

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA PSICOPATOLOGIA E A CULTURA DO DÉFICIT NA PERSPECTIVA CONSTRUCIONISTA DE KENNETH GERGEN

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA PSICOPATOLOGÍA Y LA CULTURA DEL DÉFICIT DESDE LA PERSPECTIVA CONSTRUCIONISTA DE KENNETH GERGEN.

THE SOCIAL CONSTRUCTION OF PSYCHOPATHOLOGY AND THE CULTURE OF DEFICIT IN KENNETH GERGEN'S CONSTRUCTIONIST PERSPECTIVE.

CLARA MORIÁ ¹

EMERSON FERNANDO RASERA ²

RESUMO: Diante do avanço dos problemas em saúde mental, torna-se importante identificar um caminho alternativo à lógica psicopatologizante nesse campo. O objetivo deste ensaio é acompanhar a construção dos argumentos disponíveis na obra de Kenneth Gergen sobre as questões de psicopatologia e seu cuidado. Embasados em uma perspectiva construcionista social, foram selecionados textos do autor referentes à temática da saúde mental. Assim, analisou-se a construção social da psicopatologia, a expansão de uma cultura do déficit e a importância de uma clínica despatologizante. Foram discutidos os problemas dos discursos psicopatológicos e analisados os processos pelos quais as doenças mentais são socialmente construídas por meio de uma linguagem especializada sustentada por uma cultura do déficit.

Palavras-chave: construcionismo social; psicopatologia; discurso do déficit

RESUMEN: Ante el avance de los problemas de salud mental, es importante identificar un camino alternativo a la lógica psicopatologizante en este campo. El objetivo de este ensayo es seguir la construcción de los argumentos disponibles en el trabajo de Kenneth Gergen sobre las cuestiones de la psicopatología y su atención. A partir de una perspectiva construcionista social, se seleccionaron los textos del autor relacionados con el tema de la salud mental. Así, se analizó la construcción social de la psicopatología, la expansión de una cultura del déficit y la importancia de una clínica despatologizante. Se discutieron los problemas de los discursos psicopatológicos y se analizaron los procesos mediante los cuales las enfermedades mentales se construyen socialmente a través de un lenguaje especializado respaldado en una cultura del déficit.

Palabras clave: construcionismo social; psicopatología; discurso del déficit.

ABSTRACT: Given the increase in mental health issues, it is important to identify an alternative approach to the psychopathologizing logic in this field. The aim of this essay is to follow the construction of arguments available in Kenneth Gergen's work on psychopathology issues and its care. Based on a social constructionist perspective, texts by the author on the subject of mental health were selected. Thus, the social construction of psychopathology, the spread of a deficit culture, and the importance of a depathologizing clinic were analyzed. The problems of psychopathological discourses were discussed, and the processes by which mental illnesses are socially constructed through a specialized language sustained by a deficit culture were analyzed.

Keywords: social constructionism; psychopathology; deficit speech

¹ *Clinica Particular, Uberlândia, MG, Brasil.*

² *Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG, Brasil*

<https://www.doi.org/10.38034/nps.v33i180.767>

Recebido em: 14/12/2023

Aceito em: 27/10/2024.



INTRODUÇÃO

O campo da saúde mental tem sido atravessado por uma grande transformação no último século, não somente no que diz respeito ao aumento significativo das classificações de doenças e disfunções mentais, mas também nas crescentes críticas que o modelo da psicopatologização recebe (Gergen, 2006). Por um lado, a partir de uma perspectiva modernista, com lentes objetivistas na busca de causa e efeito, a dualidade entre saúde e doença nos convida a pressupor um estado a ser almejado e outro a ser evitado ou, na pior das hipóteses, tratado, removido ou transformado. Estar saudável, de acordo com essa visão, está diretamente relacionado a não estar doente, favorecendo, assim, o desenvolvimento de relações antagônicas com as doenças.

Por outro lado, existem correntes de pensamento que indicam uma direção crítica, como as lutas e movimentos antimanicomiais. Por exemplo, a proposta de desinstitucionalização da Psiquiatria, liderada por Franco Basaglia na Itália da década de 1960, chamada de Psiquiatria Democrática, e a emergência de vários outros projetos semelhantes ao redor do mundo, como a Psiquiatria Comunitária nos Estados Unidos da década de 1960 e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meados dos anos 1980 (Amarante, 1994).

Dentre as correntes epistemológicas e metodológicas que podem nos ajudar a pensar as questões de saúde mental e os vários movimentos contrários ao diagnóstico, o Construcionismo Social encontra força a partir de uma tripla crítica. Assim, se opõe às “categorias psicodiagnósticas, às várias maneiras como problemas comuns eram patologizados e aos efeitos despotencializantes e empobrecedores dos discursos do “déficit” ou falta na vida das pessoas” (McNamee & Gergen, 2020, p.12).

Dessa maneira, o Construcionismo Social se coloca como uma perspectiva que pode ampliar essa discussão ao enfatizar os processos da linguagem e como seu uso é fundamental para sustentar nossas convicções sobre o mundo, a vida e o adoecimento. Segundo McNamee e Gergen (1995), o que pode ser dito a respeito do mundo é resultado das convenções compartilhadas do discurso e, sendo assim, a linguagem trabalha a favor da construção da realidade, dando margem para que possamos olhar para as diversas formas de descrição de nós e do mundo que nos cerca.

O Construcionismo Social, enquanto movimento epistemológico em Psicologia, ocupa-se, majoritariamente, em elucidar os processos através dos quais as pessoas explicam, descrevem e vão dando conta do mundo ao redor, inclusive a si mesmas (Gergen, 2009; McNamee, Rasera & Martins, 2023). Uma de suas características principais está relacionada à ideia de que “tudo que consideramos real é resultado de uma construção social” (Gergen & Gergen, 2004, p. 20). De acordo com Moscheta (2014), ao adotarmos tal tipo de pensamento, favorecemos o surgimento de “possibilidades discursivas em oposição a narrativas explicativas únicas e absolutas” (p. 24). Assim, ao possibilitar a existência de histórias alternativas, novos entendimentos têm oportunidade de aparecer, carregando consigo esperança e viabilizando novos caminhos (McNamee & Gergen, 1995).

Dentre os autores que ajudam a compor o campo do Construcionismo Social, um deles se destaca pela liderança desse movimento intelectual, pela vastidão da obra, e pelas suas contribuições no campo da pesquisa e da prática profissional, qual seja, Kenneth Jay Gergen (Burr, 1995; Hibberd, 2005). Nas últimas quatro décadas, suas obras influenciaram debates que colaboraram ao inspirar as teorias e as práticas pós-modernas de pesquisa em Psicologia, suscitando cada vez mais pesquisadores e profissionais a desafiarem os limites pré-estabelecidos de suas atividades e campos de estudo (Vieira Junior & Rasera, 2021). Um dos tópicos importantes em sua obra está relacionado à crítica que Gergen faz ao que chamamos de “doença mental” e à psicopatologização da vida social, salientando não somente o caráter cultural que

favorece o aparecimento de tais doenças, mas também as consequências de usarmos tal via para interpretar a multiplicidade de comportamentos humanos.

O objetivo deste ensaio é acompanhar a construção dos argumentos disponíveis na obra de Kenneth Gergen sobre as questões de psicopatologia e seu cuidado. Especificamente, analisaremos: 1) a construção social da psicopatologia; 2) a cultura do déficit e 3) a importância de uma clínica despatologizante. Para cumprir com o objetivo, nos orientaremos a partir de uma perspectiva qualitativa de se produzir conhecimento, embasada pela epistemologia construcionista social. Segundo Vieira Júnior e Rasera (2021), a epistemologia construcionista contribui com a pesquisa qualitativa ao reiterar a crítica à maneira positivista de se fazer ciência e “ao redimensionamento de critérios como o de objetividade, rigor metodológico e, sobretudo, do modo de se compreender o processo de produção do conhecimento” (p12).

Nesta maneira construcionista de fazer pesquisa, ressalta-se a importância da crítica interna (Gergen, 1997), que diz respeito à avaliação e reflexão por parte dos pesquisadores de suas próprias descrições do real, facilitada pela tentativa de desenvolver uma postura de desconstrução, que permite suspeitar da autoridade e transcendência de qualquer descrição. Outro ponto relevante da pesquisa a partir desta vertente é o entendimento de que, sendo apresentado o processo da pesquisa, os caminhos escolhidos para realizá-la, têm-se mais oportunidades de entendermos os processos fundamentais de sua construção.

Nesse sentido, a seleção dos textos do autor foi feita a partir da lista completa de suas publicações disponibilizada na página pessoal de Kenneth Gergen no site do Swarthmore College, onde é professor pesquisador sênior. Selecionamos aqueles relacionados ao debate da psicopatologia, a partir dos títulos e resumos. Eles constituem 26 obras; dentre elas, destacam-se 11 artigos científicos, 8 capítulos de livros, 5 livros e 2 entrevistas. A relevância deste estudo envolve três dimensões. A pertinência teórica está em compreender e sistematizar os argumentos de Gergen sobre psicopatologia, uma vez que seus argumentos sobre essas questões estão dispersos em sua obra. Sua relevância social está em fazer coro junto às vozes dos movimentos e lutas antimanicomiais, uma vez que a partir de uma sensibilidade construcionista, somos convidados a dialogar com as “mais diferentes pessoas nas suas singularidades”, sendo agentes de transformações generativas e humanizadoras, promovendo “ações conjuntas para que se possa ir além dos produtos do individualismo, convidando a um posicionamento político e ações cidadãs” (Grandesso, 2022, p. 15). Por fim, a relevância prática aponta para a sensibilização dos profissionais de saúde mental para a importância da reflexão crítica sobre as perspectivas psicopatologizantes hegemônicas na área.

O presente ensaio, consoante ao seu objetivo, será dividido em três seções. A primeira seção discutirá o processo de construção social da psicopatologia e o papel da linguagem nas descrições e definições do mundo mental. A segunda seção apresenta uma reflexão sobre a cultura do déficit em saúde mental e suas consequências culturais. Por fim, a terceira seção traz uma discussão sobre o problema dentro dos debates da prática clínica psicoterapêutica e a importância de uma relação colaborativa entre terapeuta e cliente na construção da mudança terapêutica.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA PSICOPATOLOGIA

A partir da leitura da obra de Kenneth Gergen, foi possível identificar que o debate sobre a construção social da psicopatologia se dá por meio de dois temas interrelacionados, sendo eles: a) o debate sobre a origem psicogênica ou sociogênica da doença

mental, o que leva a um questionamento sobre a própria definição de doença mental; e b) a reflexão sobre a linguagem mental, pautada nos usos pictóricos ou pragmáticos da linguagem no âmbito da saúde mental.

O DEBATE SOBRE A ORIGEM DA DOENÇA MENTAL

Ao nos depararmos com a dicotomia da gênese da doença mental, de um lado, se situam os profissionais que enfatizam as raízes naturais ou biológicas do comportamento humano e, de outro, aqueles que se preocupam com a constituição cultural da ação humana (Gergen, 2015). Os profissionais do primeiro ponto de vista, inclinados à origem psicogênica da doença mental, se valem de diagnósticos rigorosos, pesquisas neurológicas, cuidados farmacológicos administrados para “curar” tais doenças. A doença, neste caso, estaria localizada no cérebro da pessoa. Os profissionais que sustentam a ideia da origem sociogênica das doenças veem não apenas os perigos inerentes à orientação naturalista, mas também à negligência desenfreada para como os processos culturais podem estar envolvidos com o sofrimento humano. Nesse caso, estamos nos referindo ao sofrimento como tradição que sustenta um significado cultural (Gergen, 2015).

Dar ênfase à cultura quando se fala sobre sofrimento mental é importante porque chama a atenção para as condições sociais nas quais vivemos nossa vida (Gergen, 2015). Nesse sentido, ainda segundo o autor, ampliamos o olhar para o fato de que nossas instituições são elas próprias fontes de ansiedade, nos fornecendo condições que são retratadas como sofrimento humano, como intensa competição, insegurança profissional, sobrecarga de informação, pobreza e opressão.

Considerar tais sofrimentos como sendo unicamente de ordem biológica implica em ofuscar as origens relacionais, negligenciando o aspecto adoecedor das estruturas sociais que nos atravessam. Gergen (2015) ainda salienta que, na medida em que os problemas pessoais estão incrustados nos processos de significado cultural, a hegemonia das explicações neurobiológicas deve ser redimensionada. Um ponto importante que é trazido como consequência do olhar biologicista da doença mental é pressupor que seu tratamento deve passar por uma intervenção essencialmente biológica, garantindo que a profissão do terapeuta seja colocada em um lugar que cuida dos efeitos dos problemas e nunca de suas causas (Gergen, 2015).

Associada ao debate sobre a origem da doença mental está a análise sobre sua própria definição. Whitaker (2011) sugere que cada vez mais os “comportamentos indesejados” estão sendo diagnosticados como doenças mentais. Um exemplo que ilustra essa situação é o aumento exponencial de diagnósticos de TDAH para crianças. Não é necessariamente doente uma criança altamente ativa, que poderia ser descrita como “transbordando de curiosidade” ou “precisando de muito estímulo”. Mas a razão principal dos diagnósticos de TDAH em crianças está relacionada às questões de desempenho escolar e a incapacidade dos professores de cumprir efetivamente suas tarefas (Gergen, 2004; 2015).

Ao invés de fazermos perguntas sobre como a escola tenta sustentar e fornecer certos modelos e padrões do que deveria ser uma criança comportada, o comportamento indesejado da criança, visto como “fora da norma”, é facilmente aceito como disfunção e doença. Dessa maneira, o sofrimento que o professor sente em não conseguir “controlar” aquela criança é transferido como patologia para a própria. O sistema dificilmente é questionado, praticamente nenhuma atenção é dada para as práticas de ensino mais adequadas às várias necessidades de alunos altamente diversos (Gergen, 2015).

A linguagem mental, os discursos psicológicos e os termos designados para lidar com a ideia do déficit em saúde mental possuem significado e relevância graças à forma como são usados nas relações humanas (Gergen, 1996). Portanto, quando digo que “estou feliz” em relação a algo, a palavra “feliz” não possui relação direta com o estado dos meus neurônios, mas está intrinsecamente ligada e desempenha uma significativa função social.

Para esmiuçar essa ideia, Gergen distingue duas formas de utilização da linguagem em saúde mental: a linguagem pictórica e a linguagem pragmática. A primeira está relacionada à representação dos termos mentais que objetivam um significado específico. Como se a descrição de alguém para o que é estar feliz, pudesse dar conta de todas as representações de felicidade experimentadas pelas pessoas. A linguagem pictórica está relacionada a uma forma de transmitir a verdade sobre um estado mental.

A performance da linguagem pictórica se enfraquece quando nos damos conta de que o estado subjetivo das emoções não cabe exatamente nas palavras designadas para descrevê-las. Como poderemos saber que o que eu chamo de tristeza é o mesmo que outra pessoa, em um contexto social, histórico e político diferente do meu? Como o próprio Gergen pergunta, “quais são as características dos estados mentais por meio dos quais podemos identificá-los?” (Gergen, 1996, p.129).

Assim, é um desafio identificar uma correspondência exata para termos da saúde mental como algo que concretamente acontece na mente. Visto por esta perspectiva, usar uma linguagem mental descritiva equivale considerar que o que dizemos sobre a mente no ocidente é universal e que emoções, doenças, pensamentos e sentimentos são válidos para todos (Gergen, 2005).

Por outro lado, se considerarmos o discurso psicológico a partir de uma perspectiva pragmática, questionamos esse uso da linguagem do déficit como transmissora da verdade. Gergen (1996) salienta que não podemos afirmar a idoneidade do uso deste tipo de linguagem, alegando que os termos existentes nomeiam de fato o que existe. Assim, destaca-se o impacto relacional do uso da linguagem, como espaço de criação e produção de sentido para determinada comunidade.

Como consequência desta diferenciação do uso da linguagem mental, se torna viável pensar que nossas emoções, sentimentos e queixas mentais estão relacionadas às relações em que estamos inseridos, e que o significado que damos a esses termos é contextual. Consideramos, portanto, a linguagem como elemento que compõe as relações sociais e, sendo assim, ela não representa um estado interno, mas opera de forma a conduzir a relação em uma determinada direção (Gergen, 2005).

Uma pesquisa etnográfica muito pertinente para exemplificar o que estamos querendo expor foi feita na comunidade do povo Ifaluk, em um arquipélago no Oceano Pacífico, que buscou investigar a relação entre as emoções deste povo e sua relação com o modo de vida em comunidade (Lutz, 1988). O estudo descreve uma emoção chamada “emoção do Fago”, inalcançável fora do contexto sociocultural do conjunto de ilhas, evidenciando a peculiar e intrínseca relação entre “a experiência emotiva e o terreno sociocultural dentro do qual essa emoção ganha cores e contornos de realidade” (Abreu, 2021). A emoção do Fago é descrita como uma emoção que mistura tristeza, paixão, amor e saudade, que sentimos empaticamente pelo sofrimento de alguém e nos mobiliza afetivamente para o seu cuidado. As nossas emoções, por esse ponto de vista, não chegam prontas, vamos em sociedade dando nomes para certas disposições corporais e isso varia de cultura para cultura.

Gergen (1996) alerta para a dificuldade de criticar os termos do déficit, uma vez que se entende como sofisticado e uma indicação de “autoconhecimento” ter clareza sobre suas próprias emoções. Considera-se, comumente, que ser consciente é conseguir transmitir

com exatidão o que se passa no ambiente interno. Por esse ponto de vista, se torna improvável o questionamento da existência da realidade à qual os termos parecem se referir.

A CULTURA DO DÉFICIT

Para Gergen (2009), a ciência psicológica contribuiu com a avaliação e caracterização daquilo que se considera que falta em um indivíduo para que ele possa ser encaixado na esfera da “normalidade”. Trata-se de diferentes dispositivos avaliativos que discriminam os indivíduos, posicionando-os no mapa culturalmente implícito do que é considerado “bom” e “ruim”. São os termos que dão nome às doenças ou aflições, à patologia e disfuncionalidade (Gergen, 2005). Influenciados por esses termos, nos consultórios de psicoterapia, aparecem clientes com demandas de busca pelo diagnóstico daquilo que estão vivenciando, com um caminho insistente que enfatiza que aquilo que está diferente do esperado precisa ser identificado, diagnosticado, tratado e curado.

A linguagem utilizada para descrever os estados de adoecimento constituiu uma “cultura do déficit”, com novos termos criados para designar aquilo que falta, aquilo que não está de acordo com uma perspectiva médico-biológica do que é saúde e bem-estar mental. A linguagem do déficit, ou as terminologias do déficit, como sustentam Gergen, Hoffman e Anderson (1996), eram inicialmente rudimentares no princípio do século passado e pouco populares, mas expandiram-se exponencialmente até este tipo de linguagem que objetiva localizar “a falha” se tornar socialmente viva.

Para uma noção mais precisa do quão exponencial é essa revolução, ainda segundo os autores supracitados, em 1929, havia 12 transtornos mentais catalogados; em 1938, eram 40 os distúrbios identificados. Em 1952, surge a primeira edição do DSM (sigla em inglês para Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), contando com quase 60 disfunções, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria. Hoje, 70 anos após o lançamento da primeira edição do manual, o DSM está em sua quinta edição, publicada em 2013, com mais de 300 transtornos mentais classificados.

A cultura do déficit está presente nas abordagens tradicionais de terapia e de pesquisa em Psicologia derivadas de uma lógica empiricista do conhecimento, a partir da qual as teorias do comportamento humano surgem a partir da observação. Com a rigorosa observação, conseguiríamos nos aproximar do verdadeiro e objetivo conhecimento do que é o comportamento normal e anormal e, para além disso, alcançar níveis de previsão e controle (Doyle, 1950). O diagnóstico, nesse contexto, segundo Grandesso (2019), seria o produto da observação dos sintomas a fim de ordená-los e classificá-los em um modelo clínico objetivando “cura” ou “controle dos sintomas”.

É importante ressaltar que convivemos com muitas realidades possíveis e essa pluralidade se evidencia no trabalho da psicoterapia. O olhar construcionista social salienta a diversidade dessas realidades, mas também, nesse contexto, critica a objetificação e construção de identidade guiada pelo diagnóstico. O caminho não é negá-lo e descartá-lo, mas sim fortalecer espaços em que essa não seja a única possibilidade, dando-nos a chance de olhar para a linguagem que constrói realidades e, em específico, para as consequências culturais do uso dessa linguagem, tanto no campo da saúde mental como na vida das pessoas que se apropriam dessa linguagem para descrever o que sentem.

CONSEQUÊNCIAS CULTURAIS DO DISCURSO DO DÉFICIT

Sensíveis a uma perspectiva pós-moderna e construcionista social, perguntamo-nos quais são as realidades que vêm sendo construídas no campo da prática da terapia e dos assuntos a ela associados a partir do discurso do déficit. Dois processos principais

podem ser destacados: em primeiro lugar, o aumento do repertório da linguagem do déficit através da qual as pessoas podem ser classificadas como doentes, com um vocabulário que invade a vida cotidiana (como ansiedade, depressão, trauma etc.) e, em segundo lugar, como consequência, o aumento da dependência de tratamentos e curas psicofarmacológicas (Quosh & Gergen, 2008).

Gergen (1994) chama esse duplo processo de “ciclo de adoecimento progressivo”, o qual pode ser entendido como uma bola de neve criada e aumentada pela disseminação de informações a respeito da categorização das doenças mentais. À medida que os termos são difundidos, as pessoas passam a se ver neles e buscam ajuda de profissionais da saúde mental, o que, por sua vez, sustenta a expansão do número e uso desses termos. Com a dilatação da indústria da saúde mental, amplia-se o que é considerado doença e disfunção mental, e dessa forma, a sociedade se enfraquece progressivamente à medida que o discurso do déficit se prolifera.

Assim, por um lado, a ciência psicológica oferece vocabulário para que as pessoas possam significar suas experiências e expandirem seus repertórios de compreensão de suas questões. Por outro lado, o vocabulário especializado contribui também para aumentar a relevância da classe que os produz. Dessa forma, quando leigos se apropriam deste vocabulário, é preciso que os profissionais criem outros novos para manter sua especialidade. Deparamo-nos com uma questão ética em que dois caminhos são apresentados: o de contribuir para o bem-estar social ou o de contribuir para a cultura do problema.

À medida que o discurso do cuidado em saúde se baseia na necessidade de acompanhamento profissional, fica a critério destes profissionais o que se entende por saúde e doença, normal e patológico. A aproximação do DSM com foco nas descrições dos sintomas tenta responder à pergunta “o que é isso?”, ignorando o contexto em que esses sintomas aparecem, deixando de lado as perguntas “como isso está aqui” e “por que esses sintomas aparecem?” (Quosh & Gergen, 2008). Tal movimento corrobora com a visão de que o déficit está circunscrito na pessoa e não é fruto de suas relações e interações sociais.

Ao introduzirmos a linguagem do déficit no nosso vocabulário cotidiano, dando veracidade relacional aos termos que são utilizados em um campo específico de estudo, endossamos a ideia de que as palavras de peso significativo são aquelas proferidas pelo campo da ciência. Gergen (2009) salienta que, como os discursos científicos são amplamente aceitos, o profissional especialista em saúde mental torna-se soberano no conhecimento sobre essas questões.

Assim, se existe uma comunidade do campo médico-científico que, ao ouvir relatos como, por exemplo, agitação ou sensação de nervosismo ou tensão, cansaço fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e/ou alterações do sono, atribui a eles o nome de Transtorno de Ansiedade Generalizado (American Psychiatric Association, 2014), abre-se espaço para que eles se transformem em sintomas alusivos à “ansiedade”. A partir dessa nomeação, o déficit é estabelecido e a “ansiedade” deve então ser cuidada por especialistas dessa comunidade, muitas vezes por meio de uma intervenção medicamentosa.

Atribuir um poder a uma classe profissional para definições que não são apenas descritivas, mas constitutivas de realidades, molda a forma como nos relacionamos conosco e com os outros quando esses termos nos são oferecidos. À medida que os termos do déficit são aplicados à nossa vida cotidiana, os efeitos substanciais são os de estreitar a explicação das questões a nível individual, ocultando a contribuição de outros fatores – como as demandas econômicas, situação política, tradições etc. (Gergen, Hoffman & Anderson, 1996). Segundo Gergen (2009, p.128):

Há razões para acreditar que, em seu próprio esforço para fornecer meios eficazes de aliviar o sofrimento humano, os especialistas em saúde mental

estão criando simultaneamente uma teia de emaranhados cada vez maiores na cultura em geral. Esse tipo de confusão não é apenas inútil para especialistas, mas também aumenta exponencialmente a sensação de sofrimento humano.

Nesse sentido, os especialistas dão suporte à existência do que é considerado disfunção mental ao ampliar e refinar um vocabulário sobre a saúde mental. Gergen (2009) compara a existência do vocabulário do déficit à disponibilidade de armas: a própria presença cria alvos em potencial e, uma vez atingidos, as pessoas consideradas abaixo do ideal, ou fora do padrão de normalidade, são incentivadas a procurar tratamentos, muitas vezes psicofarmacológicos, ou se desatar do convívio social ao ingressar em instituições assistenciais.

Analisando todas essas consequências culturais que o discurso do déficit proporciona nas comunidades onde está inserido, Gergen (1996; 2005) as sintetiza em três processos sociais, sendo eles a hierarquia social, a fragmentação comunitária e o autodebilitamento. Inicialmente, a linguagem mental que se utiliza para denominar condições que estariam fora do padrão da normalidade posiciona socialmente quem as emite e a quem elas são dirigidas. Nesse caso, segundo Gergen (1996), os termos do déficit mental funcionam como dispositivos avaliativos e comparativos, uma vez que ter “saúde mental” nos coloca imediatamente em uma posição de superioridade em relação ao indivíduo com a “doença mental”. Portanto, por essa perspectiva, quanto maior o número de parâmetros utilizados para classificar o bem-estar mental, mais chances existem de uma pessoa se tornar inferior em relação a outras, deixando em evidência a hierarquia social.

Esse posicionamento social fragmenta a comunidade: de um lado, a classe médica que detém o poder do conhecimento sobre o sofrimento mental e que pode oferecer cura e tratamento; do outro, a pessoa em sofrimento que confia suas questões na mão do especialista, que tem a habilidade de “curá-lo” ou, minimamente, de diminuir os sintomas. Gergen (2005) sustenta que em termos de lógica médica, as aflições e enfermidades que são nomeadas, classificadas e distinguidas pelas terminologias do déficit exigem diagnóstico profissional e tratamento, pois é essa classe que difunde e fomenta o uso dos termos do déficit. Assim, o “problema” se desloca da esfera contextual em que está inserido e se torna propriedade e designação da esfera profissional.

Em relação à consequência do autodebilitamento, é o indivíduo a quem os termos são designados que carrega as consequências profundas desse movimento. Os termos do déficit mental tendem a informar ao interlocutor que o problema não está essencialmente restrito no tempo e espaço, ou em uma área particular da vida da pessoa. Concomitantemente, ao entender suas ações nos termos do déficit mental, a pessoa é sensibilizada quanto ao potencial problemático de todas as suas atividades” (Gergen, 1996, p. 134). Desta forma, ser classificado por meio das terminologias do déficit é estar sujeito a enfrentar uma vida potencial de insegurança.

A IMPORTÂNCIA DE UMA CLÍNICA DESPATOLOGIZANTE

A partir do reconhecimento da construção social da psicopatologia e do papel da cultura do déficit, torna-se necessário imaginar outros caminhos para a atuação profissional que envolvam uma crítica à visão psicopatológica, uma revisão da noção de problema na relação terapêutica e a construção de alternativas despatologizantes e colaborativas de cuidado em saúde mental. Assim como classe profissional, o que nossa visão de déficit provoca nos encontros terapêuticos? À medida em que usamos palavras e nos sustentamos como “detentores do conhecimento da mente”, que tipo de relação estabelecemos com nossos clientes e no que isso implica no processo terapêutico de cada um deles?

De acordo com Gergen e Kaye (1995), se a ação do profissional de saúde mental se der a partir de uma perspectiva modernista, seria sua tarefa identificar e tratar transtornos que levam a um comportamento desviante ou aberrante. Gergen e Ness (2016) ainda oferecem a ideia de que existem muitas opções disponíveis como candidatas às “verdades” sobre as pessoas, disfunções e curas, porém, na visão de ciência tradicional e empírica, o objetivo final seria filtrar e eleger, dentre esses muitos candidatos, apenas um que correspondesse à verdade.

Dessa forma, ao sustentar o caminho modernista, o profissional, além de abrir precedentes que objetificam a doença e o sofrimento mental, também corre o risco de generalizar as queixas e sintomas ao tentar encaixar uma verdade previamente conhecida no campo científico da saúde mental naquele caso específico. Os dois caminhos apresentam complicações, sendo: ao reificar as doenças mentais, ou seja, “coisificá-las”, cria-se o entendimento de que, como objetos, elas possam ser manipuladas, medidas e compreendidas em sua essência, independente do contexto social, histórico e político em que se manifestam e eleger a Verdade sobre questões de saúde mental nada mais é que confirmar a tradição de uma determinada comunidade (Gergen & Gergen, 2004); neste caso, apenas confirmar um discurso médico tradicional e específico, eliminando as outras alternativas possíveis.

Baseado em uma lógica modernista e individualizante, o problema em terapia estaria centrado na pessoa, intrínseco à pessoa, em seu ambiente interno (Gergen, 2005). As opções possíveis de ação, como resultado da definição fixa do problema, ficam circunscritas a ele. Se atuamos a partir de uma visão pré-definida do problema trazido, nós nos submetemos ao risco de negligenciar a complexidade da história do cliente. Nesse sentido, deparamo-nos com dois tipos de narrativas que perpassam o ambiente terapêutico, a narrativa do cliente e a narrativa do terapeuta, reforçando a dualidade de versões possíveis, e não sua multiplicidade.

Mais do que isso, ao adotarmos uma postura de especialistas sobre as questões de nossos clientes, como se tivéssemos autoridade sobre a história trazida, reforçamos um ritual cultural de longa tradição que ratifica uma perspectiva de quem não sabe buscar a orientação de quem sabe. Por conseguinte, ao seguir com essa postura profissional, Gergen e Kaye (1995) apontam que:

Não apenas a narrativa do terapeuta nunca é ameaçada como o processo terapêutico vai virtualmente garantir que ela seja sustentada. [...] Assim, independentemente da complexidade, sofisticação ou valor do relato do cliente, ele será inevitavelmente substituído por uma narrativa criada antes de sua entrada em terapia, e sobre cujos contornos ele não tem nenhum controle. (p.253)

Com poucas exceções, de acordo com Gergen e Kaye (1995), a maioria das teorias terapêuticas possuem premissas explícitas que dizem respeito às causas da patologia, sua localização, suas formas de diagnóstico e as maneiras de cura e tratamento. Cada escola terapêutica fornece um rol de predeterminações sobre as narrativas do cliente, que mune o terapeuta de recursos para que possa procurar brechas na narrativa do cliente. Assim, ao entrar no contexto terapêutico, o terapeuta vem carregado com uma narrativa bem desenvolvida e estruturada, para a qual existe suporte na comunidade científica. O foco do trabalho consistiria em desgastar a narrativa do cliente, até que aquela narrativa pré-formulada se encaixasse, mesmo que ela não tenha muita relevância para as condições de vida atual do cliente.

Por outro lado, ao adotarmos uma postura crítica ao processo de psicopatologização e diagnóstico excessivo, o encontro e as narrativas trazidas para o espaço terapêutico são colocadas em um outro patamar. Assumir um entendimento pós-moderno do processo

terapêutico nos leva a entender a voz do cliente como constituinte essencial de uma realidade construída em conjunto (entre terapeuta e cliente), ao invés de ser instrumento de confirmação da narrativa pré-determinada do terapeuta. Assim sendo, terapeuta e cliente formam um relacionamento “para o qual ambos trazem recursos, e nos termos do qual podem ser esculpido os contornos do futuro” (Gergen & Kaye, 1995, p.258).

Um grande desafio enfrentado no espaço terapêutico está relacionado à trajetória colaborativa das narrativas. Segundo Gergen e Gergen (2012, p.77), a questão está em saber se essa trajetória entre cliente/terapeuta pode “desestabilizar ou transformar a matriz geradora de tal forma que o problema seja resolvido, dissolvido ou desconstruído”. Dessa maneira, assim como não nos comprometemos com uma descrição do que é “Verdadeiro” ou “Real”, as narrativas tanto do cliente como do terapeuta também não são vistas como únicas e imutáveis. Para o profissional pós-moderno, o trabalho terapêutico está relacionado a uma “estimulação pela multiplicidade de auto versões”, encorajando o cliente a explorar uma variedade de modos de entendimento de si mesmo, ao mesmo tempo que não compactua com nenhuma delas como sendo “a verdade do self” (Gergen & Kaye, 1995).

O processo terapêutico é percebido de uma maneira horizontalizada e não estruturada. É necessária a capacidade de navegar ao longo das narrativas surgidas no processo, respondendo às necessidades da relação por meio de uma relação colaborativa. Através desta perspectiva, de acordo com Gergen e Kaye (1995), podemos considerar que os recursos mais valiosos do terapeuta são suas habilidades nas “ações de conversação”, em que juntamente com o cliente, podem se movimentar em direção a resultados preferíveis dentro do contexto específico.

A discussão sobre alternativas à clínica psicopatologizante apresenta um movimento crítico e reflexivo quanto aos caminhos tradicionais da prática psicoterapêutica. Esse ensaio não apresenta orientadores práticos para lidar com situações desafiadoras que encontramos em consultórios, clínicas e hospitais psiquiátricos diariamente. As diversas práticas de sensibilidade construcionista (colaborativas, narrativas, reflexivas etc.) podem ter manejos específicos para essas situações. Contudo, os estudos de Gergen não se aprofundam nessas situações, ainda que forneçam recursos para pensar a prática. Seu olhar é para a reflexão crítica que convida a novas possibilidades. Sua contribuição abre caminhos para que os profissionais que se utilizam de uma sensibilidade construcionista possam produzir diferentes formas de ação a partir da prática cotidiana, contextualizada, relacional e culturalmente sensível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do texto, discutimos os impasses dos discursos psicopatológicos e exploramos como as definições de doenças mentais são socialmente construídas por meio de linguagem e discurso especializados sustentados por uma cultura do déficit. Essa cultura promove um processo cíclico do adoecimento que favorece a psicopatologização da vida e a dependência da assistência de profissionais de saúde mental. Por fim, refletimos sobre possibilidades de se esquivar dos discursos patologizantes a partir da colaboração entre terapeuta e cliente.

Nos tempos de expansão de termos e práticas diagnósticas, urge a necessidade de movimentos, em âmbitos micro e macrosociais, para que humanizemos as práticas terapêuticas, criemos espaço para que clientes vivam para além dos diagnósticos, e que profissionais de saúde mental se mantenham comprometidos com o desenvolvimento do cuidado em saúde, viabilizando olhares críticos, éticos e sensíveis para o próprio processo, favorecendo cada vez mais o trabalho em saúde mental por uma perspectiva não patologizante, mas generativa e colaborativa.

- Abreu, D.** (2021). A afetividade como construção social. *Gavagai - Revista Interdisciplinar de Humanidades*, 8(2), 93-106. <https://doi.org/10.36661/2358-0666.2021v8n2.12730>
- Amarante, P.** (Ed.). (1994). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro, RJ: SciELO-Editora FIOCRUZ.
- American Psychiatric Association.** (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre: Artmed.
- Burr, V.** (1995). *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203299968>
- Doyle, I.** (1950). Estudo da normalidade psicológica. *Arquivos De Neuro-psiquiatria*, 8(2), 155-170. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1950000200004>
- Foucault, M.** (1987). *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- Gergen, K., & Gergen, M. M.** (2004). *Social construction: Entering the dialogue*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Gergen, K., Hoffman, L., & Anderson, H.** (1996). Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue. In F. Kaslow (Ed.), *Handbook for relational diagnosis* (pp. 102-118). New York, NY: Wiley.
- Gergen, K., Ness, O.** (2016). Therapeutic practice as social construction. In M. O'Reilly, & J. Lester (Eds.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health* (pp.502-519) London: Palgrave. https://doi.org/10.1057/9781137496850_26
- Gergen, K., & Quosh, C.** (2008). Constructing trauma and its treatment: Knowledge, power and resistance. In T. Sugiman, K. J. Gergen, W. Wagner, & Y. Yamada (Eds.), *Meaning in action: Constructions, narratives, and representations* (pp. 97-111). NY: Springer. https://doi.org/10.1007/978-4-431-74680-5_6
- Gergen, K.** (2005). Discurso sobre el deficit y debilitamiento cultural. In: K. Gergen (Ed.), *Construir la realidad* (pp. 135-170). Barcelona: Paidós.
- Gergen, K.** (2015). The Neurobiological Turn in Therapeutic Treatment: Salvation or devastation? In: D. Lowenthal (Ed.), *Critical psychoanalysis and counselling: Implications for practice* (pp. 53-73). London: Palgrave. https://doi.org/10.1057/9781137460585_4
- Gergen, K.** (2017). Construção social e comunicação terapêutica. In: M. A. Grandesso (Ed.), *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações* (pp.107-142). Curitiba, PR: Editora CRV.
- Gergen, K. J.** (1997). Social psychology as social construction: The emerging vision. In C. McCarty, & A. Haslam (Eds.), *The message of social psychology: Perspectives on mind in society* (pp. 113-128). Oxford, England: Blackwell.
- Gergen, K. J.** (2009). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gergen, K. J.** (2009). O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. *Interthesis*, 6(1), 299-325. <https://doi.org/10.5007/1807-1384.2009v6n1p299>
- Grandesso, M.** (2019). Práticas Pós-Modernas: que lugar ocupa o diagnóstico? In: M. A. Grandesso (Ed.), *Construcionismo Social e práticas Colaborativos-Dialógicas: Contextos de Ações Transformadoras* (pp.93-114). Curitiba: CRV <https://doi.org/10.24824/978854443654.7>
- Grandesso, M.** (2022). *Construcionismo Social e Práticas colaborativo-dialógicas a serviço de ações generativas e humanizadoras*. Curitiba: CRV. <https://doi.org/10.24824/978652512768.2>
- Hibberd, F. J.** (2005). *Unfolding Social Constructionism*. New York: Springer Science & Business Media <https://doi.org/10.1007/b100254>

- Kantorski, L. P., & Cardano, M.** (2017). Diálogo Aberto: a experiência finlandesa e suas contribuições. *Saúde Em Debate*, 41(112), 23-32. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711203>
- Lutz, C.** (1998). *Unnatural emotion*. Chicago: University of Chicago Press.
- McNamee, S., & Gergen, K.** (2020). *A terapia como construção social*. São Paulo: Instituto Noos
- McNamee, S., Rasera, E. F., & Martins, P.** (2023). *Practicing Therapy as Social Construction*. Sage.
- Moscheta, M.** (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In: C. G. Lorenzi, M. dos S. Moscheta, C. M. Corradi Webster, & L. V. Souza (Eds.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 23-47). São Paulo: Instituto Noos.
- Whitaker, R.** (2011). *The anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatry drugs and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Broadway.
- Vieira Júnior, E. N., & Rasera, E. F.** (2021). Em direção a uma ciência social performática na obra de Kenneth Gergen. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 73(3), 39-53. <https://doi.org/10.36482/1809-5267.ARB2021v73i3p.39-53>
-

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é resultado direto da dissertação de mestrado da primeira autora, desenvolvida na Universidade Federal de Uberlândia, sob a orientação atenciosa e instrutiva do segundo autor. Gostaríamos de expressar nossos agradecimentos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pelo financiamento concedido ao segundo autor e pela bolsa de pesquisa atribuída à primeira autora.

CLARA MORIÁ

Clara Moriá é Psicóloga, Professora Universitária e Supervisora Clínica. Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia (2023), com ênfase em Processos Psicossociais em Saúde e Educação. Possui Certificação Internacional em Práticas Colaborativas e Dialógicas (2021).

E-mail: psi.claramoria@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-7789-7141>

EMERSON FERNANDO RASERA

Emerson F. Rasera é Professor Titular da Universidade Federal de Uberlândia e Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Co-líder do Grupo de Pesquisa “Psicologia, Saúde e Construcionismo Social” (CNPQ). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

E-mail: emersonrasera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-6289-2313>