

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CONSTRUCIONISMO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
OBRA DE KENNETH GERGEN**

Clara Moria Borges Rodrigues

Uberlândia, MG

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**CONSTRUCIONISMO SOCIAL, SAÚDE MENTAL E CLÍNICA PSICOLÓGICA NA
OBRA DE KENNETH GERGEN**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito para obtenção do título de mestre em psicologia. Linha de pesquisa: Processos Psicossociais em Saúde e Educação.

Orientanda: Clara Moriá Borges Rodrigues

Orientador: Dr. Emerson Fernando Rasera

Uberlândia, julho de 2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

R696c Rodrigues, Clara Moriá Borges, 1994-
2023 Construcionismo social, saúde mental e clínica psicológica na obra
de Kenneth Gergen [recurso eletrônico] / Clara Moriá Borges
Rodrigues. - 2023.

Orientador: Emerson Fernando Rasera.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
Modo de acesso: Internet.
Disponível em: <http://doi.org/10.14393/ufu.di.2023.8084>
Inclui bibliografia.

1. Psicologia. I. Rasera, Emerson Fernando, (Orient.). II.
Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9

André Carlos Francisco
Bibliotecário - CRB-6/3408



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 54 - Bairro Umuarama, Uberlândia-MG, CEP 38400-902
Telefone: +55 (34) 3225 8512 - www.pgpsi.ip.ufu.br - pgpsi@ipsi.ufu.br



ATA DE DEFESA - PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação em:	Psicologia				
Defesa de:	Dissertação de Mestrado Acadêmico/ número 432, PPGPSI				
Data:	Vinte e oito de julho de dois mil e vinte e três	Hora de início:	14:00	Hora de encerramento:	16:45
Matrícula do Discente:	12122PSI0				
Nome do Discente:	Clara Moriá Borges Rodrigues				
Título do Trabalho:	Construcionismo Social, saúde mental e clínica psicológica na obra de Kenneth Gergen				
Área de concentração:	Psicologia				
Linha de pesquisa:	Processos Psicossociais em Saúde e Educação				
Projeto de Pesquisa de vinculação:	Do socioracionalismo a uma teoria relacional: o projeto construcionista social na obra de Kenneth Gergen				

Reuniu-se de forma remota, via web conferência, junto a Universidade Federal de Uberlândia, a Banca Examinadora, designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Psicologia, assim composta: Professores Doutores: Marilene Aparecida Grandesso dos Santos - PUC/SP; Pedro Pablo Sampaio Martins - USP; Emerson Fernando Rasera, orientador da candidata. Ressalta-se que todos membros da banca participaram por web conferência, sendo que a Prof.^a Dr.^a Marilene Aparecida Grandesso dos Santos participou da cidade de São Paulo - SP, o Prof. Dr. LPedro Pablo Sampaio Martins, o Prof. Dr. Emerson Fernando Rasera e a discente Clara Moriá Borges Rodrigues participaram da cidade de Uberlândia - MG, em conformidade com a Portaria nº 36, de 19 de março de 2020.

Iniciando os trabalhos o presidente da mesa, Dr. Emerson Fernando Rasera, apresentou a comissão examinadora e a candidata, agradeceu a presença do público e concedeu à discente a palavra para a exposição do seu trabalho. A duração da apresentação da discente e o tempo de arguição e resposta foram conforme as normas do Programa.

A seguir o senhor(a) presidente concedeu a palavra, pela ordem sucessivamente, aos(às) examinadores(as), que passaram a arguir o(a) candidato(a). Ultimada a arguição, que se desenvolveu dentro dos termos regimentais, a Banca, em sessão secreta, atribuiu o resultado final, considerando o(a) candidato(a):

Aprovada.

Esta defesa faz parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre.

O competente diploma será expedido após cumprimento dos demais requisitos, conforme as normas do Programa, a legislação pertinente e a regulamentação interna da UFU.

Nada mais havendo a tratar foram encerrados os trabalhos. Foi lavrada a presente ata que após lida e achada conforme foi assinada pela Banca Examinadora.



Documento assinado eletronicamente por **Emerson Fernando Rasera, Professor(a) do Magistério Superior**, em 28/07/2023, às 16:50, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marilene A. Grandesso dos Santos, Usuário Externo**, em 28/07/2023, às 16:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Pedro Pablo Sampaio Martins, Usuário Externo**, em 28/07/2023, às 17:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://www.sei.ufu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **4611698** e o código CRC **2FCB0B8D**.

Referência: Processo nº 23117.045717/2023-73

SEI nº 4611698

Criado por [adriana.oliveira](#), versão 6 por [emersonrasera](#) em 28/07/2023 16:50:09.

Resumo

Esta dissertação aborda aspectos da obra de Kenneth Gergen no que se refere à aproximação de seus estudos sobre saúde mental e clínica psicológica. Kenneth Gergen é pioneiro da discussão sobre Construcionismo Social, sendo referência no assunto. A relevância da discussão está relacionada às propostas não patologizantes e desindividualizantes do trabalho clínico, privilegiando a co-construção de sentido, os processos relacionais, e as práticas humanizadoras. A investigação sobre aspectos da saúde mental e clínica a partir dos estudos de Gergen nessa dissertação está organizada em dois ensaios teóricos distintos: o primeiro discute o discurso do déficit e a construção social da psicopatologia; e o segundo aborda a concepção de clínica, terapia e mudança terapêutica. O primeiro estudo revelou uma crítica aos modelos psicopatologizantes tradicionais na clínica, enfatizando as consequências culturais dos usos da linguagem que ressaltam o déficit. O segundo estudo mapeia as considerações de Gergen sobre clínica, terapia e mudança social, privilegiando a noção da terapia como construção social. Tais estudos são interseccionados e contribuem para a produção científica no campo da Psicologia e Construcionismo Social ao proporem reflexões sobre a prática clínica e sobre os caminhos que temos seguido, como comunidade de profissionais da área da saúde mental.

Palavras chave: construcionismo social; clínica psicológica; terapia; Kenneth Gergen; saúde mental

Abstract:

This dissertation addresses aspects of Kenneth Gergen's work with regard to the approximation of his studies on mental health and clinical psychology. Kenneth Gergen is the pioneer of the discussion on Social Constructionism, being a reference in the subject. The affinity of the discussion is related to the non-pathologizing and de-individualizing proposals of clinical work, favoring the co-construction of meaning, relational processes, and humanizing practices. The investigation on aspects of mental and clinical health based on Gergen's studies in this dissertation is organized into two distinct theoretical essays: the first discusses the deficit discourse and the social construction of psychopathology; and the second deals with the conception of clinic, therapy and therapeutic change. The first study revealed a critique of traditional psychopathologizing models in the clinic, emphasizing the cultural consequences of language uses that highlight the deficit. The second study maps Gergen's considerations on clinical practice, therapy and social change, focusing on the notion of therapy as a social construction. Such studies are intersected and initiated for scientific production in the field of Psychology and Social Constructionism by proposing reflections on clinical practice and on the paths we have followed, as a community of professionals in the field of mental health.

Key words: social constructionism; psychological clinic; therapy; Kenneth Gergen; mental health.

SUMÁRIO

Parte I - Apresentação.....	6
Parte II - A construção social da psicopatologia e a cultura do déficit na perspectiva construcionista de Kenneth Gergen.....	10
Parte III - Comunicação, mudança e terapia na visão construcionista social de Kenneth Gergen.....	35
Parte IV - Considerações finais.....	64

PARTE I

APRESENTAÇÃO

A mãe reparou que o menino
gostava mais do vazio
do que do cheio.
Falava que os vazios são maiores
e até infinitos.

Manoel de Barros.¹

A escolha deste fragmento de poema para iniciar a apresentação desta dissertação não é aleatória. Manoel de Barros foi quem primeiro me introduziu ao construcionismo, sem eu nem saber o que era. Na poesia, fui convidada a apreciar a potência do vazio em detrimento daquilo que já está saturado. Foram nos “despropósitos” e “invencionáticas” que fui dissolvendo as Verdades consolidadas pelos discursos dominantes, colocando em questão e olhando com criticidade para os modos de pensar pelos quais eu estava acostumada a navegar. Foi descobrindo que as coisas têm o significado que damos à elas e que é no encontro que tudo se produz, que me mantive desperta e curiosa para oceanos inexplorados e ao me aproximar timidamente da corrente de estudo que hoje me leva a mares interessantíssimos, pude me dar

¹ BARROS, M. Poesia Completa. São Paulo: Leya, 2011.

conta de que ser “apanhadora de desperdícios” talvez seja o que me ajude a ser uma psicóloga e pesquisadora curiosa e atenta às composições das histórias dos outros (e das minhas).

Em outro poema, Manoel de Barros diz “uso a palavra para compor meus silêncios./ Não gosto de palavras fatigadas de informar”. Ao dizer que “uso da palavra para compor meus silêncios” digo sobre muito do que me motivou a pesquisar sobre a clínica construcionista na perspectiva de Kenneth Gergen. O silêncio ensurdecedor da pergunta de pesquisa, da curiosidade genuína pelo assunto e o desejo de saber mais me fez querer usar das palavras para preencher o espaço da dúvida e curiosidade. E à medida que uso as palavras e os que lêem têm a possibilidade de se interessar pelo que escrevo, criamos juntos um mundo em que é possível manter a continuidade desta conversa.

Ao me sensibilizar por essas questões poéticas, me aproximar de leituras teóricas e vivenciar a prática do consultório, o desejo foi de estudar mais sobre a perspectiva que me permite articular as palavras a partir daquilo que ela representa nas relações que estamos inseridos. A possibilidade se deu a partir do projeto do orientador desta pesquisa, Dr. Emerson F. Raser, intitulado “Do socioracionalismo a uma teoria relacional: o projeto construcionista social na obra de Kenneth Gergen” (2015), do qual escolhemos focalizar a parte clínica na perspectiva do autor.

Kenneth Gergen dedicou (e dedica ainda) grande parte de sua vida na missão de trazer as possibilidades de silêncios se transformarem em palavras no campo da ciência em psicologia. Atua intensamente na produção de obras que possam clarificar conceitos e ideias construcionistas sociais e, a partir disso, possibilitar que outras várias pessoas ao redor do mundo se conectem com essa postura e, além disso, produzam outros sentidos a partir daquilo que ele escreveu. Seu nome é muito importante na área e, pessoalmente, foi um prazer trabalhar com sua obra de perto e poder contribuir um pouco com a construção dos entendimentos produzidos a partir dela.

A jornada até aqui não foi fácil, mas foi prazerosa em muitos momentos. Me permitiu novas perspectivas sobre o meu papel no mundo, tanto profissional quanto pessoal. Gostaria de estender alguns breves agradecimentos à quem me apoiou nessa jornada: à minha filha Elis, que assistiu muitas aulas mamando, esteve presente em muitos momentos, mas dolorosamente ausente em tantos outros, quando precisei ficar reclusa para escrever. Ao companheiro Zeno, por cuidar tão bem da nossa filha durante minhas faltas e me incentivar sempre a continuar estudando. Aos meus pais Mônica e Riuvânio pelo apoio de sempre. A meu irmão, Ivan, parceiro de angústias da pós-graduação e suporte para continuar.

Agradeço a Kenneth Gergen pela dedicação ao compartilhar com o mundo muito do que hoje se conhece sobre Construcionismo Social e também por me inspirar a enxergar o mundo por uma perspectiva crítica e otimista. Ainda agradeço aos colegas construcionistas sociais que fiz pelo caminho e que, com tanto afeto, me demonstraram que somos comunidade, não seguimos só. Agradeço o professor Dr. Emerson Rasera que, com paciência, me orientou e auxiliou para que chegássemos até aqui. Agradeço também aos meus colegas de grupo de estudo por tantas trocas. Por fim, agradeço à bolsa concedida pela CAPES, que proporcionou subsídios para que eu me dedicasse a esta pesquisa, e ao CNPQ e à FAPEMIG pelo apoio financeiro ao projeto coordenado pelo meu orientador.

A seguir, apresento o fruto do meu trabalho ao longo dos últimos dois anos: primeiramente, com um artigo que articula a conversa de Kenneth Gergen com a construção social do discurso do déficit e psicopatologização. Este trabalho se revelou interessantíssimo ao elucidar, principalmente, as consequências culturais de adotarmos os dispositivos linguísticos que nos levam a individualizar, rotular e diagnosticar.

Em seguida, apresento o segundo artigo produzido com a pesquisa que tem por objetivo acompanhar a construção do pensamento de Kenneth Gergen sobre a terapia e os processos da

clínica. Nesta pesquisa, revelou-se pressupostos importantes para o pensamento e prática clínica construcionista social, evidenciando processos de comunicação e mudança terapêutica.

PARTE II

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

Resumo

Diante do grande avanço das problemas em saúde mental, torna-se importante identificar um caminho que fuja da lógica psicopatologizante nesse campo. O objetivo deste ensaio é acompanhar a construção dos argumentos construcionistas sociais disponíveis na obra de Kenneth Gergen sobre as questões de psicopatologia e seu cuidado. Esse ensaio, embasado em uma perspectiva construcionista social, selecionou textos do autor referentes à temática da saúde mental. Visando alcançar seu objetivo, analisou a construção social da psicopatologia, a expansão de uma cultura do déficit e os caminhos para uma clínica despatologizante. Assim, são discutidos os problemas dos discursos psicopatológicos e analisados os processos pelos quais as doenças mentais são socialmente construídas através de linguagem especializada que sustentada por uma cultura do déficit.

Palavras chave: construcionismo social; psicopatologia; discurso do déficit

Absstract

Faced with the breakthrough of mental health problems, it becomes important to identify a path that escapes the psychopathologizing logic in this field. The purpose of this article is to follow the construction of social constructionist arguments available in Kenneth Gergen's work on issues of psychopathology and its care. This essay, based on a social constructionist perspective, selected texts by the author referring to the theme of mental health. In order to achieve its objective, it analyzed the social construction of psychopathology, the expansion of a deficit

culture and the paths to a depathologizing clinic. Thus, the problems of psychopathological discourses are discussed and the processes by which mental illnesses are socially constructed through specialized language supported by a culture of deficit are analyzed.

Key words: social constructionism; psychopathology; deficit speech

INTRODUÇÃO

O Construcionismo Social 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). 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, p. 24), ao adotarmos tal tipo de pensamento favorecemos o surgimento de “possibilidades discursivas em oposição a narrativas explicativas únicas e absolutas”. Assim, ao possibilitar a existência de histórias alternativas, novos entendimentos têm oportunidade de aparecer, carregando consigo esperança e viabilizar 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 desafiar os limites pré-estabelecidos de suas atividades e campos de estudo (Vieira Junior & Rasera, 2021). Ainda que Kenneth Gergen seja um teórico, interessado em pesquisar sobre questões epistemológicas e reflexões sobre a Psicologia Social, seu pensamento mais recente relacionado às práticas construcionistas no campo da psicoterapia têm sido de grande relevância para a área.

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 surgimento de tais doenças, mas também as consequências de usarmos tal via para interpretar a multiplicidade de comportamentos humanos. Ainda que Gergen não use com frequência o termo “psicopatologia”, entendemos que esta palavra se tornou relevante no contexto de saúde mental, então optamos por trazê-la com intenção de nos ajudar a esclarecer o argumento.

O campo da saúde mental tem sido atravessado por uma grande revolução 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. A partir de uma perspectiva modernista, com lentes objetivas 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, no geral.

Existem outros movimentos e correntes de pensamento que indicam essa mesma direção crítica como as lutas e movimentos antimanicomiais. Por exemplo, a corrente de desinstitucionalização da Psiquiatria, proposta por Franco Basaglia, na Itália na década de 1960, chamada de Psiquiatria Democrática, culminando na emergência de vários outros percursos semelhantes ao redor do mundo, como a Psiquiatria Comunitária, nos Estados Unidos na década de 1960 e a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meados dos anos 1980.

Contudo, das várias correntes epistemológicas e metodológicas que podem nos ajudar a pensar as questões de saúde mental e dos movimentos contrários ao diagnóstico, o Construcionismo Social encontra força ao estabelecer uma postura crítica em relação àquilo que seja considerado a “Verdade” única e absoluta (Gergen & Gergen, 2004). 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).

Assim, 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.

A presente proposta de discussão se situa junto às críticas ao modelo de psicopatologização, embasando justificativas na obra de Kenneth Gergen e sustentando o argumento que Grandesso (2019, p. 93) descreveu como “a crença de que os problemas que as pessoas vivem não são inerentes a elas nem restritos aos diagnósticos que lhes são atribuídos, mas construídos e desenvolvidos nos contextos da vida e das relações”.

O objetivo deste ensaio é acompanhar a construção dos argumentos disponíveis na obra de Kenneth Gergen sobre as questões de psicopatologia. Especificamente, analisaremos: 1) a construção social da psicopatologia; 2) a cultura do déficit e 3) caminhos para 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.” 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.

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 da Universidade de Swarthmore, onde é professor pesquisador sênior. Selecionamos aqueles relacionados ao debate da psicopatologia, a partir dos títulos e resumos. Eles constituem artigos científicos, capítulos de livros e livros escritos unicamente por ele ou com outros colaboradores.

A relevância deste estudo envolve três dimensões. A pertinência teórica está em compreender e sistematizar os argumentos de Gergen sobre psicopatologia, uma vez que até então 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 dar voz às “mais diferentes pessoas nas suas singularidade”, 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 as implicações das ações terapêuticas de sensibilidade construcionista que tangenciam a perspectiva psicopatologizante, ampliando as possibilidades clínicas.

O presente ensaio, consoante ao seu objetivo, será dividido em três seções. A primeira seção discutirá a construção social da psicopatologia e uma crítica ao movimento de psicopatologização da vida social. A segunda seção diz respeito à utilização dos discursos do déficit e sua implicação nas práticas profissionais, tanto aquelas voltadas para o diagnóstico, quanto aquelas que se propõe às alternativas. Por fim, a terceira seção traz uma discussão sobre

o que poderia ser definido como problema, uma via alternativa para compreender o sofrimento humano e as formas como ele pode ser trabalhado na relação terapêutica.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA PSICOPATOLOGIA

Iniciaremos a apresentação do tema a partir de dois tópicos, sendo eles 1) a construção social da psicopatologia, em que abordaremos uma discussão sobre a origem psicogênica ou sociogênica da doença mental, além de um questionamento sobre a própria definição de doença mental, e 2) a linguagem do déficit em saúde mental, em que discutiremos os usos pictóricos ou pragmáticos da linguagem no âmbito da saúde mental.

A construção social da psicopatologia

Ao elencar o Construcionismo Social como a lente pela qual orientamos o nosso olhar, nos fortalecemos para o entendimento de que tudo aquilo que acreditamos, que aceitamos como verdade ou mentira, certo ou errado, aquilo que acreditamos sobre nós mesmos e sobre o outro são fruto do que chamamos de construções sociais. Nesta mesma lógica, a doença mental e os movimentos psicopatológicos, os quais estamos nos propondo a questionar, também se enquadram em construções sociais. Na condição de construcionistas sociais, exercendo uma postura crítica e reflexiva, nos sensibilizamos aos efeitos duvidáveis do discurso do déficit e estimulamos a procura por concepções alternativas mais promissoras (Gergen & Gergen, 2004).

Dois são os pontos importantes levantados ao nos deparamos com o convite para desvendar a doença mental, sendo eles 1) a dicotomia entre a origem psicogênica ou sociogênica da doença mental; e 2) a própria definição do que é a doença mental. A seguir, aprofundaremos os dois temas.

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 outros 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.

Segundo Gergen (2015), os profissionais que se sustentam na ideia da origem sociogênica das doenças vêm não apenas os perigos inerentes à orientação naturalista, mas também à cegueira desenfreada para os processos culturais nos quais o sofrimento humano está inserido. Neste caso, estamos nos referindo ao sofrimento como tradição, que sustenta um significado cultural.

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. Szasz (1974) pontua que a presença da doença mental deriva tanto de uma “luta pela sobrevivência biológica quanto das tensões e dos esforços inerentes no intercâmbio social das complexas personalidades humanas”.

Considerar tais sofrimentos como de ordem biológica implica em cegar-se para as origens apropriadas, 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).

O segundo tópico que nos permite questionar e desvendar a doença mental está relacionado à sua própria definição. Thomas Szasz (1974) nos oferece a ideia de que “a noção da doença mental deriva do seu principal suporte de fenômenos, tais como sífilis cerebral ou condições delirantes” (p.58). A condição “neurológica” facilita o entendimento de que a doença mental está localizada no cérebro, sendo assim condição específica de quem a carrega consigo.

Whitaker (2011) sugere que cada vez mais os “comportamentos indesejados” estejam 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. Desta forma, 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 do déficit na saúde mental

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, considera como tristeza? Como o próprio Gergen pergunta “quais são as características dos estados mentais por meio dos quais podemos identificá-los?”

Se a linguagem não corresponde a um objeto, representativamente, portanto não há 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 tenham origem a partir das 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, compaixão, 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 o que estamos sentindo e isso varia de cultura para cultura.

Gergen (1996) alerta para a dificuldade de criticar os termos do déficit, uma vez que entende-se 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

A seguir, a partir do que foi explanado em relação à construção social da psicopatologia, abordaremos a cultura do déficit, focando em dois pontos principais, sendo eles 1) a construção da cultura do déficit, em que apresentamos a definição do que seria este movimento e 2) as consequências culturais da cultura do déficit, em que apresentaremos quatro principais consequências.

A construção da cultura do déficit

Para Gergen (2009), o “discurso do déficit” e as “terminologias do déficit” operam como 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). Em suma, em sua análise, 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”, o que pode ser chamado de “cultura do déficit”. Não raro nos consultórios de psicoterapia aparecem clientes com demandas de busca pelo diagnóstico daquilo que estão vivenciado, com um caminho insistente que enfatiza que aquilo que está diferente do esperado precisa ser identificado e diagnosticado.

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 também 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 haviam 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 Psicologia. Hoje, 70 anos após o lançamento 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 orientações tradicionais terapêuticas 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, conseguimos 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. O diagnóstico, neste 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, neste 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, nos dando 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, uma pergunta que se sobressai nos leva a questionar quais são as realidades que vêm sendo construídas no campo da prática da terapia e dos assuntos a ela associados? Ao partir de um pressuposto de que as

palavras e as variações linguísticas que usamos para descrever e explicar o mundo (e nós mesmos), são produzidas, sustentadas e/ou abandonadas no âmago das relações que participamos (Gergen, Hoffman & Anderson, 1996), o que o discurso do déficit têm-nos oferecido como sociedade?

Dois pontos principais podem ser destacados ao pensarmos na resposta para essa pergunta. Em primeiro lugar, o aumento do repertório da linguagem do déficit pelo qual as pessoas passam ser classificadas como doentes, com nomes e termos que nos atravessam na 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 este movimento de “ciclo de enfermidades progressivas”, quase como uma bola de neve criada e aumentada pela disseminação de informações a respeito da categorização das doenças mentais: ao passo que os termos são difundidos, as pessoas passam a se ver neles, assim busca-se ajuda de profissionais da saúde mental, que por sua vez, expandem o número e uso destes termos. Com a dilatação da indústria da saúde mental, aumenta-se o que é considerado doença e disfunção mental, e desta forma, a sociedade se enfraquece progressivamente à medida que o discurso do déficit aumenta.

Ao passo que 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. Assim, quando leigos se apropriam deste vocabulário, é preciso que os profissionais criem outros novos para manter sua especialidade. Nos deparamos 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 da promoção de saúde perpassa a 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 onde esses sintomas aparecem, deixando de lado as perguntas “como isso está aqui” e “por quê esses sintomas aparecem?” (Quosh & Gergen, 2008). Tal movimento corrobora com a visão de que o déficit está circunscrito na pessoa e não 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 a ciência é preeminentemente justificada, ou seja, os discursos produzidos que partem do campo científico são amplamente aceitos, o profissional especialista em saúde mental, portanto, torna-se soberano no conhecimento sobre essas questões.

Assim, se existe uma comunidade do campo médico/científico que ao observar sintomas, como, por exemplo, agitação ou sensação de nervosismo ou tensão, cansaço fácil, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e/ou alterações do sono, atribuem ao nome de Transtorno de Ansiedade Generalizado (American Psychiatric Association, 2014), abre-se espaço relacional para que todos esses sintomas descritos sejam alusivos à “ansiedade”. Dessa forma o discurso do déficit é perpetuado e, para além disso, ter “ansiedade” nesse contexto de manutenção dos discursos, pressupõe intervenção dessa classe de especialistas, muitas vezes uma intervenção medicamentosa.

Atribuir um poder a uma classe profissional para definições que não apenas são descritivas, mas constitutivas de realidades molda a forma como nos relacionamos conosco e com os outros quando estes termos nos são oferecidos. À medida que os termos do déficit são

aplicados na nossa vida cotidiana, os efeitos substanciais são os de estreitar a explicação das questões ao nível individual, obscurecendo e estigmatizando 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 miséria humana.

Neste sentido, equivale dizer que é a classe de especialistas em saúde mental que dá suporte à existência do que é considerado disfunção mental, ao ampliar e refinar um vocabulário que visa ressaltar a disfunção. 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 ingressando em instituições assistenciais.

Neste sentido, se as palavras existem, é porque a necessidade de seus usos foi construída socialmente. Remete ao frenesi de achar um alvo, um anseio de colar as palavras nas pessoas. Segundo Gergen (1994), “quanto maior o número de critérios de bem-estar mental, maior o número de maneiras pelas quais uma pessoa pode se tornar inferior em relação a outras.”

Considerando verdadeira a afirmação e refinando os argumentos, aprofundaremos a conversa sobre outras consequências culturais que o discurso do déficit proporciona nas comunidades onde está inserido. Gergen (1996; 2005) as distingue em três eixos principais, sendo eles: 1) hierarquia social; 2) a fragmentação comunitária e 3) 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. Neste caso, compreendemos (Gergen, 1996) que 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.

Este 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 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 esta 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 quem carrega as consequências profundas deste 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, 134).

Desta forma, ainda segundo o autor, ser classificado através das terminologias do déficit é estar sujeito a enfrentar uma vida potencial de insegurança. Gergen e Kaye (1995) fortalecem

a ideia ao sugerir que em decorrência desse processo, a pessoa é “indiretamente informada de que é ignorante, insensível, confusa ou emocionalmente incapaz de compreender a realidade” .

POR UMA CLÍNICA DESPATOLOGIZANTE

Para seguir adiante com a discussão proposta, após olharmos com atenção para a construção social da psicopatologia e para a cultura do déficit, nos sensibilizaremos para os caminhos práticos da atuação profissional, que envolvem uma crítica à visão psicopatológica, uma revisão da noção de problema na relação terapêutica e a construção de alternativas despatologizantes de uma clínica construcionista.

Caminhos críticos à visão psicopatológica

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.

Desta 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: 1) 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 2) eleger a Verdade sobre questões de saúde mental, nada mais é que confirmar a tradição de uma determinada comunidade (Gergen e Gergen, 2004), neste caso, apenas confirmar um discurso médico específico, eliminando as outras alternativas possíveis.

Considerando as consequências culturais do discurso do déficit como as supracitadas hierarquização social, fragmentação comunitária e autodebilitamento, quais os caminhos possíveis para o profissional de saúde mental para tangenciar a generalização dos diagnósticos e fortalecer a narrativa dos clientes?

O problema na relação terapêutica

Baseado em uma lógica modernista e individualizante, o problema estaria centrado na pessoa, intrínseco à pessoa, em seu ambiente interno ao qual só temos acesso indiretamente, pela descrição da própria pessoa, e portanto seria essa pessoa o foco do "tratamento". Não há muito interesse em confrontar as origens mais profundas do problema ou sua forma complexa de ser sustentado (Gergen, 2005).

Por essa perspectiva, são poucas as oportunidades e os esforços de examinar os delineamentos das histórias trazidas, suas utilidades ou viabilidades. (Gergen & Kaye, 1995). Neste sentido, ao aceitarmos como verdadeira a história da forma como é contada, a definição de problema permanece inalterada. As opções possíveis de ação, como resultado da definição fixa do problema, ficam circunscritas a ele. Assim sendo, se o problema é descrito como “angústia”, por exemplo, as opções relevantes perambulam no campo do restabelecimento da tranquilidade, ou melhor estado de ânimo e assim os outros caminhos possíveis são vistos como menos plausíveis.

Gergen e Kaye (1995) chamam a atenção para a superficialidade do movimento de buscar caminhos que visam a eliminação do problema, na tentativa de estabelecer uma

realidade em que ele não aparece. Como eles mesmos dizem: “para uma pessoa que esteve deprimida, foi viciada ou teve comportamentos autodestrutivos durante anos, simples conselhos sobre como viver podem parecer pouco mais do que sussurros ao vento” p.248

Desta maneira, 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 do ignorante que busca a orientação do sábio. Por conseguinte, ao seguir com essa postura profissional, corroboram Gergen e Kaye (1995) 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)

Se somos contaminados, enquanto parceiros conversacionais terapêuticos, com uma visão singular do problema trazido, nos submetemos ao risco de negligenciar a complexidade da história do cliente. Neste sentido, nos deparamos 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.

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 pré-determinações 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 amplo suporte na comunidade científica. O foco do trabalho consiste em desgastar a narrativa do cliente, até que aquela narrativa pré-formulada se encaixe, mesmo que ela não tenha muita relevância para as condições de vida atual ou subseqüentes 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 esculpidos os contornos do futuro” (Gergen & Kaye, 1995, p.258).

Um grande desafio enfrentado no espaço terapêutico, numa lógica que fuja às generalidades da maneira medicamentosa de trabalhar as questões de saúde mental, 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.”

Desta 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 não está circunscrito na busca pelo comprometimento com uma versão disponível, mas sim há 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).

Partindo do premissa de que o Construcionismo Social desafia as posições de superioridade que emanam daqueles que se orientam pelo modelo científico tradicional (McNamee & Gergen, 1995), assim 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, pressupondo que o significado que emerge não reside no interior de nenhum dos interlocutores, mas na relação estabelecida (Gergen, 2017).

O desafio seria manter as necessidades do barco (sendo este a relação entre cliente-terapeuta) para que possa conseguir navegar, o que em outras palavras significa dizer da natureza colaborativa entre terapeuta e cliente, para que os desafios da maré possam ser desestabilizados ou transformados, até que as intempéries (ou os problemas) sejam resolvidos, dissolvidos ou reconstruídos. 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 agradáveis dentro do contexto específico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do texto, discutimos os impasses dos discursos psicopatológicos e favorecemos o argumento de que as doenças mentais são socialmente construídas através de linguagem e discurso especializados que culminam em uma cultura do déficit. Ainda fortalecemos o entendimento de que vivemos em um processo cíclico do adoecimento, centralizado em como sustentamos essa cultura, que favorece a psicopatologização da vida e a dependência da assistência de uma determinada classe de profissionais. Por fim, apresentamos

alternativas possíveis para que a classe profissional possa se esquivar dos discursos patologizantes.

A discussão da construção social do discurso do déficit e psicopatologia, pela ótica que propomos, é de uma ordem teórica da concepção. Gergen se propõe a trazer reflexões para a prática e para a reflexão sobre os modelos que estamos reproduzindo no mundo da saúde mental. O estudo não implica em fundamentos práticos para lidar com situações desafiadoras que encontramos em consultórios, clínicas e hospitais psiquiátricos diariamente. As diversas práticas de sensibilidade construcionista podem ter manejos específicos para essas situações, mas o estudo de Gergen não se aprofunda nessa questão, ainda que forneça recursos para pensar a prática, o que muito auxilia as diversas correntes de atuação que seguem uma perspectiva pós-moderna.

Nos tempos de expansão de termos e práticas diagnósticas, urge a necessidade de movimentos para ação, em âmbitos micro e macrosociais, para que humanizemos as práticas terapêuticas, e mais importante ainda, para que se ilumine a possibilidade dos pacientes de saúde mental se empoderarem para seu próprio potencial para além do diagnóstico.

Outro ponto para reflexão é o convite que fica para que os pesquisadores se envolvam com as práticas sociais que permeiam o movimento, para além da importante discussão e produção teórica. Acessibilizar o discurso socialmente, para além do meio acadêmico, é ampliar as potências de transformação social, atuando como “ativistas sociais” (McNamee & Gergen, 2020).

Sendo assim, o presente trabalho continua conversas já existentes sobre saúde mental, tentando favorecer olhares críticos tanto para a prática quanto para a pesquisa. Dessa forma, convidamos a outros para que também se mantenham comprometidos com o desenvolvimento da nossa prática profissional, viabilizando olhares críticos, éticos e ao mesmo tempo sensíveis

para o próprio processo, favorecendo cada vez mais o trabalho em saúde mental por uma perspectiva não patologizante e que sejam, portanto, generativas e humanizadoras.

REFERÊNCIAS

- 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>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5a ed.; M. I. C. Nascimento, Trad.). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203299968>
- 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: 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)
- 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) 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) New York: 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: 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: Harvard University Press.
- Gergen, K. J. (2009). O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. *Interthesis* (pp. 299-325). Florianópolis, Brasil.
<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> <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
- 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.
- Szasz, T. (1974). *The Myth of Mental Illness*. New York: Perennial Library.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-08-017738-0.50007-7>
- 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.ARBP2021v73i3p.39-53>

PARTE III

COMUNICAÇÃO, MUDANÇA E TERAPIA NA VISÃO CONSTRUCIONISTA SOCIAL DE KENNETH GERGEN

Resumo

Este ensaio teórico explora a perspectiva construcionista social de Kenneth Gergen em relação à comunicação e mudança terapêutica. Analisa-se a crítica às terapias modernistas, a comunicação terapêutica e as possibilidades de mudança, bem como a concepção de terapia como construção social. A pesquisa adota uma abordagem qualitativa com enfoque construcionista social. A análise revela a transição do pensamento modernista para o pós-moderno, enfatizando a mudança do individual para o relacional e a proposição de uma teoria relacional do significado. Essas transições reconfiguram a comunicação terapêutica, baseada no diálogo transformador e sustentando uma visão específica de mudança terapêutica. Por fim, destaca-se a terapia como construção social. A abordagem clínica construcionista, segundo Kenneth Gergen, é desindividualizante, relacional, atenta, questionadora e profundamente envolvida na produção compartilhada de significado.

Palavras-chave: Terapia; Comunicação terapêutica; Construcionismo Social; Psicologia Clínica

Abstract

This essay explores communication and therapeutic change from Kenneth Gergen's social constructionist perspective, a prominent figure in psychological social constructionism. The aim is to analyze Gergen's views on therapy, including his critique of modernist therapies,

therapeutic communication, change potential, and the concept of therapy as a social construct. The research adopts a qualitative approach with a social constructionist methodology. The analysis traces the shift from modernist to postmodern thought, moving from an individual focus to a relational one, and introducing a relational theory of meaning. This shift reshapes therapeutic communication, emphasizing transformative dialogue and influencing the understanding of therapeutic change. The concept of therapy as a social construct is also highlighted. Gergen's constructionist clinical approach is characterized as deindividualizing, relational, inquisitive, present-oriented, and integral to the collaborative creation of meaning.

Keywords: Therapy; Therapeutic communication; Social constructionism; Clinical psychology.

INTRODUÇÃO

O campo da prática clínica em psicologia é multifacetado e, por isso, compõe-se de várias abordagens, técnicas e métodos para compreender o ser humano e suas múltiplas formas de viver e sentir o mundo. Dentre as diversas orientações em psicoterapia, o Construcionismo Social surge como uma alternativa pós-moderna em um campo que é, ainda hoje, permeado pelos ideais modernistas e compartilha muito de seus desdobramentos (Gergen & Kaye, 1995).

Este modo de enxergar a terapia e seus processos tem recebido várias críticas de uma parte da comunidade científica que tem se mantido cética e preocupada sobre “às reivindicações generalizadas de conhecimento nas profissões de saúde mental” (Gergen & Kaye, 1995, p.252), se referindo à maneira como as tradições modernistas na clínica têm pleiteado posições de detentoras do conhecimento sobre patologia e cura. Ainda segundo os autores, essas tradições (com algumas ressalvas) expressam explicitamente posições relacionadas às a) causas ou bases da psicopatologia; b) localização da causa dentro dos clientes ou seus relacionamentos; c) as maneiras pelas quais os problemas podem ser diagnosticados; e

d) as formas de eliminar essa patologia.

Em um caminho diverso das tradições modernistas, a terapia com enfoque construcionista social representa uma possibilidade alternativa de enxergar o campo da prática e pesquisa em psicologia. A contribuição construcionista para o pensamento da prática terapêutica não surge como uma proposta de criar um novo fundamento para a profissão ou desacreditar de métodos e práticas em vigor até então. O giro de pensamento proposto pelo ponto de vista construcionista aparece como esperança de que a discussão possa contribuir para criar contextos de conversas generativas, amadurecimento de sensibilidades e surgimento de novas práticas (Gergen & Ness, 2006).

Algumas questões podem surgir ao nos depararmos com uma perspectiva modernista em terapia: é possível que a complexidade da vida humana seja reduzida e contemplada em sua totalidade a partir da observação sistemática? O que deixamos de fora quando olhamos para o indivíduo através de uma única maneira de descrevê-lo e às suas queixas? Quem se favorece quando reproduzimos discursos tradicionalmente consolidados?

Muitos autores têm participado na construção desse modo de pensar a prática terapêutica. Entre os autores que mais contribui para o pensamento construcionista social em Psicologia é Kenneth Gergen, psicólogo, professor e pesquisador norte-americano. A publicação do artigo “*Social psychology as history*” (Gergen, 1973), inclusive, é considerada por alguns autores (Burr, 1995; Hibberd, 2005) como um marco do surgimento do pensamento construcionista social.

Seu trabalho tem contribuído para aprofundar as discussões no campo e suas obras têm servido de inspiração para vários debates que transformam as práticas pós-modernas de pesquisa em Psicologia, motivando cada vez mais pesquisadores e profissionais a expandirem os limites pré-estabelecidos de suas atividades e campos de estudo (Vieira Júnior & Rasera, 2021). Entre as várias temáticas de seus estudos, a atenção com a clínica terapêutica tem início

em meados da década de 1980 e permanece até hoje, com obras muito relevantes na área como os livros *The Saturated Self* (Gergen, 1991), *Therapy as Social Construction* (McNamee & Gergen, 1995), *Realities and Relationships* (Gergen, 1997), *Therapeutic Realities Collaboration, Oppression And Relational Flow* (Gergen, 2006), *Relational Being* (Gergen, 2009), dentre muitos outros.

Considerando a complexidade da obra desse autor, o objetivo deste estudo é acompanhar a construção do pensamento de Kenneth Gergen sobre a clínica terapêutica dando atenção, em específico, para três pontos distintos, sendo eles 1) a crítica à visão terapêutica modernista; 2) a comunicação terapêutica e as possibilidades de mudança e 3) a noção de terapia como construção social.

Para cumprir com o objetivo, sustentaremos uma visão qualitativa de pesquisa com enfoque metodológico construcionista social, que evidencia a produção de conhecimento a partir de uma perspectiva relacional e discursiva. Gergen (1997) sustenta que o método construcionista pode se dar por meio de uma crítica interna, que se conecta com a possibilidade de questionar a própria pesquisa, facilitando a desconstrução da ideia apresentada, e abrindo caminho para novas inteligibilidades.

A escolha do material a ser analisado se baseou na leitura dos títulos e resumos de todos os textos publicados e disponíveis na página oficial da universidade em que é professor emérito (Swarthmore University, EUA) e posterior seleção daqueles mais adequados para o problema de pesquisa, incluindo artigos e livros. Desta maneira, os temas relevantes para análise foram selecionados a partir da leitura desse material e o que dela foi considerado relevante para responder a pergunta “Como Kenneth Gergen pensa a terapia?”

Justificamos a importância do assunto, endossando a ideia de que as terapias de sensibilidades construcionistas e suas ênfases práticas podem ser favoráveis à transformação da vida das pessoas, ao convidar a uma postura relacional ponto fundamental do trabalho de

Gergen, que pressupõe a gênese de todas as questões no seio das relações. Uma outra relevância, no âmbito teórico, é de que os argumentos disponíveis na obra de Gergen sobre a prática clínica estão dispersos ao longo de seus textos e um estudo que tenta sistematizar esses argumentos tem a potência de ser útil para a comunidade acadêmica, por ampliar conversas teóricas que contribuam para o pensamento construcionista e pós-moderno na clínica.

Assim, o presente ensaio será dividido em três seções consoantes com os objetivos específicos, sendo elas: 1) a crítica à terapia de fundamentação modernista, incluindo uma trajetória do individual para o relacional e a proposta de uma teoria relacional do significado; 2) a comunicação terapêutica, os diálogos transformadores e a perspectiva de mudança terapêutica; 3) a noção da terapia como construção social, distinguindo-se de uma terapia construcionista social.

INFLUÊNCIAS PÓS-MODERNAS NA CLÍNICA

Este processo de questionar o que até então estava enraizado no campo da pesquisa se traduz em uma reflexão sobre a transição da modernidade para a pós-modernidade e as implicações deste movimento no campo da terapia; a mudança de perspectiva do individual para o relacional e a teoria relacional do significado. Esses três temas são de relevância para a discussão, pois situam o pensamento construcionista epistemologicamente e também são fundamentais para a compreensão da obra de Gergen, pois a partir desses pilares e seus desdobramentos nos aproximamos das visões de realidade, sujeito e construção de sentido propostas pelo autor, sendo essas extremamente relevantes para a discussão de terapia e clínica.

Do moderno ao pós moderno: a valorização da multiplicidade de vocabulários terapêuticos

A tradição modernista de pesquisa consiste na estrita observação do objeto de estudo a fim de se chegar em sua essência, em sua “Verdade”, em uma distinção clara entre o objeto

observado e o observador. Assim, fica ao encargo do observador registrar de maneira precisa e organizada a natureza do mundo, tal como ele é (Gergen, 2019). Desta forma, o caminho modernista para entendimento terapêutico é investido na busca pela Verdade. O discurso pós-moderno surge como uma alternativa às limitações do modernismo no campo da ciência e tenta elucidar as dúvidas e críticas que emergem deste tipo de visão sobre o mundo. Um marco fundamental do pensamento pós-moderno é a “recusa às explicações e definições totalizantes [...] ampliando as possibilidades discursivas em oposição às narrativas explicativas únicas e absolutas” (Moscheta, 2014, p.24).

Nesse sentido, não é tarefa pós moderna ou construcionista dar conclusões e desfechos para qualquer que seja o “objeto” de estudo. Inclusive, como reforçam Rasera e Japur (2005), o construcionismo social de acordo com Gergen é ontologicamente mudo, ou seja, ao mesmo tempo que não nega a realidade, não atesta coisa alguma sobre ela. A partir de um ponto de vista construcionista, não há a Verdade, não existem causas e o que seja o problema real, mas há aquilo que construímos socialmente, nas convenções do discurso, como significado para nós mesmos e o mundo que nos rodeia.

Segundo Gergen e Ness (2006), quando tentamos articular aquilo que existe com a linguagem, entramos em um mundo dos significados gerados socialmente, ou seja, a forma como descrevemos o mundo diz de como o interpretamos e nos relacionamos com ele. As palavras não são correspondentes aos objetos que elas descrevem. O uso da linguagem é a forma pela qual damos significado ao mundo e, assim como a linguagem, esse significado é também mutável.

O construcionismo sugere afastar-se da busca por fundamentos que sustentem visões únicas de funcionamento humano ou conhecimento. Assim sendo, abre-se possibilidade para que entendamos as várias escolas terapêuticas como “comunidades de significado”, endossando o potencial transformacional de cada uma delas. À sua maneira, cada uma oferece

oportunidades para uma forma de vida. (Gergen & Ness, 2006).

Nesse sentido, ampliaremos o olhar para um pressuposto do pensamento construcionista social que salienta uma transição do conhecimento individual para a construção relacional. Um tema que sugere que toda produção de sentido sobre nós e sobre o mundo tem origem em um processo relacional que é atravessado e possibilitado pela linguagem.

Do individual para o relacional: relacionamentos humanos a priori

Nas discussões de Gergen sobre o ser relacional (Gergen, 2009), uma das ênfases do autor está em como os paradigmas modernos de ciência nos faz buscar cada vez mais a essência de tudo, a partícula indivisível, a raiz do problema, os átomos isolados, assim por diante. Essa busca incessante no campo da ciência extrapola as fronteiras e nos atinge a todos, em nossa forma de pensar e enxergar o mundo.

Esse modo de pensar evidencia uma tendência individualista quando sustenta um discurso que permite entendimentos de que está localizado na pessoa o que ela sente e experiencia sobre a vida. No campo da psicologia, por exemplo, reforça o entendimento de que a mente é o centro do pensamento individual e particular e que essa mente pode ser fragmentada, estudada, esmiuçada.

Gergen (1992) salienta que esse modelo individualizante tem sido uma fonte de sustentação da realidade em que vivemos, principalmente no ocidente e coloca em evidência a implicação disso nos processos sociais em que vivemos:

É o indivíduo que adquire conhecimento, por isso investimos em instituições de ensino para formar e expandir a mente individual. É o indivíduo que abriga a capacidade de livre escolha e, com base nisso, erigimos práticas informais de responsabilidade moral e agências formais de justiça. Como o indivíduo tem capacidade de raciocínio e avaliação, podemos depositar nossa fé nas instituições democráticas.

Como o indivíduo é motivado a buscar ganhos e minimizar perdas, acreditamos que o livre mercado pode prosperar. Como os indivíduos abrigam a capacidade de amar e se comprometer, as instituições do casamento e da família podem formar os alicerces da comunidade. (Gergen, 1992 p.3-4)

Um dos grandes problemas deste processo de individualização é, segundo Gergen (2017), que ao colocar tamanha importância aos processos individuais prejudicamos nosso futuro cultural. Ao passo que aceitamos que a subjetividade individual é um dos ingredientes essenciais da humanidade, construímos um mundo repleto de indivíduos fundamentalmente isolados, onde todas as formas de relacionamento (amizade, casamento, comunidade, família, assim por diante) são necessariamente artificiais e secundários (Gergen, 2017).

O convite construcionista social para o campo da ciência surge como uma alternativa à individualização ao oferecer a ideia de que o que consideramos ser o conhecimento tem origem nos relacionamentos humanos e não nos processos individuais (Gergen & Gergen, 2012). Desta maneira, tudo que acreditamos ser verdade ou mentira, certo ou errado, bem ou mal, assim como as crenças que temos sobre o mundo e nós mesmos é fruto dos entendimentos que criamos na relação com o outro, a partir de convenções compartilhadas de discurso (Gergen & McNamee, 1995). Neste sentido, até o que acreditamos ser nossos pensamentos privados surge daquilo que a partir das relações que participamos com o mundo e das realidades criadas pelos discursos compartilhados somos permitidos a acreditar. Gergen (1997) defende que as concepções do self e dos outros são derivadas e sustentadas por padrões de relacionamento.

A implicação deste movimento de entender os processos de emergência dos significados para um âmbito relacional e não individual, reflete uma nova visão para o campo da terapia, que não mais enclausura nos indivíduos a origem de suas questões, mas sim que elas emergem em decorrência dos processos relacionais em que estão envolvidos. A implicação

desta visão na clínica é o processo de desindividualização do problema e das questões, olhando a demanda do cliente através de uma perspectiva relacional e, especialmente, situada em um contexto histórico, cultural, social e político específicos.

Este movimento é importante para entender não só o processo da terapia por uma perspectiva construcionista, mas também abrir espaço para olhar inclusive a relação entre terapeuta e cliente como possibilidade de recurso e transformação terapêutica. Este ponto de vista permeia todo o guarda-chuva de práticas de sensibilidade construcionista, trazendo um foco relacional para a prática terapêutica.

Teoria relacional do significado: fortalecendo o espaço comum de geração de sentido

À forma de produzir conhecimento a partir dos processos relacionais, Gergen e Warhus (2001) denominam uma concepção comum de significado, afastada do lugar tradicional dentro das mentes individuais, para a gênese dentro dos relacionamentos. Os significados são arranjados continuamente no processo relacional, por um processo de co-construção. Ao localizar a fonte de significado dentro do processo dialógico, embasamos a construção de significado como uma atividade social. Desta forma, o significado não tem origem nas mentes individuais, mas é criado e transformado nos processos de coordenação das relações (Gergen & Warhus, 2001). As concepções e distinções do eu e dos outros são sustentadas pelos padrões de relacionamento. Através da coordenação relacional, a linguagem nasce e pela linguagem nós adquirimos a capacidade de nos tornarmos inteligíveis (Gergen, 1997).

Dessa forma, para os construcionistas não há parâmetro de compreensão precisa e objetiva, uma vez que as relações não permanecem as mesmas, os significados que criamos também não permanecem os mesmos. Os significados são conquistas temporárias, nascidos do movimento colaborativo (Gergen & Gergen, 2012) e estão sujeitos à contínuas e múltiplas

alterações através do processo de ação e suplementação (Gergen, 2017).

Ação coordenada é a base da comunicação. Não se comunica individualmente. Tudo o que entendemos como individual só se constrói como entendimento em virtude de atividades coordenadas entre as pessoas. Nesse sentido, a ação coordenada é o movimento que surge a partir da apresentação de um enunciado por alguém e sua imediata resposta pelo outro, ao que Gergen (1997, 2017) chama de “ação suplementar”.

Assim, o significado do que está sendo dito não reside no interior de nenhuma das pessoas que estão participando da conversa, mas surge a partir da coordenação entre ação e seu suplemento. Dessa maneira, a comunicação é intrinsecamente colaborativa (Gergen, 2017). Segundo Gergen (1997) não é o indivíduo que preexiste ao relacionamento e inicia o processo de comunicação, mas as convenções e padrões de relações que permitem que a compreensão seja alcançada. Por conseguinte, é na relação humana que são gerados a linguagem e o entendimento, e nos comunicamos a partir das tradições enraizadas de comunicação, formas criadas, geridas e sustentadas dentro das relações às quais participamos.

Gergen em seu texto intitulado ‘*The communal origins of meaning*’ (1997) distingue seis passos ou processos pelos quais se dão os entendimentos sobre o significado nas relações humanas, que condensa aquilo que visamos elucidar: as declarações de um indivíduo em si mesmas não possuem significado; o potencial de significado é realizado por meio da ação suplementar; os suplementos agem tanto para criar quanto para restringir o significado; qualquer suplemento (ou ação-e-suplemento) é um candidato para suplementação adicional; os significados estão sujeitos à reconstituição contínua por meio do domínio em expansão da suplementação; à medida que as relações são cada vez mais coordenadas (ordenadas), também as ontologias e suas instâncias se desenvolvem.

Neste sentido, salientamos a compreensão de Gergen de que os significados existem no âmago das relações e que não são imutáveis, tendo a potência de se transformarem a cada nova

conversa e a cada nova ação suplementar. À vista disso, as possibilidades de significação do mundo são infinitas.

Assim sendo, as demandas recorrentes da clínica que podem incluir o que achamos que sentimos, as nossas emoções ou pensamentos privados, têm também origem nos processos relacionais. Se em comunidade utilizamos palavras que nos permitam expressar sentimentos, é fruto da coordenação que possibilita que tais emoções existam. O uso da linguagem, para Gergen (2017), é fundamental para entendermos este processo, indicando que cada modo de utilização da linguagem sustenta uma postura terapêutica diferente e que se mudamos a forma como a linguagem é usada, “plantamos as sementes da mudança humana” (p.113).

Ao nos abirmos para as concepções comuns do significado, no âmbito da clínica, a relação entre cliente e terapeuta se transforma em uma possibilidade de ser ela própria recurso terapêutico. Somos aproximados do entendimento de que o que é produzido neste espaço é uma co-criação possível da realidade. A concepção de construção comum do significado transforma a prática terapêutica porque a terapia passa a representar uma conversa que favorece que os participantes criem bases para uma realidade nova e única, uma possibilidade para que terapeuta e cliente encontrem um modo de relacionamento agradável (Gergen & Gergen, 2012).

O terapeuta atua como um dos primordiais parceiros da constituição do significado sobre os sofrimentos vividos ou recursos para ação, os quais derivam em grande parte, do contínuo processo de colaboração (2017). Gergen e Gergen (2012) utilizam a metáfora de um jogo para descrever o processo da relação terapêutica por esta perspectiva, dizendo que

não há regras para as quais a ação seja mais eficaz; as condições de jogo são complexas e mudam rapidamente; o jogador habilidoso é aquele que pode se apropriar rapidamente do repertório do jogo à medida que a “conversa de quadra” se desenrola” (p.78).

Nesse sentido, o próximo passo é aprofundar a conversa para as especificidades da comunicação terapêutica, relação cliente e terapeuta e maiores entendimentos sobre possíveis mudanças terapêuticas em um espaço clínico de sensibilidade construcionista social.

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA

Ao nos compararmos nos estudos de Gergen sobre a clínica, sustentamos um dos pontos que cogitamos ser fundamentais na discussão sobre terapia, investigar relação terapêutica em si e adentrar nos processos pelos quais a comunicação terapêutica se dá e é potencial recurso de mudança terapêutica. Os caminhos escolhidos para essa análise perpassam a própria noção de comunicação terapêutica, o conceito de diálogo transformador e a mudança terapêutica. Estes três tópicos se relacionam ao considerarmos a comunicação terapêutica como importante recurso de significação e nos atentarmos às potências deste processo para a transformação das demandas dos clientes.

Gergen (2017), como dito anteriormente, sustenta a posição de que a comunicação é inerentemente colaborativa, ou seja, nenhuma das palavras têm significado em si, a sua capacidade de significar advém da forma como são coordenadas com outras palavras e ações. Tudo a que nos referimos e ao que os clientes se referem na clínica - o que pensam, sentem, desejam, querem, esperam, e assim por diante - somente adquire significado graças às relações em que a pessoa está inserida e aos processo de ação e suplementação dos enunciados. Uma vez que “os enunciados de um indivíduo não possuem significado em si mesmos” (Gergen, 1997; 2017) e os entendimentos são produzidos relacionalmente, o ambiente terapêutico e a comunicação terapêutica tornam-se também próprios recursos de significação.

Isto posto, não há método rígido e instrumental que circunscreva uma prática de sensibilidade construcionista, dado que cada relação convida cliente e terapeuta a transitarem em caminhos diversos e específicos, criando entendimentos únicos da relação. Dizer que não

existe um método específico é garantir o entendimento de que a formalização de um método congela o significado cultural. Engessar e eleger um processo pontual que é fruto de uma relação terapêutica única e considerá-lo como algo que permanecerá ao longo do tempo é limitar as possibilidades de criação de sentido por outras pessoas em outros contextos, inseridas em outras relações. Isto quer dizer que, para fins de prática terapêutica, a porta está aberta para toda a variedade de significados culturais (Gergen & Warhus, 2001).

Neste tipo de processo terapêutico, o terapeuta é convidado a se mover através do domínio das inteligibilidades e práticas terapêuticas e adotar uma postura que seja de maior utilidade para o contexto terapêutico (Gergen & Ness, 2006). Neste caso, a comunicação terapêutica caminha por um rumo que faça sentido para ambos os envolvidos, para o que possa ser construído em conjunto na relação e que promova outras possibilidades de compreensão para aquilo que é trazido como demanda pelo cliente.

A habilidade de transitar entre vários mundos do conhecimento e principalmente de mergulhar na relação terapêutica e encontrar a linguagem que faça sentido nesse espaço é apostar que a geração de sentido é construída na relação, além de nos possibilitar explorar as nuances do nosso próprio jeito de nos relacionarmos com cada cliente. Quem somos convidados a ser nessa relação terapêutica? O que em nós aflora na conversa com esse cliente específico? Quais habilidades conversacionais possuímos para nos engajamos nas conversas que estamos sendo convidados a participar? Qual potência tem essa conversa para que possa ser transformadora?

Dessa maneira, a comunicação terapêutica de sensibilidade construcionista não direciona para um caminho específico, uma única forma de compreender o ser humano e suas questões, nem está comprometida com aspectos modernistas de cura e tratamentos. De que forma, então, pode-se considerar que o espaço terapêutico tem potência de ser transformador e gerador de novos sentidos?

A comunicação terapêutica, neste caso, nos direciona para aquilo que cliente e terapeuta conseguem produzir de novo em conjunto, através do uso da linguagem própria e dos gêneros discursivos produzidos em relação (Gergen & Warhus, 2001). Assim sendo, o processo de comunicação terapêutica, segundo Gergen (2017, p.118), “é de singular importância não apenas para os resultados da terapia, como também para a própria ideia de um mundo construído”.

Com a ideia de um mundo que é co-construído, uma comunicação que seja efetiva em qualquer relação está conectada a um leque estendido de relações, que não necessariamente estão situadas no presente, mas com todas as outras relações que fazemos e já fizemos parte, e por fim, criamos uma teia com as condições relacionais da sociedade como um todo (Gergen, 2017). Ainda segundo o autor, os entendimentos produzidos nas relações não estão alheios ao movimento, a produção de significados dentro das relações é contínua e uma comunicação efetiva em qualquer relação depende de uma gama estendida de relações, nos tornando dependentes e conectados uns aos outros.

As conversas terapêuticas não podem ser pré-definidas, uma vez que a terapia é intrinsecamente uma coordenação (Gergen, 2017) e que cada pessoa que chega ao consultório vem a partir de uma matriz de relacionamento diferente. Cada relação convida a uma forma de conversar, com metáforas que só fazem sentido com um cliente específico, gírias e expressões idiomáticas que fazem parte do rol de interpretação do cliente e assim por diante.

Desta forma, descobrimos que comunicar é conceder aos outros o privilégio do significado e ao não nos coordenarmos em torno da oferta dos enunciados, somos reduzidos ao absurdo (Gergen, 2012), pois fugiremos do escopo das inteligibilidades construídas naquele meio. A ciência da saúde mental com seu discurso do déficit e psicopatologização muito contribui para que alguns enunciados sejam entendidos como absurdos, o “diferente”, o que não se adequa ao discurso dominante e explora outras vias de se comunicar e entender o mundo,

passa a ser visto como errado, como “louco”, como doente. “Não existe sofrimento e doença mental anterior à suplementação” (Gergen, 2017, p.131). Entender o processo de geração de sentido é também se posicionar contra opressões, contra abusos e imposições.

Ao nos relacionarmos com a comunicação no contexto clínico da forma proposta, abrimos espaço para pensar que se as tradições estão enraizadas nos padrões de comunicação temos a possibilidades de que ao romper com essas tradições surgirem novas formas de compreensão das queixas, transformando os significados arraigados.

Neste sentido, romper com matrizes de pensamento, linguagem e relacionamentos estabelecidos de onde surgem o que é designado como um “problema” é um movimento que a relação terapêutica promove ao estabelecer um novo jeito de coordenar essa comunicação. Segundo Gergen (2017), o maior desafio da relação terapêutica está situado na indeterminação de que a trajetória colaborativa entre cliente e terapeuta pode transformar ou desestabilizar a matriz generativa do problema de tal forma que ele seja dissolvido, resolvido ou reconstruído.

Assim sendo, o terapeuta construcionista ao se engajar em diversas relações, vai “lapidando” seu potencial discursivo e relacional e adquirindo habilidades que o ajudam a transitar nas várias relações em que participa. Discutiremos, a seguir, o potencial que este tipo de maneira de enxergar a comunicação terapêutica tem para a prática clínica.

Diálogo transformador: aumentando a potência das conversas terapêuticas

O diálogo transformador, como apontam Gergen, McNamee e Barret (2001), pode ser entendido como uma forma de intercâmbio que consegue transformar a relação entre aqueles que se encontram envolvidos em realidades separadas e antagônicas para uma relação em que conseguem construir realidades em comum. A proposta surge a partir de reflexões sobre a estrutura de linguagem que adotamos para nos relacionar com o mundo, que pressupõe antagonismos: aquilo que é pressupõe que haja algo que não seja; aquilo que é bom pressupõe

que exista o que seja mau; e assim por diante.

Essa forma de uso da linguagem privilegia certas existências enquanto as contrárias são direcionadas para as margens. Desta maneira, para toda realidade há alteridade (Gergen, McNamee & Barret, 2001). Neste sentido, a possibilidade da ambiguidade e disparidades entre possíveis realidades acarreta o problema da diferença em nossa sociedade, criando aquilo que se torna “indesejável”. A tendência de evitar a diferença está arraigada nas tradições e com menos possibilidade de intercâmbio entre as comunidades divergentes, a consequência é de que as questões dos outros se tornem simplificadas (Gergen, McNamee & Barret, 2001), reforçando as tendências individualizantes, mencionadas anteriormente.

A proposta do diálogo transformador pressupõe que as conversas que são efetivas são aquelas que promovem formas de apreciação e, assim como Harlene Anderson (1997) enfatiza, requerem uma genuína postura caracterizada pela abertura para as bases ideológicas de outras pessoas, sejam crenças ou experiências. Neste sentido, o diálogo transformador envolve uma abertura para a diversidade, a aceitação das diferenças e a disposição de ouvir e aprender com outras pessoas. É um estilo de conversa que promove o diálogo colaborativo e tenta transcender o conflito e as hierarquias dominantes.

Não é qualquer diálogo que se categoriza dessa forma. Gergen, McNamee e Barret (2001) distinguem algumas contribuições para o diálogo transformador, sendo elas a coordenação do discurso, a auto-reflexividade e a co-criação de novos mundos. Ao coordenar os discursos, estamos nos movimentando em direção à reciprocidade da linguagem entre os participantes da conversa. Os autores distinguem um processo chamado “sombreamento semiótico”, que consiste em alterar uma palavra ou frase por algum equivalente próximo, como por exemplo, “irritação” ao invés de “raiva”, ou “tensão” em substituição a “antagonismo”. Em decurso disto, e da concepção comum de significado explanada anteriormente, partindo da premissa de que os enunciados não são, portanto, congelados em seu significado, eles estão

abertos a “matizes semióticas” que podem transformá-los em outras coisas. Desta maneira, a cada novo sombreamento surge um novo arranjo de significados permitindo exploração de interesses mútuos e possibilidades para novas aberturas para a conversa.

A auto-reflexividade aparece como forma de evitar a polarização da conversa, pois, frente ao convite ao questionamento da própria postura, há a chance de que os participantes possam abrir mão da postura de conflito, do tipo “minha opinião é essa e ponto final” e assim, abre-se possibilidade para que outras conversas possam acontecer (Gergen, McNamee & Barret, 2001). Este movimento se torna possível porque fazemos parte de múltiplos núcleos de criação de realidade, o que nos permite acessar variados recursos de significação nos tornando polivocais. Se evidenciarmos outras vozes e as trouxermos à tona em uma conversa de diferenças, caminhamos para a transformação, de acordo com os autores.

Por fim, um último recurso útil para os diálogos transformadores citado por eles é o que chamam de “co-criação de novos mundos”. Ao implicar ao processo relacional a construção colaborativa de novas realidades, “momentos imaginários” são necessários, que são aqueles nos quais os participantes se unem para desenvolver novos vislumbres de realidade. Esses momentos ajudam os participantes da conversa a transitarem de uma posição combativa para uma cooperativa, plantando as sementes da co-construção.

Este recurso é muito útil ao nos depararmos com conversas entre antagonistas, em que suspender temporariamente as diferenças e se unir em um esforço que ambos apoiam pode ser potência para que haja geração de novas realidades. Um exemplo trazido pelos autores é a união entre feministas radicais e conservadores tradicionalistas contra a indústria pornográfica, por exemplo. Encontrar opções aceitáveis mutuamente é transformar a realidade.

Assim sendo, no ambiente clínico, a potência do diálogo transformador envolve refinar a atenção ao diálogo pelo viés da curiosidade e apreciação daquilo que é dito, ampliando as compreensões dos envolvidos para uma postura colaborativa no que diz respeito aos pontos de

vista do terapeuta e cliente. É uma ferramenta que pode promover possibilidades para mudança terapêutica e, para além, auxiliar o cliente a criar recursos conversacionais em seus outros ambientes, para além do ambiente terapêutico.

Desta maneira, ao ampliar as possibilidades de escuta e suplementação, as maneiras pelas quais os envolvidos possam encontrar espaço generativo de conversa, ao não evidenciar o antagonismo, já possibilita criação de um novo espaço relacional, que não esteja circunscrito pelas diferenças. Como Gergen (2009) pontua:

Com isso quero dizer formas de diálogo que tentam cruzar as fronteiras do significado, que localizam fissuras nas realidades tomadas como certas pelas partes, que restauram os potenciais para o ser múltiplo e, mais importante, que permitam aos participantes gerar um novo domínio mais promissor de significado compartilhado. Vale ressaltar que as práticas incluídas evitam disputas precipitadas sobre o conteúdo. Em vez de conteúdo, a ênfase principal está no processo de coordenação relacional. Como sugerem essas práticas, se o processo de coordenação produtiva pode ser alcançado, os compromissos com o conteúdo são suavizados. Suavizando os limites de significado abre-se caminho para o desenvolvimento de novas realidades, racionalidades, valores e práticas. (Gergen, 2009, p.193)

Mudança terapêutica: alcançando outras realidades possíveis

Nos moldes modernos de terapia, a linguagem tradicional das possíveis mudanças inclui expressões como “eficácia terapêutica”, “resultados da terapia”, “problema”, “tratamento”, etc. A crença fundamental amparada por uma lógica médica pressupõe que alguém com um problema procure um profissional que intervenha com sua expertise e que em seguida a queixa inicial desapareça. Esse tipo de pensamento gera consequências sociais que,

ainda hoje, sustentam a visão predominante de aperfeiçoamento humano e esperança generalizada de que as profissões de saúde mental podem melhorar a qualidade de vida cultural (Gergen, 1994).

Numa perspectiva pós-moderna, como podemos ter segurança de que nossas conversas produzem transformação na vida dos clientes? Essa questão moveu e move muitos terapeutas a deixarem as práticas tradicionais de exploração e resolução dos problemas terapêuticos para trás, como sustenta Gergen (2009), quando o convite construcionista surge como uma possibilidade de entendimento de que os problemas não sejam realidades independentes de nós, mas se tornam o que são em função da maneira como negociamos essa realidade.

Assim sendo, ao invés de nos perguntarmos sobre resultados da terapia por parâmetros enrijecidos de eficácia, flexibilizamos as fronteiras do que pode ser considerado mudança terapêutica e, para além, nos permitimos olhar para como estamos negociando, em conjunto, a realidade. Desta forma, os terapeutas nada têm de significativo a dizer, a não ser que haja clientes que lhes concedam significado e estes variam drasticamente em suas maneiras de interpretação e, assim, “estamos lidando não com terapeutas e clientes, mas com ação coordenada” (Gergen, 2009).

Se nos permitimos olhar criticamente para o papel de terapeuta que temos ocupado, nos permitimos também nos sensibilizar para as ofertas de ação e suplementação que disponibilizamos aos nossos clientes. A quais conversas estamos dando continuidade? Estamos partindo de quais lugares de entendimento ao fazer determinadas perguntas? Estamos oferecendo abertura ou circunscrição dos discursos?

No movimento coordenado, o próprio processo terapêutico se torna espaço possível para mudança, se nele se engendra uma relação que amplia o acesso do cliente e terapeuta ao que estão nomeando como mudança e possíveis caminhos para alcançá-la. A transformação, portanto, está no seio das relações. A cada convite de um cliente, o terapeuta tem a

possibilidade de refinar sua sensibilidade aos contextos e ampliar seu repertório de atuação.

A potência de que a mudança terapêutica está entranhada no processo de ação coordenada entre cliente e terapeuta nos possibilita dizer que os “resultados” da terapia não podem ser definidos fora dos limites de um determinado ponto de vista, de maneira objetiva (Gergen, 2006). Assim, a terapia facilita que ao serem explorados os caminhos que possam levar à mudança, os clientes tenham possibilidade de re-contar suas histórias de vida, escolhendo novas e mais habitáveis formas de transitar entre elas (Gergen, 1999).

É preciso a recíproca favorável aos investimentos conversacionais de ambos, cliente e terapeuta, para que haja possibilidade de mudança. O terapeuta pode apostar em alguns caminhos, o cliente pode querer seguir por outros, mas a conversa só continua e a possibilidade de transformação de significados só se dá se ambos estiverem disponíveis para continuar caminhando juntos. Para o terapeuta, o que conta não é o que está ao seu alcance, como o depósito de fatos e os conceitos que possam estar por trás deles, mas sua capacidade de flexibilizar na relação (Gergen, 2017).

O processo carrega a esperança de que, de alguma maneira, a partir da turbulenta cadeia de significados, surjam as possibilidades de uma nova vida. (Gergen, 2006). A companhia do terapeuta pode ajudar os clientes a afastarem-se das formas pelas quais enquadram o mundo, em termos de crenças que giram em torno de “ou isso ou aquilo” (Gergen, 1999). Assim, a mudança terapêutica pode ser entendida a partir daquilo que os envolvidos estão chamando de mudança, mas também a partir das novas teias de significados e narrativas produzidas nesse espaço colaborativo.

A comunicação terapêutica, neste sentido, englobando as esferas especificadas do diálogo transformador e da mudança terapêutica é de fundamental importância para o processo clínico. Ao nos comunicarmos, criamos possibilidades de realidades; ao nos engajarmos em uma relação terapêutica comprometida com a concepção comum do significado, tornamos o

espaço terapêutico, ele próprio, uma potência de mudança terapêutica, convidando os terapeutas a refletirem sobre quais realidades estão sendo criadas em conjunto com o cliente.

Por fim, na última seção deste estudo, apresentaremos a visão de terapia como construção social, se distinguindo da ideia de uma terapia construcionista. Esta discussão é importante para fechar o argumento deste texto, pois evidencia um ponto de tensão no campo da prática clínica.

TERAPIA COMO CONSTRUÇÃO SOCIAL

A partir do caminho que fizemos, clarificando alguns entendimentos de Gergen sobre a clínica e o processo terapêutico, damos agora palco para uma contribuição de Gergen para a Psicologia: a noção da Terapia como Construção Social. O livro *Therapy as Social Construction* (1995/2020), editado por Sheila McNamee e Kenneth Gergen, inaugura este debate, trazendo um compilado de capítulos que evidenciam as “práticas fascinantes e potencialmente poderosas que emergiram de diversos cantos ao redor do mundo” (p.12).

Exploraremos três importantes tópicos que esclarecem a visão de terapia para Kenneth Gergen: a tensão entre a noção de terapia como construção social versus a ideia de uma terapia construcionista; as características gerais para terapias de sensibilidades construcionistas; e as possibilidades para a prática a partir de uma postura construcionista.

Terapia como construção social x terapia construcionista: ausência de modelos

A ideia de trazer diversas práticas pós-modernas de sensibilidade construcionista realizadas ao redor do mundo em um único livro reforça o debate da polivocalidade ao supor que toda e qualquer prática terapêutica tem seus próprios recursos de significação, viabilizando realidades distintas e possíveis. Mas, para além disso, enxergar a terapia como construção social é também estar atento a quais realidades estamos possibilitando nas conversas com nossos clientes, quais discursos estamos favorecendo e quais são as consequências culturais

que estamos perpetuando.

O impasse apresentado aqui está relacionado com a noção da terapia como construção social e a ideia de uma prática terapêutica construcionista. A ideia de terapia construcionista foge do propósito de entender o processo da terapia como construção social, pois pressupõe um modo específico de fazer terapia, o que vai de encontro com a própria epistemologia construcionista. Dispor de recursos linguísticos para significação do mundo é próprio de cada prática terapêutica, resultando no que possamos aqui entender como toda prática terapêutica constrói socialmente realidades. Uma terapia construcionista engessaria a pluralidade e constante transformação do campo da terapia.

Esta afirmação não exclui o fato de que exista um leque de opções de prática terapêutica de sensibilidades construcionistas. Ao não ofertar modelos prontos e instrumentalizados, Gergen não postula uma terapia construcionista, mas outros autores usam das ideias dele como justificativa para suas propostas de trabalho terapêutico. Neste sentido, temos um leque de práticas terapêuticas de sensibilidade construcionista, novas práticas que emergiram das possibilidades que Gergen traz. Este movimento é, inclusive, parte importante da noção da construção social, “os diálogos da cultura que nos rodeia não param de avançar e, se quisermos continuar a co-criar significados de forma eficaz, devemos, como terapeutas, preparar-nos para a evolução constante da forma como praticamos a terapia” (Gergen, 2009, p.113)

Os diálogos construcionistas dão preferência a quatro movimentos relevantes na terapia ou processo terapêutico (dos fundamentos à flexibilidade, do essencialismo para a consciência de construção, da especialidade para a colaboração e da neutralidade de valores para a relevância de valores). Estas propostas são inspirações para a prática, não postulados específicos que limitam e restringem a prática profissional, criando uma abordagem terapêutica. As práticas de sensibilidade construcionistas possuem uma postura que propicia que elas possam ser entendidas dessa maneira, a serem descritas a seguir.

Terapias de sensibilidades construcionistas: características gerais

Pensar a terapia como construção social e pensar na prática terapêutica desinvestida de regras universais, métodos estruturados e instrumentalizados não é deixar o processo terapêutico à mercê dos acontecimentos. Não formalizar uma estrutura, flexibilizar as potências do encontro terapêutico na multiplicidade das formas possíveis de estar ali não é ter descuido com o processo. Ao contrário, flexibilizar as fronteiras da prática é resguardar a atenção a alguns pontos específicos do processo e da postura terapêutica.

Em vários textos (Gergen & Warhus, 2001; Gergen & Ness, 2006; Gergen, 2009) estão demarcadas quatro transições importantes que transcrevem sensibilidades construcionistas para a prática terapêutica. Estas são: a flexibilidade, a tomada de consciência da construção, a colaboração e a prática investida de valores (Gergen, 2009).

A transição dos fundamentos para a flexibilidade evidencia o caráter não normativo da prática, possibilitando uma fuga das explicações totalizantes e verdades absolutas e favorecendo uma atenção múltipla para as diversas formas de dar sentido ao mundo. Deslocar-se do essencialismo para a consciência da construção é operar contra a tendência de essencialização da linguagem, sugerindo que as palavras não são representações fidedignas da realidade e reconhecendo a “verdade no contexto” (Gergen & Warhus, 2001).

Partir da especialidade para a noção de colaboração nos convida a considerar alternativas para a tradicional postura de autoridade terapêutica, cedendo espaço para uma postura colaborativa com o cliente. Questionar a neutralidade de valores e favorecer uma prática investida de valores é fortalecer o papel de ativista social, pois toda intervenção favorecerá algumas formas de vida em detrimento de outras, portanto, toda e qualquer postura clínica sustenta algum padrão, nos convidando a questionar sobre quais padrões estamos perpetuando através das conversas terapêuticas.

Essas quatro posturas que favorecem a prática abrem também caminho para que

possamos pensar cinco dimensões de mudança para a prática de sensibilidade construcionista, sendo elas: foco no discurso, na relação, ênfase polivocal, foco nas potencialidades e foco na ação. Essas cinco dimensões não aparecem como recomendações enrijecidas, mas favorecem o desenvolvimento da postura construcionista e possibilitam reflexões críticas sobre a prática terapêutica.

Partir da noção da mente para focar no discurso favorece a desindividualização dos problemas e reconhecer o uso da linguagem como ferramenta de criação da realidade potencializa as conversas terapêuticas como recurso de transformação. Concomitantemente a este movimento, está a transição do self para o relacionamento, como palco para geração do sentido no contexto terapêutico. É dentro da matriz de troca entre cliente-terapeuta que o significado evolui (Gergen & Warhus, 2001).

Favorecer a polivocalidade no processo terapêutico é abrir espaço para as múltiplas possibilidades de expandir as conversações para além dos caminhos já explorados e para as diversas formas possíveis de seguir adiante quando surge um impasse. Migrar dos problemas para as potencialidades é reconhecer que os “problemas” são dispositivos linguísticos e existem por causa dos nossos sistemas de interpretação (Gergen, & Warhus, 2001): são problemas aquilo que chamamos de problemas. Assim, no processo terapêutico, pode-se questionar essa construção social e propiciar o surgimento de outras opções discursivas, que possam favorecer outras formas de viver.

Por fim, a transição da ideia de insight para a ação preconiza a direção da transformação terapêutica para a aplicação prática em sua vida, não apenas circunscrita na conversa terapêutica. É expandir os potenciais dos entendimentos que foram co-construídos em espaço terapêutico para outras relações e desdobrando novas maneiras de estar no mundo. Como pontuam Gergen e Gergen (2012, p. 81), é “quando o cliente pode coordenar o discurso em terapia com sua vida externa que a terapia tem mais chances de sucesso”.

Essas características gerais do pensamento construcionista na clínica psicológica são base para uma profusão de práticas ao redor do mundo, que têm se desenvolvido e ampliado as fronteiras das práticas terapêuticas, tendo destaque:

A orientação dialógico-colaborativa de Harlene Anderson (2016); a Terapia Comunitária realizada por Marilene Grandesso (2014, 2015), com base na metodologia da Terapia Comunitária Integrativa proposta por seu criador, Adalberto Barreto (2008); a abordagem dialógica de Peter Rober (2017); a terapia da vida comum de Carina Håkansson (2009); a abordagem do diálogo construcionista de Gilberto Limon Arce (2012); a abordagem do questionamento sistêmico de Karl Tomm (2014); e a proposta do diálogo aberto de Jaakko Seikkula (2019) são apenas alguns exemplos. (McNamee & Gergen, 2020, p.13)

Aproximar-se daquilo que configura uma postura construcionista ao afastar-se dos enrijecimentos das técnicas é um dos grandes convites que Gergen faz aos terapeutas. A atenção dada ao processo relacional, com foco na linguagem e nas formas de conversas produzidas em conjunto oferece ao terapeuta um rol de recursos relacionais que o auxiliam a cada vez mais estar engajado nas relações em que participa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção que demos para como Kenneth Gergen construiu seu pensamento sobre a clínica nos levou a alguns caminhos específicos a partir da pergunta: como se dá o processo terapêutico para Kenneth Gergen? Os eixos temáticos que foram salientados (as influências pós-modernas na clínica, a comunicação terapêutica e a terapia como construção social) foram percebidos como as frentes amplas para a discussão do tema, pois ao tornar a discussão clínica relevante, os três temas tocam em pontos fundamentais: produção de sentido e construção da

realidade, comunicação e diálogo na prática terapêutica e o entendimento desta prática específica em si.

No primeiro deles, a discussão nos leva a entrar no universo de pensamento construcionista, evidenciando alguns pressupostos fundamentais para pensar este tipo de prática e adentrar na obra de Gergen a partir do mesmo ponto de partida. No segundo, sustentamos a noção de comunicação terapêutica e sua fundamental importância para o processo de mudança terapêutica. Por fim, salientamos a defesa de Gergen à noção de terapia como Construção Social, sendo ela própria recurso possível de significação no mundo.

A discussão ética que acompanha a construção deste ensaio envolve a pluralidade de formas pelas quais é possível atuar na clínica terapêutica. Mantendo o compromisso com uma perspectiva construcionista que nos permite aceitar como válidas as diversas vozes teóricas, somos convidados a olhar com criticidade para que tipo de conhecimento estamos produzindo em conjunto, tanto com nossos pares e com nossos clientes. Este olhar crítico nos auxilia a manter o fluxo das conversas que amparam o movimento, auxiliando na reflexão sobre quais realidades nós, como terapeutas, estamos ajudando a sustentar e qual impacto os discursos terapêuticos que adotamos têm na vida dos clientes.

A discussão sobre a clínica construcionista pela perspectiva de Kenneth Gergen é extensa e múltipla e, para a finalidade de um ensaio teórico, a tarefa se torna delicada pela necessidade de fazer recortes muito específicos em sua obra. Ao evidenciarmos alguns tópicos de discussão em detrimento de outros, estamos nós, autores, escolhendo uma forma de analisar sua obra que não circunscreve todas as possibilidades de entendimento da extensa produção de Kenneth Gergen.

Outra possível limitação deste estudo é que Gergen não oferece direcionamentos técnicos operacionais, o que pode afastar leitores que buscam esse tipo de instrução, tradicionalmente arraigados em uma perspectiva modernista. A oferta de Gergen está

direcionada para os fundamentos para a prática, modos de pensar ou postulados que sustentam uma visão epistemológica específica. A reflexão de clínica na perspectiva de Gergen oferece vocabulários que inspiram a prática e não prescrições sobre a prática terapêutica.

Em suma, a clínica construcionista por uma perspectiva de Kenneth Gergen tende a ser desindividualizante, relacional, atenta e questionadora, presente no processo e fundamentalmente implicada na produção comum de sentido. Ainda, entender terapia como construção social é também implicar o processo terapêutico como espaço possível e potente para que, a partir da experiência de vivenciar uma relação engajada no processo da construção comum, possamos ampliar nosso repertório de ação e transformação do mundo.

REFERÊNCIAS

- Anderson, H. (1997) *Conversation, language and possibilities*. New York: Basic Books
- Burr, V. (1995). *An introduction to social constructionism*. Londres: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9780203299968>
- Gergen, K. J. (1973). Social Psychology as history. *Journal of Personality and Social Psychology*, 26, 309-320. <https://doi.org/10.1037/h0034436>
- Gergen, K. J. (1994) *Realities and Relationships. Soundings in Social Construction*. Cambridge: Harvard University Press
- Gergen, K. J. (1997). Social psychology as social construction: The emerging vision. In: McCarty C., Haslam A. (eds) *The message of social psychology: Perspectives on mind in society* (pp. 113-128). Oxford, England: Blackwell.
- Gergen, K. J. (1999). *An invitation to social construction*. New York: SAGE Publications.
- Gergen, K. J. (2006) *Construir la realidad: el futuro de la psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Gergen, K. J. (2009). *Relational Being*. Oxford University Press
- Gergen, K. J. (2017) Construção Social e Comunicação Terapêutica In M.A. Grandesso (Ed.) *Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações*.

- (pp.107-142). Curitiba: Editora CRV.
- Gergen, K. J. (2019). Conhecimento Social: de segurar espelhos a criar o futuro In M.A. Grandesso (Ed.) *Construcionismo Social e práticas colaborativo-dialógicas: contextos de ações transformadoras*. (pp. 71-92) Curitiba: Editora CRV
- Gergen, K. J. & Gergen, M. (2012) Therapeutic communication from a constructionist standpoint. In Lock, A., & Strong, T. (Eds.). (2012). *Discursive Perspectives In Therapeutic Practice*. (pp. 65-82). Oxford: UOP
<https://doi.org/10.1093/med/9780199592753.003.0004>
- Gergen, K. J., & Kaye, J. (1995). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 166–185). London: Sage Publications
- Gergen, K. McNamee, S. & Barret, F. (2001). Toward a vocabulary of transformative dialogue. *International Journal of Public Administration* (pp. 697-707)
<https://doi.org/10.1081/PAD-100104770>
- 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. J. & Warhus, L. (2001) Therapy as Social Construction. in *Social Construction in Context*. (pp. 96-114) London: Sage. <https://doi.org/10.4135/9781446219645>
- Hibberd, F. J. (2005). *Unfolding Social Constructionism*. New York: Springer.
<https://doi.org/10.1007/b100254>
- 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). Rio de Janeiro: Instituto Noos.

- McNamee, S., Rasera, E. F., & Martins, P. (2023). *Practicing Therapy as Social Construction*. London: Sage Publications
- 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.ARBP2021v73i3p.39-53>
- Rasera, E. F., & Japur, M.. (2005). Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia. *Paidéia (ribeirão Preto)*, 15(30), 21–29.
<https://doi.org/10.1590/S0103-863X2005000100005>

PARTE IV

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desenvolver este trabalho e me aproximar mais ainda de uma postura de vida que para mim faz muito sentido foi muito precioso. Estudar Kenneth Gergen com toda sua generosidade produtiva, tendo sido amparada por subsídio de pesquisa, pela CAPES, foi um privilégio reconhecido. Os desafios de ser acadêmica em um momento pandêmico, com investimentos em educação sucateados foram superados, não sem dificuldade, e se transformaram neste trabalho.

A proposta de analisar a obra de um autor importante sobre a ótica de uma jovem pesquisadora é desafiadora por si só. Muitas vezes, me paralisei na escrita pelas dificuldades de me separar da leitura, de não me “enamorar” demais, de exercitar o pensamento crítico e reflexivo para produzir algo que pudesse ser relevante. O exercício de tornar-me e lapidar-me pesquisadora foi intenso e belo, ao mesmo tempo. Assim como minha filha, que há dois anos não sabia falar e hoje tagarela por todas as partes, eu entrei no mestrado não sabendo produzir academicamente e hoje saio com duas conversas distintas que, com esperança, possam produzir sentido.

A perspectiva construcionista na clínica vista por Kenneth Gergen pode ser analisada de várias maneiras, as facetas que ele apresenta são muitas. A escolha dos dois temas de artigo se propõe a englobar duas questões importantes: a perspectiva anti-diagnóstica, que abre espaço para uma crítica urgente no campo da saúde mental e a concepção da prática terapêutica pela perspectiva construcionista social, que se propõe a dialogar de uma maneira não tradicional, que endossa o discurso no qual se refere a crítica do primeiro artigo, e favorecer uma postura terapêutica relacional.

O estudo sobre esses dois assuntos pode aproximar os leitores de concepções não tradicionais de pensamento e prática terapêutica, mas também se propõe a ser uma oferta para manutenção de espaços de conversas acadêmicas que ampliam o alcance do movimento construcionista social no Brasil.

A esperança é que possamos participar da criação de futuros promissores, atuando como podemos nas relações em que participamos, para que, em conjunto, possamos construir em conjunto um mundo mais aprazível para todos. O convite que nos propomos a fazer é o de ampliar os debates e reflexões críticas sobre os discursos dominantes que estamos reproduzindo enquanto comunidade de terapeutas e de que estejamos sempre atentos aos investimentos que fazemos nas nossas práticas de trabalho.