



SAÚDE MENTAL E GESTALT-TERAPIA – POSSIBILIDADES DE DIÁLOGO TEÓRICO E PRÁTICO

Mental health and gestalt-therapy – possibilities for theoretical and practical dialogue.

Salud mental y terapia gestalt - posibilidades para el diálogo teórico y práctico.

Patricia Valle de Albuquerque Lima

Resumo: O objetivo deste texto é refletir sobre o diálogo contemporâneo entre a Gestalt-terapia e a saúde mental. Por meio de uma discussão conceitual e teórica sobre as noções de saúde e doença da abordagem, buscaremos fazer uma reflexão crítica a respeito dos desafios que a clínica gestáltica enfrenta em seu exercício no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Gestalt-terapia; Conceitos; Prática; Saúde Mental.

Abstract: The aim of this text is to reflect on the contemporary dialogue between Gestalt therapy and mental health. Through a conceptual and theoretical discussion about the notions of health and illness within the approach, we will critically reflect on the challenges faced by Gestalt therapy in its practice in the Brazilian context.

Keywords: Gestalt therapy; Concepts; Practice; Mental Health.

Resumen: El objetivo de este texto es reflexionar sobre el diálogo contemporáneo entre la Terapia Gestalt y la salud mental. A través de una discusión conceptual y teórica sobre las nociones de salud y enfermedad dentro del enfoque, reflexionaremos críticamente sobre los desafíos que enfrenta la terapia Gestalt en su práctica en el contexto brasileño.

Palabras clave: Terapia Gestalt; Conceptos; Práctica; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Escrever sobre saúde mental, desde o ponto de vista da Gestalt-terapia, é uma proposta difícil de ser cumprida sem algum tipo de reflexão. Tratar do binômio saúde e doença no campo conceitual da Gestalt-terapia já é um desafio por si só: a saúde pode, de algum modo, ser pensada como a ausência de doença? E o que pode ser compreendido como doença em Gestalt-terapia? A saúde mental trata de um modelo de saúde que diz respeito especificamente à vida mental? E, se setorizarmos a saúde mental, temos que considerar que a saúde é subdividida em diversas áreas? A saúde física, que se refere ao corpo físico; a saúde mental, que se refere à mente; e a saúde psicológica, da qual “trataria” o psicólogo? Esta divisão, mesmo que didática, faz sentido na abordagem gestáltica? São essas indagações que motivaram a escrita deste artigo

e nosso objetivo é promover reflexões críticas e indicar caminhos para se pensar o tema da saúde mental em Gestalt-terapia.

Não podemos deixar de nos remeter ao pensamento científico moderno para aprofundar essa discussão. A compreensão dos aspectos diversos de um mesmo fenômeno enquanto dicotomias serviu de suporte para a construção dos pressupostos de várias ciências, inclusive da própria psicologia em seu nascimento. A base desse pensamento é a modelagem cartesiana do ser humano como uma grande máquina subdividida em sistemas mecânicos distintos, com funções e características próprias. Não pretendemos nos dedicar à discussão filosófica sobre o tema, mas apenas considerar que tal modelo, que não é consensual, orienta o que se entende nas ciências médicas por saúde e doença, estados descritos como antagônicos e polares. Contudo, é importante destacar que a escola de pensamento preponderantemente dicotômica inspirou também os sistemas classificatórios da psicopatologia. Disto resulta a ideia de que alguém ou está no grupo dos saudáveis, ou está no grupo dos doentes.

Para direcionar a discussão, perguntamos: o que é saúde para a Gestalt-terapia? Quais conceitos e princípios devem ser levados em consideração a fim de definir o que é saúde, e também o que é doença? Existe uma concepção de saúde na abordagem gestáltica? Se sim, como fica a distinção entre saúde em geral e saúde mental em particular? Qual é a relevância de pensarmos a respeito da saúde mental em Gestalt-terapia, e de nos propormos a trabalhar como profissionais que reivindicam esse espaço?

A fim de procedermos a esta investigação, buscaremos nas obras iniciais da abordagem (Perls, *et al.*, 1997; Perls, 1977a; Perls, 1977b; Latner, 1973; Stevens, 1977; Polster, 1979), e também em obras importantes da atualidade (Frazão 2007; Costa, 2017; Francesetti, 2021; Magalhães & Alegria (orgs), 2022; Pimentel, 2003; Pinto, 2015; Robine, 2006), para entender como a noção de saúde mental vem sendo discutida ao longo dos anos nos livros da Gestalt-terapia. Em seguida, faremos uma reflexão sobre o desenvolvimento e a evolução da Gestalt-terapia, especialmente no contexto brasileiro, com um foco específico na adaptação da abordagem às demandas de saúde mental e à realidade social do país. Buscarei destacar o crescente papel dos gestalt-terapeutas no trabalho com pessoas que enfrentam sofrimento severo em decorrência das condições sociais adversas do país, reforçando a necessidade de adaptação da prática gestáltica para lidar com questões sociais e de saúde mental mais amplas, o que não é simples com a institucionalização da atividade psicoterapêutica desde a reforma psiquiátrica. Para isso, é necessário que os gestalt-terapeutas se afastem das concepções tradicionais de doença mental e adotem uma abordagem mais holística, considerando não

apenas os sintomas, mas também as experiências de vida, a violência, a discriminação e a desigualdade social que podem estar na raiz do sofrimento mental.

PASSO 1 – A SAÚDE E A DOENÇA EM GESTALT-TERAPIA, ENQUANTO CONCEITOS ANTAGÔNICOS

Tomaremos como guia para este tópico o verbete “Doença, saúde e cura”, escrito por Frazão (2007, pp. 76-77). A autora partiu da obra inicial da abordagem (Perls, et al., 1997), demonstrando como esses conceitos foram discutidos desde os primórdios da Gestalt-terapia, mas sem que disso resultassem definições precisas. No entanto, os autores destacaram na introdução da obra que “a descrição da saúde e doença psicológicas é simples. É uma questão das identificações e alienações do *self*” (Perls, et al., 1997 apud Frazão, 2007, p. 49). Sendo assim, a direção tomada pelos autores iniciais da Gestalt-terapia para pensar as concepções de saúde e doença psicológicas foi a de compreendê-las como modos possíveis de funcionamento do *self*, definido logo na introdução do livro como “o sistema de contatos em qualquer momento” (Perls, et al., 1997 apud Frazão, 2007, p. 49).

Este recorte nos indica que saúde e doença “psicológicas” (subdivisão apresentada pelos próprios autores) não eram concebidas como estados ou padrões fixos de funcionamento, mas como modos não estáticos que se apresentam na dinâmica do organismo no processo do contato. Dito de outro modo, não existem saúde ou doença psicológicas como fenômenos encerrados em si, mas sim processos saudáveis ou adoecidos na forma como o ser humano faz contato com o meio. Para lidar com isso, Frazão também define psicologia como “o estudo dos ajustamentos criativos” e a psicologia anormal como “o estudo da interrupção, inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo” (Perls, et al., 1997 apud Frazão, 2007, p. 45). Apesar de não encontrarmos definições precisas desses conceitos na obra inaugural da Gestalt-terapia, encontramos indicações claras de que para pensar saúde e doença psicológicas é necessário se referir ao funcionamento do *self*, logo ao “sistema de contatos em qualquer momento”, aos “ajustamentos criativos” e, no que diz respeito à psicologia anormal, à “inibição ou outros acidentes no decorrer do ajustamento criativo” (Perls, et al., 1997 apud Frazão, 2007, p. 77). Contato, autorregulação organísmica, ajustamentos criativos, inibições ou bloqueios ao longo do processo, estes são os conceitos imprescindíveis à compreensão do tema da saúde e dos adoecimentos psicológicos.

Já defendi outras vezes que o entendimento dos princípios da autorregulação organísmica dá sustentação para pensarmos os conceitos de saúde e de doença na Gestalt-

terapia. Mas não só eu. Frazão escreve que em Gestalt-terapia “a maneira de conceber normal e anormal foi influenciada pelas ideias de Kurt Goldstein, neuropsiquiatra com quem Perls trabalhou tão logo se formou em medicina” (Frazão, 2007, p. 77). E contextualiza: “doença seria, então, uma perturbação nos processos vitais de uma pessoa diante de situações que representam riscos para ela” (Frazão, 2007, p. 77), definição presente na proposta da Teoria Organísmica formulada por Goldstein.

Encontramos em Goldstein a clara noção de que quaisquer “sintomas deveriam ser encarados como tentativas de adaptação do organismo, como respostas deste buscando equilibrar-se entre as demandas do meio e as necessidades prioritárias para o funcionamento do organismo” (Lima, 2005, p. 4). Logo, os sintomas têm uma função adaptativa e os processos de adoecimento são frutos desta busca de adaptação da pessoa. Lembrando que a visão de organismo de Goldstein se embasa no holismo, e que o autor “defendia que o sentido de ‘ser’ só é possível através da experiência conjunta de existência com os outros e no mundo” (Lima, 2005, p. 2).

Goldstein define “a auto-regulação orgânica como uma forma do organismo de interagir com o mundo, segundo a qual o organismo pode se atualizar, respeitando a sua natureza, do melhor modo possível” (Lima, 2005, p. 4). Por conseguinte, os processos de adoecimento são interacionais e não individuais. Os sintomas podem ser explicitados por uma pessoa específica, que pode ser rotulada de “doente” ou portadora de “doença mental”, mas, para Goldstein, não existiriam doenças em si, mas tão somente tentativas malsucedidas de autorregulação orgânica, que resultam em processos interacionais disfuncionais.

Considerando que Goldstein compreendia o conceito de organismo como um sistema biopsicossocial, ou seja, só existindo na interação permanente com o meio, o processo de adoecimento é uma função das relações interacionais, não devendo ser concebido como algo interno. Portanto, não é apropriado falar de doenças, mas sim de mecanismos interativos adoecidos que se manifestam diante de uma tentativa frustrada de adaptação às condições do meio. Destarte, na visão da Gestalt-terapia, não se devem definir doenças em si. O que podemos fazer é identificar processos adoecidos que se apresentam enquanto manifestações disfuncionais do organismo em busca da autorregulação.

Buscar classificar ou descrever doenças em Gestalt-terapia, que parte da teoria orgânica para compreender a forma como o ser humano interage com tudo o que o cerca, é sempre um processo arriscado. Levando em consideração a abordagem holística que serve de base à teoria orgânica de Goldstein, é bastante incoerente tratar de doenças físicas ou mentais enquanto categorias estanques. Partindo desses pressupostos, não existe a doença

mental (ou física, ou psicológica) em si; existem manifestações pouco harmônicas e disfuncionais que se desenvolvem processualmente na busca por operacionalizar a satisfação mínima das próprias demandas, diante das situações que se apresentam. É também importante destacar que podemos compreender tais situações como somatórios das condições geográficas, físicas, sociais, culturais e econômicas que se colocam em um determinado lugar e em um determinado momento.

Portanto, proponho que não é gestáltico classificar doenças mentais, pois ao fazermos isto estamos entendendo que é possível categorizar pessoas como doentes mentais. É mais razoável pensarmos em como devemos nos colocar diante do tema da doença mental, sem que precisemos classificar doenças específicas ou distinguir entre aqueles que são saudáveis e aqueles que são doentes.

Retomando alguns outros livros importantes da abordagem, encontramos em Perls (1977b, p. 40) uma discussão sobre a dicotomia entre corpo e mente: “e, desde que o indivíduo e o meio são meramente elementos de um único todo, o campo, nenhum deles pode ser responsável pelas doenças dos outros... Mas ambos estão doentes”. Perls elabora a perspectiva de que só é possível pensar a “doença” em Gestalt-terapia enquanto um fenômeno de campo. Yontef (1998, p. 173) nos alertou que “há uma elaboração muito pequena da teoria de campo na literatura da Gestalt-terapia”, sendo necessário buscarmos um maior aprofundamento. O autor recorreu ao pensamento de Kurt Lewin em busca de um maior desenvolvimento da teoria de campo e escreveu: “a propriedade essencial de um campo é seu aspecto dinâmico. Num campo dinâmico existe interação entre todas as suas partes” (Yontef, 1998, p. 195). Retomando Perls (1977b), tratar do tema das doenças é pensar em processos que são dinâmicos, e não estáticos, e que se manifestam na relação entre campo, organismo e ambiente, pois “processo é um aspecto central e necessário da teoria de campo” (Yontef, 1998, p. 200).

Outro autor que dialoga com o tema em questão é Robine, que escreveu: “a Gestalt-terapia se propõe a ser uma psicoterapia do homem [sic] no mundo” (Robine, 2006, p. 36). E ainda, quanto ao papel da psicoterapia: “o que me importa é restaurar a capacidade criativa do indivíduo, ou seja, a capacidade de criar sua vida como se estivesse criando uma obra de arte, mais do que criar um sintoma ou um sofrimento” (Robine, 2006, p. 39). Infelizmente, a grande maioria de nós perdemos esta capacidade. Autorregular-se demanda ajustamentos criativos e deixamos de ser, grande parte do tempo, criativos. Quem é culpado? Nós? A sociedade? Ambos? Sociedades adoecidas produtoras de pessoas adoecidas? Pessoas adoecidas que se organizam em modelos sociais também adoecidos? É inadequado tentar definir quem produz o quê. Mas as evidências nos indicam que as pessoas experimentam situações de profundo

sofrimento, que se manifestam como “doenças” com nomes, classificações, remédios e propostas terapêuticas as mais diversas.

Qual nome damos àqueles que sofrem? Doentes mentais? Pessoas que sofrem de doença mental? Devemos ou não dar nomes? Diagnosticamos ou não? Jasper, em obra publicada originalmente na Alemanha há mais de cem anos, escreveu que “o conceito de enfermidade mental, porém, recebe no homem [sic] uma dimensão inteiramente nova. O não ser acabado, o ser aberto e livre, a possibilidade ilimitada constitui para o homem [sic] fundamento de doença” (Jasper, 1987, p. 20). A adoção do modelo da psicopatologia fenomenológica pela Gestalt-terapia nos indica que, “segundo esse aporte teórico-clínico, a psicopatologia não é concebida como categoria limitante da experiência, que apenas compromete o indivíduo, mas tem um aspecto eminentemente relacional” (Costa, et al., 2017, p. 12).

Como fica claro, não há uma direção, indicação ou prescrição definida na literatura gestáltica de como devemos agir e “tratar” doenças mentais. Afinal, “trata-se” da doença mental, “trata-se” do doente mental, ou busca-se compreender o sofrimento manifesto por uma pessoa, grupo ou comunidade que vive em uma condição de muitas restrições? Houve um movimento inicial da abordagem que pregava o não diagnóstico e, portanto, a rejeição a qualquer modelo de tratamento pré-concebido. De lá para cá, muitas águas rolaram e diversos autores têm escrito e pesquisado sobre a visão diagnóstica em Gestalt-terapia. Não pretendo fazer nenhum tipo de revisão bibliográfica sobre o assunto, mas seguir adiante e propor que é impossível hoje a prática de um gestalt-terapeuta, ou de qualquer psicoterapeuta, sem que se considere a dura realidade em que vivemos. Há muita dor e sofrimento por todos os lados. É impossível ignorarmos a realidade de um número cada vez maior de pessoas “laudadas” (neologismo usado costumeiramente para se referir a pessoas que já receberam, de algum modo, um laudo psicopatológico), que chegam a nós carregando diagnósticos e, principalmente, carregando um profundo sofrimento diante da experiência das suas vidas.

Seguindo em direção ao segundo passo, copio aqui um material publicado na Biblioteca Virtual da Saúde do Ministério da Saúde (2023):

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou na sexta-feira (17/6) sua maior revisão mundial sobre saúde mental desde a virada do século. O trabalho detalhado fornece um plano para governos, acadêmicos, profissionais de saúde, sociedade civil e outros com a ambição de apoiar o mundo na transformação da saúde mental.

Em 2019, quase um bilhão de pessoas – incluindo 14% dos adolescentes do mundo – viviam com um transtorno mental. O suicídio foi responsável por mais de uma em cada 100 mortes e 58% dos suicídios ocorreram antes dos 50 anos de idade.

Os transtornos mentais são a principal causa de incapacidade, causando um em cada seis anos vividos com incapacidade. Pessoas com condições graves de saúde mental morrem em média 10 a 20 anos mais cedo do que a população em geral, principalmente devido a doenças físicas evitáveis.

O abuso sexual infantil e o abuso por intimidação são importantes causas da depressão. Desigualdades sociais e econômicas, emergências de saúde pública, guerra e crise climática estão entre as ameaças estruturais globais à saúde mental. A depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia.

Estigma, discriminação e violações de direitos humanos contra pessoas com problemas de saúde mental são comuns em comunidades e sistemas de atenção em todos os lugares; 20 países ainda criminalizam a tentativa de suicídio. Em todos os países, são as pessoas mais pobres e desfavorecidas que correm maior risco de problemas de saúde mental e que também são as menos propensas a receber serviços adequados.

Nós, gestalt-terapeutas, decididamente não podemos ignorar esta realidade. Precisamos não apenas teorizar sobre o tema, mas buscar estratégias de ação e possibilidades de intervenção na área da saúde mental. Sigamos então reunindo alguns dados sobre como foi a construção da proposta clínica em Gestalt-terapia no campo da saúde mental, desde sua fundação.

PASSO 2 – GESTALT-TERAPIA, CLÍNICA E DOENÇA MENTAL

A Gestalt-terapia surgiu e foi sistematizada como uma nova abordagem da clínica psicológica na década de 50 nos Estados Unidos. Não pretendo aqui fazer uma apresentação histórica, pois existem excelentes livros que já tratam deste tema. Nos anos iniciais da abordagem, ela foi concebida e exercida na base do ensaio e erro por aqueles que a estavam criando. O casal Perls havia dedicado alguns anos de suas vidas ao exercício da prática clínica em consultório particular, para aqueles que os procurassem e pagassem por seus serviços. Já em solo americano, o casal Perls convidou outros profissionais para participarem da concepção e proposição deste novo modelo de prática clínica em surgimento. Mas as bases de conhecimento da prática clínica de Fritz e Laura vieram dos anos anteriores do trabalho em consultório, destacando todo o período em que moraram na África do Sul (1934a 1946), onde

a atividade de ambos era a prática clínica privada. Fritz, na realidade, exerceu o ofício de psicanalista durante mais de 20 anos ao longo da sua vida.

Por sua vez, Fritz partiu sozinho para os Estados Unidos em meados de 1946 e lá continuou exercendo uma prática clínica na qual “continuava utilizando o divã e, aliás, continuaria a recorrer a ele nos primeiros anos de sua prática em Gestalt-terapia” (Ginger e Ginger, 1995, p. 55). O ponto de partida da Gestalt-terapia foi, por conseguinte, o atendimento em consultório particular. Em seguida, foram montados alguns grupos que tinham um caráter simultaneamente terapêutico e formativo. Segundo Ginger e Ginger, “o avanço inicial da Gestalt foi lento” (1995, p. 213). Os autores comentam que os primeiros institutos de Gestalt surgiram nos Estados Unidos logo após a publicação do primeiro livro (Perls, et al., 1997), respectivamente em Nova York (1951) e Cleveland (1954). A abordagem só se espalhou pelos outros cantos dos Estados Unidos e ganhou o mundo muitos anos depois. Segundo esses autores, os “primeiros diplomados, profissionais formados de fato na abordagem, datam de 1969” (Ginger e Ginger, 1995, p. 214). A “explosão” da abordagem só aconteceu no final da década de 60 e só foi para outros países e para a Europa ao longo da década de 70.

Nos anos iniciais do desenvolvimento da abordagem, o material teórico que serviu de base para a prática, que vinha lentamente sendo proposta, foi o livro inaugural (Perls, et al., 1997). Neste, os autores buscaram compreender a “antropologia da neurose” e se referem à pessoa neurótica de modo absolutamente genérico: “temos de lembrar que no tipo atual de pacientes de psicoterapia, a distinção entre normal e neurótico tornou-se menos do que irrelevante (...), porque um número cada vez maior de pacientes não está, em absoluto, ‘doente’: eles produzem ajustamentos ‘adequados’” (Perls, et al., 1997, p. 118). Os autores seguem esta linha de raciocínio afirmando que as pessoas buscavam os consultórios não porque viviam algum tipo de sofrimento intenso, mas porque queriam apenas “algo mais da vida” do que suas vidas neuróticas.

Fica claro que a proposta inicial tanto da teoria da Gestalt-terapia, quanto do desenvolvimento da prática, não era a de discutir e acompanhar pessoas em situações de profundo sofrimento psíquico, mas apenas aquilo denominado modo neurótico de funcionamento. O desinteresse em atuar no âmbito do atendimento em saúde mental justifica o silêncio dos textos iniciais sobre a temática. O trabalho de prevenção e profilaxia no âmbito institucional e comunitário, que agora tanto nos interessa, só surgiu, enquanto proposta da abordagem, alguns anos depois.

Em 1973, o casal Erving e Miriam Polster lançou o livro “Gestalt-terapia integrada” (1979), no qual descrevem propostas de trabalho executadas fora do espaço do consultório

privado, voltadas para grupos, casais, família e “terapêutica comunitária” (Polster, 1979, p. 252). A proposta dos Polster de trabalhos com grupos era descrita como semelhante aos “grupos de encontro” (Polster, 1979, p. 265). Os autores definem o trabalho da Gestalt-terapia como aquele que “encoraja o indivíduo a buscar experiências de bom contato, não só nas situações especiais da terapia, mas em todos os momentos em que existem possibilidades disso” (Polster, 1979, p. 266). O trabalho de grupo concebido naquele momento focalizava a aplicação do modelo da terapia individual no contexto grupal.

Por volta deste período, foi lançado o livro de Joel Latner (1973), no qual o autor se propôs a criar “um guia holístico para a teoria, princípios e técnicas da Gestalt-terapia” (Latner, 1973, p. I, tradução nossa). Neste livro, o autor dedicou um capítulo a discutir “o funcionamento anormal” (Latner, 1973, p. 91), defendendo o princípio de que “doença mental” não seria uma categoria própria para ser pensada pela Gestalt-terapia, alegando que “desordens não são mentais, elas são orgânicas” (Latner, 1973, p. 98). Segundo o autor, “a precondição para a anormalidade, então, é a perda do contato com o campo” (Latner, 1973, p. 140). Quanto à proposta da prática em Gestalt-terapia, ressalta que diversos estilos podem ser pensados em função do uso das técnicas de que cada psicoterapeuta se apropriar melhor - dando destaque ao modo como Fritz desenvolveu sua prática de trabalho com os experimentos individuais, mesmo que usados em contexto grupal.

Ao que tudo indica, durante os primeiros vinte anos do desenvolvimento da abordagem, as propostas de ação eram quase exclusivamente voltadas para o trabalho clínico, individual ou em grupo. Usando técnicas denominadas experimentos, estavam, portanto, fora do âmbito de qualquer trabalho mais amplo no campo da saúde mental. Pouco se falava sobre isso, pois a prática clínica não tinha esta proposição.

Na década de 70, em plena ditadura militar, a Gestalt-terapia chegou ao Brasil com ares de novidade. Muitos dos pioneiros da abordagem neste país a conheceram por meio do trabalho com grupos, sempre conduzidos de forma muito irreverente e inovadora, se comparados às propostas mais formais até aquele momento. É importante destacar que, durante os primeiros anos da psicologia no Brasil, a maior parte dos psicólogos saíam das cadeiras do ensino universitário diretamente para as salas de psicologia no setor organizacional das empresas ou para os consultórios privados. A Gestalt-terapia ganhou a alcunha de “terapia alternativa”, jargão bastante usado na época para se referir aos modelos de atuação no contexto dos recursos humanos ou não psicanalíticos, em geral. Os novos adeptos da abordagem foram em busca de profissionais estrangeiros que os treinassem para que pudessem atuar gestalticamente. Frazão (1995, p. 15) escreveu sobre este período: “dentro deste contexto, a possibilidade de trabalhar

com grupos dentro de uma visão holística de homem [sic], enquanto ser-em-relação com seu meio, se constituía numa alternativa de cunho social, pois possibilitava atender a um maior número de pessoas num espaço menor de tempo”.

O trabalho com grupos ganhou grande destaque, fosse ele desenvolvido em consultórios particulares, fosse organizado no modelo de *workshops* de poucos dias. Sem dúvida, os ares de novidade e irreverência estavam presentes nos anos iniciais da atuação dos profissionais em Gestalt-terapia no Brasil. Entretanto, as propostas ficavam restritas aos espaços privados, e só tinha acesso quem podia arcar com seus custos. Do mesmo modo, o acesso à literatura da Gestalt-terapia também era bastante restrito. As primeiras publicações sobre a abordagem surgiram em 1977, com a coleção organizada em três volumes por Paulo Barros, nome eminente naquele momento. Nesta coleção, editada pela Summus e intitulada “Novas Buscas em Psicoterapia”, foram publicados três livros de Gestalt-terapia: “Tornar-se Presente” (Stevens, 1977), “Gestalt-Terapia Explicada” (Perls, 1977a) e “Isto é Gestalt”. Em todos os três livros, apenas um capítulo trata do tema da saúde mental, o capítulo escrito por Wilson Van Dusen, intitulado “A Fenomenologia de uma Existência Esquizofrênica”, publicado na obra “Isto é Gestalt” (Van Dusen, 1977).

No capítulo de Van Dusen, o autor se propõe a “descrever a existência de um rapaz de nome Jack, um assim-chamado esquizofrênico (Van Dusen, 1977, p. 134)”, destacando que a perspectiva fenomenológica trazia um outro olhar para a saúde mental, pois “um estudo fenomenológico é uma tentativa de representar ou descrever a existência de uma pessoa, adequadamente, permanecendo fiel à própria qualidade e experiência da mesma (Van Dusen, 1977, p. 134).”

Quando me propus a investigar o que foi registrado na obra inicial da Gestalt-terapia sobre os conceitos de saúde e doença, ficou claro que nos primeiros livros, e não apenas nos publicados em português, as premissas apontadas eram, de fato, aquelas que citei: holismo, teoria organísmica e teoria de campo, com ênfase particular nos conceitos de contato, *self*, e ajustamento criativo. Estas foram as bases que chegaram a nós, no Brasil, referenciadas no olhar fenomenológico, tido por mais adequado para a compreensão das experiências dos sujeitos do que a mera classificação diagnóstica. Os manuais de psicopatologia aos quais recorreremos foram os livros de psicopatologia fenomenológica, dado que durante muito tempo não tínhamos textos sobre psicopatologia gestáltica.

Por que, então, a partir de um determinado momento, há um grande esforço por parte de vários autores da abordagem para determinar classificações psicopatológicas e se dedicar ao tema da saúde mental? Ouso dizer que por necessidade.

Esta necessidade teve duas direções: a primeira foi a entrada dos profissionais da abordagem nas instituições de saúde, e a segunda foi a mudança de perspectiva na clínica particular, ou em outros espaços onde aconteciam trabalhos de grupos e *workshops* pagos. O acompanhamento terapêutico de pessoas em maior grau de sofrimento mental exigiu dos profissionais da Gestalt-terapia que se afastassem do caráter de “terapia alternativa”. As propostas iniciais dos profissionais da Gestalt-terapia tiveram uma função social bastante importante, a de promover o questionamento de costumes e instigar a quebra de rótulos sociais, dando a muitas pessoas a oportunidade de rever valores, romper com paradigmas e viver uma vida mais feliz. Não obstante, a clínica em Gestalt-terapia, a partir de um determinado momento, teve de se adequar a outras demandas, levando em consideração, por exemplo, a ótica avaliativa de resultados que rege os tratamentos subsidiados por seguros de saúde.

No Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no final da década de 80, começamos a acompanhar a entrada de muitos profissionais da psicologia no campo das políticas públicas de saúde. O mesmo fenômeno aconteceu alguns anos depois com a elaboração do Sistema Único de Assistência Social e a abertura de concursos públicos para psicólogos nos dispositivos da assistência social. A Gestalt-terapia certamente teve uma inserção mais fácil nesses ambientes do que a psicanálise, que naquele momento tinha um modelo de clínica quase que totalmente voltado para a escuta individual do consultório particular (Dimenstein, 2000). O manejo dos grupos, baseado em pressupostos holísticos e organísmicos da Gestalt-terapia, facilitou o trânsito de seus profissionais por esses territórios onde antes não havíamos praticamente entrado. Do mesmo modo, com o processo de redemocratização do país ao cabo de um longo período ditatorial, a realização de trabalhos sociais ganhou grandes incentivos institucionais e culturais, e, com isso, acompanhamos a entrada de colegas em projetos sociais diversos e nas clínicas comunitárias.

Sáimos das quatro paredes do consultório e dos espaços particulares da prática psicológica e chegamos nas comunidades, nos ambulatórios de saúde mental, nos Centros de Atenção Psicossocial e nas universidades brasileiras. Na década de 80, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro criou o primeiro grupo de estágio em Gestalt-terapia em uma universidade pública, o que iniciou os atendimentos em clínicas comunitárias. Como gestalt-terapeutas, não temos dúvidas de que a doença mental não é uma produção subjetiva individual, mas uma produção psicossocial. Não temos dúvidas de que não devemos nos propor a “curar” pessoas ou a adaptá-las de modo passivo aos ditames de uma sociedade capitalista, produtivista e perversa. Contudo, a atuação da clínica precisou se adaptar.

A realidade que começou a chegar a nós já não era mais a mesma. O trabalho do psicólogo deixou de acontecer exclusivamente no consultório particular e ganhou um público muito mais amplo e diverso, e com isso, passou a alcançar uma imensa população vivendo situações de extrema vulnerabilidade social. A miséria chegou a nós escancarada, manifestada de diversas formas, sendo uma delas a loucura: aquela loucura com a qual não tínhamos contato, da qual pouco falávamos nos congressos de Gestalt-terapia, e que, com a reforma psiquiátrica, também ganhou as ruas. Os ditos loucos, antes quase sempre encarcerados e escondidos, começaram a sair da invisibilidade e conquistaram espaços de acolhimento e atendimento psiquiátrico e psicológico (Alves, 2016).

A reforma psiquiátrica brasileira e a criação do SUS levaram o acompanhamento dos pacientes considerados psiquiátricos para os programas de saúde pública. O ano de 1978 costuma ser identificado como um marco efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental surgiu nesse momento, formado por trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. É esse movimento, sobretudo, que protagonizou a crítica coletiva do chamado saber psiquiátrico e do modelo hospitalocêntrico da assistência de pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005, p. 7), denunciando a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura e o predomínio da rede privada de assistência.

Quando a rede privada perdeu importância e a loucura, antes encarcerada, foi para as ruas, os pacientes psiquiátricos passaram a ter lugares de atendimento e escuta no âmbito dos dispositivos do SUS. E, com isso, tornou-se imperativo aos psicólogos que ingressassem no campo da saúde mental. Ademais, com o crescente adoecimento psíquico de uma grande parcela da população, no Brasil e no mundo, mesmo aqueles profissionais que trabalham apenas nos consultórios privados começaram a receber em suas clínicas demandas outras. Os consultórios dos psicólogos não recebem mais apenas pessoas em busca de “crescimento pessoal” ou “desenvolvimento interpessoal”. As pessoas que começaram a chegar até nós vêm com sofrimentos extremos e inúmeras restrições na convivência social, resultando muitas vezes na inviabilidade da condução de suas vidas. Elas vêm em busca de alívio de sintomas graves e de tratamentos que tornem suas condições um pouco mais suportáveis.

E nós, gestalt-terapeutas, como nos adaptamos a esse cenário? Algumas evidências são claras: não é mais possível trabalharmos apenas na clínica particular voltada para o atendimento de pessoas vivendo um grau de adoecimento moderado. Não é sequer mais possível ficarmos apenas nos consultórios particulares. Por isso, muitos de nós também passamos a transitar nos

espaços da clínica ampliada e do trabalho comunitário. Não é possível, tampouco, deixarmos de refletir e falar sobre saúde e doença mental e de buscar novas referências para a clínica gestáltica. Segundo a OMS (2020), “a saúde mental é um direito humano fundamental. É um elemento essencial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconômico”.

Temos alguns suportes para discutirmos e trabalharmos no contexto da doença mental:

1. A visão do ser humano fundamentada nos pressupostos orgânicos, holísticos e de campo;

2. O alinhamento com os modelos da psicopatologia fenomenológica;

3. O manejo clínico usando as ferramentas do trabalho com grupos;

4. A proposta de escuta clínica que respeita as diferenças e as diversas possibilidades de existência, não entendendo alguns modelos de vida como certos ou errados, mas valorizando a originalidade de qualquer ser humano na condução da sua vida;

5. A valorização da criatividade, compreendendo que os bloqueios do fluxo autorregulativos levam à rigidez e à padronização de respostas diante de diferentes demandas da vida em sociedade - os recursos artísticos, bastante valorizados na clínica gestáltica, são muito bem-vindos para isso;

6. A promoção da autonomia nas ações das pessoas e grupos comunitários na busca de resolução para seus conflitos, valorizando recursos e conhecimentos próprios;

7. O entendimento pleno de que, mesmo atuando no campo da doença mental, não “tratamos” doentes mentais. Não existem doentes mentais. Posto que o conceito de organismo, unidade referencial adotada pela Gestalt-terapia, é concebido como um sistema biopsicossocial, não podemos nos referir a doentes mentais, mas à doença mental como um fenômeno manifesto por uma pessoa individual, aquela que chegará até nós;

8. A importância da conscientização das pessoas que chegam até nós carregando o rótulo de doentes mentais de que elas não são doentes. Elas manifestam uma doença que é sistêmica.

Debruçando-nos sobre os tópicos acima, é fundamental que nós, gestalt-terapeutas, não estejamos alinhados às ciências médicas que prescrevem aos especialistas a tarefa de curar a doença manifestada por alguém. Como não entendemos que a doença está no sujeito, não podemos curar pessoas ou curar doenças. Podemos sim ajudar as pessoas a fluírem melhor nas suas vidas, buscando identificar, usando seus próprios recursos criativos, os bloqueios e interrupções em seus ciclos autorregulativos. Para isso, de modo algum devemos construir a ideia de que tais bloqueios são culpa delas próprias. Devemos indicar que tais sintomas são consequências de uma série de violências impetradas pela desarmonia social, cultural, política e ambiental.

O que mais adoce o ser humano são as experiências de violência, discriminação e desigualdade social. Faz parte do nosso trabalho, como gestalt-terapeutas, considerar os atravessamentos sociopolíticos que, muitas vezes, se manifestam como doenças, mas que são na verdade sintomas com a função de alertar e denunciar as opressões vivenciadas. Portanto, aqueles que chegam aos nossos espaços de trabalho não são psicóticos, ansiosos, portadores de transtornos de humor ou de personalidade. Temos que ter muito cuidado para, gestalticamente, não assumirmos as partes como um todo. O somatório dos sintomas manifestados por uma determinada pessoa pode ser interpretado como um quadro específico, adequado a uma determinada categoria nosológica. Mas isso é apenas uma parte de uma totalidade muito mais ampla, para além do rótulo atribuído. Não tratamos de doentes, nem mentais, nem de qualquer outro tipo, e tampouco tratamos de doenças. Prontificamo-nos a estar junto com pessoas que vivem em situações de extremo sofrimento, cujos sintomas são denúncias orgânicas de experiências de restrição das possibilidades do fluxo autorregulativos.

Testemunhamos nos últimos vinte anos a publicação de livros em Gestalt-terapia voltados ao psicodiagnóstico (Pimentel, 2003; Pinto, 2015, Franceseti, 2021; Magalhães, 2022). Na coleção “Gestalt-terapia: fundamentos e práticas” (Frazão, 2017), por exemplo, o volume cinco foi integralmente dedicado aos quadros clínicos disfuncionais. Franceseti escreve que “o sofrimento é visto como consequência do modo, mais ou menos disfuncional, de interagir dos sujeitos” (Franceseti, 2021, p. 56), algo bem próximo ao que apontamos acima como as bases para pensarmos as experiências de extremo sofrimento das pessoas que chegam a nós portando títulos e diagnósticos. O autor pondera que ocorrências de extrema negligência são muito frequentes no relato das experiências de vida das pessoas consideradas portadoras de doenças mentais. Como não considerar a dura realidade vivida pela grande maioria da população brasileira, sobre a qual se impõem as mais diversas formas de negligência? Infelizmente, receber bons cuidados, principalmente nos anos iniciais do desenvolvimento da vida, é exceção. Alhures, escrevi:

Alguns de nós vivemos uma condição privilegiada de termos sido “bem recebidos” já no início de nossas vidas. Desde o nascimento fomos bem cuidados, bem alimentados, acarinhados, amados e nascemos sem que o momento do parto tenha sido um momento de sofrimento, dor e privação. Em oposição a esta possibilidade, que é rara, muitos de nós nascemos em uma situação de sofrimento físico, sufocamento e desconforto ou então, o momento do nosso nascimento não foi um momento de felicidade e realização para quem nos recebeu e, por conta disso, não fomos “bem recebidos” logo de imediato.

As experiências iniciais de vida de muitos seres humanos são experiências de maus tratos, descuido, desconsideração e até mesmo de violência. (Lima, 2019, p. 1053)

Acredito que nenhum de vocês, leitores, desconheça as condições nas quais vive a grande maioria da população brasileira. Muitas das crianças que nascem neste país já vêm ao mundo sendo submetidas a condições de miséria, discriminação e absoluta falta de cuidado. Quais são as perspectivas de constituição de uma vida saudável que essas pessoas encontram? Resta, para a grande maioria de nós, cidadãos brasileiros, a possibilidade de uma vida construída nas bases da miséria, da discriminação, da violência e, portanto, de experiências de intenso sofrimento e dor. O nosso ofício, em grande parte, dentro daquilo que conhecemos como a área de atuação do psicólogo na saúde mental, é trabalhar com reparação. Podemos tentar reparar a violência e o descuido a que a grande maioria das pessoas que chegam a nós foram submetidas, colocando-nos de modo acolhedor e disponível. O que podemos fazer é acolher, cuidar e denunciar a violência encontrada nos corpos e na alma de cada uma dessas pessoas. Este modo de trabalho é, por si só, um trabalho em clínica social. Os gestalt-terapeutas têm a liberdade de ser criativos naquilo que fazem, desde que não abandonem o imperativo do cuidado. Cuidar gestalticamente é incentivar a autonomia, respeitar todo e qualquer ser humano no seu modo de ser e estar diante do outro humildemente (Lima, 2019, p. 1055).

CONCLUSÃO

Escrever sobre saúde mental em Gestalt-terapia, seja em termos teóricos e conceituais, seja em termos das possibilidades de atuação, é tratar do tema da vida. A saúde e a doença mental em Gestalt-terapia são construídas na experiência do viver. As pessoas, grupos e comunidades não são doentes ou saudáveis mentalmente em si mesmas. Outrossim, temos que questionar termos como saúde e doença em Gestalt-terapia, uma das direções que assumi neste artigo, porque a prática do gestalt-terapeuta não se deve orientar por manuais de conduta ou protocolos de ação previamente definidos. Trabalhamos com pessoas que vivem suas vidas com maiores ou menores restrições de possibilidades, em função dos sistemas econômicos, culturais e sociais nos quais estão inseridas. Grande parte das pessoas com quem nos encontramos ao longo do nosso percurso profissional foi exposta, ao longo das suas vidas, a situações de extrema miséria afetiva, econômica ou social.

Trabalhamos (com) e estudamos (sobre) aqueles que viveram ou vivem em condições de desrespeito, descuido, desamor e desarmonia. Adoecer holisticamente é uma consequência

direta da miséria, seja qual for o modo de experienciá-la. A miséria financeira, a miséria afetiva, a miséria social, a miséria ecológica: enfim, a miséria é o que produz doença. Pensando por este ângulo, questionar a psicopatologia estanque dos manuais constitui um trabalho tanto político quanto estritamente clínico.

Para fazermos nosso trabalho, precisamos estar integralmente com as pessoas. Gosto de pensar o ofício clínico como uma construção colaborativa e criativa, que é muitas vezes mais artística do que meramente terapêutica. Artística, porque está na ordem do fazer junto e do imaginar outras realidades além daquelas árduas e impostas, permitindo vislumbrar novas possibilidades. Caminhemos de mãos dadas, lembrando que qualquer caminho é bom, quando nele está o coração, conforme nos inspirou Carlos Castañeda (Castañeda, 1968).

REFERÊNCIAS

- Alves, D. S. (2016). Entrevista: Domingos Sávio Alves. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(1), 305–309. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sip00105>
- Brasil. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. <https://rb.gy/eyksg>
- Castañeda, C. (1968) *A erva do diabo* (13ª ed.). São Paulo: Record.
- Costa, L., & Costa, I. (2017). O ajustamento do tipo psicótico. In Frazão, L. M., & Fukumitsu, K. O. (orgs). *Quadros clínico disfuncionais e Gestalt-terapia* (pp. 13-45). São Paulo: Summus.
- Dimenstein, M. (2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos em Psicologia*, 5(1), 95-121. <https://rb.gy/eqj3k>
- Francesetti, G. (2021). *Fundamentos da psicopatologia fenomenológico-gestáltica: uma introdução leve*. Belo Horizonte: Artesã.
- Frazão, L. (1995). A Gestalt-Terapia. In Ciornai, S (org.). *Gestalt-terapia, psicodrama e terapias neo-reichianas no Brasil: 25 anos depois* (pp. 11-22). São Paulo: Ágora.
- Frazão, L. (2007). Doença, saúde e cura. In D’Acri, G., & Lima, P., & Orgler (orgs.) *Dicionário de Gestalt-terapia: “Gestaltês”* (pp. 70-72). São Paulo: Summus.
- Ginger, S.; Ginger, A. (1995). *Gestalt: uma terapia do contato* (4ª ed.). São Paulo: Summus.
- Jasper, K. (1987). *Psicopatologia geral: psicologia compreensiva, explicativa fenomenologia*. Rio de Janeiro: Atheneu.

- Latner, J. (1973). *The Gestalt therapy book: a holistic guide to the theory, principles, and techniques of Gestalt therapy developed by Frederick S. Perls and others*. Nova Iorque: Julian Press.
- Lima, P. (2005). Teoria organísmica. *IGT na Rede* 2(3), 1-10. <https://rb.gy/86r95>
- Lima, P. (2019). Gestalt-terapia e cuidado. *Estudos e Pesquisa em Psicologia* 19(4), 1051-1066. <https://rb.gy/lp57q>
- Magalhães, D., & Alegria, C. (orgs.). (2022). *Psicopatologia na clínica gestáltica: expressões do contato em sofrimento*. Curitiba: Juruá.
- Perls, F., & Hefferline, R., & Goodman, P. (1997). *Gestalt-terapia* (2ª ed.). São Paulo: Summus.
- Perls, F. (1977a). *Gestalt terapia explicada* (11ª ed.). São Paulo: Summus.
- Perls, F. (1977b). *A abordagem gestáltica e testemunha ocular da terapia* (2ª ed.). Rio de Janeiro: LTC.
- Pimentel, A. (2003). *Psicodiagnóstico em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Pinto, E. B. (2015). *Elementos para uma compreensão diagnóstica em psicoterapia: o ciclo e contato e os modos de ser*. São Paulo: Summus.
- Polster, E., Polster, M. (1979). *Gestalt-terapia integrada*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Robine, J. (2006). *O self desdobrado: perspectiva de campo em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Stevens, J. (1977). *Tornar-se presente: experimentos de crescimento em Gestalt-terapia*. São Paulo: Summus.
- Van Dusen, W. (1977). A fenomenologia de uma existência esquizofrênica. In Stevens, J. (org.). *Isto é Gestalt*. São Paulo: Summus.
- Yontef, G. (1998). *Processo, diálogo e awareness: Ensaios em Gestalt-Terapia*. São Paulo: Summus.

Patricia Valle de Albuquerque Lima: Professora do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense – Rio das Ostras.

E-mail: ticha.patricia.lima@gmail.com

Recebido em: 02/12/2022

Primeira Decisão editorial: 05/06/2023

Aceito em: 15/10/2023