

Alguns aspectos do uso de atividades artísticas em terapia ocupacional

Maria José Benetton⁽¹⁾

Resumo. O artigo se refere ao papel que as atividades artísticas têm na expressão das enfermidades mentais e no trabalho da terapia ocupacional sobre elas.

Abstract. *Aspects of the use of artistic activities in occupational therapy.* The article concerns to the function that the artistic activities have in the expression of the action that the occupational therapy may have over them.

Segundo estudos de Eugene Bleuler, "uma disposição esquizóide é provavelmente a condição mais importante da criação artística". Aparentemente, o esquizóide é capaz de separar o seu eu original do seu eu social. Sua imaginação lhe permite estabelecer relações que dependem muito pouco da realidade social e objetiva. Esta cisão possibilita-o criar sistemas afastados do mundo, sendo que seus desejos e suas angústias, numa plena autonomia "temporária" do seu psiquismo, permitem dar uma fisionomia ao seu ambiente interior.

Asperger, fazendo uma relação entre a criança autista e o artista acrescenta que: "para certas atividades artísticas e científicas uma certa dose de autismo, um corte entre o indivíduo e o mundo é necessária".

Na psicose, onde existe essencialmente um problema do eu, um deslocamento entre as fronteiras deste e do mundo exterior distancia o indivíduo de uma parte da realidade factual. No lugar deste mundo que ele não reconhece e em parte perdeu, ele coloca uma realidade delirante e alucinada. Seja no plano da linguagem, do pensamento e da imagem, seja na mímica ou no comportamento, as criações originais ou mesmo grotescas se produzem freqüentemente.

Se alguém que nunca foi artista é atingido pela psicose, observamos o surgimento de capacidades criativas no começo ou durante o curso da doença.

A destruição da barreira das conexões permite formular espontaneamente, com maior destaque nas artes gráficas, seus tormentos, seus sofrimentos, uma dor muito particular!

Entre as obras de arte de doentes mentais, aquela que ocupa o primeiro lugar é a dos psicóticos, pois a dinâmica mental está estritamente ligada àquela da criação.

Otto Rank reconhece que a criatividade do artista envolve deslocamentos cíclicos de energia mental entre as diferentes camadas da mente e ainda considera a percepção inarticulada, que precede o surgimento da idéia formativa definitiva, como uma mera interrupção da consciência, ou seja, vazia de imagens. Similarmente, Freud compara a curta tensão "criativa" que precede a invenção de um chiste com alguma coisa semelhante a uma "distração".

Os estudos posteriores de Varendonk, desenvolvidos provavelmente através do seu método de recordação, permitiram reconhecer as imagens freqüentemente turbulentas dos estados criativos. No estado criativo, as funções da mente profunda são estimuladas, sendo este um estado transitivo.

Ele se assemelha ao devaneio porque tende a ser lembrado mais tarde como uma mera "distração" (lacuna, vazia, interrupção da consciência), submerso então às imagens do inconsciente.

(1) Terapeuta ocupacional do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina.

Na psicose o eu está mais perto desta forma criativa, porém sendo menos "transitória". Isto que o artista saudável procura muitas vezes em vão, o indivíduo com psicose pode ter naturalmente em alguma fase de sua doença.

Originariamente, a psicose é vista por nós como resultante da mentira da mãe, sendo esta a condição necessária, como também a falta da palavra do pai, que poderia restabelecer a verdade, a condição suficiente. Esta mentira e o não restabelecimento da verdade deixam, como consequência no indivíduo, um ego esburacado paradoxalmente cheio de faltas. Nós, terapeutas, através do vínculo terapêutico, temos que necessariamente nos tornar o veículo inicial preenchedor.

Na terapia ocupacional temos sido o objeto e veículo de um vínculo que ocorre através do que está sendo produzido. A compreensão, informação e interpretação da produção artística levam em conta, principalmente, o acontecer de uma relação simbiótica.

Nosso trabalho geralmente se inicia com informações que passamos ao doente, aquilo que estamos sentindo do seu trabalho, dando a ele o primeiro degrau para a recomposição da sua história. Sua produção nos faz sentir algo que está sendo simbolizado.

O espanto e surpresa que geralmente causamos ao inferir fatos que possam ter ocorrido, dão quase que imediatamente lugar a um grande alívio ao se sentirem vistos e reconhecidos.

Muitas vezes somos os objetos que ficam entre o paciente e sua própria atividade; outras vezes usamos, como Winnicott, a atividade como fenômeno transicional.

No momento posterior, o próprio paciente como que lidando com seus sonhos faz associações com a sua obra de arte, nos permitindo a compreensão e interpretação dos conteúdos intrapsíquicos. Mais tarde, isto que parece mágica, por ser não-verbal já devidamente contido de símbolos e significados, passa a ser verbalizado.

Aquele que era então um indivíduo sem história, sem simbolização, sem discriminação entre si e o outro, passa a expres-

sar o seu reconhecido sentir, falar de si e do outro.

Em 1981, jovens entre quinze e trinta anos, que faziam tratamento conosco no Hospital-Dia "A Casa", foram com alguns de nós visitar a Bienal.

A mostra dos trabalhos de arte incomum foi o que mais lhes chamou atenção e, mais que nada, os trabalhos dos pacientes da Dra. Nise da Silveira.

De volta a "A Casa" nossos pacientes se mostravam bastante irritados com a forma de apresentação dos trabalhos, principalmente no que diz respeito à história clínica dos autores descrita nos tablóides.

— "Afinal, por que os próprios autores não estavam presentes e falavam de seus trabalhos?"

— "Pode-se ver a loucura através da pintura?"

Principalmente nos grupos de terapia ocupacional fomos questionados quanto ao diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento dos pacientes autores, porém, não foi necessário muito trabalho da terapeuta para que as perguntas se tornassem pessoais e identificatórias.

— "Por que vocês nunca falam o que eu tenho?"

— "Como posso saber o que eu tenho pelos meus quadros?"

— "Se eu for esquizofrênico, aparece nos quadros?"

Estas questões foram respondidas aos nossos pacientes em dois níveis: no primeiro deles, procuramos trabalhar aspectos da relação terapeuta-paciente-atividade. No segundo nível, foi mostrado que eles pareciam achar que havia algo em comum entre seus trabalhos e os que estavam sendo expostos.

Neste momento, os pacientes passaram a confrontar seus próprios trabalhos com os trabalhos apresentados. Alguns deles chegaram a reconhecer seu estilo, fazendo neste momento uma síntese entre seus fatos internos e a arte. Frases como estas foram comuns:

— "Creio que faço uma arte, mas é uma arte que vem de dentro; acho que precisamos de alguém para nos dizer se isto é arte ou não".

Acreditando que nosso vínculo como terapeutas deveria ser preservado, sugerimos a introdução de um artista plástico para ajudá-los na avaliação artística dos seus trabalhos.

Se nossos pacientes até este momento já tinham certeza e tranqüilidade de verem em seus trabalhos a reconstituição de sua própria história, passaram, após a introdução do artista, a verificar e avaliar a função criativa.

Este artista plástico fez, junto a cada um dos pacientes, uma avaliação de seus trabalhos sob o ponto de vista artístico. Em paralelo, o terapeuta ocupacional trabalhava com os grupos a importância da criação livre e a beleza da expressão dos sentimentos.

Com estes dois vértices, percebemos que os pacientes passavam a fazer sua própria seleção de trabalhos, entre aqueles que mais gostavam, mais achavam que tinham falado de si e de sua história. Sentimos que a beleza plástica passava a ser considerada, porém não sendo o elemento principal de análise.

A introdução do artista plástico também veio colaborar para a organização de uma exposição dos trabalhos de pintura que os nossos pacientes resolveram fazer, de certa maneira confrontando com a exposição que haviam visto na Bienal. Colocavam como característica relevante, nesta exposição, aspectos que foram relegados na outra, tais como: a presença do autor junto à obra, a possibilidade de eles próprios falarem sobre seus trabalhos, re-

ceberem familiares, amigos, psicanalistas, artistas e compradores.

Durante toda organização da exposição foram trabalhados tanto os aspectos artísticos, como os aspectos dinâmicos da pintura e os fatos emocionais decorrentes da exposição.

Foram os trabalhos gráficos e pinturas escolhidos para serem expostos, devido à expressiva superioridade numérica, frente a outros tipos de atividades desenvolvidas pelos nossos pacientes. Explicamos isto admitindo que nas psicoses ocorrem processos onde o pensamento abstrato, não tendo se desenvolvido, é substituído pelo pensamento concreto. As idéias são apresentadas sob forma de imagens. Uma vez cindido e submerso o pensamento lógico, fica simultaneamente prejudicada a linguagem verbal, o principal instrumento de expressão e comunicação.

Desde que o pensamento do psicótico flui em imagens, ele muito naturalmente as usará para exprimir-se, reproduzindo-as. Uma arte tecnicamente mais elaborada, como a escultura ou mesmo o uso de materiais mais sofisticados, apresenta uma dificuldade bastante significativa que é a necessidade de muito rapidamente expor suas imagens.

O sucesso desta exposição não pode ser medido apenas pelos belos trabalhos apresentados ou mesmo pela efetiva participação dos pacientes, mas fundamentalmente pela possibilidade que nós, terapeutas, tivemos de aprender mais com a linguagem das imagens.