

A PSICOLOGIA SÓCIO-HISTÓRICA DENTRO DO CONTEXTO CLÍNICO-TERAPÊUTICO

Valdenor Machado Sena¹
Thiago Silva dos Santos²

RESUMO

Neste trabalho se faz um estudo sobre o que foi a clínica tradicional e tece críticas ao modo como ela foi organizada, uma vez que diversos pontos dela estão distantes da realidade da maioria da população brasileira, e partindo de uma pesquisa bibliográfica aponta para a psicologia sócio-histórica como um caminho a seguir para se diminuir esta distância e se criar uma clínica que esteja realmente sintonizada com a nossa sociedade, bem como minimamente preparada para as demandas que surgem de contextos que não são tão focados nas abordagens clássicas. E faz críticas ao modelo já bastante antigo focado somente em tratar a patologia já estabelecida em vez de prevenir seu surgimento, modelo esse que nas pesquisas se mostraram universais e que infelizmente ainda norteia muitos terapeutas. E por fim sugere uma conciliação entre a clínica e abordagem sócio-histórica, uma vez que a clínica sempre existirá e as críticas proferidas pela psicologia sócio-histórica não visa seu fim, mas seu aprimoramento uma vez que ao lidar com seres humanos, principalmente no tocante a suas patologias e demandas psíquicas levar em consideração seu meio sócio-histórico se faz uma obrigação.

Palavras chave: Psicologia sócio-histórica; Clínica; Subjetividade

ABSTRACT

In this work a study is made on what was the traditional clinic and criticizes the way it was organized, since several points of it are distant from the reality of the majority of the Brazilian population, and starting from a bibliographical research points to the psychology partner - historical as a way forward to narrow this gap and create a clinic that is truly attuned to our society as well as minimally prepared for the demands that arise from contexts that are not so focused on the classical approaches. And criticizes the already old model focused only on treating the pathology already established instead of preventing its emergence, a model that in the researches have proved universal and unfortunately still guides many therapists. And finally, it suggests a conciliation between the clinic and socio-historical approach, since the clinic will always exist and the criticisms made by socio-historical psychology do not aim at its end, but its improvement since in dealing with human beings, especially in the regarding their pathologies and psychic demands take into account their socio-historical milieu becomes an obligation.

Keywords: Socio-historical psychology; Clinical; Subjectivity

¹ Discente do Centro Universitário Luterano de Manaus, Manaus, AM, Brasil. Email: spawn.battousai@gmail.com

² Orientador, Ser\UNINORTE- Manaus- AM- Brasil. Email: thsantos90@gmail.com

INTRODUÇÃO

Este artigo, que foi requerido pela disciplina Estágio V do curso de Psicologia, surgiu após discussões em sala relacionados à clínica e em como o clínico deveria ter uma visão biopsicossocial de seus clientes, ou pacientes dependendo da abordagem, e no modo como nossos psicólogos ainda insistem em olhar o ser humano somente pela ótica de suas respectivas teorias não levando em conta outros fatores que poderiam ser extremamente significativos para a terapia, uma vez que ser humano não está limitado aos fenômenos internos. E é impossível falar de terapia sem falar de clínica.

A clínica dentro da psicologia é a aplicação mais famosa para a pessoa leiga, e está enraizada no imaginário popular a ideia do psicólogo como um profissional que atende exclusivamente numa sala trancada cujo atendimento acontece em um divã ou sentado numa poltrona frente ao paciente- ou cliente- onde as pessoas externam suas demandas e sofrimentos.

Embora não tenha somente esta aplicação um número considerável de acadêmicos ainda enxerga na clínica seu único objetivo profissional, e para alguns teóricos essa faceta está em crise, pois segundo Teixeira (1997) a necessidade de uma aceitação científica e as diversas abordagens conflitantes acabaram por criar uma área de conhecimento com buracos na qual cada abordagem os fecha segundo suas teorias e na qual existe pouca integração entre elas.

E dentro desse contexto de discórdias teóricas surgiu a Psicologia sócio-histórica que segundo Bock (2001) tinha como um dos seus objetivos perceber o ser humano além dos determinismos das abordagens de então bem como estudar não só o conceito psicológico interno, mas também o contexto social e histórico do sujeito.

Neste cenário este artigo, a partir de uma pesquisa bibliográfica e aplicando o método comparativo conforme mostrado por Fachin (2005), busca-se checar o quanto as demandas sociais, históricas e mesmo espirituais são levadas em conta dentro da prática clínica-terapêutica bem como tecer críticas aos estereótipos que muitos terapeutas utilizam que acabam por reduzir o ser humano a um mero diagnóstico esquecendo totalmente de princípios que norteiam a profissão de psicólogo clínico: a empatia para com o outro. E também evocar que trabalhar o ser humano significa fazer intervenções, de acordo com as condições disponíveis, no meio social do paciente, pois no sentido prático não adianta

trabalhar o interno se o externo, que fomenta ou mesmo vem a causar a patologia, segue inalterado.

A clínica tradicional e seus “vícios”

O conceito de clínica na Psicologia foi utilizado primordialmente por Witmer em 1896 ao referir-se aos processos e técnicas a serem utilizados em crianças com deficiência física ou mental, e esta psicologia clínica tinha, segundo a cultura da época, a função de reajustar o deslocado e adequá-lo à sociedade (TEIXEIRA, 1997). Assim se percebe que a clínica psicológica estava simbioticamente ligada à medicina e ao ideal de tratar os males psíquicos que davam mostras visíveis e não em tratar males internos ou diminuir o sofrimento, e essa visão se arrastou pelo início do século XX chegando ao seu ápice após o fim da Segunda guerra mundial onde ocorreu um grande avanço tanto em termos de acréscimo de conhecimentos quanto de respeitabilidade perante a sociedade, porém este avanço veio acompanhado de diversas distorções e de certa indefinição perante esta mesma sociedade de qual seria seu real campo de conhecimento (TEIXEIRA, 1997).

A psicologia desse contexto ainda era como no final do século XIX focada na patologia e nos comportamentos vistos como desviantes com o intuito de fazer o indivíduo retornar a cumprir seu papel social, foco esse exposto de maneira bem direta nas palavras publicadas pela American Psychological Association em 1935 ao definir qual era o objetivo da psicologia clínica:

Definir capacidades e características de comportamento de um indivíduo através de testes de mediação, análise e observação, integrando esses resultados e dados recebidos de exames físicos e histórico social, fornecer sugestões e recomendações, tendo em vista o ajustamento apropriado do indivíduo (MEIRAS, 1987, pág. 186)

Essa concepção focada em tratar o mal e não em promover saúde resiste ao tempo. Moskovics & Calvetti (2008) apontam uma causa para isso acontecer são os cursos superiores que só focam nas técnicas biomédicas, no caso da psicologia somente na sua abordagem clássica, e deixam de lado os valores da saúde coletiva. E ainda afirma que os profissionais formados neste meio têm uma forte tendência a ter uma postura higienista e até mesmo autoritária no que se refere ao manejo com os pacientes.

Outra problematização presente na psicologia deste período era ela ficava muito presa a apenas aquilo que era observável crítica bem mostrada nas palavras de Vygotsky (1987, pág. 86):

Enquanto uma ciência continuar mergulhada no estudo das manifestações externas das coisas, permanecerá no nível empírico e não será ciência no verdadeiro sentido da palavra. O mais triste de tudo nessa situação é que nosso conhecimento não só não se ergue ao nível de uma verdadeira ciência, mas, na verdade, leva-nos a conclusões e inferências falaciosas. Isso vem do fato de que a essência das coisas não coincide diretamente com sua aparência e aquele que julga as coisas unicamente com base em suas manifestações incidentais faz julgamentos errôneos e inevitavelmente chega à falsas noções a respeito da realidade que está estudando e a falsas instruções práticas quanto a como agir sobre essa realidade.

Outra ideia que resiste ao tempo é a ideia que o psicólogo clínico só atende em consultórios, segundo Nicolaci-da-Costa (1989) também aponta a Academia como geradora deste modo de pensar, pois no decorrer do curso acaba-se por preconizar a formação de um psicólogo que irá trabalhar num consultório particular ou em um hospital ignorando quase que por completo as outras áreas de atuação da clínica.

Além disso, este mesmo teórico critica o pensamento “importador” no qual foca se muito em material teórico estrangeiro, que não se aplica totalmente em nossa realidade, ao passo que o conhecimento produzido no Brasil ou mesmo na América Latina é quase que ignorado, produzindo a falsa sensação de que basta o aluno terminar a graduação que ele estará completamente apto para atuar como psicólogo clínico.

Ana Bock (2001) reforça essa ideia de uma clínica fora do alcance da maioria da população brasileira. Segundo esta autora a clínica trabalha regida por uma ideologia liberal, que para ela é ilusória, pois leva a crer que o ser humano é capaz de superar a tudo por seus esforços e anseios pessoais desconsiderando totalmente a historicidade bem como os fatores sociais, e que a própria formação em psicologia acaba por alimentar esse pensamento elitista e individualista ao deixar o acadêmico longe da realidade da maioria da população e não o preparando adequadamente para lidar com ela.

Essas críticas que Bock bem como outros teóricos da psicologia sócio-histórica fazem ao modelo liberal, não devem ser direcionadas apenas a ele, pois, o praticamente extinto modelo socialista também não mostrou grandes diferenças em relação a seu rival - o capitalismo - no que se refere a prática da clínica.

Neto (1984) afirmou após uma viagem a Cuba, que apesar de toda a fachada de revolucionária a psicologia local nada mais era do que a repetição do modelo focado na patologia e que só visa restabelecer o desviante ao seu papel social. Também teceu críticas ao modo como o governo tinha controle total sobre a vida dos cidadãos se tornando uma espécie

de “superego coletivo” e criticou as diversas questões psicológicas que o materialismo dialético não era capaz de responder o que fica bem claro nas suas palavras:

Com o passar do tempo fui percebendo o quanto o materialismo dialético era cego a certas questões humanas, como a questão do desejo - o homem marxista define se pela necessidade-e a questão do inconsciente - a teoria marxista está apoiada na consciência (de classe) [...]. Um país onde o diálogo, a democracia, as singularidades tornam-se nesse sentido variações de um único tema e onde as subjetividades são produzidas pela máquina do Estado como em qualquer potência capitalista (Neto, 1984, pág. 187).

Esse cenário também é citado por González (2001) após analisar o contexto soviético. A psicologia nesta sociedade era inferiorizada uma vez que suas teorias nem sempre estavam de acordo com a visão de mundo do Partido comunista, que se utilizava do materialismo histórico para explicar qualquer assunto referente ao social. A medicina por sua vez tinha uma visão biologista, cuidava de tudo que fosse referente ao físico e do psicológico, que era área de atuação da Psiquiatria, assim quase nenhum espaço restava para o estudo das subjetividades, que não era bem vista pelo Estado, uma vez que este tinha como base ideológica uma crença numa igualdade total e assim a psicologia que se ocupava deste fenômeno era vista como “burguesa” e nestas condições não é de se admirar que parte da obra de Vygotsky tenha caído no ostracismo após a sua morte.

Essa situação vai contra uma das origens da psicologia sócio-histórica que são as ideias de Lane (1984) que enxerga o ser humano como um ser dinâmico que tem anseios que são moldados pelo exterior, mas que também tem uma singularidade interna, o que pode ser percebido que não acontece nas sociedades socialistas uma vez que todas as formas de pensar e agir devem estar alinhadas com o Estado. Dentro desta realidade a psicologia foi reduzida a uma mera ajudante que trabalha para perpetuar o status quo.

Então como uma alternativa a todo esse modelo, a psicologia sócio-histórica se aplicada a clínica, pode ajudar a reverter essa padronização e a mera busca por enquadramento social por uma psicologia mais humana e mais próxima da população, porém os desafios de mudar este quadro têm de ser feitos desde a origem dos psicólogos.

A psicologia sócio-histórica, suas aplicações clínicas, sua ausência na terapia e os “vícios” da academia.

A psicologia sócio-histórica tem grande potencial de aplicação dentro da clínica já que tratar o ser humano sem levar em conta seu meio histórico-social é negar um meio excelente de compreensão de sua vida, porém sua aplicação é bastante negligenciada e a terapia peca em levar muito pouco em consideração fatores externos. A Academia ainda se preocupa muito pouco em dar uma visão mais prática e social aos seus alunos, o que dificulta fazer uma clínica acessível para todos, em vez disso acaba por preconizar e fomentar um tipo de atuação que olha somente os contextos descritos nas abordagens clássicas, o que acaba alimentando diversos outros “vícios”.

E dentro da perspectiva sócio-histórica ainda se critica a falta de conhecimento das singularidades e das mazelas presentes em nossa sociedade e a clínica focada só em diagnosticar e tratar patologias, que não dá o devido espaço para uma compreensão não-patológica dos usuários da terapia nem de suas subjetividades. Outro ponto que deu origem à psicologia sócio-histórica foi a necessidade de se aplicar conceitos materialistas-dialéticos dentro da psicologia e Vygotsky pode ser considerado seu primeiro teórico.

Vygotsky era contemporâneo da Revolução Russa e quando ela triunfou formando a URSS, foi imposto o seguinte princípio para todas as formas de ciência: de que ela deveria estar engajada em debelar algum tipo de mau presente e mostrar resultados concretos e, uma vez que este teórico sempre tentou adaptar o marxismo a Psicologia de modo científico e não meramente superficial, não lhe ocorreram tantas dificuldades em adaptar suas ideias ao novo regime e essa situação ajuda a compreender a origem de muitas das suas pesquisas que visavam não só males próprios de seu país, como o analfabetismo, mas também males universais como o tratamento de crianças com retardo mental (JOENK, 2002; GARCIA, 2001).

Este autor afirma que todos os processos psíquicos devem ser vistos como uma constante metamorfose e a tarefa do psicólogo seria a de encontrar a gênese, e a partir dela, mapear todo o percurso que foi a formação do comportamento e da consciência, e este fenômeno tem não apenas uma história, mas também mudanças tanto de natureza qualitativa quanto quantitativa (VYGOTSKY, 1984, 1989a).

Outra contribuição notável deste autor foi a de estabelecer o papel da linguagem e da fala, pois ao estudar o desenvolvimento infantil percebeu que a fala é tão necessária ao aprendizado quanto os olhos ou as mãos (VYGOTSKY, 1989a). E esse princípio tem uma aplicação que vai além da Pedagogia, uma vez que na clínica é através da fala que o indivíduo

externa suas demandas e que diversos males ocorrem justamente pelo fato de o indivíduo não conseguir verbalizar suas sensações e seus sentimentos.

A fala é segundo Aguiar (2001) é uma expressão da subjetividade interna do sujeito, embora ela seja uma expressão parcial dela, e colocando dentro do contexto clínico-terapêutico, é dever do terapeuta perceber o que está além daquelas falas para então montar seu plano de intervenção, uma vez que aquilo que é indiretamente dito muitas vezes é muito mais relevante para a terapia que dito diretamente.

Vygotsky fez um estudo da subjetividade humana, e a partir delas chegou à conclusão que o ser humano além de biológico é também cultural e histórico, e que essas facetas têm impacto na sua vida psíquica e todo esse contexto gera uma série de variáveis que não são facilmente fechados em um roteiro clínico-terapêutico (Joenk, 2002). Diante disso inevitavelmente nos depararemos com a seguinte dúvida: como o terapeuta deverá proceder ante a subjetividade humana?

Lima e Carvalho (2013) podem ter uma resposta: o psicólogo deve agir como um mediador no processo de subjetivação, ou seja, um auxiliador que aponta possíveis soluções de demandas que o indivíduo sozinho não consegue perceber ou resolver ou pode ainda a mediação do terapeuta ser vista como uma aplicação das funções superiores.

E uma das maneiras de se intervir dentro da perspectiva sócio-histórica sem violar a subjetividade do indivíduo é a utilização da arte. Macedo (2012) afirma que ela um excelente método para se sensibilizar e agregar mais conhecimento ao ser humano, e que todas as formas de arte são válidas nesse processo de externalização de demandas e dá ao indivíduo a chance de exercer, bem como de expor a sua subjetividade.

Diante de tudo isso então por que se vê pouca influência da psicologia sócio-histórica no contexto clínico-terapêutico? Um dos motivos apontados para a não utilização da perspectiva sócio-histórica está a carência de conhecimentos da obra de Vygotsky já que grande parte da sua obra só se encontra no idioma russo e as autoridades de seu tempo entraram em atritos com o autor devido as críticas que este fez a burocracia soviética e proibiram sua obra, e por sua vez as traduções para outros idiomas acabaram por eliminar conceitos nitidamente marxistas o que resultou em textos e teorias incompletas (RATNER,1995; OLIVEIRA, 2015). Essa mutilação de texto acaba tendo uma conotação fortemente ideológica e nada científica e o ensino como um todo perde quando a ideologia fala mais alto que a ciência, e toda essa situação faz com que a obra de Vygotsky ainda seja

pouco conhecida a fundo em nossa sociedade, e dentro dela ele é um autor conhecido muito mais pelo que os outros falam sobre ele do que pelas suas próprias obras.

E Oliveira (2015) também aponta ainda como outro motivo para o pouco desenvolvimento da abordagem sócio-histórica quando voltada para a clínica o desinteresse por parte dos pesquisadores, seja em desenvolver adaptações, seja em desenvolver técnicas e metodologias para possíveis intervenções dentro dessa abordagem. E a origem desse desinteresse pode vir justamente da onde deveria ser seu motor propulsor: a Academia.

Gonçalves e Bock (1996) criticam a Academia por ainda estudar e clinicar o ser humano sem levar em conta aspectos sócio-históricos. Ou seja, ela forma pesquisadores e clínicos que querem estudar e tratar as pessoas como se suas mentes não fossem afetadas por nenhum fator exterior e como se as pessoas pudessem viver num eterno estado de introspecção. Ou ainda pior, ao aprofundar em teorias deterministas a Academia acaba deixando de lado a empatia e passa a lidar não mais com humanos e sim com autômatos, na qual as abordagens funcionariam como manual de instruções infalíveis.

E ainda nesta crítica cabe o pensamento de Teixeira (1997) na qual ele critica a Academia por ter uma formação muito técnica e voltada para a clínica, e que esta formação é focada muito mais em tratar um mal já estabelecido do que em prevenir e promover saúde para as pessoas, não tendo na prática diferença nenhuma daquele modelo higienista que vigorava em meados do século XIX.

Então dado toda a amplitude que é fazer uma clínica psicológica realmente acessível para todos, o psicólogo deve, além de conhecer o meio social em que vai trabalhar, saber deixar de lado alguns preceitos que aprendeu na academia e que não são aplicáveis e se focar para enxergar o ser humano que vai atender, não meramente um diagnóstico.

Diálogo entre a clínica tradicional e a psicologia sócio-histórica.

Até aqui se verificou certa animosidade entre conceitos clássicos e as ideias de modificação e popularização propostas pela psicologia sócio-histórica, porém não é este o objetivo deste trabalho, uma vez que sempre haverá espaço para a clínica tradicional fechada. A questão aqui não é acabar com os consultórios particulares nem provocar divisões no interior da profissão e sim romper com práticas que impedem o psicólogo de realmente exercer sua função em plenitude que é trabalhar para reduzir o sofrimento humano.

Segundo Moreira et al (2007) o que fomentou a busca por conhecimento social e causou a saída do psicólogo de seu consultório fechado foi encontrar meios para se lidar com as subjetividades e as novas formas de adoecimento, ações impossíveis de se fazer sem um conhecimento da realidade social.

Ainda segundo estes autores percebeu-se que nas últimas décadas houve um aumento na busca pelos serviços do psicólogo nas mais variadas áreas que não o consultório e a psicologia se abriram um pouco para pessoas que não faziam parte da elite que era tradicionalmente atendida por ela. O resultado disso é um grande desafio que é trilhar caminhos nunca antes percorridos bem como lutar para que as políticas públicas incluam a psicologia no seu leque de ações.

Ainda é herdada da clínica tradicional a ideia que política e prática clínica são duas entidades sem nenhuma relação entre si, o que acaba sendo um grande absurdo, pois toda a intervenção feita na vida de um indivíduo que produza algum resultado é em suma um ato político, e rompendo com esse pensamento Benevides de Barros e Passos (2004) afirmam que o psicólogo deve trabalhar não só os aspectos próprios da clínica mas também articulá-la com a política para que se tenha uma ação mais abrangente.

E uma vez que se tem a política trabalhando a favor se pode finalmente começar a entender e trabalhar demandas que tem origens totalmente sociais, pois não são só os fatores internos que podem vir a causar sofrimento psíquico, mesmo por que mesmo que seja interno este sofrimento sempre vai ter algum impacto social, e vale dizer político, situação essa bem exposta nas palavras de Gondar (2006, pág. 126): "Neste sentido as questões com as quais a clínica [...] se defronta são inevitavelmente políticas mesmo quando as questões surgem no seio da família, numa escola ou mesmo numa relação amorosa"

A questão dos estereótipos e da patologização dentro da clínica.

Sempre quando se inicia uma terapia se faz uma entrevista e se faz a anamnese com o objetivo de se montar algum tipo de diagnóstico, essa prática que é vital para um atendimento pode ter um efeito colateral muito prejudicial para o paciente que é quando aquele sujeito deixa de ser visto como um ser humano, que possui todas as facetas ligadas à subjetividade, e passa a ser apenas um diagnóstico, ou ainda igualmente nocivo é quando no decorrer da terapia o paciente relata alguma situação ou crença, que são totalmente válidas em seu meio social, na qual o terapeuta começa a ver uma mostra de patologia embora nenhum

dano, talvez aquela crença ou situação seja o que mantenha o indivíduo dentro da realidade, haja no aspecto pessoal ou social.

Essas situações ainda comuns têm origem numa formação muito ideológica e nos muitos estereótipos existentes na clínica.

O estereótipo é uma imagem não totalmente verdadeira, porém difundida socialmente em relação a algo ou alguém. Allport (1954) que fez um dos primeiros estudos sobre preconceitos e discriminação afirmou que o estereótipo tem um papel adaptativo uma vez que ele torna mais simples a percepção social para algum objeto ou pessoa.

Este processo segundo Bernardes (2003) também tem um lado bastante perverso para as pessoas que são vítimas do estereótipo que acabam por sofrer alguma exclusão social que não permite que suas singularidades sejam respeitadas e lhe negando seus direitos morais e em alguns casos até os legais, e ele exemplifica isso ao citar o caso de pessoas desconhecidas serem automaticamente vistas como perigosas pelo simples fato de serem negras. Aliás, sob essa perspectiva negativa é que a grande maioria das pessoas conhece o termo estereótipo.

Obviamente se colocarmos sob a perspectiva sócio-histórica ou mesmo da psicologia social veremos que a ideia de estereotipar alguém é contestada. Furtado (2001) afirma que “a realidade é constantemente elaborada, tanto em suas bases materiais quanto em suas bases valorativas” (pag. 91). Pensamento bastante semelhante ao de Lane (1984) que apresentou o hoje clássico conceito de “o homem em movimento” que é ao mesmo tempo produto e produtor de sua história.

Segundo esses princípios chega-se a conclusão de que, embora tenham a sua aplicação na vida prática, os estereótipos acabam por criar uma imagem falsa ou fazem parecer que uma parcela é uma totalidade. Pois se homem, seu grupo social ou até a própria sociedade estão sob mudanças constantes que valor terá uma rotulação fixa?

Tomemos de exemplo o que foi citado anteriormente neste trabalho: Nicolaci-da-Costa (1989) afirma que os novos psicólogos saem da academia com a ideia de trabalhar em consultórios particulares ou na área hospitalar, uma visão estereotipada ao ver esse contexto diria que todo psicólogo que se forma vai buscar unicamente essas duas aplicações. Porém Moreira et al (2007) mostra que muitos psicólogos partiram para atendimentos na rede pública ou foram produzir pesquisas dentro do ramo social, logo a visão estereotipada de que a psicologia somente se aplica no meio particular cai por terra.

Este pequeno exemplo, que mostra quão dinâmica é a profissão de psicólogo, revela o quanto valores hoje tidos como concretos e totais logo podem tornam-se relativos, parciais ou mesmo desaparecerem. Sabendo disso se analisa agora o porquê de estereótipos se fazerem presentes dentro da clínica.

Perucchi et al (2001) afirma que a Psicologia tem por base os princípios éticos relacionados aos direitos humanos e a preservação da subjetividade de cada um, logo não seria sensato tentar colocar a subjetividade pessoal dentro de um padrão no qual enquadraríamos todos os seres humanos que procuram a clínica, pois isto seria uma agressão a subjetividade deste indivíduo, surge daí então uma dúvida por que então terapeutas insistem em observar apenas um diagnóstico e não a pessoa?

Uma das possíveis explicações é uma forma de pensamento denominada Essencialismo psicológico, que pode ser compreendido como, segundo Fleury & Torres (2007, pág.478) como: “Crença que objetos naturais e sociais são detentores de essências ou naturezas que fazem deles o que eles são. Como tal, constitui uma forma de pensamento que auxilia o processo de categorização e formação de estereótipos”.

Nessa linha de pensamento, que se assemelha muito aos determinismos clássicos que a psicologia sócio-histórica tanto critica, uma pessoa vai agir sempre conforme o seu grupo natural ou de acordo com situações de sua natureza interna, o que apaga o valor da subjetividade ou da dinâmica homem-sociedade. Um exemplo disso dentro da clínica: um paciente que tem um diagnóstico de ansiedade relata a seu terapeuta que está tendo problemas em seu casamento, se este seguir essa linha de raciocínio vai sempre fazer ligações dos seus infortúnios conjugais com sua patologia e não vai dar ou mesmo vai desconsiderar outros fatores que nesse contexto poderiam ter origem social, financeira dentre outras.

Outra possível causa para esta estereotipação é segundo Ratner (1995) a pressa em se fechar um diagnóstico, pois, ao invés de se fazer uma análise mais profunda de todo o quadro psicológico do paciente, muitos profissionais optam por fazer uma categorização superficial baseada nos sintomas observáveis, o que é bastante imprudente uma vez que um mesmo sintoma se faz presente nas mais variadas moléstias.

E essas moléstias, as neuroses bem como as psicoses apesar de todo o contexto interno que leva ao seu desenvolvimento sempre acabam por ter algum fator ligado ao social do sujeito em sua origem, porém a própria definição do que é uma neurose ou psicose sofre ação da subjetividade, pois um comportamento que em um meio social é visto como uma

mostra de doença mental em outro pode ser enxergado como comum ou até mesmo sagrado. Cenário esse bem resumido nas palavras de Ratner (1995, pág.207). “Todo o ato pode ser ou não psicótico, dependendo do caráter sociopsicológico”.

Muitos terapeutas movidos por convicções ideológicas tendem a patologizar comportamentos e manifestações de origem religiosa ou cultural, desrespeitando o paciente e colocando dentro da clínica uma situação que Bock (2001, pág. 25) problematiza:

A psicologia não tem sido capaz de [...], falar de vida das condições, [...] sociais e culturais nas quais se inserem os homens [...] fala-se de psicológico sem falar do cultural e do social. Na verdade, não se fala de nada. Faz-se ideologia.

E levando em conta o que a mesma autora define como ideologia se pode afirmar que a exclusão de elementos socioculturais da clínica é uma ideologia uma vez que oculta uma parte da realidade. E aqui se encaixa o pensamento de Chaui (1981) que afirma que a ideologia se faz presente quando ideias particulares se tornam universais, o que no contexto clínico-terapêutico pode ser entendido como quando um grupo de terapeutas que possuem aversão a determinadas manifestações culturais se utilizam da psicologia para negá-las ou mesmo patologizá-las.

Um exemplo de ideologia bem clássico dentro da psicologia pode ser o de Freud (1980) quando este afirmou referindo-se a religião, cuja origem segundo ele teria surgido com um placebo para o medo da morte e demais situações que o homem primitivo não conseguia lidar, muitos terapeutas hoje utilizam esse conceito dedutivo para justificar sua aversão a elementos socioculturais dentro da clínica.

Tomemos como um exemplo essa mesma religiosidade, elemento muito relevante ao se analisar o meio social brasileiro, um contexto no qual se faz presente diversas situações que rompem com a realidade comum tal como visões, chamados de Deus, incorporações, feitiços dentre outras coisas que segundo Ratner (1995) não são vistos como desviantes dentro do contexto em que aquele indivíduo vive e a sua fé acaba sempre por dar uma explicação que naquele meio são completamente aceitáveis.

A ideia por trás da ação de estereotipar ou patologizar determinado comportamento ou crença do paciente surge a partir da ideia de superioridade em relação ao paciente que o Essencialismo psicológico acaba gerando. Essa situação pode ser explicada deste modo: o terapeuta é um ser “são” que tem o poder de decidir que comportamento é ou não patológico tomando por base unicamente sua abordagem enquanto que o paciente é o “doente” no qual

tudo que ele relata é diretamente relacionado à patologia que o terapeuta acredita que ele tem. Essa situação elitista se choca frontalmente com as ideias de Vygotsky (1989b, pág. 71) quando este afirma que:

A diferença entre uma pessoa doente e uma normal não é tanto o fato de as leis da vida mental terem sido violadas na mentalmente doente [...]. Ao invés disso, as pessoas normais têm as mesmas coisas que a mentalmente doente: delírios, desconfianças, delírios de referência, ideias obsessivas, medo, etc. Mas o papel disso tudo, a hierarquia de todo o sistema é diferente.

Quando se leva em consideração o cenário sociocultural a hegemonia daquilo que se pode considerar como uma patologia ou qualquer outra manifestação psíquica pode ser abalada, pois nem sempre o modelo do que a clínica nos mostra é o mais adequado para remediar determinadas situações. Vejamos um exemplo: um paciente vai à clínica se queixando de insônia, sensação de sufocamento e dores de cabeça fortes e afirma que a origem desses males são um feitiço que fizeram contra ele, embora exista diversas explicações plausíveis para essa situação nas mais diversas abordagens, existe grande possibilidade de este paciente não as aceitar pois este está convicto da origem de seu mal. Em uma situação como essa são muito úteis as colocações de Peres et al (2007) ao relatar que cabe ao terapeuta dirigir a terapia para dentro daquele contexto tomando cuidado para não se aprofundar demais, o que seria antiético, nem o menosprezar, o que seria um desrespeito para com o paciente.

Adentrando numa situação mais extrema que seria o acolhimento de uma pessoa com alguma psicose se pode perceber o quanto que tanto o estereótipo quanto o desprezo pela cultura do paciente podem levar o indivíduo a ter uma piora no seu quadro.

Em primeiro lugar se deve salientar o que é a psicose na visão sócio-histórica. Ratner (1995) afirma que a base da psicose são relações sociais conflituosas no qual o indivíduo se vê sem apoio social e por causa disso se abriga num mundo imaginário, porém não consegue este intento uma vez que este mundo é associal, e sem as limitações vindas do meio social as funções psicológicas ficam totalmente desorganizadas e incontroláveis.

Este mesmo autor ressalta que o terapeuta deverá se ocupar em conhecer o meio social daquele paciente, sua família, sua casa, sua rotina dentre outras coisas se quiser realmente construir um plano de intervenção que possa produzir uma melhora na qualidade de vida do paciente, pois se não forem investigados fatores sociais que provocam ou pioram o sofrimento psíquico do paciente estes não serão mudados e a terapia não terá sido uma grande

modificadora na vida daquele indivíduo e sim só mais um atenuante. E esse esforço para ver a carga emocional bem como o ambiente do indivíduo é útil para se criar uma clínica que realmente produza resultados mais concretos, uma vez que somente remédios e internações não são suficientes para tratar uma patologia, sendo assim necessário tomar outros caminhos.

Porém este trabalho de se inserir na rotina do paciente não é nada fácil, pois nem sempre a família e demais pessoas próximas estão dispostas a participar e ainda existe a discriminação para com a pessoa com transtornos, pois segundo Cândido et al (2012) a pessoa que sofre de algum tipo de psicose ainda é vista por parcelas significativas da população como seres insociáveis e que devem ser excluídas da sociedade.

Esse caso se encaixa perfeitamente em um estereótipo, a maioria absoluta das pessoas nunca conviveu com uma pessoa que sofre de algum transtorno mental e a imagem que essas pessoas provavelmente terão será aquela do doente mental potencialmente perigoso e agressivo que deveria a todo custo ser isolado.

Aqui novamente se encaixa as ideias de Bernardes (2003), pois está pessoa sofrerá com o lado perverso do estereótipo, que neste caso reduz a pessoa a uma condição semi-animalesca em que todos os direitos são negados.

Logo diante destas possíveis adversidades o psicólogo que queira não só tratar, mas também dar uma condição de dignidade humana ao paciente deve tentar se aproximar e ouvir a família bem como outras pessoas próximas, fazendo assim também um trabalho para a família que muitas vezes não sabe como agir ou proceder ante a patologia daquele membro.

O psicólogo deverá, ao se aproximar da família, informar como se manifesta a patologia, como deveriam manejá-la e como deveriam se preparar para outras situações delicadas que estão ligadas à patologia.

Essa movimentação que vai para além do setting é uma aplicação das ideias de Campos (2000) na qual ele afirma que o psicólogo deve abandonar a exclusividade de diagnosticar-curar males psicológicos e trabalhar também para fazer com que as pessoas envolvidas se tornem mais autônomas e lutem para ter protagonismo social.

Essas ideias, principalmente a autonomia, devem ser trabalhadas em ambas as partes: pela parte da família na qual se o manejo ocorrer de forma satisfatória o doente deixará de ser um “peso” e poderá exercer alguma função dentro daquele contexto e por parte do doente que ao ser encarregado de alguma função poderá ser inserido em algum meio coletivo o que poderá contribuir para a melhora, pois segundo Ratner (1995) a terapia funciona por que

equilibra o eu, o social do indivíduo e as crenças dele, e na tentativa de se aplicar todas essas ações de modo prático no contexto do doente esse tripé poderá ser alcançado, pois segundo este mesmo autor a verdadeira cura aos olhos da psicologia sócio-histórica requer além de intervenções no âmbito psicológico e social uma ação social de correção, que neste caso é a correção do meio social do doente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho num primeiro momento mostrou como a profissão de psicólogo é estereotipada e como muitos acadêmicos só vêem a clínica como único objetivo profissional. Mostrou ainda como a psicologia sócio-histórica pode ter uma aplicação clínica e como muitas das situações que ela criticava no passado ainda persistem.

Mostrou como aquele ideal do final do século XIX de se preocupar em tratar uma patologia já estabelecida ao invés de prevenir e promover saúde ainda está presente e pouca coisa no sentido prático tem sido feita para que isso mude. Mostrou como o sistema socialista apesar de toda a fachada de revolucionário nada mais era do que a repetição do modelo do século XIX em se tratando de clínica psicológica.

E tanto era essa a situação que Vygotsky que é considerado o pai da psicologia sócio-histórica teve grande parte da sua obra esquecida após sua morte, uma vez que a ideia de subjetividade soava ao partido comunista como “excessivamente burguesa”.

As teorias dele que se mantiveram se tornaram revolucionárias no sentido de criar um conceito que não pode ser ignorado pela clínica: o homem sofre ação do ambiente, mas também promove ações nele.

Porém essa ideia, a de subjetividade, tende a causar dificuldades ao psicólogo que fica somente trancado em seu consultório, afinal independente da abordagem seguida, o psicólogo tem o dever de conhecer e se esforçar para entender o meio social onde será inserido, bem como as crenças locais, os costumes, a criminalidade bem como qualquer outro fator de relevância na vida humana.

Infelizmente como foi mostrado no decorrer do artigo, os pesquisadores se mostram bastante desinteressados em criar meios para que aquela psicologia sócio-histórica que está nos livros venha a se tornar concreta.

Apontou para a Academia como uma geradora deste modo de pensar limitado e elitista que fica fora do alcance ou da aplicação em grande parte da população brasileira. Uma das causas disso pode ser totalmente social. Até bem pouco tempo o ensino superior brasileiro tinha pouquíssimos estudantes não oriundos da classe média ou alta, logo os futuros psicólogos eram em grande parte pessoas que não viviam a realidade da grande maioria da população brasileira, não estudavam a fundo sua realidade e nem se preocupavam em adaptar seus conhecimentos a realidade local, afinal seu objetivo profissional era ou abrir um consultório particular ou trabalhar em um hospital.

Porém, aponta como possíveis soluções para este cenário a cobrança por parte dos acadêmicos de um curso que vá além da sala de aula, de que se cobre dos poderes estabelecidos que a psicologia esteja presente nas políticas públicas e que o atendimento psicológico não se limite ao consultório, mas que se estenda aos familiares e o meio social do paciente, pois sem mudanças no âmbito social o tratamento perde efetividade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, W. M Junqueira.(2001). **Consciência e atividade: categorias fundamentais da psicologia sócio-histórica.** *In.* Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia). Cortez editora. Pág. 95-108.
- ALLPORT, G, W .(1954). *The nature of prejudice.* Reading, MA: Addison –Wesley.
- BARROS, Benevides de; R. D, PASSOS, E. (2004). **Clínica, política e as modulações do capitalismo.** Lugar comum, Rio de Janeiro, no19-20, p.159-171.
- BERNARDES, Dora Luisa G.(2003). **Dizer «não» aos estereótipos sociais: as ironias do controle mental.** *Aná. Psicológica.* vol.21, n.3, pp.307-321.
- BOCK, Ana. M. Bahia, M. GONÇALVES, Graça. M., FURTADO, Odair.(2001). **Psicologia sócio-histórica (uma perspectiva crítica em psicologia).** Cortez editora.
- CÂNDIDO, M. R; OLIVEIRA. E. A. R; MONTEIRO. C. F. S, COSTA. J. R; BENICIO, G. S. R; COSTA, F. C. L. (2012). **Conceitos e preconceitos sobre os transtornos mentais: um debate necessário.** *Smad. Revista. Eletrônica Saúde mental Álcool, Drog.* Setembro-Dezembro (3): 110-117.
- CAMPOS. R. H. F. (Org.).(2000). **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia.** Petrópolis. RJ. Vozes.
- CHAUÍ. Marilena. (1981) **O que é ideologia?** 2 edição. São Paulo. Brasiliense (col. Primeiros passos).
- FACHIN, Odília. (2005). **Fundamentos de metodologia 5 edição.** Editora Saraiva. São Paulo.
- FURTADO, Odair. (2001) **O psiquismo e a subjetividade social.** *In.* Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia. Editora Cortez. Pág. 75-92.

- FREUD, S. **Inibições, sintomas e ansiedade.**(1980) Tradução Oiticica, C.M. *In.* SALOMÃO, J. (Org.). Edição padrão brasileira de obras completas de Sigmund Freud (Vol.XX, pág. 95-203). Imago, Rio de Janeiro.
- FLEURY. A.; RAMOS. D.; TORRES, Ana, R. R.(2007) **Análise psicossocial do preconceito contra homossexuais.** Estudos de Psicologia. N.24 (4), pág. 475-486. Campinas. Outubro-dezembro.
- GARCIA, Nelson. J. (2001).**Apresentação. In.** Pensamento e linguagem. Ed. eletrônica Ríndendo Castigat Moraes.
- GONDAR, Jun. A. (2006). **A clínica como prática política.** Lugar comum n.19, pág. 125-134.
- GONÇALVES, M. do G. M; BOCK, Ana. M. Bahia.(1996). **Desenvolvendo a psicologia: uma reflexão sobre a formação do psicólogo.** Psicologia revista, Faculdade de Psicologia da PUC-SP, n 2, pág. 140-150, maio.
- LANE. Sílvia, T.M, Wanderley Codo (Org.).(1984). **Psicologia social, o homem em movimento.** Editora Brasiliense.
- LIMA, P. M de Carvalho, C. F de C. de C.(2013) **A psicoterapia sócio histórica.** Ciência e profissão. Vol.33, num. Especial, pág. 154-163.
- JOENK. I. K.(2002). **Uma Introdução ao Pensamento de Vygotsky.** Revista Linhas. Periódicos UDESC. V.3.n.1.
- MACEDO, E. O. S de. (2012) **Significações sobre adolescência e promoção da saúde entre os participantes de um grupo educativo.**123 págs. Dissertação (Mestrado em psicologia clínica e cultura). Universidade de Brasília, Brasília.
- MEIRAS, N. P.(1987). **Modalidades de atuações e pesquisa em Psicologia clínica.** Teoria e pesquisa. Brasília, DF, vol.3, no. 2, pág. 166-177.
- MOREIRA, J. de Oliveira; ROMAGNOLI, R. C; NEVES, Edwiges de Oliveira.(2007) **O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de saúde.** Revista psicologia ciência e profissão, 27 (4), 608-621.
- MOSKOVICS, J; MILNER & CALVETTI, P. U.(2008). **Formação de multiplicadores para a prevenção das DST's/AIDS numa universidade espanhola.** Psicologia ciência e profissão: vol.28 n.1, pág. 210-217 .
- NETO, Alfredo. N.(1984) **O psicólogo clínico. In.** Psicologia social, o homem em movimento. Editora Brasiliense. Pág. 181-194.
- NICOLACI-DA-COSTA, A. N.(1989). **Repensando a psicologia clínica.** Psicologia teoria e pesquisa. Brasília, DF, vol.5, no. 1, pág. 85-98.
- OLIVEIRA. R.B da Silva.(2015). **As possibilidades de uma prática clínica na psicologia sócio-histórica.** PIBIC /CNPQ/UEM, Álvaro Marciel P.A (orientador) Universidade Estadual de Maringá /Centro de Ciências humanas, letras e artes /Maringá, PR.
- PERES. Mario F. P., Ana C. De L. Q. ARANTES, Patrícia S. Lessa, Cristofer André C. (2007). **A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos.** *Revista de Psiquiatria Clínica*, São Paulo, v. 34, n. 1, 82-87.
- PERUCCHI, J. RODRIGUES, F.D, JARDIM, L. N & CALAIS, L. B.(2011). **Psicologia e políticas públicas em HIV /AIDS: algumas reflexões.** Psicologia e sociedade; vol.23 (n.spe) pág. 72-80.

RATNER, Carl. (1995). **A psicologia sócio-histórica de Vygotsky: aplicações contemporâneas**. Artmed editora. Porto Alegre

TEIXEIRA, Rita. P.(1997) **Repensando a psicologia clínica**. Paideia. FFCL-USP. Ribeirão Preto, SP, fevereiro /agosto.

VYGOTSKY, L. S.(1984). **A formação social da mente**. Martins Fontes. São Paulo, SP.

_____.(1987). *Diagnosis of the development and pedagogical clinical care of difficult children*. *Soviet Psychology*. 26, 1, 86-101.

_____. (1989a). **Pensamento e linguagem**. Martins Fontes. São Paulo, SP.

_____. (1989b). *Concrete human psychology*. *Soviet psychology*. 27, 2, 53-77