradigma e pensar de

que forma o olhar gestáltico pode contribuir para a transformação desta realidade. Isto é o que buscaremos fazer neste breve trabalho, articulando alguns conceitos da Gestalt-terapia com as diretrizes preconizadas pelo novo modelo de assistência em Saúde Mental no país.

Atenção Psicossocial e Gestalt-terapia: novos paradigmas

A RPB surge como “um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes, o próprio paradigma da Psiquiatria” (Costa-Rosa, 2003, p.31). Até então, o modelo psiquiátrico baseava seus conhecimentos e intervenções no modelo biomédico tradicional, buscando compreender a doença mental a partir da mesma causalidade linear utilizada para explicar outras formas de adoecimento, em outras áreas da medicina. O louco era considerado um insano, incapaz e irresponsável, daí a necessidade de intervenções baseadas na segregação, no controle e na disciplina. Costa-Rosa (2000) enfatiza como características principais deste modelo asilar: a *ênfase na consideração de determinações orgânicas* para a loucura e conseqüente limitação ao *tratamento medicamentoso*, centrado apenas no indivíduo; *Pouco ou nenhum investimento no sujeito como participante* do tratamento; *Equipes fragmentadas*, organizadas em uma *lógica hierárquica vertical* em torno do modelo médico, cujo trabalho se dá basicamente no interior do hospital psiquiátrico fechado (p.153).

Na busca de alternativas a este quadro, as experiências realizadas em outros países do mundo foram tomadas como modelo, com destaque para a grande influência das idéias desenvolvidas pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, liderado por Franco Basaglia. Este autor criticava a psiquiatria tradicional por se ocupar de um objeto fictício, “a doença”, separando-a da existência global dos sujeitos e do corpo social. A doença era considerada um objeto natural, externo ao homem, e ao ocupar-se dela, os psiquiatras tradicionais esqueciam o sujeito, ficando este apenas como pano de fundo da mesma (Amarante, 2007). Em uma visão marcadamente influenciada pelo existencialismo de Husserl, Franco Basaglia (1985) propõe a idéia de colocar a doença mental *entre parênteses*. Para este autor, isto não significa negar que exista uma experiência que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar, mas sim uma recusa a se restringir ao objeto que a psiquiatria tradicional denominou de “doença mental”, para que fosse possível se ocupar do sujeito em sua experiência.

O princípio de colocar a doença mental entre parênteses diz respeito à individuação da pessoa doente, isto é, a um ocupar-se, não da doença mental enquanto conceito psiquiátrico e sim, pelo contrário, a um ocupar-se de tudo aquilo que se construiu em torno da doença (AMARANTE, 1996, p.82).

Propõe-se um novo objeto para Saúde Mental, não mais a doença, mas a pessoa em sua “existência-sofrimento e sua relação com o corpo social” (ROTELLI *et al.*, 1990, p.90). As novas concepções de saúde, doença e cura, passam a incluir como integrantes da condição do sujeito outras dimensões de seu campo, além dos fatores biológicos ou psicológicos, abrangendo um contexto maior do qual o sofrimento psíquico é apenas uma parte. Não é mais possível, segundo esta ótica, procurar uma causa única ou uma terapia específica para determinado tipo de doença, uma vez que a “loucura” não é mais considerada como um fenômeno exclusivamente individual. Esta ênfase no pertencimento do indivíduo a um grupo familiar e social tem efeitos, inclusive, na construção de novas formas de diagnóstico e cuidado.

A descrição objetiva de sinais e sintomas dos manuais psiquiátricos, baseada em uma compreensão individualista e intrasubjetiva do doente, torna-se ferramenta insuficiente para entender e lidar com os sujeitos por eles classificados. Esta forma tradicional de compreender a psicopatologia exclui as relações estabelecidas pelo sujeito não só com o seu sintoma, mas com o mundo do qual faz parte, e limita as possibilidades de intervenção diante das diferentes manifestações do sofrimento psíquico:

Uma psicopatologia que se restringe à identificação e descrição de sintomas e se pretende a-teórica, não oferece ferramentas para o entendimento da experiência do sujeito que sofre. (...) Reflexões sobre o manejo das dificuldades com o laço social, para cada uma das formas específicas de adoecimento mental, ficam igualmente limitadas quando o interesse pelas alterações psíquicas decorre de uma compreensão do sujeito enquanto isolado do mundo (LEAL 2006, p.124).

Atualmente, discutem-se novas concepções e utilizações de modelos psicopatológicos, que compreendam as diferentes formas de sofrimento psíquico, a partir das experiências daquele que o vivencia em relação a si mesmo e ao meio social a que pertence⁴. Este novo paradigma desloca a prática clínica de uma terapêutica centrada exclusivamente na expressividade do sintoma – onde a remissão deste é buscada sem que se problematize sua constituição e seu sentido na história do indivíduo – para um olhar mais ampliado, que inclui também a própria instituição psiquiátrica e a sociedade:

Há no modo psicossocial um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de ser removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem (COSTA-ROSA, 2000, p.155).

Assim como a Atenção Psicossocial, a Gestalt-terapia, ao delimitar o seu objeto de estudo, abandona o modelo de descrição de patologia e saúde em termos causais, tal como derivado das ciências biomédicas. Sua ênfase recai sobre o campo interacional organismo/ambiente, distanciando-se assim das perspectivas psicanalistas e behavioristas vigentes. A abordagem gestáltica estabelece sua base de trabalho a partir de uma crítica ao modo de pensar baseado no paradigma racionalista mecanicista (RODRIGUES, 2000), apresentando um entendimento fenomenológico baseado na experiência observável de como uma pessoa faz para criar – e continuar criando – uma realidade disfuncional ou saudável.

Pela ênfase que é dada, em Gestalt-terapia, ao homem como ser relacional e contextual, todos os comportamentos que este manifesta devem ser entendidos em função do campo no qual está inserido. Não há como pensá-los como aspectos inerentes à natureza de determinado sujeito, que poderiam ser explicados em apenas um aspecto de sua existência. Perls, Hefferline & Goodman (1951/1997), ao formularem uma definição acerca do objeto de seus estudos, enfatizam que “o organismo isolado e suas abstrações (mente, alma e corpo) e o ambiente isolado são objetos de muitas ciências, mas não dizem respeito à psicologia” (*ibid.* p.36). Estes autores consideram sua abordagem como *unitária*, ou seja, ao teorizar sobre o homem, buscam compreendê-lo como uma unidade, para além de suas características isoladas, articulando-as com as outras características de seu ser total e com a realidade da qual faz parte.

Todo evento acontece em um campo espaço/temporal, onde várias forças atuam simultaneamente, de maneira a – no presente – configurarem a realidade. Nesse campo, nesse contexto, é que a Gestalt-terapia considera a existência do ser humano de uma maneira completa: não apenas sua doença, sua mente ou seu discurso. Neste campo o ser humano está inteiro, com tudo o que foi, tudo o que é e toda potência em relação ao que poderá realizar no futuro (RODRIGUES, 2000, p. 48).

Para a Gestalt-terapia, o contato como ajustamento criativo é o meio através do qual ocorrem as mudanças e crescimento do organismo e, portanto, deve ser o ponto de partida para a formulação de qualquer sistematização sobre este tema. A noção de *self* como *sistema de contatos* torna-se, então, fundamental para compreendermos a noção de *ser-no-mundo* que define o ser humano contextual. Na teoria gestáltica, inaugura-se uma visão de *self* que se distancia de uma entidade estrutural. Ao contrário, ele é conceituado como um processo, como “fronteira de contato em funcionamento” (PERLS, HEFFERLINE e GOODMAN, 1951/1997, p.85).

A principal função de *self* como conceito é trazer o fenômeno de campo para o primeiro plano, realizando de fato a inclusão do mundo nos processos de subjetivação (na psicopatologia inclusive). O *self* se atualiza e atualiza os processos de subjetivação através de sua característica circular, pela qual acontece um intrincado e complexo processo de negociação, com empréstimos, heranças, apropriações entre o *self* e o outro. Até porque **tanto as necessidades quanto as possibilidades de satisfação só têm sentido no processo de interação** (TÁVORA, 2005, p.125, grifo nosso).

A visão de homem e de mundo da Gestalt-terapia, bem como sua forma de compreensão diagnóstica, servem como ferramentas para a discussão em torno deste tema no campo da Atenção Psicossocial. Entender o homem como um ser cuja vivência singular é construída e re-construída a partir das relações que estabelece com o campo, em um processo ininterrupto de busca de auto-regulação e crescimento, nos permite uma visão mais ampla de suas possibilidades de existência. Assim como Perls, Hefferline & Goodman (1951/1997), buscamos uma compreensão fenomenológica das formas disfuncionais de existência, tirando o foco da investigação das *possíveis causas* destas manifestações. Ao contrário, buscamos descrever e compreender *como* as disfunções se apresentam e de que forma estas contribuem para um funcionamento não saudável e insatisfatório do indivíduo como uma totalidade integrada:

Perls, Hefferline e Goodman não acreditam que essas questões possam ser esclarecidas a partir de uma suposta causa ou origem. Afinal, se mesmo os ajustamentos disfuncionais são fenômenos de campo, toda tentativa de eleger um elemento como determinante da configuração resta uma empresa arbitrária. Por isso, em vez de uma interrogação genética sobre as causas dos ajustamentos disfuncionais, Perls, Hefferline e Goodman preferem uma visada fenomenológica (MÜLLER-GRANZOTTO, 2006, p. 5).

O arranjo entre os diversos elementos que constituem o homem total é atravessado pelos inúmeros elementos do campo no qual o sujeito está inserido. Yontef (1998, p.185) define campo como “uma totalidade de forças mutuamente influenciáveis que, em conjunto, formam uma fatalidade interativa unificada”. Segundo este autor, os campos são sempre compostos por fatores diversos, com inter-relações complexas, múltiplas e diferenciadas. Nesta perspectiva, cada fenômeno é estudado no contexto de uma complexa teia de forças inter-relacionadas que, no caso do homem, constituem seu campo organismo/ambiente. Não basta, a partir desta visão, olharmos para os sujeitos *nos* diferentes campos em que vivem. Abandonando a dicotomia *organismo X meio*, afirmamos que o homem, como um ser relacional, é um sujeito *de-um-campo*, ou seja, *existe apenas enquanto parte deste campo*, e seu significado se dá a partir da interação que estabelece com os outros elementos. (YONTEF, 1998). Aquilo que este sujeito manifesta em determinado momento nos remete aos ajustamentos criativos que necessitou fazer para estar em uma relação mais satisfatória possível com os outros elementos deste campo que o inclui. Da mesma forma, o progresso de um paciente também é visto como uma função do campo todo, “não é determinado apenas pela força e determinação do paciente, mas pela habilidade do terapeuta, pela relação entre o terapeuta e o paciente, pelos fatores de organização dos provedores, pela família e pelos amigos que fazem parte do espaço vital do paciente, e assim por diante” (YONTEF, 1998, p.193).

Desta forma, a perspectiva de campo nos impulsiona a buscar outras direções para além do trabalho dual com o sujeito em si. No modelo da Atenção Psicossocial, atender e cuidar daquele que busca o serviço de Saúde Mental passa a ser um ato muito mais complexo do que a prática da psiquiatria tradicional, incluindo noções de acolhimento, escuta e responsabilização. A partir do olhar mais ampliado para o sujeito em sua existência e as relações que este estabelece, tratar passa a significar produzir trocas sociais, “ocupar-se aqui-e-agora para que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do paciente e que ao mesmo tempo se transforme a sua vida concreta e cotidiana” (ROTELLI *et. al*, 1990, p.94).

Assim, não faz mais sentido colocar o hospital psiquiátrico como detentor exclusivo e isolado das possibilidades de trabalho com os pacientes. Já não é mais possível limitar o cuidado ao interior de determinado serviço. É preciso atuar *extramuros*, ou seja, nas outras partes do campo do qual aquele paciente faz parte. Nesta perspectiva, o cuidado passa a ser pensado de forma integral e ampla e as ações se estendem para o *território*. O conceito de território, tal como é utilizado na Saúde Mental, compreende não apenas as referências geográficas como bairro e domicílio, mas inclui também “o conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, se seu projeto de vida, de sua inserção no mundo” (DELGADO, 1999, p.117). Compreendendo que o objeto central das novas ações não é mais a doença psiquiátrica, mas os sujeitos “de-um-campo”, temos a visão gestáltica como ferramenta privilegiada para construir novas práticas terapêuticas. Podemos contribuir para a integração de cada serviço à comunidade

ao seu redor, como parte de uma rede social, para assim auxiliar o sujeito a se apropriar deste espaço, implicar seu sofrimento em meio às referências que lhe dão sentido e construir e experimentar novas relações de troca com o meio em que vive.

Uma perspectiva dialógica de cuidado

O principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, segundo Amarante (1996), é possibilitar a transformação das *relações* que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabelecem com o louco e com a doença mental. Superando assim, relacionamentos baseados no estigma, na segregação e desqualificação dos sujeitos, em direção à construção de possibilidades de coexistência, troca, solidariedade e cuidados. O papel das relações que o sujeito estabelece no seu adoecimento mental e no curso posterior da doença já estava presente no pensamento basagliano:

As conseqüências da doença variam segundo o tipo de abordagem adotado em relação a ela. Tais conseqüências não podem ser consideradas como a evolução direta da doença, mas sim do tipo de relação que o psiquiatra, e através dele a sociedade, estabelece com o doente (BASAGLIA, 1985, p.106).

Fala-se, neste modelo, em “criar um novo tipo de relação, de cunho contratual” entre pacientes, técnicos e sociedade (Basaglia *apud* AMARANTE, 1996, p.99) e a partir desta, novas possibilidades surgiriam para o sujeito e sua doença. As instituições, neste contexto, são entendidas como espaços de interlocução, onde as interações se estabelecem em caráter horizontal. Vieira Filho (2004) afirma que a emergência da subjetividade do paciente, segundo a lógica da Atenção Psicossocial, é possibilitada pela criação de um espaço dialógico, contrário à lógica totalitária manicomial, onde seria possível a construção de sentido e a re-significação da problemática sócio-existencial e de saúde mental. Esta *dialogicidade*, para o autor, consiste de relações de poder em cooperação, atuando no desenvolvimento da comunicabilidade tanto na rede de serviços como na estrutura celular da relação.

O que se visa no modo psicossocial, portanto, é a experimentação de novas formas de ser (COSTA-ROSA, 2000). A Gestalt-terapia fornece elementos teóricos para esta prática, a partir de seus conceitos de *contato* e *relação terapêutica*, e de sua articulação com a filosofia do diálogo de Martin Buber (1982). Este autor propõe uma ontologia da relação humana, ou seja, uma teoria das formas de relacionamento que o homem estabelece com os outros e com seu mundo, compreendo este movimento

como fundamento da existência humana. Em uma abordagem dialógica, a relação como encontro genuíno “se situa no centro ôntico do desenvolvimento único, psicológico e espiritual de nossa existência humana” e se torna fundamental para “a realização do potencial pleno da pessoa humana” (HYCNER & JACOBS, 1997, p. 73).

O diálogo, segundo a teoria de Martin Buber (1982), acontece na esfera do *entre*, compreendido como a dimensão do inter-humano. Este inter-humano, porém, não se resume à realidade individual de cada um dos envolvidos, nem mesmo à soma das duas realidades, tanto o individual quanto a relação estão contidos nesta esfera. No livro “Eu e Tu” (1982), Buber destaca duas possibilidades de o homem realizar sua existência, ou seja, duas formas de relacionar-se diante do mundo: a relação *Eu-Tu* e a relação *Eu-Isso*. A primeira abrange uma atitude de conexão com o outro, de estar tão plenamente presente quanto possível, com genuíno interesse e sem outra finalidade que não a interação com a pessoa enquanto *pessoa*, ou seja, como um *Tu*. A relação *Eu-Isso* é, ao contrário, dirigida por um propósito onde a compreensão da *pessoa* do outro em relação se submete a este objetivo. Ambas as atitudes são necessárias na existência humana e devem alternar-se de forma equilibrada em um viver saudável.

Na abordagem dialógica, a relação como encontro genuíno consiste em uma atitude de conexão mútua, onde ambos estão tão plenamente presentes quanto possível, com verdadeiro interesse e sem outra finalidade que não a interação com a pessoa enquanto *pessoa* (BUBER, 1982). Em um contexto psicoterápico, este encontro mútuo pode até ocorrer, mas não é condição *a priori* para a construção de um processo terapêutico. Nesse caso, é responsabilidade do terapeuta encontrar o paciente onde ele está no momento, e não vice-versa. Buber (*apud* HYCNER & JACOBS, 1997) afirma que se o paciente pudesse, a princípio, se colocar no lugar do outro de forma disponível, não haveria necessidade de terapia, nem de relação terapêutica.

Torna-se fundamental, neste caso, a adoção de uma *atitude dialógica*, caracterizada pela presença genuína do terapeuta, colocando-se no lugar do outro, praticando a inclusão ao imaginar sua realidade e confirmá-lo em sua existência. Ele procura entrar o mais completamente possível na experiência subjetiva do cliente, buscando entender e apreciar os significados desta, mesmo quando ela diverge significativamente da sua própria experiência. Para isso, o terapeuta necessita estar completamente *presente* para o cliente, colocando momentaneamente seu próprio *self* a serviço do encontro. Hycner (1995) afirma que a presença não pode ser técnica, ela consiste em uma verdadeira disponibilidade para a outra pessoa, sem considerações ou reservas.

Algumas vezes, a própria linguagem do outro difere da qual estamos acostumados a utilizar e a tendência natural de quem está buscando alguma interação com esta

pessoa é buscar “decodificar” essa fala, ou seja, adequá-la a seus próprios parâmetros de compreensão, sintaxe, significados, etc. No caso de pacientes com transtornos mentais, essa distância pode ser radical, se estendendo desde a comunicação verbal até às crenças mais gerais acerca da realidade como um todo, impedindo assim qualquer tentativa de “decodificação”. Porém, no paradigma da atenção psicossocial, essa fala consiste em “um rico repositório, expressivo de seus desejos, suas condições existenciais, suas relações com as pessoas, com a família, com o mundo” (GOLBERG, 1994, p54). Mesmo que ela se afaste radicalmente da realidade como nós a percebemos, deve ser valorizada e escutada para que possamos ajudá-lo.

Van Der Berg (2000, p.44) afirma que “as qualidades do sujeito são os aspectos do mundo e as fisionomias das coisas da existência de todos os dias”. No caso do paciente psiquiátrico, ao falar sobre sua realidade e sobre os objetos do seu mundo, nos permite saber sobre sua condição e sobre sua doença, em uma psicopatologia baseada na “descrição patológica das coisas”.

O paciente está doente, isto significa que seu mundo está doente ou, mais literalmente, que seus objetos estão doentes. Quando o paciente psiquiátrico conta como seu mundo lhe parece, está a descrever, sem rodeios e sem enganos o que ele mesmo é (...) Ele não dispõe de maneira mais adequada para descrever sua condição: ele conta a verdade da sua doença mental. **Ele está certo.** (ibid. p.43, grifos do autor).

Portanto, para que o terapeuta possa compreender o que se passa com o paciente deve tentar se colocar em seu lugar, ou seja, em sua existência e em seu mundo (VAN DEN BERG, 2000). Esta postura é denominada, em uma abordagem dialógica, de *inclusão* e compreende um encontro genuíno do ponto de vista do terapeuta com aquele do cliente. O terapeuta se esforça para imaginar a realidade do outro. Coloca assim “entre parênteses” seus significados, preconceitos e crenças, suspendendo-os temporariamente, em uma atitude de *redução fenomenológica*, tal como denominada por Husserl (*apud* RODRIGUES, 2000).

Se o terapeuta puder adotar uma postura de tentar lidar fenomenologicamente com aquilo que o paciente traz, *do jeito que ele traz*, talvez aquele paciente possa encontrar um sentido próprio àquilo que está falando, e caminhar na direção de um “reposicionamento subjetivo”, tal como preconiza o modelo da Atenção Psicossocial (COSTA-ROSA, 2000, p.155). Vieira Filho & Moraes (2003) afirmam que uma ação dialógica na relação terapêutica, possibilita um processo de comunicação reflexiva, o qual “contribui para uma conscientização afetiva e crítica de sua visão de mundo, modo de vida e situação sócio-cultural de experiência cotidiana” (p.34).

Inicialmente é fundamental que o terapeuta trabalhe na construção de uma relação de confiança e fortalecimento de um *vínculo*. É somente no desenrolar desta relação que os conflitos podem emergir e serem trabalhados. O terapeuta se preocupa então em *confirmar* esse paciente na sua existência, mesmo que ele não concorde o comportamento atual que este apresenta. A postura confirmadora difere, neste sentido, de permissividade ou de qualquer emissão de juízo de valor. É através da experiência de relações confirmadoras, onde sua fala e seus significantes são confirmados por alguém, que os pacientes podem construir experiências positivas de si mesmos e assim, uma figura de um 'eu' como um sujeito que fala por si pode emergir, em lugar da angústia e ansiedades anteriores (LOBB, 2002).

No entanto, nem sempre é possível atingir este nível onde o cliente pode implicar-se no seu sofrimento e resignificá-lo. Há limites ao lidar com determinados sujeitos e estes limites são relativos ao nível de comprometimento no estabelecimento de uma relação perturbada com o mundo. Buber (*apud* HYCNER, 1995) enfatiza os limites específicos para o diálogo genuíno, que estará sempre condicionado às possibilidades do cliente naquele momento:

Posso falar com um esquizofrênico até o ponto em que ele esteja disposto a deixar que eu entre em seu mundo particular, que lhe é próprio e onde geralmente o acesso não é permitido a mim e nem a outros. Mas ele permite a entrada de algumas pessoas. E assim sendo, pode ser que ele me deixe entrar também. Mas no momento em que ele se fecha, não posso entrar (Buber, *apud* HYCNER, 1995, p.64).

Van Den Berg (2000) afirma que o paciente psiquiátrico é isolado em seu próprio mundo, com objetos e percepções que lhe pertencem exclusivamente, e a solidão é “a essência da sua doença” (p.92). A sua realidade é diferente e o paciente está sozinho de modo tão intenso e tão doentio, que mantém relações humanas que são estreitamente e individualmente suas. Uma abordagem dialógica acredita que, mesmo nestes casos onde indivíduos estão radicalmente isolados do contato, cujas possibilidades de diálogo (no sentido buberiano e no sentido coloquial de interação verbal) nos parecem por demais remotas, encontramos caminhos para atuar de forma terapêutica:

Mesmo no retraimento mais profundo existe uma vaga inquietação da alma que anseia pelo encontro genuíno com os outros. É como se a capacidade para o diálogo e para o encontro genuíno estivesse adormecida, à espera de alguém que procure o verdadeiro self escondido (HYCNER, 1995, p.73).

Assim, ainda que não haja uma total reflexão e implicação daquele sujeito na sua condição, *apenas* a construção de uma ligação genuína com outra pessoa já é, por si só, *terapêutica*. É deste encontro com aquele que se propõe a cuidar, que se constroem as possibilidades do paciente relacionar-se de uma forma mais significativa com o mundo. Neste sentido, afirmamos que a experiência terapêutica não é meramente um acontecimento preparatório, mas um momento válido *per si*. A relação dialógica consiste em um modelo para este tipo de relação que, através de um diálogo centrado no presente e não crítico, permite ao paciente obter um contato significativo com outra pessoa.

O contato pode ser utilizado para restabelecer o contato. O terapeuta, ao encontrar o paciente numa relação dialógica, torna-se um modelo para o restabelecimento do contato e, como consequência, para a possibilidade de crescimento. **A atitude Eu-Tu transforma o contato no domínio do singularmente humano:** o relacionamento inter-humano e o desenvolvimento da pessoa (HYCNER & JACOBS, 1997, p.93, grifos dos autores).

Considerações finais

O Campo da Atenção Psicossocial surge, assim como a Gestalt-terapia, com uma proposta alternativa ao pensamento vigente sobre o homem e seus modos existência no mundo. Há, no novo modelo das práticas em Saúde Mental, uma busca de ruptura do modelo biomédico tradicional, que compreendia a doença mental a partir da mesma causalidade linear utilizada para explicar outras formas de adoecimento, em outras áreas da medicina. A Gestalt-terapia pode nos ser muito útil como instrumento teórico na ampliação deste olhar, com sua perspectiva de homem relacional e contextual. O pensamento de campo presente na abordagem gestáltica já concebe a existência humana como resultado de uma inter-relação de diversos elementos, numa configuração única, total e indivisível.

Os sujeitos dos quais se ocupa a clínica da Atenção Psicossocial são seres caracterizados por formas muito particulares de estar no mundo. Seus comportamentos bizarros e incompreensíveis, a forma retraída e impenetrável como se colocam em um mundo próprio resultaram, em um outro momento, no seu isolamento nos grandes manicômios, reforçando a idéia da incapacidade destes

para uma convivência dita “normal”. A psiquiatria contribuiu para que a sociedade entendesse que o louco é perigoso, irracional e que seu destino deveria ser mesmo o confinamento nos asilos (AMARANTE, 2007). Cabe ressaltar que apesar de todos os avanços conquistados pela RPB, não existe ainda no Brasil um consenso na comunidade psiquiátrica sobre a ineficácia dos hospícios no cuidado aos doentes mentais. A chamada “indústria da loucura” – sustentada por donos de clínicas privadas e por todos aqueles que de alguma forma lucram com as internações e o tratamento hospitalocêntrico – luta para sobreviver difamando e distorcendo as conquistas da RPB e reforçando a idéia de que o enclausuramento dos doentes graves e as longas internações são a única forma destes obterem tratamento eficaz (WANDERLEY, 2006).

Contrariando esta lógica, a Atenção Psicossocial preconiza que estes “loucos” podem e devem estar em sociedade, fora dos muros do hospital e circulando pelos diferentes territórios da vida em comunidade. Todo o conjunto de transformações e inovações da RPB busca a construção de um novo imaginário social em relação à loucura e aos sujeitos em sofrimento, que não seja de rejeição ou tolerância, mas de reciprocidade e solidariedade. Nossa ética deve estender-se para o esforço de promover mudanças mais amplas, nas mentalidades, nas atitudes, e nas relações sociais.

Estar diante de um outro que expressa em seu corpo, em seu olhar e em sua fala uma diferença tão radical, que nos coloca em uma posição de *não saber* absoluto, é algo que desafia diariamente os profissionais que se disponibilizam a trabalhar neste campo. Perceber que há, por trás da desrazão e da estranheza, um sujeito em sofrimento que pode ser ajudado, requer uma crença inabalável no potencial humano de crescimento e transformação. Este pensamento se aproxima daquilo que Cavalcanti (1996) denomina de *postura ética* em Saúde Mental:

O esquizofrênico delirante não é um sub-homem. É alguém que permanece um ‘sujeito’. Alguém que devemos respeitar tanto quanto qualquer outro (...) Nós apostamos que há criação, que há reconstrução, ou pelo menos tentativa de, na vivência esquizofrênica. Isto muda tudo, muda sobretudo a forma com que nos aproximamos do paciente psicótico (...) O respeito pelo outro implica em pensar o diagnóstico como uma forma de ‘estar com’, de penetrar na paisagem do outro, e não em apenas rotulá-lo para afastar-se dele, implica também em ter consciência do sofrimento ali existente, do esforço enorme feito para reagrupar minimamente o estilhaçamento que uma vivência psicótica comporta (CAVALCANTI, 1996, p.77).

Podemos contribuir neste processo como gestalt-terapeutas trazendo nosso entendimento da singularidade da experiência humana e nossa crença no poder transformador das relações genuínas, convidando a sociedade a questionar seus a

prioris sobre a loucura, para assim poder sentir e se relacionar com os sujeitos em sofrimento como *peessoas*, e não se dirigindo apenas às suas doenças (AMARANTE, 2007). A Gestalt-terapia nos fornece caminhos para sustentar esta ética e, mais do que isso, torná-la parte imprescindível na construção de uma prática de assistência. Através da visão gestáltica, podemos perceber o positivo, o potencialmente transformador, mesmo diante dos limites e dificuldades mais severos. Acreditamos que aquela é a melhor configuração possível do sujeito naquele momento, que mesmo diante de tantas limitações, há ali um potencial criativo que constrói como pode sua forma particular de estar no mundo. E é somente desta forma que poderemos “penetrar em sua paisagem” *como sua*, como reflexo daquilo que o constitui e, por fim, acompanhá-lo deste ponto em diante, em um caminho rumo a formas de encontro mais saudáveis e genuínas.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

_____, *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMESCUA, G. “Autism in Gestalt Theory: towards a gestalt theory of personality”. In: *Gestalt review*, vol III, n.3. New York, 1999.

BASAGLIA, F. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BUARQUE, S. Verbetes “Psicose”, In: D’ACRI, G., LIMA, P., ORGLER, S. (org.). *Gestaltês - Dicionário de Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2007.

BUBER, M. *Eu e Tu*. São Paulo: Editora Moraes, 1982.

CAVALCANTI, M. T. “Ética e Assistência à Saúde Mental” in: *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Tokbooks, 1996.

CONASEMS *Sistema Único de Saúde*. (Constituição Federal – Seção II: Lei Orgânica de Saúde, No. 8080). Publicações Técnicas, n.2, 1990.

COSTA-ROSA, A. “O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”. In: AMARANTE P. (orgs) *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

_____, “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental coletiva”. In: Amarante P. (orgs) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

DELGADO, P. "Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais". In: *Cadernos IPUB* n.14. Rio de Janeiro: IPUB-CUCA, 1999.

_____, et al. "O Ministério da Saúde e a Saúde Mental no Brasil". In: *Caderno de textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

GOLDBERG J. *Clínica da psicose: Um projeto na rede pública*. Rio de Janeiro: Te Corá, 1994.

HYCNER R. *De pessoa a pessoa* São Paulo: Summus, 1995.

HYCNER R. & JACOBS L. *Relação e cura em Gestalt-terapia* São Paulo: Summus, 1997.

LEAL, E. M. "Psicopatologia do Senso Comum: uma psicopatologia do ser social" In: SILVA FILHO, J.F. (orgs) *Psicopatologia Hoje*. Rio de Janeiro: UFRJ/ Centro de Ciências da Saúde, 2006.

LOBB, M.S. "A Gestalt Therapy Model for Addressing Psychosis" In: *British Gestalt Journal*, 2002, Vol. 11, n. 1.

MÜLLER-GRANZOTTO, M. J. "Clínica da Neurose na Gestalt-terapia". *Monografia de conclusão do curso de Psicologia, apresentada à Universidade do Sul de Santa Catarina*. Florianópolis: UNISUL, 2006.

MÜLLER-GRANZOTTO, M.J. & MÜLLER-GRANZOTTO, R. L. "Clínica dos Ajustamentos Psicóticos, uma proposta a partir da Gestalt-terapia" In: *Revista IGT na Rede*, vol. 5, n. 8, 2008.

_____, *Fenomenologia e Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus, 2007.

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

RODRIGUES, H.E. *Introdução à Gestalt-terapia*, Petrópolis: Editora Vozes, 2000.

ROTELLI, F. et al. "Desinstitucionalização: uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos 'Países Avançados' In: ROTELLI, F. et al. *Desinstitucionalização*, São Paulo: HUCITEC, 1990.

TÁVORA, C.B. "Do afeto como recurso" In: *Práticas ampliadas em saúde mental: desafios e construções do cotidiano*. Cadernos IPUB no. 14. Rio de Janeiro: Edições IPUB – CUCA, 1999.

_____, “Do Self ao Selfing: O Estrutural e o Processual na Emergência da Subjetividade”. In: HOLANDA A. & FARIA, N. (orgs.) *Gestalt-terapia e Contemporaneidade*. Campinas: Livro Pleno, 2005.

VAN DEN BERG, J.H. *O Paciente Psiquiátrico: Esboço de uma psicopatologia fenomenológica*. Campinas: Livro Pleno, 2000.

VIEIRA FILHO, N.G. “A atenção psicossocial em Saúde Mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social”. In: *Estudos de Psicologia / Universidade Federal de Pernambuco*. Recife: Editora UFPE, 2004.

VIEIRA FILHO, N. G. & MORAIS, S. R. S. “A prática da clínica psicossocial: Construindo o diálogo com o cliente dito ‘psicótico’”. In: *Psicologia, Ciência e Profissão*, vol 23, no. 3. Brasília, 2003.

WANDERLEY, A. R. “Passageiros de Segunda Classe”. In: *Revista Global Brasil*, nº6, 2006. (Disponível em: www.cultura.gov.br/programas_e_acoes/cultura_e_pensamento/acervo/textos/index.php?p=25067&more=1&c1&pb=1)

YONTEF, G. *Processo, Diálogo e Awareness: ensaios em Gestalt-terapia* São Paulo: Summus, 1998.

Endereço para correspondência:

Mabel Pereira

e-mail: mabelpereira@hotmail.com

Recebido em: 24 / 06 / 2008.

Revisado em: 24 / 08 / 2008.

Aprovado em: 25 / 09 / 2008.

¹ Para maiores detalhes sobre as política brasileira em Saúde Mental e sobre as propostas do Sistema Único de Saúde, ver respectivamente: 1) DELGADO, P. *et al.* 2) CONASEMS, 1990.

² Ver Amescua, G. (1999), Lobb, M. S. (2002), Távora, C. (2005), Buarque, S. (2007), Müller-Granzotto, M. & Müller-Granzotto R. (2008), entre outros.

³ Para um entendimento mais profundo da compreensão da Gestalt-terapia acerca da psicose e das suas possibilidades de trabalho clínico, recomendamos a leitura inovadora e irretocavelmente bem fundamentada da produção de Müller-Granzotto & Müller-Granzotto, particularmente das obras: *Fenomenologia e Gestalt-terapia* (2007) e “Clínica dos ajustamentos psicóticos: uma proposta a partir da Gestalt-terapia”(2008).

⁴ Para maiores informações sobre esta nova vertente em psicopatologia, denominada “psicopatologia do senso comum”, ver: Leal, E. M. “Psicopatologia do Senso Comum: uma psicopatologia do ser social” in: *Psicopatologia Hoje*, Silva Filho J. F. (orgs) Rio de Janeiro: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde, 2006.