

OHANA – TERAPIA DE GRUPO COLABORATIVA E O CONSTRUCIONISMO SOCIAL*

OHANA – COLLABORATIVE GROUP THERAPY AND SOCIAL CONSTRUCTIONISM

RESUMO: Esse artigo se baseia em um projeto de trabalho de terapia em grupo chamado Ohana* que aconteceu em um ambiente ambulatorial em um hospital psiquiátrico local. A participação dos membros do grupo na *cocriação* de novo conhecimento para uma melhor compreensão das relações humanas e a busca do bem estar comum foram examinadas através de uma investigação qualitativa, usando a metodologia de pesquisa de ação participativa. Este artigo busca gerar novas reflexões e, portanto, impactar o campo das práticas na saúde mental, em particular da terapia de família. Pode oferecer novos caminhos e compreensão dos trabalhos de terapia em grupo com indivíduos considerados doentes mentais crônicos. Além disso, ilustra como é a prática das ideias construcionistas sociais em um ambiente de trabalho em grupo, expandindo nossa consciência e aproximando nossa humanidade no tratamento de pessoas que foram diagnosticadas com doença mental.

PALAVRAS-CHAVE: terapia em grupo; construcionismo social; saúde mental.

ABSTRACT: This article is based on a group therapy work project named Ohana* that was offered at an outpatient setting by a local psychiatric hospital. The participation of group members in the *co-creation* of new knowledge for better understanding of human relations and the pursuit for communal well-being were investigated through a qualitative inquiry using participatory action research methodology. This article aims to generate new reflections and, therefore, impact the field of practices in mental health, in particular family therapy. It can offer new ways and understandings of group therapy work with individuals considered chronically mentally ill. In addition, it illustrates how social constructionist ideas practice looks like in a group therapy work expanding our awareness and bringing closer our humanity in the treatment of people who have been considered chronically mentally ill.

KEYWORDS: group therapy, social constructionism; mental health.

CELIA QUINTAS

*Ph.D., LMHC
Psicoterapeuta licenciada
10220 West State Rd. 84
Davie, FL 33324 EUA
quintasc@yahoo.com*

Recebido em: 29/08/2014
Aprovado em: 20/11/2014

Há uma longa tradição de história de descontentamento com as abordagens tradicionais dos tratamentos de saúde mental (Melucci, 1994; Orford, 2008; Revenson & Seidman, 2004; Szasz, 1974). O modelo médico, sob a influência da psiquiatria e das empresas farmacêuticas, dominou a forma pela qual o sofrimento e a angústia das pessoas têm sido conceituados. Consequentemente, o estigma, o medo e a desmoralização, associados ao diagnóstico e ao tratamento das doenças mentais, têm moldado as lentes pelas quais a sociedade enxerga e, portanto, cuida das pessoas com histórico psiquiátrico. As pessoas que experimentam dificuldades emocionais, tais como a solidão ou a dúvida ou as que perderam a habilidade de dar sentido aos hábitos da vida comum e compartilhada, são frequentemente condenadas ao ostracismo, medicadas e deixadas com alto grau de vergonha, fracasso e culpa, além dos efeitos colaterais dos medicamentos que lhe são prescritos. Entretanto, há uma abordagem alternativa baseada em ideias construcionistas sociais e práticas colaborativas na terapia que desafia a ideia da doença mental, uma abor-

* O projeto Ohana foi um projeto de pesquisa de três anos concluído e apresentado pela autora em abril de 2012, sendo a dissertação final do Ph.D. na Terapia de Família e de Casal – Nova Southeastern University, Fort Lauderdale, Flórida, Estados Unidos.

dagem que busca dar outra forma aos relacionamentos entre os profissionais da saúde mental e as pessoas diagnosticadas com doença mental grave. Isso pode ser feito mudando-se o foco do diagnóstico dos sintomas para a busca do ressignificado da criação da experiência das pessoas, ampliando o conhecimento ao identificar as influências culturais, políticas e sociais em seus comportamentos. Essa abordagem especial de conceituar a doença mental pode ajudar indivíduos a recuperar a personalidade e a resgatar a dignidade na vida dessas pessoas consideradas doentes mentais.

Este artigo descreve minha experiência de trabalho em um pequeno hospital psiquiátrico particular, num programa ambulatorial intensivo, onde eu era a facilitadora de um grupo de psicoterapia para pessoas diagnosticadas com doença mental grave. Nosso grupo era formalmente chamado de *Reconexões*, mas seus membros participantes o conheciam como *Ohana* e adotaram esse apelido para o nosso grupo. *Ohana* significa *família* em havaiano. Alguns dos membros do grupo vivenciavam ativamente a psicose apesar de tomarem muitos medicamentos que eram entregues diariamente nos centros de assistência onde eles viviam. Os membros frequentavam o grupo de três a quatro dias por semana por quatro horas, para se unirem em conversas que eram convites sociais para terem mais entendimento sobre o que estava acontecendo em suas vidas. Os pacientes que frequentavam o *Ohana* tinham sido diagnosticados com doença mental crônica através de avaliações psicossociais e uma avaliação psiquiátrica antes de serem admitidos em nosso grupo. A maioria tinha sido hospitalizada várias vezes, por longos períodos, em instituições psiquiátricas antes de virem para a nossa institui-

ção. Os pacientes também haviam se deparado com sérias restrições socioeconômicas, além das perdas emocionais, e receitados com múltiplos medicamentos psicotrópicos que, muitas vezes, colaboravam com a inabilidade de participarem diretamente do nosso trabalho em grupo.

A COCRIAÇÃO DE UMA COMUNIDADE: NOVAS FORMAS DE ESTAR NO MUNDO

O grupo *Ohana* foi uma iniciativa de dar às pessoas diagnosticadas com uma doença mental crônica um sentido de pertencer a um ambiente seguro em comum – um local para eles irem, sentirem-se aceitos e também responsáveis juntos comigo na construção de uma cultura de paz da qual todos nós nos beneficiaríamos. Isso se tornou uma desafiadora negociação que acontecia rotineiramente a partir do momento em que eles eram pegos pelas vans em suas residências e durante nossos processos em grupo e na comunidade local. Em um trabalho anterior em um centro de saúde mental comunitário, eu testemunhei como os serviços de saúde mental podem perpetuar o sentimento de inadequação e ampliar a deficiência nas vidas das pessoas diagnosticadas com doenças mentais crônicas. Quando encontrei algumas das pessoas pela primeira vez, depois que se tornaram membros do grupo *Ohana*, testemunhei a experiência de se sentirem deslocados e esse sentimento era semelhante ao que eu já tinha visto previamente. Eles chegavam com um diagnóstico de doença mental crônica e ainda assim eram mandados para casa por não satisfazerem os critérios para os tipos de grupo em vigor naquele momento no ambulatório. Entretanto, dessa vez me senti

capaz de mudar. Fui rapidamente até a diretora do programa e dividi com ela algumas das ideias que eu tinha, a fim de incluí-los em nossa comunidade. Duas semanas mais tarde, estávamos formalmente convidando-os a participar como membros do grupo Ohana.

Trabalhei como facilitadora das conversações do grupo e propus atividades para uma média de 12 pacientes. Cada vez que tínhamos que nos apresentar a um novo membro do grupo, Eve, um dos participantes, gostava de dizer: “No Ohana ninguém é esquecido e ninguém é deixado para trás”. Essa postura se manifestou desde então e permaneceu a cada vez que iniciávamos uma reunião do grupo em que alguém estava ausente, por exemplo. Também se relaciona com a maneira como a participação de cada um era prestigiada. As ideias e os sentimentos eram convidados, não desconsiderados ou deixados para trás. A contribuição de cada um tinha o potencial de trazer consciência, conhecimento e mais entendimento.

Eve, o “pequeno príncipe”, muitas vezes inspirou a mim e o meu trabalho. Ele foi eleito o porta-voz do nosso grupo, apesar de seu problema de fala, e era visto como um dos mais participativos no grupo de conversação. Ele sempre tinha ideias para compartilhar e opiniões para dar. As suas características estranhas como as mãos deformadas, com dedos grudados e a fenda palatal exacerbavam a beleza e inspiradora sensibilidade de sua pessoa e a riqueza criativa de sua mente. Ele pedia atenção e seus desafios desencadeavam discussões vívidas e momentos de aprendizado para todos nós. Em vez de se isolar devido ao diagnóstico mental, como ele tinha feito no passado, no Ohana ele encontrou espaço e ofereceu pontos de partida estimulan-

tes para muitas de nossas explorações. Conosco, suas ideias não eram confirmações de sua estranheza e diagnóstico de sua doença mental. A presença de Eve deu voz a muitas das questões dentro de nosso grupo e aprendemos juntos a colaborar na criação de respostas que eram significativas e originais. Aprendemos a explorar o que nos levava a formular perguntas e a apreciar a noção de que alguém se beneficia não somente das nossas respostas, mas também do tipo de perguntas que aprendemos a praticar. Os membros do grupo aprenderam a ficar bem sintonizados à maneira que falávamos e nos relacionávamos uns com os outros. Portanto, pudemos criar um ambiente em grupo no qual nós não reencenávamos, através de nossas interações, o abandono e o desrespeito aprendidos e perpetuados através das experiências passadas.

Minha presença no grupo ilustrava um papel ativo propositadamente, uma vez que eu participava, facilitava, dividia, interpretava e aprendia, como qualquer outro membro do grupo. Frequentemente eu recordava aos membros do grupo de que suas experiências na vida adicionadas às minhas e combinadas com minha experiência clínica criavam ingredientes saborosos para a *sopa de conhecimento* que criamos através de nossas conversas. A sopa de conhecimento era a metáfora do convite aos membros do grupo: ao conversarmos no grupo, eu os lembrava de seus papéis em nossas atuações e nossas ações juntos, enquanto dialogávamos. Seguidas vezes eu os convidava a imaginar de que havia um caldeirão no centro de nosso círculo, que nós mexíamos com nossas ideias, sentimentos, palavras, ações uns com os outros assim como ingredientes e que éramos todos, inclusive eu, nutridos por ele. Assim se

estabeleceu na prática o nosso vínculo com o conceito de responsabilidade social nos temas que explorávamos, palavras e ações que trazíamos uns para os outros.

Szasz (1974) enfatizou que as pessoas diagnosticadas por comportamentos problemáticos não precisam necessariamente apresentar quaisquer patologias físicas para serem consideradas doentes pelo médico. Entretanto, eles podem violar as normas sociais, morais, éticas e legais, ditadas pelas expectativas sociais estipuladas por normas dominantes, criadas para conformidade social. Em tais casos, a aparente doença mental não é uma doença, mas um status social. “Contemporaneamente, como um hábito social, a descoberta de uma doença mental é feita ao se estabelecer um desvio no comportamento de certas normas legais, éticas ou psicossociais” (Szasz, 1960, p.115). Além do mais, de acordo com Levine, Perkins e Perkins (2005), algumas formas de tratamento de saúde mental colocam os problemas exclusivamente dentro das fronteiras do indivíduo, enfatizando a culpa e o isolamento, dispensando os componentes políticos e sociais do conceito de doença mental. Além disso, Levine e outros chamam a atenção às consequências de se restringir nosso entendimento a explicações individualistas dos problemas das pessoas. Eles enfatizaram:

As profissões de saúde mental em geral e a psiquiatria em particular contribuíram para a incidência dos problemas de saúde mental, ao se confirmar e auxiliar no reforço das normas sociais existentes. Ao definir saúde mental separadamente das condições sociais, a profissão tirou a atenção das questões sociais que estavam na raiz do comportamento

anormal para começar (Levine et al, 2005, p.63).

O programa Ohana convidava pessoas diagnosticadas com doença mental crônica a se tornarem mais responsáveis ao gerar um ambiente que permitia a re- e a co- criação de suas identidades sociais. Nós aumentávamos nosso senso de comunidade com o propósito de gerar nossa responsabilidade social, enfatizando a importância de compreender e falar sobre nossas experiências de uma maneira relativa, encorajando o senso de interconectividade em todos.

O processo que acontece na vida das pessoas diagnosticadas com doença mental grave diminui suas capacidades de notar a influência deles nas vidas de outros. Se as pessoas são consideradas doentes, essa incapacidade pode invalidá-los socialmente. Normalmente não se espera que eles experimentem sentimentos, compartilhem emoções, ou manifestem afeição com a maioria das outras pessoas. Muitos dos serviços de saúde mental oferecidos atualmente à comunidade são abrigados em instituições ou locais guiados pela visão dominante da psiquiatria e seu diagnóstico de conceito individualista do comportamento humano. Dalton e outros (2001) enfatizou “Em vez de preservar linhas rígidas de especialidades entre os profissionais de saúde mental e seus pacientes, trata-se de encontrar formas nas quais as pessoas com enfermidades possam ajudar umas às outras, ou que possam ser capazes de assumir maior autonomia no gerenciamento de suas vidas” (p. 9). Como resultado, uma mudança no sistema provoca uma revisão nas suposições das pessoas envolvidas, impactando nas construções sociais e criando mudanças além do indivíduo. Anderson (1997) descreveu como o

movimento pós-moderno nas ciências sociais ilustra a forma como estamos nos movendo, de uma postura estagnada, desconectada, hierárquica, unidirecional e linear para uma que é lateral, que abraça a união, que respeita os contextos de sistemas e múltiplas perspectivas, promove o diálogo e expõe nossa necessidade um do outro. A linguagem do tratamento tradicional e predominante não permeia nem expressa as preferências daqueles com diagnóstico mental, por confiar em relacionamentos, respeito e seus desejos de compartilhar ideias, mostrar afeição e falar o que têm em mente. Serve principalmente para manter o que lhes tem sido dito sutilmente: “Eu te vejo e te escuto como um doente mental.”

Em nosso grupo de trabalho, nos importávamos com as formas que escutávamos as histórias e interpretações de cada pessoa, tentando não insinuar vergonha ou medo às ideias e às esperanças de alguém que estavam sendo expressas no grupo. Alguns membros do grupo tinham dificuldades de juntar seus pensamentos e nós gradualmente aprendemos a esperar em silêncio, como se pudéssemos quase ver a criação de um pensamento na mente de alguém. Melhoramos a noção de que a contribuição e a participação de cada um eram importantes para o grupo. No processo, nos conectamos com a cura em alguns momentos, em minutos de silêncio e paciência.

Quando eu tinha curiosidade sobre algum assunto em particular, e era eu quem estava guiando/convidando o grupo para uma área específica de exploração ou de dinâmica de grupo, pedia para refletirem sobre o que eles achavam que tinha me inspirado a fazer tal convite. Essa minha prática ilustrava um esforço contínuo para tornar visível e elevar a importância do conhecimento que trazíamos para

o grupo e os novos entendimentos que criávamos juntos. Anderson (1997) elaborou sobre o conhecimento, o indivíduo, a linguagem e a terapia de uma perspectiva moderna e como essas forças interagem e podem ser interpretadas de uma forma diferente através de uma visão pós-moderna do comportamento humano. Na tradição moderna, “o conhecimento é representativo de um mundo objetivo, existindo independentemente da mente e dos sentimentos (...) e é universal e cumulativo” (Anderson, 1997, p. 30), e a linguagem é somente uma representação. A metáfora da mente humana como uma máquina similar a um computador (Anderson, 1997) confinado dentro de um indivíduo autônomo e a visão do ser humano como um observador independente da realidade nos retrata como sendo ricamente autossuficientes. Nosso papel de autoridade distante e poderosa é manifestado na forma como interagimos com nosso ambiente, acreditando que ele esteja constantemente disponível para o explorarmos, usarmos e jogarmos fora. Do ponto de vista moderno, os relacionamentos baseados em dinâmicas hierárquicas são criados e mantidos para dar suporte ao status. Alguns ditam normas e as formas corretas de estar no mundo, possuindo privilégios sociais, educacionais, econômicos e políticos; outros são, por consequência, subjugados e colocados em uma posição submissa de seguidores passivos, receptores de conhecimento. Anderson (1997) nos alertou que o profissional de saúde mental, como representante do discurso social e cultural dominante, “é o conhecedor da história humana e de como essa história deve ser” (p. 31). O processo de terapia, de acordo com Anderson, pode perpetuar o silêncio e a opressão ao colocar o terapeuta no papel de *espe-*

cialista superior das vidas dos clientes, avaliando e apontando para suas limitações e inconformidades e lhes deixando como meros atores de um texto diagnóstico. De acordo com Anderson, “os rótulos profissionais e culturais classificam e identificam as pessoas; eles não falam sobre eles” (p. 33). Por outro lado, o movimento pós-moderno oferece diferentes focos e possibilidades.

McNamee (1992) discorreu sobre a orientação moderna e pós-moderna à terapia e diferenciou o foco único de cada uma dessas tradições. Na visão modernista) a terapia é uma oportunidade para uma conversa racional sobre o problema através de vários modelos e métodos, com a intenção de trazer à tona a essência do indivíduo – através de observações sistemáticas e comparações – e formar conclusões. “Apesar de essas abordagens terapêuticas variarem, todas elas compartilham o foco na racionalidade do indivíduo, nas técnicas de observação e na crença no progresso” (McNamee, 1992, p.191). O pós-modernismo, por outro lado, é marcado pelo foco na linguagem e em como as pessoas interagem no processo de construção de suas realidades. Além disso, ele convida à abertura no resgate de uma pluralidade de perspectivas – algumas que foram previamente silenciadas ou ignoradas. Essa mudança nas tradições representa uma progressão do indivíduo como um único gerador de eventos para um ponto de partida relacional e comunal, na busca pelo entendimento de qualquer situação, em nossas formas de falar, de fazer perguntas e de nos posicionarmos diante uns dos outros. Consequentemente, uma abertura de multiplicidade de proposições para possíveis respostas podem se tornar disponíveis para nós, como pontos de exploração infinitos. “Como contextos

interativos particulares privilegiam uma forma de discurso, enquanto outros contextos dão oportunidades para vários discursos diferentes? Esta é uma questão pós-moderna” (McNamee, 1992, p. 191).

LENTE COLABORATIVAS: NOVAS PRÁTICAS NO “ESTAR-JUNTOS” DO TRABALHO DE TERAPIA EM GRUPO

O trabalho em grupo Ohana foi uma ilustração de como as práticas colaborativas e os esforços conjuntos das pessoas proporcionam um senso de pertencimento e união. Essas práticas, por sua vez, podem ser bastante influenciadoras na promoção do bem-estar e na oferta de esperança por melhores formas de entendimento da complexidade da vida. Além disso, nossas práticas de trabalhos juntos deram evidência da melhoria do bem-estar do indivíduo que tinha sido diagnosticado com doença mental grave e procurava se libertar dos rótulos e do estigmas associados a tal diagnóstico. Nossas conversações criaram um ambiente onde os sintomas e suas manifestações foram colocados em segundo plano de nossas rotinas diárias. As sessões de terapia em grupo focavam nos cenários da vida que se tornaram convites para assumir identidades preferidas no seu permanente processo de construção, através do qual nós interagimos e contribuímos com as vidas uns dos outros. “Não há ninguém escondido para ser interpretado. Nós ‘revelamos’ nós mesmos a cada momento de interação através da narrativa contínua que mantemos uns com os outros” (Lax, 1992, p. 71). Nossas conversações nas sessões de grupo eram geradas pelos eventos que aconteciam no grupo ou na comunidade local e eles eram trazidos à atenção do grupo

pelos seus membros. Nossas experiências desses eventos eram contadas em nossas reuniões.

De acordo com Cecchin (1992):

A expressão de nossa experiência através dessas histórias molda ou forma nossas vidas e nossos relacionamentos(...)através do mesmo processo de interpretação dentro do contexto das histórias que entramos e as que são invadidas por outros. (p.98)

Os tópicos de nossas conversações no grupo variavam de: relacionamentos à autoconsciência em seu contexto social; dinâmicas de família; sentimentos; sistemas sociais; estima social; experiências passadas, tanto boas quanto ruins; abuso; trauma e histórias de sucesso. Qualquer assunto era bem-vindo. Esta prática, baseada nas ideias construcionistas (Anderson, 1997; Gergen, 2001, 2006; Gergen&Gergen, 2008), nos libertou para usar o horário do grupo como uma espaço infinito de escuta e expressão, de possibilidades para conversações. Em nossos diálogos, nós prestávamos atenção às formas em que articulávamos nossas ideias, como “as palavras que usamos – assim como os nomes que nos damos uns as outros – são usados para dar continuidade aos relacionamentos. Não são fotos do mundo, mas ações práticas no mundo” (Gergen & Gergen, 2008, p.15).

As possibilidades oferecidas pela metodologia de pesquisa-ação participativa (PAP), que incluem desafiar o *status quo* das práticas opressivas que mantêm grupos marginalizados sob escrutínio e controle (Chenail e outros, 2007), atenderam às minhas expectativas como uma forma de pesquisar esse projeto. Além do mais, seu foco em atender o conhecimento lo-

cal, contextualizando e favorecendo a linguagem e as experiências dos participantes (Chenail, George, & Wulff, 2007), encontrou o critério no qual o grupo de trabalho Ohana foi desenvolvido em um projeto de pesquisa. A metodologia de pesquisa-ação intensifica a ação e a geração de novo conhecimento no qual os atos de conhecimentos atuados, interagindo e participando juntos são indivisíveis no processo de pesquisa (Reason & Bradbury, 2001). A pesquisa-ação “é unicamente possível *com, por e pelas* pessoas e a comunidade” (Reason & Bradbury, 2001, p.2). Essa metodologia de pesquisa me permitiu usar minhas próprias reflexões no processo de desenvolvimento da pesquisa e na atuação, como uma participante ativa do grupo, facilitadora, colaboradora e pesquisadora desse projeto. Também ofereceu acesso ao leitor da pesquisa com um melhor entendimento das nossas experiências em grupo trabalhando juntos, o impacto dessas experiências em relacionamentos já estabelecidos, bem como novas maneiras que aprendemos a adotar na intenção de criarmos possibilidades mais relacionais, respeitadas e sustentáveis para o bem-estar e a saúde. O grupo Ohana e a metodologia PAR dividiram traços em comum, ambos como processos sociais e participativos, práticos, colaborativos, emancipatórios e críticos, almejando transformar teoria e prática.

Os membros do grupo foram convidados a compartilhar como as circunstâncias sociais, políticas, econômicas e culturais na comunidade como um todo os tinham afetado e a aprender uns com os outros sobre o impacto que causam nas vidas das pessoas, como eles tinham gerenciado suas vidas e as formas possíveis de mudá-las. Nós promovemos maior

entendimento, a prática da solidariedade e o sentido de responsabilidade social e comunal. Também houve tendências antigas aprendidas de isolamento, medo e vergonha que nosso trabalho em equipe buscava mudar. Fomos encorajados a compartilhar uns com os outros nossos momentos mais ameaçadores, quando vozes secretas permeavam nossas mentes e ameaçavam nossos sentimentos se tornando opressivas. Estávamos uns com os outros e promovíamos conforto e segurança. Essas práticas nos deram caminhos de emancipação para nos relacionar com nossas memórias, emoções e, portanto, uns com os outros. O projeto de pesquisa do grupo Ohana pode ser a ilustração de como as teorias de saúde mental podem ser aplicadas e como elas podem desafiar a forma tradicional e dominante na qual os profissionais de saúde mental têm tentado tratar as pessoas diagnosticadas com doenças mentais graves. Essa abordagem pode oferecer um convite para examinar nossas práticas e possíveis mudanças se conduzirmos esses relacionamentos para incluir o trabalho e o entendimento, estando e sendo uns com os outros. Como articulado por Giddens (1979): “Todo ator social sabe muito sobre a condição de reprodução de uma sociedade na qual ele ou ela faz parte (p. 5)”.

AS VOZES DOS PACIENTES E LINGUAGEM COMO AÇÕES

Gergen e Gergen (2008) nos lembraram que a linguagem expõe nosso desempenho como pessoas no relacionamento uns com os outros, nos reconstruindo a cada momento que nos encontramos. “Em um sentido mais amplo, podemos dizer que como nós nos comunicamos uns com os ou-

tros, construímos o mundo em que vivemos” (Gergen & Gergen, 2008, p.11). A linguagem pode criar novas realidades e manter tradições antigas. As formas pelas quais as experiências humanas são expressas pela linguagem ilustram e sustentam as relações de poder e de privilégio, enfatizando profissões tais como a psiquiatria e a psicologia, promovendo certos valores, favorecendo ideologias dominantes e guiando as formas de ser uns com os outros no mundo (Gergen, 1996). No Ohana, éramos cuidadosos e vigilantes da linguagem que usávamos para falar uns com os outros. Os pacientes eram convidados a refletir sobre quais práticas estávamos promovendo ao falar e prestávamos atenção para ver se nossas formas de nos relacionar através da linguagem estavam coerentes com os tipos de pessoas que estávamos continuamente tentando nos tornar. A íntima relação entre linguagem, realidade e ação era propositada e abertamente trabalhada em grupo.

Durante as conversas em grupo, eu apresentava histórias alternativas como contribuições às histórias igualmente válidas que os pacientes contavam; juntos, nós cocriávamos novos caminhos de entendimentos e de fala sobre assuntos diferentes. Conversávamos na medida em que alimentávamos nossa consciência e apreciação dos pontos de vista e das ideias de cada membro do grupo. Dessa forma, uma gama de possibilidade se tornou disponível. Consequentemente, a velocidade rápida dos pensamentos e das ideias, a necessidade de levantar e andar em círculos nervosamente enquanto buscamos uma ideia ou palavra e a geração espontânea de uma pergunta aparentemente fora do assunto foram contribuições valiosas, abraçadas e consideradas como pontes de conexão entre os membros do

grupo. Como resultado desse momento de aceitação, não ficou esquecida a participação de nenhum dos membros do grupo e qualquer movimento na direção da expressão da experiência tinha o potencial de se tornar um diálogo e um convite para a criação de histórias e oportunidades de aprendizado. As iniciativas dos membros do grupo para elevar suas presenças não eram minimizadas, nem descontadas exclusivamente como manifestações de sintomas psiquiátricos. Além disso, eu costumava colocar as anotações que escrevia durante nossas conversas no centro da mesa dentro de nosso círculo. Minha intenção era oferecer aos pacientes a oportunidade de revisar nossas conversas, aprender mais através dos comentários que eu tinha escrito sobre nosso processo no grupo e verificar a veracidade de seus comentários nas anotações de progresso que eu mais tarde documentaria em seus gráficos médicos. Eu também gostava de reler para o grupo algumas partes do que eles tinham compartilhado. Esta era outra forma de convidar à consciência, ao notar a contribuição dos membros do grupo através da escuta de suas próprias ideias pelo som de minha voz. Eu sempre lhes pedia para compartilhar porque eu fazia aquilo e o que eles achavam que estava informando a minha ação, como uma forma de instigar a maiores reflexões, enfatizar suas contribuições às minhas formas de pensar, facilitar os diálogos e convidá-los a interpretar nossas conversas. Nós praticávamos a transparência em nossos encontros e nas contribuições de cada um para o grupo. Esse conceito de reunião manifestou-se em nossa experiência de estar uns com os outros e, ao estarmos juntos, testemunharmos a cada momento o desempenho da vida de cada um e o nosso próprio.

O grupo Ohana enfrentou momentos de dificuldade quando alguns dos membros do grupo escolheram participar e elaborar formas que pareciam não fazer sentido para o resto dos participantes. Entretanto, o grupo aprendeu sobre as práticas de *escuta respeitosa* e entendeu os benefícios de presenciar sua própria voz e sentimento sendo ouvidos por outros, experimentando o respeito. Andersen (1992) levou essa ideia à frente ao apresentar o conceito de “copresença”, que se refere à habilidade de uma pessoa sentar quieta, permanecer em respeito e silêncio, totalmente presente e celebrando simplesmente o estar com o outro. Como Andersen propôs: “Será que é esta a nossa mais significativa contribuição: escutar a quietude de uma pessoa com problema pensando? (p. 63)”.

Eu sempre lembrava o grupo sobre a importância da aceitação total. Ao fazer isso, eu tentava derrubar quaisquer muros de vergonha, quaisquer possibilidades de comportamento recursivo de perpetuação das experiências prévias. Eu ficava alerta para não alimentar e manter vivas as experiências passadas, servindo unicamente como lembranças, quando a singularidade e as dificuldades tinham sido consideradas meramente sintomas psiquiátricos. Como Gergen (2001) articulava: “Nós todos podemos concordar que há algo incomum sobre o comportamento de um indivíduo, mas por que devemos supor que a comunidade de clínicos e psiquiatras está correta em chamar isso de doença mental e que as categorias de DSM são mapas desse mundo?” (p. 12). Essa ideia era simplesmente realizada em grupo, supondo que havia sempre algo a ser aprendido uns com os outros. Nós *cocriamos* ideias, realizando o conhecimento que continuamente construímos durante nosso trabalho em grupo.

Houve momentos em que os membros do grupo engajavam-se em conversas que eu achava difícil seguir e eu expressava isso claramente, tornando minhas dificuldades públicas e perguntando aos outros membros do grupo se o que um deles dissera lhes fazia sentido. Essa co-elaboração do nosso processo de trabalho em grupo frequentemente se traduzia em um convite para outro membro do grupo usar a referência e então elaborar, resgatando sua contribuição de um eco na solidão para um chamado ao diálogo. De acordo com Becvar, Canfield e Becvar (1997): “Ninguém sabe nem pode prever qual história fará sentido para cada membro do grupo (p. 116)”. Minha transparência também se tornou um convite para outros membros do grupo entrarem nessa fértil dança do diálogo, compartilhando com o locutor ou resgatando um pensamento, ideia ou sentimento que poderia ter sido perdido e sua fecundidade desperdiçada. Esse conhecimento comum que recriamos continuamente tornou-se alimento para cada um de nós e constantemente o adicionávamos com nossas conversações à nossa sopa de conhecimento.

Como parte do grupo, frequentemente lembrava-os de nossa responsabilidade social e de nossa necessidade de sermos responsáveis pelo progresso das conversações, do trabalho e do crescimento do grupo. Eu facilitava nossos encontros e eles os conduziam. Os construcionistas sociais McNamée e Gergen (1999) propuseram a ideia de responsabilidade relacional como uma postura que assumimos ao falarmos. A ideia em nosso grupo era de que iríamos reproduzir nossas histórias através de lentes relacionais em vez de em termos individuais. Ao conversar dessa forma moldamos a maneira de falar uns com os outros,

atendendo aos relacionamentos vívidos manifestados entre nós, ao interagir em conversas. Além disso, nosso processo em grupo tornou-se parte de um convite gradual para pessoas influentes que tínhamos internalizado e incorporado através de nossas jornadas de vida, a participar de nossos diálogos. Nossa intenção era tornar presente em nossos diálogos uma multiplicidade de inteligibilidades que aprendemos a reconhecer como colaboradoras às pessoas que estávamos nos tornando. Gergen (2009) afirmou que “no processo de fluxo relacional, geramos significado durável juntos em nossas condições locais, mas ao fazer isso inovamos continuamente em formas que são sensíveis à multiplicidade de relacionamentos que engajamos” (p. 46). No Ohana, nos distanciamos do discurso tradicional da culpa pessoal, movendo-nos para o discurso no qual nossas vozes se uniam na busca por melhores formas de agir, relatando e entendendo nossos processos de ser, de viver e de crescer.

Eu também sempre convidava os pacientes a participarem fazendo perguntas uns aos outros. Quando alguém estava compartilhando um evento, uma memória, um sonho ou um desejo, eu pedia para o grupo fazer perguntas. O ato de fazer perguntas se tornou um ponto de conexão para todos nós, uma vez que nos engajávamos e nos preparávamos uns para os outros, tornando-nos acessíveis e disponíveis para o grupo através da preparação e execução das perguntas. Eu costumava convidá-los ao ato de perguntar, lembrando o potencial que essa dinâmica nos oferecia, como instrumento para despertar inteligências adormecidas. De acordo com Becvar *et al* (1997): “As perguntas são usadas tanto para desconstruir quanto para criar histórias” (p.116). Estar atento ao

relacionamento íntimo entre a influência da pergunta e as aberturas para maiores conversas e entendimentos que essas podem gerar permitiu-nos ser criativos e curiosos. Gergen e Gergen (2008) nos lembraram de uma das principais características do construcionismo social, uma vez que nos alertava continuamente a manter a postura de curiosidade e respeito uns com os outros. Nós exploramos como e o que cada um de nós decidiu trazer para o grupo baseando-se não somente em nossas versões de eventos ou experiências passadas, mas também em nossas tradições culturais. “Algo aconteceu para eles, mas para descrevê-lo precisaria ser representado de um ponto de partida cultural específico – em uma linguagem particular (Gergen & Gergen, 2008 p. 11)”.

Eu convidava os pacientes a se tornarem inquisitivos na busca por melhores entendimentos dos pontos de vista de um membro do grupo e a serem mais perceptíveis a quais influências estávamos favorecendo ao escolher certos assuntos em vez de outros, conseqüentemente atendendo a formas de comportamentos em particular em vez de outras ou nos instigando a estar presentes e ouvir o compartilhamento de outros. Os pacientes eram lembrados de que eles estavam constantemente exercendo seus direitos de escolher a cada movimento que faziam no grupo, incluindo quando não havia nenhum, pois às vezes alguns pacientes estavam cansados ou totalmente inabilitados pelos efeitos diretos dos medicamentos e portanto inaptos a participar das atividades do grupo. Em geral os acontecimentos e escolhas que aconteciam no grupo eram feitos atentamente. Votávamos em decidir se deixaríamos um membro do grupo cansado tirar uma soneca durante a reunião do grupo e o gru-

po discutia sobre se todos achavam aceitável que alguém decidisse não participar das conversas dizendo simplesmente “passo.” Qualquer caminho que um membro do grupo escolhesse trilhar, criava uma pausa para reflexão para o resto do grupo, incluindo o silêncio e a ausência presente como efeito dos remédios e o meu convite para levar assuntos para votação ou outras dinâmicas de grupo que eu apresentava. Gergen e Gergen (2008) propuseram:

Nós nos tornamos curiosos sobre quais tradições específicas são honradas ou não questionadas e cujas vozes são silenciadas ou suprimidas?(...)Queremos necessariamente abraçar essa forma de construir o mundo e o futuro que ela que criará para nós? (p.26).

Às vezes, eu perguntava literalmente essa ideia ao grupo e outras vezes, de forma mais sutis. Minha intenção era elevar o nível de consciência e de respeito uns pelos outros e por esse conhecimento que nós estávamos em processo de construir e que nos atraía para nos encontrarmos no dia seguinte. Dávamos segurança e conforto uns aos outros e éramos lembrados constantemente das possibilidades de sermos pessoas melhores e criarmos as mudanças adequadas aos nossos propósitos de melhorar nossas vidas. No grupo, elaboramos sobre as nossas formas de estar e nos perguntamos se a forma que estávamos desempenhando nosso momento uns com os outros estava consistente com as pessoas que queríamos nos tornar ao nos unirmos em busca de maior entendimento e uma vida melhor dentro das reuniões do grupo e na comunidade. Shotter (1993) nos convidou a refletir sobre como moldamos as atividades uns dos

outros e as formas de ser na presença do outro, pelos tipos de perguntas e assim pelos diálogos que geramos, como redes invisíveis moldando e nos conectando interminavelmente.

O PAPEL DO RÓTULO E O RESGATE DA DIGNIDADE

Uma das principais características de nossas conversas no grupo era a ênfase ao não diagnóstico ao conversarmos. Se o que os pacientes compartilhavam fosse considerado somente material clínico para o propósito de preencher as expectativas e avaliações dos rótulos, nós teríamos perdido o valor sobre o que nos uniu no início, nossa busca por dignidade e respeito e a importância e sentido de pertencimento. Além disso, teria mantido o que já nos era conhecido.

Tenho testemunhado como os discursos diagnósticos estão embutidos em nossos entendimentos de saúde mental e como eles dominam as formas como falamos sobre as experiências emocionais e as dificuldades uns dos outros. Essa abordagem pode até facilitar a comunicação entre aqueles que dão tratamento e dar algum senso de tangibilidade para as pessoas que experimentam certas manifestações. Porém, discursos diagnósticos também representam um sério risco, pois podem levar à criação de um muro de palavras e ideias, limitando um maior entendimento, prevenindo a construção de significados e inquestionavelmente isolando as pessoas. A vida após o diagnóstico formal de saúde mental pode ser contada como uma mistura de culpa, medo, mistério, vergonha e ressentimento. Portas giratórias de hospitais se tornam palco de inter-

mináveis danças coreografadas de admissões psiquiátricas e tratamentos ambulatoriais.

O diagnóstico psiquiátrico dado mais cedo nas vidas dos participantes do grupo Ohana tinha se tornado quem eles eram e também a única forma que eles tinham disponível para falar sobre suas experiências. Através de uma linguagem deficiente, expressando e definindo deficiências de si (Gergen, 2010; Gergen, Hoffman, & Anderson, 1996;), rótulos de doenças mentais assumem a identidade da pessoa e esta é roubada por um sistema que, a partir de então, dita quem a pessoa é. Isso poderia ser chamado de roubo de identidade. No entanto, se rótulos de doença mental crônicos podem remover o potencial dos indivíduos manifestarem e empregarem suas crenças, sonhos e aspirações, estreitando a vida a um caminho de conformidade com os grupos de comportamento, no Ohana, os rótulos se tornaram então irrelevantes, propositalmente negligenciados, denunciados e desmistificados. Então, tentamos excluir práticas que reduziam a sintomas a riqueza da diversidade nas formas que manifestamos a criatividade, a imaginação e as formas únicas que falamos e comunicamos nossas ideias e expressamos nossos sentimentos. Ficamos atentos para denunciar como a linguagem podia perpetuar limites e silenciar através de um discurso de deficiência e normalidade. O projeto de trabalho do grupo Ohana permitiu-me trabalhar com pessoas consideradas doentes mentais crônicos em um ambiente de terapia em grupo e gerar um relacionamento entre as ideias de construcionismo social, saúde mental, justiça social e um desejo imperativo de resgatar a dignidade.

REFERÊNCIAS

- Andersen, T. (1992).** Reflections on reflecting with families. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 54-68). London, England: Sage Publications.
- Anderson, H. (1997).** *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. New York, NY: BasicBooks.
- Becvar, R. J., Canfield, B. S., & Becvar, D. S. (1997).** *Group work: Cybernetic, constructivist and social constructionist perspectives*. Denver, CO: Love Publishing Company.
- Cecchin, G. (1992).** Constructing therapeutic possibilities. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 86-95). London, England: Sage Publications.
- Chenail, R., St. George, S., & Wulff, D. (2007).** Action research: The methodologies. In P. L. Munhall (Ed.), *Nursing research: A qualitative perspective* (pp. 447-461). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Dalton, J. H., Elias, M. J., & Wandersman, A. (2001).** *Community psychology: Linking individuals and communities*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Elden, M., & Levin, M. (1991).** Cogenative learning: Bringing participation into action research. In W. F. Whyte (Ed.), *Participatory action research* (pp. 127-142). Newbury Park, CA: Sage.
- Gergen, K. J. (2001).** *Social construction in context*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gergen, K. J. (2006).** *Therapeutic realities: Collaboration, oppression and relational flow*. Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Gergen, K. J. (2009).** *Relational being: Beyond self and community*. New York, NY: Oxford University Press.
- Gergen, K. J. (2010, August 1).** *The self: colonization in psychology and society*. Retrieved from http://www.swarthmore.edu/Documents/faculty/gergen/The_Self_Colonization_in_Psychology_and_SocietyThe_Self_Colonization_in_Psychology_and_Society1.pdf
- Gergen, K. J., Hoffman, L. & Anderson, H. (1996).** Is diagnosis a disaster? A constructionist triologue. In F. W. Kaslow (Ed.), *Relational Diagnosis* (pp.102-118). New York, NY: John Wiley & Sons.
- Gergen, M. & Gergen, K. J. (2008).** *Social construction: Entering the dialogue* (2nd ed.). Chagrin Falls, OH: Taos Institute Publications.
- Giddens, A. (1979).** *Central problems in social theory. Action, structure and contradiction in social analysis*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (2003).** Participatory action research. In N. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.), *Strategies of qualitative inquiry* (pp 336-396). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Lax, W. D. (1992).** Postmodern thinking in a clinical practice. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 69- 85). London, England: Sage Publications.
- Levine, M., Perkins, D., & Perkins, D. (2005).** *Principles of community psychology*. New York, NY: Oxford University Press.
- McNamee, S. (1992).** Reconstructing identity: the communal construction of crisis. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.). *Therapy as social construction* (pp. 186-199). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- McNamee, S., & Gergen, K. (1999).** *Relational Responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Melucci, A. (1994).** A strange kind of newness: What's "new" in new social movements? In E. Larana, H. Joohnston, & J. R. Gusfield (Eds.). *New social movements: From ideology to identity* (pp. 101-130). Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Orford, J. (2008).** *Community psychology: Challenges, controversies and emerging consensus*. West Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Reason, P., & Bradbury, H. (Eds.). (2001).** *Handbook of action research: Participative inquiry and practice*. London, England: Sage.
- Revenson, T. A. & Seidman, E. (2004).** Looking back and moving forward. In Revenson *et al.* (Eds.). *A quarter century of community psychology: Readings from the American Journal of Community Psychology* (pp. 3-31). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Revenson, T. A., & Schiaffino, K. M. (2000).** Community-based health interventions. In J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of community psychology* (pp. 471-493). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- Scheff, T. (1966).** *Being mentally ill*. Chicago, IL: Aldine Publishing Company.
- Shotter, J. (1993).** *Cultural politics of everyday life*. Toronto, Canada: University of Toronto Press.
- Smith, D. B. (2007).** *Muses, madmen and prophets: Rethinking the history, science and meaning of auditory hallucinations*. New York, NY: The Penguin Press.
- Szasz, T. S. (1960).** The myth of mental illness. *American Psychologist*, 15, 113-118.
- Szasz, T. S. (1974).** *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct* (Rev. ed.). New York, NY: Harper & Row.