

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA

GUILHERME WYKROTA TOSTES

**VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR: UM ESTUDO
FENOMENOLÓGICO**

CAMPINAS
2022

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA**

GUILHERME WYKROTA TOSTES

**VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR: UM ESTUDO
FENOMENOLÓGICO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida - PUC-Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Vera Engler Cury.

**CAMPINAS
2022**

Ficha catalográfica elaborada por Vanessa da Silveira CRB 8/8423
Sistema de Bibliotecas e Informação - SBI - PUC-Campinas

616.895
T716v

Tostes, Guilherme Wykrota

Vivências de pessoas com transtorno bipolar: um estudo fenomenológico /
Guilherme Wykrota Tostes. - Campinas: PUC-Campinas, 2022.

300 f.: il.

Orientador: Vera Engler Cury.

Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia,
Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas,
2022.

Inclui bibliografia.

1. Transtorno Bipolar. 2. Psicopatologia. 3. Fenomenologia. I. Cury, Vera Engler. II.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

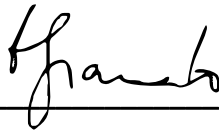
CDD 22. ed. 616.895

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS
CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM PSICOLOGIA
GUILHERME WYKROTA TOSTES
VIVÊNCIAS DE PESSOAS COM TRANSTORNO BIPOLAR: UM ESTUDO
FENOMENOLÓGICO

Tese defendida e aprovada em 09 de fevereiro
de 2022 pela Comissão Examinadora



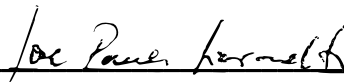
Profa. Dra. Vera Engler Cury
Orientadora da Tese e Presidente da Comissão Examinadora
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas)



Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas)



Prof. Dr. Wanderlei Abadio De Oliveira
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(PUC-Campinas)



Prof. Dr. José Paulo Giovanetti
Universidade Federal de Minas Gerais
(UFMG)



Documento assinado digitalmente

Achilles Gonçalves Coelho Júnior

Data: 28/02/2022 10:05:06-0300

Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof. Dr. Achilles Gonçalves Coelho Júnior
Centro Universitário FIPMoc
(UNIFIPMoc)

RESUMO

TOSTES, Guilherme Wykrota. *Vivências de Pessoas com Transtorno Bipolar: Um Estudo Fenomenológico*. 2022. 300f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas, 2022.

Esta pesquisa objetivou compreender sob uma perspectiva psicológica a experiência vivida por pessoas com transtorno bipolar. Justifica-se na medida em que diz respeito a um tipo de transtorno que implica oscilações emocionais graves que afetam os relacionamentos interpessoais e podem incluir tentativas de suicídio. Trata-se de um sofrimento que enseja preocupação aos profissionais da área de saúde mental por apresentar o maior índice de mortes por suicídio em relação a todos os outros quadros psiquiátricos. O estudo foi desenvolvido como pesquisa qualitativa, orientada metodologicamente pelos pressupostos da fenomenologia de Edmund Husserl e Edith Stein, assim como pela teoria e prática da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers e por Eugene Gendlin. Foram selecionados como participantes três pessoas adultas com diagnóstico de transtorno bipolar. O pesquisador apreendeu a experiência subjetiva dos participantes a partir de encontros dialógicos individuais que foram iniciados com um convite ao participante para relatar sua experiência de “como é viver com o transtorno bipolar?”. Após cada encontro, foi redigida uma narrativa compreensiva contendo os elementos significativos das vivências do participante a partir das impressões do pesquisador. A fase seguinte consistiu na elaboração de uma narrativa síntese contendo os elementos estruturantes do fenômeno em foco. O processo de análise fenomenológica revelou que as pessoas com transtorno bipolar: a) não se reconhecem como donas da própria vida e têm pouca clareza dos próprios limites na relação com os outros, pois sentem-se capturadas por eles, como único meio para desenvolver a própria constituição b) o passado lhes provoca sofrimento e se impõe sobre o vazio do presente, que de tão insuportável lançam-nas em direção a um futuro que não conseguem esperar; c) lutam herculeamente para sobreviver psicologicamente, lidar com suas reações e com seus próprios corpos e temem o futuro. Esses resultados possibilitaram aprofundar e ampliar a compreensão psicológica sobre o fenômeno estudado, contribuindo para novas provocações e reflexões em relação a uma atenção psicológica clínica condizente com as demandas emocionais de pacientes com transtorno bipolar.

Palavras-Chave: Pesquisa Fenomenológica Dialógica; Transtorno Bipolar; Abordagem Centrada na Pessoa; Terapia Orientada pela Focalização; Psicopatologia Fenomenológica.

ABSTRACT

TOSTES, Guilherme Wykrota. *Lived Experiences of People with Bipolar Disorder: A Phenomenological Study*. 2022. 300f. Tesis (Doctorate in Psychology) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas, 2022.

This research aimed to understand from a psychological perspective the lived experience of people with bipolar disorder. It is justified as it concerns a type of disorder that involves severe emotional oscillations that affect interpersonal relationships and may include suicide attempts. Their suffering causes concern to mental health professionals because it has the highest rate of death by suicide among all other psychiatric conditions. The present study was developed as qualitative research, methodologically guided by Edmund Husserl and Edith Stein's phenomenological assumptions of, as well as by the theory and practice of the Person-Centered Approach, developed by psychologists Carl Rogers and Eugene Gendlin. Three adult individuals diagnosed with bipolar disorder were selected as participants. The researcher apprehended the subjective experience of the participants based on individual dialogical meetings initiated with an invitation to each participant relate his or her experience of "what is it like to live with bipolar disorder?" After each encounter, a comprehensive narrative was written containing the significant elements of the participants' experiences based on the researcher's impressions. The next phase consisted of the elaboration of a synthetic narrative containing the structuring elements of the phenomenon in focus. The process of phenomenological analysis revealed that people with bipolar disorder: a) do not recognize themselves as the owners of their own lives and have little clarity of their own limits in relation to others, because they feel captured by them, as the only means to develop their own constitution; b) the past causes them suffering and imposes itself over the emptiness of the present, which is so unbearable that it throws them towards a future they cannot wait for; c) they struggle hard to survive psychologically, to deal with their reactions and with their own bodies, fearing the future. These results allowed us to deepen and broaden the psychological understanding about the studied phenomenon, contributing to new provocations and reflections regarding a clinical psychological attention consistent with the emotional demands of patients with bipolar disorder.

Key Words: Phenomenological Dialogical Research; Bipolar Disorder; Person-Centered Approach; Focusing-Oriented Therapy; Phenomenological Psychopathology.

RESUMEN

TOSTES, Guilherme Wykrota. *Vivencias de personas con trastorno bipolar: un estudio fenomenológico*. 2022. 300f. Tesis (Doctorado en Psicología) – Pontificia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Campinas, 2022.

Esta investigación pretendía comprender desde una perspectiva psicológica la experiencia vivida por las personas con trastorno bipolar. Se justifica porque se trata de un tipo de trastorno que implica graves oscilaciones emocionales que afectan a las relaciones interpersonales y pueden incluir intentos de suicidio. Es un padecimiento que preocupa a los profesionales de la salud mental por presentar la mayor tasa de muerte por suicidio en relación con todas las demás afecciones psiquiátricas. El estudio se desarrolló como una investigación cualitativa, orientada metodológicamente por los supuestos de la fenomenología de Edmund Husserl y Edith Stein, así como por la teoría y la práctica del Enfoque Centrado en la Persona, desarrollado por el psicólogo Carl Rogers y por Eugene Gendlin. Se seleccionaron como participantes tres personas adultas diagnosticadas de trastorno bipolar. El investigador aprehendió la experiencia subjetiva de los participantes a partir de encuentros dialógicos individuales que se iniciaron con una invitación al participante para que relatará su experiencia de "¿cómo es vivir con el trastorno bipolar?". Después de cada reunión, se redactó un relato exhaustivo que contenía elementos significativos de las experiencias del participante a partir de las impresiones del investigador. La siguiente fase consistió en la elaboración de una síntesis narrativa con los elementos estructurantes del fenómeno en cuestión. El proceso de análisis fenomenológico reveló que las personas con trastorno bipolar: a) no se reconocen como dueños de su propia vida y tienen poca claridad de sus propios límites en relación con los demás, porque se sienten capturados por ellos, como único medio para desarrollar su propia constitución; b) el pasado les causa sufrimiento y se impone al vacío del presente, que es tan insoportable que los lanza hacia un futuro que no pueden esperar; c) luchan duramente para sobrevivir psicológicamente, para lidiar con sus reacciones y con su propio cuerpo y temen el futuro. Estos resultados nos permitieron profundizar y ampliar la comprensión psicológica sobre el fenómeno estudiado, contribuyendo a nuevas provocaciones y reflexiones en relación a una atención psicológica clínica coherente con las demandas emocionales de los pacientes con trastorno bipolar.

Palabras-Clave: Investigación dialógica fenomenológica; Trastorno bipolar; Enfoque centrado en la persona; Terapia orientada por el focusing; Psicopatología fenomenológica.

*Às pessoas que possuem sofrimentos mentais severos
e
Às pessoas comprometidas em levar a humanidade à eternidade*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Vida, pois eu simplesmente poderia não a ter conhecido.

Agradeço aos que me ajudaram a chegar até aqui, alguns dos quais desconheço, mas isso não me impede de me ver invadido por sincera e profunda gratidão por todos.

Sou grato aos meus amados pais, Alexia Helena (in memoriam) e Gustavo Miguel, por tanto terem me dado.

Agradeço à Pri, minha companheira de vida e de aventuras, pela companhia tão carinhosa e cuidadosa que tem me ensinado sobre o amor e o amar.

Agradeço à minha família, aos meus irmãos Gustavo Henrique e Marcello, à minha cunhada, meus sobrinhos queridos e aos amigos por terem compreendido meus longos momentos de ausência para estudar.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Vera Engler Cury, quem admiro, por me ensinar um caminho de pesquisa fenomenológica, me oferecendo recursos para desenvolver minha sensibilidade nessa direção e por ser um exemplo de coragem.

Agradeço aos participantes dessa pesquisa que corajosamente abriram suas vidas e contataram dores profundas favorecendo o auxílio a outras vidas.

Agradeço à amiga Prof. Dra. Elizabeth Brown Vallim Brisola pela sua presença preciosa nesse percurso.

Agradeço pelas preciosas contribuições e reflexões propostas pelos membros da Banca de Defesa de Tese, Prof. Dr. José Paulo Giovanetti, Prof. Dr. Achilles Gonçalves Coelho Júnior, Profa. Dra. Tania Mara Marques Granato e Prof. Dr. Wanderlei Abadio de Oliveira.

Registro, também, que recebi preciosíssimas contribuições em minha banca de qualificação da Prof. Dra. Tania Maria José Aiello-Vaisberg e Prof. Dr. Guilherme Messas.

Agradeço à minha orientadora de mestrado Prof. Dra. Tania Maria José Aiello-Vaisberg por tanto ter me ensinado sobre a produção acadêmica e sobre uma clínica delicada favorecedora da gestualidade espontânea.

Agradeço ao Prof. Mauro AmatuZZi, com quem tive vivências muito especiais e calorosamente humanas.

Não me esqueço das valiosas contribuições do Prof. Dr. Miguel Mahfoud com quem tanto aprendi sobre a afirmação do que é essencial e sobre as delicadezas da vida. Agradeço também pelas contribuições do grupo de trabalho “Experiência elementar em psicologia: estudo, pesquisa e intervenção”.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação da PUC-Campinas que contribuíram na minha formação como pesquisador. Deixo aqui meu muito obrigado à Profa. Dra. Raquel Guzzo, Profa. Dra. Sonia Enumo, Profa. Dra. Vera Lucia Trevisan, Profa. Dra. Márcia Hespanhol, Profa. Dra Tania Granato, Prof. Dr. Wagner Lara e Profa. Dra. Leticia Zanon.

Aos colegas do grupo de pesquisa Elizabeth Brown Vallim Brisola, Andréia Elisa Garcia de Oliveira, Eberson dos Santos Andrade, Geni Wolf, Gisella Mouta Fadda, Mharianni Ciarlini de Sousa Bezerra, Nadini Brandão de Sousa, Patrícia Regina Bueno Incerpe, Ramila Ferrari, Tiago Bastos de Moura, Daniela Dantas, Maria Luiza Curtulo, Mel Fariña, Laura Correia, Giulia Peruzzo, Luiza Barretto, Cintia Abreu e Adriana Bahia.

Agradeço às secretárias do Programa, Maria Amélia Gonçalves e Elaine Machado, cujo trabalho funciona como a natureza, vale dizer, silenciosamente. Seu suporte é sempre fundamental para que tudo aconteça.

Agradeço ao amigo e parceiro Walter Andrade Parreira no auxílio no processo de coordenação dos cursos de Pós-graduação em Fenomenologia, Psicopatologia e Saúde Mental da FCMMG e Psicoterapia Humanista Existencial da FCMMG enquanto estava finalizando o doutorado.

Agradeço à Pós-graduação Ciências Médicas de Minas Gerais pela ajuda na gestão dos processos enquanto estava concluindo o doutorado.

Agradeço à Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) por ter me concedido uma licença para concluir o doutorado, em especial à Prof. Tatiane Dias Bacelar.

Agradeço à equipe de trabalho do Instituto Sapientia Cordis – Focalização Brasil, pela ajuda especialmente durante a fase final do doutorado, em especial à Gabriela Abreu Veloso Isidoro por sua preciosíssima ajuda e pela convivência querida.

Aos amigos da Casa Cordis, principalmente ao João Paulo de Souza pela amizade e parceria de trabalho.

Agradeço à equipe da Rede de Atendimentos Psicológicos Sociais (RAPS) que silenciosa e voluntariamente trabalha conectando pessoas que precisam de cuidado profissional na área da saúde, mas que não podem pagar por ele, e generosos profissionais que acolhem esses clientes.

Aos amigos que fiz, trabalhadores e pacientes do Hospital Espírita André Luís, ao qual me dediquei tantos anos de minha vida. Amizades e relações que me ensinaram tanto sobre a vida.

Enfim, agradeço ao povo brasileiro por ter custeado meus estudos através da CAPES.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

SUMÁRIO

Apresentação	14
1. O Transtorno Bipolar	16
1.1 O Transtorno Bipolar: aspectos históricos, conceituais e psicopatológicos	16
1.1.1 Dados Históricos da Classificação da Doença nos Manuais de Psiquiatria	17
1.1.2 Etiopatogenia	22
1.1.3 Epidemiologia	23
1.1.4 Elementos Cognitivos	24
1.1.5 Indicações de Tratamento de acordo com a psiquiatria vigente	25
1.2 Experiência Vivida e Transtorno Bipolar: revisão de literatura	26
1.2.1 Método Meta-etnográfico	30
1.2.2 Processo de Seleção dos Artigos e critérios de Inclusão / Exclusão	31
1.2.3 Caracterização dos artigos selecionados	34
1.2.4 Síntese dos Resultados e processo de análise	36
1.2.5 Resultados: Saga Hercúlea	37
1.2.5.1 Os Primeiros Golpes: A Perda de Controle Sobre Si e a Autocondenação	39
1.2.5.2 As Primeiras Batalhas: O Processo de Aceitação do Diagnóstico e das Vicissitudes Decorrentes	40
1.2.5.3 A Vitória Sobre o Poço da Desvalia: A Jornada de Recuperação	42
1.2.5.4 O Encontro com Inimigos e Amigos: O Suporte Paradoxal	43
1.2.5.5 Os Equipamentos de Guerra: Armas para Enfrentar as Batalhas	47
1.2.5.6 Os Tesouros Encontrados: Habilidades e Forças Adquiridas no Processo de Amadurecimento	49
1.2.6 Considerações Finais	51
2. Fundamentos para uma Compreensão do Objeto	55
2.1 A Fenomenologia Transcendental de Edmund Husserl	56
2.1.1 “Vivência” ou “experiência vivida” para a Fenomenologia Transcendental	61

2.2 A Estrutura e a Formação da Pessoa em Edith Stein	67
2.3 A Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers	77
2.4 A Terapia Orientada pela Focalização de Eugene Gendlin	80
2.5 A Psicopatologia Fenomenológica	85
2.5.1 Debate entre perspectivas psicopatológicas: “o pano de fundo”	88
2.5.2 Contribuições da psicopatologia fenomenológica para uma compreensão sobre o Transtorno Bipolar	92
3. Pesquisa Fenomenológica Dialógica - Procedimentos	107
3.1 A Fenomenologia Husserliana Aplicada a Pesquisas no Campo da Psicologia	108
3.2 Como Encontrar as Vivências Estruturantes?	113
3.2.1 Os Encontros Dialógicos: Busca pelas vivências da alma singular no mundo	113
3.2.2 Elaboração de Narrativas Compreensivas: Redução às vivências estruturantes constituintes da alma singular	120
3.2.3 Procedimento de Construção da Narrativas Síntese: Redução às vivências estruturantes constituintes da alma humana	125
3.2.4 Seleção De Participantes e demais Caracterizações Da Pesquisa	126
3.2.4.1 Critérios de Inclusão	126
3.2.4.2 Participantes	128
3.2.4.3 Riscos e Benefícios da Pesquisa	129
3.2.4.4 Produção de Narrativas	131
4. Compreendendo e Interpretando Expressões das Vivências dos Participantes: Narrativas Compreensivas e Narrativa Síntese	132
4.1 Desvelando As Vivências Singulares dos Participantes: As Narrativas Compreensivas.	132
4.1.1 Rindo, Sofrendo e Pesquisando com Manuela	132
4.1.2 Lutando e Reconhecendo com Mauro	162
4.1.3 Atentando e Esperando com Rana	179

4.2 Desvelando o Caráter Universal das Vivências em Relação à Experiência de Bipolaridade: a Narrativa Síntese	193
5. Sendo Presença Diante da Alma Humana: Vislumbres do Pesquisador no Encontro com os Elementos Constituintes da Experiência	201
5.1 “Não me reconheço como dono da minha própria vida, tenho pouca clareza dos limites de mim mesmo na relação com os outros, sou capturado pela presença deles, sinto que são o único meio para minha constituição”	205
5.1.1 Fundamentos para uma compreensão dos humores e afetos	208
5.1.2 Fundamentos para uma compreensão da despersonalização – desrealização na melancolia	211
5.2 “Meu passado me provoca sofrimento e se impõe sobre o vazio do presente, que de tão insuportável lança-me para um futuro que não consigo esperar”.	216
5.2.1 Fundamentos para uma compreensão dos ritmos do corpo e a constituição da experiência de temporalidade implícita	218
5.2.2 Fundamentos para uma compreensão da constituição do “senso de si” e do “eu”	221
5.2.3 Fundamentos para uma compreensão da intersubjetividade pela ressonância intercorporal e da experiência de estar em relação com o outro - contemporaneidade	222
5.2.4 Fundamentos para uma compreensão da sincronização, da dessincronização, da conação e sua perturbação.	223
5.2.5 Fundamentos para uma compreensão da temporalidade na mania	226
5.2.6 Fundamentos para uma compreensão da corporeidade na mania	227
5.3 “Luto herculeamente para lidar com minhas reações, meu próprio corpo, sobreviver no mundo e tenho muito medo do futuro”	229
5.3.1 Fundamentos para uma compreensão do espaço vivido ou espacialidade do mundo-da-vida	233
5.3.2 Fundamentos para uma compreensão das vivências traumáticas	237
5.3.3 Reflexões sobre a culpa e outras vivências não assimiladas	238
5.3.4 Ampliando a discussão	241
5.4 Reflexões Propositivas: da Despersonalização/Desrealização a Quando a Vida se Torna “Cheia De Alma”	252

5.4.1 Terapia Orientada pela Focalização como Prática Favorecedora da Ressincronização	255
5.4.2 A Presença Implicada como Suporte Fundamental para a Constituição do Valor Pessoal	259
À Guisa de Conclusão	265
Referências	270
Anexo 1	295
Apêndice 1	299

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de Inclusão e Exclusão Utilizados	32
Tabela 2: Caracterização dos Trabalhos Selecionados para Metassíntese	35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama de identificação do estudo e processo de filtragem dos artigos encontrados 33

Apresentação

Esta é uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória que foi desenvolvida a partir do método fenomenológico e que se caracteriza como dialógica. Teve como participantes três pessoas adultas que se reconhecem como portadoras de Transtorno Bipolar (TB), após terem sido assim diagnosticadas por profissionais médicos. Nosso objetivo foi compreender, sob uma perspectiva psicológica, **“como é viver com o transtorno bipolar”**.

A experiência do pesquisador, ao longo de 13 anos de trabalho como psicólogo clínico numa instituição de custódia para pessoas com sofrimentos psíquicos graves, acompanhando inúmeros casos de pacientes diagnosticados com TB, inspira esta investigação.

Pretendemos gerar novos conhecimentos acerca das vivências dessas pessoas por meio de encontros dialógicos com base nos pressupostos fenomenológicos, propostos pelo filósofo Edmund Husserl e atualizados por sua discípula, Edith Stein.

Almejamos, deste modo, alcançar uma produção de conhecimento que seja útil tanto para as pessoas que sofrem de Transtorno Bipolar como também para a gama de profissionais de diversas áreas da saúde que buscam ampará-las em seu sofrimento. O texto desta pesquisa está organizado em 5 capítulos, conforme expomos a seguir:

No Capítulo 1, “O Transtorno Bipolar”, buscamos caracterizar este tipo de patologia a partir de aspectos históricos, conceituais e psicopatológicos. Em seguida, buscamos retratar o que a comunidade científica tem publicado nos últimos anos sobre a experiência vivida de pessoas portadoras de transtorno bipolar em relação a terem que conviver com os problemas decorrentes.

No Capítulo 2, “Fundamentos para uma Compreensão do Objeto”, apresentamos os referenciais teóricos e metodológicos dessa pesquisa. A Fenomenologia Transcendental, proposta por Edmund Husserl, e as contribuições antropológicas de sua discípula, Edith

Stein, representam as influências filosóficas mais significativas, inclusive quanto ao conceito de “vivências”. Também são apresentadas as contribuições da Psicologia Humanista norte-americana, especificamente sob a perspectiva de Carl Rogers e de seus colaboradores mais próximos, dentre eles, Eugene Gendlin. Em seguida, contextualizamos historicamente a psicopatologia fenomenológica com destaque para as contribuições de um de seus mais conceituados expoentes, Ludwig Binswanger, assim como aquelas desenvolvidas por autores mais contemporâneos.

No Capítulo 3, “Pesquisa Fenomenológica Dialógica: Procedimentos”, apresentamos os procedimentos metodológicos da pesquisa fenomenológica sob um enfoque dialógico, de acordo com a proposta desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa institucional “Atenção Psicológica em Instituições: prevenção e intervenção”, coordenado pela Profa. Vera Engler Cury.

No Capítulo 4, “Compreendendo e Interpretando Expressões das Vivências dos Participantes: Narrativas Compreensivas e Narrativa Síntese”, apresentamos as Narrativas Compreensivas, escritas a partir dos encontros dialógicos com os participantes, e a Narrativa Síntese.

No Capítulo 5, “Sendo Presença Diante da Alma Humana: vislumbres do pesquisador no encontro com os elementos constituintes da experiência”, apresentamos e discutimos os resultados da pesquisa sob a forma de elementos estruturais e a constituição de sentido à luz da psicopatologia fenomenológica e da psicologia humanista. Também estabelecemos interlocuções com outros estudos e pesquisas, buscando suscitar provocações e estimular reflexões.

1. O Transtorno Bipolar

Este capítulo apresenta o estado da arte sobre o Transtorno Bipolar e destaca algumas pesquisas sobre a experiência vivida de pessoas com esse transtorno. Está dividido em duas partes: na primeira, apresentamos a evolução dos conceitos sobre o Transtorno Bipolar, percorrendo os principais posicionamentos epistemológicos que debatem essa temática sob a perspectiva da psicopatologia. A segunda parte compõe uma revisão sobre publicações recentes acerca da experiência vivida por pessoas portadoras de transtorno.

1.1 O Transtorno Bipolar: aspectos históricos, conceituais e psicopatológicos

O fenômeno humano ao qual este estudo se refere diz respeito a um sofrimento psíquico que se caracteriza por alterações de humor (depressão e/ou mania), que pode vir acompanhado de alterações do pensamento, do juízo de realidade, da sensopercepção, da psicomotricidade e da vontade. Com o objetivo de facilitar a comunicação entre profissionais da área da saúde, foram criados sistemas de classificação que apresentam critérios específicos para o diagnóstico dos transtornos mentais.

De acordo com os dois principais sistemas de classificação dos transtornos psiquiátricos vigentes, a décima revisão do capítulo V da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID) da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) e da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (APA, 2014), a nomenclatura utilizada na atualidade para classificar esse fenômeno é “Transtorno Bipolar” (TB) ou “Transtorno Afetivo Bipolar” (TAB). Ao longo deste texto, utilizaremos a sigla TB.

O TB é um distúrbio psiquiátrico que apresenta reincidências de quadros episódicos depressivos, maníacos ou hipomaníacos associados a momentos de equilíbrio afetivo. A caracterização principal do diagnóstico é a presença de quadros maníacos ou hipomaníacos. Em termos de gravidade, os episódios podem apresentar uma sintomatologia psicótica (alucinações ou delírios). É um sofrimento que afeta mais de 1% da população e tem seu pico no início da vida adulta, podendo aparecer na infância ou adolescência.

O TB é uma das maiores causas de incapacitação de adultos, uma vez que está relacionado a déficits cognitivos, prejuízos psicossociais e prejuízo no funcionamento global, o que contribui para uma piora na qualidade de vida da pessoa. Ele está associado também ao aumento de mortalidade, principalmente por suicídio.

1.1.1 Dados Históricos da Classificação da Doença nos Manuais de Psiquiatria

O conceito sobre TB percorreu um longo caminho até à atualidade. Os registros mais remotos feitos sobre os quadros de alteração de humor e a busca por compreendê-los e caracterizá-los remetem ao período grego clássico, mais especificamente a Hipócrates, ao descrever e discriminar a melancolia, a mania e a paranoia. Contudo, a primeira descrição de uma doença que apresenta manifestações tanto de melancolia quanto de mania deve-se a Aretaeus da Capadócia (Angst, 1986; Marneros, 2001). Aretaeus propôs que a etiologia desses quadros representasse algo biológico, pois esses eram diferentes dos quadros que eram reconhecidos, naquela época, como detentores de causas psicológicas.

As primeiras descrições mais recentes sobre esse sofrimento datam da metade do séc. XIX e ocorreram de forma independente a partir dos psiquiatras franceses Falret e Baillarger (Angst, 1986; Marneros, 2001). Ambos os autores acreditavam que a mania e a

depressão eram quadros de um mesmo adoecimento. Para Falret, o período entre crises era composto por intervalos de lucidez, compondo, assim, o conceito de *folie circulaire*.

Baillarger não considerava tais intervalos, e sim as fases que emergem posteriormente (Angst, 1986; Marneros, 2001). Falret recebeu apoio de Kahlbaum, que embasou suas ideias nas observações de Griesinger, segundo o qual a mudança da melancolia para a mania era algo “usual” (Del-Porto & Del-Porto, 2005). Goodwin e Jamison (2007) afirmam que a maior parte dos psiquiatras do final do séc. XIX compreendia a melancolia e a mania como entidades distintas, com prognóstico ruim e cronicidade.

O psiquiatra Emil Kraepelin, que propôs um sistema de classificação das doenças psiquiátricas no final do séc. XIX, apresentou uma caracterização da “psicose maníaco depressiva” como entidade nosológica distinta, que continha seu caráter cíclico com manifestações maníacas, melancólicas e mistas, o que se tornou referência para os atuais manuais de psiquiatria DSM e CID na categorização do referido transtorno. Kraepelin preconizou-o como uma das duas psicoses endógenas, a “psicose maníaco-depressiva” e a *dementia praecox*, que seriam classificadas, pouco tempo depois, por Eugene Bleuler, como a esquizofrenia (Del-Porto & Del-Porto, 2005; Campos, Campos & Sanches, 2010).

Os alemães Leonhard (1979) e Kleist (Barahona Fernandes, 1979), como também Angst (1986), Winokur (1979) e Perris (1966), valorizaram um diagnóstico compreensivo da depressão e sua distinção em duas categorias, unipolar e bipolar, a partir da especificidade das manifestações. A partir da década de 70, alguns autores apresentaram trabalhos sobre o espectro bipolar e propuseram uma divisão em tipos I e II (Dunner, Fleiss & Fieve, 1976; Dunner, Gershon & Goodwin, 1976), que serão abordados mais à frente.

A partir da década de 1990, outros trabalhos têm apresentado variações da bipolaridade ao longo de um espectro que atinge, inclusive, a extensão dos humores mais estáveis, ampliando, assim, a sua abrangência (Akiskal, 1994, 1996; Akiskal & Mallya, 1987). Autores como McCelroy, Keck e Pope (1992), Perugi, Akiskal e Micheli (2001) apresentam controvérsias nosológicas quanto às fronteiras entre bipolaridade e esquizoafetividade, esquizofrenia e psicoses cicloides.

Além disso, há propostas de ampliação do espectro bipolar que consideram mais formas intermediárias do que aquelas levantadas por Dunner, Fleiss e Fieve (1976), o que indica a existência de um *continuum* dos sintomas e aponta mais para uma abordagem dimensional do que categorial no diagnóstico. Esses elementos serão abordados mais à frente.

Os manuais diagnósticos DSM (III, III-R, IV, IV-TR e V), assim como a CID 10, incorporaram alguns dos conceitos de Karl Leonhard (1979), como, por exemplo, a distinção realizada em 1957 entre os quadros de psicoses fásicas em formas monopolares (mania pura e melancolia pura; depressões puras e euforias puras) e bipolares (doença maniaco-depressiva e psicoses cicloides).

Para Leonhard, as formas bipolares seriam polimorfas, exibiriam quase sempre mesclas de sintomas, e as monopolares seriam “puras”. Ele afirmava que: (a) na melancolia ou mania puras, haveria manifestações de alterações do afeto, do pensamento, da psicomotricidade (melancolia) e da vontade (mania); (b) já na depressão ou euforia puras, apresentar-se-iam apenas alterações do afeto, sem comprometimento das outras funções psíquicas.

As formas bipolares, para ele, apresentariam características polimórficas tanto no sentido de que ciclam ao polo oposto (mania x melancolia) quanto de que exibem

características mistas de cada fase. Nas formas polimorfas, estariam presentes não apenas a psicose maníaco-depressiva (bipolar), mas também as psicoses cicloides. Essas últimas estão compreendidas na CID 10 como transtornos psicóticos agudos ou transitórios (Del-Porto, Del-Porto & Grinberg, 2010).

Goodwin e Jamison (1990) retomam a discussão, que tem estimulado debates, a respeito da depressão unipolar e depressão bipolar (Del-Porto, Del-Porto & Grinberg, 2010). Eles listaram algumas características que auxiliariam na diferenciação entre essas duas formas de manifestações: sexo, número de episódios, idade de início, duração dos ciclos, tempo de sono e retardo psicomotor.

A introdução da expressão do termo hipomania na compreensão do quadro e a inauguração da expressão “Transtorno Bipolar tipo II” foram desenvolvidas por Dunner, Gershon e Goodwin (1976). O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) as incluiu caracterizando o “Transtorno Bipolar tipo I” como aquele em que a elevação de humor é grave e persistente (mania), e o “Transtorno Bipolar tipo II” como aquele em que a elevação de humor é mais branda (hipomania) (APA, 2014).

No DSM V, também foi incluída uma categoria referida como “outro transtorno bipolar e transtorno relacionado especificado”. Essa denominação é utilizada para classificar os quadros que se apresentam atípicos por não conseguirem contemplar os critérios de duração e frequência mínimos exigidos para caracterizar sequer a hipomania (APA, 2014). Tal inclusão encaixar-se-ia na proposta de espectro bipolar desenvolvida por Akiskal (1994) e os colaboradores Perugi, Akiskal, Micheli, Toni e Madaro (2001) Koukopoulos e Koukopoulos (1999). A ideia do espectro da bipolaridade ampliou significativamente o campo epidemiológico desse transtorno, que passou de 1% para cerca de 8% (Lima, Tassi, Novo & Mari, 2005).

Alguns autores, como Arango, Fraguas e Parellada (2014), defendem outro espectro da bipolaridade que representaria um *continuum* da depressão até à esquizofrenia. Tal associação também foi realizada por Kraepelin. Essa concepção remete a fatores de ordem genética que foram verificados num estudo sueco por Lichtenstein e colaboradores (2009), segundo o qual, numa população de nove milhões de habitantes, verificou-se que a esquizofrenia e o transtorno bipolar compartilham – pelo menos em parte – uma base genética comum.

Keshavan *et al.* (2011) realizaram um estudo em que buscaram marcar a relação entre psicose e sintomas afetivos. Os resultados desse estudo sugerem um modelo de conceituação híbrido com a esquizofrenia e o transtorno bipolar nos extremos, e um grande grupo de pacientes incluídos ao longo do *continuum* dentre aqueles que, tradicionalmente, seriam considerados esquizoafetivos.

Conforme já explicitado, essa concepção dicotômica de Leonhard (1979) tem sido contraposta pela concepção de espectro bipolar, que retoma uma concepção kraepeliana na qual os quadros monopulares e bipolares são efeitos de um único processo mórbido (Akiskal, 1996). Esse posicionamento baseia-se em alguns fatores: a frequente manifestação de formas sub sindrômicas do transtorno; a ciclagem de episódios depressivos para a mania; a escassez de evidências sobre aspectos patogenéticos e evolutivos na diferenciação entre quadros unipolares e bipolares; a recorrência de depressão grave, como na depressão unipolar com histórico familiar de TB; e características relacionadas aos sintomas depressivos (incluindo o curso da doença ou a resposta ao tratamento), tais como formas mistas ou melancólicas, início precoce e pouca resposta a antidepressivos (Bosaipo, Borges & Juruena, 2017).

A quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais (DSM-5) e a CID 10 definem o Transtorno Bipolar pela manifestação de episódios depressivos ciclados com, ao menos, um episódio de exaltação de humor, seja hipomania, seja mania. Faz parte desse diagnóstico, também, a manifestação de episódios mistos em que sintomas depressivos e maníacos ou hipomaniacos apresentam-se simultaneamente.

O DSM-5 propõe uma divisão dos transtornos bipolares em cinco subtipos; já a CID 10 exige a presença de pelo menos dois episódios maníacos para o diagnóstico, e acaba incluindo o TB tipo II na parte referida como “outros transtornos bipolares” sem um esclarecimento, e localiza a ciclotimia não como um subtipo do TB, mas, sim, no grupo dos transtornos persistentes do humor. A atualização da CID que entrará em vigor em 2022, CID 11, assemelha-se ao DSM-5 ao reconhecer o tipo II e exigir a presença de apenas um episódio maníaco para o diagnóstico do tipo I. A CID 11 distancia-se do DSM-5 em relação ao reconhecimento do episódio misto como distinto, não definindo também um número de dias minimamente necessário para a configuração do diagnóstico de hipomania.

1.1.2 Etiopatogenia

Com relação à **etiopatogenia** do transtorno bipolar e sua evolução, não é possível diferenciar fatores biológicos dos psicossociais, uma vez que o transtorno é complexo e multideterminado (Serretti & Mandelli, 2008). Goodwin (2016) apresenta um estudo sobre os fatores biológicos e psicossociais da bipolaridade. Com relação aos fatores biológicos, o caráter hereditário apresenta elementos significativos, com taxas de até 80% em concordância entre gêmeos idênticos, caindo para 6% em parentes do primeiro grau (Goodwin, 2016).

Em relação aos fatores psicossociais, Goodwin (2016) afirma que o início e o curso da doença são provavelmente influenciados por traumas precoces, eventos da vida, como tensões na adolescência e uso de álcool ou outras drogas. Esse autor também considera que a ansiedade e o uso de substâncias são comorbidades comuns, e o surgimento da bipolaridade se dá com os primeiros episódios de mania.

1.1.3 Epidemiologia

O TB é um transtorno de humor grave, pois pode ser incapacitante e vem sendo associado à redução da expectativa de vida (Connolly & Thase, 2011; Laursen, 2011). Em termos **epidemiológicos**, dentre os transtornos de humor, o transtorno bipolar tem sido um dos mais estudados, e as estimativas em relação à sua prevalência na população são, em geral, conservadoras, demonstrando uma prevalência do TB ao longo da vida em 1,06% da população (Clemente *et al.*, 2015; Goodwin, 2016).

Outros estudos têm considerado alterações de humor menos intensas, aumentando o espectro da bipolaridade, passando, dessa forma, para uma prevalência em até 8,3% da população (Nery & Miranda-Scippa, 2013). O transtorno bipolar tipo I é mais incomum, com uma incidência de aproximadamente 1% ao longo da vida na população em geral; o tipo II tem a mesma incidência, e o TB não especificado apresenta uma taxa de cerca de 2,4% (Goodwin, 2016). Aplicando os critérios propostos pelo DSM-IV num estudo norte-americano, a depressão unipolar se apresentou com maior prevalência, de cerca de 16% (Goodwin, 2016).

O transtorno bipolar apresenta o maior índice de mortes motivadas por suicídio em relação a todos os outros diagnósticos psiquiátricos, com uma taxa de 39% por ano (Pompili *et al.*, 2013). Estima-se que as pessoas com bipolaridade apresentam uma taxa de

mortalidade por suicídio 25 vezes maior que a da população geral (Pompili *et al.*, 2013). Goodwin e Jamison (2007) apresentam uma prevalência de tentativas de suicídio em portadores de bipolaridade entre 20% e 56%. Hansson *et al.* (2018) realizaram um estudo de coorte com 12.850 pessoas diagnosticadas bipolares ao longo de dez anos, sendo que 90 pessoas desse grupo efetivamente cometeram suicídio (0,7%). Esses estudos foram realizados em contexto de internação psiquiátrica. Um estudo dinamarquês incluiu, também, pacientes com TB em tratamento ambulatorial, encontrando índices menores (embora ainda altos): identificou índices de 5% de suicídios entre as mulheres e 8% entre os homens (Nordentoft, Mortensen & Pedersen, 2011).

Um estudo epidemiológico brasileiro avaliou 1.464 pessoas, com índices de 20,8% de tentativas de suicídio em pacientes com TB tipo I, 32% em portadores de TB tipo II e 1,1% em pessoas com outros transtornos psiquiátricos (Moreno & Andrade, 2005). Gazalle *et al.* (2006) realizaram um estudo na região Sul do Brasil, no qual pesquisaram 169 pessoas com TB, das quais 48% já haviam tentado suicídio ao menos uma vez ao longo da vida.

1.1.4 Elementos Cognitivos

Em termos de **cognição**, portadores de TB podem apresentar déficits em diversos domínios no decurso dos episódios de alteração de humor, porém, em cerca de 50% dos casos, esses déficits persistem inclusive após a remissão dos episódios. Os domínios cognitivos mais alterados em pessoas com quadros eutímicos são as funções executivas, memórias verbais e atenção sustentada. O histórico de sintomas psicóticos, número elevado de episódios e maior extensão do transtorno estão associados a um comprometimento cognitivo mais pronunciado. Esses déficits cognitivos prejudicam a produtividade laboral

e funcional das pessoas com TB – fatores associados aos elevados índices de desemprego dessa população (Drakopoulos *et al.*, 2020).

1.1.5 Indicações de Tratamento de acordo com a psiquiatria vigente

Goodwin (2016) apresenta algumas diretrizes que acredita poder contribuir para o diagnóstico e o tratamento. Para o diagnóstico do transtorno bipolar de tipo I, ele aponta para a presença de elevação do humor, que pode requerer admissão hospitalar, uma clara interrupção do comportamento e o comprometimento da função psicossocial. Acredita que pacientes que experimentam episódios de mania geralmente experimentam também episódios de depressão maior.

O transtorno bipolar de tipo II requer uma história de depressão maior e hipomania, mas sem histórico de mania. Goodwin (2016) define a hipomania como uma elevação do humor que geralmente resulta em aumento de energia e confiança, mas que não apresenta perdas das outras funções psíquicas e que possui uma duração de, ao menos, quatro dias. Já as pessoas que sofrem de depressão maior e episódios mais curtos ou mais brandos de elevação do humor atribui-se o diagnóstico de transtorno do espectro bipolar (Goodwin, 2016).

Com relação ao **tratamento**, pesquisas indicam a necessidade de um acompanhamento medicamentoso de longo prazo após um único episódio maníaco grave como medida preventiva, porque, ao se evitar a ocorrência de recaídas precoces, o prognóstico sobre a evolução da doença será melhor (Kessing, Hansen, Hvenegaard, Christensen *et al.*, 2013). Mesmo numa situação em que há aceitação do tratamento por parte do paciente, levando a uma estabilidade clínica por vários anos, as pessoas que sofrem de bipolaridade são aconselhadas a continuar o tratamento medicamentoso

indefinidamente, pois os riscos de recaída permanecem altos, uma vez que o que se espera é uma remissão de sintomas, e não a cura (Goodwin, 2016).

A maior preocupação dos médicos psiquiatras é com os quadros de mania em função das consequências negativas significativas que eles podem trazer à vida dessas pessoas e de seus familiares (Goodwin, 2016). O tratamento pode ser dividido em fases agudas (mania, hipomania, estados mistos e depressão) e de longo prazo (profilaxia e manutenção), sendo que, em todas as fases, a presença do tratamento farmacológico é entendida como indispensável, conforme já considerado. O tratamento psicoterapêutico e outras intervenções psicossociais são mais indicados nas fases agudas depressivas e de longo prazo.

1.2 Experiência Vivida e Transtorno Bipolar: revisão de literatura

Ainda mantendo a temática da bipolaridade, apresentaremos algumas publicações científicas recentes que versam sobre a experiência vivida de pessoas com transtorno bipolar em relação a esse tipo de sofrimento. Jagfeld, Lobban, Marshall e Jones (2021) realizaram uma revisão sistemática de estudos qualitativos sobre processos de “recuperação pessoal” em pessoas com transtorno bipolar. Foram analisados 12 artigos publicados entre 2010 e 2020, que envolviam 163 participantes, com idades entre 19 e 68 anos (com média de 45 anos). Dos 163 participantes, 51% estavam empregados e 36% estavam desempregados ou com algum tipo de aposentadoria por invalidez. A síntese dos dados foi realizada por meio de software de análise qualitativa de dados NVivo, sendo levantados elementos de estrutura conceitual CHIME através de domínios e subdomínios. A análise dedutiva demonstrou que o processo de recuperação apresentou elementos de autogestão, medicalização e papéis socialmente importantes como o trabalho e a paternidade. Todos os

domínios encontrados apresentavam experiências de dificuldades e perdas, revelando tensões significativas ao longo do processo de recuperação. Pessoas com diagnóstico de bipolaridade têm maior probabilidade de estar empregadas do que pessoas com diagnóstico de transtornos psicóticos; e o fato de conseguir encontrar algo na vida que realmente adoram fazer parece contribuir significativamente para sua recuperação pessoal. A aceitação das limitações, identificação de expectativas irreais e redução de ambições contribuem para aumentar a esperança. Encontrar um trabalho adequado sem tantas pressões pode ser também uma grande contribuição para a recuperação. Estudos apresentam dados que indicam que pessoas com alta sensibilidade para ativação comportamental, a qual resulta num aumento de comportamentos direcionados a um objetivo, podem ser mais vulneráveis a desenvolver TB (Alloy et al., 2012; Dempsey et al., 2017; Depue & Iacono, 1989). Os resultados apontam que pessoas em estágios posteriores de recuperação pessoal afirmaram administrar satisfatoriamente o processo sem uso da medicação.

As dificuldades e perdas das pessoas com bipolaridade apresentadas nessa revisão (Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021) abrangiam todas as áreas da vida, carreira e emprego; perda de otimismo e esperança; perda do propósito e significado associados ao desenvolvimento do papel de pais; perda de controle do comportamento nos episódios agudos de humor; perda do senso de identidade em decorrência das alterações de humor ou do diagnóstico de transtorno bipolar; perda de autonomia ou poder pessoal em função de tratamentos coercitivos; perda da conectividade nos relacionamentos com amigos e colegas. Práticas de meditação de atenção plena e mindfulness mostraram-se boas estratégias de longo prazo para a autogestão do humor, levando as pessoas com esse transtorno a aceitar seus sentimentos sem julgamento. A busca por equilíbrio entre aceitação e ambição, principalmente para lidar com experiências recorrentes de perdas, aparece como um desafio

a ser enfrentado. Essa revisão também indicou que os processos de recuperação pessoal conduzidos por profissionais de saúde não devem caminhar para uma forma excessivamente otimista e simplista, visando sempre reconhecer os desafios reais como partes naturais do processo. Orientações que se configurem como apoio são muito importantes e contribuem para a autogestão. No que diz respeito aos relacionamentos com outras pessoas e com amigos, os membros da família se constituem como um importante recurso de apoio, mas também podem causar conflitos. Existem evidências de que intervenções psicossociais são necessárias como forma de tratamento além dos processos farmacoterápicos (Chatterton et al., 2017; Justo et al., 2007; Mansfield et al., 2012; Reinares et al., 2016). Essa revisão também confirmou que uma maior aceitação social sobre o transtorno bipolar pode auxiliar sobremaneira no processo de recuperação (Jagfeld, Lobban, Marshall & Jones, 2021).

Warwick, Mansell, Porter & Tai (2019) realizaram uma metassíntese a partir de 24 estudos qualitativos, encontrados em 4 bases de dados, envolvendo 320 pessoas com TB, que discutiam sobre o que as pessoas portadoras de transtorno bipolar experimentam como angustiante. Essa pesquisa foi conduzida de acordo com as diretrizes da declaração Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA-P). Como resultado, cinco temas analíticos foram identificados: 1) diagnóstico, 2) perda, 3) incerteza, 4) ameaça e 5) relacionamentos; dois temas transversais também foram identificados: 1) estigma e 2) medo de recaída. O tema mais recorrente foi a perda, incorporando perdas de identidade, de conexão social, de controle e de propósito. A percepção de uma perda de controle sobre o próprio humor e, portanto, uma redução na capacidade funcional, poderia levar a percepções de que certos objetivos não são mais alcançáveis ou a evidências que levem a essas conclusões, por exemplo, ser incapaz por algum tempo de trabalhar para atingir os objetivos de carreira desejados. Uma das implicações desse estudo foi que a maior

parte do que as pessoas relatavam como angustiante nem sempre era o foco das terapias psicológicas ou intervenções sociais, em sua maioria baseadas na Terapia Cognitivo Comportamental. Este dado permite concluir que as atuais intervenções psicológicas no caso de pessoas com TB não são adequadas para promover a recuperação. O estudo também aponta que a maioria das terapias psicológicas disponíveis para esse tipo de transtorno tende a se concentrar no medo de recaídas, assim como intenta reduzir o medo de mudanças de humor, criando planos de prevenção e enfrentamento de recaídas.

A seguir, apresentaremos uma metassíntese, mais especificamente, uma meta-etnografia, desenvolvida sob a forma de artigo,¹ sobre o que a comunidade científica publicou entre 2016 e 2021 em relação à experiência vivida de pessoas portadoras de transtorno bipolar. O método adotado nesse estudo foi proposto por Noblit e Hare (1988), e consiste em possibilitar ao pesquisador acessar elementos que propiciem uma compreensão acerca dos principais conceitos, significados e sentidos comunicados por diferentes estudos qualitativos. Kinn et al. (2013) esclarecem que há diversas formas de propor um trabalho de metassíntese em relação a pesquisas qualitativas, mas todos “representam uma forma indutiva de comparar, contrastar e traduzir a compreensão original do autor por meio de metáforas, frases, ideias, conceitos e resultados” (p. 1287). Segundo Campbell et al. (2011), a meta-etnografia é uma das formas mais comumente empregadas para sintetizar pesquisas qualitativas.

¹ Artigo em avaliação na revista “Psicologia em Estudos” da Universidade Estadual de Maringá.

1.2.1 Método Meta-etnográfico

Uma meta-etnografia procura produzir novos conhecimentos e não simplesmente compilar resultados (France et al., 2019); busca ir além dos relatos individuais e revelar as analogias entre os estudos de forma a preservar seu sentido por meio da seleção de metáforas e conceitos principais. Seus proponentes desenvolveram um processo de "tradução" e "síntese de tradução" em que os sentidos de diferentes relatos são traduzidos um em relação ao outro. "As analogias reveladas nessas traduções constituem a síntese meta-etnográfica" (Noblit & Hare, 1988 p. 13). Essa metodologia enfatiza a preservação dos significados dos estudos, sendo a tradução o elemento que distingue a meta-etnografia de outros métodos e justifica sua escolha no presente estudo ao possibilitar sintetizar a experiência vivida de pessoas com bipolaridade, mantendo sua complexidade.

Noblit e Hare (1988) e France et al. (2019) descrevem sete passos para desenvolver esta estratégia metodológica: (1) Definir a questão de pesquisa, objetivo e foco. Esse estudo foi desencadeado a partir das seguintes questões norteadoras: a) Quais tipos de estudos têm sido desenvolvidos sobre “como é viver com o transtorno bipolar?”; b) Como descrever e caracterizar as vivências das pessoas em relação ao transtorno bipolar?; (2) Decidir o que é relevante. O escopo de uma meta etnografia é uma questão crucial; deve ser mais restrito para evitar generalizações grosseiras; (3) Realizar a leitura criteriosa dos estudos selecionados, a fim de identificar os principais conceitos; (4) Determinar as interlocuções entre os estudos, buscando as relações entre os conceitos comuns e recorrentes. (5) Traduzir significados e conceitos encontrados em cada estudo em relação aos demais. Este estágio inclui as interpretações decorrentes dos artigos e utilizam-se as próprias palavras dos autores por meio de aspas e paráfrases retiradas dos textos dos artigos originais, para que

sejam mantidos os significados e conceitos de cada estudo. Identificam-se os conceitos descritos no artigo de maneira que todos mantenham fidelidade em relação ao conceito-chave; às vezes, o conceito-chave pode ser descrito por meio de termos usados em um dos artigos. (6) Sintetizar as traduções; descrever o caminho utilizado e como foram selecionadas determinadas interpretações. (7) Expressar uma síntese; resumir os principais resultados e comparar com a literatura existente; refletir sobre as limitações, pontos positivos e implicações do estudo.

A tradução e a síntese dos significados apreendidos nos estudos selecionados são guiadas pela busca de compreensão em três níveis, cada vez mais profundos. O primeiro nível de compreensão é obtido a partir da leitura das experiências vividas dos participantes, revelando "conceitos de primeira ordem"; o segundo nível revela "conceitos de segunda ordem" à medida que os pesquisadores identificam, comparam e analisam os principais temas ou conceitos presentes nos estudos selecionados; e o terceiro nível revela "conceitos de terceira ordem", criados a partir da identificação e síntese de construtos que expressam os significados originais.

1.2.2 Processo de Seleção dos Artigos e critérios de Inclusão / Exclusão

Buscando responder às duas questões norteadoras, foi realizada uma pesquisa sistemática nas seguintes bases de dados: PMC/PubMed, MEDLINE/PubMed e PsycINFO, utilizando-se os descritores: “Bipolar Disorder”, “Qualitative Study” e “Lived Experience”. O recorte temporal utilizado foi o período de cinco anos, ou seja, de 2016 a 2021. Foram encontrados 375 artigos, sendo “10” na PsycINFO, “49” na MEDLINE/PubMed e “316” na PMC/PubMed. Após a exclusão dos artigos duplicados, 353 artigos permaneceram (Figura 1).

Inicialmente, foram selecionados apenas artigos originais, revisados por pares, de periódicos científicos das áreas da saúde, que apresentavam resultados de pesquisas seguindo um processo de inclusão em duas etapas. Na primeira, buscamos identificar os melhores descritores capazes de levantar os artigos que tratavam do assunto pesquisado. Na segunda etapa, buscamos realizar uma triagem conduzida por duas perguntas-eixo: “Este artigo apresenta novos conhecimentos, foi desenvolvido a partir de uma pesquisa envolvendo método qualitativo de coleta e análise de dados e os resultados apoiam-se nas vivências dos participantes?”, e "O objeto de estudo do artigo diz respeito à experiência vivida de pessoas com bipolaridade?”.

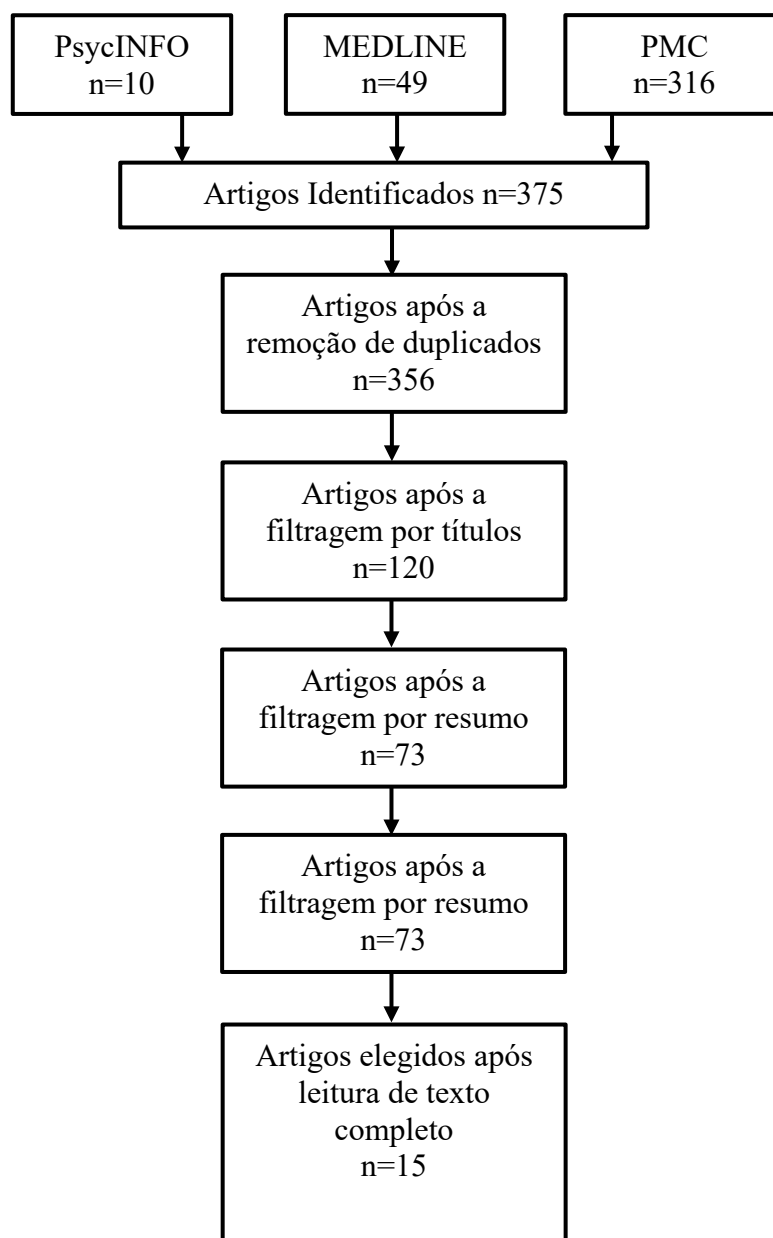
Buscando responder a essas perguntas, foram excluídas pesquisas que não abordavam diretamente pessoas com TB, inclusive estudos em que o diagnóstico dos participantes não era fornecido ou que não tinham como foco esse transtorno; também excluíram-se artigos em que a bipolaridade aparecia como diagnóstico secundário, ou que incluíam diagnósticos duplos ou múltiplos (Tabela 1). O processo de filtragem se deu, inicialmente, por meio da leitura dos títulos, tendo sido excluídos 226 (restando 130); em seguida, foi realizada filtragem por meio dos resumos, quando foram excluídos 47 (restando 73); e, finalmente, foi realizada filtragem por meio de leitura dos artigos na íntegra, tendo sido excluídos 58, permaneceram 15 (Figura 1).

Tabela 1: Critérios de Inclusão e Exclusão Utilizados

Critério	Inclusão	Exclusão
Data de publicação	de 2016 a 2021	antes de 2016
Língua	Inglês	Qualquer outro idioma

Modelo de Publicação	a. Artigos revisados por pares que descrevem pesquisas primárias	<ul style="list-style-type: none"> a. Dissertações; b. Teses; c. Resumos de conferências; d. Revisões; e. Artigos de discussão; f. Artigos teóricos; g. Resumos; h. Documentos teóricos, não revisado (por exemplo: artigos de jornais, livros, capítulos de livros)
Dados Qualitativos	Descrição da experiência vivida do participante	
Participantes	Pessoas com Transtorno Bipolar	<ul style="list-style-type: none"> a. Cuidadores; b. Familiares; c. Profissionais que atendem pessoas com transtorno bipolar.
Diagnóstico	Pessoas com o Diagnóstico principal de Transtorno Bipolar	<ul style="list-style-type: none"> a. A bipolaridade como um dos diagnósticos considerados no trabalho e não o foco do trabalho; b. Diagnósticos Duplos ou Múltiplos c. Bipolaridade como diagnóstico secundário d. Diagnóstico dos participantes não fornecido
Triagem de título, resumo e texto completo	<ul style="list-style-type: none"> a. Este artigo apresenta descobertas de pesquisas qualitativas envolvendo métodos qualitativos de coleta e análise de dados e são resultados apoiados pelas vivências dos participantes? b. O foco do artigo é a experiência vivida de pessoas com bipolaridade? 	

Figura 1: Diagrama de Identificação do Estudo e Processo de Filtragem dos Artigos Encontrados



1.2.3 Caracterização dos artigos selecionados

Os estudos foram conduzidos nos seguintes países: Austrália, Canadá, Chile, China, Etiópia, EUA, Holanda, Nova Zelândia (2), Reino Unido (4), Turquia e Suíça. Os

métodos de coleta utilizados pelos autores foram entrevistas individuais semiestruturadas (13) e transcrição de grupos focais (2). Para a análise dos dados, os artigos apresentaram os seguintes métodos: análise fenomenológica interpretativa IPA (4); análise temática de conteúdo (3); construcionismo social (1); análise de temas com o auxílio do aplicativo NVivo ou MaxQDA (2); análise fenomenológica transcendental (1); Teoria Fundamentada (Grounded Theory) (1); abordagem mista de indução-dedução (1); análise temática indutiva (2).

As pesquisas incluíram um total de 289 participantes, mulheres e homens de 15 a 77 anos, variando de 7 a 49 participantes em cada estudo, com uma média de 20 participantes. Três estudos incluíram a participação de cuidadores (22 pessoas) além das pessoas diagnosticadas com bipolaridade, mas sem que o foco fosse a experiência dos cuidadores. Os artigos selecionados são descritos na Tabela 1.

Tabela 2: Caracterização dos Trabalhos Selecionados para Metassíntese

Ano/Autor	País	Amostra	Método, Objetivo e Análise
2021. Perich et al.	Austrália	22 a 63 anos Mulheres (n=29)	Entrevistas individuais semiestruturadas (EIS) sobre experiências da vida reprodutiva. Análise com base no Construcionismo Social
2020. Wah et al.	Reino Unido	45 a 75 anos TAB tipo I e humor eutímico (n=8)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre riscos e decisões cotidianas. Análise: IPA
2020. Pallesen et al.	Reino Unido	26 a 45 anos com TAB tipos I e II ou TAB ciclagem rápida. (n=9)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre a experiência de receber o diagnóstico. Análise: IPA
2019. Tse et al.	Hong Kong	mais de 18 anos, chineses (n=32)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre serviços de saúde mental e recovery. Análise: temas com NVivo
2021. Tyler et al.	Reino Unido	67 a 77 anos, e familiar/amigo de idosos com TAB. (n=7)	Facilitação de três grupos focais, abordando a proposta da intervenção, explorando experiência vivida e recovery na terceira idade. Análise temática de conteúdo
2021. Smyth et al.	EUA	18 a 25 anos, diagnosticados aos 13 a 17 anos (n=8)	Entrevistas individuais semiestruturadas por telefone sobre sintomas, sistema de saúde, tratamento e suporte na adolescência. Análise a partir da metodologia fenomenológica transcendental

2019. Warwick et al.	Reino Unido	Pessoas sem episódios por 4 + anos, vivendo “a vida que desejam” (n=12)	Entrevistas semiestruturadas sobre percepções do diagnóstico de TB e recovery. Análise com NVivo, a partir da Grounded Theory
2020. Hormazáb al-Salgado & Poblete- Troncoso	Chile	40 a 65 anos, chilenos com humor eutímico e juízo da realidade preservado. (n=7)	Entrevistas semiestruturadas sobre: "Qual a sua experiência de vida com o transtorno bipolar?". Análise temática
2020. Crowe et al.	Nova Zelândia	21 a 55 anos, com alta há, no máx 3 meses de (n=11) ou em tratamento, com dificuldades cognitivas. (n=20)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre a percepção do seu funcionamento cognitivo e o impacto deste nas atividades cotidianas. Análise de conteúdo
2020. Lepouriel et al.	Suíça	33 a 61 anos, com humor eutímico (n=22)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre auto-estigmatização e auto-desestigmatização identificando aspectos subjacentes. Análise a partir de abordagem mista de indução-dedução
2018. Crowe & Inder	Nova Zelândia	15 a 35 anos que haviam participado de um estudo sobre psicoterapia. (n=30)	Entrevistas individuais semiestruturadas sobre experiência há 5 anos de psicoterapia e seu impacto Análise temática indutiva
2018. Morton et al.	Canadá	mais de 19 anos, autodiagnosticados com TAB (n=43)	Entrevistas individuais semiestruturadas investigando processos envolvidos na experiência vivida de sua qualidade de vida. Análise temática indutiva
2018. Maassen et al.	Holanda	mais de 18 anos, com humor eutímico e cuidadores acima de 18 anos. (n=56)	Facilitação de 7 grupos focais para compreender desafios vividos e implicações para a prestação de cuidados. Análise temática dos dados com MaxQDA.
2020. Durgu & Dulgerler	Turquia	19 a 63 anos, com pelo menos uma alta hospitalar (n=28)	Entrevistas individuais semiestruturadas para compreender a experiência vivida de recovery. Análise com MaxQDA e Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA).
2021. Demissie et al.	Etiópia	Pessoas da Etiópia e cuidadores (um terço agricultores/analfabetos); 22 cuidadores (esposa / marido) (n=27)	Entrevistas semiestruturadas sobre convivência com a doença, estratégias de enfrentamento, práticas de busca de ajuda e possíveis impactos. Análise temática dos dados/IPA

1.2.4 Síntese dos Resultados e processo de análise

Utilizou-se o processo de análise descrito por Kinn et al. (2018) a partir de Noblit e Hare (1988) para determinar a relação entre os estudos e a identificação dos conceitos de primeira, segunda e terceira ordens. Os artigos selecionados foram lidos na íntegra, descritos e caracterizados; em seguida, foram levantados os principais resultados por meio de um elenco de elementos que constituem os conceitos de primeira ordem (citações literais

das experiências vividas dos participantes) e um levantamento inicial dos conceitos de segunda ordem (temas recorrentes somados a breves descrições das principais descobertas). Em seguida, as dimensões de contradição e os assuntos recorrentes, assim como os conceitos de segunda ordem, foram comparados e contrastados entre si (Kinn et al., 2018).

Após análise, concluiu-se que os conceitos eram passíveis de comparação e realizou-se a análise de tradução recíproca, proposta por Noblit e Hare (1988), e os conceitos encontrados formaram um grande mapa. Não foram considerados os conceitos de segunda ordem que diziam respeito exclusivamente às particularidades de cada estudo e não contribuíam para o processo de compreensão sintética das experiências vividas de pessoas que sofrem com o TB como, por exemplo, a experiência de variação hormonal durante o período de gravidez. Durante o processo de categorização dos conceitos de segunda ordem que revelavam experiências do sofrimento bipolar, refletiu-se sobre quais eram os sentidos que emergiram dessas categorizações, suas dimensões de semelhança/contraste e suas relações com o propósito da revisão, considerando-se o conteúdo como um todo. Uma criteriosa análise temática somada a uma leitura interpretativa dos significados dos conceitos de forma sintética permitiu o desenvolvimento de novos significados gerais dos elementos presentes nos estudos, isto é, os conceitos de terceira ordem. Desta maneira, chegou-se a uma metáfora abrangente.

1.2.5 Resultados: Saga Hércúlea

A metáfora abrangente, "Saga Hércúlea", surgiu da análise das vivências dos 289 participantes como forma de expressar a necessidade constante de empreenderem batalhas pessoais, atravessadas por muito sofrimento, para conseguirem reequilibrar-se e seguir adiante em suas vidas. A escolha dessa metáfora foi inspirada no mito de Hércules, filho

bastardo de Zeus com uma mortal, Alcmena (Brandão, 2009). Desde seu nascimento, Hércules sofreu uma perseguição por parte de Hera (esposa legítima de Zeus) que, enciumada, buscava prejudicá-lo. Ela acaba por enlouquecê-lo a ponto de o fazer matar sua própria esposa e filhos num ataque de fúria. Sob o peso de uma culpa terrível, Hércules, sem saber da influência de Hera e temendo enlouquecer de vez, busca ajuda no Oráculo de Delfos para que intermediasse o apoio de seu meio-irmão, o deus Apolo. Uma pitonisa do Oráculo transmitiu-lhe metafóricos desígnios futuros que o aconselhavam, para redimir-se de seu terrível crime, a tornar-se um servo, abandonando sua condição de nobre e buscando orientação de seu primo invejoso, Euristeu. Esse primo lhe propõe uma série de desafios impossíveis e mortais, imaginando que Hércules morreria na luta (Brandão, 2009). No entanto, por mais que os doze trabalhos imputados a Hércules fossem extremamente difíceis, ele os venceu um a um; este percurso de enfrentamento por meio de batalhas é considerado mitologicamente “a jornada do herói” (Campbell, 1995). Os feitos de Hércules tornaram-se simbolicamente representativos da vitória por meio da força física, mas também da inteligência, das habilidades e, sobretudo, da perseverança para superar as tragédias impostas pela vida.

Como no mito de Hércules, encontramos nos artigos que versam sobre as experiências de pessoas com TB as derrotas representadas por episódios de perda de controle sobre si e a luta constante pelo resgate da autonomia pessoal e da reintegração psicológica ao longo da vida. Ao redor dessa vivência fundamental, foram encontrados outros cinco temas que apontam para aspectos importantes vividos por essas pessoas na jornada de resgate de si mesmas, representada por um constante processo de serem desafiadas, lutarem e vencerem cada batalha numa "jornada de herói".

1.2.5.1 Os Primeiros Golpes: A Perda de Controle Sobre Si e a Autocondenação

Assim como Hércules, os participantes vivenciam uma perda de controle em relação a si mesmos e a culpa decorrente. Alguns referiram-se a uma perda de controle sobre suas ações, aumento de irritabilidade, agressividade, compulsões, apatia, perda de respeito pelos outros, perturbação do sono, delírios e alucinações, perda de autonomia e dificuldade para reconhecerem a si mesmos (terem senso de si) como agentes, nas suas ações, na identidade e nos relacionamentos, como consequência de seus sintomas bipolares (Demissie et al., 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Perich et al., 2021). "Esta doença é um pesadelo para mim. Não é uma doença normal, é um pesadelo" (Durgu & Dulgerler, 2021).

A dimensão de perda de controle sobre si é vivenciada sob a forma de flutuações extremas e assustadoras no humor, assim como dificuldades para ter um senso de si, somadas a sensações de baixa autoestima, desvalia, apatia, irritabilidade, agressividade, perturbações do sono, delírios, alucinações, dentre outros (Demissie et al., 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Perich et al., 2021).

Episódios de humor "fora de controle" são vivenciados como "assustadores" e geradores de um impacto significativo tanto em suas atividades laborais quanto em seus relacionamentos. "Eu estava completamente fora de controle ... não conseguia regular meu sono, não conseguia manter um emprego, não conseguia estabelecer um relacionamento com outro cara e estava com vergonha de sair de casa... e fiquei realmente apavorada" Olivia (Perich et al., 2021, p. 6).

Muitos participantes descreveram a sensação de estarem "presos" ou "paralisados" por não se sentirem capazes de pensar como habitualmente, de organizar ou associar os pensamentos, observando uma lentificação. "Parece que meu cérebro entra em pânico e é

como se eu quase congelasse e... [quando vou] às compras não consigo pensar no que quero, não consigo pensar no que preciso pegar” (Mulher, 33 anos) (Crowe et al., 2020, p. 324).

Isso provoca, nos participantes, uma perda de confiança em si mesmos e em suas capacidades, uma menor segurança para tomar decisões e experiências de autoestigma, vergonha, desprezo por si e isolamento (Maassen et al., 2018; Perich et al., 2021); além disso, foram relatadas experiências de perda de memória, concentração, organização, muitas vezes levando à falta de confiança cognitiva, procrastinação e dificuldades de sustentar uma vida disciplinada (Crowe et al., 2020; Morton et al., 2018). “Quando eu era estudante, não conseguia assistir às aulas direito nem escrever usando caneta e livro, como meus amigos” (Demissie et al., 2021, p. 6). “Foi um branco completo porque meu cérebro simplesmente partiu para outro lugar ... e você começa a não ter apenas problemas para tomar decisões sobre o futuro, você começa a questionar o passado também, como “o que é que aconteceu?” (Crowe 2020, p. 325)

Os participantes sentem-se diferentes dos outros, inferiorizados, envergonhados (Demissie et al., 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Maassen et al., 2018; Tyler et al., 2021; Warwick et al., 2019); como se sua identidade estivesse esmagada ou fragmentada (Maassen et al., 2018; Richard-Lepouriel et al., 2020).

1.2.5.2 As Primeiras Batalhas: O Processo de Aceitação do Diagnóstico e das Vicissitudes Decorrentes

Para que a batalha possa ter início, é necessário que o guerreiro enfrente seu inimigo principal: a realidade da bipolaridade. Para as pessoas que sofrem de bipolaridade, essa é uma etapa muito difícil, e a presença dos cuidadores, familiares e amigos pode ser de grande

valia nesse momento (Crowe & Inder, 2018; Demissie et al., 2021). O processo de aceitar a experiência de adoecimento é permeado por altos e baixos. Os participantes relataram que, para conseguirem compreender o que significa o TB, precisam aprender a contar sobre o que vivem, falar sobre como estão se sentindo e aprender a controlar o humor (Crowe & Inder, 2018; Demissie et al., 2021). “Compartilho meus sentimentos com minhas irmãs, irmãos e amigos e isso me ajuda muito. Eles me disseram que não sou a única pessoa com problemas; pode acontecer com qualquer um ... às vezes até passam por um problema semelhante” (Demissie et al., 2021, p. 4).

A aceitação da experiência do transtorno do humor ajuda a manter um senso de controle de si mesmo e de empoderamento (Durgu & Dulgerler, 2021; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Perich et al., 2021; Warwick et al., 2019) como uma forma de aceitação da realidade, principalmente quando essa se ajustava às experiências subjetivas. A aceitação do diagnóstico também é experienciada como um dos primeiros passos, acontecendo de forma gradativa e com duas facetas: pode apresentar-se como algo legitimador, e/ou estigmatizante (Pallesen et al. 2020). Ela é vivenciada como legitimadora quando corresponde às experiências vividas subjetivamente, favorecendo uma compreensão acerca das dificuldades e auxiliando no encontro de soluções concretas como acesso a tratamentos eficazes (Warwick et al., 2019). “... sem esse diagnóstico, você não está em lugar nenhum, porque você está travado... sem um diagnóstico, você não está recebendo nenhuma ajuda, nenhum suporte e pode durar anos e anos” (Pallesen et al., 2020, p. 361).

A aceitação do diagnóstico é sentida como estigmatizante quando reforça a experiência de se sentir diminuído, subjugado a uma doença, ou favorece práticas de exclusão, ou outros tipos de violência, advindas principalmente do contato com terceiros

(Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Pallesen et al. 2020; Richard-Lepouriel et al., 2020; Smyth et al., 2021; Warwick et al., 2019). Alguns participantes optaram por manter o diagnóstico em sigilo (Smyth et al., 2021), com medo de serem julgados ou discriminados no trabalho, e preferiram designar seu sofrimento como "depressão" ou "esgotamento" para evitar o termo TB (Pallesen et al., 2020; Richard-Lepouriel et al., 2020).

Mesmo fornecendo uma explicação, o diagnóstico pode confundir o senso de identidade (Warwick et al., 2019). Os participantes sentem-se incompreendidos, sozinhos, como "extraterrestres" em comparação com pessoas não doentes ("sou bipolar") (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020), ao ponto de se sentirem excluídos da raça humana: "Não somos humanos ao extremo, realmente nos sentimos como animais perigosos" (Richard-Lepouriel et al., 2020, p. 1162).

1.2.5.3 A Vitória Sobre o Poço da Desvalia: A Jornada de Recuperação

Sair desse poço de desvalia não é um processo simples e rápido. Apesar de ser considerado um diagnóstico de saúde mental grave e vitalício, há evidências crescentes desafiando as probabilidades de um prognóstico ruim, à medida que pessoas com TB estão se recuperando. No entanto, alguns participantes acham esse conceito equivocado - que se trata apenas de uma estabilização, e "recuperação" seria uma remissão completa sintomatológica. "Recuperação significa que você está recuperado ... Você está curado e bipolar não pode ser curado ..." (Tyler et al., 2021, p. 6)

Participantes com um senso mais pessoal de recuperação descreveram a importância de estabelecer metas, engajar-se em uma atividade significativa associada ao uso de medicamentos, ter estratégias de autocuidado e consolidar um senso de esperança (Tyler et

al., 2021) amparada, se possível, pelo suporte de pares (Tse et al., 2019). A recuperação é significada como uma vida repleta de habilidades, capacidades e interesses positivos para a pessoa; as atividades mais eficazes para a recuperação são aquelas que são experimentadas e realizadas na vida cotidiana (Durgu & Dulgerler, 2021). Dessa forma, os participantes entendem como gestos de seus verdadeiros eus as escolhas que fazem ao assumirem riscos durante a fase eutímica. Num momento de maior autonomia, quando são capazes de pensar de maneira mais clara, avaliam de forma mais objetiva os riscos envolvidos nas decisões que tomaram. Equilibrar medo e esquiva é um desafio, mesmo durante a eutimia, pois, às vezes, esse medo impede de tomar uma decisão (Demissie et al., 2021; Wah et al., 2021).

No momento em que a pessoa percebe que sua condição, ainda que difícil e dolorosa, não se reduz inteiramente à doença, a aceitação desta torna-se possível, até o ponto em que ela deixa de prejudicar a identidade pessoal e a pessoa sente-se livre para conduzir sua vida sem se sentir doente (Maassen et al., 2018; Richard-Lepouriel et al., 2020).

1.2.5.4 O Encontro com Inimigos e Amigos: O Suporte Paradoxal

No decorrer de sua jornada, Hércules encontra aqueles que o apoiam e aqueles que obstruem seu caminho. O apoio dos familiares e dos profissionais é vivido pelos participantes como paradoxal (Durgu & Dulgerler, 2021; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Maassen et al., 2018; Smyth et al., 2021), pois encontram, naqueles que lhes oferecem suporte, algo potencialmente saudável e/ou potencialmente adoecedor. Isso fica evidente no mito de Hércules, cujas quase impossíveis tarefas, atribuídas por aqueles que lhe ofereciam ajuda, possibilitaram-lhe resgatar a si mesmo.

Por mais que familiares e profissionais da saúde desejem ajudar a pessoa com TB, seus gestos e atitudes nem sempre transmitem suporte; pelo contrário, alguns participantes relataram uma relação direta entre intensidade da doença e fatores sociais, uma vez que as interações sociais negativas tiveram como efeito o desencadeamento de uma crise que ocasionou o agravamento do conflito social (Demissie et al., 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Tyler et al., 2021). “Eu tive a oportunidade de fazer um curso de três dias e [meus amigos] disseram "você consegue!", aumentando muito minha confiança. Mas, na verdade, eu sei que três dias é demais para mim, pois o cansaço tende a desencadear crises” (Wah et al., 2021, p. 322).

Para os participantes, fazer e manter amizades é difícil, um estressor significativo. Associam sua experiência com a doença a um maior isolamento e distanciamento de situações sociais; tendem a afastar os outros e escolhem ambientes menos estressantes e mais seguros, como seus próprios quartos (Smyth et al., 2021): “muitos amigos desistiram de mim ou as pessoas simplesmente iam embora subitamente. Eles simplesmente não querem lidar com isso, ou não gostam” (Smyth et al., 2021, p. 125).

É importante para os participantes saber que há pessoas que os aceitam como são e que se importam. Poder contar com alguém, mesmo que essa pessoa esteja num "segundo plano", os ajuda a não se sentir desamparados ou solitários (Warwick et al., 2019). Eles significam esse suporte da família ou de pessoas da comunidade como uma motivação para se envolver mais e comprometer com o tratamento, participando e se interessando em conhecer mais sobre o TB. As pessoas que os apoiam, por sua vez, entram em contato com outros profissionais, ajudam na administração de medicamentos e isto inspira esperança de que momentos melhores virão, de que suas vidas têm valor (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Smyth et al., 2021). Nas situações de recaídas, sentem que o apoio

da família é fundamental, pois esta os ajuda a relativizar o trauma da recaída e fornece oportunidades de fazer tarefas domésticas (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020).

A experiência de aceitação, de validação social percebida concretamente, a falta de julgamento e apreciação, afirmando que são pessoas independentemente de seus diagnósticos, surgiram como algo profundamente importante para os participantes, ajudando no processo de constituição da autoaceitação (Maassen et al., 2018; Warwick et al., 2019).

Os participantes enfatizaram a importância do apoio de ordem prática, principalmente nos estágios iniciais da recuperação, como, por exemplo, a proximidade dos serviços de saúde mental, o apoio financeiro e o apoio de empregadores acomodando licenças e retornos ao trabalho em fases. “Eu contei à [minha mãe] sobre todos os meus pensamentos suicidas, os problemas que estava tendo. Eu me abri muito. E ela me ajudou a conseguir um terapeuta e outras coisas” (Smyth et al., 2021, p. 125). O apoio de grupos da comunidade, de familiares e amigos, on-line ou presencial, mesmo não entendendo seus sintomas ou o curso da doença, é vivido como essencial (Smyth et al., 2021; Warwick et al., 2019).

Participantes apontaram para a importância de uma comunicação aberta, honesta e facilitadora com os profissionais de saúde (Maassen et al., 2018; Wah et al., 2021), pois querem ser tratados como pessoas e não como pacientes subjugados a um saber técnico do profissional que sustenta uma abordagem baseada na força (Maassen et al., 2018). Um relacionamento positivo com o profissional de saúde facilita um entendimento mútuo, uma cooperação e sensação de ser ouvido - pré-condições para uma experiência positiva, favorecedora do processo de aceitação do TB (Pallesen et al. 2020). O contato negativo

pode funcionar como gatilho, desencadeante de episódios. Uma participante relatou que suas crises eram motivadas pelo comportamento de seu marido e, com a saída dele de casa, seu humor se estabilizou e ela se viu mais forte para lidar com seus episódios de TB: "Não tenho mais esse gatilho, então estou estável" (Tyler et al., 2021, p. 6).

A experiência com os profissionais de saúde mental no processo terapêutico (psicoterapia e tratamento medicamentoso) é vivida como crucial para lidar com o sofrimento, mas pode ser ambígua (Durgu & Dulgerler, 2021; Maassen et al., 2018). "Ter um profissional realmente bom, que me deu responsabilidades e acredita em mim, realmente ajudou" (Tyler et al., 2021, p. 6). Há também vivências de decepção e frustração, e o estigma relacionado ao TB pode ficar evidente em alguns serviços de saúde mental (Durgu & Dulgerler, 2021; Maassen, 2018; Tyler et al., 2021; Warwick et al., 2019). "Ainda estamos lutando contra profissionais que não acreditam que somos capazes do que realmente somos" (Tyler et al., 2021, p. 6).

Ao refletir sobre suas próprias experiências, participantes idosos perceberam que a procura por psicoterapia decorreu de vivências de crises influenciadas por experiências negativas do passado, e que seu progresso estava vinculado à sua disposição para explorar tópicos difíceis e encontrar a abordagem e o terapeuta corretos (Crowe & Inder, 2018; Maassen et al., 2018; Warwick et al., 2019). Tinham ideias muito claras sobre o tipo de ajuda que gostariam de receber: o terapeuta deveria dedicar um tempo construindo um relacionamento. "Eles precisam ter habilidades de escuta... adaptando a linguagem corporal, o tom de voz e a altura da voz... cientes dos tipos de problemas que enfrentamos ... ser capazes de obter nossa confiança" (Tyler et al., 2021, p. 7)

Apesar da dificuldade em colocar em palavras como a terapia os beneficiou, participantes apontaram para este serviço como um ambiente em que podem se expressar

sem ser julgados, auxiliando no processo de dar sentido ao que foi vivido, inclusive ressignificando experiências difíceis do passado, bem como contribuindo para a compreensão de gatilhos, o controle do humor, a lida com experiências internas difíceis e capacidade de estar presente (Crowe & Inder, 2018; Warwick et al., 2019). “Acho que o que aprendi com a terapia foi uma compreensão de como as coisas realmente me afetam - a doença é tão individual quanto a pessoa. E o estudo me alertou sobre os pontos fracos e como contorná-los” (Crowe & Inder, 2018, p. 4).

O processo de suporte de pares também se mostrou muito importante como oportunidade de partilha de experiência e de conhecimento sobre o TB. “Os trabalhadores de suporte de pares sabiam como eu me sentia; eles ressoavam com o que estava passando, e empatizavam [...] sabiam exatamente do que eu estava falando, então eu não precisava repetir minha história dos últimos 30 anos.” (Tse et al., 2019, p. 6).

“Eles (trabalhadores de suporte de pares) vivenciaram isso pessoalmente e conheciam toda a situação... não havia hierarquia e eu consegui falar o que penso livremente.” (Tse et al., 2019, p.6).

Nem todos os participantes viram valor no suporte de pares, mas muitos reconheceram/identificaram um efeito que ultrapassou em muito a adesão à medicação, favorecendo a construção de metas de recuperação. “Os trabalhadores de suporte de pares foram mais capazes de se colocar no nosso lugar [do que outros profissionais de saúde mental]. Eles entenderam a situação e como era ter a doença.” (Tse et al., 2019, p. 7).

1.2.5.5 Os Equipamentos de Guerra: Armas para Enfrentar as Batalhas

Para completar várias das tarefas, Hércules usou sua força bruta, criatividade, paciência, inteligência e autocontrole. Para matar as aves carnívoras, usou castanholas de

bronze que ganhou de Atenas e Hefesto (para chamá-las) e as flechas embebidas com o sangue venenoso do monstro Hidra para destruí-las. Os participantes também encontraram armamento para suas batalhas: possibilidade do uso de medicação, estratégias de autocuidado e autocompreensão ao longo do tempo.

As experiências com a medicação eram ambíguas (Maassen et al., 2018; Warwick et al., 2019). Para muitos era considerada fundamental; outros, buscavam suprimi-la com suplemento de micronutrientes (Warwick et al., 2019). A jornada até chegar na dose e medicação corretas é vivida como muito sofrida e, em alguns momentos, incapacitante. Buscam um tratamento medicamentoso adequado e satisfatório e a dosagem correta, que sejam eficazes com efeitos colaterais aceitáveis (Durgu & Dulgerler, 2021; Maassen et al., 2018). Havia preocupação com os efeitos da medicação, e.g. aumento de peso, sensação de sonolência, efeitos na memória e na concentração, pois se intensificavam à medida que as pessoas tomavam a medicação por períodos cada vez mais longos (Demissie et al., 2021; Maassen et al., 2018; Warwick et al., 2019). Participantes que veem a aceitação da medicação como uma etapa necessária, percebem-na como uma decisão sobre o não controle de seu próprio corpo, sem seu uso. Eles aprenderam com o tempo que existia uma relação de causa e efeito entre a diminuição da dose ou retirada da medicação e a recaída. Com isso, percebiam o impacto positivo da medicação no controle dos sintomas e que recaídas poderiam gerar consequências prejudiciais (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020).

Além da medicação, o grupo usou de outras estratégias ao longo dos anos para gerenciar o TB como terapias psicológicas e estratégias de autocuidado. O envelhecimento auxiliou nesse processo de forma que, com o passar dos anos, através de suas próprias experiências de convivência com TB e da leitura das informações disponíveis, a

administração do transtorno bipolar passou a se tornar mais eficaz. Com o passar do tempo, se sentiram mais capazes de estabilizar de forma mais eficaz a doença em respostas às flutuações de humor através da identificação de gatilhos desencadeadores e de mudanças conscientes no estilo de vida para uma maior autonomia (Crowe & Inder, 2018; Tyler et al., 2021). “Eu li sobre isso e aprendi todos os meus gatilhos. Agora eu identifico a doença, enquanto antes eu apenas pensava que era assim que minha vida estava indo” (Tyler et al., 2021, p. 6).

1.2.5.6 Os Tesouros Encontrados: Habilidades e Forças Adquiridas no Processo de Amadurecimento

Os participantes apontaram para diversos “tesouros” que os auxiliavam no processo de amadurecimento em relação ao sofrimento vivido: a) o desenvolvimento da esperança e a convicção da possibilidade de mudança, decorrentes do contato com pessoas "normais" ou de experiências de fé religiosa; b) o esforço substancial e uma persistência em experimentar várias possibilidades até que algo realmente funcionasse (Warwick et al., 2019); c) a atenção a pequenas mudanças, uma vez que elas contribuem para "viver a vida que desejam"; d) o desenvolvimento de uma perspectiva de otimismo ao lidar com a própria vida e o que conseguiram construir desde seu diagnóstico; e) o aprendizado da autorreflexão e do relacionamento com o próprio mundo interior; f) o desenvolvimento de uma consciência sobre a dinâmica interior da bipolaridade permitindo a identificação de gatilhos, dos primeiros sinais de alertas de que algo não vai bem e fatores que contribuem para a estabilização (Crowe & Inder, 2018; Demissie et al., 2021; Warwick et al., 2019); g) percepção do que influencia o humor identificando fatores estressantes da vida; h) aprendizagem de certos padrões de pensamentos; i) percepção de seus próprios valores e

do que queriam da vida; j) desenvolvimento da capacidade de tolerar e experimentar sentimentos diferentes sem tanto medo dos altos e baixos do humor (Crowe & Inder, 2018; Warwick et al., 2019); k) desenvolvimento de um autocuidado através de mudanças fundamentais no estilo de vida no sentido de priorizar o próprio bem-estar encontrando elementos na vida que a pessoa gostasse de fazer (Crowe & Inder, 2018; Morton et al., 2018; Warwick et al., 2019); l) busca por trabalho ou realização de algo motivador, promovendo um senso de merecimento para receber algo bom e auxiliando processos de redução da autculpabilização (Crowe & Inder, 2018; Warwick et al., 2019); m) desenvolvimento da capacidade de atenção plena focada no aqui-e-agora (Morton et al., 2018; Warwick et al., 2019); n) busca por vivências espirituais ou religiosas como orar, vivenciar ritos de purificação e ouvir canções religiosas, as quais tiveram influência muito positiva sobre o equilíbrio emocional, ajudando-os a sentir calma e coragem quando experimentassem problemas pessoais ou interpessoais (Demissie et al., 2021).

Outro aspecto importante no processo de recuperação foi terem conseguido aceitar as partes significativas deles mesmos, inclusive a aceitação de se verem, não como um rótulo, mas como uma pessoa, superando o auto-estigma (Warwick et al., 2019). O processo de auto-desestigmatização demonstrou contribuir para que os participantes desenvolvessem seus próprios recursos pessoais, propósitos, autogestões e de integração na comunidade (Richard-Lepouriel et al., 2020). Alguns participantes perceberam que o ato de comparar as próprias circunstâncias com outras pessoas com TB que enfrentaram ou enfrentam dificuldades semelhantes favoreceu a uma redução da autocrítica e a uma atitude mais compassiva, levando a uma melhor qualidade de vida: “Ok, isso é meio normal, acontece com outras pessoas, então está tudo bem, apenas tente conviver com isso um pouco mais” (Morton et al., 2018, p. 1497).

O desenvolvimento de um respeito pela importância do outro na própria vida permitia que os participantes tivessem maior cuidado com suas relações e mantivessem suas redes de apoio. Por mais que fosse difícil e que demandasse a criação de técnicas próprias para sua manutenção, a criação disciplinada de uma rotina teve uma importância significativa na motivação inicial e no controle das coisas, assim como colocar metas mais realistas para alcançar (Warwick et al., 2019). "É bom conhecer meus limites ... de certa forma, foi uma dádiva de Deus ter TB ... Tive de aprender sobre mim mesmo, o que é realmente bom" (Crowe & Inder, 2018, p. 239).

1.2.6 Considerações Finais

Uma "Saga Hercúlea" como metáfora abrangente expressa a tragédia das pessoas que sofrem de TB, ao se reconhecerem condenadas a uma constante experiência de perda de controle sobre si que acarreta diversos tipos de consequências negativas; ao mesmo tempo, também expressa o fato de se sentirem compelidas a lutar persistente e corajosamente pela própria recuperação. Nesse processo, os outros significativos - familiares, amigos, pessoas da comunidade, profissionais de saúde - aparecem como elemento crucial que pode tanto auxiliar como atrapalhar, demonstrando a dimensão ambígua do suporte, porque, ao tentarem ajudar, podem, inadvertidamente, contribuir para agravar o sofrimento e o desencadeamento de novas crises. Assim, o paciente pode sentir-se solitário por não conseguir formar vínculos com aqueles que poderiam constituir uma rede de apoio, evidenciando a importância de que esses desenvolvam atitudes e habilidades para disponibilizar cuidado apropriado.

Uma das principais habilidades está relacionada à capacidade de escutar e compreender o movimento da pessoa em sofrimento diante de suas necessidades singulares.

Algumas vezes, a própria pessoa com TB é capaz de solicitar ajuda, em outras as pessoas que oferecem suporte precisarão ajudá-la a reconhecer que precisa de algum tipo de cuidado (Demissie et al., 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Tyler et al., 2021).

As experiências de culpa, medo, tristeza e desvalia, presentes na vivência da pessoa com TB, estão frequentemente associadas a uma baixa autoestima, constituindo uma experiência muito negativa em relação ao senso de si. Nesse sentido, a partir da análise do material, foi possível constatar que um dos elementos mais importantes é a existência de relações que contribuam para o desenvolvimento de uma dignidade própria, de um senso de auto-mercimento e consideração.

O estigma social, inclusive por parte de pessoas próximas, dos profissionais de saúde e da comunidade mais ampla, gera dificuldades ao desempenho de diversas atividades e papéis. A incompreensão em relação às pessoas com TB foi mencionada pelos participantes das pesquisas como barreiras que as impedem de expressar seus sentimentos e buscar ajuda, levando-as a se sentir sozinhas diante de uma experiência de exclusão social.

As pessoas que adquiriram experiência ao longo das batalhas buscando uma melhor qualidade de vida a despeito da bipolaridade revelaram algumas aprendizagens significativas: sobre a necessidade de persistência até encontrar um tratamento satisfatório; a busca pelo otimismo por meio da atenção a pequenos avanços; a autorreflexão e desenvolvimento de relacionamento com o próprio mundo interior, o que favorece a identificação de primeiros sinais de crise e de gatilhos, percebendo o que contribui ou não para a estabilização do humor; aceitação da necessidade de tomar medicação e uma auto-observação cautelosa até encontrar o psicofármaco e a dose adequados; busca por relacionamentos que não sejam estigmatizantes, que ajudem no desenvolvimento de um senso de dignidade própria capaz de auxiliar no desenvolvimento de habilidades de

autodefesa e autocuidado saudáveis (esse senso de dignidade e autocuidado deve ser o eixo pelo qual a pessoa deve pautar seus relacionamentos, inclusive no relacionamento com profissionais da saúde); desenvolvimento de uma capacidade de dar prioridade àquilo que preenche suas vidas e a atividades que lhes proporcionam bem estar.

De forma geral, é possível compreender a recuperação como um processo psicossocial que se configura na vida cotidiana. A experiência positiva de suporte pode contribuir efetivamente para a redução da taxa de suicídio, uma vez que um dos principais sofrimentos apontados nesse estudo é a solidão, e relações afetivas podem acender uma chama de esperança, mesmo nos piores momentos.

O processo de metassíntese evidenciou que as pessoas com TB vivenciam experiências radicais de sofrimento que incluem desde a perda da autonomia e de controle sobre si até o sofrimento decorrente da exclusão social e do estigma. Dois elementos são fundamentais para favorecer a auto-compreensão e a consciência acerca dos sintomas da doença que as acomete, possibilitando que evitem maiores danos a si mesmas e a outrem: 1) abertura para aceitar o diagnóstico e a necessidade de buscar e aderir a um tratamento especializado, de forma a poder cuidar de si adequadamente; 2) a existência de uma rede de apoio por parte de amigos, familiares, profissionais e da sociedade/estado para que a pessoa não se sinta solitária e desamparada. Fazem parte desse suporte: a aquisição de conhecimento sobre a enfermidade; o apoio no processo de adesão ao tratamento medicamentoso e psicoterápico recomendado; ser alguém que gere confiança por representar uma presença engajada e empática, capaz de colocar-se no lugar daquele que sofre e conseguir auxiliá-lo na luta por uma melhor qualidade de vida. A postura esperada é de compreensão e aceitação em relação às dificuldades da pessoa com TB de forma a preservar sua dignidade e autoestima em meio a fases de oscilação de humor em que ela

vivencia apatia, culpa, insegurança, raiva e impulsividade, constituindo com ela um vínculo de confiança que lhe possibilite sentir-se vista e acompanhada, como também impor limites quando se fizerem necessários. A pessoa que enfrenta as vicissitudes deste tipo de sofrimento causado por graves oscilações de humor precisa ter abertura e persistência para lutar pela recuperação de sua autonomia pessoal e encontrar compromisso e apoio naqueles em quem deposita confiança. Ao longo desse processo, poderá aprender muito e será capaz, inclusive, de auxiliar aqueles menos experientes a enfrentar e viver essa saga heroica de uma forma mais leve e com menos sofrimento.

2. Fundamentos para uma Compreensão do Objeto

Este capítulo tem por objetivo apresentar os principais referenciais teóricos que embasam esta investigação. O capítulo está dividido em duas partes: a primeira tem como propósito apresentar a Fenomenologia Transcendental, proposta por Edmund Husserl, assim como as contribuições da proposta antropológica da sua discípula, Edith Stein. O conceito de "vivência", objeto desta pesquisa, será definido a partir deste referencial fenomenológico. As contribuições da Psicologia Humanista norte-americana, mais especificamente a Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), desenvolvida por Carl Rogers e seus colaboradores mais próximos, dentre os quais Eugene Gendlin será, também, apresentada. Em seguida, traremos as principais escolas psicopatológicas de natureza fenomenológica, principalmente a partir da contribuição de um de seus mais conceituados expoentes, Ludwig Binswanger, assim como de outros autores mais atuais.

Neste momento, cabe-nos marcar a diferença entre a psicologia fenomenológica e a filosofia fenomenológica, uma vez que esta investigação se encontra no primeiro desses campos anunciados. A distinção entre a fenomenologia enquanto uma proposta filosófica e a psicologia fenomenológica encontra-se na definição de seus objetos de conhecimento e nas evidências decorrentes deles. A psicologia fenomenológica tem por objeto a experiência vivida, e a evidência decorrente encontra-se nos dados derivados a partir de uma relação direta, pessoal, do pesquisador, expressa em relatos sobre entrevistas, narrativas, etc.; já a filosofia fenomenológica tem por objeto as características essenciais da existência humana, da consciência ou subjetividade e pode encontrar sua evidência em relatos em primeira pessoa de experiências vividas e em relatos temáticos sobre determinados tipos de experiência que foram levantados por pesquisas qualitativas, assim

a produção da psicologia fenomenológica pode ser também evidência para a filosofia fenomenológica (Fernandez, 2016).

Cabe-nos, agora, fazer uma suspensão na temática da bipolaridade para introduzirmos o tema “fenomenologia”, o qual oferecerá subsídios para uma compreensão, tanto acerca da proposta metodológica desta pesquisa (que será melhor desenvolvida no capítulo 3, sobre o método), quanto do que se define por psicopatologia fenomenológica.

Neste primeiro tópico, apresentaremos alguns elementos conceituais sobre a Fenomenologia Transcendental de Husserl, que foram utilizados como referencial epistemológico no desenvolvimento desta pesquisa. O próximo tópico está interligado a esse de forma a ampliar conceitos, ao apresentar a descrição antropológica, desenvolvida pela filósofa Edith Stein, discípula de Husserl, sobre temas psicológicos com importantes contribuições à compreensão dos fenômenos humanos. Para tanto, recorreremos às obras da filósofa italiana Angela Ales Bello (2004, 2006, 2012, 2014, 2015) que tem se dedicado a uma reflexão cuidadosa sobre as ideias de Husserl e Stein.

2.1 A Fenomenologia Transcendental de Edmund Husserl

A escola fenomenológica que embasa este estudo localiza-se numa vertente compreensiva dos fenômenos humanos tais quais se mostram a uma consciência. O filósofo Edmund G. A. Husserl (1859-1938), fundador da fenomenologia clássica, propõe alguns princípios norteadores importantes ao afirmar o valor dos fenômenos da consciência que devem ser estudados como tais, já que constituem o único mundo passível de ser apreendido pelo ser humano.

É importante considerar que o pensamento de Husserl (1913/2006, 1954/2012a, 1931/2013) surge em meio a posicionamentos divergentes quanto à legitimidade da ciência em que, de um lado, havia uma ênfase no mundo dos objetos ideais e do pensamento *a priori*, e de outro, o mundo da experiência e do conhecimento *a posteriori*. Husserl (1913/2006) parte dessas duas bases para propor a fenomenologia, uma concepção totalmente nova para a época, uma vez que busca exatamente fazer vir à tona a dimensão de ligação (intencionalidade) íntima entre o mundo ideal e o mundo empírico (de Monticelli, 2019). Nesse ponto, encontra-se o fundamento da psicopatologia fenomenológica e da atitude clínica em relação à pessoa em sofrimento, conforme veremos mais à frente.

Visando explicitar mais detalhadamente a perspectiva fenomenológica a partir do campo da filosofia, a fenomenologia visa descrever a dinâmica da subjetividade humana para propor uma teoria de conhecimento. A fenomenologia defende que o ser humano, por meio da intencionalidade, é capaz de captar o sentido essencial das coisas. Para a fenomenologia, a existência dos objetos remete diretamente à evidência de que os objetos têm seus sentidos próprios. Husserl (1954/2012a) propôs-se a descrever a pluralidade dos modos de percepção que norteiam o conhecimento direto e intuitivo dos objetos. A fenomenologia busca, acima de tudo, dar-se conta dos modos de apreensão dos fenômenos humanos de forma a evitar distorção nesse processo.

Segundo Husserl (1931/2013):

A vida prática cotidiana é ingênua, é um emergir no mundo pré-dado, experienciando, pensando, valorando, agindo. Com isso, todas as operações intencionais do experienciar, pelas quais as coisas estão pura e simplesmente aí, realizam-se anonimamente: aquele que experiencia não sabe nada delas, e do mesmo

modo, também nada sabe do pensamento operante; os números, os estados-de-coisas predicativos, os valores, os fins, as obras surgem graças às operações ocultas, edificando-se membro a membro – apenas os primeiros estão diante dos olhos (p. 191).

A fenomenologia não pretende analisar os objetos a partir do seu plano factual enquanto exterioridade nem aparência factual. Husserl, na condição de matemático, propunha colocar entre parênteses a factualidade dos objetos (pela lógica da álgebra, colocar entre parênteses significa que o elemento existe, porém é posto à parte) para, assim, conseguir alcançar a essência do sentido das coisas para além de sua factualidade (Ales Bello, 2004). A fenomenologia de Husserl é um modo de fazer filosofia que assume seu rigor no momento em que coloca entre parênteses a forma autônoma de as pessoas tratarem o aparecer das coisas, sempre refletindo e tematizando sobre essa dissociação (Ricoeur, 1953).

Num linguajar filosófico, ela se interessa por aquilo que é imanente no sujeito, e não por aquilo que é transcendente a ele. Mais especificamente, a fenomenologia interessa-se pelos processos interiores (transcendentais) decorrentes da experiência do sujeito com o mundo exterior (transcendente) e com ele mesmo. E vai encontrar nessa transcendentalidade do mundo o seu realismo, uma vez que esse mundo se apresenta a uma consciência, a um eu puro (Ales Bello, 2004, 2006). Ricoeur (1953) afirma que a não consideração de que o fenômeno aparece à custa do ser, ou tendo como fundo o ser, perde seu valor e não atinge nada mais do que uma mera apresentação de opiniões, de convicções vazias de sentido.

Assim, Husserl (1954/2012a) desenvolve um pensamento inovador em relação à ciência e aos seus modos de apreensão da realidade. Para ele, a ciência deve imprimir uma

forma de conhecer o mundo, e, por sua vez, uma forma de existência humana. A ciência da época, positivista, propunha alcançar o conhecimento das coisas a partir de uma análise em que seria possível ao pesquisador posicionar-se de forma destacada do objeto investigado. Tal postura conduz a uma forma de pensamento e organização de mundo dos sentidos em que o ser humano é uma coisa entre as coisas, e acaba não se dando conta de como ele transforma o mundo e é transformado pelo mundo a partir dos sentidos colhidos nessa interação (Husserl, 1907/1990):

Eu não posso imergir vivencialmente, experiencialmente, pelo pensamento, não posso imergir valorativamente ou ativamente em nenhum outro mundo senão naquele que tem em mim próprio e a partir de mim próprio o seu sentido e validade. Se me coloco por sobre esta inteira vida e me abstenho de toda e qualquer consumação de uma qualquer crença de ser, que toma diretamente o mundo enquanto existente – se dirijo exclusivamente o meu olhar para esta própria vida, enquanto consciência do mundo, então aproprio-me de mim próprio enquanto ego puro, com a corrente pura das suas *cogitationes* (Husserl, 1931/2013, p. 58-59).

O principal objetivo é captar o fenômeno na evidência de como se mostra, isto é, captar o evidente que está coberto por significados distorcidos que impedem a apreensão do significado essencial que está ali, no caso, do que está sendo vivido, porém nem sempre nomeado de forma a evidenciar o que verdadeiramente é o cerne da vivência. Sendo assim, para a fenomenologia é fundamental um cuidado em relação à utilização das palavras. É fundamental o cuidado na busca pela palavra que corresponda ao fenômeno que está em questão, pois sem uma palavra que seja capaz de evidenciar o fenômeno em questão, este último não se revela em evidência. A busca pela fidelidade ao fenômeno também está

relacionada à busca pela melhor palavra para evidenciá-lo. Com uma palavra incorreta, compreende-se o fenômeno de forma distorcida.

O motivo pelo qual o fenomenólogo evita teorias ou sobreposições de significados, na tentativa de leitura do fenômeno, está na compreensão de que tais construções de sentido podem favorecer um distanciamento maior do que está sendo investigado, isto é, o “acontecer humano”, o fenômeno puro emergente.

Por outro lado, o fenomenólogo utiliza toda sua capacidade perceptiva: ouvidos, olhos, tato... Utiliza todo seu corpo para perceber o mundo tal qual se revela. Busca a apreensão dos sentidos verdadeiros que estão por trás dos fatos objetivos captados na atitude natural de relação com o mundo. Utiliza sua inteligência para compreender os objetos abstratos, relações, estruturas. Utiliza toda a sua capacidade de percepção para captar pessoas, situações, o valor das coisas, perceber as emoções (de Monticelli, 2002). Em suma, o fenomenólogo utiliza o que está ao seu alcance para dar-se conta do mundo vivido tal qual se revela para além das aparências objetivas. Para ele, a fidelidade ao fenômeno é o fundamento de sua prática.

Nesse percurso, não é difícil compreender a alegoria de que o fenomenólogo possui dois amores. O primeiro deles seria **o amor pelo fenômeno tal qual se revela**, e para isso necessita de uma metodologia rigorosa, que veremos nos próximos capítulos. O segundo é **o amor pelo cuidado e rigor na eleição das palavras, linguagem, conceitos** nos quais irá se amparar para comunicar o fenômeno da forma mais fidedigna possível.

Conforme vimos em Husserl (1954/2012a), uma luta e um esforço delicado, pois ele precisa abrir mão da **atitude natural** de nomear/compreender o fenômeno a partir de suas próprias palavras (pelos seus próprio sentidos) para, então, por meio de uma **atitude fenomenológica** – que compreende um esforço para tentar abrir mão desses seus próprios

sentidos e conceitos –, buscar compreender os sentidos revelados pelo próprio fenômeno que emerge (inclusive elegendo os significados que melhor descrevem o fenômeno).

Para chegar às essências (eidos), aos sentidos essenciais das coisas para além de todos os sentidos exteriores aparentes (factualidade), Husserl (1913/2006) propõe um processo de redução fenomenológica (epochè). Husserl (1913/2006) divide a epochè em dois processos: redução eidética e redução ao sujeito (redução transcendental).

A **redução eidética** busca realizar uma “diminuição”, tirando uma parte daqueles elementos de significado que efetivamente não comunicam os sentidos essenciais do fenômeno que está em questão. Nesse processo, busca-se retirar toda a factualidade aparente, permanecendo-se com o essencial. Conforme vimos, o fato de se colocar entre parênteses não visa negar a existência factual dos objetos, mas apenas colocá-la em suspenso, visando identificar o que de essencial permanece (Ales Bello, 2004).

A **redução ao sujeito**, ou **redução transcendental**, visa colocar entre parênteses o humano singular, buscando compreender e descrever a estrutura que esse sujeito tem de comum com os outros sujeitos. Para realizar isso, é necessário retirar e colocar entre parênteses tudo aquilo que circunda o humano, para, efetivamente, fixar a atenção na vivência do Eu. Uma vez que o que está em jogo é o conhecimento sobre o sujeito, Husserl abre mão da lógica cartesiana (da existência pelo pensamento – *res cogitans*), livrando-se da questão das ideias aparentes do pensar, e encontra na **vivência** do Eu um caminho seguro para alcançar seu objetivo (Ales Bello, 2004).

2.1.1 “Vivência” ou “experiência vivida” para a Fenomenologia Transcendental

Para Husserl, a **vivência** se dará inicialmente pelo ato da percepção, e, nesse sentido, aquilo que é percebido é efetivamente vivido. Perceber é dar-se conta inclusive de que se

vive (*Erlebnis*). Um objeto externo (transcendente), quando percebido pelo tato, pela visão, pelo olfato, torna-se uma **vivência** para quem o percebe. Esse objeto externo, ao ser percebido, se torna interno (transcendental). Esse processo de tender para o objeto externo é denominado **intencionalidade** (Ales Bello, 2004, 2006).

A percepção é uma vivência muito importante, pois é por meio dela que é possível ter contato com a realidade. “Quando algo é percebido, eu vejo, eu toco, isto é, os sentidos são ativados. Então, o perceber é entrar em contato diretamente e recordar é recordar aquilo que nós percebemos” (Ales Bello, 2004, p. 91). Para Husserl, perceber, recordar, imaginar, fantasiar, refletir, todos são vivências. **Imaginar** seria algo já ligado àquilo que foi percebido no passado, porém, ao ser atualizado para o presente, pode ser completado pela **imaginação**. Para Husserl, imaginar não é a mesma coisa que fantasiar:

[...] a **imaginação** significa que organizamos as coisas de uma maneira diferente em relação à presença da realidade; **fantasia** significa que nós acrescentamos vínculos que não têm a ver com esta realidade, pois podemos projetar elementos novos com relação àquela coisa que nós estamos percebendo, ou criar um mundo, que chega ao ponto de ser alternativo ao mundo percebido (Ales Bello, 2004, p. 91).

O **ato perceptivo** é entendido como consciência do primeiro grau, mas o processo de compreensão daquilo que é percebido só é possível por meio da consciência do segundo grau, isto é, do **ato reflexivo**. Para o ato perceptivo, é fundamental a dimensão da **corporeidade**, uma vez que é por meio dos sentidos que o ser humano consegue perceber: tato, visão etc. O tato, para Husserl, é um sentido muito importante, pois é por ele que o sujeito tem contato direto com os objetos do mundo e permite ter a experiência de corporeidade. Para os fenomenólogos, o mundo transcendental não coincide com o mundo

transcendente. O mundo transcendente pode estar silencioso e tranquilo, e o mundo imanente, estar vivido e tumultuado (Ales Bello, 2006).

A vivência da **memória** é algo fundamental a ser abordado, pois é por meio da memória que existe a formação da interioridade, e o processo de perda de memória implica a perda da própria identidade (Ales Bello, 2004). A passagem da experiência presente, para Husserl, conforme vimos, é algo dúbio, pois a memória acaba não sendo confiável, uma vez que pode estar envolvida de imaginação. Outro ponto é que, se o presente vivido pelo sujeito no contato com os objetos for curto demais, as experiências não são capazes de ser compreendidas antes que se tornem memória (Pockett, 2003). Esse ponto será mais bem descrito à frente quando a compreensão de temporalidade a partir de Husserl for evocada porBinswanger para se compreender os processos de adoecimento na melancolia e mania.

Husserl (2013) analisa a temporalidade das vivências e observa que a memória é algo presente e, ao mesmo tempo, passado; é presente na medida em que a pessoa recorda, e é passado enquanto conteúdo recordado. Para Husserl (1931/2013), tanto a vivência do passado quanto a vivência do futuro são vividas no presente. Ele utiliza a compreensão de **temporalidade** baseada na concepção de tempo de Santo Agostinho como *praesentatio* (apresentação), *retentio* (retenção) e *protentio* (protensão).

Agostinho (397/2017) não concordava com a ideia apenas de presente, passado e futuro. Ele acreditava que seria preciso compreender os três tempos como presente do passado (memória), presente do presente (intuição) e o presente do futuro (expectativa). A retenção seria aquilo que a pessoa vai retendo a partir de sua percepção do presente vivido. O processo de retenções vai instituindo as recordações. A protensão está relacionada à vivência de antecipação indeterminada do que ainda está por vir. A apresentação é a impressão primordial e momentânea no contato com o viver. A pessoa, em sua relação com

o mundo, vai realizando uma retenção do presente vivido, e o conjunto de retenções vai formando a historicidade da pessoa. Um exemplo dado por Fuchs (2015) pode elucidar essa compreensão: escuto os tons atuais de uma música (apresentação), ainda estou consciente dos tons que acabei de ouvir (retenção) e espero a continuação da melodia (retenção). O que é percebido não é uma sequência de tons, mas um processo dinâmico, auto-organizado, que integra os tons ouvidos criando uma melodia, denominado por Husserl de síntese passiva (não realizada ativamente pelo sujeito).

Husserl (1931/2013) busca chamar a atenção para a diferença entre o aparecer das coisas no mundo fenomênico, no mundo do **eu empírico**, isto é, o mundo dos objetos aparentes e fenômenos externos objetivos, e os fenômenos propriamente ditos, conteúdos da consciência fenomenológica, mundo do **eu puro**. Ales Bello (2004) afirma que Husserl, ao falar de **eu puro**, está explicitando a pureza das estruturas das vivências que se manifestam numa síntese unitária de três dimensões: **corporal, psíquica e espiritual**.

Ao analisar as dimensões do pólo subjetivo das vivências do sujeito, Ales Bello (2004) chama a atenção para o fato de que existem vivências pré-reflexivas, no que diz respeito às quais o sujeito não é capaz de se conscientizar de modo direto, são operações que ocorrem através de uma síntese passiva (o sujeito não se dá conta de que realiza certas operações). A autora chama a atenção para o fato de o sujeito **registrar uma percepção e**, sem se dar conta, realizará passivamente o reconhecimento de semelhanças, diferenças e afeições em relação à própria corporeidade.

O que é, afinal, efetivamente, a vivência ou a experiência vivida? **Vivência** é aquilo que é percebido (atos de consciência intencional) pelo sujeito no seu contato com o mundo (percepções de tato, olfato, visão, audição, paladar) e com ele próprio (memórias, imaginação, reflexões, fantasias). Vivência é aquilo que nos acontece, seja no contato com

o mundo externo, seja em relação ao nosso próprio mundo interior. É tudo o que percebemos, que conseguimos captar no viver, ou seja, a **síntese ativa**; os fenômenos percebidos, estruturados por uma complexidade de articulações e sínteses que ocorrem sem que o sujeito se dê conta, pois se dão de forma passiva, constituem a **síntese passiva** (Ales Bello, 2015).

Em outras palavras, a **síntese ativa** é formada pela doação de estrutura essencial dada pela **síntese passiva**. Dessa forma, é possível captar a síntese passiva por meio da síntese ativa. É possível captar a estrutura vivencial, as essências constituintes da estrutura da pessoa a partir da observação de seus atos de consciência singular, isto é, em sua vivência particular. Ales Bello (2015) esclarece que na “psique há um eu escondido que chamamos de esfera passiva; e sua lei é a causalidade.² No espírito, o eu está em vigília e, assim, é chamado de esfera ativa; e sua lei é a motivação” (p. 63).

A motivação e a causalidade interferem de modos distintos nos atos do **eu**, ou **polo egológico**, conforme Husserl (1928/1979) denominou nas *Conferências de Amsterdam*. Para ele, o polo egológico “não é apenas o ponto de irradiação dos meus atos, mas também o ponto de chegada da irradiação das minhas afeições” (Ales Bello, 2004, p. 117). Nessa dinâmica, é possível reconhecer o entrelaçamento do eu puro com os dados exteriores, e, assim, é possível evidenciar que todo ato de consciência é também consciência do eu, elemento que será visto ainda neste capítulo em ao abordarmos o pensamento de Binswanger (1960/2015), quando toma toda a experiência de dor na melancolia e de triunfo na mania como referências para afirmar a existência do eu, pois, apesar de tudo, o eu está

² Causalidade entendida como motivada pela estrutura essencial, e não no sentido das ciências naturais.

lá. As **vivências** são o centro dos atos do eu que se manifestam numa síntese unitária que pode ser apreendida a partir de três dimensões: **corporal, psíquica e espiritual**.

Ainda nas conferências de Amsterdam, Husserl (1928/1979) afirma que a **fenomenologia descritiva egológica** tem como finalidade descrever e refletir acerca do eu. Uma reflexão do eu que vai até seu próprio puro psíquico e tem seu campo no “significado mais rigoroso de experiência original do dado psíquico” (Ales Bello, 2004, p. 118), entendendo o eu em sua estrutura essencial, transcendental. A partir de uma reflexão fenomenológica sobre o próprio eu, será possível ampliar o método fenomenológico para alcançar a compreensão da experiência do outro, inaugurando, assim, a **fenomenologia da intersubjetividade**.

Husserl (1931/2013) irá demonstrar como a experiência de alteridade é constituída no “eu puro” e como se forma a intersubjetividade entre o eu e os outros. Ele busca provar a possibilidade, por meio da fenomenologia transcendental, do encontro com a experiência do outro enquanto alteridade (não eu) a partir da vivência do eu, o que, na perspectiva objetivista do “eu empírico”, já não seria possível, uma vez que prevaleceria uma resposta técnica automática do eu em relação ao outro, o que prejudicaria a experiência do outro no campo da intersubjetividade. A fenomenologia transcendental abre o campo para o reconhecimento da própria consciência de si, assim como para a condição de alteridade do outro, o que permitirá uma própria e verdadeira convivência (Salum & Mahfoud, 2012).

Enquanto a fenomenologia egológica descreve a estrutura do eu, a vida da consciência individual permite a descrição de uma série de elementos estruturais do sujeito, seja do corpo, seja dos impulsos, mas também permite refletir sobre a consciência universal intersubjetiva fruto da **entropatia/empatia**, que une as pessoas numa possibilidade de comunicação. É possível perceber uma dimensão de semelhança entre o eu e o tu. A

dimensão de corporeidade que cada ser humano tem (e compartilha com os outros uma mesma estrutura corpórea) permite que o outro possa estar vivendo coisas que eu sou passível de viver, e por isso reconheço no outro essas vivências. Então posso sentir que o outro está vivendo algo que eu também posso viver; isso permite o reconhecimento do outro, a comunicação, a vida comunitária, abrindo a dimensão do “nós” e da convivência. A empatia nos permite reconhecer imediatamente que aquilo que está diante de nós é vida; é nossa capacidade de apreensão do outro, de sentir o outro como *alter ego* (Ales Bello, 2006).

Ales Bello (2006) conclui sua reflexão sobre a intersubjetividade referindo-se sublimemente a arte e a poesia, enfatizando que, quando uma poesia nos toca, ela está correspondendo ao nosso estado de alma, isto é, revelando aspectos da realidade não vividos no momento, mas, graças a ela, se tornam descortinados (os aspectos), sendo a arte não apenas um estado individual de ânimo, mas algo que universaliza o estado da alma.

As contribuições de Husserl (1931/2013) na quinta meditação, especialmente no que se refere ao conceito de eu puro, serão utilizadas por Binswanger (1960/2015) e outros fenomenólogos para compreenderem o quadro maníaco-depressivo, conforme será desenvolvido mais à frente, quando entrarmos no tópico sobre a leitura do TB pela perspectiva da psicopatologia fenomenológica.

2.2 A Estrutura e a Formação da Pessoa em Edith Stein

Edith Stein (1891-1942) estudou Psicologia na Universidade de Breslávia, e logo depois mudou-se para Göttingen com a intenção de estudar fenomenologia com Husserl, vindo a tornar-se sua principal assistente e seguidora (Nunes & Barreira, 2010).

Possivelmente em decorrência de sua formação em Psicologia, Stein adentra o âmbito das vivências e explora certas dimensões do humano de forma mais objetiva.

Conforme já vimos, com base nas contribuições de Husserl (1931/2013) e Stein (1932-33/2000), o âmbito das vivências humanas pode ser compreendido a partir de três dimensões: a corporal, a psíquica e a espiritual. A dimensão espiritual seria a dimensão noética, relativa aos atos intelectuais e à vontade que colocam o corpo em movimento. Já a dimensão psíquica seria uma camada de vinculação com a dimensão corpórea na qual se encontram dimensões humanas relativas a vivências de emoções, autopreservação, desejos, prazeres sensoriais, desprazeres e impulsos inconscientes da ordem do instinto (Stein, 1932-33/2000). Todas essas dimensões estão profundamente inter-relacionadas e sua divisão ocorre para fins didáticos.

Edith Stein acreditava que, para que pudesse ser desenvolvida uma psicologia rigorosa, seria necessário que esta fosse capaz de contemplar toda a complexidade da constituição humana, inclusive considerando sua essência transcendental, não podendo ficar apenas fixada em exames das funções psíquicas. Cardoso e Massimi (2013, 2017) apontam que Stein realizou uma contribuição fundamental para a Psicologia ao identificar duas forças que atuam sobre o psiquismo: a causalidade e a motivação.

Stein demonstra, a partir dessa contribuição, que a psicologia não deve apenas se restringir às Ciências da Natureza, mas se reconhecer também como parte das Ciências do Espírito, pois a pessoa, além de sua dimensão psicofísica, possui também uma dimensão espiritual, que não deve ser desconsiderada no processo de conhecimento da subjetividade (Coelho Junior, 2018). Segundo Stein, a compreensão do processo psíquico não deve ser tomada apenas pela causalidade abordada pela ótica das Ciências da Natureza, mas também

na identificação da motivação, estruturada pelos sentidos revelados na intencionalidade das vivências (Coelho Junior, 2018).

Segundo Stein, a psicologia toma como objeto de estudo a essência da *psique* (alma), ao passo que Husserl entendia a psicologia como essência do ser humano visando compreender apenas suas estruturas. Husserl, então, considerava a psicologia fenomenológica o conjunto da estrutura psíquica do ser humano e acreditava que por meio dessa psicologia, seria possível sustentar a psicologia como ciência (Ales Bello, 2006). Husserl (1913/2006, 1931/2013) propõe uma dupla significação para a fenomenologia: como fenomenologia psicológica e como fenomenologia transcendental (ou fenomenologia essencial). Para Stein, a estrutura essencial da psique deve ser estudada pela fenomenologia, estudo que serve ao psicólogo, pois este poderá compreender as relações que se instituem entre as vivências psíquicas (Ales Bello, 2006).

Cabe-nos, agora, esmiuçar o processo de elaboração da experiência humana que permitirá a formação da pessoa, e para isso recorreremos, principalmente, ao texto *Sobre a ideia de formação* (Stein, 1930/2003). Stein, logo no início desse texto, realiza uma reflexão sobre o que seria a alma humana. Ela propõe que a alma humana possui alguns âmbitos: em relação à dimensão psicofísica, a alma tem a percepção de toda a sua experiência sensorial, como também a governa; com relação à sua dimensão espiritual, a alma é capaz de dar-se conta do que lhe acontece compreendendo os significados do que vive:

A alma do homem não é apenas uma forma interior, que estrutura, forma e governa o corpo, e que percebe em si mesma o que lhe acontece ou pode acontecer. É uma alma racional, é espírito; ser a forma do corpo é, em certo sentido, apenas a sua função mais baixa; tem uma existência própria e superior à do corpo; tem de se

estruturar, formar e governar e, ao mesmo tempo, construir um mundo no qual possa viver e trabalhar: o seu ambiente, um mundo espiritual. Para o corpo e para a alma, para todo o ser, que é alma e corpo, que é um só, ou seja, para toda a pessoa, um processo formativo é planejado. A forma interior trabalha para alimentar o corpo e a alma de acordo com o seu próprio arquétipo (Stein, 1930/2003, p. 183, tradução nossa)³.

Como vimos, a alma possui tanto uma característica universal – que está presente em cada pessoa como alma humana – quanto uma característica individual, sendo única para cada pessoa. Essas duas características devem ser pensadas não de forma separada, mas sim como uma entidade real e indivisível que existe apenas na forma individual. Stein compreende que a estrutura da alma é similar à de uma forma mental fundamental, em que aquilo que é assimilado pela alma ao longo da vida é colocado em debate; algo que inicialmente não tem forma clara, porém, ao longo do processo evolutivo, assimilada ao material espiritual (essência), se apresenta como uma semente que, no seu processo de desenvolvimento, torna-se planta. Apesar de sem forma, ela possui um centro e uma periferia, uma superfície e uma profundidade. A razão seria a lei interna, que decide essa ordem se correspondendo com o mundo exterior, e por isso ela é chamada de microcosmo ou “pequeno mundo”, que, por sua vez, acaba sendo imagem do grande mundo exterior.

³*El alma del hombre no es solamente forma interior, que estructura, forma y gobierna el cuerpo, y que percibe en sí lo que le sucede o puede suceder. Se trata de un alma racional, es espíritu; ser la forma del cuerpo, es en cierto sentido, sólo su función más baja; tiene una existencia propia y superior a la del cuerpo; tiene que estructurarse, formarse y gobernarse a sí misma y, al mismo tiempo, construir un mundo en el que pueda vivir y trabajar: su entorno, un mundo espiritual. Para el cuerpo y para el alma, para el ser entero que es alma y cuerpo, que es uno, es decir, para la persona entera está previsto un proceso formativo, la forma interior trabaja para formar el cuerpo y el alma según el propio arquétipo.*

Entretanto, para Stein (1930/2003), assim como o corpo, a alma recolhe seu alimento do mundo, um alimento espiritual. Uma vez que as dimensões corporal e psíquica colocam diante da alma uma multiplicidade de elementos, ela toma seus significados como objetos de valor ou como seus bens próprios. Esses bens, enquanto produtos da criatividade do espírito humano, são designados como bens culturais e possuem uma existência própria, desvinculada do próprio autor. Apesar de terem, muitas vezes, um objeto material na base do próprio ser, o que atribui a eles seu valor é algo da ordem espiritual, que é assimilado pela alma quando entra em contato com eles.

Stein (1930/2003) considera esses bens como formativos, uma vez que a alma adquire uma nutrição no contato com o que tem de vivo neles, isto é, com as pessoas autoras deles. Stein (1930/2003) acredita que o **“desenvolvimento da alma e o desenvolvimento do seu ambiente espiritual andam de mãos dadas”** (p. 184 - grifo nosso). Neste ponto, encontramos uma importante reflexão sobre a intersubjetividade em Stein (1922/1999a), desenvolvida, principalmente, a partir da experiência de comunidade. A comunidade e a individualidade possuem interdependência constitutiva:

Encontramos, no mundo ao nosso redor, comunidades reais que se configuram como famílias, povos, comunidades religiosas e assim por diante. Na vida cotidiana, sentimos isso apenas ocasionalmente, porque voltamos nossa atenção, principalmente, para os indivíduos, embora estejamos inclinados a atribuir-lhes as características que os distinguem como membros de uma comunidade, tais como sua posição social ou similares. Nós sabemos o que convém ao indivíduo como parte da

comunidade, mas não vemos a comunidade por trás dele (Stein, 1922/1999a, p. 217)⁴.

É problemático determinar qual das duas experiências é “anterior”. Uma análise teórica provavelmente apontará para o fato de que tanto no conhecimento da comunidade quanto no conhecimento da personalidade individual, as experiências externa e interna estão entrelaçadas (Stein, 1922/1999a, p. 218).⁵

Trazendo a reflexão para o âmbito da formação da criança, ela se desenvolve espiritualmente e emocionalmente de acordo com seu ambiente humano, e, logo que desperta seu olhar espiritual para a vida, ela se encontra num mundo povoado por bens espirituais e pessoas que lhe atribuem vida.

Para Stein (1922/1999a), o intelecto é o órgão capaz de abrir a alma ao mundo, promovendo uma compreensão sobre ele. O intelecto tem, concomitantemente, uma dimensão ativa e passiva.

[...] ativa na medida em que trabalha livremente a sua propriedade intelectual; passiva na medida em que recebe algo de fora, algo que lhe é oferecido primeiro, sem a sua intervenção, e de cuja posse goza novamente depois de o ter adquirido para si mesmo. No desempenho ativo do intelecto, a vontade desempenha um papel.

Em certa medida, depende de nós ‘se’ e ‘como’ queremos deixar nosso intelecto

⁴ *Incontriamo, nel mondo che ci circonda, delle comunità reali che si configurano come famiglie, popoli, comunità religiose e via di seguito. Nella vita quotidiana lo avvertiamo solo occasionalmente, poiché rivolgiamo la nostra attenzione soprattutto agli individui, pur essendo inclini ad attribuire loro le caratteristiche che li contraddistinguono in quanto membri di una comunità, come ad esempio la loro posizione sociale o cose simili. Sappiamo quello che si addice al singolo in quanto la parte della comunità, ma non vediamo la comunità che gli sta dietro.*

⁵ *Troviamo le comunità nella vita esterna ma le troviamo anche in noi, quando viviamo come un loro membro. È problematico stabilire quale delle due esperienze sia «precedente». Una analisi teoretica probabilmente metterà in evidenza il fatto che sia nella conoscenza della comunità che in quella della personalità individuale l'esperienza esterna e quella interiore si intrecciano.*

trabalhar e, conseqüentemente, quanto queremos expandir nosso mundo espiritual e o que queremos receber dos elementos da educação. Isso leva-nos à questão da autoeducação (Stein, 1922/1999a, p. 184, tradução nossa)⁶.

A alma está encarnada no corpo e recolhe seu alimento do mundo com suas próprias forças, porém seu crescimento e sua vida dependem de outros fatores que ultrapassam sua escolha, tanto que o adoecer do corpo deixa a alma em dor e sua saúde confere vida para a alma. Stein também diz que a alma experimenta uma renovação e um fluxo de energia que são provenientes não da nutrição advinda do contato com os bens intelectuais do mundo circundante, mas sim de uma vivência advinda de seu centro mais profundo, de um princípio formativo que recebe da “fonte de todo o ser”. Desse centro profundo, ela é capaz de se familiarizar com tudo no mundo. Stein acredita que a alma precisa se realizar, porém para isso ela precisa se formar.

Para formar-se, a alma necessita da formação de seus órgãos, isto é, treinar suas forças espirituais: sentidos, memória, vontade, sentimento, intelecto. A visão é exercitada à medida que o ser humano apreende, reconhece cores, formas, claridades; a memória é treinada na memorização e na recordação; a compreensão é treinada pelo conhecimento e pelo raciocínio; já o sentimento é formado no contato com objetos valiosos ou importantes pessoalmente; a vontade é treinada pela perseverança, escolha, decisão. Stein afirmava que a formação da alma só é possível diante de seu material correspondente. Cada sentido a ser treinado precisa de dados que correspondam a ele. O intelecto só é treinado à medida que

⁶ *Activo en la medida en que elabora libremente su propiedad intelectual; pasivo en la medida en que recibe algo de fuera, algo que se le ofrece primeramente sin su intervención y de cuya posesión goza de nuevo después que lo ha ganado para sí. En el rendimiento activo del intelecto toma parte la voluntad. En cierto modo, está en nuestra mano el sí y el cómo quiere mos dejar trabajar a nuestro intelecto, y, conseqüentemente, cuánto que remos ampliar nuestro mundo espiritual, qué queremos recibir de los elementos de la formación. Con ello tocamos la cuestión de la autoformación.*

pensa, deduz, sendo que a alma só é treinada à medida que recebe material que permita seu treinamento.

Neste ponto, pretendemos explicitar o que ocorre com a alma para que fique alienada em relação àquilo que percebe pelos registros dos sentidos e do intelecto. O treinamento pode ficar como “matéria morta,” se não for assimilado pela alma; essa matéria não assimilada acaba sendo transportada como uma pertença externa (não sendo parte de si mesma) ficando como um alimento não assimilado, sem valor nutritivo. Pelo contrário, sobrecarrega o corpo como um material estranho. Já aquilo que é assimilado pela alma torna-se parte dela, como um componente inseparável, fazendo parte de sua própria carne, não sobrecarregando, mas ampliando, desenvolvendo, formando a pessoa.

Nesse caso, os materiais formativos provenientes do mundo exterior precisam ser ordenados na pessoa de tal forma que os significados e a adequação do lugar sejam correspondentes ao dos objetos em sua essência. Se a alma se forma colocando cada coisa em seu lugar, isto é, harmoniosamente, ela vive uma experiência de quietude, claridade e paz. Isso quer dizer que a alma quando formada, tendo recebido grande quantidade de material espiritual, está pronta para se mover, transformar o mundo e criar e formar mais a si mesma, expressando, no mundo, sua própria forma interior, sua própria essência e demonstrando sua própria realização em obras.

Stein (1930/2003) reconhece como parte fundamental da personalidade, parte essencial do processo formativo, o exercício da capacidade expressiva, criativa, manifestada no mundo exterior. Enquanto o ser humano não for capaz de trabalhar livremente em seu próprio processo formativo, ele terá apenas uma tendência interior, como as plantas ou os animais; ele não terá uma ideia daquilo em que quer se tornar, até onde quer chegar. Mas, de toda forma, ele pode ser provocado por fora escolhendo um modelo

de pessoa a querer imitar, correndo o risco de imitar algo que não corresponda à sua natureza, não ocorrendo, assim, uma formação autêntica de dentro para fora, mas apenas uma imitação.

A fonte interior, assim como em uma semente, ou nos animais, determina, no ser humano, o processo de desenvolvimento do corpo e da alma. Os órgãos espirituais fornecem livremente à alma seu alimento, o que permite a ela e ao corpo estarem sob a direção da vontade. O ser humano livre é capaz de escolher que tipo de alimento oferecer para sua alma e para seu corpo, rejeitando o que é ruim e acolhendo o que lhe faz bem. Ele também pode renunciar esse processo, não cuidando do seu processo de formação, não se interessando pela radiância do aspecto espiritual do mundo nem alimentando sua alma, negligenciando, assim, a si mesmo e àquilo que o constitui, tendo, como consequência a vivência da culpa. Isso ocorre porque sua constituição natural impõe limites à sua vontade racional” (Stein, 1922/1999a, p. 190).

Se o ser humano não segue sua constituição natural, não estando satisfeito com sua condição, ele buscará realizar uma formação fictícia, inautêntica, vazia. A liberdade individual permite à pessoa cuidar de sua formação, mas dentro dos limites estabelecidos pelas disposições originárias da natureza, pois onde falta natureza pouco pode ser alcançado pelo exercício.

Assim, se a pessoa não tem um ambiente que lhe nutre espiritualmente e favoreça o desenvolvimento de seus órgãos, ela não será capaz de exercer sua liberdade e vontade; não será capaz de assimilar aquilo que perceber no contato com o mundo e, por sua vez, o não assimilado lhe pesa na alma e no corpo. A formação da pessoa, para Edith Stein, não é apenas uma aquisição de informações do mundo exterior, como se daria numa vida inautêntica, mas é, sim, um conhecimento sobre os elementos que podem alimentá-la,

transformando-a e amadurecendo sua alma, permitindo-lhe ser cada vez mais autêntica, isto é, cada vez mais ela mesma.

Segundo Coelho Junior (2018), a individualidade autêntica é vivida enquanto processo de tornar-se si mesmo e formar sua personalidade, mas isso só ocorrerá por meio de relacionamentos interpessoais (sobretudo em comunidade) a partir dos quais a pessoa poderá perceber suas características mais particulares. Coelho Junior (2018) enfatiza a importância da dimensão da corporeidade para o acesso à própria autenticidade, pois o corpo é caracterizado por estar presente no mundo e por receber nele o fluxo de vivências, tendo, por sua vez, uma ligação intrínseca com a dimensão espiritual. Nas palavras de Coelho Junior e Mahfoud (2006):

A pessoa vivencia sua unidade com sua corporeidade e psique através do espírito. Os valores e significados apreendidos pelo espírito provocam uma tomada de posição espontânea através dos sentimentos (dimensão psíquica) e, reconhecendo-os, a pessoa pode agir de forma concreta, posicionando-se ou atuando no seu ambiente e adotando o corpo próprio como instrumento do espírito. Agindo assim, a pessoa pode viver a partir do seu centro, configurando sua personalidade e assumindo uma autêntica existência (p. 13).

Diante das contribuições sobre a formação da pessoa a partir das perspectivas fenomenológica husserliana e steiniana já apresentadas, cabe-nos, agora, passarmos às contribuições dos referenciais teóricos da psicologia humanista.

Dentre os autores que defenderam uma terceira força na psicologia no contexto norte americano das décadas de 40 e 50 do século XX, Carl R. Rogers (1977/1994) destacou-se como um dos mais importantes expoentes da psicologia humanista pelo alcance e extensão de sua obra, pela experiência clínica e pela carreira acadêmica como professor e

pesquisador. Embora não tivesse se aprofundado no estudo da fenomenologia, Rogers desenvolveu conceitos a partir da prática clínica como psicoterapeuta que o aproximaram da fenomenologia de Husserl, como ele mesmo admitiu posteriormente. Eugene Gendlin, filósofo austríaco que foi aluno de Rogers, trouxe contribuições importantes à compreensão sobre a relação terapeuta-cliente, ao redimensionar os elementos que atuam para a eficácia da psicoterapia a partir de uma perspectiva fenomenológica sobre o processo experiencial do cliente. Assim, as reflexões e hipóteses de Rogers e de seus colaboradores mais próximos sobre a prática clínica possibilitam uma interlocução fértil com a fenomenologia de Husserl e Stein.

2.3 A Abordagem Centrada na Pessoa de Carl Rogers

A Abordagem Centrada na Pessoa (ACP) insere-se no movimento da Psicologia Humanista norte-americana que se caracteriza pela afirmação do ser humano a partir de sua singularidade, expressividade e autonomia. Gomes, Holanda e Gauer (2004) relacionam seu surgimento ao início da Idade Moderna e ao fim do dogmatismo medieval. Esses autores propõem que, numa perspectiva histórica, o humanismo pode ser associado a cinco fases na evolução das teorias psicológicas: humanismo clássico, humanismo romântico, humanismo individual, humanismo social e humanismo crítico. Desses, o humanismo individual enfatiza certos valores, como independência, tolerância e auto expressão, que se fazem presentes nas hipóteses desenvolvidas por Carl Rogers no contexto da Abordagem Centrada na Pessoa (Gomes, Holanda & Gauer, 2004).

A ACP surge no cenário norte-americano por volta da década de 40 do século XX propondo uma compreensão do ser humano até certo ponto inovadora para a época. Carl Rogers proferiu uma palestra em 11 de dezembro de 1940 para estudantes e professores

universitários, após ter se afastado do meio acadêmico por cerca de 12 anos, durante os quais dedicou-se à prática clínica no contexto de uma instituição pública, destinada ao diagnóstico e tratamento de crianças-problema e respectivas famílias, além de acompanhamento dessas crianças em lares provisórios para adoção. Convidado a proferir uma palestra sobre psicoterapia numa universidade, discorreu sobre o tema: “Os mais recentes conceitos em psicoterapia”. Naquela ocasião, ele descreveu quatro características de uma nova tendência em psicoterapia: 1 – a confiança na tendência do indivíduo para o crescimento, para a saúde e maturidade; 2 – maior ênfase nas vivências do cliente do que à compreensão intelectual; 3 – maior ênfase na situação imediata do cliente do que ao seu passado; 4 – ênfase na relação terapêutica em si mesma como uma experiência de crescimento (Tambara & Freire, 1999). Essas quatro tendências podem ser compreendidas como conceitos seminais para aquela que, 40 anos depois, viria a ser chamada de Abordagem Centrada na Pessoa.

Em 1957, Rogers apresentou um estudo baseado em dados empíricos sobre as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. São elas:

1. Que duas pessoas estejam em contato psicológico;
2. Que a primeira, a quem chamaremos cliente, esteja num estado de incongruência, estando vulnerável ou ansiosa;
3. Que a segunda pessoa, a quem chamaremos de terapeuta, esteja congruente ou integrada na relação;
4. Que o terapeuta experiencie consideração positiva incondicional pelo cliente;
5. Que o terapeuta experiencie uma compreensão empática do esquema de referência interno do cliente e se esforce por comunicar essa experiência ao cliente;
6. Que a comunicação ao cliente da compreensão empática do terapeuta e da consideração positiva incondicional seja efetivada, pelo menos num grau mínimo (Rogers, 1977/1994, p. 145).

A intenção do terapeuta de estar com seu cliente em seu mundo, compreendendo “seu jeito único de ser”, aproxima a Abordagem Centrada na Pessoa da concepção da Fenomenologia Husserliana (Amatuzzi & Carpes, 2010). As atitudes postuladas por Rogers, a partir de seus estudos empíricos, são compreendidas enquanto elementos favorecedores de um encontro que não seja ameaçador e assim favoreça uma expressão autêntica e espontânea da experiência vivida dos participantes.

Segundo Amatuzzi e Carpes (2010), Rogers demonstra como é crucial para o processo de desenvolvimento pessoal o ato de reflexão sobre as próprias experiências e o reconhecimento destas de maneira mais congruente e genuína possível. Na proposta rogeriana de desenvolvimento da personalidade, constata-se uma atitude fenomenológica, uma vez que o caminho proposto pela fenomenologia husserliana, de direcionamento da consciência para as próprias experiências por meio do ato reflexivo, é o percurso elementar para se constituir um conhecimento puro (Amatuzzi & Carpes, 2010).

Em relação ao processo reflexivo da própria experiência vivida, conforme já apresentado neste texto, encontramos em Rogers (1961/2017) algumas semelhanças com o processo de redução fenomenológica de Husserl. No entanto, Rogers aborda uma dimensão que não encontramos tão explicitamente em Husserl, mas sim em sua discípula, Edith Stein, segundo veremos mais adiante. Rogers (1977/1994), a partir de uma série de estudos empíricos, percebeu que os clientes, em um processo de psicoterapia, eram capazes de entrar em contato com as próprias experiências, se pudessem vivenciar uma relação permeada por atitudes, por parte do psicoterapeuta, de autenticidade, consideração positiva incondicional e compreensão empática. Rogers (1977) afirmou que essas atitudes do terapeuta eram não somente necessárias como também suficientes para criar um clima propício ao desencadeamento de um processo de crescimento psicológico no cliente. Esse

crescimento psicológico é impulsionado por uma tendência natural do ser humano, tendência atualizante ou formativa, para desenvolver-se na direção de seu amadurecimento e atualização de potenciais. Neste sentido, Rogers considerou que o movimento de autoconhecimento e auto compreensão por parte do cliente tende a torná-lo mais motivado ao convívio com as outras pessoas, em especial aquelas que lhe são significativas; portanto, é um processo de crescimento psicológico que estimula as pessoas a uma convivência mais construtiva e comunitária. Neste sentido, pode-se perceber uma afinidade entre o posicionamento de Rogers com o de Edith Stein, referido acima neste texto, quando ela se refere à formação da pessoa, não apenas como uma aquisição de informações advindas do mundo exterior, como se daria numa vida inautêntica, mas de um conhecimento sobre os elementos que podem alimentá-la, transformando-a e amadurecendo sua alma, permitindo-lhe ser cada vez mais autêntica, isto é, cada vez mais ela mesma.

2.4 A Terapia Orientada pela Focalização de Eugene Gendlin

O filósofo e psicólogo Eugene T. Gendlin (1926 -2017), que foi aluno de Rogers e, mais tarde, um colaborador próximo, estudioso da fenomenologia de Husserl, contribuiu para uma reformulação do conceito de vivência na última fase da obra de Rogers, bem como quanto à compreensão sobre empatia e autenticidade (Rogers, 1975a).

O pensamento de Gendlin se desenvolveu e atingiu pontos de diferença com Rogers – por exemplo, Gendlin não concordava com a sexta condição necessária e suficiente para a mudança terapêutica da personalidade acreditando que o cliente não precisava perceber minimamente a compreensão empática e a consideração positiva incondicional. Rogers lhe incentivou a desenvolver seu próprio percurso acadêmico, e Gendlin, apesar de relutante, assim o fez. Gendlin foi homenageado pela Associação Americana de Psicologia (APA)

quatro vezes e foi o primeiro a receber seu Prêmio Psicólogo Distinto por Contribuições à Psicologia e Psicoterapia (concedido pela Divisão 29).

Para Gendlin (1978/2006), em todo o organismo humano existe um fluxo em relação ao qual a pessoa pode se voltar, utilizando-o como referência para descobrir significados relativos à sua vida (Rogers, 1977). Gendlin realizou uma série de pesquisas sobre psicoterapia, tendo demonstrado que a capacidade de um cliente realizar uma mudança positiva em sua personalidade e também duradoura dependia da capacidade de ele dar-se conta de uma sensação implícita, revelada no corpo dos problemas que o conduziram ao processo psicoterapêutico (Gendlin, 1964; Hendrix, 2002).

Gendlin, observou uma espécie de fluxo experiencial (*felt sense*), revelado pela corporeidade, que antecede as palavras e os pensamentos, e que esse fluxo sutil revela o acontecer da pessoa, sua posição na relação com os elementos do mundo e, por sua vez, apresenta novidades, e que a pessoa, ao escutá-lo (no significado implícito e sutil que ele comunica), vive verdadeiros processos de transformação.

Para Gendlin, o corpo sinaliza quando a pessoa consegue dar-se conta do principal significado revelado pela experiência. Esse processo se manifesta corporalmente como uma espécie de alívio, alívio por ter-se dado conta do que se passa consigo. Essa *mudança sentida* no corpo que se dá diante do reconhecimento de um significado que revele o essencial da experiência é denominada *felt-shift* e está diretamente relacionada com seu conceito de autenticidade. Dessa forma, a pessoa em tratamento, em vez de falar sobre si (racionalmente), passaria a falar a partir de si (daquilo que sente implicitamente no corpo em relação a cada assunto que pretende comunicar), percebendo como seu contato com o mundo ressoa em seu interior.

Em outras palavras, a pessoa, em vez de “se dizer” a partir daquilo que já sabe sobre si, passaria a “se escutar”, descobrindo novos significados decorrentes de sua relação com o mundo. Essa pessoa tomaria como referência seu *felt sense*, isto é, suas sensações corporais sutis, que compreendem uma complexidade de percepções e informações que o organismo sintetiza e revela pelo corpo como uma única experiência global daquilo que se vive.

Gendlin afirma que utilizamos essa experiência sentida no corpo como referência para nossas atitudes no dia a dia, pois, mais do que raciocinamos sobre qual direção a ser tomada, sentimos e nos guiamos por esse sentir. Ele explicitou a maneira como as pessoas naturalmente realizam esse processo, que, muitas vezes, se dá de forma irrefletida e intuitiva. Gendlin (1978/2006) buscou desenvolver um método que facilitasse a compreensão dos significados implícitos contidos nesse fluxo experiencial, que normalmente são irrefletidos.

Esse método foi denominado Focusing (Focalização), e, posteriormente, Gendlin (1996) propôs uma *Terapia Orientada pela Focalização*, sendo esse o nome correto de sua abordagem no campo da psicoterapia. As designações “Psicoterapia Experiencial” ou “Psicologia Experiencial”, utilizadas erroneamente, apesar de representarem bem o sentido da proposta, não puderam ser empregadas, pois o psicólogo humanista Alvin R. Mahrer (1989) já as havia adotado em sua abordagem terapêutica. O nome “Psicoterapia Orientada pela Focalização” que inclusive aparece no livro homônimo (*Focusing-Oriented Psychotherapy: a manual of the experiential method*) de Gendlin (1996), foi substituído posteriormente por *Terapia Orientada pela Focalização (Focusing-Oriented Therapy – FOT)*.

Gendlin (1978/2006) escreveu que o conhecimento é sentido fisicamente no corpo: “Seu corpo conhece inteiramente cada uma das situações em que você se encontra, conhece uma quantidade de aspectos delas extremamente maior do que você possa imaginar” (p. 13). Gendlin, portanto, levava em consideração a dimensão corpórea no processo experiencial, tomando-a como referência fundante para a compreensão da experiência vivida e para a compreensão da autenticidade.

Gendlin (1962) em sua tese de doutorado, intitulada *Experienciação e Criação do Significado: uma abordagem filosófica e psicológica do subjetivo*⁷, recorre à fenomenologia de Husserl tomando-a como referência. Ele acreditava que o processo de criação do significado vai ao encontro dos pressupostos fenomenológicos, porque o método fenomenológico demonstra que tudo aquilo que é dado à consciência pode ser referido diretamente. Ele afirma que Husserl (1990/2012b) não declarou explicitamente que o dado apresentado à consciência, quando possui significado, é uma experiência sentida no corpo, mas denominou como uma experiência que dá sentido (*sinnverleihendes Erlebnis*) e a definiu como um dado separado.

Husserl (1990/2012b), apesar de distinguir esse dado e suas funções das imagens, símbolos e representações, na concepção de Gendlin, ele não define muito bem o que seria essa experiência, descrevendo apenas um lugar separado para ela. Em sua tese, Gendlin (1962), baseado na fenomenologia de Husserl e em suas pesquisas empíricas, propõe o conceito de *referente direto*, algo explicitamente claro enquanto experiência sentida no corpo, porém conceitualmente vago. Mais adiante, em sua obra *Um Modelo Processual*⁸,

⁷ *Experiencing and the Creation of Meaning: A Philosophical and Psychological Approach to the Subjective* (Gendlin, 1962).

⁸ *A Process Model* (Gendlin, 2018).

Gendlin (1997/2018) irá ampliar o conceito de referente direto como um resultado de múltiplos fatores, inclusive do ambiente contextual no qual a pessoa está inserida. Ele defende que a experiência é vivida na forma de sentimentos que apresentam uma estrutura cultural, porém não definidos por essa estrutura, pois eles também revelam a totalidade de um contexto. Ele entende que a autopropulsão humana é algo derivado desse *referente direto*.

A Terapia Orientada pela Focalização proposta por Gendlin (1996) tem as mesmas bases da Abordagem Centrada na Pessoa de Rogers no que diz respeito à relação pessoa-a-pessoa baseada nas três atitudes de consideração positiva incondicional, autenticidade e compreensão empática.

Rogers estava completamente certo ao dizer que as condições relacionais são primárias na terapia. Ouvir, focalizar e todos os outros procedimentos só são eficazes dentro de uma relação interpessoal segura, genuína e de confiança. Todo o resto é algo que está sendo experimentado por duas pessoas que são sempre mais importantes e mais reais do que qualquer procedimento. (Gendlin, 1996, p. 611 – Tradução nossa⁹)

Gendlin (1996) contribui para com a proposta psicoterapêutica de Rogers com relação à escuta reflexiva dos sentimentos. Ele afirma que o método desenvolvido por Rogers acabou levando muitos terapeutas a refletirem sentimentos de maneira superficial, sem que fossem capazes de apreender, efetivamente, os significados deles. Gendlin (1996), considera a reflexão a partir da experiência sentida como mais central do que Rogers

⁹ Rogers was completely right that the relational conditions are primary in therapy. Listening, focusing, and all other procedures are effective only within a safe, genuine, and trustworthy interpersonal relationship. Everything else is something being tried out by two people who are always more important and more real than any procedure.

propunha. Para ele, sem um processo reflexivo minucioso da experiência empática, nem o cliente nem o terapeuta podem realmente descobrir o que o cliente estava realmente sentindo e o que efetivamente gostaria de expressar. Para Gendlin, é fundamental captar o que a experiência revela no corpo do cliente e, pacientemente, encontrar o significado, pois fazendo isto encontra-se também a posição do cliente em relação à situação vivida.

Munidos de conceitos para a compreensão do significado de experiência vivida como elemento estruturante da pessoa e de seu processo de formação, nos próximos tópicos apresentaremos os referências teóricos que subsidiam a proposta de uma Psicopatologia Fenomenológica.

2.5 A Psicopatologia Fenomenológica

Dos autores da psicopatologia fenomenológica, cabe ressaltar Karl Jaspers (1987), que propôs, em 1913, baseando-se nas ideias de Dilthey, uma psicopatologia fenomenológica que pode ser entendida como “subjetiva”, pois se interessava pela descrição dos estados psíquicos como são experimentados pelos pacientes, considerados nas suas relações de semelhança, delimitados no modo mais rigoroso possível, distinguindo-os e definindo-os em termos precisos, inaugurando, assim, a psicopatologia como ciência autônoma.

Contudo, o presente estudo não visa a essa perspectiva, mas apenas contextualizá-la no rol das psicopatologias fenomenológicas. Cabe-nos realizar uma distinção entre a psicopatologia fenomenológica “subjetiva”, inaugurada por Jaspers, e a psicopatologia fenomenológica “objetiva”, inaugurada por Ludwig Binswanger em 1922 (Borgna, 2009). Binswanger toma como principal referência a filosofia de Husserl, que analisa as estruturas

constitutivas da existência adoecida. Binswanger, assim como Husserl, recusou-se a realizar a divisão entre fenômenos explicáveis e compreensíveis, elementos fundamentais na psicopatologia de Karl Jaspers, que, inclusive, contribuíram para a ideologia biologicista da psiquiatria clássica até aos dias atuais (Hoffmann & Knorr, 2019).

Iremos nos aprofundar um pouco mais no pensamento de Binswanger, uma vez que sua vertente psicopatológica contribuiu para o desenvolvimento de uma verdadeira psicopatologia fenomenológica (Pita & Moreira, 2013) e oferece elementos fundamentais para nossa reflexão. Ludwig Binswanger (1881-1966) foi um psiquiatra suíço nascido em uma família de médicos importantes, como, por exemplo, seu avô, Ludwig Binswanger der Ältere, que foi o fundador do sanatório “Bellevue”, em Kreuzlingen, sua cidade natal, do qual foi diretor entre 1911 e 1956.

Ludwig Binswanger iniciou seus estudos em medicina em Lausanne, tendo continuado em Heidelberg e, posteriormente, em Zurique. Realizou um estágio voluntário no famoso Hospital Psiquiátrico da Universidade de Zurique, Burghölzli, cujo diretor era Eugen Bleuler. Foi orientado, em sua tese de doutorado, por Carl Gustav Jung. Já como médico formado, foi trabalhar com seu tio Otto Binswanger na Clínica Psiquiátrica Universitária de Jena, e, em seguida, regressa ao sanatório de sua família em Kreuzlingen, o qual dirige por 45 anos, entregando-o, em seguida, a seu filho Wolfgang (Villegas I Besora, 1981).

Binswanger se apresenta como um psiquiatra e analista que fez uso da filosofia fenomenológica como base para exercer sua prática tanto como psiquiatra quanto como terapeuta. Ao contrário de Heidegger, Binswanger sempre manteve contato com Husserl. Manteve, também, uma relação próxima com Martin Buber. Binswanger apresentou Heidegger a Medard Boss, que, juntamente com Gion Condrau, desenvolveu uma forma de

psicanálise que denominaram análise do Dasein (Daseinsanálise), baseada na filosofia de Heidegger (Hoffmann & Knorr, 2019). Hoffmann e Knorr (2019) defendem que Binswanger nunca quis montar uma escola analítica, muito menos baseada no trabalho de Heidegger.

Binswanger ao longo de sua obra, refere-se ao filósofo alemão Friedrich Schelling, que entendia a doença mental como pura reflexão, uma inconsciência da dimensão histórica e ele, Binswanger, acreditava que o amor e o encontro eram os remédios para isso (Binswanger, 1992). Hoffmann e Knorr (2019) explicam que ele entendia a doença mental como um modo de transcender, caracterizado principalmente pelo fato de que a criação de imagens acaba sendo empobrecida, mecanizada de forma que um esquema enrijecido toma o lugar da espontaneidade.

Para Binswanger, a característica essencial da doença mental é a relação exclusiva com o próprio eu autorreferente e, diante disso, uma real dificuldade de se atingir a dimensão da alteridade. Nesse sentido, a resposta do outro, o encontro, a relação terapêutica, seria a saída por excelência. E ela definitivamente não deve ficar centralizada no psiquiatra nem no psicoterapeuta individual, mas deve se estender à relação com a família, os amigos, colegas de trabalho, outros pacientes, numa dimensão comunitária muito mais ampla, que atinge a sociedade como um todo. Binswanger entendia que o encontro inter-humano terapêutico não devia ser algo restrito a um momento, mas sim deveria se ampliar a diversas horas por dia em situações de esporte, de jogos, na realização de práticas artísticas, nas trocas, nas confidências, isto é, na convivência.

Em alguns momentos, Binswanger se aproxima bastante de um conceito materialista da psique humana, que, segundo Karl Marx, é o reflexo das condições econômicas da humanidade (Hoffmann & Knorr, 2019). Para Binswanger, o processo de transformação

em si mesmo (*Selbstigung*) significa estar consciente da situação e condição de cada um na sociedade atual em relação aos outros, bem como às outras sociedades e ao mundo em sua condição. Binswanger postulava que, pelo amor e pelo encontro, até mesmo o quadro clínico que caracteriza a pessoa com autismo poderia ser mais bem compreendido e tratado de um modo significativamente melhor, marcando sempre a importância do amor e do caráter interpessoal como elemento primário para o cuidado da saúde mental (Hoffmann & Knorr, 2019).

Segundo a perspectiva clínica e psicopatológica baseada na fenomenologia, a relação humana é elemento fundamental no processo de tratamento. Nesse sentido, de acordo com a leitura fenomenológica, a proposta impessoal presente na psicopatologia vigente pode se tornar muito iatrogênica.

2.5.1 Debate entre perspectivas psicopatológicas: “o pano de fundo”

Andreasen (2007) afirma que a fenomenologia foi incorporada ao campo da saúde mental, sendo esta sinônimo de observação e categorização de eventos psíquicos anormais. Kendler *et al.* (2008) e Zachar e Kendler (2007) defendem a necessidade de se resgatarem os conceitos psicopatológicos básicos que incluem o método empático e a retomada do debate sobre questões conceituais da psiquiatria.

Eugênio Borgna (1999, 2005, 2008, 2011a), psiquiatra italiano, denunciou que as áreas da Saúde Mental e da Psiquiatria estão vivendo um período de grandes ambivalências e de posicionamentos que apontam para um profundo reducionismo na compreensão do ser humano. Borgna chamou a atenção para a supremacia da psicopatologia biologicista, representante de uma ciência naturalista, em relação às outras escolas. Ele referia-se a uma

unilateralidade na análise do fenômeno humano por meio do que ele chamava de “reducionismo biologicista”.

Esse reducionismo está presente nas psiquiatrias marcadas pelo paradigma biológico, quando passam a compreender cada ato psíquico exclusivamente a partir da expressão direta de uma alteração orgânica (neurofisiológica ou neuroquímica) (Borgna 1999, 2005, 2008, 2011a). Segundo o autor, quando os sintomas são compreendidos a partir de alterações neurofisiológicas, toda a expressão da vida interior da pessoa, anunciada por eles, pode ser perdida:

Os sintomas, na psiquiatria, são líquidas experiências vividas: não tematizam uma realidade rígida, impenetrável ou modificável apenas por uma administração farmacológica: ao contrário, tematizam uma realidade frágil e camaleônica (uma realidade psicológica) que se transforma na medida e nos modos com os quais aproxima-se de cada paciente: aceitando ou recusando.

Essa plasmabilidade, e esta líquida adaptabilidade dos sintomas, fazem imediatamente prenciar a importância (decisiva) das atmosferas e das atitudes interiores, animadas por humana disponibilidade ou por gélida cientificidade, com as quais nós nos confrontamos com existências seladas pela dor ou pela angústia. Este horizonte de sentido de uma psiquiatria que não seja sugada para dentro do redemoinho das teses focadas na equivalência entre vida psíquica (transtornos psíquicos) e vida cerebral (transtornos cerebrais): equivalência que as neurociências triunfam. Os caminhos cognitivos e conceituais, com os quais as psiquiatrias biológicas se confrontam com as experiências psicóticas e com as depressões, com as síndromes de ansiedade e com aquelas obsessivas, são marcadas (são hipotecadas) pela identificação dos fenômenos psíquicos com os

fenômenos físicos pela anulação da dimensão psíquica da vida humana, pela redução da subjetividade a prestações biológicas objetiváveis e pela individualidade humana a uma realidade que não tem nada a ver com as questões da natureza¹⁰ (Borgna, 2003, p. 29-30, Tradução nossa).

Com a prevalência da lógica biologicista no entendimento do sofrimento humano, Kuns *et al.* (2009) explicam que a fenomenologia foi reduzida a uma contribuição taxonômica ou nosológica, sendo usada exclusivamente para a colheita de sinais para classificar transtornos a serem medicados, conforme pode ser verificado nesta afirmação:

Atualmente, porém, o processo diagnóstico em psiquiatria dificilmente pode ser categorizado como fenomenológico. O diagnóstico é fortemente baseado em definições operacionais dos diversos transtornos, que, muitas vezes, são utilizadas como simples *checklists* de possíveis sintomas apresentados pelos pacientes, encontrados em manuais como o CID 10 e o DSM-IV-TR (Kuns *et al.*, p. 80).

O movimento biologicista se deu juntamente com a revolução psiquiátrica, que ocorreu com o lançamento do DSM III, em 1968, marcando o surgimento de uma

¹⁰ *I sintomi, in psichiatria, sono liquide esperienze vissute: non tematizzano una realtà rigida, impenetrabile, modificabile solo dalla somministrazione farmacologica: tematizzano, invece, una realtà friabile e camaleontica (una realtà psicologica) che si trasforma nella misura, e nei modi, con cui ogni paziente è avvicinato: accettato, o rifiutato. Questa plasmabilità, e questa liquida adattabilità, dei sintomi fanno immediatamente presagire l'importanza (decisiva) delle atmosfere e degli atteggiamenti interiori animati da umana disponibilità o da gelida scientificità, con cui ci confrontiamo con esistenze sigillate dal dolore e dall'angoscia. Questo è l'orizzonte di senso di una psichiatria che non sia risucchiata dal gorgo (dal vortice) delle tesi incentrate sulla equivalenza fra vita psichica (disturbi psichici) e vita cerebrale (disturbi cerebrali): equivalenza che le neuroscienze trionfalizzano. I modi conoscitivi e concettuali, con cui le psichiatrie biologiche si confrontano con le esperienze psicotiche e con le depressioni, con le sindromi ansiose e con quelle ossessive, sono contrassegnati (sono ipotocati) dalla identificazione dei fenomeni psichici nei fenomeni fisici, dalla cancellazione della dimensione psichica della vita umana, dalla riduzione de soggettività a prestazione biologica oggettivabile e della individualità umana a una realtà che non ha nulla di particolare nei confronti della natura.*

psicopatologia operacional (Dalgarrondo, 2018) ou, conforme chamada por Kraus (1994), **psicopatologia criteriológica**. Segundo Rocha Neto e Messas (2016), essa nova proposta psicopatológica, com o advento do DSM III, visava facilitar o manejo clínico da doença mental propondo uma taxonomia única que fosse comum independentemente da cultura, o que favoreceria, inclusive, as pesquisas em âmbitos mundiais.

A proposta da **psicopatologia operacional** era fundamentalmente pragmática. Sua base não era composta por uma investigação ou por interesse pelos fundamentos da natureza da doença mental. A definição dos transtornos mentais era organizada por critérios definidos para fins diagnósticos a partir de um número mínimo de sinais e sintomas (Dalgarrondo, 2008; Kraus, 1994; da Rocha Neto & Messas, 2016), uma psicopatologia que propunha uma taxonomia essencialmente sustentada na semelhança de elementos para o diagnóstico, e não na diferença nem na particularidade de vida de cada indivíduo. As consequências dessa proposta caminharam não para uma compreensão nosológica, mas sim nosográfica (Banzato, 2000).

A **psiquiatria biologicista** (Borgna, 1999, 2008, 2011a) e a **psiquiatria criteriológica** tornaram-se hegemônicas, sendo essa última utilizada como método principal para a elaboração diagnóstica em contexto mundial, o que gerou um abandono progressivo da **psicopatologia fenomenológica** com o advento dos manuais classificatórios (Andreasen, 2007; Kendler & Parnas, 2012).

No modelo **fenomenológico**, a pessoa em sofrimento é também vista pela sua diferença, e não apenas por sua semelhança, como nos outros modelos, compreendida pelo viés de sua particularidade. Para isso, é utilizado o método fenomenológico, que visa compreender as dimensões mais fundamentais da experiência vivida pela pessoa em sofrimento. O propósito fenomenológico é compreendê-la sem o viés de teorias ou

taxonomias, mas sim pela essência de sua vivência (Tatossian, 2006). A compreensão acerca dos aspectos essenciais das experiências humanas, passíveis de identificação a partir da perspectiva da psicopatologia fenomenológica, permite superar o conflito entre subjetivismo e objetivismo, possibilitando a descrição diagnóstica e a pesquisa sobre vivências comuns.

Outro elemento que vale a pena pontuar é uma confusão no termo “fenomenologia”. Hoje, a acepção europeia central de fenomenologia acabou sendo mal compreendida, e a acepção anglo-saxã de fenomenologia, descrição dos sinais e sintomas entendidos semiologicamente, tornou-se hegemônica no mundo.

Consideramos importante trazer à tona essa reflexão, uma vez que este trabalho tem como pano de fundo o contexto psicopatológico, daí a necessidade de pincelar alguns elementos do debate entre diferentes posicionamentos, debate esse que tem, por um lado, a psicopatologia fenomenológica propondo como objeto de pesquisa a condição humana, e por outro, a psicopatologia “moderna”, que tem caminhado na direção de tomar como objeto apenas os distúrbios mentais a partir das disfunções cerebrais, um debate que surgiu no início do séc. XX com o advento da fenomenologia questionando a lógica de fundo presente nas ciências em vigor da época e que dura até à atualidade.

2.5.2 Contribuições da psicopatologia fenomenológica para uma compreensão sobre o Transtorno Bipolar

Conforme vimos, o pressuposto fundamental da psicopatologia fenomenológica é a suspensão metodológica de qualquer explicação causal de um transtorno. Visa captar o acontecer humano sob a forma de experiência da melhor forma possível. Equivocados estão aqueles que pensam que o escopo dessa abordagem é apenas uma mera descrição do

fenômeno vivido, pois seu propósito, no campo da saúde mental, está diretamente ligado a uma análise das estruturas básicas das experiências que se apresentam alteradas nas pessoas portadoras de sofrimento mental.

A compreensão profunda dessas estruturas fundamentais permitirá uma escuta do outro em profundidade, com foco em seu sofrimento, sobre o qual a pessoa muitas vezes não consegue falar por estar num âmbito pré-reflexivo. Nesse sentido, tal compreensão favorecerá uma atitude clínica que responda à maneira como o sujeito vivencia sua realidade. Em vista disso, o conhecimento das estruturas fundamentais do sofrimento – isto é, a psicopatologia fenomenológica – não pretende realizar uma organização com base em critérios cuja finalidade diz respeito à necessidade de se encontrarem e prescreverem medicamentos adequados para diminuir os efeitos dos sintomas incapacitantes, mas sim revelar elementos sutis que influem na vida das pessoas, prejudicando-as no seu viver cotidiano.

Mesmo buscando observar o fenômeno *a posteriori*, reflexões sobre as estruturas das vivências auxiliam no processo de busca pelo significado que melhor corresponde ao vivido, uma vez que existem fenômenos que possuem uma complexidade implícita difícil de ser captada diretamente.

A psicopatologia fenomenológica contribui ao buscar compreender essas estruturas fundamentais. A experiência é exatamente a ambientação em relação à complexidade de processos que foram vividos e que podem ser mais bem traduzidos pelo seu detentor. Veremos adiante, ao refletirmos metodologicamente sobre a fenomenologia, que a eleição do significado correto favorece a visão, *a posteriori*, do fenômeno como se apresenta. Não é possível oferecer uma atitude clínica satisfatória e um efetivo tratamento diante de um fenômeno de sofrimento significado de forma distorcida. Em outras palavras, não é possível

cuidar da pessoa que sofre quando não se pode perceber com clareza que tipo de sofrimento é aquele para ela.

A psiquiatria criteriológica toma o fenômeno do sofrimento psíquico a partir de alterações neuroquímicas, e acaba desconsiderando a dimensão da experiência vivida, realizando, assim, uma objetificação da pessoa, e, muitas vezes, seu sofrimento principal é exatamente ser colocada como objeto nas relações interpessoais.

Atualmente, ao nos referirmos ao transtorno bipolar, somos lançados a dois humores contrastantes: 1) a depressão, que é caracterizada por um humor triste acompanhado de culpa, angústia, desespero; e 2) a mania, caracterizada por humor eufórico, e, em alguns casos, acompanhado por atos impulsivos e grande irritabilidade. Há, ainda, a presença do estado eutímico interagindo com os estados maníacos/hipomaníacos e com os depressivos. Nesse sentido, o uso do termo “bipolar” pode não revelar com precisão o fenômeno vivido que efetivamente está em questão, uma vez que ele exclui a dimensão eutímica do quadro e sua interação com os outros humores.

É importante salientar que, diante disso, a expressão “transtorno bipolar” acaba reduzindo e prejudicando a compreensão da relação entre mania e depressão, conforme ocorre efetivamente (Fernandez, 2016). Como consequência, enquanto a maioria das pesquisas tradicionais no campo da psiquiatria versa sobre características emocionais e afetivas da mania ou da depressão, os psicopatologistas fenomenólogos concentram-se sobre uma grande variedade de características, como, por exemplo, Fuchs (2014), que propõe alteração no modo de ser no estado maníaco que diz respeito à intersubjetividade, ao fluxo temporal ou ao modo de encarnação.

Neste momento, adentramos as contribuições de Ludwig Binswanger (1960/2015) sobre a fenomenologia da vivência maníaca e melancólica, contribuições que são utilizadas

como referência para debate até na atualidade por autores da área (Fuchs, 2019). Segundo Rovalletti (2014), o pensamento fenomenológico de Binswanger é marcado pela influência tanto de Heidegger quanto e principalmente de Husserl. Binswanger se fundamenta no conceito de *Dasein* de Heidegger para conceber os fenômenos psicopatológicos como variações especiais ou mutações dos diversos modos de existência. Após ter sido influenciado por Heidegger, volta a refletir sobre a constituição do ser-no-mundo a partir de Husserl (1931/2013) e analisa a “vida funcional transcendental”, isto é, tenta fazer uma passagem das “transcendências constituídas”, no sentido de Husserl, para o mundo das “transcendências constituintes” (Borgna, 2015).

Dessa forma, os objetos da experiência (experiências ou conteúdos experienciais) não são mais o foco das investigações, pois eles representam experiências mundanas, experiências objetivas de intencionalidades. O objetivo dos estudos de Binswanger não era apenas captar o mundo vivido dos doentes mentais, ou as estruturas antropológicas das formas loucas de existências, mas intencionava compreender esses modos estruturais de existência a partir da constituição fenomenológico-transcendental do ser e do mundo, abrindo mão de revelação da presença proposta por Heidegger (*Dasein*) em prol da constituição da consciência transcendental e do ego transcendental de Husserl.

Ele buscou em Heidegger uma base para articular um método que fosse adequado ao objeto em questão, o ser humano na sua condição saudável ou adoecida, e a filosofia de Husserl lhe deu condições para auxiliar na compreensão dos elementos estruturantes do fracasso nas relações, expressando a essência do contato malsucedido entre as pessoas, o momento em que falhou a sua constituição (Borgna, 2015). Seguindo esse percurso, em que houve uma virada epistemológica em direção a Husserl (1931/2013), Binswanger (1960/2015) escreve seu livro *Melancolia e Mania: estudos fenomenológicos* em 1960, no

qual visa compreender e analisar o tema da mania, melancolia e do delírio a partir dessa nova epistemologia.

Binswanger (1960/2015), em sua obra intitulada *Melancolia e Mania*, extrapola a dimensão da intencionalidade de Husserl e atinge outras dimensões, como temporalidade, corporeidade, percepção, representação e reflexões relativas ao ego puro. Ele se utiliza da compreensão de temporalidade de Husserl, tomando os três tempos (retenção, apresentação e protensão), que se integram e se correlacionam como momentos da síntese unitária das operações intencionais constitutivas da singularidade e historicidade da vida humana, visando compreender a vivência dos estados maníacos e depressivos.

A temporalidade, para Binswanger, não dizia respeito a uma alteração na vivência do tempo objetivo (cronológico), uma vez que a pessoa melancólica ou maníaca é capaz de articular seus eventos com a noção de passado, presente e futuro. O que está em questão é uma alteração do acontecimento temporal, uma alteração na vivência do tempo que se dá de forma diferente em relação às pessoas que não têm essa experiência de sofrimento. Para Binswanger (1960/2015), o sofrimento na forma de existência maníaca ou depressiva acaba sendo definido por dificuldade nas sínteses unitárias das operações intencionais, ou estruturas dos atos intencionais, culminando na perda da dimensão de possibilidade temporal nas experiências vividas.

A redução nas possibilidades temporais transcendentais (ou intencionais) na mania se configura numa dinâmica de apresentação (*praesentatio*) inautêntica, tomada pelo instante, incapaz de considerar tanto os momentos da retenção quanto aqueles passíveis de protensão. O maníaco fica preso num “aqui e agora” vazio e desligado de qualquer historicidade. Existe um enfraquecimento ou uma aniquilação da retenção e da protensão decorrente do aprisionamento no instante presente que, por sua vez, não ocorre numa

dimensão compartilhada. Nesse sentido, a pessoa se encontra isolada num instante só dela. É incapaz de sustentar relações de encontro com os outros, não conseguindo atingir uma mesma experiência de tempo que é compartilhada pelas outras pessoas (Borgna, 2015):

Especificamente, identificamos estas diferenças constitutivas num diferente fracasso da constituição temporal, consistindo na mania um “afrouxamento” da estrutura temporal do mundo primordial ou do ego, que é revelado no recuo completo, no desaparecimento, dos momentos retentivos e protentivos transcendentais e, assim, das apresentações habituais em favor de uma pura atualidade, bem como num fracasso de apresentação na construção do alter-ego e, portanto, no [fracasso da apresentação] de um mundo comum [...] o maníaco vive apenas "para o momento". Existencialmente falando, ele vive, é um “deus”. Não consegue parar. Ele está em todo o lugar e em lugar algum. (Binswanger, 1960/2015, p.102 – tradução nossa¹¹)

Embora para Binswanger a melancolia seja uma psicose afetiva, ele acreditava que ela não pode ser tomada simplesmente pelo estado de ânimo (Stimmung), mas deve ser compreendida a partir da perspectiva da temporalidade. Na vivência melancólica, a síntese unitária se configura numa temporalidade em que os fatos do passado se misturam com aqueles do futuro. Os momentos protentivos são entrelaçados com os retentivos (delírio

¹¹ *E precisamente abbiamo individuato quelle differenze costitutive in un diverso scacco della costituzione temporale, consistente nella mania in un «allentamento» della costruzione temporale del mondo primordiale o proprio dell'ego, che si rivela nel completo ritrarsi, anzi scomparire, dei momenti trascendentali retentivi e protentivi, e con ciò delle appresentazioni abituali a favore di una pura attualità così come in uno scacco dell'appresentazione nella costruzione dell'alter ego e quindi in quella di un mondo comune (...) il maniacale vive solo “per il momento”, esistenzialmente parlando, vive, è deietto, nell'impossibilità di sostare, è dappertutto e in nessun luogo.*

melancólico), e os momentos retentivos são entrelaçados com os protentivos (autoacusação melancólica).

[...] a melancolia, pelo contrário, consiste de um “afrouxamento” da trama da construção intencional da atividade temporal, que se manifesta no entrelaçamento de momentos retentivos com momentos de proteção (autoacusação melancólica), ou momentos protentivos com momentos retentivos (delírio melancólico). [...] o melancólico vive, para colocar em termos comuns, em um passado ou em um futuro intencionalmente perturbado, por isso não chega a nenhum presente. (Binswanger, 1960/2015, p. 102 – tradução nossa¹²)

É constituinte da melancolia uma desarticulação do tempo que pode esvaziar a existência. Não é uma tristeza existencial que as pessoas vivem em algum momento da, mas é uma cristalização do tempo em que a experiência de futuro desaparece; as emoções se cristalizam e o vazio toma lugar (Binswanger, 1960/2015).

A partir do conceito de "eu puro", proposto por Husserl (1931/2013), Binswanger (1960/2015) propõe-se a compreender, de forma ainda mais aprofundada, a dimensão de sofrimento na vivência maníaca e depressiva. Inicialmente, ele retoma a ideia de experiência natural, isto é, a experiência irrefletida, aquela que não coloca problemas ao ego puro, e assim este é chamado a desempenhar sua função da forma mais pura e adequada, em absoluta tranquilidade.

¹² (...) *nella melanconia consistente invece in un «allentamento» della trama della costruzione intenzionale dell'obiettività temporale, che si manifesta nell'intrecciarsi di momenti retentivi con momenti protentivi (autoaccusa melanconica) o di momenti protentivi con retentivi (delirio melanconico). Mentre dunque il melanconico vive, per dirla in termini comuni, in un passato o in un futuro intenzionalmente turbato, per cui non perviene ad alcun presente.*

Na melancolia e na mania, os modos de constituição da experiência empírica e intersubjetiva são diferentes, uma vez que o ego puro, nesses dois casos, se encontra numa condição de retração e desconforto, em que sua constituição não seria apenas ameaçada, mas colocada em dúvida. O ego puro, então, em função de sua desorientação, perturbação em sua constituição, do seu estado de retração, desconforto, da falta de plena realização de suas experiências e propósitos, seria produtor de descontentamentos (maus humores).

Podemos, portanto, dizer, antes de mais nada, que os descontentamentos surgem do ego puro, perturbado na sua constituição, na sua “desorientação”, do seu estado de desconforto ou constrição, que consiste na falta de uma plena realização da possibilidade de experiência, na falta de realização do seu propósito ou significado. Como as instâncias inferiores de experiência não alcançaram sua tarefa, a instância superior está “desorientada”; só pode “desesperar” por causa dos distúrbios da experiência empírica e transcendental. *Este momento (negativo) de toda experiência mergulha no mau humor*, resolvendo-se na melancolia, na angústia e no sofrimento, na mania diante da tarefa de controle total de si mesmo e do mundo. (Binswanger, 1960/2015, p. 108 - tradução nossa¹³)

Binswanger irá defender que o mal-estar derivado do ego puro tem sua função constantemente ameaçada, mas não completamente faltosa, e que o mal-estar surge precisamente do fato do ego puro se esforçar sempre, mesmo que de forma fragilizada e encurralada, para afirmar sua posição. E, nessa tarefa, ele não consegue exercer a função

¹³ Possiamo dunque dire preliminarmente che i malumori derivano dall'ego puro, turbato nella sua costituzione, dal suo «disorientamento», dal suo stato di disagio o di costrizione, che consiste nella mancanza di una piena realizzazione della possibilità dell'esperienza, nella mancanza di attuazione del suo scopo o significato. Poiché le istanze inferiori dell'esperienza non hanno realizzato il loro compito, l'istanza superiore è «disorientata»; essa può solo «disperare» a causa dei disturbi dell'esperienza empirica e trascendentale. Questo momento (negativo) di tutta l'esperienza s'insinua nel malumore, risolvendosi nella melancolia in angoscia e sofferenza, nella mania nella fuga di fronte al compito del pieno controllo di sé e del mondo.

de regulação de sua experiência, mas desempenha uma função que está intimamente ligada a essa, que é a da constituição do pertencimento do próprio eu. Nesse sentido, Binswanger (1960/2015) completa:

O “eu” empírico, o indivíduo, não podia nem consumir-se em dor e tormento, nem cair numa excitação alegre ou irada, e nessa queda escapar de *si mesmo*, se no fato de consumir-se e escapar de *si mesmo não se mantivesse sempre o “eu”*. Onde não há mais um ego puro, a constituição de pertencimento do meu Eu não tem nem mesmo mais possibilidade de uma derrota dolorosa ou de uma alegre fuga do ego. Vemos, então, que a motivação comum dos humores melancólicos e maníacos se baseia, de fato, na falta de uma saída do ego puro: essa falta de uma saída, porém, não deve ser entendida como impotência, mas como poder, o poder de afirmação do Eu em meio à confusão da experiência melancólica ou maníaca, da afirmação do Eu na dor – que, como vimos, não é abandonada nem mesmo na decisão de suicidar-se – e da afirmação do Eu no triunfo. (Binswanger, 1960/2015, p. 108-109 - tradução nossa¹⁴)

Nessa passagem, é possível confirmar as palavras de Ales Bello (2004): “[...] é uma evidência o fato de que todo ato da consciência é consciência do meu eu, ou seja, eu percebo, eu sinto, eu vivencio” (p. 118). Neste ponto, está a sustentação de Binswanger em

¹⁴ *L'Io empirico, l'individuo, non potrebbe né consumarsi nel dolore e nel tormento, né precipitare nell'eccitamento gioioso o iroso, e in questa caduta sfuggire a se stesso, se nel fatto di consumarsi e sfuggire a se stesso non si mantenesse pur sempre l'Io. Dove non ci sia più l'ego puro, la costituzione dell'appartenenza al mio Io, non c'è neanche più possibilità di una sconfitta dolorosa o di un gioioso sfuggire dell'Io. Vediamo dunque che la motivazione comune dei malumori melanconico e maniacale in effetti si fonda sulla mancanza di via d'uscita dell'ego puro: questa mancanza di via d'uscita non va però intesa come impotenza, bensì proprio come potenza, potenza dell'affermazione dell'Io in mezzo alla confusione dell'esperienza melanconica o maniacale, dell'affermazione dell'Io nel dolore - che come abbiamo visto non viene abbandonata neppure nella decisione di suicidarsi - e dell'affermazione dell'Io nel trionfo.*

relação ao processo de cura, pois, mesmo que o ego empírico das pessoas com melancolia e mania não acredite na cura, o ego puro continua mantendo sua função reguladora, uma vez que mantém as possibilidades da constituição da experiência. Inclusive numa situação de ruptura, derrota, excitação, desespero ou desânimo, o ego puro permanece ali ativo.

Binswanger (1960/2015) defendia que, na melancolia, o ego puro não pode ser baseado num desenvolvimento aberto da experiência natural, e como as instâncias inferiores da experiência não conseguem realizar suas tarefas, só cabe ao ego puro esperar. Essa é a derrota do ego puro, que, por sua vez, dá origem ao humor melancólico e ao desespero, uma vez que estão vedados ao ego puro todos os modos de constituição. Falham em suas tarefas e propósitos tanto a experiência empírica quanto a transcendental, misturando-se os momentos transcendentais, protencionais e retencionais. O delírio melancólico acaba sendo uma expressão desse desespero do ego puro, uma vez que não consegue regular a experiência empírica defeituosa com a experiência transcendental defeituosa.

Binswanger (1960/2015) compreendia que tanto a mania quanto a melancolia são modos de constituição sem regras, ainda que descritíveis. A mania é caracterizada por uma problemática excessiva diferente da melancolia, em que o ego puro está absorvido por um ou outro problema. Binswanger enfatiza a perturbação da experiência temporal principalmente na perturbação da constituição do eu e dos outros. Na mania, o ego puro não funciona na unidade constituída entre a experiência empírica e a transcendental.

Diferentemente da melancolia, em que o ego puro se depara com total falta de objetividade, isto é, com o nada, na mania o ego puro não se dá conta de que não existe conteúdo e acaba passando por cima da anulação da sua função. A experiência egológica, tanto na melancolia quanto na mania, não tem nenhuma função, nenhuma atividade em

relação à totalidade da experiência, sendo que, na mania, a pessoa sente uma alegria tresloucada de possuir tudo, e, na melancolia, há um desespero enlouquecido de perder tudo.

Otto Dorr Zegers (2019) discorre sobre a fenomenologia da intersubjetividade no TB e na esquizofrenia a partir das ideias de Husserl (1931/2013) e Binswanger (1960/2015). Ele busca definir alguns elementos fundamentais presentes na vivência desses transtornos fazendo uma distinção entre uma compreensão sintomatológica superficial e uma leitura profunda da estrutura vivencial do sofrimento. No caso da bipolaridade, ele delimitou as vivências da depressão em que os pacientes queixam-se de uma profunda alteração na espera interpessoal (presente também na esquizofrenia).

Dorr Zegers (2019) definiu duas formas de depressão: as delirantes e as não delirantes, sendo que na delirante a sintomatologia é comandada pelo delírio (seja de ruína, de culpa, seja hipocondríaco). Na depressão não delirante, a sintomatologia diz respeito a sintomas corporais, tais como a experiência de impotência e a alteração dos ritmos biológicos. A partir da perspectiva dos relacionamentos interpessoais, ambas as formas de depressão apresentam um desinteresse progressivo na alteridade e sua substituição pelo tema dominante: numa situação, o delírio, e na outra, o corpo.

No caso da mania, a sintomatologia é comandada pela euforia, hiperatividade, fuga de ideias, insônia e por uma grande alteração na interpessoalidade (desde uma excessiva confiança no outro, com perda de distanciamento social, até ao desrespeito). Dorr Zegers (2011) objetivou explicar a teoria da apresentação de Husserl, como também a temporalidade imanente e intencionalidade na constituição da intersubjetividade, para, então, tratar da intersubjetividade como se manifesta na mania e na depressão – com sintomas psicóticos – e na esquizofrenia.

Dorr Zegers (2011), ao discorrer sobre a intersubjetividade na psicose maníaca, remete à leitura binswangeriana da fenomenologia da consciência intencional de Husserl, conforme já vimos. A partir da teoria de Husserl, infere-se que, se alguém falha na constituição do *alter ego*, a constituição de si mesmo (próprio ego) também falha. Ele explicita que, subjacente às doenças endógenas, como esquizofrenia, melancolia e mania, existe uma profunda alteração na intersubjetividade. Para tratar desse tema, ele também retomou a ideia de “apresentação” de acordo com a proposta de Husserl a partir da quinta meditação cartesiana em que Husserl trabalha a temática da intersubjetividade.

Apesar de já termos levantado no item anterior, as dimensões temporais (apresentação, retenção e protensão) apresentadas por Husserl (1931/2013), iremos nos aprofundar agora no conceito de “apresentação”, retomado por Dorr Zegers (2019) para melhor embasar seu pensamento a respeito do TB. Por “apresentação”, Husserl compreendia aquilo que é adicionado à apresentação do corpo do outro e com o que é, então, mesclado em uma unidade, permitindo a experiência do *alter ego*. Trata-se de uma experiência de essência de um ente real que não sou eu e que não se agrega a mim como parte integrante, isto é, que transcende totalmente o meu ser.

Então, como o transcendente pode tornar-se imanentemente transcendente? A solução para esse problema reside na constituição tanto da objetividade temporal, do mundo próprio, como do *alter ego* do outro e seu mundo. Husserl (1931/2013) afirmou que a constituição do *alter ego* dar-se-á a partir da percepção de um corpo real, corpo sujeito, e do *alter ego*, portanto são três dimensões entrelaçadas na percepção do outro. Neste entrelaçamento, o corpo do outro e o eu do outro aparecem sob a forma de uma experiência tanto transcendente quanto unitária. Cada experiência está organizada sobre outras experiências que confirmam e preenchem aquilo que foi “apresentado”.

Sendo assim, a apresentação é uma atualização associada a uma autêntica apresentação do corpo estranho, e a associação entre a percepção e a atualização cria a consciência da autoexistência em relação a todos os objetos. Dessa forma, o meu ego constitui em si mesmo o outro. O problema da intersubjetividade, ou do mundo comum, também é constituído por meio da apresentação. As intencionalidades que irão constituir o mundo comum são, em parte, históricas e biográficas, mas são também objetivas (Dorr Zegers, 2011).

Com relação à vivência psicótica, no caso da mania, sob a perspectiva husserliana, se acontecer uma falha na constituição do *alter ego* em função do sujeito não ser capaz de uma verdadeira compreensão do outro, haverá um fracasso também na constituição do próprio ego, de si mesmo. Isso ocorre em virtude de a pessoa relacionar-se com presenças humanas desconectadas de vínculos e proteção, em função do colapso da temporalidade (Dorr Zegers, 2011). A relação com os outros acaba não tendo a finalidade de uma comunicação autêntica, mas é uma consequência de uma fuga de si mesmo, do próprio eu, e, ao se afastar do próprio eu, o outro perde seu caráter de alteridade e se torna um ser estranho, “alienígena”.

Na depressão endógena, a alteração da intersubjetividade não se encontra no fracasso da apresentação, conforme ocorre na mania. Na depressão, existe um confinamento no corpo, uma inacessibilidade, uma autocensura e ideias deliroides depressivas. No depressivo, existe uma invasão do passado no futuro, fazendo com que a pessoa tenha uma experiência de ausência de atualização, vivenciando um eterno presente. A autocensura seria organizada por uma retenção em elementos do futuro e os delírios depressivos, como uma tomada do futuro a partir dos elementos do passado. Essa lógica, que diz respeito a

alterações da temporalidade, é o que irá configurar a base de toda a depressão, conforme visto em Binswanger (1960/2015).

Como já explicitado, historicamente, a compreensão acerca da mania e da melancolia tem levado a conclusão, a partir de uma psicopatologia criteriológica, de que se constituem semiologicamente opostas, entretanto essas duas polaridades patológicas podem ser caracterizadas em termos de semelhança com base em seus fundamentos estruturais, de acordo com alguns autores da psicopatologia fenomenológica, como afirma Fernandez (2014). Binswanger (1960/2015) considerava que a melancolia apresenta-se como uma invasão do futuro no passado e uma dificuldade em viver o presente.

Viktor Emil Klemens Franz Freiherr von Gebattel (1969) concebia a melancolia como estando estruturada na experiência de despersonalização. Esse autor havia estudado filosofia e psicologia antes de dedicar-se à medicina e, ao tornar-se médico psiquiatra, foi pioneiro em relação a uma medicina antropológica. Aprendeu psiquiatria com Emil Kraepelin na clínica psiquiátrica de Munique (Alemanha).

Já Thomas Fuchs (2001, 2007, 2014) propõe que a bipolaridade apresenta como fundamento estrutural uma dessincronização e uma dificuldade da conação, isto é, um desacoplamento da relação temporal do organismo com seu ambiente causando um desacoplamento do indivíduo com a sociedade. Como médico psiquiatra, Fuchs chefia desde 1997 a seção de Psicopatologia e Psicoterapia Fenomenológica da Clínica Universitária de Psiquiatria da Universidade de Heidelberg na Alemanha.

As contribuições de von Gebattel (1969), assim como as de Fuchs (2001, 2007, 2013, 2014, 2019) e de Giovanni Stanghellini (2000, 2016), dentre outros autores contemporâneos que têm desenvolvido pesquisas no campo da psicopatologia

fenomenológica, serão melhor desenvolvidas no Capítulo 5, a medida em que as retomarmos de maneira mais específica ao discutirmos os resultados da nossa pesquisa.

Até aqui, foi possível identificar uma profunda diferença (não excludente) entre as perspectivas da psicopatologia biologicista vigente e aquelas advindas da psicopatologia fenomenológica. Assim, em nosso estudo, pretendemos colocar entre parênteses (no sentido proposto por Husserl) toda a factualidade atual dos manuais diagnósticos e compreensões biologicistas sobre o transtorno bipolar para nos debruçarmos sobre as experiências vividas dos participantes a fim de encontrarmos seus sentidos fundamentais.

3. Pesquisa Fenomenológica Dialógica - Procedimentos

Esta pesquisa qualitativa, de natureza exploratória, insere-se no campo da psicologia sob uma perspectiva fenomenológica de tipo dialógica. Considerando nosso interesse em compreender, fenomenologicamente, “como é viver com o transtorno bipolar?”, adotamos os pressupostos da fenomenologia clássica, desenvolvida pelo filósofo alemão Edmund Husserl e ampliada por sua discípula, Edith Stein, como caminho metodológico no processo de investigação.

Optamos por designar esta como uma **pesquisa fenomenológica dialógica**, pois no contexto atual, em que há diversas propostas para uma psicologia fenomenológica inspiradas em autores como Merleau-Ponty, Heidegger e outros, esse conceito aponta para algo específico sobre o desvelamento dos sentidos da experiência no campo do saber psicológico. O termo “dialógico” revela, em sua essência, o significado do vocábulo grego *διάλογος* – *diálogos*, formado pelo prefixo *dia*, que significa “por intermédio de”, e por *logos*, que significa “sentido”, “palavra”, “razão”. Erroneamente, o prefixo *di* é relacionado a “dois”, e o termo diálogo é traduzido como “conversa entre dois”.

O conceito dialógico aqui utilizado é inspirado no pensamento do filósofo Martin Buber (1982), que anuncia a ideia da impossibilidade da existência humana sem o “diálogo”, sendo este pautado na interação entre os sujeitos da relação, daí o conceito de inter-relação. Para Buber, essa interrelação envolve encontro, diálogo e responsabilidade, caso contrário não configura uma relação entre sujeitos, mas sim uma relação sujeito-objeto. Afirmou Buber (1982) ser impossível conhecer com intimidade a outra pessoa enquanto ela se constituir “para mim como um objeto destacado de minha [...] observação

[...]: o conhecimento íntimo só se torna possível quando me coloco de uma forma elementar em relação ao outro, portanto quando ele se torna presença para mim” (p. 147).

Consideramos, portanto, que a **pesquisa fenomenológica dialógica** é aquela que ocorre não apenas entre sujeitos, mas sim entre presenças vivas que compartilham uma relação intersubjetiva na qual, por meio de uma atitude de compreensão empática e de congruência, são capazes de fazer acontecer um encontro, isto é, o acontecimento de experiências humanas que se constituem a partir de uma relação genuinamente dialógica.

Este capítulo é dividido em duas partes. Na primeira, apresentaremos a redução fenomenológica aplicada à investigação em psicologia. Na segunda, seguiremos descrevendo os procedimentos metodológicos deste estudo.

3.1 A Fenomenologia Husserliana Aplicada a Pesquisas no Campo da Psicologia

As pesquisas do Grupo “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção”, vinculado ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da PUC-Campinas, desdobram-se em três subgrupos, sendo um deles coordenado pela Profa. Vera Engler Cury. O recorte teórico e epistemológico adotado pelos pesquisadores, bolsistas de Iniciação Científica, mestrandos e doutorandos deste subgrupo insere-se numa perspectiva humanista e fenomenológica que prioriza, como tema fundamental nas investigações, uma compreensão sobre a experiência vivida dos participantes.

A perspectiva fenomenológica é tomada, no presente estudo, como referência metodológica para que se possa descrever, compreender e interpretar as unidades de sentido invariantes (essências) ou elementos significativos das experiências vividas pelas pessoas que sofrem com Transtorno Bipolar em relação à própria doença. A perspectiva humanista tomada a partir da Abordagem Centrada na Pessoa, criada e desenvolvida pelo psicólogo

norte-americano Carl Rogers, contribui para embasar teoricamente este trabalho tanto em sua configuração dialógica entre pesquisador e participante quanto no processo de interlocuções com outros autores para melhor compreender os fenômenos que emergem da investigação.

Conforme já explicitado, a inserção da fenomenologia no campo da psicologia supõe a necessidade de uma alteração no objeto de conhecimento da filosofia. Husserl tinha por objetivo conhecer a essência do objeto estudado (redução eidética), já a psicologia (por intermédio da redução fenomenológica-psicológica) busca compreender os significados ou sentidos das vivências para a pessoa em seu contexto de vida cotidiano (Forghieri, 2019). A adoção, em pesquisas na área da psicologia, de conceitos e procedimentos fenomenológicos consiste numa apropriação de princípios filosóficos que tem gerado debates e articulações interessantes e férteis, problematizados por diversos autores, tais como Feijoo e Goto (2016), Castro e Gomes (2015), Davidsen (2013), AmatuZZi (2009), Giorgi (2009), Davidson (2004) e Moustakas (1994).

Este modelo de investigação não prevê o levantamento de hipóteses iniciais para o desenvolvimento de pesquisas, uma vez que a identificação de hipóteses – ou pré-conceitos sobre o fenômeno pesquisado – é posta de lado (entre parênteses) por exigência do próprio método. Dessa forma, as ideias e suposições sobre o tema devem ser intencionalmente postas de lado pelo pesquisador a fim de abrir caminho para um tipo de atitude que prioriza o acontecer a partir da interação dos sujeitos participantes com o pesquisador sobre o interpretado ou conhecimento *a posteriori*. Esse procedimento, nomeado como *epochè* ou “abstinência”, foi descrito por Husserl como o primeiro momento da redução fenomenológica.

O primeiro movimento do processo de investigação fenomenológica surge na formulação de uma pergunta de pesquisa que pretende responder efetivamente ao propósito. Essas perguntas, porém, diferem daquelas que regem as investigações científicas clássicas, tais como: “por que”, “para que”, “quanto”; dirigem-se a “como” ou “o que é”, a algo que se mostra à consciência (Barreira, 2017). Requer, assim, uma mudança em relação à perspectiva de compreender a factualidade do mundo, proposta pela ciência clássica, no sentido de aproximar-se de como esse mundo é apreendido singularmente pelo ato de uma consciência intencional. Assim, chegamos à pergunta norteadora com a qual iniciamos os encontros com cada um dos três participantes: **“Como é viver com o transtorno bipolar?”**.

De acordo com Cury (2021) " é a experiência mesma, traduzida como vivência da consciência que irá nortear os passos do pesquisador. O conhecimento surgirá a partir de um terreno intersubjetivo em que são suspensas as barreiras eu/outro, interior/exterior, sujeito/objeto" (p.105). Os dados da pesquisa emergem da dialogicidade do encontro pesquisador-participante. De acordo com a mesma autora, nessa perspectiva, a subjetividade do pesquisador também assume condição de objeto para interpretação do material levantado. No entanto, embora se pretenda neste tipo de pesquisa compreender e interpretar vivências de participantes tomadas em sua singularidade, visa, ao final, apreender a experiência humana universal.

No campo da psicologia não pretendemos realizar uma fenomenologia pura, que se propõe a compreender extensamente as estruturas vivenciais constituintes da alma humana, uma vez que não são passíveis de serem completamente apreendidas. Almejamos nos aproximar dessas estruturas mais fundamentais a fim de podermos contribuir para a

elucidação do fenômeno em questão no sentido de contribuir com novos olhares e novas perspectivas para temas psicológicos.

No Capítulo 2, introduzimos elementos conceituais visando caracterizar a Fenomenologia Transcendental de Husserl (1931/2013). Nessa fundamentação, foi mencionada a redução fenomenológica e seu desdobramento visando à redução eidética e à redução ao sujeito (redução transcendental). Esse método será apresentado de forma mais detalhada na sequência do presente capítulo, uma vez que foi norteador para o desenvolvimento da investigação desta pesquisa de doutorado.

Retomando as pesquisas em psicologia, Husserl algumas vezes se referiu ao eu como “psicológico” ou como “homem real”. A análise transcendental das vivências permite a identificação de elementos puros nas vivências, como, por exemplo, “a raiva”, porém, na forma como cada um vive em sua singularidade, a raiva diz do eu psicológico. A raiva está na base da vida de cada ser humano. E, segundo Edith Stein (1922/1999a), a *psique* é a base da vida de cada ser humano e aquilo que surge dela (*psique*) é algo que simplesmente nos acontece como reação, não sendo possível termos autonomia sobre isso.

Husserl (1913/2006, 1954/2012a) propôs que a **redução fenomenológica** é um movimento de passagem da orientação natural do sujeito empírico para a atitude fenomenológica que pode se desdobrar em duas outras reduções: **Redução Eidética e Redução ao Sujeito (Transcendental)**.

Nessa perspectiva investigativa, o primeiro passo, a **Redução Eidética**, consiste numa tentativa de colocar entre parênteses (no sentido de Husserl abordado no Capítulo 2) o juízo da realidade decorrente da atitude natural vivida pelo sujeito empírico e buscar **reduzir** esse conjunto de ideias aos sentidos mais essenciais, elementos não ultrapassáveis, isto é, aqueles últimos, encontrados na concretude do experienciar (Ales Bello, 2004,

2006). É o momento de captar o sentido do objeto investigado; e como isso é possível? Pelo fato de o pesquisador também possuir uma alma humana (um eu puro), pode, por meio da atitude de empatia (no sentido de Stein, como já visto no Capítulo 2 e que será melhor desenvolvida mais à frente neste Capítulo 3), intuir o sentido daquilo que é vivido pelo outro, por mais que ele ainda não seja capaz de verbalizar esse sentido por estar numa dimensão pré-reflexiva.

A Redução Eidética pode ser dividida em duas etapas. A primeira caracteriza-se, em nosso grupo, sob a forma de “**Encontros Dialógicos**”. Trata-se de uma redução à singularidade da experiência do sujeito visando descrever suas experiências encarnadas no mundo. É uma pré-análise que ocorre no processo de encontro com o participante, uma redução “subjetivo-relativa” em que ainda não existe uma separação entre as experiências e suas conexões, fatos e história de vida (Barreira, 2017).

A segunda etapa visa alcançar as unidades de sentido invariantes de cada participante, suas estruturas vivenciais. Em nosso grupo de pesquisa, essa etapa corresponde ao momento da “**Produção das Narrativas Compreensivas**”, que será melhor detalhada adiante. Barreira (2017) nomeia essa etapa de “Cruzamento Intencional” e ressalta a importância de diferenciá-la das pesquisas que se propõem a realizar a redução eidética a partir de categorias significantes, unidades de sentido do discurso, uma vez que essas análises podem não atingir uma dimensão pré-reflexiva que só é passível de ser captada e descrita em decorrência do encontro entre pesquisador e participante.

A segunda redução, a **Redução Transcendental**, é o momento de sair da dimensão estrutural das vivências singulares de cada participante e começar a realizar o ato reflexivo sobre as vivências tomadas em seu caráter universal. É o momento de compreendermos a dinâmica dos atos perceptivos que se dão pela corporeidade e sua relação com a consciência

sobre a integração das três dimensões humanas – corpo, psique e espírito – em interação com o mundo (Ales Bello, 2006). É uma compreensão das vivências tomadas em seu caráter universal a partir das manifestações das singularidades de cada participante.

Essas duas reduções serão melhor explicitadas na sequência, quando passaremos a apresentar as etapas deste processo de pesquisa visando demonstrar a integração dos diversos movimentos que compõem os procedimentos e apresentando-os em suas tramas e articulações.

3.2 Como Encontrar as Vivências Estruturantes?

Neste momento, iremos alterar a cronologia de descrição dos procedimentos investigativos, assim como realizados na pesquisa, para não fragmentar a linha de raciocínio do leitor. Dessa forma, passaremos o “Procedimento de Seleção de Participantes” para o final do capítulo. Na ordem cronológica dos fatos, ele estaria no início. Descrevemos, a seguir, os procedimentos investigativos utilizados nesta pesquisa:

1) Procedimento Redução Eidética:

a) Redução Psicológica: encontros dialógicos com os participantes;

b) Redução às Vivências Estruturantes: elaboração de narrativas compreensivas;

2) Procedimento de Redução Transcendental: elaboração da narrativa síntese;

3) Procedimento de Seleção dos Participantes da Pesquisa.

3.2.1 Os Encontros Dialógicos: Busca pelas vivências da alma singular no mundo

Um dos procedimentos metodológicos utilizados em nosso grupo de pesquisa são os encontros dialógicos (Bezerra, 2021; Fada, 2020; Oliveira e Cury, 2020; Fadda & Cury,

2019; Andrade, 2019; Brisola & Cury, 2018; Brisola, Cury & Davidson, 2017; Oliveira e Cury, 2016; Mozena & Cury, 2010), isto é, uma configuração de interação entre pesquisador e participante que se dá por meio da intersubjetividade vivida no encontro entre as duas presenças (Mahfoud, 2017).

Preservada a privacidade e o sigilo, este encontro se constituiu, nesta pesquisa, num ambiente pautado por atitudes, por parte do pesquisador, de consideração, autenticidade e empatia, objetivando o acontecer de um diálogo no qual o participante pudesse se sentir à vontade para contar sobre como é viver com o Transtorno Bipolar. É importante ressaltar que não foram utilizadas perguntas, questionários, nem recurso algum para registros (gravações de áudio ou vídeo, anotações etc.) no momento do encontro. Com essa atitude visamos a uma total disponibilidade e presença do pesquisador em relação ao participante nesse referido momento. Acreditamos que as gravações no momento do encontro podem interferir negativamente na qualidade da presença do pesquisador. Não acreditamos que algum tipo de registro no momento do encontro seja uma forma de garantia de apreensão das vivências do participante por parte do pesquisador. Acreditamos, sim, que a qualidade da presença é a grande provocadora de abertura e facilitadora de acesso às vivências mais íntimas e estruturais do participante por parte do pesquisador. Como veremos mais adiante, essa qualidade da presença está alicerçada em atitudes de consideração positiva incondicional, autenticidade e empatia, isto é, num clima que não seja ameaçador e demonstre interesse por parte do pesquisador pela vivência do participante. Como diferenciar a vivência do pesquisador e do participante? Buscamos responder a essa pergunta na sequência da apresentação da aplicação do método fenomenológico aplicado nesta investigação.

Nessa etapa, o pesquisador foi em busca de **compreender o objeto vivido pelos participantes** (a partir do referencial deles): **“Como é viver com o transtorno bipolar?”**. Para alcançar esse escopo, procurou **colocar suas próprias concepções de mundo entre parênteses**. Preocupou-se em acolher, estar disponível e ser empático em relação aos participantes, ao mesmo tempo em que se manteve atento em relação às suas próprias impressões, percepções e sentimentos, ou seja, aos seus próprios significados, que foram emergindo naturalmente no decorrer do encontro. Em seguida, procurou distanciar-se de conceitos prévios que possui sobre o tema, ou seja, acerca dos elementos já conhecidos relativos à vivência do TB: dados psicopatológicos descritos em manuais diagnósticos, juízos próprios do pesquisador decorrentes de sua experiência profissional como psicólogo clínico etc.

Ao dar-se conta de seus significados pessoais, o pesquisador faz um esforço para tomar distância deles, para assim, buscar compreender efetivamente os significados que compõem o mundo interior do participante a partir do que é comunicado e vivido por ele durante o encontro dialógico. Mas como isso é possível? Como é possível o pesquisador captar os sentidos estruturantes do participante, sendo que nem mesmo o participante é capaz de se dar conta deles com clareza? Por meio da comunicação intersubjetiva, viabilizada pela atitude de empatia ou entropatia, revelada fenomenologicamente em detalhes por Stein (1917/1998) em sua tese de doutorado.

Expressei o princípio mais fundamental do método fenomenológico: voltar-se para as coisas mesmas. Desconsiderar teorias sobre as coisas, excluir, quando possível, tudo o que se ouve, lê ou se construiu; aproximar-se delas com um olhar sem preconceitos e ter uma visão imediata. Se queremos saber o que é o ser humano, devemos nos colocar o mais vividamente possível na situação em que vivemos seu

ser, ou seja, o que dele experimentamos em nós mesmos e o que experimentamos no encontro com os outros (Stein, 1932-33/2000, p. 66 – tradução nossa¹⁵).

O pesquisador deve se colocar de tal forma na relação, que seja capaz de captar – por meio da expressão facial, do olhar, do tom de voz, dos gestos, de toda a expressão do participante, somada ao contexto de pesquisa, à história de vida da pessoa, ao enredo do que está sendo dito, e como está sendo dito – toda essa complexidade de elementos percebidos, de forma refletida ou não, para além de toda elaboração mental (ideias) que o participante possa ter em relação à sua própria experiência, visando a um único fim: testemunhar a presença viva do participante, os sentidos vividos por ele em profundidade por meio da convivência.

O fato de o pesquisador ter também uma estrutura humana o torna capaz de traduzir essas vivências, exercer a empatia, inclusive uma empatia corporal, sentindo também em seu corpo a ressonância daquilo que o participante vive. Ales Bello (2012, 2014) diz que a empatia enquanto ato intuitivo é a capacidade de captar aquilo que o outro está sentindo, de intuir a estrutura vivencial do outro. Pelas palavras de Stein (1932-33/2000):

A intuição não é apenas a percepção sensata de determinada coisa como ela é aqui e agora; há uma intuição do que ela é de acordo com sua essência e isso pode, por sua vez, significar o que ela é de acordo com seu próprio ser e o que ela é de acordo com sua essência universal (se esses dois significados expressam coisas objetivamente diferentes e se o fazem em todas as esferas ou somente em algumas,

¹⁵ Ho già espresso il principio più elementare del metodo fenomenologico: considerare le cose stesse. Non tener conto delle teorie sulle cose, escludere, ove è possibile, tutto ciò che si ascolta, si legge o che si è costruito da soli, avvicinarsi ad esse con uno sguardo privo di pregiudizi ed attingere ad una visione immediata. Se vogliamo sapere cos'è l'essere umano dobbiamo porci nel modo più vivo possibile nella situazione in cui facciamo esperienza del suo esserci, vale a dire di ciò che noi sperimentiamo in noi stessi e di ciò che sperimentiamo nell'incontro con gli altri.

é uma questão que precisaria de um exame mais amplo). O ato pelo qual a essência é apreendida é uma percepção espiritual que Husserl denominou intuição. Está escondida (a intuição) em cada experiência como um fator indispensável; não poderíamos falar de homens, animais, plantas, se, em cada uma dessas coisas que percebemos aqui e agora não captássemos algo de universal que indicamos por um nome comum. Mas a intuição também pode se destacar da experiência particular e ser realizada por si mesma (Stein, 1932-33/2000, p. 66 – tradução nossa)¹⁶.

Buscando compreender melhor a relação dialógica, Mahfoud (2017), em seu livro “Quem sou eu: um tema para a psicologia”, aprofunda essa temática. Ele discorre sobre a autoconsciência (“Quem sou eu?”) como elemento central da relação dialógica. Intenta demonstrar que é o interesse pela própria autoconsciência que revelará também a consciência do outro enquanto alteridade e enquanto vida/totalidade. Essa reflexão assemelha-se àquela proposta por Martin Buber (2001), quando afirma que “o Eu se realiza na relação com o Tu; é tornando Eu que digo Tu” (p. 59), revelando que autoconsciência é também consciência do outro.

Mahfoud (2017) enfatiza que a autoconsciência está na origem da existência e, ao longo da obra, reflete sobre alguns elementos fundamentais para o *locus* de um eu que visa vislumbrar o outro. Estamos diante de um eixo fundamental desse processo de pesquisa. Se com Rogers percebemos que certas atitudes – como consideração positiva incondicional,

¹⁶ L'intuizione non è solo la percezione sensibile di una certa singola cosa come essa è qui ed ora; vi è una intuizione di ciò che essa è secondo la sua essenza e ciò può, a sua volta, significare ciò che essa è secondo il suo essere proprio, e ciò che essa è secondo la sua essenza universale. (Se questi due significati esprimano cose oggettivamente diverse e se lo facciano in tutti gli ambiti o solo in alcuni, è una questione che necessiterebbe un esame più ampio). L'atto in cui l'essenza viene afferrata, è una visione spirituale che Husserl ha denominato intuizione. Essa è nascosta in ogni singola esperienza come fattore indispensabile non potremmo parlare di uomini, animali, piante se in ognuna di queste cose che percepiamo qui e ora, non avessimo afferrato un universale che indichiamo con un nome comune ma può distaccarsi da essa ed essere compiuta per se stessa.

autenticidade e empatia – irão permitir ao pesquisador estreitar o contato com as vivências mais *puras* do outro (no sentido de Husserl), com Mahfoud encontramos a necessidade de o pesquisador lançar-se sobre sua própria personalidade para conseguir sustentar a abertura ao encontro dialógico.

Mahfoud (2012) e Giussani (2009) nos ajudam a compreender que uma relação dialógica efetiva é aquela que parte de um ponto fundamental pautado no reconhecimento de que cada experiência de alteridade é também um sinal que me remete para algo além do que se mostra, e que o reconhecimento desse “além” só é possível em função de critérios fundamentais de humanidade de cada pessoa que está se relacionando com outra. Dessa forma, é possível a ambas compreenderem toda essa dinâmica.

Para Giussani (2009), a experiência verdadeiramente humana só se daria como resposta às exigências fundamentais que configuram o modo de existência humano por meio de um conjunto de exigências originárias denominado por Giussani (2009) como “experiência elementar”, expressão cunhada “para designar o ímpeto original que está na base de todo gesto ou posicionamento humano” (Mahfoud, 2012). Esse conjunto de exigências originais revela elementos da estrutura transcendental humana, sendo a “centelha mobilizadora” do movimento humano, um “conjunto de evidências e exigências com as quais o homem é lançado no confronto com tudo o que existe” (Giussani, 2009, p. 25), uma espécie de critério ético fundamental.

É dentro da experiência concreta e cotidiana que percebemos que as exigências da verdade, justiça, amor e felicidade são os fatores originais que fazem da existência uma fascinante aventura, visando a uma resposta que nos satisfaça plenamente. Para que o homem se move se não para encontrar aquilo que é verdade, se não para

construir relações humanas justas, para um olhar de amor sobre si mesmo, para ser feliz?¹⁷ (Giussani, 2014, p. 71 – tradução nossa).

Para Giussani (2009), esse caráter elementar de cada ser humano o impele a formular um juízo diante daquilo que vive. Tal juízo, à luz das essências ou exigências fundamentais humanas, permitirá que a pessoa não se distancie nem se aliene daquilo que lhe é mais pessoal. Com essa busca mais evidenciada, a pessoa conseguirá atender a esse critério de exigência com maior consistência, o que lhe favorecerá atingir de forma mais plena sua autorrealização e sua abertura para o outro e para o mundo.

Posto isso, para que o pesquisador possa dispor-se a um encontro dialógico com os participantes, de forma a estar realmente aberto ao outro, precisa ter como ponto de partida e horizonte um compromisso com sua própria realização, isto é, precisa ser capaz de amar seu percurso existencial e amar o outro que se apresenta nesse percurso como sinal de uma novidade que revela também sua própria humanidade (Giussani, 2009). A presença do pesquisador, promovida pela tensão sustentada na seriedade do compromisso com seu próprio destino, com a própria realização, contribuirá para um encontro que favoreça a revelação daquilo que é o mais fundamental do participante: sua presença. Essa presença do pesquisador como forma de reconhecer o outro, denominada por Husserl como redução fenomenológica (Ales Bello, 2004), permite a compreensão da essência dos sentidos que compõem os elementos mais fundamentais e particulares do participante, revelando, assim, sua presença.

¹⁷ *È dentro l'esperienza concreta e quotidiana che ci si accorge che le esigenze di verità, di giustizia, di amore e di felicità sono i fattori originali che fanno dell'esistenza un'avventura affascinante, tesa ad una risposta che ci soddisfi pienamente. Per che cosa l'uomo si muove se non per trovare ciò che è vero, se non per costruire rapporti umani giusti, per uno sguardo d'amore su di sé, per essere felice?*

3.2.2 Elaboração de Narrativas Compreensivas: Redução às vivências estruturantes constituintes da alma singular

Apesar de cada pessoa constituir uma singularidade de vivências, a estrutura da vivência define a alma humana enquanto tal. A existência dessa estrutura permite ao pesquisador, por meio de encontros intersubjetivos, intuir tanto a essência do vivido de cada participante – a essência da alma singular do participante – quanto os elementos essenciais constitutivos do sujeito humano: a alma humana. A redução fenomenológica tem por finalidade reduzir toda a comunicação do participante, verbal ou não verbal, aos sentidos essenciais daquilo que ele vive em relação a determinado “campo” vivencial (no caso, o TB), isto é, o recorte vivencial definido como tema (objeto) da pesquisa.

Esses sentidos podem, inclusive, estar numa dimensão pré-reflexiva e não serem reconhecidos pelo participante, mas nem por isso deixam de ser estruturantes de suas vivências. O participante dificilmente irá comunicar de forma “pura” sua experiência vivida. É possível que ele comunique fragmentos que serão escutados e, ao serem postos em conjunto, revelarão elementos mais essenciais das suas vivências, seja tomadas em seu âmbito singular, seja em seu âmbito universal ou puro (Ales Bello, 2004; 2006).

Quando a essência da vivência (unidade de sentido pura) é reconhecida, ela se revela em evidência, uma vez que a estrutura da vivência é explicitada, o que é passível de ser tanto reconhecido reflexivamente quanto “sentido” pré-reflexivamente pelo pesquisador via empatia corporal. Isso se dá em virtude de a alma do pesquisador ser feita da mesma substância (estrutura) da alma do participante, substância doadora de sentidos essenciais, daí a possibilidade de intuição desses sentidos. Busca-se diferenciar aquilo que o participante apresenta como ideias sobre o vivido, do que ele comunica como vivências de seu *eu puro*:

Este colocar fora de validade de caráter universal inibe todas as tomadas de posição perante o mundo objetivo pré-dado e, assim, desde logo, as tomadas de posição de ser (as tomadas de posição a respeito do ser, da aparência, do ser de modo possível, suposto, do ser provável e semelhantes) ou, como também se costuma dizer, esta *εποχή* [epochè] fenomenológica ou este pôr entre parênteses o mundo objetivo, não nos põe perante um nada. Ao contrário, aquilo de que nos apropriamos precisamente por isso ou, mais claramente, aquilo de que eu, aquele que medita, por isso mesmo me apropriado é da minha vida pura com todas as suas vivências e todas as suas coisas visadas, enquanto puramente visadas, o universo dos fenômenos, sentido da Fenomenologia. A *εποχή* é, também se pode dizer, o método radical e universal por via do qual eu me capto puramente como eu, com a vida de consciência que me é própria, na qual e através da qual o mundo objetivo no seu todo é para mim e, desse modo, precisamente tal como ele é para mim. Todo e qualquer ser mundano, espaço-temporal, é para mim – isso significa: vale para mim, e certamente porquanto o experiencio, percepciono, dele me recordo, nele penso de algum modo, o ajuízo, valoro, desejo, etc. (Husserl, 1931/2013, p. 58).

Na área da pesquisa, é importante que o pesquisador tenha familiaridade com o campo a ser pesquisado, pois o tempo de relacionamento com a área pode favorecer com que ele consiga discernir e traduzir elementos essenciais vividos de maneira que uma pessoa inexperiente não conseguiria dar-se conta com facilidade. O tempo de permanência na área também não é garantia disso, uma vez que ele poderia estar o tempo todo se relacionando com aparências, hipostasiando¹⁸.

¹⁸ Considerar como coisa real o que é abstração.

Conforme já vimos, é na compreensão da experiência vivida que a pesquisa fenomenológica se sustenta. Abordamos também, no Capítulo 2, que o fenomenólogo possui dois amores, sendo um pelo fenômeno que se revela e outro por encontrar a melhor palavra que expresse essa revelação. Nessa dinâmica, a vivência, em sua complexidade, precisará de um conjunto de palavras capaz de transmitir esses sentidos reveladores da existência. Consideramos esse “conjunto de palavras” sob a forma de narrativas. Benjamin (1994), em seu ensaio “O narrador”, propõe uma discussão sobre as formas de narrativa apresentando uma nova interpretação sobre a narrativa enquanto uma arte de “intercambiar experiências”.

Nosso grupo de pesquisa baseia-se nessa concepção de narrativa de Walter Benjamin (1994), já que a narrativa, no sentido desse autor, é a transmissão do conhecimento tecido na substância viva da existência, isto é, na transmissão de experiência. Benjamin é considerado como um precursor das atuais formulações sobre narrativas adotadas em pesquisas nas áreas de psicologia e das ciências sociais (Oliveira, 2009). No ensaio citado, Benjamin denuncia que, com o advento da modernidade, a narrativa, sendo manifestação das experiências vividas por pessoas e povos, foi substituída pelo romance e pelas reportagens:

[...] as ações da experiência estão em baixa, e tudo indica que continuarão caindo até que seu valor desapareça de todo. Basta olharmos um jornal para percebermos que seu nível está mais baixo que nunca, e que da noite para o dia não somente a imagem do mundo exterior, mas também a do mundo ético, sofreram transformações que antes não julgaríamos possíveis. Com a guerra mundial tornou-se manifesto um processo que continua até hoje. No final da guerra, observou-se que os combatentes voltavam mudos do campo de

batalha não mais ricos, e sim mais pobres em experiência comunicável (Benjamin, 1994, p. 198).

Para Benjamin (1994), o narrador tem como sua matéria a vida humana com a qual configura uma relação artesanal (Oliveira, 2009). Dessa forma, vemos na narrativa uma expressão do acontecer humano que ultrapassa uma mera descrição de fatos (Mozena & Cury, 2010). Apresenta-se como uma substância viva, doadora de novos significados que tendem a revelar as essências da existência, pois a narrativa é a tinta do quadro da existência.

Essa concepção de narrativa, como reveladora do acontecer humano, permitiu que fosse desenvolvida uma estratégia metodológica em pesquisas psicológicas (Granato, Corbett & Aiello-Vaisberg, 2011). Em nosso grupo de pesquisa, utilizamos como estratégia metodológica as narrativas compreensivas, que têm como escopo a expressão das experiências vividas a partir de um encontro dialógico:

A narrativa constitui um processo rigoroso de interpretação da experiência intersubjetiva gerada a partir da relação dialética entre pesquisador e participante, que revela o significado da experiência vivida pela via do pesquisador. Em outras palavras, privilegia o caráter intersubjetivo da pesquisa, não meramente como registro dos fatos, mas como compreensão e interpretação do vivido, a partir do processo experiencial do pesquisador. Dessa maneira, a narrativa diferencia-se de um relato de acontecimentos ou de um relatório de atendimento, pois se despreza dos fatos para chegar aos elementos constitutivos do vivido (Mozena & Cury, 2010, p. 69-70).

As narrativas compreensivas possibilitam revelar a expressão da experiência vivida do participante captada a partir do encontro dialógico com o pesquisador. Elas são

produzidas pelo pesquisador como recurso metodológico, sendo instrumento de análise e interpretação fenomenológica, e nesse sentido, apresentam a intencionalidade do pesquisador a todo momento do encontro (Cury, 2015). A produção dessas narrativas ocorre após cada encontro com os participantes e tem como objetivo relatar de forma descritiva tais encontros a partir do que os participantes transmitiram sobre suas vivências (Oliveira & Cury, 2016).

Nesse momento, realiza-se o procedimento que Husserl (1913/2006) denomina **Variação Imaginativa Livre**, adaptada à área da psicologia, em que se faz uma “verificação” imaginativa de variações possíveis do fenômeno com a finalidade de identificar os elementos estruturantes de sua expressividade. Buscamos encontrar, por meio de possíveis verificações de novos agrupamentos de sentidos, as vivências estruturantes visando compreender o que lhes é mais essencial. Verificamos, hipoteticamente, se esses agrupamentos se sustentam em outras variações humanas, diferenciando aquilo que é essencial daquilo que não se mantém. Para tanto, o pesquisador recorre inclusive à presença de outros juízes envolvidos com o tema (outros membros do subgrupo de pesquisa).

Em termos práticos, as narrativas são lidas tanto pelo pesquisador quanto pelos demais membros do subgrupo de pesquisa que, ao se colocarem empaticamente no lugar do participante, auxiliam no processo de verificação hipotética de variações de agrupamentos de sentido, buscando intuitivamente alcançar os elementos invariáveis, últimos, reveladores da estrutura vivencial do participante. Dessa forma, o pesquisador, a partir das contribuições do grupo e de suas novas impressões, se dedica a alterar as narrativas compreensivas buscando integrar esses novos elementos por se mostrarem mais reveladores da alma dos participantes. Esse processo poderá ocorrer repetidas vezes até que nenhum novo significado seja encontrado (Brisola, Cury & Davidson, 2017). É nesse momento de

produção das narrativas que o pesquisador reflete sobre sua intencionalidade e utiliza de sua subjetividade como ferramenta de pesquisa (Zini & Cury, 2014).

3.2.3 Procedimento de Construção da Narrativas Síntese: Redução às vivências estruturantes constituintes da alma humana

Após o levantamento dos elementos essenciais das vivências dos participantes por meio das narrativas compreensivas, o pesquisador se ocupa de identificar os elementos essenciais comuns a todas as narrativas. É um momento de se debruçar sobre o que foi vivido no encontro dialógico e recordar as impressões sentidas que ainda possam estar pouco claras, associando-as às narrativas já produzidas, buscando algo ainda não observado e voltando a reescrevê-las, porém focando naquilo de mais fundamental que tenha sido vivenciado.

Nesse processo, visa-se a uma **Redução Transcendental**, pois o pesquisador não pretende compreender apenas as vivências singulares de cada participante, mas sim alguns dos elementos estruturantes das vivências revelados a partir de cada encontro e passíveis de serem descritos em seu caráter de universalidade. Essas essências, compreendidas como revelações de vivências humanas, são transmitidas na construção criativa de uma narrativa-síntese. Essa narrativa-síntese é a “obra-prima”. Revela a novidade da pesquisa, capaz de conter os sentidos/elementos comuns das vivências dos participantes, evidenciando as estruturas das experiências vividas (Brisola, Cury & Davidson, 2017).

O fato de o pesquisador reconhecer sua condição como sujeito provido de um eu puro permite reconhecer também o caráter universal do experienciar a partir de sua presença na esfera intersubjetiva (Davidson, 2004). Isso permite a descrição da experiência intersubjetiva de forma clara, identificando sua essência experiencial e universal e

revelando-a, porém, com significados mais claros e congruentes. Conforme já explicitado, pesquisador e participante estão numa relação dialógica que permite a identificação tanto de elementos da singularidade do participante quanto elementos de sua constituição humana, isto é, sua dimensão universal.

A qualidade da descrição da experiência na área da psicologia fenomenológica é aquela que caminha do particular para o universal (Barreira, 2017). Essa descrição pode dar a impressão de que a particularidade da pessoa possa desaparecer, mas, no sentido apresentado pela fenomenologia, isso significa o oposto. A descoberta dos sentidos estruturantes das vivências, quando revelada, permitirá que a pessoa, em sua singularidade, consiga sentir-se reconhecida e evidenciada. De outra forma, esse processo estaria sendo confundido com uma generalização ou uma normatização, elementos das áreas das ciências naturalistas, e, certamente, dessa forma, a singularidade da pessoa, ao invés de evidenciada, seria eliminada.

3.2.4 Seleção De Participantes e demais Caracterizações Da Pesquisa

3.2.4.1 Critérios de Inclusão

A seleção dos participantes se deu seguindo os critérios éticos para pesquisas envolvendo seres humanos, conforme previstos na lei n.º 196 do Conselho Nacional de Saúde (1996), considerando a participação voluntária, a observação de riscos e benefícios aos participantes, prevenindo possíveis danos e priorizando o bem-estar de todos. Foram selecionados participantes: (1) que estavam em acompanhamento psiquiátrico com diagnóstico de TB; (2) que tinham condição de participar da pesquisa por estarem estabilizados, isto é, sem sintomas significativos de alterações de humor ou mesmo

alterações de sensopercepção ou juízo da realidade. Como o objetivo do estudo foi a compreensão da experiência vivida, optou-se por selecionar como participantes pessoas que se sentissem relativamente à vontade para comunicar suas próprias experiências; e (3) que haviam feito ou estavam em tratamento psicoterapêutico por médio ou longo prazo e que fossem capazes de elaborar suas vivências de forma a poderem aprofundar-se em seu relato. Também foi levada em consideração a variabilidade de casos, por isso foram eleitos participantes de gêneros variados e de diferentes classes econômicas.

A indicação de cada participante ocorreu por meio de contato do pesquisador com médicos psiquiatras e psicólogos conhecidos aos quais ele solicitou ajuda para intermediar uma primeira aproximação com os possíveis participantes. Em um dos casos, o pesquisador havia conhecido a participante havia dez anos no contexto de uma internação psiquiátrica. Os outros participantes eram desconhecidos.

A abordagem inicial aos participantes foi realizada pelos médicos psiquiatras que os acompanham; eles se encarregaram de perguntar ao(à) paciente se ele(a) teria interesse em conversar com o pesquisador sobre suas experiências em relação à bipolaridade. Diante da anuência dos participantes, os psiquiatras encaminharam os contatos ao pesquisador. Uma vez indicados os possíveis participantes, o pesquisador fez um contato direto com cada um, por telefone, apresentando sua proposta de maneira clara e simples: “Estou interessado em entender como é viver com o TB, o que você acha de nos encontrarmos para conversar sobre isso?”, esclarecendo também qualquer dúvida. Combinou com cada um deles uma data, um horário e um local para a realização do encontro dialógico. Pactuou com os participantes que a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1) poderia acontecer ao final do encontro. Durante o processo de

contato com os participantes, foi explicitado que, a qualquer momento, poderiam desistir da pesquisa, caso assim o desejassem.

Os encontros ocorreram presencialmente e on-line por meio de dispositivos virtuais. Não consideramos que os dois encontros realizados por meio de dispositivos virtuais foram menos dialógicos, uma vez que o pesquisador conseguiu captar tanto as expressões faciais, quanto importantes expressões corporais dos participantes, além de sua comunicação verbal. Os encontros tiveram início em dezembro de 2020, em sequência à aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas (Parecer Consubstanciado n.º 4.431.240, Anexo 1). Os encontros virtuais foram realizados por meio da plataforma Zoom (criptografada). Os locais para os encontros presenciais foram escolhidos com cuidado para garantir a necessária privacidade e o anonimato dos participantes.

3.2.4.2 Participantes

As pesquisas de natureza fenomenológicas, por buscarem compreender profundamente as estruturas da experiência humana, por meio das vivências dos participantes, não necessitam prover o estudo com um grande número de participantes, pois o que importa é a depuração de elementos estruturantes do fenômeno humano que se intenciona revelar em sua complexidade. Assim, trata-se de cuidar da qualidade da relação entre pesquisador e participantes, de modo a aprofundar o conhecimento com base nos encontros dialógicos e na construção de narrativas compreensivas. Nesta pesquisa, contamos com a participação de duas pessoas do sexo feminino e uma do sexo masculino. Acreditamos que esse número de participantes tenha sido suficiente para conseguirmos compreender o mundo vivido de pessoas com esse transtorno. Nessa proposta, convidamos

cada participante a um encontro cuja duração dependeria do ritmo da conversa. Previu-se uma duração aproximada de duas horas para cada encontro, podendo ultrapassar ou ser mais breve, respeitando-se o movimento de cada participante. A Tabela 2 apresenta a caracterização dos três participantes.

Tabela 2

Caracterização dos Participantes

Participante	Idade	Modalidade	Data do encontro	Duração do encontro
Manuela	52	Presencial	Dezembro de 2020	175 minutos
Mauro	45	<i>On line</i>	Janeiro de 2021	80 minutos
Rana	26	<i>On line</i>	Janeiro de 2021	155 minutos

3.2.4.3 Riscos e Benefícios da Pesquisa

Os riscos para esta pesquisa foram mínimos, tendo em vista que os participantes eram pessoas que já estavam sob acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico. Atentou-se para o fato de que os participantes podiam, eventualmente, entrar em contato com vivências que mobilizassem neles sentimentos de angústia em decorrência do encontro com o pesquisador ou da evocação da memória de acontecimentos que poderia gerar algum tipo de sofrimento. Considerando que o pesquisador é psicólogo inscrito no Conselho Regional de Psicologia e tem vasta experiência clínica, estaria apto, no caso de surgir conteúdo emocional intenso ao longo do encontro, a avaliar a necessidade de interromper o encontro.

Além disso, poderia aconselhar a pessoa a entrar em contato para uma consulta com seu(sua) médico(a) psiquiatra ou com o(a) psicoterapeuta. Além disso, procurou-se seguir todas as normas éticas previstas para a realização de pesquisas com seres humanos, em especial por se tratar de pessoas consideradas vulneráveis, de acordo com a Resolução CNS n.º 466/2012 e a Resolução CNS n.º 510/2016.

Esta pesquisa buscou possibilitar alguns benefícios imediatos aos participantes. A experiência de entrar em contato com as próprias vivências subjetivas a partir de uma relação interpessoal favorecedora de um processo integrativo da personalidade, mediada por atitudes de compreensão empática e consideração por parte do pesquisador. Isso possibilitou um ambiente seguro para a emergência de sentimentos e significados, semelhante àquele vivido em contexto de atendimento clínico. Como se poderá perceber nas narrativas, houve uma ampliação da compreensão dos participantes sobre suas experiências que facilitou a elaboração de novos sentidos a partir das reflexões engendradas durante o encontro com o pesquisador.

Com os resultados desta pesquisa, espera-se contribuir para a ampliação do conhecimento científico sobre os diversos aspectos relativos à vivência subjetiva de sofrimento de pessoas diagnosticadas com Transtorno Bipolar. Esperamos, também, que os resultados deste estudo possam contribuir para o planejamento de intervenções por parte dos profissionais da área de saúde mental, assim como para a formação de graduandos em Psicologia, Medicina e áreas afins. Pretende-se apresentar os resultados desta produção em congressos da área e publicá-los em periódicos científicos qualificados de modo a contribuir com novos elementos para o conhecimento científico sobre TB. Espera-se que seus resultados sejam úteis como fonte de reflexão sobre a formação e atuação clínica do

psicólogo relativas ao sofrimento humano e sobre o valor da intersubjetividade no estudo de experiências vividas para a ciência psicológica.

3.2.4.4 Produção de Narrativas

Logo após os encontros, o pesquisador gravou em áudio impressões, ideias e sentimentos que emergiram do encontro com cada participante, assim como lembranças de falas preciosas dos participantes, visando aproveitar o frescor do encontro para não perder nada de significativo. À medida que se recordava de algo importante que ainda não havia sido gravado, o pesquisador registrava novo áudio. Assim, foi realizando uma compilação de trechos importantes que surgiam em sua memória. Parava de registrar quando sentia que havia conseguido representar em palavras tudo aquilo que o havia impactado sobre aquele encontro. Com o passar do tempo, o pesquisador escreveu uma primeira versão da narrativa. Em seguida, voltou a escutar seus áudios e, nesse momento, teve oportunidade de ir se aproximando ainda mais dos grupos de sentidos estruturantes, já realizando um processo de redução eidética.

Novas leituras das narrativas foram realizadas visando à apreensão dos elementos mais essenciais, movimento característico do procedimento de redução eidética. Algumas pessoas próximas foram convidadas a ler as narrativas e puderam compartilhar suas impressões com o pesquisador. Juntos, refletiram sobre novas possibilidades de grupos de sentidos visando apreender os sentidos últimos das vivências dos participantes. Para a escrita da narrativa síntese, conforme já descrito, não se busca uma generalização ou uma normatização, mas a evidenciação daqueles elementos estruturantes da alma humana elucidados a partir dos encontros com todos os participantes.

4. Compreendendo e Interpretando Expressões das Vivências dos Participantes: Narrativas Compreensivas e Narrativa Síntese

Este capítulo tem por finalidade apresentar as Narrativas Compreensivas, escritas a partir dos encontros dialógicos com os participantes, e a Narrativa Síntese. Ele está dividido em duas partes. Na primeira, estão apresentadas as Narrativas Compreensivas na ordem cronológica em que ocorreram os encontros dialógicos com cada participante. Na segunda parte, encontra-se a Narrativa Síntese que busca desvelar os sentidos estruturais (como já desenvolvido no Capítulo 3), encontrados por meio do processo de redução fenomenológica.

As frases colocadas entre aspas representam aquilo que foi falado pelo participante ou pelo pesquisador durante os encontros. Foram tomados todos os cuidados necessários visando evitar a possibilidade de identificação dos participantes. Os nomes utilizados são fictícios.

4.1 Desvelando As Vivências Singulares dos Participantes: As Narrativas Compreensivas.

4.1.1 Rindo, Sofrendo e Pesquisando com Manuela

Conheci Manuela há cerca de dez anos num contexto de internação psiquiátrica. Na ocasião, trabalhava como psicólogo clínico na instituição atuando como plantonista. Tive a oportunidade de escutá-la e acompanhá-la durante um momento de crise. O encontro atual reavivou minha memória sobre o impacto que ela havia tido em mim desde aquela época. Dentre os elementos marcantes, recordei seu olhar atento e cauteloso buscando investigar

e compreender o que efetivamente se passava consigo, algo acompanhado de um desejo que me parecia muito genuíno de se conhecer melhor.

Lembro-me de que, na ocasião, havia me falado que gostaria muito de poder ajudar de alguma forma os profissionais de saúde a conhecerem mais sobre seu sofrimento, uma vez que se sentia muito desamparada e, em alguns momentos, perdida. Já havia atendido muitas pessoas com esse diagnóstico e testemunhado seus sofrimentos. Buscar contribuir de alguma forma era algo que me comovia e mobilizava significativamente, apesar das dificuldades de testemunhar sofrimento tão doloroso e saber que seria um grande desafio.

Quando pensava nesta pesquisa e em possíveis participantes, Manuela sempre me vinha à mente. Percebi que seria muito bom poder ouvir uma pessoa que descrevia com tanta precisão suas vivências e, nesse sentido, ao selecionar participantes para a pesquisa, entrei em contato com seu médico e, por intermédio dele, consegui contatá-la. Pensei que o fato de nos termos conhecido havia muitos anos poderia favorecer que se sentisse mais à vontade para contar sobre suas vivências, e isso se confirmou durante nosso encontro.

Logo no primeiro contato telefônico, de maneira muito gentil e solícita demonstrou disponibilidade para participar da pesquisa. Por estarmos em meio à pandemia da Covid-19, além da possibilidade de encontro presencial foi oferecida a possibilidade de nos encontrarmos numa sala virtual. Manuela pediu para que o encontro fosse presencial, e assim nos encontramos no meu consultório. Tomei todo o cuidado e segui o protocolo recomendado pelas autoridades sanitárias em relação à higiene, distanciamento e uso de máscaras.

No início da conversa, mencionei o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando a ela que poderia assiná-lo no momento em que se sentisse mais confortável. Ela optou por deixá-lo para o final.

Manuela, agora com cerca de 50 anos, sentou-se sorridente, mas parecia um pouco sem graça. Tive a impressão de que aquela situação era algo diferente, algo pelo qual ela não havia passado. Diante dessa impressão, comecei a conversar sobre outros assuntos para que ela pudesse ambientar-se até compreender, pelo seu olhar, algo como “agora sim, estou pronta”, momento em que lhe perguntei sobre como estava sendo para ela viver com a bipolaridade.

Iniciou seu relato explicando que seu sofrimento estava mais relacionado às vivências de euforia do que de depressão. Viveu momentos fortes de euforia, chegando a ter surtos psicóticos, porém não se reconhecia como depressiva, uma vez que relacionava a depressão a situações em que ficava deitada, sentindo-se abatida. Contou que demorou bastante até dar-se conta de que “era doente”, pois, inicialmente, se reconhecia como alguém “normal”, uma vez que tinha as habilidades “civis”, de pessoas normais. Disse que enquanto não se reconheceu efetivamente como tendo um transtorno bipolar, não assumiu seu tratamento de maneira correta e regular, tanto o psicológico quanto o medicamentoso.

Por não se cuidar conforme a orientavam, acabava sempre “tendo novas recaídas”. Quando estava em crise de euforia, em surto psicótico, não tinha consciência de que não respondia pelos seus atos, algo que acabou retomando mais à frente na conversa. Já nos poucos momentos em que se reconhecia com depressão associava-a a uma espécie de ressaca dos surtos, experiências de “recaída” que tinha logo após os surtos psicóticos, “ressaca” decorrente principalmente da forma como se expunha nos períodos dos surtos, uma vez que sempre se lembrava de tudo o que havia feito e se martirizava por isso.

Acompanhá-la durante o encontro foi desafiador, pois acabava pulando de um assunto para outro com facilidade, sem tanta conexão, sem se preocupar muito se eu a estava, efetivamente, acompanhando. Desejoso de oferecer a ela um ambiente que

facilitasse sua autoexpressão, busquei acompanhá-la sem interrupções. À medida que o vínculo foi se estabelecendo entre nós, fiquei mais à vontade para pedir-lhe que me explicasse melhor um ponto ou outro.

Queria deixá-la discorrer da maneira mais espontânea possível, mas, ao mesmo tempo, fiquei preocupado em como conseguiria me lembrar de todos aqueles elementos que, muitas vezes, vinham um pouco soltos, principalmente quando estavam muito carregados de emoção. Percebi que eram vivências preciosas para ela, e pensei que depois iria me virar para organizar melhor o conteúdo de nossa conversa.

Assim, logo após nosso encontro comecei a narrar, por meio de áudio, tudo o que havia registrado, lembranças de elementos importantes do encontro como falas e relatos de vivências. O material permitiu que depois eu conseguisse construir uma narrativa escrita que compilasse os elementos significativos que permearam nosso encontro.

Durante a conversa, contextualizou elementos de suas vivências a partir de quatro episódios de surtos maníacos graves que motivaram internação psiquiátrica e outros surtos menos graves. Ela relatou que esses menos graves foram inúmeros, que ocorriam todas as vezes que tinha episódios de mania, mas não motivaram internação, pois com uma dose mais elevada de medicação ela se reorganizava.

Dos surtos que motivaram internação psiquiátrica, o primeiro ocorreu em 1996, quando foi diagnosticada como bipolar, o segundo em 2001, o terceiro em 2009 e o último em 2020. Ela disse que cada surto foi antecedido por “dores emocionais” muito fortes: “Tudo acontecia de uma vez, era cada lambada que eu não tinha nem reação, era tanta coisa difícil junta, geralmente não é uma coisa só, e aí eu surtava”.

Ela relatou que o surto de 2014 veio após um conjunto de vivências de muito sofrimento: 1) o falecimento do pai; 2) tristeza e indignação porque seu primo, que havia

sido criado como um filho por seu pai, não foi ao velório dele. Disse ter ficado muito indignada, pois ele havia sido muito ajudado pelo tio, inclusive financeiramente, e nem se manifestou quando ele morreu: “A insensibilidade humana me dói!”; 3) tristeza em relação a uma antiga namorada de seu pai que nem foi visitá-lo no hospital e que, após o falecimento, solicitou a aposentadoria dele alegando união estável. Manuela considerou injusto esse interesse da ex-namorada do pai, além de considerá-la mentirosa. Alegava que a tal namorada nem era assim tão próxima ao seu pai, mas foi “oportunista e aproveitou-se da situação para roubar do Governo”. 4) vivenciou também, na ocasião, porém demonstrando muito menos sofrimento, o término de um noivado. Disse que não amava o noivo e, após o rompimento, acabou voltando para um antigo namorado, que era quem, de fato, ela amava. Estava com aquele noivo apenas para casar e ter filhos, pois o ex-namorado não quisera assumir um compromisso mais sério com ela; 5) também, na época, ocorreu uma quinta situação de sofrimento no contexto de trabalho decorrente de um conjunto de experiências que se passaram com um colega motorista muito jovem. Ela contou que o rapaz se masturbava discretamente durante o momento em que estava sozinho com ela no carro, ou em alguns momentos que saía do carro para “urinar”. Nesses momentos ela estava sentada no banco de trás do veículo.

Foi uma época de sofrimento que também envolveu seu relacionamento com o ex-namorado, pois estava envolvida com ele desde 2001 e havia anos ela esperava que ele assumisse o relacionamento perante sua família e resolvesse casar-se com ela. Nesse momento de surto, teve força para colocar um ponto final na relação. Ela se lembrava de que desde o surto em 2014, no Chile, delirava achando que ele iria pedi-la em casamento, e seu delírio incluía um conjunto de fantasias, pois, ao mesmo tempo em que imaginava

que o noivo pediria que ela se casasse com ele, resolveu enfrentar o recepcionista do hotel dizendo que iria cortar o pênis dele.

Manuela dizia que esse ex-namorado, apesar de ser uma pessoa que tinha dificuldades de se posicionar, não a oprimia, diferentemente do noivo. Ela percebia que, no relacionamento com o noivo, acabava atendendo às vontades dele, e não sobrava espaço para o que ela desejava. O ex-namorado era um cara que, apesar de sempre estar muito ligado à mãe dele, conseguia enxergá-la.

Ficava nítido que Manuela tinha muita dificuldade de se impor nas relações afetivas e optava por ficar perto de pessoas que a percebiam e valorizavam. “Eu fiquei com o L. tantos anos porque ele me enxergava e era carinhoso comigo.” Ele era muito ligado à mãe dele, gostava de novela, era como um menino, e ela também se sentia como uma menina, por isso eles se davam bem.

Manuela acha que naquela época ele teria vergonha de aparecer em casa com uma namorada. Ela relata que o receio do ex-namorado de assumir um posicionamento firme o levou ao absurdo de pedir a ela: “se você algum dia for violentada, deixa, não reaja!”. Ela conclui que esse era um pensamento estranho e refirma que ele era tão submisso quanto ela.

Manuela recorda-se, então, de uma vez que assistiu a um filme na casa de uma amiga quando ainda era bem criança, com uns dez anos, mais ou menos, e que chorou muito. Perguntei-lhe por que o filme a fizera chorar, e ela respondeu que o protagonista era “um zero à esquerda, todos rindo dele, todos achavam ele um fracasso. Inclusive ele era gago”.

Disse a ela que me dava a impressão de que não se sentia suficientemente percebida pelas pessoas que lhe eram importantes (talvez seus pais) em relação ao que se passava com ela naquele momento de sua vida, o sofrimento dela. Manuela falou que a mãe chegou e

levá-la a um psicólogo que lhe fez um teste de QI, tendo sido normal o resultado, mas depois disso ela não voltou mais lá. Nesse momento, tive a sensação de que Manuela se sentia muito desvalorizada, sem valor pessoal. Vivia numa espécie de autoimagem ruim, como se não tivesse o direito de manifestar seus próprios sentimentos e desejos.

Expus essa impressão para ela, que concordou que isso era tão verdade, que não consegui se impor para o rapaz que ficava mexendo no pênis dentro do carro. Ela tentou se convencer de que ele estava muito apertado para ir ao banheiro, e por isso precisou ficar mexendo no pênis, buscando amenizar a situação do rapaz. Relacionou esse acontecimento com o que havia passado no Chile, ou seja, havia surtado por conta do que tinha vivido antes da viagem e não tinha se dado conta. “No surto, mente, inventa uma história dramática, exagerada”. Compreendi que a história criada por ela era uma tentativa de expressão daquilo que ela sentia, mas não conseguia reconhecer. Resolvi revelar essa minha impressão para ela.

Já estávamos num clima de confiança. Percebi que ela estava se sentindo compreendida e entusiasmada por alguém se interessar por suas vivências. Respondeu-me que fazia muito sentido: “Isso é tão verdade, que, quando estava no Chile, saiu a dor direcionada para o balconista do hotel, quando falei que ia cortar o pinto dele, pois eu estava com raiva de homem, do ser masculino”. Ela riu da situação e eu também. Houve um momento de descontração maior entre nós. Para mim, havia ficado claro que ela estava expressando algo que havia sentido, porém na ocasião não teve possibilidade de reconhecer em tempo a própria dor e ser capaz de tomar uma atitude que correspondesse ao que estava sentindo.

Para Manuela, os surtos eram como “buracos”, situações vazias, como aconteceu, nessa viagem ao Chile, com a irmã, pois a “emoção me dominou”. Ela disse, algumas vezes,

que não tinha o direito de ter uma emoção muito forte, pois essa a dominava, como se ficasse realmente sem recursos para lidar com a avalanche de sensações que a tomava por inteiro.

Manuela relatou também um surto em 2020 que ocorreu logo em sequência a uma situação sanitária, na cidade onde morava, que motivou o falecimento de algumas pessoas. Como trabalhava na função de vigilante sanitária, resolveu investigar a fundo a situação que estava diretamente ligada à sua área de trabalho. Sentiu-se muito responsável por lidar da melhor maneira possível com aquela situação, tendo feito, inclusive, um dossiê de elementos que levaram a prefeitura, juntamente com o ministério público, a decretarem o fechamento da instituição.

Na ocasião, um primo próximo não reconheceu a importância do trabalho que ela estava realizando. “Ele falou: ‘Sai com sua turminha de fiscais que a instituição XXX é ótima!’. Eu fiquei desesperada na época, aflitíssima. Queria avisar para todo o mundo que o problema, segundo minhas investigações, era com o produto! Era uma responsabilidade minha como fiscal”. Ela sentia que o primo havia menosprezado seu trabalho. “Ele falou de forma tão enfática, que me agrediu muito, e eu, desesperada, vendo as pessoas morrendo.”

“Eu estava me sentindo responsável!” Afirmou que, quando emitiu um parecer, estava apoiada em evidências. E perceber que não estava sendo ouvida deixou-a muito deprimida e ela adoeceu. Parecia-lhe que as pessoas estavam dizendo que ela não tinha legitimidade para falar nada porque ela não era nada. Fiquei com a impressão de que ela acabava sendo sempre compreensiva com as outras pessoas, mas era implacável consigo mesma.

Na ocasião, em meio a todo o sofrimento, resolveu ir com o namorado para um motel, como costumavam fazer, mas ele percebeu que ela não estava bem ao chegar lá, e decidiu levá-la de volta para casa. Ela entrou no carro vestida apenas com calcinha e sutiã. Ficou com tanta raiva por ele não a ter tocado nem desejado, que, quando chegou em casa, resolveu sair na rua só para ser notada, para ser vista, já que ele não a estava vendo! “Eu resolvi com a população a rejeição que senti dele não me querer, mas eu estava surtada e acabei misturando tudo; é claro que ele não iria me querer naquela situação, mas estava misturando com a outra sensação de rejeição dele que era muito mais profunda. Ele não me queria para viver a vida com ele.”

À medida em que ela foi explorando suas vivências, foi ficando claro que ela estava perdida numa dimensão de consciência, uma dimensão na qual o outro tem sempre mais importância, e ela tem obrigação de agradá-lo. E, dessa forma, ela não desenvolveu a capacidade de se defender porque não consegue perceber quando está sendo invadida ou agredida. Nesse sentido, é como se o cuidado consigo ficasse sempre em um segundo plano, dependendo de alguém que se importasse em protegê-la e confirmasse que ela também é digna de consideração e valor.

Deu outro exemplo sobre o seu trabalho de vigilante sanitária. Estava num estabelecimento “muito chique”, mas os funcionários do local comiam no chão. Um empregado tinha feito uma denúncia para a prefeitura por não haver um local onde comerem no estabelecimento. Relatou que lhe doeu sobremaneira essa insensibilidade do patrão de não ser capaz de se colocar no lugar dos empregados, e isso lhe fez muito mal. Nessa época, precisou, inclusive, aumentar sua medicação, pois ficava muito tocada por conta dessa insensibilidade a ponto de virar uma experiência insuportável. Disse que, em momentos de

injustiça, explodia, acabava “rodando à baiana”, ficava indignada, se transformava; dava uma espécie de “curto-circuito” interno.

Ainda ilustrando essa situação de se colocar demasiadamente na pele do outro, contou que, em alguns de seus surtos psicóticos, em mania, acreditava ser Cristo. A “injustiça vivida por Cristo” parecia traduzir suas vivências. Manuela via um sentido na organização de suas experiências psicóticas. Dizia que sua loucura tinha a ver com o que pensava de si, com o que sentia, mas não conseguia expressar. Percebia que acabava enlouquecendo e se expressando, como se seu corpo explodisse, exigindo que ela se posicionasse ou se defendesse, uma vez que ela não o fazia normalmente.

Nesse momento tive a impressão de que possuía uma espécie de convicção interna, algo que lhe oprimia no dia a dia, e que isso ia impedindo-a de elaborar com tranquilidade tudo o que se passava. Como se tivesse uma espécie de memória ruim, de culpa de si mesma. Como se lhe faltasse uma estabilidade interna, ou uma memória boa que fosse um apoio diante de experiências difíceis. Estava sempre ameaçada, com medo.

Manuela se preocupa com o outro tão excessivamente a ponto de se prejudicar. Contou sobre uma situação em que acabou se prejudicando para não colocar um colega de trabalho, o motorista, numa situação difícil. Era uma situação da violência de cunho exibicionista sexual por parte desse colega de trabalho que era muito mais novo do que ela. Sabia que o rapaz tinha problemas e acabou compreendendo apenas o lado dele e conduzindo a situação de forma a preservá-lo e deixá-lo impune, mas ela acabou ficando muito mal.

Conversamos sobre essa sua forma de se relacionar com o outro. “Parece que você não aprendeu a cuidar da sua própria pessoa”, reiterei. Descrevi como me parecia que ela havia sido educada para ter um compromisso de atender mais ao outro do que a si mesma,

como a criança que sempre tem um impulso em atender ao adulto nas intenções dele. Ela concordou.

Manuela, ao entrar em contato com algumas vivências emocionais difíceis, ficava confusa e acabava passando de um assunto para outro, sem tanta preocupação com a ligação entre os conteúdos, como se tivesse dentro de si uma enormidade de emoções, porém não tivesse tido condições de elaborá-las ainda. A experiência de não se sentir ouvida me parecia algo muito vivo, pois em alguns momentos voltava-se para mim como uma criança tentando falar algo com aflição, sem conseguir expressar direito; como uma criança tão afetada por suas emoções, que não conseguia elaborar e narrar com clareza o que vivenciava. Ia passando de uma vivência para outra, e eram tantos conteúdos emocionais pouco elaborados e intensos, dores tão difíceis, que em alguns momentos era um desafio acompanhá-la.

Numa dessas mudanças repentinas de raciocínio, em que ia seguindo seu fluxo emocional, sua lógica parecia acompanhar o que sentia mais do que o que raciocinava. Começou falando sobre como é ruim ser bipolar, em termos de preconceito. “Ser bipolar é tão ruim, pois a gente não sabe com clareza até que ponto a situação é realidade; até que ponto é uma psicose, ilusão ou exagero. Eu falar que sou bipolar, isso é diferente dos outros preconceitos; existem preconceitos tipo racista ou de gênero que não são tão ruins quanto o preconceito de ser bipolar.”

Manuela acredita que, no caso da bipolaridade, o preconceito acaba sendo maior, pois as pessoas têm medo do que aqueles diagnosticados com esse referido transtorno possam fazer, pois se estiver num surto psicótico e com uma raiva gigantesca pode cometer atrocidades. “Eu nunca agredi ninguém, apenas me expressava, porém acredito que algumas pessoas que tenham muita raiva no coração, sem a capacidade crítica ativada, podem

inclusive chegar a matar. Então, no caso do bipolar, o preconceito realmente tem um fundo de razão, pois realmente a pessoa poderia ser perigosa dependendo do nível de dor e raiva que tivesse guardada no coração”.

Em seguida, associando à questão do preconceito, lembrou-se de um namorado que teve seu primeiro surto, em 1996, aos 28 anos, Marcelo. “No caso do Marcelo, eu também não iria me querer. Eu concordo com a decisão dele. Eu teria preconceito sim, de assumir um namoro comigo. Ele optou por uma mulher normal que depois de quatro meses chifrou ele. Eu jamais faria isso. Depois de quatro meses ele voltou para mim.” Ela teve de provar que era capaz passando no concurso da prefeitura. Voltou a falar sobre o transtorno: “Sobre o preconceito, se o bipolar disser que é um bipolar, ele vai ser rejeitado nos relacionamentos. Só depois que passei no concurso público é que meu namorado viu que eu não era tão doida assim”. Comenta que seu médico a ajudou a se equilibrar para o processo seletivo e aconselhou-a a não contar no exame médico/psicológico que havia sido diagnosticada como bipolar.

“Bipolar não é uma coisa muito alegre ou muito triste, como acham. Bipolar faz coisas exageradas. Quando o bipolar está na crise de mania, a pessoa sente-se como sendo o máximo. Ela tem convicção disso, mas lá no fundo ela constrói uma fantasia porque se sente o mínimo. Ela arruma um jeito de lidar com sua dor.”

“Quando a pessoa está envolvida no surto, não é possível diferenciar o que é real do que é mentira. É uma espécie de sonho muito real; são as historinhas. É uma situação em que a gente se coloca em risco e se expõe. Qualquer coisinha pode ser um gatilho quando se está numa situação de vulnerabilidade emocional. Se o bipolar está com pouca dose na veia de medicamento, se ocorreu uma rejeição muito grande, uma dor, pode saber que vai surtar.”

Essa consciência de “ser doída” é doída. “O que dói no bipolar é saber que está doído. Essa é a grande dor, a dor de não ter controle sobre si, sobre suas emoções. Acredito que essa seja a grande dor de todo bipolar, sair do eixo; saber que qualquer um tem controle emocional, mas você não, isso é muito ruim.” Manuela, em alguns momentos, dizia que o que mais lhe doía era não confiar no seu organismo e precisar depender de um remédio.

A essa altura, ela lembrou-se de como sua falecida mãe conseguia se expressar; ela era uma pessoa bem nervosa que batia e falava alto: “Se precisasse, falava de forma ríspida até com o Papa. Tinha muita facilidade de se expressar bem, mas nunca saiu do eixo da normalidade”.

A impressão que me dava ouvindo Manuela era de que ela se sentia constantemente aprisionada, como se quisesse romper com uma pressão, um sufocamento. Mas o que a aprisionava? Que experiência era essa? Em certo momento, disse: “Por mais que a coisa esteja complicada, minha mãe tinha um compromisso com ela mesma, com a própria vida”. Manuela parece que atende mais ao desejo da mãe do que ao seu próprio movimento, como se não tivesse um mínimo compromisso de cuidado com ela mesma em algumas circunstâncias fundamentais. Mas em quais? Em situações em que precisava se expressar e sua crítica interna lhe impedia, e em situações em que precisava se defender em relação ao outro. Isso ela conseguia compreender, porém algo ainda faltava. Havia algo ainda nebuloso.

A impressão que dava era de que sua mãe lhe ensinou mais a se preocupar com as necessidades dela – da mãe – do que com suas próprias. O ‘eu’ de Manuela parecia eclipsado pela figura do outro. Ela parece ter culpa de cuidar de si em algumas situações. E esse cuidado só acontece quando é autorizado por outra pessoa. Se isso não acontece, ela

vai se deixando levar pelos desejos alheios até que seu instinto de sobrevivência se sobrepõe e vem o surto.

Ela dizia que em alguns momentos se via atendendo ao desejo da mãe muito mais do que ao seu próprio eu. Isso a fez chorar. Vi um olhar de desespero nela, como se ela fosse subjugada à figura de sua mãe, como se de uma forma inconsciente se organizava mais para realizar as expectativas da mãe do que as próprias, e se perdia em relação ao seu movimento mais próprio. E, diante dessa perda, suas experiências sensoriais, como a sexualidade, corporeidade, surgem como uma saída para resgatar a si mesma.

O estranho é que ela se cuidava esteticamente e tinha compromisso com seu trabalho, mas havia algo fundamental que lhe faltava: um senso de amor-próprio, e, por não tê-lo, se pegava inúmeras vezes atendendo mais ao movimento do outro do que ao próprio.

Ela disse que seu pai, principalmente, sempre se preocupava muito como como seria visto pelos outros, muito mais do que com ele próprio ou com sua família, no caso ela. “Para meu pai, os outros sempre tinham prioridade.”

Ao falar isso, repentinamente Manuela demonstra um olhar de abandono e desespero, quase terror. Parecia ter-se lembrado de algo muito difícil. Emocionou-se e disse: “Meus pais me obrigaram a namorar um rapaz, um primo distante que tinha boa condição financeira. Eu não queria; eu tinha 14 anos e ele 21”. Relata que, enquanto os pais dela ficavam na cozinha, ele, na sala, a mandava fazer sexo oral nele. E ela, mesmo sem ter vontade, fazia. “Ele levava droga, *loló* para mim usar e eu ficava completamente perdida quando usava.” Mais uma experiência em que ficou sob o jugo do outro, sem perceber que podia reagir, como se não tivesse estima por si o suficiente a ponto de tomar uma atitude de autoproteção ou autocuidado.

Quando conseguir reagir? A partir da validação de uma experiência que ocorresse fora dela, como, por exemplo, sua experiência de ter passado no vestibular. Quando conseguiu isso, aí sentiu ter força, dignidade o suficiente para dizer aos seus pais que não queria namorar aquele rapaz. Só depois desse “reconhecimento” foi que teve forças para terminar um relacionamento de mais de quatro anos. Ainda mantém contato com o primo, e diz que entende o lado dele. Aliás, me chamava a atenção que ela entendia o lado de todos, menos o seu, o próprio, a princípio como se ninguém tivesse se colocado em seu lugar e a ajudado a se perceber diante das situações pelas quais passava.

Manuela acredita que, sendo bipolar, precisa sempre perguntar para si mesma se o que ela está sentindo é real ou fantasioso, como se em alguns momentos precisasse puxar a si mesma para a realidade. Percebe que, se relaxasse demais, acabaria voando e ficando com os pés fora do chão. Se ela se soltasse e deixasse que as pessoas vissem quem ela era realmente, as pessoas a ridicularizariam. Ela acredita que precisaria ser mais maliciosa, não espontânea com seus sentimentos e ficar mais esperta para não se expor, buscando se equilibrar para que as pessoas não a rejeitassem ou não tivessem medo dela, pois, caso desse asas à sua experiência sentida, ela acabaria sendo inadequada nos ambientes, “sem noção”.

Principalmente nos momentos em que estivesse em mania, as pessoas ao seu redor ficariam com medo, e ela, por sua vez, ficaria em total descrédito. Tinha dificuldade de se perceber e de legitimar o que sentia como digno. Ao mesmo tempo, tinha também dificuldades de ter um olhar crítico ao outro, percebendo o que poderia passar na mente dele, principalmente em termos de pensamentos ruins. O outro parecia algo um tanto ideal. Manuela atendia à intenção mais íntima do outro e não conseguia criticá-lo nem limitá-lo dentro de si mesma. Ela se perdia nessa relação eu-tu.

Manuela inúmeras vezes dizia que aquilo que sentia um bipolar era algo muito ruim, pois não havia controle das próprias emoções: qualquer coisa que acontecesse nos momentos em que estivesse mais frágil funcionava como um estopim para desencadear reações muito fortes. Ela acreditava que isso era devido a ela ter uma sensibilidade maior do que das outras pessoas, uma dor maior do que das outras pessoas. Em alguns momentos, as coisas a agrediam tanto, que ela não conseguia suportar nem mesmo ficar num grupo de WhatsApp. Era uma situação de extremo sofrimento. Em determinado momento, ela diz que gostaria de que o outro se colocasse no seu lugar, mas, ao mesmo tempo, alegou que “se nem eu mesma me aceito, é difícil cobrar que o outro me aceite”.

Em alguns momentos, observei que Manuela retomava o eixo da minha pergunta inicial: “Como é viver com bipolaridade?”. Ao voltar a esse ponto mais uma vez, afirmou que não acreditava que a bipolaridade fosse uma doença como outra qualquer, pois “não é apenas tomar medicação que fica tudo bem. Conforme a dose que o bipolar precisa tomar, a pessoa acaba sentindo muito sono, fala meio arrastada a ponto da outra pessoa até notar”. Manuela acredita que aquilo que os bipolares sentem é uma “não aceitação da própria bipolaridade, como se a bipolaridade fosse o ponto crucial”. Porém, minha impressão era diferente.

Em outros momentos, me parecia que ela já trazia de sua história uma experiência de não se sentir aceita e acolhida. Trazia, desde a infância e adolescência, a experiência de se sentir silenciada, e o tempo todo buscava se expressar para que o outro a enxergasse, a aceitasse, a acolhesse, como se estivesse procurando atualizar sua relação com sua mãe. Ela direcionava tudo para o diagnóstico de bipolar, e, ouvindo-a, parecia que seu sofrimento já era presente muito antes do seu diagnóstico, aos 28 anos.

Retomando o incidente com o Luís, quando voltou para casa e começou a gritar que era doida e que iria fazer coisa de doida mesmo, os vizinhos chamaram a polícia, e ela queria desafiar a polícia e, ao mesmo tempo, ser pega pela polícia, ser presa. A impressão que me passou foi de que ela queria experimentar um sentimento de liberdade (que a mania lhe oferecia naquele momento) e brincar com essa liberdade debochando do outro, mesmo “o outro” sendo a polícia, e foi o que ela fez. Debochou da polícia de calcinha e sutiã.

Ao mesmo tempo, Manuela queria uma experiência de contenção, ou mesmo de limite que viesse do outro – talvez como uma espécie de cuidado, uma presença física, corpórea. Parecia que ela queria uma presença forte do outro. Ela disse que sabia que precisava de remédio. Aliás, lembrava-se detalhadamente de todos os seus surtos e disse: “Realmente, fico doida”. Quando abordada pelos vizinhos nos dias seguintes, “eu dava uma desculpa esfarrapada. Dizia que estava fazendo teatro e que aquilo era uma cena de teatro”.

A certa altura, ela me passou a impressão de estar cansada. Quando lhe expus isso, ela disse que sim, pois se lembrava de tudo. “Sabe a música ‘À primeira vista’? O refrão vai assim: ‘Quando não tinha nada, eu quis / Quando tudo era ausência, esperei / Quando tive frio, tremi / Quando tive coragem, liguei / Quando chegou carta, abri / Quando ouvi Prince, dancei / Quando o olho brilhou, entendi / Quando criei asas, voei...’” Essa música havia ficado na sua cabeça, e o “Quando criou asas, voou” falava de como acreditava em sua imaginação, como se fosse verdade. Ela acreditava que um antigo namorado realmente era sua alma gêmea.

A partir disso, Manuela resolve contar-me sobre a vivência psicótica do bipolar: “O sentimento do bipolar é tão forte, que até ele mesmo é enganado”. Ela justifica, nesse ponto, sua depressão, pois a pessoa sabe que é loucura e sabe que, em determinados episódios, foi louca. Para ela, isso é extremamente depressivo, pois perde o poder sobre si: “Um bipolar

pode machucar o outro, pode se machucar, pode até matar o outro ou se matar. Essa é a maior ferida, a maior depressão”. Nesse ponto, observei que a associação dela à depressão como bipolar estava relacionada à tristeza por, em alguns momentos, ser doída, mas ela não percebia uma depressão muito maior, da qual falava o tempo todo, a de não ter sido tratada com dignidade e percebida em seu movimento próprio.

Ouvindo Manuela, compreendi que, quando havia uma ferida emocional muito grande, ela não suportava elaborar e acabava também surtando. O que foi ficando claro ao longo da conversa era que suas feridas maiores eram causadas por vivências de injustiça e desconsideração. Quando vivenciava ou testemunhava uma injustiça, isso a deixava transtornada. Ela não tem convicção sobre seu próprio valor, e facilmente sua autoestima baixa pode ser abalada por vivências que, aos olhos dos outros, podem parecer simples, mas que ela sentia como profundos golpes desestabilizadores de sua frágil unidade.

Manuela se sentia um nada. Isso não é uma crença, mas sim sua maneira de ser, uma realidade sentida mais no corpo do que refletida. Faz esforço para conseguir ter uma estabilidade emocional, esforço para se sentir com alguma valia; busca levar a vida de forma extremamente correta e, mesmo assim, o sentimento de menos valia a persegue, levando-a a sentir culpa por ser como é. E, por mais correta que sejam suas ações, isso não é suficiente para evitar que se sinta mal ou culpada. Talvez se sinta culpada por existir. Tal vivência parece evocar nas pessoas uma desconsideração. Ela exala uma menos valia, e as pessoas, ao perceberem isso, não a tratam com muito respeito ou consideração.

Manuela sente muita falta de ser tratada com apreço e consideração e conhece o peso do jugo do outro, e nesse sentido vejo que faz questão de tratar as pessoas com muito cuidado, como se soubesse muito bem o peso do anonimato, da indiferença, da desconsideração. As pessoas mais próximas, sua mãe e seu pai, a mantiveram nessa

condição não a confirmando como pessoa digna de consideração, e depois outros relacionamentos tiveram o mesmo efeito negativo. Manuela ocupa o lugar da frágil, da boazinha. Parece ter medo do outro e sabe pouco sobre sua própria agressividade.

Ela conta que toda vez que se sente ferida emocionalmente acaba surtando: “Quando eu sou ferida, isso me dói muito, a ponto de ser insuportável”. Aquilo que o outro diz bate de forma muito forte, quando diz: “o bipolar vai do lixo ao luxo”. Manuela explica que, no fundo, ela acredita não ter valor, e que tenta se autoafirmar. Ela sente que o outro tem razão de não gostar dela, como se ela fosse condenada a uma condição de ser pior do que os outros, e, como compensação, ela vai ao luxo, isto é, tem uma postura megalomaniaca.

Ela retoma o surto de 1996, quando trabalhava numa construtora: “Essa situação me tirou o tapete”. Uma colega de trabalho muito eficiente foi mandada embora ao voltar da licença-maternidade. Manuela ficou extremamente abalada com isso. Na época, começou a ter a impressão de que a televisão estava conversando com ela. “Nessas horas, a mente funciona muito rápido! A pessoa vai falar, e nós já sabemos o que é que vai dizer.”

A sua própria mente não conseguia administrar uma dor, e o organismo arrumava um meio de auxiliar nesse processo por meio da experiência delirante. “Me lembro também que eu estava precisando dormir, que não conseguia parar de pensar e, ao mesmo tempo, tudo me sensibilizava demais. Acho que eu sempre tive isso. Lembro que, quando ia dormir na casa dos colegas, eu ficava chorando. Desde muito cedo na vida, eu me sentia diminuída, sem valor, sozinha. Eu sentia um mal que não sei direito explicar. Eu sentia uma dor.”

Manuela se lembra de uma situação no 4.º Ano primário em que a professora chamou sua mãe e disse a ela que Manuela era nova demais para se preocupar e sentir as coisas que estava transmitindo nos seus textos e que aquelas não deveriam ser preocupações de crianças. Ela se lembrou de uma redação de Natal que fez aos dez anos em que dizia que o

rico nunca era tão rico a ponto de não poder receber, e que o pobre nunca era tão pobre a ponto de não poder doar.

Ela se lembra de ter questionado muito a Deus nessa época. Lembrou-se de perguntar: “O que Deus faria numa situação de escolher, no caso de uma pessoa do casal não querer ter filhos?”. Manuela refletia e colocava em jogo questões existenciais, e os colegas acabavam rindo das preocupações dela. Ela parecia falar indiretamente sobre suas próprias angústias, como angústias que os adultos não conseguiam traduzir.

Ao comunicar a ela essa impressão foi que ela entrou no assunto de que já havia sido gaga na infância, que não sabia se expressar e que tinha medo. Ela achava que também era gaga por conta do medo que tinha do tio, que era alcoólatra. Ela se lembrou de ter visto o tio enforcando a mãe dela e precisou descer a rua correndo para chamar o outro tio. Ao chegar lá, não conseguiu falar. Só apontou para a casa dela olhando para o outro tio, e ele foi correndo ajudar a mãe. Ela lembrava que sempre se sentia gaga, que tinha dificuldade de se expressar e se sentia sem direito à livre enunciação.

Já passando para outro assunto, Manuela contou que em muitos momentos tentava lutar por uma igualdade de direitos, mas que, no fundo, sentia que realmente o homem tinha mais valor do que as mulheres. Ela acreditava que “o bipolar, por ser sofrido, sabe que a realidade é desigual mesmo, e principalmente para ele”. Nesse momento, lhe pergunto: “Será que você tem um realismo a tal ponto por ser bipolar, que isso faz você se sentir menor do que as outras pessoas?”, ao que ela respondeu: “Eu nunca sei quando eu vou perder a consciência. Eu tenho que aumentar a dose, e se eu for deixar comigo mesmo, eu vou surtar. Sou realmente inferior às outras pessoas. Sou inferior, sim, porque o outro é normal. Hoje não, mas se eu tivesse sem remédio, eu teria que dobrar a minha medicação. Vivências muito fortes, muito fortes me fizeram dobrar a medicação”.

Manuela expôs imperativamente que os surtos estão sempre ligados a situações que a fragilizam emocionalmente; que se estivesse emocionalmente bem, não surtaria. Nessa hora, fizemos uma comparação com a mãe dela, que colocava limite no outro com muita facilidade. Ela acreditava que, se fosse parecida com a mãe, ela não surtaria. No entanto, Manuela completa dizendo que, se fosse parecida com a mãe “toda poderosa”, estaria em surto – é assim que costuma ficar –, pois ela é uma pessoa doce e meiga, não “toda poderosa” como a mãe. Se estivesse agindo como a mãe, já não seria ela mesma.

No surto, ela se permitia fazer o que queria, “uma espécie de historinha sem pé nem cabeça” e bastante autorreferente. Mais uma vez me chama a atenção o fato de Manuela parecer ter uma consciência de si muito dedicada ao outro e que não podia se expressar com agressividade, ser incoerente com a imagem boazinha que tinha de si; tinha de reprimir seus sentimentos de raiva ou rejeição. Assim, para poder se defender realmente, precisava de uma força que fizesse uma cisão em sua personalidade e lhe permitisse ser incoerente com a ideia que tinha sobre si.

Quando vivia essa cisão de personalidade, falava o que queria para o outro, sem culpa. Manuela tinha uma exigência de ser extremamente correta, e, quando não agia em congruência com o que acreditava, se sentia muito culpada. Ela observava que a cisão acontecia como uma espécie de compensação. “Se estão no avião e toca uma música, acredito que é para mim, como me ajudasse a suportar uma dor de me sentir uma merda.” Nesse momento, me dá uma forte impressão de que ela tem grandes dificuldades de lidar com a raiva, como se não pudesse inclusive integrar a raiva; como se não pudesse se defender e lutar por seus direitos.

Por não se sentir instituída, será que consegue ter a experiência de se defender? Talvez as repressões de sua mãe na infância não a tivessem auxiliado a fazer uma

experiência de que a vida dela fosse dela mesma, e que tinha o direito de se defender, pois sua mãe não a defendia. Pelo contrário, a culpabilizava. Manuela acaba assumindo uma posição de ter de ser uma pessoa extremamente correta, e dessa forma fica numa posição inautêntica. Essa inautenticidade parece estruturada numa obrigação de ser extremamente correta, pois, caso contrário, não conseguiria suportar a culpa de ter errado.

Manuela vive num terreno minúsculo, onde não tem espaço para ser, para se escutar em suas limitações, ser espontânea. É uma mulher encantadora que vive constantemente oprimida, como se estivesse com uma bigorna sobre si, e com uma culpa, solidão e um abandono que lhe acompanham.

Ela conta que sabia, no momento do surto, que aquela experiência tinha lampejos de realidade, como se estivesse compensando a dor de uma vivência interna dela: “Poxa, eu não posso sentir dor? Mente de um bipolar não aguenta dor. As pessoas normais são assim: choram, dormem, acordam no outro dia com a dor, convivem... não é algo insuportável. No bipolar, a dor é algo como se estivesse sempre martelando, sempre presente e pesada”. Manuela fala de outro momento em que não tinha voz na infância.

Ela se lembra de quando estava no 2.º Ano primário, quando fez uma prova oral e acabou indo muito mal na leitura, e nos primeiros dias de aula estava ela chorando na carteira, e a professora ficava questionando: “Por que você está chorando?”, e ela estava chorando porque um menino falou que daria um beijo nela à força no final da aula. Ela não era de denunciar, e a professora nem procurou saber por que ela estava chorando. Era uma situação injusta. “Era melhor eu chorar do que prejudicá-lo ou denunciar meus colegas.”

Nesse momento, ela lembra que esse jeito de ser é muito o jeito de ser de seu pai, pois “meu pai tirava a própria roupa para dar para as outras pessoas. Meu pai nunca pensava

nele primeiro. As pessoas eram a prioridade”. (isso parecia mais um sintoma de perda nas pessoas do que efetivamente um desejo de cuidado genuíno ao outro).

Manuela lembra também que sua mãe lhe batia injustamente. Ela foi ao parquinho com 12 anos e, andando de mãos dadas com o coleguinha, a mãe deu um tapa no rosto dela simplesmente por anda de mãos dadas com o coleguinha como se fosse um namoradinho. O pai punha panos quentes nas agressividades da mãe: “Ele falava para a mãe ficar calma, mas ele não me defendia. Minha irmã e meu pai viam a situação de eu apanhar da minha mãe e não me defendiam”.

Nesse momento, eu falei: “Você sentiu falta de que alguém se compadecesse da sua situação e mostrasse seu valor, dizendo algo como, enfaticamente: ‘Olha, não é justo você bater na Manuela. Não quero que você bata mais nela!’”. Ao terminar essa frase, ela riu, demonstrou sentir uma espécie de alívio quando me ouviu firmemente me posicionando da forma como ela acreditava que seu pai ou sua irmã mais velha precisavam ter feito. “Minha irmã me via apanhando por coisas esdrúxulas e não fazia nada, nem meu pai. Eu apanhei até os 19 anos. Teve uma vez que eu estava beijando um rapaz na porta de uma casa de praia e ela me bateu na cara, e quando entramos ela falou um monte de palavras ofensivas na frente da família toda!”

Nesse momento, ela começa a se emocionar. Falou, emocionada, que sua mãe desde cedo a olhava de forma condenatória, como se ela fizesse algo errado, como se não tivesse uma hipótese positiva, sempre lhe culpabilizando, sempre com um olhar condenatório, invasivo e dominante. “Minha mãe me dominava como se eu fosse uma bonequinha. Minha mãe via que eu, desde criança, era mais safadinha, porém acabou me reprimindo demais.” A figura da mãe era muito forte: batia, corrigia. “Eu estava sempre errada”, dizia num

desabafo. “Talvez ela percebesse esse meu lado meio verdadeiro demais, meio ‘sem noção’. Ela me reprimia em função disso, talvez como uma forma de me cuidar.”

“Às vezes, quando a mãe batia demais, em seguida chorava e via que tinha sido abusiva, que havia errado. Minha mãe foi tão rigorosa, que nem eu nem minha irmã tivemos filhos. Ela cercou tanto, tudo era do jeito dela, que o que ela quis acabou fazendo mal para nós duas. E nós queríamos filhos, mas fomos obrigadas a ir por esse caminho. Nós não éramos incentivadas a querer quem a gente queria. É como se ela se realizasse na gente. Ela queria que a gente fizesse o que ela não fez. Ela queria que déssemos o valor para a carreira, pois ela teve que abandonar um excelente emprego, era chefe de redação de um grande jornal da capital e deixou o trabalho a pedido do meu pai e foi cuidar da família, e isso a tinha amargurado demais, pois ela inclusive ganhava muito mais do que meu pai.”

“Ela era muito dominante, a gente viveu o que ela quis que a gente vivesse. Ela fez as filhas cuidarem da carreira e foi o que fizeram, as duas filhas muito bem realizadas na carreira, porém solteiras e sem filhos. Se minha mãe tivesse me respeitado mais, se minha mãe me fizesse perceber que minha vida era ‘minha’, minha vida seria muito diferente. A vida social da minha irmã e a minha são quase nulas. Agora com a pandemia não mudou nada. Eu acabei saindo do grupo de WhatsApp do trabalho, pois tudo o que me invade hoje acaba ficando insuportável para mim. Me dói não ter sido mãe. Fica muito difícil ver uma família com filhos.” Senti que Manuela exprimia que ela e a irmã são duas meninas obedientes a uma mãe morta.

Referindo-se ao WhatsApp do trabalho, acrescenta: “Não gosto de hipocrisia. Detesto ver que as pessoas não têm compromisso com a verdade”. Ela acaba levando tudo muito a sério, mergulhando muito nas conversas e se sensibilizando demais com tudo. “Alguma pessoa coloca no grupo algo fake, eu vou com muito cuidado, mando uma

mensagem particular: ‘Olha, isso é uma coisa fake...’, mas as pessoas simplesmente ignoram e continuam mandando, como se não tivessem compromisso com a verdade.” Para Manuela a verdade é algo fundamental. É como se ajudasse o mundo a ser mais estável; e o compromisso com a verdade é algo fundante.

“Veja bem, eu sou uma pessoa extremamente correta, e a bipolaridade não tem nada a ver com a moralidade.” Ela falou isso por causa daquele ex-namorado de 1996, que deixou de ficar com ela por conta da bipolaridade e depois se arrependeu de deixá-la e de ter optado por uma esposa que depois acabou sendo infiel a ele. Manuela sustenta que jamais teria sido infiel a ele e que o preconceito dele doeu muito, mas ela não o condenaria porque ela também teria escolhido outra pessoa. De modo geral, as pessoas na sociedade veem apenas o momento incapacitante. Inclusive ela disse que ela mesma já se descartou. A impressão que dá é que a experiência de se sentir culpada e com menos valia lhe fez estar constantemente associada a essa experiência negativa, e essa vivência acabou sendo tomada como referência para ela se posicionar em cada situação da vida.

Ela parecia tomar um eixo de si mesma um tanto negativo, utilizando-o como referência na elaboração e compreensão de cada experiência vivida. Isso lhe fazia sofrer muito, pois essa ferida sua estava sempre se colocando em cada situação, inclusive em situações que não tinham a ver com ela. Isso parecia lhe fazer sentir cansada, pois ela estava sempre presente, num funcionamento autocentrado. Assim, quando vivia uma experiência de consideração, em que se sentia com mais valia, não conseguia lidar bem com esse empoderamento, como se fosse um lugar em que não soubesse viver, ou que não conseguisse suportar.

Vale ressaltar que, diante de qualquer abalo emocional, ela aumenta a dose do remédio. Ela fica em constante vigília, com um medo constante de surtar. Em geral, “o

bipolar fica resistente em tomar a medicação, pois a medicação o deixa com sono e esquecido”. Certa vez, ela acabou tomando uma subdose para conseguir lidar bem com o dia a dia, pois o sono atrapalhava até para dirigir. Então, tem o hábito de tomar uma subdose, e, nos momentos de crise, busca aumentar, mas, tomando a subdose, acaba surtando vez ou outra. “Outro ponto é a dificuldade de atenção; as coisas de fora me distraem muito, como se eu ficasse voltada demais para fora, para o outro. Fico com dificuldade de manter um eixo.”

Manuela também compartilhou algo relativo ao seu nascimento. Quando nasceu, os médicos esqueceram uma tesoura e uma toalha na barriga da sua mãe, o que fez com que ela quase morresse de infecção. E em função disso, teve uma ama de leite que “era uma pessoa muito fria”. Quando a mãe retornou, cuidou de forma excessiva. “Foi sufocante”, assim como as inúmeras invasões que teve da mãe em sua vida. Algo que chama a atenção, escutando Manuela, é que sua vida estava sempre atravessada pelo medo: “Uma palavra que me resume é medo. Eu tenho medo em cada momento da minha vida; realmente, tenho que superar o meu medo”.

Em alguns momentos ela parecia viver num nível de ansiedade tão grande, que tinha dificuldade de perceber o movimento efetivo do outro. Em nosso encontro, em alguns momentos eu tentava dizer algo para ela e observava que tinha dificuldade de captar o sentido daquilo que eu buscava transmitir. Parecia-me que ela estava tão necessitada de ser compreendida em seus próprios sentidos, que tinha dificuldades de me escutar.

Não conseguia, efetivamente, captar minha presença e entender minhas asserções de maneira efetiva. Como se, em termos concretos, parecesse ter uma defesa que a impedia de captar meu próprio movimento. Retoma novamente o assunto do déficit de atenção, que seu déficit de atenção é tão alto, que, inclusive, não consegue gravar o nome das pessoas. Disse

que sempre teve dificuldades de estudar, que precisou estudar anos e anos para poder passar num concurso.

Manuela disse sempre ter tido dificuldade de ouvir inclusive seus professores em sala de aula, pois qualquer coisa lhe distraía. Eu tinha a impressão de que o outro, para Manuela, era tão grande, que a sufocava. Ao mesmo tempo, sentia-se invadida, e aquilo que o outro fala a atinge muito por dentro e mexe muito com suas emoções. E como mecanismo compensatório, como defesa. Até mesmo por estar em constante experiência de medo, busca afastá-lo e ignorar o movimento dele. Não guardar seu nome é, inclusive, uma forma de reduzi-lo internamente.

Parecia que Manuela tinha tanto do outro dentro de si, que se tornava uma defesa desprezá-lo (certamente de forma não consciente). Não queria ser ainda mais invadida, numa postura similar à de uma criança que se volta para o adulto como um ser superior e perfeito. Parecia que lidava com o outro como se este estivesse num lugar de muita força, um lugar parecido com o que atribuía a seus pais. A impressão que deu é que certas vivências emocionais de Manoela não lhe permitiam voltar-se tanto para fora, para ver as necessidades dos de fora, como se ficasse o tempo inteiro com suas próprias questões muito em xeque.

Resolvi verbalizar essa minha impressão para ela, e ela disse que se sentia realmente assim, completando: “Tudo eu sinto que é comigo, inclusive nos momentos em que estou bem. Me lembrei de um momento num grupo de WhatsApp do qual participo. Tem momentos que interpreto as coisas como se estivessem falando de mim, em momentos que não necessariamente falam”. Não era uma convicção de um delírio, mas sim uma interpretação autorreferente que lhe fazia sofrer. Principalmente se fosse para chamar a

atenção de algo errado que estava sendo feito, sempre interpretava que era com ela, e isso lhe cansava e lhe esgotava.

Compartilhei essas impressões com ela, e ela me disse que era tão verdade e que gostaria de que fosse diferente, mas se sentia sem condições para isso. Disse que gostaria de chegar a um ambiente, se colocar, conquistar os outros, guardar o nome de todos com facilidade... Lembrou-se de uma amiga que era muito simpática com todos à sua volta e não demonstrava se sentir ameaçada nem sufocada com os outros. Pelo contrário, tinha facilidade de afirmar as pessoas ao seu redor, reconhecer suas qualidades: “As pessoas a adoram. Ela se lembrava do nome de todos com facilidade”.

Percebi que essa amiga conseguia algo que para Manuela era muito difícil: colocar-se com facilidade na relação com os outros, ser carismática e conquistar as pessoas se atendendo e conseguindo voltar-se para fora com facilidade. Nesse momento, tive a impressão de que os mecanismos cognitivos de Manuela respondiam a uma dinâmica vivida interna. Ela não podia usar de sua memória para gravar o nome dos outros porque estava já sufocada pela presença deles em sua vivência interior. Seu problema não era dificuldades com a memória. Seu problema era uma vivência de “eu” que estava eclipsada pela figura dos outros. Afirmá-los seria o mesmo que “dar força ao inimigo”.

Parece que suas vivências traumáticas na infância – principalmente em decorrência do desamparo de suporte materno suficientemente bom no pós-nascimento, somado a uma postura de constante repreensão por parte da mãe e do pai, sempre fazendo-a preocupar-se com eles mesmos, e não com ela – acabaram gerando uma espécie de alteração em sua consciência de si, impedindo uma saudável diferenciação de si em relação ao outro.

Essa indiferenciação parece ter feito com que Manuela assumisse uma postura muito autorreferente, a ponto de perder-se no excesso de cuidado com o outro. Como tudo tem a

ver com ela, emocionalmente acaba se sentindo envolvida com tudo, o oposto de uma experiência de ver uma situação de fora. O tempo todo acaba ficando magoada com o outro, achando que as pessoas estavam dando indiretas para ela.

Manuela acha que quase todos os outros bipolares são assim. No momento, lembrou-se de uma conhecida diagnosticada como bipolar: “Ela estava passando na frente do serviço e tinham uns caras rindo. Ela achou que estavam rindo dela”. Manuela disse que, estando de fora, era fácil perceber que a amiga estava fazendo uma interpretação da realidade alterada. Tal indiferenciação da consciência de si parecia gerar grandes consequências cognitivas e emocionais.

Manuela, ao final da conversa, lembrou-se de um acontecimento com um mendigo. Compadeceu-se com a situação de um mendigo e, empaticamente, pôde compreender com clareza o sofrimento dele por se sentir excluído. Disse que sentiu pena: “Ele estava acostumado a não ser olhado. Essa dor do outro me toca, eu sinto muito. Eu não estava esperando me sensibilizar tanto, mas me sensibilizei”. Então perguntei: “E qual era a dor que você via ali, Manuela?”. E ela respondeu, emocionada: “Ele não poder ser ouvido; eu olhei para ele... Eu sinto essa dor de não ser vista e não ser ouvida. Às vezes, falo uma coisa importante e as pessoas não me escutam”.

“Quando falo uma coisa importante e não me ouvem, fico arrasada. Geralmente, quando abro a boca no trabalho é para dizer algo importante; aquilo que é menos importante eu acabo deixando passar. Isso me adocece, como, por exemplo, aconteceu em meu trabalho numa empresa de Raio-X que estava com sérias irregularidades – e as pessoas no meu trabalho simplesmente ignoraram, inclusive meu chefe.”

Nesse momento, Manuela lembrou que foi educada para não falar, para não dar opinião. Contou que sua mãe tinha medo de polícia, pois o tio dela foi preso na época do

golpe militar, e sua mãe tinha muito medo de falar mal de algo e ser punida: “Minha mãe tinha o hábito de controlar a vida dos outros. Lembro da época que, com pedreiro aqui em casa – pensando sempre muito nos outros, no que o povo vai falar ou dizer, sempre muito medo de tudo, e tudo era proibido –, nada podia e não era permitido expressar; eu não podia me expressar! Então, às vezes, quando tem algo importante, e quero me expressar e não sou ouvida, isso me dá uma angústia grande, um sofrimento enorme”.

Lembrei-me, nesse caso, novamente da situação de uma criança buscando seu reconhecimento no adulto, buscando espaço para se expressar, e, quando não o encontra, sente-se extremamente mal, pois atualiza a dor de sua infância. A forma como a criança se coloca pode fazer com que o próprio adulto a ignore e ela fique aprisionada na experiência de desconsideração.

Manuela parece não ser capaz de entrar em contato com sua raiva ou agressividade, uma força interna que talvez a fizesse ser mais respeitada. Era como se, ao entrar em contato com a raiva, ficasse parecida com a mãe, algo inconcebível para ela: “Eu não sou como minha mãe. Só me pareço com ela quando não sou mais eu, quando já surtei”.

Parece que, para evitar se parecer com a mãe, reprime completamente essa dimensão de agressividade. Compartilhei essa impressão com ela, que completou dizendo que, para ser ouvida, precisa apelar: “Só surtando. Quando chego a me expressar diante de uma injustiça, eu falo surtando, de uma forma desmoralizada, exagerada. Não era apelando que eu queria ser ouvida. Era falando simplesmente, mas não me sinto dona de mim o suficiente para me fazer ser considerada”.

Mais uma vez, acompanhei Manuela afirmando que percebia sempre um sentido em seus surtos, como se fossem uma espécie de instinto de autopreservação que lhe possuía, ou para se defender ou para se expressar. Ao final, perguntei para ela se gostaria de marcar

outro encontro ou se ela acreditava que tinha comunicado aquilo que ela considerava mais importante. Manuela disse que comunicou tudo aquilo que acreditava ser o mais importante, e, ao mesmo tempo, saiu sorrindo e demonstrando leveza e gratidão pela oportunidade de poder contar sobre suas experiências. Parecia estar mais dona de si por ter conseguido nomear e compreender vivências que até então estavam numa dimensão apenas sentida, porém desprovidas de sentido.

4.1.2 Lutando e Reconhecendo com Mauro

Entrei em contato com um psiquiatra conhecido dizendo que estava procurando um participante para minha pesquisa de doutorado. Alguém com diagnóstico de transtorno bipolar que se interessasse pelo tema e em compreender suas próprias vivências. Ele logo pensou numa pessoa que o acompanha num serviço público onde trabalha há alguns anos. Em seguida, me disse que faria contato com essa pessoa para verificar a possibilidade. Em poucos dias, me mandou uma mensagem com os dados de contato desse participante.

Mauro tem 49 anos. Quando tinha 19, apresentou um quadro depressivo e pensamentos de autoextermínio, momento em que sua família o levou para acompanhamento psicoterapêutico. Graduou-se em Engenharia e começou a trabalhar na área de Segurança do Trabalho numa grande mineradora em sua cidade. Não se adaptou bem ao trabalho. Com 29 anos, fez um curso de Yoga buscando uma forma mais oriental de viver a vida, momento em que fez também uma graduação em Filosofia. Foi desligado da mineradora em 2008, e, tendo acesso ao seu Fundo de Garantia (FGTS), montou uma ONG que coordenou por muitos anos com um projeto que, inclusive, chegou a ser premiado.

Com 39 anos, teve seu primeiro surto psicótico, e a família o internou em um hospital psiquiátrico. Durante a internação, recebeu o diagnóstico de bipolaridade, que não conseguiu aceitar no início. A partir dessa internação, teve mais nove crises com surtos psicóticos que motivaram sete outras internações até o presente momento. Agora sente-se estável, tendo aderido ao tratamento medicamentoso de forma regular. Trabalha dando palestras e como massoterapeuta. Voltou a morar com os pais.

Desde o primeiro momento de contato com Mauro, observei que ele era muito cortês e gentil. Em nosso encontro, logo no início, eu ainda não havia mencionado nada sobre a pesquisa e ele já estava me desejando sucesso no doutorado – imaginei que seu médico havia mencionado algo sobre isso. Num primeiro momento, busquei criar um clima mais agradável entre nós dois e falei um pouco sobre o que estava pesquisando de forma a contextualizá-lo e a demonstrar que o que mais me interessava era o que viria dele de forma espontânea, o que fazia sentido para ele. Manifestei o desejo de poder ouvi-lo mais sobre como tem sido para ele viver com a bipolaridade e fomos conversando.

Mauro começou seu relato dizendo que adoeceu gravemente em 2011, quando teve um episódio de surto psicótico que motivou sua internação num hospital psiquiátrico, momento em que foi diagnosticado como tendo transtorno bipolar. Desde 2011, teve mais nove surtos com sete internações. Ele relatou que sabia falar sobre o adoecimento após ter passado a crise, mas durante e no início não conseguiria. Disse que atualmente consegue falar com certa segurança porque já se passaram dez anos. Entendi quanto esse período havia lhe feito mal e que só agora, uma vez que estava mais distante de todo aquele sofrimento, conseguiria falar sobre o que se passou, como se ao longo desses dez anos estivesse mergulhado numa série de vivências difíceis de sofrimento que foram muito traumáticas.

Lembrou-se de como, no período entre 2011 e 2013, via seu futuro como algo muito nebuloso. Nos intervalos de estabilidade durante esse período, acabava se sentindo muito mal, incapaz de perceber que conseguiria construir alguma coisa em relação à sua vida. Hoje, ele entende que seu nível de bipolaridade é leve, porque o processo do surto, em si, foi o que a filosofia chama de “experiência estética do sublime”. Ele não se aprofundou numa explicação do que seria essa experiência do sublime, mas a impressão que eu tive, ao escutá-lo, era de que estava tentando dizer que aquilo não era efetivamente um surto psicótico, uma vez que a experiência de surtar o qualificaria como louco, e isso o desqualificava ainda mais.

A impressão que me dava, ao escutá-lo, era de que se sentia muito inseguro e temeroso, como se caminhasse na borda de um grande buraco. A internação acabou sendo muito traumática, porque “ninguém conhecia a bipolaridade. Era uma novidade para todo o mundo. Ninguém sabia como tratar”. Ele sentia-se perdido e refém da psiquiatria: “Eles não escutam a gente! A psiquiatria só fica preocupada em qual dosagem acertar, mas a experiência nossa em si, não interessa, só interessa para a psicologia. Poucas vezes fui escutado por um psiquiatra”.

Em seguida, quis me explicar sua compreensão do que poderia ter desencadeado sua bipolaridade e lhe veio à lembrança uma angústia forte que teve aos 19 anos e que o levou a ter ideias suicidas. Tinha 19 anos, foi acolhido pela família e vinha sendo tratado com psicoterapia, com alguns períodos de interrupções. Quando Mauro falava de sua família e do apoio que recebia, dava a impressão de que os familiares, apesar de estarem próximos, eram incapazes de reconhecer o que se passava com ele. Era como se eles quisessem ajudar, mas não conseguiam, a não ser levando-o para a internação psiquiátrica. Mesmo estando

frágil e inseguro durante a internação, pôde reconhecer que os psiquiatras não o tratavam decentemente.

Mauro relatou que anotava num diário seus aprendizados e fazia uso de um mapa mental. “No meu quarto, tenho um quadro grande em que coloco ideias, horizontes, trajetórias, conceitos.” Ele vai unindo os dois instrumentos, o diário de aprendizado e o mapa mental e, quando percebe que os dois instrumentos estão dialogando, percebe também que seus “conceitos e ideias estão amadurecidos”. Ele fazia isso há mais de dez anos, desde a primeira internação, e isso o ajudou bastante tanto para poder se expressar livremente quanto para elaborar o que vivenciava, organizando seus pensamentos. “Nesse processo de escrever e deixar fluir livremente a escrita, ressignificando tudo, foi o que acredito ter possibilitado a estabilidade que eu tenho hoje, já que a bipolaridade não tem cura”.

Observei que esse material escrito oferecia uma espécie de apoio estrutural para seus pensamentos, como um eixo ou suporte diante de tantas fragilidades e perdas de si. Será que Mauro tem algum suporte humano além de seus escritos e de seus mapas mentais? Até o momento, não havia mencionado ninguém importante para ele, nem um vínculo com médico ou psicólogo, ou mesmo com pessoa alguma da equipe de saúde mental. Simplesmente ninguém. Mauro pareceu-me uma pessoa extremamente sozinha. Contou que recentemente publicou um livro com todas as suas experiências de internações, o que ele pensava e o que havia entendido em relação às suas vivências interiores.

Mauro parecia estar lutando bravamente para conseguir encontrar sentido positivo em tudo o que tinha vivido, como se tivesse ficado esfacelado com a vivência de ter tido os surtos. Como se o surto psicótico fosse algo que o desqualificasse profundamente, e não algo que estava anunciando um nível de sofrimento profundo. À medida que o ouvia, eu não conseguia captar o que realmente havia acontecido com ele em termos de sofrimento

vivido. Ele parecia alienado de si mesmo. Em alguns momentos, um olhar perdido, como que distante; em outros momentos, trazia um discurso pronto, mas sem espontaneidade, com pouca coisa viva, sentida, “encarnada”.

O que ele contava dizia respeito mais a racionalizações ou justificativas sobre a vivência do delírio, e não uma observação do que se passava na substância viva da sua existência. Até esse momento, não havia mencionado sentimento de solidão ou de ter sido desconsiderado. Até aquele momento, só havia tocado nisso quando se referiu ao psiquiatra.

Ele contou que, na primeira internação, depois de o surto ter passado, não quis romper com os laços, e ele criou um pseudônimo: “MauroZero”. Não compreendi bem o que ele estava tentando dizer, mas deixei que prosseguisse livremente para ver se explicaria melhor mais à frente. Disse que começou a zerar tudo o que tinha até o momento: “Busquei zerar tudo”. E essa ideia de zerar tudo o ajudou a criar o pseudônimo MauroZero, “que acabou sendo meu alter ego para fazer poesias. Já o Orezeroam (MauroZero ao contrário) é o alter ego do MauroZero que entra como coautor”.

Para ele, o livro era algo de que se orgulha. Mauro parecia habitar um mundo distante de suas experiências vividas, distante do que sentia enquanto pessoa. Era difícil acompanhá-lo em sua experiência, pois ele parecia muito distante dela. Parecia colorir sua vida com o livro, com atividades, como se só essas coisas tivessem valor, mas não conseguia se reconhecer como uma pessoa com dores humanas, falhas, raivas e medos. Ele parecia distante de si mesmo, apesar de, em muitos momentos, me dizer que estava no melhor momento de sua vida. Parecia precisar se autoafirmar, querendo se convencer de que estava bem, de que era dono de si. Mas parecia-me que ele estava longe dali, sem conseguir traduzir o que se passava consigo.

Passou do assunto do livro para aprendizados que teve ao longo de seu adoecimento. Durante sua história de tratamento, Mauro alterava, o tempo todo, sua medicação. “Eu vinha negociando. Achava que estava bem, acreditava que conseguiria me equilibrar, mas não deu certo. Eu alterava a medicação, e quando eu me dava conta, já estava lá no hospital psiquiátrico.” Precisou passar por isso várias vezes para entender que realmente dependia da medicação. Precisava afirmar que era capaz e que era dono da própria vida, mas buscava afirmar isso retirando a medicação, como se ela fosse a causa dos seus problemas, confirmando que ele era um doente, doido, um desqualificado.

Tive a impressão de que, apesar de fazer palestras para ajudar as pessoas a lidarem com a bipolaridade, ele mesmo tinha preconceito em relação a esse adoecimento, como se o surto dissesse de um defeito de fabricação, e não de um horizonte vivido de sofrimento. Parece que o estigma e a desqualificação da loucura são fortes, e, nesse sentido, ele procura esconder-se assumindo a fachada de escritor e palestrante.

Hoje, ele não consegue fazer tudo que fazia antes, mas disse que já conseguiu se recuperar bastante, e adotou um novo estilo de vida. Ele tem uma rotina “clara e estruturada. Todo dia sei o que tenho que fazer”, e acredita que isso vem de sua própria formação em Engenharia e Filosofia.

Ao refletir sobre sua programação de vida e envelhecimento, dizia-se muito pragmático: “As pessoas trabalham produtivamente em torno de 45 anos. Eu devo viver até pelo menos uns 79 anos, então tenho mais uns 15 anos de carreira pela frente com tudo planejado até lá”. Comentou que se estivéssemos conversando desde cinco anos atrás ele não teria essa clareza. Estaria perdido. Agora é capaz de “unir algumas pontas, o que antes não seria possível”.

Ao longo de dez anos, adquiriu um conhecimento que lhe permitia ter maior segurança em relação à vivência da bipolaridade. Uma das coisas que lhe dava essa segurança era ele ter se organizado e disciplinado em sua vida, inclusive em relação ao uso da medicação. Tinha se assustado ao dar-se conta de que havia sido internado sete vezes. Só depois de sete reinternações percebeu que realmente precisava se escutar mais: “Eu achei esse sete pesado”.

Começou a falar sobre a influência dos outros em suas decisões. Outra coisa que chamou a atenção dele foi que havia muito tempo carregava o lema de não se preocupar com a opinião das pessoas sobre sua vida e dar pouca satisfação do que fazia. Disse lidar bem com a questão do preconceito social, e por isso publicou o livro e se disponibilizou a tratar da bipolaridade abertamente. Inclusive enfatizou que, naquele momento, considerava-se um palestrante e massoterapeuta. Como palestrante, ele relatava sua experiência com a bipolaridade. Apesar de se propor a falar abertamente sobre a bipolaridade, ele não falava sobre seus medos, angústias... Será que se sentia muito fragilizado?

Nossa conversa foi cheia de momentos de pequenos silêncios. Em alguns momentos, ele parecia estar preso num certo silêncio estéril, como se tivesse se retirado; em outros, aparecia alguém para dizer algo pronto. Numa tentativa de compreender isso, parecia-me que Mauro ficava à minha disposição como um objeto. Por mais que eu quisesse fazê-lo ser protagonista em nosso encontro, via que ele fazia umas paradas esperando que eu fizesse uma pergunta ou puxasse algum assunto do meu interesse. Sua fala era pré-construída a partir de diversas reflexões e elaborações mentais, porém, por trás da fala que anunciava que estava bem e estabilizado, ele me parecia ainda muito sofrido e fragilizado, como se estivesse buscando algo para poder construir um laço, construir algo mais sólido.

À medida que conversávamos, tive a impressão de estar falando com uma pessoa fragilizada, que havia passado por uma espécie de experiência traumática e que estava fazendo de tudo para se recuperar. Mauro tinha verdadeira dificuldade de falar de si em termos emocionais, e, quando transmitia algo, comunicava que estava tudo sob controle. Eu via sua fala como uma espécie de confirmação de si mesmo, e, nesse sentido, fiz questão de refletir para ele cada etapa de sua comunicação, demonstrando que estava ouvindo cada elemento que me dizia. À medida que ia fazendo isso, observei que isso lhe fazia sentir bem, como se ouvir-se por intermédio de mim lhe desse uma espécie de bem-estar, de confirmação, algo que nitidamente lhe gerava conforto.

Buscando compreender o que me dizia, refleti para ele que parecia que ele foi encontrando maneiras de lidar com a bipolaridade, inclusive em relação ao preconceito, como se ele ficasse um pouco preso aos outros, a como os outros o viam, às opiniões deles, a como lidavam com ele. Mauro confirmou e disse ter tentado colocar um limite nisso, quanto a não ser invadido tanto pelo olhar dos outros, pois isso era algo que lhe perturbava. Contou que uma coisa que o ajudou nisso foi refletir sobre o que era problema dele e o que não era problema dele e se posicionar a partir dessa reflexão. Era como se ele tivesse certa fragilidade em colocar limite nos outros. Ele contou que muitos amigos se afastaram depois que ele adoeceu e que ele acabou ficando sozinho por conta desse afastamento. Algumas pessoas souberam que ele havia adoecido e se internado, e isso, segundo ele, foi motivo para se afastarem.

Mauro disse que, com o passar do tempo, começou a observar alguns elementos que contribuía para sua estabilização ou desestabilização emocional. Percebeu que não tolerava ambiente estressante, conversa agressiva, gritos e berros, pois isso o desestabilizava, por isso abandonou seu trabalho como engenheiro de segurança do trabalho

e fez um bacharelado em Filosofia. Não se propôs a dar aula em escolas e acabou optando pela massoterapia.

Chamava a atenção que em sua narração havia uma dimensão humana que trata de reflexões sobre companhia, presença, suporte do outro, acolhimento e cumplicidade, que ele não abordava de forma direta. Parecia que ele afirmava não precisar de ninguém – talvez por se sentir realmente sozinho. Não sei se isso era uma forma de ele minimizar uma dor de solidão ou se, efetivamente, ele não via essa dimensão de suas vivências. A segunda opção me parecia mais factível. Parecia que ele não sabia o que era isso, também não tratou de questões sobre relacionamentos, como se para ele isso não fosse importante.

Do nada, ele resolveu ler um trecho do seu livro. Talvez quisesse mostrar-me que tinha algo bacana para trazer sobre suas reflexões, uma vez que sua experiência não lhe parecia suficientemente importante. Precisava mostrar que tinha algo de bom, sedento por um olhar de admiração, afirmando que tinha, sim, algo de que se orgulhar. Naquela hora, Mauro me lembrava um menino sofrido, sozinho, precisando ser reconhecido naquilo que fazia de bom, precisando de alguém que olhasse para ele com olhos de encantamento.

No trecho extraído do seu livro, referia-se a “um problema de difícil solução”, como, por exemplo, “a mentira”, que lhe deixava extremamente transtornado. Disse que sua bipolaridade estava em fazer o contrário, daí o personagem “Orezuroam”. Fiquei a me perguntar se esse contrário dele era exatamente uma forma mais aceitável de ele dar voz e permitir-se expressar certas experiências ou desejos que eram social e culturalmente inaceitáveis para ele.

Mauro relatou que estava num processo de superação, que havia passado pela loucura. “Pensando melhor, fui além de meu próprio limite.” Parecia estar dizendo: “Está tudo sob controle”. Desejava sustentar uma imagem de alguém estável e seguro, no entanto

mais uma vez o valor dele parecia estar na imagem, e não na dignidade do que vivia, na importância de quem ele era. Esse apego a uma imagem o fragilizava ainda mais. Era como se reconhecesse seu lugar em algo vazio, uma vanitas, e, ao mesmo tempo, se mostrava uma pessoa humilde, muito gentil, vida afetiva vazia. O que lhe proporcionava estabilidade na sua cultura familiar era a imagem de uma pessoa realizada, e não a própria pessoa dele.

Ele disse que a bipolaridade o fazia ir além do próprio limite. Ao mesmo tempo, percebia que ele tinha uma escolha: a escolha de passar do próprio limite. “Foi uma escolha minha. Eu cheguei no meu limite e aí avancei mais um pouco. Quando avancei um pouco, eu não tinha como voltar; fiquei incomunicável. Só que dentro da minha cabeça eu estava em outro diálogo.” Era como se estivesse numa comunicação paralela quando ficava sozinho com a própria escrita. “No começo, a perturbação na mente era tão grande, tão grande, tão grande, tanta informação, tantas vozes, que para escrever eu tinha que rodar. Eu apoiava no braço e escrevia rodando em círculos.”

Era tão difícil concentrar-se, que, ao girar o próprio corpo, ele conseguia uma espécie de espaço, sem perturbação, e um foco. “E agora estou na minha melhor versão de estar bem. Essa nova mudança me levou a um novo posicionamento profissional. Eu sou um bom exemplo de educação continuada. Eu me posicionei profissionalmente, e quando eu fiz isso, novos horizontes se abriram. Isso se chama lapidar a técnica até chegar num ponto bom, que é esse ponto de agora.”

Agora disse ter mais segurança para falar sobre o que se passou. “A origem do que aconteceu era minha angústia e a depressão, que foram pouco tratadas. Trabalhava numa empresa, saí e adotei meu próprio estilo de vida. Eu completei 25 anos de carreira como engenheiro. Agora fiz as pazes com minha relação com o trabalho” – ele afirmava para

mim, e talvez para ele mesmo, que estava na melhor fase da vida dele, com tudo sob controle. Será?

Mauro conseguiu, ao longo desses anos, reorganizar sua profissão e ir encontrando um lugar que fosse agradável, razoável para ele. Montou uma ONG há 13 anos para cuidar de crianças, e isso era algo que compensava sua solidão. Uma coisa que o ajudou foi desenvolver uma forma de tornar-se “companhia de si mesmo” e estabelecer uma relação de diálogo com ele mesmo.

A constituição do mapa mental, segundo ele, foi muito importante. A partir desse mapa, foi clareando e organizando os pensamentos. Mais de uma vez, ele disse que o hábito de escrever também ajudou muito a organizar o pensamento repetitivo que vinha como uma espécie de pensamento “de mania”, que, em alguns momentos, era até agradável, porém em outros tantos era perturbador. Os pensamentos até chegavam a lhe fazer algum tipo de companhia ou preencher um pouco seu vazio interior. Vinham o tempo todo.

Para Mauro, a sua “mania” (termo utilizado por ele para significar delírio) era constituída da seguinte forma: ele havia se voluntariado para uma guerra (ele não era soldado, mas havia se voluntariado), até que lhe deram uma patente (observei que falou com brilho no olhar dessa patente. Nesse momento, falava de reconhecimento por algo de valor nele, o que parecia ter-lhe feito bem). “Eu demorei a perceber que era minha imaginação. Eu demorei a reconhecer que minha bipolaridade não tem cura. Eu demorei a perceber que precisava de medicação. Passei por várias internações para ter esse reconhecimento. E até hoje realmente eu não me assumo como um bipolar.” Esse delírio parece representar exatamente o que seria necessário para que ele se sentisse com valor e importância. Ele precisava de um título para ter importância, uma vez que não tinha importância por si só.

Ao contar sobre seu amadurecimento com o transtorno, explicitou o lugar onde colocava o outro quando estava mais adoecido e onde coloca o outro agora: “Antes eu chegava para conversar com alguém, dois estranhos numa mesma viagem, e eu falava: ‘Ô rapaz, eu adoeci gravemente em 2011, passei por várias internações, sou bipolar. Mas eu também sou engenheiro, massoterapeuta, já fiz isso e aquilo...’. Hoje eu digo que passei por um processo de adoecimento e que eu levei tempo para me recuperar, mas eu fiquei bom. Hoje eu trato assim. Hoje eu vejo que superei a bipolaridade, considerando a minha própria estabilidade. Se faço meu depoimento, posso ajudar alguém que está passando por aquilo ou conhece alguém que está passando por aquilo. Eu falo para as pessoas: ‘Eu passei internado, tive dificuldade, levou um tempão’. Se eu tive recaída, foi uma contingência. No dia seguinte, buscava retomar minha vida”.

Ao ouvi-lo, observei que “antes” ele conversava com os outros, mesmo estranhos desconhecidos, como se eles fossem pessoas íntimas, e acabava se expondo muito para eles. A impressão era de que ele agia anteriormente como uma criança que se volta para o outro como se fosse um “adulto”, alguém que estava ali para cuidar dele de alguma forma. Assim ele se expunha, para que pudesse ter a experiência de ser compreendido, escutado, como se buscasse atualizar uma falta profunda de ser compreendido e escutado. Uma falta tão forte, que se sobrepunha à realidade que estava diante dele, de que eram pessoas desconhecidas.

Contudo, sua necessidade era tão grande, que essa falta vinha de forma descontrolada. Com seu amadurecimento, percebeu que não deveria voltar-se tanto assim para o outro como se fosse alguém tão íntimo, e que deveria ter mais cautela ao falar de si e de seu sofrimento. Não deveria se expor tanto assim. Por mais que atualmente fale mais abertamente sobre a bipolaridade em palestras, e “não para curiosos”, ele busca se

preservar. Quando ele vê consideração e respeito da pessoa sobre sua vivência, e não uma escuta “curiosa e desrespeitosa”, ele conta mais sobre o que vive.

Em seguida a um momento de silêncio, mais vazio e pouco fecundo, refleti para ele o que havia me falado sobre o momento em que teve o primeiro surto e lhe perguntei sobre como estava a vida dele naquele momento, ao que ele respondeu: “Aconteceu o que considero que acontece com as pessoas na maior parte do tempo. Ninguém se conhece. As pessoas correm para lavar a roupa suja. Eu também corri e adoeci gravemente quando várias pessoas se aproximaram buscando ajudar e dando palpites, o que não me ajudou e acabei sendo internado”. Nesse momento, percebi que ele dizia que as pessoas não deram apoio suficiente para ele. Chegaram a invadi-lo ao invés de escutá-lo.

Ele relatou que fazia muito tempo que vinha tentando praticar o pensamento oriental, pois desde 2001 se formou como instrutor de Yoga. Em 2008, foi desligado do trabalho, e em 2011 teve seu primeiro surto. Nessa época do surto, disse estar com 13 anos de carreira numa empresa minerária. Em de fazer um MBA ou de buscar um cargo mais elevado em outra empresa, resolveu ser voluntário e foi “viver de um jeito que sabia que poderia viver”. “Para você ter uma ideia, eu saí do meu cargo de 13 anos de idade e fui duramente criticado (por minha família). Eu tinha perfil para ser gerente. Há dez anos, ganhava R\$ 9.000 e fui duramente criticado. Peguei meu FGTS e montei uma escola, uma ONG.”

Mauro confirmava, nesse momento, quanto a “patente” era importante em sua cultura familiar, e ele tentou ignorar isso afirmando que o novo estilo de vida era a sua decisão, mas ele ainda estava muito desnutrido de reconhecimento. E estava realmente precisando de uma “patente” em termos vividos. Contudo, em seu discurso dizia viver da forma que para ele era a correta, de maneira “simples, oriental”.

O fato dele ter feito essa escolha, de optar pelo voluntariado, fez com que ele fosse muito criticado pelo seu meio, e a partir dessas críticas começou a ficar dividido, e, segundo ele, esse foi um dos motivos de seu surto de 2011. Ele não considera que foi uma situação de adoecimento que o fez sair da empresa. Pelo contrário, foi uma escolha sua, pois aquela vida não era para ele.

Ao escutá-lo, me parecia que seu adoecimento o estava impedindo de ficar na empresa e de conseguir ter alguma qualidade de vida ali, tanto que disse que não aguentava barulho e as cobranças. “A relação de trabalho para mim sempre foi muito difícil. Eu nunca achava que estava fazendo a coisa certa. Agora eu me sinto mais em paz e mais tranquilo.” Precisava de um espaço em que conseguisse se relacionar sem se sentir invadido. Parecia que ele não estava suportando o trabalho, o que o levou à demissão. Para não se sentir tão diminuído ou fracassado, parece ter levado a família a crer que estava optando por mudar de vida, mas, no fundo, havia sido demitido porque estava já adoecendo por não estar suportando.

Depois que já havíamos estabelecido certo vínculo em que ele já sabia meu respeito pela sua vivência, busquei devolver para ele algumas dessas impressões que tive ao ouvi-lo: talvez ele estivesse vivendo um período tão árido, se sentindo tão sozinho, que o organismo dele gerou uma construção ilusória para que ele se sentisse com algum valor. Parecia que sua família não tinha sido capaz de oferecer para ele um suporte satisfatório, pois, quando acabou sendo desligado, viveu uma experiência tão grande de vazio, pois o que ele tinha fragilmente era um lugar profissional, que acabou desmoronando e ficando num vácuo.

Como forma de compensação, veio a construção ilusória reconhecendo que ele tinha uma patente e um lugar. Mauro me disse que realmente era isso mesmo, e que era tão

verdade, que ele começou a relatar sobre sua relação de desamparo por sua família desde o momento em que teve o primeiro surto: “Tive um sentimento de solidão, de não ser compreendido pela minha família. Quando adotei esse novo estilo de vida, foi um susto para eles”.

Seus familiares não compreenderam muito bem o que efetivamente se passava ali e o propósito de sua escolha. Já outras pessoas lhe disseram: “Agora você se encontrou, encontrou seu caminho!”. Observei que as pessoas de fora foram capazes de reconhecer a importância da escolha dele naquele momento, e, mais do que isso, as pessoas de fora legitimaram e buscaram valorizá-lo nessa nova configuração de vida, após sua demissão, dando algum acolhimento, já que sua família não o entendeu e o desqualificou.

Quando refleti isso para ele, completou: “O que acontece na minha família é que eles não têm o hábito de incentivar ou de motivar a gente. Eles só falam assim: ‘Tá bom, mas você pode melhorar’. Não dão o braço a torcer... Aí vem um estranho, elogia. A gente tem que engolir a seco aquilo (a desconsideração), principalmente hoje, que estou com 49 anos, meus pais com 80, e não posso esperar que eles mudem. Vejo que não fazem por mal, mas por necessidade. É da cultura familiar não incentivar”.

Em seguida, falou: “Se você está saindo de uma prova numa escola e perguntar para o colega: ‘Foi bem?’, e o colega diz: ‘Fui mal!’, aí eles dizem: ‘Graças a Deus não fui mal sozinho!’”. Reiterei para ele: “Como se sua família, sem perceber, tendo níveis muito altos de exigência, e por lidarem uns com os outros a partir da comparação, acabassem tendo uma expectativa de que o pior ocorresse com os outros”. E ele responde: “Isso. Aí tem que administrar isso! Você percebe isso, vê acontecendo e tem que deixar para lá, porque é sua família”. Nesse momento, percebi como sua relação com seus familiares acabavam lhe fazendo mal e ele se via naquele momento constrangido a ela.

Tive a impressão de que Mauro a princípio não falou livremente o que sentia, talvez por ter dificuldade de reconhecer o medo que vivia. Era algo bem ameaçador. Tinha o apoio dos pais e familiares inclusive no momento em que morava com eles, mas não se sentia acompanhado em suas vivências. Mauro buscava encontrar formas de poder seguir sua vida, uma vez que conviver com o trabalho formal lhe era pesado e sufocante.

“A relação com o trabalho sempre foi uma relação desafiadora para mim. Quando fiz Engenharia, fui para exatas, mas deveria ter ido para humanas. Depois fui fazer Filosofia. Antes, eu dizia: ‘Eu gosto do que faço, mas não faço o que gosto’. Hoje eu faço o que gosto. Meus últimos 13 anos foram os melhores da minha vida. Só não ganhei tanto dinheiro. Eu garantia que a casa sempre estivesse aberta e sempre oferecesse possibilidades para as pessoas. É uma ONG que trabalha com educação, trabalho e arte.”

Apesar dos últimos 13 anos terem sido os melhores de sua vida, ele teve sete internações. Seu discurso não era vitimado nem derrotista. Pelo contrário, até em momentos que se sentia com frágil controle demonstrava estar no controle. Quando ainda imaturo em relação ao seu transtorno, buscava suporte de forma imatura nas pessoas, e com seu amadurecimento em relação à sua doença, conseguiu também se colocar no lugar dos outros e ver que eles, por mais que não tenham rótulos, diagnósticos, são falhos e limitados.

Apesar de ter feito muita terapia e tentado elaborar muito o que vivia, Mauro teve dificuldade de perceber como a cultura familiar dele era arraigada em seu interior e como ele ainda funcionava segundo essa lógica. Talvez não conseguisse mudar esse jeito de ser por não conseguir fazer contato com ele próprio e confessar para si, como ter uma patente, o que era algo realmente importante em termos sentidos, diferente do que em termos racionais.

Mauro me parecia sem apoio das pessoas. Certamente sua família não lhe oferecia o suporte de que necessitava, e parece que também não encontrava suporte satisfatório em seu centro de saúde com a equipe de apoio. Fico me perguntando o que ele poderia fazer diante disso a não ser agarrar-se às suas *vanitas*, aos seus mapas mentais, a seu trabalho na ONG e a seus preciosos escritos. Percebi que faltava alguém que se comprometesse realmente com ele. Naquele momento, temi por seu futuro, por ele não reconhecer esses aspectos de sua constituição e ficar cuidando daquilo que realmente não o ajuda efetivamente a melhorar.

Apesar de ter me esforçado para criar um ambiente facilitador para que Mauro se expressasse livremente em nosso encontro, observei que ele permaneceu muito arredio. Ele me parecia muito ferido com tudo que havia passado, amargurado, triste, talvez sem esperança de encontrar alguém que fosse capaz realmente de acompanhá-lo no seu ritmo e o ajudasse, aos poucos, a reaver o encanto pela vida.

Observei que minha presença para ele, apesar de muito cuidadosa, acabava sendo um pouco ameaçadora uma vez que talvez colocasse em xeque sua inautenticidade. Presença evoca presença. Percebi que ele se sentiu bem ao perceber alguns aspectos dos quais não tinha se dado conta, como o fato de a família não ser capaz de efetivamente compreendê-lo e estar perto dele. Nesse momento, ficou ainda mais nítido para mim como uma organização delirante parece compensar a falta de algo real na vida, como, por exemplo, um apoio afetivo comprometido.

4.1.3 Atentando e Esperando com Rana

A indicação de Rana chegou para mim por meio de uma psiquiatra conhecida. Rana era sua cliente havia muitos anos e, segundo essa psiquiatra, estava muito ávida por aprender a lidar com a bipolaridade e se mostrava muito interessada em explorar o assunto.

Rana fazia acompanhamento psiquiátrico desde os 12 anos de idade. Na ocasião, apresentava um quadro depressivo que ocorreu concomitantemente a uma experiência de *bullying* na escola. Depois de um tempo de tratamento psiquiátrico, evoluiu para crises de hipomania com sintomas de interpretações delirantes persecutórias em relação à família e erotomânicas em relação ao grupo de colegas da escola. Sua primeira e única internação ocorreu aos 19 anos, quando esteve internada por 14 dias. Até essa internação, havia apresentado duas crises maníacas que foram conduzidas por atendimento psiquiátrico domiciliar, uma vez que ela era menor de idade e havia um envolvimento muito grande da família em relação ao seu cuidado.

No momento da entrevista, ela estava com 26 anos. Depois da primeira internação até o momento presente, Rana chegou a ter algumas crises de depressão ou mania, inclusive algumas com sintomas psicóticos, mas que foram cuidadas a tempo e sem a necessidade de internação. Na época da internação, e durante boa parte de suas crises, morava com sua mãe e seu padrasto, que exerciam o papel de pais. Inclusive, ao longo do discurso, quando se refere aos seus pais, está se referindo à mãe e ao padrasto. Seu pai biológico foi ausente muito precocemente e era usuário de drogas, talvez com algum transtorno psiquiátrico.

No momento da entrevista, Rana estava na casa de sua avó em outro estado alegando estar desempregada e com algumas dificuldades financeiras. O trabalho para ela era algo importante, que ela buscava priorizar. Inclusive o motivo de estar em outro estado tinha a

ver com uma possibilidade de reinserção. Todos esses assuntos são retomados ao longo de sua narrativa.

Para criar um clima de aproximação e demonstrar cuidado a ela, considerei oportuno começar nossa conversa informando um pouco sobre a proposta da pesquisa, quando manifestei meu interesse por escutá-la sobre como tem sido para ela viver com o TB. E assim, começou a me contar.

Iniciou falando que não é fácil ter bipolaridade, e logo trouxe o assunto das crises. Parecia associar diretamente a bipolaridade às crises em que perde o controle sobre sua vida. Sua primeira crise mais forte, que, inclusive, motivou uma internação psiquiátrica, ocorreu quando tinha 19 anos.

Em seguida, começou a me contar que ficou bem durante alguns anos, mas que não sabe o motivo pelo qual toda vez que se relacionava com um homem tinha uma crise. Entendia seus relacionamentos afetivos como “gatilhos” que desencadeavam crises. Os sintomas das crises estavam associados ao início de insônias, quando dormia entre duas e quatro horas por noite. Além da insônia, disse costumar ficar excessivamente sexualizada.

Ao falar de situações de delírios e alucinações, disse que eram vivências muito bizarras: “No ano passado, por exemplo, eu tenho até vergonha de falar, comecei a acreditar que existiam vampiros e sereias”. Rana disse que chegou a ter vivências que sentia muita vergonha de me dizer, principalmente aquelas relativas à sexualidade. “Eu lembro que eu estava com muita vontade, um desejo muito esquisito de fazer sexo, de enfiar coisas em mim que me fizessem sentir prazer”.

Comecei a observar que, para Rana, lembrar essas vivências não era algo fácil, e nesse momento senti necessidade de agradecer-lhe esse empenho por aceitar voltar a essas memórias tão dolorosas para poder ajudar numa pesquisa.

Ela disse que tinha muita vergonha de relatar suas vivências, pois realmente ficava fora de si, e prosseguiu. Eu busquei estar muito atento em caminharmos com o encontro de um jeito que não fosse agressivo nem lesivo, e estava pronto para interrompermos o processo caso observasse que algo estava lhe fazendo mal.

Na crise dos 19 anos, disse ter retomado o relacionamento com um “menino” com quem já havia tido um caso aos 17 anos. Depois, com a terapia, disse que “descobriu” que estava buscando o pai biológico no rapaz, pois, assim como o pai, o menino era usuário de drogas. A fala me pareceu mais um clichê interpretativo do processo terapêutico dela, pois ficou um pouco deslocada e sem sentido. Não me parecia o reconhecimento de uma experiência tecida na substância viva da existência dela.

Disse que se lembrava de ter ficado muito ansiosa e com excesso de pensamentos naquela ocasião. Segundo seu relato, suas crises continham impulsos de agressividade e delírios persecutórios direcionados à mãe e ao padrasto. Tinha a impressão de que eles estavam contra ela, querendo matá-la. Em seguida, completou dizendo que eles estavam querendo ajudá-la com as medicações, e ela, acreditando que queriam fazer-lhe mal.

Rana também relatou que no ano passado havia tido um início de crise, mas que, por ter identificado os primeiros sinais como falta de sono e agressividade, procurou sua médica, lhe informou da situação e logo entraram com medicação específica, o que acabou evitando sua reinternação. Disse que, mesmo assim, chegou a ter alucinações com vampiros, sereias e uma interpretação persecutória em relação ao seu padrasto e à sua mãe. “Meus pais querendo me ajudar com os remédios e eu achando que queriam me sacanear. É uma situação bem dolorida, que nem sei explicar direito o que ocorre.”

Rana pontua que as crises mais de uma vez apareceram num contexto de relacionamento afetivo, mas ela não sabia explicar direito o motivo. Alegou que não foram

situações de rejeição nem coisa alguma da qual se lembrasse no momento. Pensando numa possível causa emocional, lembrou-se de que havia perdido dois empregos pouco antes das duas vezes em que tivera crise.

Chamou-me a atenção que Rana não parecia ter feito, em momento anterior, uma associação entre ter perdido os empregos e o posterior desencadeamento das crises, o que me pareceu uma restrita elaboração emocional de suas vivências. Não havia aprendido a perceber o que se passava consigo, pois ela traduzia muito pouco do que experienciava. Ao escutá-la, não me parecia que sabia muito sobre sua vida interior ou sobre a relação de sua vida interior com os acontecimentos exteriores.

Retomando o assunto das crises, buscando compreender possíveis gatilhos, ela inicialmente disse que eles estavam relacionados aos seus relacionamentos afetivos. Durante o início de nossa conversa, fazia a associação com os momentos de relacionamentos afetivos, e depois ela foi associando também às demissões que teve de seus empregos.

Mais para frente na conversa, fomos aprofundando um pouco, e ficou bem nítido que eram seus momentos de solidão. Como compensação à profunda angústia de solidão, fuga de um vazio, ela buscava algumas estratégias que funcionavam como um forte estímulo, uma forte mobilização, uma espécie de distração da dor, dentre elas experiências como compras ou se lançar nos prazeres sensoriais.

“Em março, eu perdi meu emprego e o meu namoro no mesmo dia.” Três meses depois, começou a se relacionar com outro homem e teve uma crise de ansiedade e não conseguia dormir: “Não sei direito por que estava assim. Acho que foi por conta de expectativa minha com relação a outra pessoa, é a impressão que tenho pensado aqui agora”.

Ao lembrar o último emprego que perdeu havia poucos meses daquele momento, lembrou-se de que havia ficado num vazio extremo, muito ansiosa, momento em que começou a comprar compulsivamente. “Eu acabei gastando mais do que devia. Era uma compensação, uma válvula de escape para o que eu estava sentindo. Nada disso que comprei eu precisava. Tenho certeza absoluta de que era por causa da minha ansiedade. Na hora que eu comprava, eu me sentia melhor, dava uma sensação de descontar... Era uma impressão de que ‘agora tá tudo certo’. Dava um conforto...”

Lembrou-se de algumas atitudes impulsivas, também, que pareciam sempre em busca de um prazer imediato para sanar uma angústia insuportável. “É uma angústia tão grande, que eu não tinha controle. Eu fico inconsequente. Me aperta de um jeito, que eu desconto em outras coisas que me dão uma sensação boa.” Ao ouvi-la, me parecia muito claro que era sempre um prazer sensorial forte vindo compensar uma angústia, um desespero, um vazio, uma aflição.

Em alguns momentos, parecia estar tendo uma angústia tão grande, que, quando se dava por si, estava agindo desmedidamente. “Eu tenho uma angústia tão grande, que fico inconsequente.” Observei que estava entrando em contato efetivamente com o que sentia. Ela, ao tentar traduzir essa angústia, disse que “o que sei te falar é que quando coloco expectativa em algo, e sempre é uma expectativa grande, acontece alguma coisa”. Rana demonstrava buscar uma mobilização de vida por meio da esperança num futuro em que pudesse se sentir capaz de existir. Só conseguia viver de expectativas em relação ao futuro. Seu presente era insuportavelmente vazio.

Em sua primeira elaboração sobre o que se passava consigo, Rana considerava o desencadeamento da crise como consequência da ansiedade gerada por um “relacionamento

com homem”. “A crise ocorre sempre diante de algo que tem a ver com a relação com outra pessoa.”

Com o andar da conversa, Rana passou da reflexão sobre as possíveis causas de suas crises para a experiência do medo da perda de si e das crises voltarem a qualquer momento: “Eu tenho medo, eu tenho medo constante de vir uma crise de novo, de ficar doida. Eu fiquei doida. É uma dor isso (e se emociona)” ... “É uma dor terrível! Eu não queria ter isso, eu não queria ser assim!...”

Ficava nítido seu sofrimento diante do que vivia. Rana parecia perdida no emaranhado de sensações avassaladoras e, sem conseguir significar com clareza suas experiências, acabava traduzindo suas angústias da forma que conseguia. Parecendo desprovida de elaborações mais precisas sobre o que vivia, e tendo poucos recursos para lidar com isso, achava uma saída por meio da hipersensorialidade do consumo compulsivo ou da sexualidade – como se isso pudesse realmente resolver.

De alguma forma, dava uma resposta parcial. Talvez lhe distraísse um pouco, talvez funcionasse como algo que lhe permitisse aquietar-se momentaneamente, tomar certa distância de algo avassalador. “Eu descobri que tinha uma falta dentro de mim, um vazio profundo, um desespero, e eu buscava suprir isso a partir de um homem. Como se esse desespero fosse preenchido pelo cara. É uma coisa profunda que eu ainda não descobri por inteiro como faço para suprir isso e não ficar doida.”

Escutando Rana falando de seu desespero e de sua experiência de vazio, me dava a impressão de que ela estava falando de solidão, como se o resumo experiencial do que estava me dizendo fosse: “Fico doida de tanto desespero e solidão, e o pior é que sei que minha mãe está lá, mas não resolve. Não sinto companhia”.

Em alguns momentos, Rana pontuou que não se sentia em companhia junto aos seus familiares por mais que fossem presentes. Isso e a questão da solidão foram ficando mais nítidos à medida que conversávamos sobre seu relacionamento com Dionísio. Ouvindo Rana, parecia certo que seus pais se empenhavam para ajudá-la, para serem presença junto a ela, mas algo importante faltava, algo que eles mesmos não eram capazes de oferecer por mais que desejassem.

Em alguns momentos, Rana retomava a questão do seu medo em relação ao futuro tendo o TB, e olhava, ao mesmo tempo, para seus relacionamentos como algo elementar, importante. Incomodava muito o fato de querer ter uma relação sólida com alguém e não conseguir: “Eu quero ter uma relação sólida com alguém, uma relação saudável, uma coisa grande significativa, e eu não quero passar por isso de novo (crises) porque não é bom para mim e, com certeza, não é bom para uma pessoa que vai estar comigo”.

Em função disso, tem lutado para compreender bem os indícios que podem lhe desencadear crises, como a insônia ou a ansiedade que lhe faz mexer excessivamente no celular, conforme dizia: “Quando eu fico muito assim, eu começo a mexer muito no celular. É bom que eu me afaste, sabe?! Se não me afasto, piora a situação. Eu começo a não ficar quieta”.

Em função de ter tantas dificuldades, em alguns momentos fica bem difícil acreditar no seu próprio potencial: “Eu sei que sou uma pessoa amável, mas eu meio que não vejo futuro para mim (se emociona). A questão amorosa e a questão profissional... não sei se vou realmente construir algo. Fica tudo tão confuso”.

Seu desejo por ter uma vida mais saudável é muito vivo e sua condição de lutadora em alguns momentos é tocante. Vai ficando atenta a cada sinal para poder evitar perder-se e, assim, poder constituir sua tão sonhada família. “Cada vez, eu aprendo uma coisa, a duras

penas, mas eu aprendo, por mais que seja uma coisa que saia do meu controle, eu vejo a possibilidade de conseguir recursos internos, como, por exemplo, respirar.”

Eu busquei compreendê-la dizendo para ela que se sentia insegura em relação ao futuro como se ela não sentisse que estava com as ferramentas necessárias para seguir com a vida. Como se a falta de algumas coisas fundamentais para conseguir seguir e ter consciência disso a deixasse muito fragilizada. Essas “coisas” da bipolaridade acabavam lhe ocupando muito internamente para resolvê-las, o que deviam deixá-la com pouquíssima disponibilidade interior para cuidar de outras questões que a ajudariam a ter os recursos necessários para conseguir seguir de maneira mais segura... E lhe perguntei: “Será que era isso que deixava você com medo?”.

Rana me respondeu, rindo, que havia traduzido muito bem o que estava sentindo. Parecia que minhas palavras e minha atenção ao seu mundo interior estavam lhe fazendo bem. Considerei que ela via outras pessoas seguindo com a vida delas, e parecia que ela se comparava com elas, e não se sentia com aquela estrutura para seguir a sua vida, estrutura que daria certa paz. Isso ressoou em Rana. Queria muito aquela paz.

Naquele momento, tive novamente a impressão de que Rana compreendia muito pouco do que realmente se passava com ela, como se não percebesse minimamente o que acontecia dentro de si. Parecia se agarrar com unhas e dentes ao que sabia, isto é, identificar os próprios sinais de início de crise e buscar logo apoio medicamentoso. Ficar atenta aos sinais que desencadeavam sua crise parecia ser o único recurso ao seu alcance, além de tomar a medicação.

Rana não sabia mais o que fazer para ser dona de si. Sentia-se muito perdida. Estava completamente dependente do outro, da psiquiatra, da medicação, quando começava a ter crise. Não conseguindo traduzir bem o que se passava com ela, parecia ficar impotente, sem

nada poder fazer por si de forma independente. Suas vivências no presente estavam sempre tão tumultuadas que parecia se mobilizar por algumas expectativas em relação a um futuro próximo, acontecimentos bons, como arrumar alguém legal, arrumar um emprego etc.

“Ainda é uma coisa que eu não entendo completamente como eu faço para evitar, entendeu? Eu não tenho essa segurança. Apesar de eu já ter diminuído o tempo da crise, minha psiquiatra fala: ‘É um início de crise’. Mas nesse início eu já faço um tanto de coisas, imagine se tivesse passado! Ai, ai!”. Rana tem muito medo de ser “tomada” pela loucura, mas vê também que já conseguiu progredir, melhorou sua paranoia em relação aos seus pais e percebeu que não estava completamente sozinha. “Pelo menos agora eu consigo pensar assim: minha mãe e meu pai não me querem mal, de jeito nenhum. Eles estão aqui para me ajudar. São coisas que eu já melhorei... Eu preciso perceber que não estou sozinha de tudo. Eu não estou tão largada ao léu como pessoas abandonadas na rua.”

Consegue ver que, quando foi agressiva com a mãe, “ela me compreendeu mesmo assim. Ela sempre buscou os melhores tratamentos para mim, os melhores médicos e nunca me abandonou. É uma pessoa que eu amo demais”. E ela sente culpa pelas coisas que fez. Lembra, emocionada, que aprontou muito nos momentos de crise.

Continua procurando entender o que poderia desencadear a crise, isto é, o que efetivamente se passava consigo. Talvez um vazio grande, ou muita expectativa com relação às coisas. Parecia difícil colocar o dedo no que a levava a ter uma crise no ano anterior. Sabia que estava passando pelo luto do relacionamento com Dionísio – “uma relação tóxica”. Começou a se tornar amiga dele em setembro de 2018. Rana trabalhava com ele. Ele era seu gerente, e depois a relação evoluiu para um namoro.

Segundo ela, ele era muito grosso com as pessoas, e isso estava atrapalhando, então ela resolveu se posicionar em relação a essa grosseria e acabaram terminando. Eles

terminaram numa semana, mas na semana seguinte reataram. Ela ficava preocupada em ajudá-lo a ser uma pessoa melhor, e isso parecia fazer muito bem a ela. Era uma relação em que ela efetivamente contribuía com algo, e não apenas recebia algo dele.

Depois dos posicionamentos dela, ele ficou menos grosseiro, mas ainda tratava a própria mãe de forma grosseira, o que lhe fazia muito mal. “Ele falava que a mãe dele era burra, por exemplo, e comecei a ver que na relação ele não valorizava o que eu falava. Era como se eu fosse burra também.” Depois, por um motivo bobo, ela ter deixado um gato subir na cama dele, ele novamente foi muito grosso, e ela colocou um ponto final nessa história. Era agosto. No final de setembro, ele a chamou para conversar, querendo reatar. Ela aceitou para não ficar sozinha, mas com a condição de que ele fizesse terapia.

Depois de alguns meses, ela começou a fazer coisas para ele terminar com ela. “E acabou que ele terminou meio que sem ser algo claro e definido. O término veio de forma bem difícil.” Depois de algum tempo, ela quis reatar, mas ele não aceitou. Ela se deu conta, posteriormente, de que ele era mais importante para ela do que ela imaginava, mas quando percebeu isso já era tarde, e ele não a queria mais.

Quando Rana dizia que era uma pessoa muito gentil, me dava a impressão de que tinha dificuldades de se posicionar nas relações, firmar seu posicionamento e desejo. Parecia que tinha uma insegurança fundamental e que fazia de tudo para poder lidar com essa insegurança. Com a psicoterapia, parece ter conseguido se fortalecer e bancar mais suas vontades.

Segundo seu relato, os momentos em que se sentia mais estável eram quando estava na companhia do namorado. Parecia que a companhia dele era algo de que ela precisava, e não algo que realmente almejava ou admirava. Ele parecia ser um apoio para que ela tivesse

certa estabilidade emocional. Além disso, uma companhia que lhe fazia bem por ela também poder oferecer algo e não ficar no lugar apenas de alguém que recebe.

Quando falou sobre o término desse relacionamento, se emocionou dizendo que ficava muito pesarosa por ter finalizado uma relação que para ela era muito importante, mas não tinha se dado conta disso quando estava com ele. “Esse foi o término mais doído de todos. Foi acumulando a falta do emprego e a carência. Eu tenho carência demais.” Rana demonstrava não conseguir discernir vivências importantes que tinha em sua vivência presente. Não conseguia perceber com clareza o que se passava com ela no “aqui agora” por estar tão ocupada em seu mundo interior, com seu emaranhado de sensações difíceis. Seu presente parecia insuportável, e ia se tornando cada vez mais insuportável pelas perdas que tinha por não conseguir estar presente nele.

Rana finalizou esse relacionamento em março, e em abril mudou de emprego e começou logo a namorar outro rapaz. Ao escutá-la, me dava a impressão de que era uma criança desejando ser cuidada por um adulto, e que sozinha se sentia desesperada. Quando tinha certa companhia, ficava mais estável e segura, mas era algo efêmero. Algumas companhias ofereciam mais presença do que outras, inclusive a do namorado grosseiro.

Durante nossa conversa, ao se lembrar desse relacionamento, ela se emocionava. Parece que, mesmo com toda a rudez, esse rapaz transmitia algo para ela muito importante, e ela se sentia acompanhada, muito mais do que em outras relações. Nesse meio tempo em que terminaram, ela sempre se remetia a ele saudosa em seus pensamentos.

Quando indaguei sobre o que era tão bom na companhia dele, ela falou que eram muito “espontâneos”, muito “amigos”, mas não via mais como ser amiga dele, e isso lhe doía (emocionada). “Sabe, hoje tenho companhia da minha avó, da minha família..., mas

não é a mesma coisa, não é a mesma coisa mesmo.” “Hoje você não tem ninguém que te ofereça uma companhia da qualidade que ele te oferecia, é isso?”, perguntei. “Sim”.

“Então o que você está me dizendo é de uma solidão, de uma solidão que você tem tido há muito tempo e que não tem sido suprida? Você está me dizendo que existem pessoas que conseguem ser presentes num nível diferente umas das outras na sua vida?”, tentei compreender. “Isso mesmo”. Fiquei pensando se o que buscava no fundo era exatamente uma companhia de qualidade. Ela lembrou que no período entre 2018 e 2019 não teve crise, e foi o momento em que estava namorando Dionísio.

Teve uma outra crise em 2017, quando se mudou para o interior a fim de estudar numa universidade, mas precisou voltar, pois “mexia demais” com ela ficar longe de seus pais. Por mais que a companhia dos pais não fosse igual à de Dionísio, para ela era muito importante. Disse que sua solidão no interior era tão insuportável, que entrou em contato com sofrimentos tão radicais ali, que tentou se matar quando retornou para a casa dos pais. Ao retornar, ela parecia estar num lugar tão sombrio e solitário, que os pais já não eram capazes de ajudá-la.

Ela tentou compreender melhor a angústia radical daquele momento. Não tinha clareza do que viveu. Lembrou-se de que se sentia muito mal por ainda, aos 23 anos, não ter conseguido namorar ninguém. Só relacionamentos casuais pautados em prazeres imediatos. Ela percebia que não conseguia ter estabilidade interior para viver os processos da vida, e isso lhe angustiava demais. Viveu algo tão ruim ao me relatar sobre aquilo, que acabou se perdendo em sua fala. Ficou em certo vazio, como se tivesse acessado algo muito difícil, como se entrasse numa ausência enquanto defesa interior em relação àquela realidade difícil.

Ela retoma a vivência de solidão quando foi para o interior e se emociona ao dizer que “a única coisa que eu lembro era que eu estava sentindo muita dor, estava desesperada! Perdida, abandonada e desesperada! Uma sensação de confusão, desamparo, um rombo dentro de mim!”. Estava claramente difícil para ela falar daquilo. “Veja, minha família é muito presente na minha vida, e mesmo assim me sinto mal, um vazio. Minha mãe estava lá, mas por incrível que pareça eu não sentia a companhia dela.”

Parecia que ela procurava entender como isso era possível. “Minha mãe me teve muito nova. Ela pensava em me abortar. Isso eu descobri há pouco tempo. Eu estava conversando com ela e, de repente, ela falou: “Foi seu pai que insistiu para eu não abortar você” (o pai biológico, que era um usuário de entorpecentes e com quem ela não tinha mais contato, não o padrasto).

Compartilhei com ela minha impressão de que o afeto vindo de sua mãe não parecia como um afeto legítimo ou suficiente, como se tivessem relações que ofereciam uma qualidade de companhia e outras relações que não ofereciam. Isso ressoou para Rana: “Eu tenho as pessoas ali ao meu lado e na realidade eu não as tenho... É como se eu não me suprisse mesmo tendo um tanto de relações. Eu nunca tinha pensado nisso não, de que tem companhias que podem não fazer companhia...”.

Rana, reflexiva, com o olhar mais leve, de repente me diz: “Interessante porque eu conversando com você tive alguns *insights*. Esse negócio da solidão eu não via assim, mas vejo que é a pura verdade. Quando me sinto muito sozinha, eu acabo pondo muito peso numa coisa que não tem tanto peso, dando importância demais para algo que não tem tanta importância. Quando tava com o Dionísio, isso era diferente.... Se tô sozinha, tô precisando de alguém, e quando chega alguém eu me empolgo, eu fico eufórica”.

Refleti muito se devia, mas resolvi compartilhar minhas impressões do que ela estava vivendo como uma forma de devolver o que tinha escutado. Comentei que, ao escutá-la dizer que ficava eufórica quando alguém chegava, tinha a impressão de uma situação similar à de uma criança que fica eufórica esperando o adulto para levá-la para passear (ela ri). Como se ela ficasse à espera de alguém que funcionasse como uma espécie de “adulto”, pois só na presença dele ela se sentiria bem o suficiente e preenchida a ponto de se sentir em condições de ter paz para abrir-se para a vida.

Parecia que ela só se sentia minimamente bem na companhia desse outro, como se ele fosse detentor de uma parte importante dela mesma, talvez da mais importante, pois com essa parte ela poderia se sentir alguém capaz de viver. Como se por si mesma não sentisse legitimidade em ser, de ter vida por si. Como se o outro lhe desse a legitimidade para ela ser.

Rana disse que isso fazia muito sentido para ela. A questão não era a pessoa em si, mas a companhia que ela poderia fazer, “igual foi com o meu namorado usuário de drogas, ou mesmo com o Dionísio. Tinha momentos que eu não os queria, mas precisava deles. É bem isso...” (reflexiva). “Eu sempre procurando alguém para não estar tão sozinha... Melhor perceber isso tarde do que nunca, né?!”, e começou a me agradecer dizendo que a conversa não havia sido fácil, que havia sido bem doída, que havíamos passado por muitas coisas naquelas horas como se tivessem sido bem longas, mas que, apesar de difícil, ela estava se sentindo muito mais aliviada, e completou: “Tô aliviada agora que tá dando pra entender melhor o que sinto, e isso vai me ajudar a poder decidir algumas coisas importantes e a lidar melhor comigo”.

Observei que, apesar de Rana conseguir compreender melhor o que vivia, essa compreensão não era suficiente. Naquele momento em que estava, ela demonstrava precisar

viver uma experiência concreta de companhia saudável. Tomar conhecimento sobre o que vivia permitia a ela ter clareza do que efetivamente precisaria buscar, num primeiro momento, para ter uma vida emocional mais estável.

Observava que o conhecimento lhe permitiria tentar lidar melhor com sua angústia, mas via também que esse conhecimento não era suficiente. Aquilo de que ela precisava estava muito mais relacionado a uma presença humana real, a um vínculo humano que valorizasse a pessoa dela, e que ela também pudesse contribuir com algo. Alguém que, efetivamente, se interessasse por ela e lhe auxiliasse na construção de seu próprio senso de dignidade.

Parecia que, enquanto ela não conseguisse construir seu próprio senso de dignidade, não conseguiria passar para outras etapas da vida humana e ficaria presa num círculo vicioso de buscar essa parte fundamental dela perdida no outro. O que percebi, nesse encontro, era que apenas outro poderia lhe auxiliar a resgatar a si mesma. Ela estava perdida no outro, daí sua raiva e, ao mesmo tempo, fascinação por ele, um conflito entre amor e ódio com o que ela não apresentava recursos para lidar sozinha. Ficava impotente.

Nos momentos mais difíceis, acabava sendo tomada por reações orgânicas, impulsivas que lhe auxiliavam parcialmente num mínimo resgate de si mesma, favorecendo um mínimo senso de dignidade, mesmo que por meio de compensações alucinatórias ou delirantes.

4.2 Desvelando o Caráter Universal das Vivências em Relação à Experiência de Bipolaridade: a Narrativa Síntese

Os participantes mostraram-se disponíveis e bastante motivados a conversar sobre o tema da pesquisa. Pareciam ansiosos para narrar as desventuras vividas em função das

oscilações de humor e sobre as dificuldades para conseguirem enfrentar as vicissitudes da vida cotidiana. Tive a impressão de que buscavam confirmar suas próprias existências ao discorrerem sobre suas vivências ao longo dos encontros. Percebi ser muito importante para eles poderem conversar com alguém que estava genuinamente interessado no que tinham a dizer.

Ao longo dos encontros, Manuela, Mauro e Rana contaram sobre **sentimentos de medo, desvalia e culpa que distorcem e interferem em suas relações afetivas**. Eles tinham dificuldade até de reconhecer e nomear essas experiências. Discorreram sobre como não conseguem aceitar suas próprias atitudes quando se dão conta de que agiram de maneira inadequada e até vergonhosa durante episódios de mania. Então, se esforçam para serem boas pessoas, em termos profissionais e nos relacionamentos afetivos, mas nunca sentem ser isso suficiente para abrandar a culpa que os persegue sem trégua. Associam vivências negativas do passado nos relacionamentos com pessoas que lhes são significativas como referência para se recriminarem.

A imagem que têm de si mesmos é tão negativa que chegam a distorcer suas próprias impressões quando estas referem-se a percepções sobre como as outras pessoas também agem de maneira cruel e intolerante para com eles. Nesse sentido, aceitam resignadamente as críticas e retaliações recebidas em decorrência dos momentos em que se excederam por estarem com as emoções exacerbadas. Manuela, por mais correta que tente ser como profissional, não consegue ficar livre da culpa que a corrói e sofre muito com isso. Mauro contou que, em seus delírios, vivia experiências de reconhecimento por seus méritos que não correspondem a como se sente nas relações com as pessoas que lhe são importantes. A vivência de perda de controle em episódios de surto que os levaram a comportamentos compulsivos diversos confirmam a experiência de culpa e desvalia.

Todos os participantes relataram vivências de vazio e solidão, acompanhadas de muita angústia e ansiedade, que os impedia de viverem o presente. Percebi que lutavam contra uma profunda experiência de vazio. Pareciam não se sentirem donos da própria vida, demonstrando, em alguns momentos, estarem até alheios à própria vida. Contaram sobre não terem um laço sólido estável com alguém que, efetivamente, desse a eles a experiência de se sentirem acompanhados. Essa experiência de não conseguirem formar vínculos afetivos sólidos reaparece de maneira mais intensa em determinados momentos da vida, porém só conseguem reconhecê-la quando já não estão mais próximos das pessoas, demonstrando uma dificuldade para apreender o significado das relações interpessoais enquanto as estão vivendo, sejam elas boas ou ruins.

Rana contou sobre sua constante procura por alguém para livrar-se do sentimento de solidão. Fica evidenciada a busca por se sentirem importantes para alguém que admiram ou amam. Precisam muito ser reassegurados em relação a seu valor por parte das pessoas com quem convivem. Sofrem quando aqueles que parecem amá-los não são capazes de reconhecer esse sofrimento tão fundamental, e, por sua vez, eles próprios não correspondem de maneira concreta ao afeto recebido. A maior parte do tempo, sentem-se à deriva, à espera de alguém que lhes tire do poço da desvalia.

Não se sentem donos de si mesmos na relação com as outras pessoas e são capturados pela presença dos outros. Suas experiências emocionais parecem estar significativamente atreladas às outras pessoas. Sentem-se presos, como se uma parte da constituição deles estivesse fora, nos outros. Lidam com o outro como se este estivesse num lugar de muita força, um lugar parecido com o que uma criança atribui a seus pais. Dessa forma, desenvolvem uma sensibilidade grande para as experiências de consideração ou desconsideração para poderem aferir se são efetivamente queridos. Demonstram uma

submissão exagerada aos desejos e às intenções das outras pessoas, como se habitasse dentro dos outros uma parte importante de si mesmos.

Necessitam desesperadamente de uma presença que possibilite uma reflexão organizadora e legitimadora das próprias experiências. Sem essa presença confirmadora, sentem-se perdidos, sem a dimensão subjetiva ordenadora do que vivem. Em alguns momentos dos encontros, apresentavam olhares perdidos, tomados por um silêncio estéril. Queixavam-se de vazio profundo, de desespero e atribuíam à companhia de algumas pessoas a melhora desse sofrimento. A força da influência dos outros na intimidade dos participantes se apresentava tão proeminente, que em muitas situações foi desencadeadora de alterações significativas de humor, a ponto de constituírem crises psicóticas. Eles contaram sobre como ficavam simplesmente impotentes diante delas. Compreendi que se trata de uma ausência da capacidade crítica acerca da realidade e assim não conseguem aferir subjetivamente a qualidade das relações interpessoais. Manuela e Mauro, que já têm algum amadurecimento em relação à vivência da bipolaridade, desenvolveram algumas reflexões críticas quanto aos outros, o que não se percebe em Rana. Essa condição de exercer a crítica a partir de seus próprios critérios apresenta-se limitada para eles, tornando-os vulneráveis à influência de outras pessoas.

Por outro lado, também não se sentem donos de si mesmos em relação às próprias vivências internas; têm dificuldade para reconhecer as próprias experiências. Não conseguem compreender as vivências dos surtos psicóticos nem as compulsões que os dominam às vezes com muita intensidade. Manuela contou, no início do encontro, que sua bipolaridade estava relacionada principalmente à experiência de mania, e que os momentos de depressão ocorriam apenas após os surtos maníacos. Porém, no transcorrer da conversa, ficou nítido um quadro depressivo de base, tristeza profunda

decorrente de diversas violências pelas quais havia passado que reforçavam nela o sentimento de desvalia.

Tornaram-se exímios lutadores, utilizando todos os recursos que possuem para resgatarem o autocontrole. Diante do fantasma da recaída, os participantes buscam identificar “gatilhos” visando não terem novos surtos psicóticos nem situações em que percam o controle sobre eles mesmos, como certas compulsões que, aparentemente, lhes proporcionam alto nível de prazer sensorial imediato. Percebem e identificam os pródromos e tentam buscar ajuda dos médicos. Manuela e Mauro relacionam a medicação adequada e a identificação dos sintomas como sendo suas principais alternativas para evitar novas internações e conseguem certo grau de estabilização emocional. Dedicam muito tempo na busca pela estabilidade emocional. É algo que lhes demanda energia e esforço. Expressam muito cansaço em função disso. Sem disporem de muitos recursos pessoais, buscam formas alternativas para poderem lidar com a instabilidade emocional. A escrita, a criação de mapas mentais e a tentativa de realização de atividades com extrema perfeição são práticas que os auxiliam, porém não se mostram muito eficazes na estabilização de humor.

Associam a estabilização emocional às relações afetivas positivas, ou seja, apoiam-se nas pessoas que efetivamente demonstram importar-se com eles, compreendê-los e acompanhá-los em seus movimentos e ritmos. Apesar de não se darem conta, essas pessoas constituem relações que são capazes não apenas de confirmá-los como sendo dignos de afeto e consideração, mas também de permitirem que eles se tornem presenças significativas na vida delas. Ou seja, algumas pessoas demonstram efetivo desejo pela presença dos participantes, reconhecendo neles seu valor no sentido de poderem concretamente oferecer algo ou participar construtivamente da vida delas.

A consideração e hospitalidade das pessoas se traduzem na permissão para que possam se constituir em presenças significativas nas vidas delas. Em outras palavras, a consideração não está apenas no ato de oferecerem algo a eles, mas também em se permitirem receber algo que eles podem oferecer com suas presenças, e demonstrar o reconhecimento por suas contribuições. Rana manifesta isso de forma contundente ao falar sobre como estava estável na companhia do namorado; ao descrever essa relação, enfatiza como contribuiu para ele se tornar uma pessoa melhor. Mauro buscou realizar algo de útil e bom para a comunidade ao criar uma ONG. Manuela demonstra se sentir extremamente bem com os gestos de consideração das pessoas, contando sobre uma amiga que sempre ligava para ela para pedir uma ajuda técnica e como isso a fazia sentir-se bem.

Relacionam a desestabilização emocional aos relacionamentos que os fizeram sentirem-se mal. Quando vivem experiências nas quais percebem que os outros os aniquilam psicologicamente, desconsiderando-os, isso torna-se um motivo para o desequilíbrio emocional, inclusive a ponto de desencadear surtos. Não dispõem de estratégias pessoais para se defenderem dessa experiência de desqualificação. São simplesmente invadidos pelos desejos e pelas vontades das outras pessoas. Manuela conta sobre seu sofrimento quando um primo desqualificou a importância de seu trabalho como vigilante sanitária. Sentiu-se agredida diante de algo que poderia ser considerado sem importância para outras pessoas. As pessoas ao redor não são capazes de compreender as consequências dos modos como agem em relação aos participantes e de como podem feri-los com seus julgamentos e conceitos.

As vivências dos surtos são explicadas por eles como sendo decorrentes de alguma experiência emocional perturbadora que é reconhecida como uma ameaça à sua integridade psíquica, ou por ser muito inesperada e negativa, ou por não serem

capazes de compreendê-la. Manuela exemplificou relatando situações em que percebeu que estava sendo injustiçada. Os surtos expressam grande atividade afetiva que não é reconhecida pelos participantes e se apresentam principalmente como expressão de medo ou da necessidade de autoafirmação por meio de sentimentos de grandeza. Posteriormente às vivências de surto, surgem vivências de vergonha, estranheza e desilusão ao se darem conta de que suas percepções eram irrealistas.

Quanto à experiência sobre o diagnóstico de bipolaridade e o reconhecimento de que se trata de uma doença, provocam sentimentos contraditórios. Por um lado, ter o diagnóstico ofereceu a eles alguns elementos para lidarem com as próprias dificuldades (reconhecimento de gatilhos, medicação), mas, por outro, foi uma confirmação do sofrimento de saberem que nem sempre são donos de si mesmos. Não foi fácil para nenhum deles aceitar o diagnóstico, fazendo com que reagissem negativamente às prescrições dos médicos sobre medicações e a necessidade de psicoterapia. Contaram sobre certa rebeldia em relação ao diagnóstico, mas o maior sofrimento foi a constatação sobre as limitações impostas pela doença e o fato de sentirem, por parte de alguns profissionais da saúde ou familiares, um preconceito sobre esse tipo de transtorno, impondo-lhes uma perda de autonomia sobre a legitimidade de seus sentimentos e de suas percepções. Eles acreditam que o reconhecimento da necessidade de ajuda faz com que se sintam menos donos de si mesmos.

Com as recaídas, com o passar do tempo perceberam que, ao reconhecerem suas dificuldades e limitações decorrentes da bipolaridade, isso lhes ajudava a, efetivamente, serem mais autônomos. Mauro traz essa questão ao contar como se sentia “refém da psiquiatria”. Alega que a única preocupação dos médicos é com a dosagem das medicações, e não com a sua pessoa nem com o que se passa com ele. Mas, com o passar dos anos, os

participantes conseguiram se estabilizar graças ao tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, mesmo fazendo questão de afirmar que os tratamentos fizeram bem e mal.

Demonstram medo em relação ao futuro, principalmente quanto a ficarem sozinhos e sem recursos para sobreviverem. Assim, buscaram alternativas para poderem reduzir seus medos por meio de trabalhos mais estáveis, como concursos públicos ou buscando segurança financeira ao adquirirem imóveis que possam render benefícios como aluguéis. Rana contou sobre como se sentia amedrontada e desprotegida ainda muito jovem, pois temia ser abandonada por todos e não ser capaz de garantir sua própria sobrevivência.

Apesar de todo o sofrimento vivido, os participantes conseguem ser pessoas afetivas e cuidadosas com os outros, demonstrando grande capacidade de empatia ao reconhecerem o sofrimento alheio. Procuram oferecer às pessoas próximas o suporte e o amparo afetivo que, muitas vezes, ao longo da vida, lhes faltou em momentos cruciais.

5. Sendo Presença Diante da Alma Humana: Vislumbres do Pesquisador no Encontro com os Elementos Constituintes da Experiência

Considerando que a fenomenologia propõe que sujeito e mundo constituem um ao outro, dessa mesma forma se constitui a relação entre o pesquisador e os participantes. A discussão dos resultados de uma pesquisa fenomenológica não pode partir de outra dimensão que não seja a convivência no sentido último do termo, uma relação entre presenças que, ao se encontrarem intersubjetivamente, transformam-se.

Stein (1932-33/2000) considera que, para conhecer o ser humano, é necessário colocar-se como uma presença da maneira mais viva e aberta possível para apreender a presença dele, seja a partir daquilo que experimentamos em nós mesmos, seja a partir do que experimentamos no encontro com a alteridade. Dessa forma, por meio de nossa própria vivência, conseguimos dar-nos conta das vivências dos participantes, e desses encontros emergem vislumbres das estruturas das vivências humanas.

Neste capítulo, pretendemos discutir esses vislumbres a partir dos encontros dialógicos com os participantes. Com relação à forma como serão comunicados, Husserl (1954/2012a) indica a importância de voltar-se à simplicidade ingênua e de reflexões que se elevem acima dela na hora de comunicar aquilo que diz respeito ao mundo da vida:

Do método faz também parte o seguinte; aos leitores, e em particular ao leitor instruído nas ciências da natureza, será perceptível e aparecerá quase como um diletantismo, que não se faça de modo nenhum uso da maneira de falar científico-natural. Ela foi conscientemente evitada. Pertence mesmo às maiores dificuldades de um modo de pensar que procura fazer valer por toda parte a “intuição originária”, ou seja, o mundo da vida pré e extracientífico, que compreende em si toda a vida

real, inclusive a vida do pensar científico, e que alimenta, como a sua fonte, as formações artificiais de sentido – faz parte dessas dificuldades, digo, ter de optar pela maneira de falar ingênua da vida, mas também manejá-la de modo apropriado, conforme é requerido para a evidência das demonstrações (p. 59-60).

Dessa forma, as estruturas que constituem as vivências dos participantes serão apresentadas privilegiando um nexo de sentido de forma a favorecer, inicialmente, o debate de questões que serão necessárias nos próximos tópicos. Elas serão apresentadas a partir de uma linguagem “simples e ingênua” favorecendo uma aproximação ao mundo da vida. A apresentação de cada elemento será realizada numa respectiva análise e discussão.

Tomaremos alguns autores como debatedores, mas gostaríamos de situar os leitores quanto a isso. Apresentamos no segundo capítulo a fenomenologia de Husserl, base epistemológica principal adotada. Recorremos a Binswanger (1960/2015) por ser o autor que, a partir das contribuições de Husserl, desenvolve uma psicopatologia efetivamente fenomenológica e propõe uma descrição do fenômeno, objeto deste trabalho.

Neste capítulo, traremos outros autores que ampliaram as contribuições sobre a descrição psicopatológica do fenômeno da bipolaridade, dando continuidade ao trabalho de Binswanger (1960/2015). Para a discussão acerca dos elementos estruturantes a partir de um referencial psicológico, retomaremos as contribuições antropológicas de Edith Stein, associando-as a autores expoentes da psicologia humanista, visando ampliar a compreensão do fenômeno da autenticidade, elemento fundamental dessa vertente psicológica.

Para Buber (1982), a relação dialógica envolve encontro, diálogo e responsabilidade. Um dado fenômeno, para ser realmente visto na dimensão em que se apresenta, solicita eticamente um posicionamento de outro. A ressonância (empatia) da presença dos participantes em mim, pesquisador, levando em consideração toda a sua complexidade, foi

a matriz utilizada para conhecer e possibilitar uma aproximação com alguns elementos da estrutura das vivências dos participantes. Captar suas presenças, fez-me desejar, ainda mais, realizar um estudo com qualidade, uma vez que me sensibilizei, ao longo dos encontros, com algo muito relevante: a vivência de sofrimentos radicais. Em muitos momentos, cheguei a entrar em contato com meus próprios medos refletidos nos olhares deles. Esses olhares não falavam apenas de um sofrimento pessoal, eles anunciavam abismos da própria alma humana.

Conforme vimos, a fenomenologia nos solicita colocar em suspensão aquilo que acreditamos que devemos pensar, principalmente explicações causais. O fenomenólogo busca compreender a forma como o sujeito concebe o mundo e como a relação entre ele e o mundo se dá. Esse processo é chamado de redução transcendental, visando identificar os elementos constituintes do eu e do mundo a partir de estruturas como temporalidade, corporeidade, espacialidade e intersubjetividade (Binswanger, 1960/2015).

A compreensão das estruturas humanas a partir dessas dimensões antropológicas favorecerá que seja possível nos aproximarmos ainda mais das vivências dos participantes a ponto de sabermos melhor como é o mundo para eles. Neste caso, o mundo não significa algo exterior nem efetivamente interior, mas abrange ambos, uma vez que estão inter-relacionados.

Organizamos a apresentação dos grupos de sentidos estruturantes sob a forma de elementos expressos metaforicamente, como uma espécie de personificação em primeira pessoa dos elementos estruturais das vivências humanas encontrados. A apresentação na primeira pessoa visa favorecer uma maior aproximação do leitor aos elementos que constituem a própria condição humana. Muitas vezes, a linguagem fenomenológica acaba

não favorecendo seu fim maior, que é de aproximar o humano da maneira mais pura àquilo que se mostra. Nesse sentido, buscamos contribuir nessa direção.

A nomeação de elementos pode dar uma noção de fragmentação e não interrelação como se apresenta no próprio acontecer humano, todavia pretendemos apresentá-los visando demonstrar suas tramas e articulações. Optamos, também, por explicitar os elementos trazidos na discussão teórica em termos antropológicos, a partir de subtemas que se iniciam com a expressão “**Fundamentos (Antropológico Fenomenológicos) para uma compreensão (...)**”, visando oferecer um melhor panorama e permitir que se possa retomar com mais facilidade algum elemento que, porventura, se necessite compreender melhor. Gostaríamos de ressaltar que alguns subtópicos são desenvolvidos anteriormente à discussão dos elementos encontrados nesta pesquisa visando assim fundamentarem a discussão. Dessa forma, a discussão dos resultados se apresenta principalmente ao final de cada tópico.

Os temas dos tópicos (elementos encontrados/interpretados nesta pesquisa) e seus subtópicos (elementos encontrados/interpretados por outros autores) buscam explicitar os elementos constituintes das vivências humanas. O ensejo da relação dialógica entre duas presenças abre espaço para introduzirmos o primeiro elemento que consideramos central, isto é, o fenômeno primário das vivências dos participantes, o fenômeno da despersonalização-desrealização.

5.1 “Não me reconheço como dono da minha própria vida, tenho pouca clareza dos limites de mim mesmo na relação com os outros, sou capturado pela presença deles, sinto que são o único meio para minha constituição”

A proposta fenomenológica de que o sujeito e o mundo constituem reciprocamente um ao outro leva ao reconhecimento dessas duas dimensões dentre os elementos encontrados. Nessa perspectiva dialógica, a experiência da despersonalização não está desligada do mundo. Os participantes não se sentem sujeitos das próprias experiências e são capturadas pela presença dos outros. Suas experiências emocionais parecem estar significativamente atreladas às outras pessoas. Sentem-se presos, como se uma parte da constituição deles estivesse fora, nos outros.

Neste momento, será importante detalhar mais a experiência vivida encarnada na alma singular, visando facilitar aos leitores o acompanhamento do raciocínio por meio de um movimento de retorno que parte da estrutura universal para a experiência singular. Nesta ocasião, nos voltamos à personalidade dos participantes.

No quesito reconhecimento das próprias experiências, Manuela demonstrava grande incômodo com seus relacionamentos interpessoais os quais não reconhecia, a ponto de mobilizar atitudes responsivas. No caso do rapaz que se masturbou próximo a ela, apesar de ter se sentido agredida (o que pôde ser verificado posteriormente em seu surto psicótico reativo), suas atitudes respondiam mais a uma maior preocupação pelo rapaz do que a sua própria experiência de ter sido agredida. Percebeu que era algo que não havia lhe feito bem, porém, apesar de se dar conta disso, não conseguia reconhecer sua experiência de ter sido agredida como digna o suficiente a ponto de mobilizar uma reação interior de autodefesa.

Ela parecia uma espectadora do que havia vivido, e não uma protagonista da própria história. Estando ali, ao seu lado, me senti dialogicamente convidado a lhe emprestar minha

noção de valor de mim mesmo numa tentativa de lhe transmitir valor próprio. Era como se ela não se atentasse para a vida que estava passando em relação a si mesma, como se vivesse uma dissociação interior entre o que percebia e o que experienciava.

Conforme já mencionado, à primeira vista, Manuela parecia bem e estável, porém havia vários aspectos importantes de suas vivências que estavam num nível pré-reflexivo. Ela não conseguia se reconhecer como protagonista em sua vida. Estava atrás da cortina da cena da vida, mas quem estava na cena? Seus parceiros sociais, conforme veremos mais adiante. Manuela era capturada pela presença do outro, agindo de maneira a atendê-lo mais do que a si mesma, como se seu compromisso fosse com o outro, e não com a própria realização. E quando se atendia, se sentia culpada, como se fizesse algo errado. Racionalmente, ela sabia que precisava cuidar de si, mas experientialmente não conseguia fazê-lo sem se culpar.

Rana diversas vezes relatou sentir uma falta significativa dentro de si, um vazio profundo que lhe fazia se desesperar, vazio esse que foi desencadeador de séria crise, quando se distanciou de seus pais e foi estudar no interior, como se, ao ficar consigo encontrasse apenas um nada: “Eu preciso perceber que não estou sozinha de tudo, eu não estou tão largada ao léu como pessoas abandonadas na rua”.

Ao ouvir Mauro, parecia que ele estava extremamente distante de si. Falava da própria vida como se fosse um espectador. Em alguns momentos, parecia ficar num silêncio estéril. Nesses momentos, dava a impressão de que se colocava como um objeto na relação com ele mesmo, e comigo. O que Mauro expressava estava mais relacionado com racionalizações ou justificativas sobre a vivência do delírio, não a uma observação do que se passava na substância viva da sua existência. Não falava de solidão, de desconsideração, de não ter voz própria. Em alguns momentos, um olhar perdido, como que distante; em

outros momentos, trazia um discurso pronto, mas sem espontaneidade, com pouca coisa viva, sentida, “encarnada”.

Por mais que tentasse fazê-lo ser protagonista, via que, para que nossa conversa fluísse, eu precisava ser o agente. Ele me parecia habituado com o lugar de objeto, como se não acreditasse que eu estivesse realmente interessado nele. Esse descrédito com as relações me preocupou muito quanto ao prognóstico de Mauro. À medida que o ouvia, eu tinha dificuldades de captar o que realmente havia acontecido com ele em termos de sofrimento vivido. Ele se apresentava alienado de si mesmo.

Retomando a metassíntese apresentada no Capítulo 1, identificamos a “Saga Hercúlea”, como metáfora abrangente dos 289 participantes, uma vez que a saga demonstrava a luta deles por conseguirem, a duras penas, se reequilibrarem de seus sofrimentos atroz. Ao retomarmos as vivências mais significativas dos nossos participantes, encontramos elementos que apontam para uma centralidade da despersonalização – desrealização. Durante diversos relatos, os participantes demonstraram dificuldade para se reconhecerem (terem um senso de si) como agentes de suas ações na identidade e nos relacionamentos (Demissie *et al.*, 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Perich *et al.*, 2021).

Esses elementos demonstram uma retração da presença dos participantes em relação ao próprio acontecer, como se fossem espectadores. Nesse sentido, reconhecemos o fenômeno da despersonalização/desrealização como fenômeno primário vivido pelos participantes e que aponta a origem da fratura (ou o ponto de principal de vulnerabilidade) em relação aos outros fenômenos vividos (fenômenos secundários).

Binswanger (1960/2015) considera que, tanto na vida maníaca quanto na melancólica, apesar de os modos de constituição da vivência empírica serem diferentes, o

ego puro, em ambos os casos, se encontra numa condição de retração e desconforto em que sua constituição não estava apenas ameaçada, mas posta em dúvida (despersonalização/desrealização). Nesse sentido, seria gerador de humores ruins diante da desorientação provocada pela perturbação em sua constituição, geradora de retração e desconforto, pela falta de realização de suas experiências.

5.1.1 Fundamentos para uma compreensão dos humores e afetos

Antes de adentrarmos à própria experiência de despersonalização e desrealização, cabe-nos aqui fazer uma digressão sobre os estados de humor e sua diferença em relação aos afetos, uma vez que a dialética entre pessoa e alteridade se manifesta sobretudo por meio da experiência emocional. Os afetos (emoções, sentimentos) são respostas a um fenômeno que é tomado claramente como sua motivação; já os humores não possuem um claro objeto motivador, talvez por condensarem uma complexidade de elementos pré-reflexivos (Smith, 1986). Os humores (estados de ânimo) são desfocados e não intencionais. Eles não apresentam uma motivação aparente, sendo indefinidos e indeterminados, apresentando-se de forma global como vivências prolongadas (Stanghelini, 2016).

Segundo Fuchs (2014), estados de humor são vivências que dão uma tonalidade de cor à maneira como a pessoa se liga ao mundo. Eles têm uma característica de irradiação (como calor e frio no ambiente). Os estados de ânimo se encontram como vivências de fundo do corpo que dão uma tonalidade para a vida como um todo, e podem se apresentar seja como desinibição e frescor (na euforia hipomaníaca ou na mania), seja como peso, cansaço, na tristeza, tédio ou depressão.

Esse fundo experiencial também pode ser entendido como experiências denominadas por Ratcliffe (2008) como “sentimentos existenciais” de aprisionamento ou

liberdade, proteção ou vulnerabilidade, distanciamento ou familiaridade, sentir-se vivo ou sentir-se morto. Os afetos são claros, definidos, intencionais e possuem uma direção clara, sendo mais determinados do que os humores. Possuem uma direção clara. Os afetos ocupam a atenção espacial, deixando o sujeito globalmente pronto para responder ao ambiente da melhor maneira possível (*e.g.* diante de um predador, o medo surge, preparando o sujeito para responder da melhor forma possível à experiência de fuga, visando preservar sua vida).

As emoções são fenômenos mentais corporificados. São configuradas por sensações corporais, ressonâncias corporais e afetabilidade, isto é, são baseadas numa sintonia pré-reflexiva na relação entre pessoas, indicando a configuração das relações que se manifestam como atitudes e expressões corporais. Elas são forças cinéticas e dinâmicas, estados funcionais que nos impulsionam nas contínuas interações com o ambiente. São caracterizadas pela conexão entre motivação e movimento e por isso podem ser compreendidas como estados provisórios que projetam a pessoa no futuro proporcionando a prontidão para a ação (Gallagher, 2005).

As emoções se apresentam como motivações incorporadas à ação. São formas dinâmicas que mobilizam a relação do sujeito com o meio ambiente, indicando principalmente dois movimentos: de aproximação ou distanciamento, ou mobilizando outros tipos de comportamento (Sheets-Johnstone, 1999). As emoções não são vivências apenas imanentes, respondendo a vivências subjetivas, mas, por responderem a algo transcendente (que está fora da pessoa) assumem um carácter transcendente.

Essa expressão no mundo transcendente, por meio da gestualidade e postura, é parte da ressonância corporal, mas também induz a processos de ressonância intercorporal, demonstrando como nosso corpo é afetado pela expressão do outro, em que somos capazes de experimentar a intensidade, a cinética e o momento de suas ações. Empaticamente,

experimentamos, em nosso corpo, a ressonância da vivência do outro (Froese & Fuchs, 2012).

Segundo Ricoeur (1987), os humores podem ser comparados a sentimentos ontológicos, isto é, eles denotam o sentimento fundamental que diz da própria abertura do sujeito para ser. Se os afetos recaem mais na apresentação do objeto, os humores apontam para a pessoa que é. Uma das formas de compreender a diferença entre humores e afetos é por meio da temporalidade, já mencionada no Capítulo 2. Conforme vimos, a temporalidade não é o tempo cronológico experimentado pela pessoa ou só o tempo subjetivo; a temporalidade são os dois: o tempo experimentado e o tempo vivido.

Tanto os afetos quanto os humores apresentam padrões temporais diferentes, sendo os afetos mais breves. De acordo com Stanghellini (2016), os afetos ocupam o campo da consciência durante um período e mobilizam a pessoa a determinada ação nesse período. Já os humores duram um longo período, podendo durar dias, semanas, anos, e levam a experiências que podem paralisar os pensamentos gerando retração (evitando a atuação, como na vivência depressiva), ou seja, jogando a pessoa em sofrimento em ações estranhas, no caso da euforia, sem nenhum pensamento sobre o que já foi vivido ou sobre o que será vivido.

Os humores podem determinar afetos na medida em que alteram a maneira como o sujeito é afetado pelos objetos do mundo exterior ou interior. A transformação de um estado de espírito (humor) em emoção envolve o ato reflexivo, uma vez que os afetos podem, inclusive, ser dominados pelos atos cognitivos (é possível refrear a raiva diante de uma atitude de um filho). Os afetos também podem ser motivadores de humor: uma dor pode se transformar em tristeza generalizada. Os humores interferem na forma como o sujeito é afetado pelo mundo (exterior e interior), de forma que eles organizam o próprio campo de

atenção (experiência consciente) e, com o passar do tempo, podem se tornar partes permanentes do sujeito.

Dessa forma, um afeto pode evoluir pré-reflexivamente para um humor, e, da mesma forma, um humor para uma tonalidade emocional de base, sendo que essa tonalidade emocional de base pode se transformar em uma protensão permanente (implícita) ou em uma prontidão para agir (ou reagir), dando um tom para a forma como o sujeito é afetado e pode vir a desenvolver certos estados de ânimo, demonstrando, assim, como a vida afetiva pode vir a se tornar parte essencial de uma pessoa enquanto identidade (Stanghellini, 2016).

5.1.2 Fundamentos para uma compreensão da despersonalização – desrealização na melancolia

Retomando nossa discussão, o distanciamento do próprio acontecer, presente nos participantes, parece gerar diversas consequências existenciais. Uma das principais parece ser a dificuldade na assimilação das próprias experiências, fazendo com que as percepções vividas no contato com o ambiente pesem à alma e ao corpo, contribuindo para uma vivência alterada do espaço, do tempo e das relações intersubjetivas, conforme veremos mais à frente. Esses achados vão de encontro às observações de von Gebsattel (1968), que entende os fenômenos de despersonalização -desrealização como elementos essenciais da melancolia, assumindo um aspecto central. Esse aspecto é entendido como “existência no vazio”, que compreende uma alteração fundamental da relação entre o ser humano e o mundo propiciador de poder e do devir, que sustentarão a possibilidade de todos os atos vividos pela singularidade.

Von Gebsattel (1968) entende que a falta dessa relação entre sujeito e mundo intervirá no desenvolvimento de todos os atos cognitivos, afetivos e volitivos, existindo

uma penetração do vazio do mundo nas atividades das funções sensoriais e nas funções psíquicas que produzirão a experiência da desrealização, sendo esta uma perda não da realidade pensada, mas da realidade concreta, vivida, doadora de resistência para o sujeito.

A dificuldade do eu se relacionar com algum conteúdo da Presença, entendida como força que se desdobra em um eu observado e um eu observante, não impede de o melancólico ter a consciência da unidade constituída por essas duas dimensões que indicam a experiência de ruína, núcleo da despersonalização. A despersonalização e a desrealização são aspectos de uma única experiência, em que o melancólico, estando separado do mundo e do outro, está também separado de si e buscando desesperadamente se convocar. Sua palavra recai no vazio (Tatossian, 2006).

“Enquanto o esquizofrênico questiona sempre a seus outros (por exemplo, perseguidores), o melancólico repete: Eu... eu... eu... Mas ele não chega a ninguém. Ele está sem resposta.”¹⁹ (Maldiney, 1976, p. 523 – tradução nossa). Nesse sentido, a psicose, numa perspectiva husserliana, pode ser compreendida como uma ruptura da vida intencional, configurada por uma falha das estruturas noético-noemáticas no fluxo das experiências.

Em todo caso, um fato é indiscutível: na depressão melancólica, o eu que se invoca tenta convocar-se não em presença, mas em representação – ou seja, onde nada tem, precisamente falando, um lugar. A conversão da presença em representação, própria da perspectiva teórica [...] caracteriza todas as psicoses (Maldiney, 1976, p. 523 – tradução nossa).²⁰

¹⁹ *Alors que le schizophrène met toujours en cause lu autres (par exemple des persécutetærs), le mélancolique répète: Moi... moi... Mais il n'atteint personne. Il est sans répondant.*

²⁰ *Un fait en tout. Cas est incontestable: dans la dépression mélancolique, le moi qui s'invoque lui-même tente de se convoquer non pas en présence mais en représentation – c'est-à-dire là où rien n'a, précisément parlant, lieu.*

A vivência do melancólico acaba se circunscrevendo em si mesma, constituída no vazio, um modo de ser que não é uma modalidade de expressão, mas sim o modo de sua existência. Nesse sentido, só sobra um humor negativo, cujo clima patológico pode acabar se configurando como reclamação, ansiedade, inquietação (Maldiney, 1976). A partir dessa perspectiva sobre a ausência de presença, o fenômeno melancólico em questão torna-se compreensível.

A presença vazia do melancólico agarra-se a si mesma como nada; certas vivências de insuficiência, sejam delirantes ou não, são fundadas sobre uma existência vazia. Escutando Rana falando de seu desespero e de sua experiência de vazio, dava-me a impressão de que ela estava falando de solidão, como se o resumo experiencial do que estava me dizendo fosse: “Fico doida de tanto desespero e solidão, e o pior é que sei que minha mãe está lá, mas não resolve. Não sinto companhia”.

Retomando Binswanger (1960/2015), o ego puro, em sua função constantemente ameaçada (mas não completamente faltosa), acaba tendo um grande mal-estar por se esforçar sempre, mesmo que de forma fragilizada e encurralada para afirmar sua posição, o que o leva a uma posição inautêntica, em que não é capaz de responder ao seu próprio movimento natural, pois está interiormente tomado por algo mais urgente, constantemente se esforçando para conseguir sair do abismo da despersonalização. Nesse sentido, a tendência é se restringir a uma vida pautada no mundo psicofísico alimentada por vivências de hipersensorialidade que, mesmo circunscritas numa temporalidade de um imediatismo vazio, representam uma efêmera chama de prazer na vivência da noite escura.

d'être. La conversion de la présence en représentation, propre à la perspective théorique [...] caractérise toutes les psychoses.

Em resposta a essa vivência de sofrimento radical, alguns movimentos ocorrem. O primeiro, para o qual gostaria de chamar atenção, é a busca pela sintonia (Minkowski, 1927), referenciada na presença do outro, configurada como excesso de preocupação com as expectativas de seus parceiros sociais, pois as pessoas com TB acreditam que esse comportamento proporciona uma relação viva e autêntica. O tipo melancólico não consegue se distanciar da mente do outro, isto é, ele fica hiperconectado à sua percepção da mente do seu parceiro social, assim como padece de um hiperconfinamento (um envolvimento excessivo à vida mental do outro), pois na mente do outro estão as expectativas sociais que garantem a experiência de estabilidade interpessoal (Stanghellini, 2000). A partir dessas contribuições, conseguimos compreender melhor a estrutura da vivência como colocada na narrativa síntese: “se voltem para o outro como se este estivesse num lugar de muita força, um lugar parecido com o que uma criança atribui a seus pais. Dessa forma, desenvolvem uma sensibilidade grande para as experiências de consideração ou desconsideração para poderem aferir se são efetivamente queridos. Demonstram uma submissão exagerada aos desejos e às intenções das outras pessoas, como se habitasse dentro dos outros uma parte importante de si mesmos. Necessitam desesperadamente de uma presença que possibilite uma reflexão organizadora e legitimadora das próprias experiências. Sem essa presença confirmadora, sentem-se perdidos, sem a dimensão subjetiva ordenadora do que vivem. Em alguns momentos dos encontros, apresentavam olhares perdidos, tomados por um silêncio estéril. Queixavam-se de vazio profundo, de desespero e atribuíam à companhia de algumas pessoas a melhora desse sofrimento. A força da influência dos outros na intimidade dos participantes se apresentava tão proeminente, que em muitas situações foi desencadeadora de alterações significativas de humor, a ponto de constituírem crises psicóticas”.

Essa experiência de busca por estabilidade interpessoal pode ser entendida por exigência de amor (no sentido de Giussani, que veremos mais à frente) ou exigência de consideração positiva incondicional, conforme denominada por Rogers. Essa busca por uma consideração fundamental pode levar a atitudes de inautenticidade como forma de sobrevivência, que chamaremos de *vanitas essentialis*. Neste ponto, podemos compreender a experiência dos participantes de se sentirem capturados pela presença dos outros. “Quando Rana dizia que era uma pessoa muito gentil, me dava a impressão de que tinha dificuldades de se posicionar nas relações, firmar seu posicionamento e desejo.”

Em outro momento, Rana disse: “(...) eu sempre procurando alguém para não estar tão sozinha (...) eu tenho as pessoas ali ao meu lado e na realidade eu não as tenho (...) É como se eu não me suprisse mesmo tendo um tanto de relações”. Quando Rana tinha certa companhia, ficava mais estável e segura, mas era algo efêmero. Não percebem que acabam, mais uma vez, não considerando a si mesmos nas relações, o que acaba evocando relações em que faltam a reflexividade do que está em questão e a resposta de não consideração, levando à falta de contemporaneidade, conforme veremos mais à frente.

O desejo de participar da vida se torna tão grande, que renunciam à dignidade pessoal, o que leva a uma hiperidentificação com as normas sociais (impulso para um papel social), intolerância com os elementos ambíguos da realidade, afiliação e apego, necessidade de assimilação, atitude coletivista e intolerância com a complexidade da realidade, uma vez que seu peso e cansaço impedem a elaboração complexa. Portanto, apresentam-se hiporreflexivos, procurando mais a harmonia nas relações do que a própria verdade. Dessa forma, podemos observar diante dos elementos levantados por essa pesquisa, que a exigência de amor, no sentido de Giussani (2006) está diretamente atrelada à experiência de sentir-se vivo, existente e, assim, acaba se sobrepondo à própria exigência

de verdade. Essas pessoas, acabam sucumbindo à atração gravitacional da estabilidade da lei que buscam equacionar com a própria Natureza (Stanghellini, 2000).

Vemos aqui a inautenticidade como uma tentativa desesperada de estabelecimento de sintonia. Mais à frente, pretendemos ampliar o que neste ponto chamamos de sintonia ou correspondência. Retomando a vivência de Mauro, o que parecia gerar estabilidade na cultura familiar dele era a imagem de realização profissional. O valor estava muito mais no papel social do que efetivamente em ser quem ele era. Outro elemento a ser considerado é a descrição que Stanghellini (2000) faz dos episódios agudos, uma vez que acredita que os tipos melancólicos, quando estáveis, ficam empenhados em ajudar e proteger o parceiro, e durante os episódios agudos, estigmatizariam esse próprio comportamento como inautêntico. Manuela, em suas crises de mania, se via como uma “boba” quando não estava em crise.

5.2 “Meu passado me provoca sofrimento e se impõe sobre o vazio do presente, que de tão insuportável lança-me para um futuro que não consigo esperar”.

Buscamos nesse tópico refletir sobre as vivências de temporalidade apresentadas pelos participantes. Todos os participantes relataram vivências de vazio e solidão, acompanhadas de muita angústia e ansiedade, que os impedia de viverem o presente, estavam sempre em luta contra uma profunda experiência de vazio. Como colocado na Narrativa síntese, pareciam não se sentirem donos da própria vida, demonstrando, em alguns momentos, estarem até alheios à própria vida. Para essa reflexão, recorreremos ao pensamento de Fuchs (2001, 2005, 2007, 2010, 2014, 2015, 2018); pretendemos demonstrar sua relação com a constituição do eu tanto na experiência pré-reflexiva de “senso de si” (ipseidade) quanto na vivência reflexiva do eu e sua construção biográfica. Para tanto,

optamos por antecipar aspectos teóricos de forma a proporcionar uma melhor compreensão desse elemento.

Com relação à vivência da temporalidade, Binswanger (1960/2015) defende que as vivências melancólicas ou maníacas se caracterizam pela dificuldade na síntese unitária das operações intencionais, culminando na perda da dimensão de possibilidade temporal em relação às experiências vividas. Conforme já explicitado, Binswanger afirmou que na melancolia a síntese unitária se configura numa temporalidade em que os fatos do passado se misturavam com aqueles do futuro, sendo os momentos protentivos entrelaçados com os retentivos.

Fuchs (2013), por sua vez, considerou que Binswanger (1960/2015) interpretou mal os conceitos de protensão, retenção e apresentação de Husserl como sendo equivalentes ao futuro, passado e presente. Segundo ele, interpretou erroneamente, também, o bloqueio do futuro na depressão como sendo um distúrbio da protensão, tendo ignorado a dimensão intersubjetiva da temporalidade. Fuchs defende que a síntese da consciência do tempo interior está ligada a uma autoconsciência implícita e, se essa síntese é perturbada, o sujeito perde a sensação de que determinados eventos conscientes pertencem a si mesmo. A continuidade do sentido do eu depende da ligação espontânea da uma impressão primordial com a protensão e retenção, não podendo ser mais recuperada por um registro posterior ao vivenciado. Fuchs (2013, 2015) entende a vivência da despersonalização (transcendental) como um distúrbio da constituição transcendental da consciência do tempo interior ou da microestrutura da temporalidade, em que os estados menos graves não apresentam rupturas do arco intencional.

5.2.1 Fundamentos para uma compreensão dos ritmos do corpo e a constituição da experiência de temporalidade implícita

Segundo Fuchs (2001), a vida biológica humana apresenta uma sintonia entre os ritmos endógenos e exógenos, uma sincronização do organismo com os ritmos cósmicos (período solar, lunar), como ocorre, *e.g.*, no sono/na vigília. Para ele, o ritmo é uma “forma pela qual o organismo sustenta sua ordem interior contra os processos de decomposição de natureza anorgânica” (Fuchs, 2001, p. 180). A busca pelo equilíbrio homeostático implica um contínuo processo marcado por uma alternância entre ingestão/excreção, vigília/sono, exaustão/regeneração. Essas alternâncias tornam-se explicitadas nos processos de desequilíbrios que emergem em situações de sentimentos desagradáveis, em que aparecem excesso de sono, exaustão, dores, etc. Essa dinâmica está emaranhada na experiência do tempo, que é sempre dirigido ao futuro.

Fuchs considera que as plantas nascem sincronizadas com o ambiente em constante troca; já os animais vivem experiências na relação com o tempo e vivem períodos de rupturas. Vem, por exemplo, a escassez (fome) e a experiência de “ainda não” separando a necessidade da satisfação em que surge uma experiência de “depois”, constituindo, no organismo, uma “tensão de acionamento” que vai estabelecendo um diferencial de tempo. Quando pensamos na vida humana, vemos o tempo biológico não podendo ser separado do tempo social e, nesse sentido, cabe nos aprofundarmos um pouco na microestrutura da temporalidade.

Para a compreensão dessa microestrutura, Fuchs (2013) propõe uma análise detalhada da temporalidade implícita que requer duas condições importantes: 1) a primeira está relacionada à análise constitutiva da consciência de tempo interior, que permite ao sujeito ter a experiência da continuidade de sucessão de momentos conscientes presentes

(apresentação) que se relacionam numa intenção dirigida para frente (protensão) ou para trás (retenção) e que se integram num processo unificado, explicitado por Husserl e já apresentado no Capítulo 2.

A síntese passiva de Husserl forneceu uma base para o que Merleau-Ponty (1996) chamou de “**arco intencional**”, que trata da integração da atividade dirigida para formas temporais em que a apreensão e a ação acontecem. O **arco intencional**, *e.g.*, é o que proporciona a autoconsciência implícita do início ao do fim de uma narrativa. Ele permite ao sujeito ter uma dimensão de continuidade e unidade temporal da vida consciente, o que gera a consciência de um **senso de si mesmo**, o que foi denominado por Merleau Ponty (1996) e Michel Henri (1965) de **ipseidade**.

2) a segunda condição para a temporalidade implícita é o impulso básico da vida mental (esforço, impulso ou afeto), que, em seu âmbito mais cognitivo, é denominado de **conação** (impulso afetivo-conativo), sendo essa a raiz da espontaneidade, da atenção, do direcionamento afetivo e da busca por um objetivo (Fuchs 2013).

A conação empresta ao arco intencional a tensão e energia de que necessita e contribui para a ipseidade pré-reflexiva, autoconsciência, isto é, o essencial na dinâmica da vida subjetiva. Esses dois requisitos transcendentais (ou constitutivos) da consciência do tempo interior podem ser denominados de “síntese” e “conação” (Fuchs, 2013, 2015).

Fuchs (2013) elucida que a experiência de “passado lembrado” ocorre quando a experiência implícita da temporalidade se sobrepõe à vivência implícita por meio de uma interrupção do *continuum* intemporal, criando uma segmentação elementar do tempo que passa a ser lembrado. Essas experiências, que interrompem o “agora” marcando uma experiência de “não mais”, tendem a ser dolorosas. O tempo experiente é assim produzido, principalmente por meio de uma perturbação que pode ser de dor, vergonha, perda, criando

uma “fenda no ser” e interrompendo o fluxo suave do acontecer. Um processo semelhante ocorre em relação ao futuro por meio da separação do desejo e da realização, do impulso e da satisfação antecipados na imaginação.

Conforme já vimos, a tensão gerada por essa discrepância gera um diferencial de tempo entre o “ainda não” e a “busca de algo”, e por meio dela o futuro vem à tona de forma que o tempo se torna explícito através de sentimentos como impaciência ou saudade, esperança, excitação, inquietude, e, assim, vai sendo formada nossa experiência emocional na relação com o mundo e com os objetos. Dessa forma, é possível verificar como a experiência explícita do tempo surge a partir dos processos de interrupção do fluxo de nos lançarmos para o acontecer da vida enquanto caminho natural para o futuro.

Seguindo esse pensamento, o tempo implícito e explícito aproximam-se de outra estrutura. A temporalidade implícita e o desempenho implícito do corpo são elementos que se confundem: tempo vivido passa a se dar por meio da vivência do **corpo vivido**. O **corpo vivido** é o mediador da experiência do sujeito na vida do dia a dia, pois ele intermedia toda a experiência com o mundo. O **corpo vivido**, pelo qual o sujeito age e existe irrefletidamente, transforma-se em corpo objetivo (refletido) sempre que o sujeito toma consciência dele, como numa situação de doença, por exemplo (Fuchs, 2013). O **corpo “corpóreo”** já é aquele objeto material, anatômico, observável transcendentemente. O **corpo vivido** é aquele que “eu sou” e o **corpo corpóreo** é o que “eu tenho”, e quando o corpo corpóreo convoca a consciência, ele é o corpo (vivido) objetivo.

Quanto mais envolvimento existe numa atividade, mais nos esquecemos do tempo e do corpo. Na temporalidade explícita, o corpo se explicita, como no caso de um adoecimento em que ele deixa de ser implícito e torna-se uma espécie de obstáculo. Diante

disso, é possível verificar que a temporalidade e a encarnação têm uma estrutura paralela de fundo (Fuchs, 2001, 2013).

5.2.2 Fundamentos para uma compreensão da constituição do “senso de si” e do “eu”

Neste momento, importa entendermos a relação da temporalidade como constituição do eu a partir de Fuchs (2013). O tempo explícito é dividido em três dimensões, passado, presente e futuro, a partir de uma síntese ativa que solicita um eu narrativo, pessoal e estendido. Esse eu pessoal começa a se desenvolver no segundo ano de vida por meio das vivências de rupturas, seja do *continuum* do passado, seja do *continuum* do futuro, ganhando uma relação reflexiva consigo mesmo e podendo também projetar-se no futuro ou no passado, apropriando-se de sua história de vida por meio de narrativas autobiográficas.

Essas vivências de rupturas são os elementos que farão a experiência de “senso de si” e o “eu sou aqui agora”, o que contribuirá para aumentar a autoconsciência, denominada de princípio de individuação por Schmitz (1965, 1992). Cabe-nos agora fazer uma distinção entre o “eu” e o “si mesmo”. A experiência de “si mesmo” é pré-reflexiva, está presente em cada ação quando dirigida a um objeto implicando uma autoconsciência implícita, imediatamente dada como “minha” (senso de si ou ipseidade).

A autoconsciência reflexiva, isto é, quando do “senso de si” é tomado como objeto de reflexão, surge no decorrer do processo de socialização a depender do desenvolvimento da memória autobiográfica que caracteriza a subjetividade, já o eu sou uma autoconsciência reflexiva de nível superior. É como uma ponte entre o intervalo criado pela temporalidade explícita por meio da sua síntese ativa, o que construirá o tempo biográfico. O “eu” é uma estrutura fundamental, que emerge em um contexto de subjetividade, que dá conta de si

mesmo aos olhos dos outros e, ao mesmo tempo, distingue-se deles, compreendendo a si e aos outros como agentes intencionais (Fuchs, 2013, 2015).

No terceiro ano de vida, ocorre o desenvolvimento da memória autobiográfica, que tornará possível a integração do futuro e do passado no presente do “eu” percebendo-se historicamente. Fuchs (2013) propõe que no nível de um organismo biológico encontra-se uma adaptação contínua de temporizadores endógenos, uma sincronização dos ciclos do organismo com os ritmos do meio ambiente.

5.2.3 Fundamentos para uma compreensão da intersubjetividade pela ressonância intercorporal e da experiência de estar em relação com o outro - contemporaneidade

A ressonância intercorporal, gerada pelo simples contato do dia a dia entre as pessoas, moldará a experiência primária da criança em sua relação com a mãe. Essa ressonância intercorporal irá desenvolver a atenção conjunta, o que produzirá o sentimento implícito de estar temporalmente ligado aos outros, vivendo com eles, denominado de **contemporaneidade básica**. Se essa contemporaneidade for afetada, como na situação de crianças institucionalizadas privadas de afeto e relação de apego, acaba-se caindo numa apatia e depressão.

Traduzindo a fenomenologia estrutural dessa vivência, é possível dizer que essas crianças perderam sua conexão psicofisiológica que as mobiliza rumo ao futuro. As crianças que são nutridas afetivamente avançam para um futuro promissor, pois sentem que os adultos contemporâneos estruturam um mundo para ser um lugar convidativo (Fuchs, 2013, 2015).

5.2.4 Fundamentos para uma compreensão da sincronização, da dessincronização, da conação e sua perturbação.

A correlação entre a sincronização do tempo do mundo e do próprio tempo gera um sentimento de bem-estar promovido por uma vivência de presente realizado, em que a pessoa vive sem uma consciência explícita de tempo, inteiramente lançada nas experiências do fluxo do acontecer da vida ou na ressonância com os outros. A pessoa sincronizada sabe que está integrada ao ritmo da vida. Passando às dessincronizações do tempo, vale ressaltar que a excitação maníaca, nessa perspectiva, pode ser o desenvolvimento de uma inquietação e agitação ocorridas pela aceleração adicional do próprio tempo.

A experiência do retardamento do próprio tempo é tomada como mais dolorosa, pois cria uma espécie de “pressão do tempo” que indica uma necessidade de recuperar um atraso. A culpa tem uma estrutura retardadora do tempo, uma vez que se refere a um não cumprimento das obrigações e expectativas, e o processo de sofrimento contido nela se refere ao apego às omissões do passado (Fuchs, 2001, 2013).

Segundo Fuchs (2001, 2013), o movimento corporal, a relação de abertura ao espaço e o movimento da vida que flui em direção ao futuro representam uma mesma unidade. Dessa forma, se o corpo se isola do ambiente pela constrição, o espaço ficará distante da vida do corpo e assim, do movimento temporal da vida; conforme vimos, sua ligação com o corpo cessará. Assim, podemos perceber que a inibição do tempo vivido é uma marca da vida melancólica caracterizada pela dessincronização do tempo intersubjetivo e pela perturbação da conação.

A dessincronização pode ser entendida como um “ficar para trás na vida” decorrente de um não cumprimento das obrigações ou satisfação de expectativas e estresse decorrentes da rapidez das mudanças externas ou pela própria dificuldade de responder de forma

satisfatória às mudanças de fases de vida. Ela pode se apresentar como uma incapacidade de viver o luto decorrente do excessivo apego a familiares. Isto significa que não se conseguiu realizar bem a síntese ativa do tempo biográfico como atividade do eu pessoal por meio da realização e do cumprimento do próprio tempo, de forma a integrar o próprio passado e o próprio futuro, requisito para não se tornar vítima do próprio tempo ou por ele ser dominado.

A dificuldade de esquecer o passado é outra característica do tipo melancólico que busca evitar ao máximo as diferenças com o ambiente social, mantendo-se numa constante luta por ressonância contínua, concordância social, harmonia e desempenho dos deveres (Fuchs, 2001, 2013, 2014). Sua identidade depende essencialmente do papel que a sociedade lhe atribuiu, uma vez que, por si mesmo, não tem nenhum valor.

A dependência de uma identidade social conota uma falta de maturação e desenvolvimento da pessoa, o que desencadeará vulnerabilidade às mudanças ou quebras nos papéis biográficos, tendo como consequência o aprisionamento ao passado. Neste ponto, podemos compreender o elemento: **“Meu passado me provoca sofrimento e se impõe sobre o vazio do presente”**. Rana, por exemplo, ao falar do término de seu relacionamento com Dionísio, se emocionou muito dizendo que tinha sido uma relação muito importante para ela, em que ela havia realmente se sentido importante. Ela trazia essas experiências do passado como algo que lhe dava certa referência, como algo bom diante de um presente tão vazio.

Da mesma forma, Manuela trazia os elementos do passado de forma muito viva, como se sua vida tivesse acontecido lá, porém seu presente parecia cinzento, sem tanto vigor. Mauro, apesar de dizer que estava na melhor fase de sua vida, referia-se ao presente como algo muito pouco autêntico, como uma representação para si mesmo de um ideal,

uma espécie de ilusão confortadora, uma vez que, experiencialmente, não demonstrava ser capaz de lançar-se no presente da própria vida.

Fuchs (2014) entende que a doença manifesta da melancolia, que se refere a uma inibição vital, momento secundário à dessincronização do tempo, se apresenta como um “ponto de comutação”, provocando uma reação em todo o organismo. Ela começa com uma perturbação de periodicidades biológicas, ritmos sono/vigília, ciclos neuroendócrinos, ritmos de temperatura, diminuição da libido, do apetite, do impulso, do interesse e da atenção, isto é, uma redução da dinâmica conativa afetiva da temporalidade implícita. Essa perda da conação manifesta-se numa inibição do pensamento e psicomotora na desaceleração do tempo vivido, que também produz uma rigidez do corpo vivido, exaustão, corpo pesado, opressão, ansiedade e uma reificação do corpo vivido que pode gerar, em situações graves, um estupor depressivo (Fuchs, 2013).

A perda da conação levará ainda mais a uma dessincronização social, a tentativas vãs de acompanhar os acontecimentos, o que reforçará o sentimento de ficar para trás, tão manifestado por Rana e implicitamente vivido por Mauro. Essas pessoas testemunham dolorosamente a falta de vida e o peso em comparação com a vida dinâmica que se passa ao seu redor. A sintonia emocional com as outras pessoas (contemporaneidade) falha. Vivenciam uma diminuição da capacidade empática de serem afetados pelas coisas e por outras pessoas. Vivem um sentimento de não sentir, uma despersonalização. Esse fracasso da dinâmica afetivo-ativa acaba sendo acompanhado por uma profunda perda da contemporaneidade com os outros e por uma profunda alienação em relação a si mesmo.

5.2.5 Fundamentos para uma compreensão da temporalidade na mania

Neste ponto, adentraremos o entendimento das duas polaridades do sofrimento maniaco depressivo por meio da compreensão de seus fundamentos estruturais (Fernandez 2014; Messas, 2021). Uma vez compreendida a dimensão da experiência de despersonalização na vivência melancólica, defendida por von Gebsattel (1968), gostaríamos de demarcar que consideramos uma inter-relação desta com a perspectiva de Fuchs (2001) a partir da compreensão da dessincronização do organismo que se refere a um desacoplamento na relação temporal da pessoa com seu ambiente, isto é, dessincronização do tempo intersubjetivo, perturbação da conação como deformadora do espaço vivido.

Diferentemente da esquizofrenia, a melancolia tem um eu preservado que testemunha angustiadamente o processo da vivência de despersonalização-desrealização, tomado pela experiência de não ter sentido real na vida de ninguém, tampouco de si mesmo. Diante disso, podemos, também, verificar como a experiência maníaca tem como fenômeno primário a despersonalização, sendo a virada maníaca um fenômeno secundário compensatório. Semiologicamente, a mania e a melancolia são opostas observáveis. A estruturação da temporalidade melancólica, conforme vimos, é desacelerada, somada a um desinteresse significativo.

Na mania, há uma desinibição, uma aceleração, uma agitação generalizada. A aceleração se refere a uma dissociação parcial entre o tempo interior e o tempo do mundo. Ela é caracterizada pela agitação irrequieta em que as pessoas nesse estado fazem rápidos contatos com o mundo e com os outros (Binswanger, 1960/2015). Diríamos que é um momento em que o melancólico “brinca de ser alguém”, pois a alegria leve (*Laetitia*),

decorrente da experiência de ser vivo na relação dialógica com os outros, está bem longe dali.

É uma experiência de agitação em que o futuro não pode ser aguardado nem esperado, mas é invadido e apreendido imediatamente diante de um presente aterrorizado pelo vazio. A impaciência é caracterizadora desse quadro e impede qualquer perseguição de objetivos de longo prazo, uma vez que a preocupação maior talvez seja sobreviver ao insuportável presente.

5.2.6 Fundamentos para uma compreensão da corporeidade na mania

O corpo vivo, diferentemente da retração/constrição na depressão, vive uma expansão na mania em que existe um aumento do impulso vital. Na mania, parece que o corpo perdeu toda a resistência e peso presentes na melancolia que impede a resposta imediata a cada impulso. Assim, o espaço de vida se expande e as possibilidades se apresentam atraentes. É importante deixar claro que a mania não é um estado de alegria, mas sim um estado de euforia superficial. Fuchs (2018) refere-se a uma “euforia vital” em que o humor maníaco é decorrente do excesso de impulso, energia e conação, e não consequência de uma experiência de grandeza decorrente de um narcisismo primário.

Existe também a presença de estados mistos que oscilam entre disforia, irritabilidade e euforia, e essa presença aponta que a alteração principal da mania é um excesso de conação, enquanto os estados de humor podem variar até certo ponto. Eles não são dependentes de uma resistência que os pacientes encontram no ambiente, mas de uma mudança para a fase depressiva.

A forma de existir maníaca é lúdica e provisória. Se um projeto falhar, vários outros planos tomam seu lugar, numa tentativa de preencher o vazio do presente com outras

vanitas essentialis. As pessoas em mania negligenciam os ritmos naturais da vida, desconsiderando as necessidades do corpo, negando-lhe o sono necessário e ignorando os sinais de exaustão, sendo o corpo transformado num objeto a ser consumido e explorado impiedosamente. Será que por culpa? Medo do vazio?

Intersubjetivamente falando, são pessoas ocupadas com uma atenção dispersa, como se não conseguissem se fixar em nada nem ninguém, sem terem um interesse genuíno pelos outros, talvez porque nem saibam o que é viver esse interesse. Vivem num profundo vazio sem receptividade com a alteridade, pois falha a satisfação nos encontros; esgotam os recursos biológicos e as relações sociais pela vivência de falta autocrítica; vivem uma desilusão após o episódio maníaco que tende a contribuir para uma súbita queda na depressão. A falta de desinibição, muitas vezes, pode levar a um comportamento sexualizado que pode beirar a promiscuidade (Fuchs, 2018).

Rana, ao lembrar o último emprego que perdeu havia poucos meses, lembrou que havia ficado num vazio extremo, muito ansiosa, momento em que começou a comprar compulsivamente. “Eu acabei gastando mais do que devia. Era uma compensação, uma válvula de escape para o que eu estava sentindo. Nada do que comprei eu precisava. Tenho certeza de que era por causa da minha ansiedade. Na hora que comprava, eu me sentia melhor, dava uma sensação de descontar (...) Era uma impressão de que ‘agora tá tudo certo’. Dava um conforto”.

Rana disse que chegou a ter vivências que sentia muita vergonha de me dizer, principalmente aquelas relativas à sexualidade. “Eu lembro que estava com muita vontade, um desejo muito esquisito de fazer sexo, de enfiar coisas em mim que me fizessem sentir prazer”. “É uma angústia tão grande, que eu não tinha controle. Eu fico incosequente. Me aperta de um jeito, que eu desconto em outras coisas que me dão uma sensação boa.”

Com relação a Manuela, lembro que ela trazia uma ansiedade grande ao falar de si, uma ansiedade que lhe impedia de compartilhar o presente de maneira tranquila. Era como se quisesse aproveitar o tempo, como se tivesse uma urgência em querer que eu captasse o que se passava com ela. Essa ansiedade parecia lhe impedir de perceber o movimento efetivo do outro. Em nosso encontro, em alguns momentos quando eu tentava dizer algo, observava que ela tinha dificuldade de captar o sentido daquilo que eu buscava transmitir-lhe. Parecia-me que ela estava tão necessitada de ser compreendida em seus próprios sentidos, que tinha dificuldades de me escutar.

Dessa forma, chegamos numa maior compreensibilidade do elemento: **“Meu passado me provoca sofrimento e se impõe sobre o vazio do presente, que de tão insuportável lança-me para um futuro que não consigo esperar”**.

5.3 “Luto herculeamente para lidar com minhas reações, meu próprio corpo, sobreviver no mundo e tenho muito medo do futuro”

Neste elemento, buscamos explicitar estruturas vivenciais relativas ao espaço vivido pelos participantes e suas relações que, por vezes, auxiliavam e, por vezes prejudicavam. Compreende-se "espaço vivido" como incluindo a espacialidade do mundo-da-vida (*lebenswelt*), a globalidade das relações e significados sociais juntamente com as relações espaciais do sujeito, levando em consideração todas as possibilidades existentes nessa interação. As doenças mentais, nessa perspectiva, podem ser compreendidas como limitações ou deformações do espaço vivido, isto é, as dinâmicas inconscientes comportamentais e afetivas atuam como “pontos cegos” no espaço vivido levando distorções e inibindo o desenvolvimento do sujeito (Fuchs, 2007).

O significado de futuro utilizado na composição desse elemento é diferente do futuro utilizado no elemento anterior. Este futuro aqui tem um caráter mais transcendente, enquanto o anterior dizia de uma imanência. No primeiro elemento, buscamos explicitar a influência dos outros na vida interior dos participantes, mas não chegamos a debatê-la na dimensão necessária, pois naquele momento estávamos preocupados em explicitar o fenômeno da despersonalização – desrealização encontrada como elemento primário.

Diante do fato de os elementos serem inter-relacionados, acreditamos que a vivência explicitada comporta melhor uma discussão sobre as dimensões de influência dos outros na vida dos participantes, uma vez que abre a possibilidade para refletirmos sobre o espaço vivido. Este tema, também nos convida para um olhar sobre a experiência traumática como favorecedora da dessincronização. Realizaremos também uma reflexão específica sobre a temática da culpa na bipolaridade buscando ampliar a perspectiva proposta por Fuchs (2013, 2014). Ao final dessa discussão, abordaremos também a qualidade das relações a partir da perspectiva psicológica que adotamos, momento em que realizaremos uma discussão mais abrangente apontando reflexões sobre possibilidades terapêuticas.

Diante de um futuro aterrorizador, decorrente de um senso de prognóstico ruim baseado numa crítica sobre a própria vida, os participantes agarram-se a tudo aquilo que compreendem estar ao alcance deles para lidarem com a doença bipolar. Tornam-se exímios lutadores utilizando todos os recursos que possuíam para resgatarem o controle sobre suas reações, compulsões, buscando identificar gatilhos visando não terem novos surtos. Esses elementos também foram identificados na metassíntese apresentada no Capítulo 1, em que os participantes se referiram a uma perda de controle sobre suas ações, aumento de irritabilidade, agressividade, compulsões, apatia, perda de respeito pelos outros,

perturbação do sono, delírios, alucinações e perda de autonomia (Demissie *et al.*, 2021; Durgu & Dulgerler, 2021; Perich *et al.*, 2021).

Observamos anteriormente que a perda da conexão levará a uma dessincronização social, o que tende a cair num ciclo de retroalimentação em que cada vez mais a pessoa se dessincroniza da vida social. Os medos de Rana em relação ao próprio futuro têm reais fundamentos. Todos os participantes falaram de preocupações em relação ao futuro, principalmente quanto à sobrevivência econômica. Mauro e Manuela, por já estarem num processo de vida mais avançado, conseguiram se resguardar economicamente por meio de concurso e aluguel.

Durante o nosso encontro, Mauro contou que muitos amigos se afastaram depois que ele adoeceu e que ele acabou ficando sozinho. Não chegou a mencionar ninguém que realmente lhe fizesse companhia no presente momento. Não se referiu a nenhum vínculo nem a pessoa da equipe de saúde mental; ninguém. Mauro parecia já viver as consequências da dessincronização. Já se mostrava uma pessoa extremamente sozinha, que lutava arduamente para sobreviver. Rana, por estar no início da vida e com tantas dificuldades, se observava tendo dificuldades em estabelecer laços afetivos sólidos, temendo ficar sozinha. Temia profundamente o futuro: “Eu sei que sou uma pessoa amável, mas eu meio que não vejo futuro para mim (se emociona). A questão amorosa e a questão profissional (...) não sei se vou realmente construir algo. Fica tudo tão confuso”.

Essa progressiva dessincronização da vida social, em que a perda da conexão poderá produzir reais perdas cognitivas diante de um mundo que não apresenta espaço para as dificuldades, mas apenas para a eficiência, em que laços sociais não se sustentam, o prognóstico para as pessoas com esse transtorno é negativo se não conseguirem estabelecer laços reais, como será discutido mais a frente.

Como já apresentado no Capítulo 4, Rana tinha dificuldades de compreender o que realmente se passava com ela, como se não percebesse minimamente o que acontecia em seu universo interior, e, diante disso, agarrava-se ao que sabia. Dessa forma, buscava identificar os sinais de início de crise e o apoio medicamentoso. A atenção aos sinais que desencadeavam sua crise se mostrava ser o único recurso ao seu alcance além dos recursos medicamentosos: “Cada vez eu aprendo uma coisa, a duras penas, mas eu aprendo, por mais que seja uma coisa que saia do meu controle, eu vejo a possibilidade de conseguir recursos internos, como, por exemplo, respirar”. Rana fazia de tudo para não passar novamente por experiências semelhantes: “No ano passado, por exemplo, eu tenho até vergonha de falar, comecei a acreditar que existiam vampiros e sereias”.

Mauro dizia se sentir sempre muito atormentado, inclusive em situações de mania. Ele sentia sua mente muito agitada com informações, vozes; dizia ser tão difícil concentrar-se, que, ao girar o próprio corpo, ele conseguia uma espécie de espaço, sem perturbação, e um foco. Com relação ao apoio de relacionamentos, ele sentia-se perdido e refém da psiquiatria: “Eles não escutam a gente! A psiquiatria só fica preocupada em qual dosagem acertar, mas a experiência nossa, em si, não interessa. Só interessa para a psicologia. Poucas vezes fui escutado por um psiquiatra”.

Mauro parecia estar lutando bravamente para conseguir encontrar sentido positivo em tudo o que tinha vivido, como se tivesse ficado esfacelado com a vivência de ter tido os surtos. Como se o surto psicótico fosse algo que o desqualificasse profundamente, e não algo que estava anunciando um nível de sofrimento profundo.

5.3.1 Fundamentos para uma compreensão do espaço vivido ou espacialidade do mundo-da-vida

Como já visto no, ao pensarmos na dimensão de espaço vivido, ele pode ser considerado como a totalidade do espaço que uma pessoa vive, o ambiente e o espaço de ação de uma pessoa. É um espaço centrado na pessoa e no seu corpo na relação com o ambiente, circunscrito em âmbitos como casa, zonas de influência ou próprio território. É caracterizado por qualidades como estreitamento/amplitude, distância/proximidade, separação/conexão e estruturado por limites que podem ser físicos ou simbólicos e que tem certas forças de campo, como atração/repulsão, elasticidade ou resistência (Fuchs, 2007).

Essas forças de campo, em analogia aos campos físicos, podem ser forças de atração (gravitacionais) ou aversivas emitidas por um parceiro social ou um grupo social dominante. Esse tipo de reflexão permite ideias como “curvaturas do espaço”, que impedirão movimentos retos ou espontâneos, como, por exemplo ao redor de zonas de evasão, para o caso de uma pessoa fóbica. Nessa perspectiva, fica manifesto que o espaço é então moldado pelas relações e significados sociais (Fuchs, 2007).

Alguns autores (Barker, 1968; Willi, 1999) têm utilizado o conceito de *habitat* da biologia para caracterizar o espaço vivido das pessoas, o qual denominaram “nicho ecológico”, que compreende o ambiente físico e social da pessoa abarcando o seu âmbito de atuação, percepção intenções e motivações. Willi (1999) denomina de “responsividade” a capacidade de uma pessoa responder adequadamente às solicitações e aos estímulos das pessoas e do ambiente.

Os seres humanos organizam o curso de sua vida agindo, moldando os ambientes e vivendo a reação dele em si por meio de um processo circular que é orientado tanto pela própria atividade quanto pelas reações do ambiente (Fuchs, 2007). Dessa forma, a pergunta

“Quem eu sou?” é diretamente entrelaçada com a pergunta “Como é o mundo em que eu vivo?”, uma vez que sujeito e ambiente se “interconstituem”. Assim, a compreensão de uma pessoa implica conhecermos seu ambiente familiar, sua esfera de influência, suas relações. Qualquer psicoterapia que tenha relação com a proposta fenomenológica não pode se furtar a esse tipo de compreensão. Assim, fica compreensível uma dimensão do sofrimento psíquico como um estreitamento ou deformação do espaço vivido de uma pessoa.

Os participantes relacionavam a desestabilização emocional aos relacionamentos que os fizeram sentirem-se mal. Quando viviam experiências nas quais percebiam que os outros os agrediam psicologicamente, desconsiderando-os, isso tornou-se um motivo para o desequilíbrio emocional inclusive a ponto de desencadear surtos. Não dispunham de estratégias pessoais para se defenderem dessa experiência de desqualificação. Neste momento, cabe ampliarmos a discussão sobre o espaço vivido das relações interpessoais para a configuração do mundo vivido.

O que estamos falando é de um ambiente invalidante que é caracterizado por comunicação de experiências pessoais que não são atendidas por respostas adequadas e suficientes. E, ao invés de serem validadas, são banalizadas, desencorajadas em que as emoções, principalmente aquelas dolorosas, são desconsideradas. Estamos falando aqui de experiências traumáticas que prejudicam a integridade do “eu”. Um tipo de trauma que pode comprometer o desenvolvimento de uma sensação calorosa e íntima de si mesmo é a ausência de reconhecimento e consideração contribuindo para um senso de existência vazio, contribuindo para a despersonalização – desrealização (Stanghellini, 2013).

A ameaça deste vazio paira sobre aqueles cujo desenvolvimento do eu tenha sido prejudicado por um ambiente traumático. A atividade mental subjacente ao fluxo da

consciência parece pouco desenvolvida. O eu é atrofiado e frágil. Por vezes, pode desaparecer, deixando um vazio estático, doloroso, até assustador, muitas vezes descrito como um “buraco negro” (Meares, 2000, p. 10 – tradução nossa).²¹

A experiência do trauma é um assunto que trataremos de forma mais aprofundada no próximo tópico. Agora, ainda refletindo sobre o mundo vivido pelos participantes, gostaríamos de apresentar algumas características da sociedade atual que tendem a aumentar o sofrimento deles. Atualmente, a sociedade é caracterizada por favorecer uma vida inautêntica que privilegia a aparência, a exposição (Han, 2017), em que as pessoas não têm disponibilidade para doarem-se nas relações, suportando a complexidade da real vida afetiva humana (Bauman, 2004; Han, 2015), ainda mais com oscilações de humor tão acentuadas, como visto nos sofrimentos psíquicos severos.

Vemos uma sociedade que não se mostra disponível para ser presença formadora (no sentido de Stein que abordaremos à frente). Diante da menor frustração com o outro idealizado, os laços se rompem. Não existe presença sólida. As pessoas ficam à deriva, o que leva a uma constituição de sociedade cada vez mais atravessada por sofrimentos radicais, em que as pessoas se sentem inibidas de se mostrarem frágeis, temerosas, isto é, temem a própria fragilidade humana com medo de perderem os tênues laços que possuem (Giovanetti, 2017).

Em pesquisa anterior (Tostes, 2017), nos referimos ao trabalho de Carreteiro (2003) que pode ajudar a ampliar a compreensão sobre o sofrimento vivido pelos bipolares em

²¹ *The threat of this void hangs over those whose development of self has been damaged by a traumatic environment. The mental activity underpinning the stream of consciousness seems barely developed. Self is stunted and fragile. At times it may vanish, leaving a static, painful, even frightening, vacancy, often described as a ‘black hole’.*

nível social a partir de seus estudos sobre os sentidos que permeiam e configuram a sociedade. Ela analisa algumas dimensões do sofrimento social como humilhação, vergonha, falta de reconhecimento em contextos sociais, comunitários e grupais identificando dois sentidos prevalentes na configuração da sociedade contemporânea: o da inutilidade e o da excelência. O segunda se refere às ideias da “perfeição”, de “excelência”, do “triunfo”, de “qualidade total”, e, em contrapartida, aparecem novas formas de exclusão produzindo vivências de inutilidade que remetem aos valores de desqualificação, fracasso e falta de inserção ou pertencimento.

Segundo Carreteiro (2003) as pessoas que vivem baseados nessas ideias/sentidos de inutilidade, se encontram à beira da inclusão social ou totalmente excluídos. Já Castel (1987) estudou indivíduos que padecem formas absurdas de vulnerabilidade do vínculo social, determinando-os como "inúteis no mundo" e afirmando que não há, zonas de inclusão social para essas pessoas. Zonas que favoreçam o sentimento de pertencimento na sociedade, uma vez que para essas pessoas, as formas de sociabilidade estão baseadas na incerteza, dúvida e descontinuidade.”

Gaulejac e Taboada (2003), também citados por Carreteiro (2003), fazem distinções entre as sociedades modernas marcadas pela figura da “classe social” e as pós-modernas, marcadas pelo “lugar social”. Esses autores alegam que na sociedade pós-moderna existe uma preponderância para o sujeito individual em detrimento do coletivo e que há um deslocamento da “classe social” para a “posição social”, o que estimula o individualismo.

Certamente, diante desses sentidos constituintes da sociedade, a compreensão do mundo vivido pelos participantes se torna ainda mais clara, uma vez que realmente são postos à margem da inclusão ou totalmente excluídos. Essa tragédia que a vida lhes

apresenta – uma vez que a própria sociedade, pela sua falta de empatia e talvez excesso de identificação – é incapaz de oferecer-lhe o devido amparo.

5.3.2 Fundamentos para uma compreensão das vivências traumáticas

Fuchs (2018) ressalta como as pessoas depressivas tendem a se retirar de seus contatos pessoais, pois a baixa autoestima e crescentes sentimentos de desesperança acabam constituindo círculos viciosos que mantêm a doença. Ele também considera sobre a recorrência de relatos que dizem de traumas infantis, violências psicológicas por meio de abusos emocionais, sexuais, negligência ou outros tipos de maus-tratos que geram uma vida atravessada pela desconfiança e pela evasão interpessoal, padrão que se instala e que oferece um tom para a vida da pessoa como um todo.

Como é entendida a fenomenologia do trauma emocional? Esse é um elemento que nos interessa, uma vez que os participantes dizem dessa experiência vivida em sua vida. Com relação à vivência traumática na infância, encontramos principalmente o relato de Manuela, ao se referir a suas vivências com sua mãe, seu pai e seu tio. O trauma, nessa perspectiva, pode ser considerado como uma certa deformação do espaço vivido que leva a pessoa a evitar.

Fuchs (2007), para explicar a experiência do trauma, se refere à postura de alívio adotada automaticamente numa situação de membro do corpo ferido, pois instintivamente se evita que o membro ferido se exponha a situações ameaçadoras, e a tendência é a **retenção** do membro, sendo esse um processo de aprendizagem corporal que ocorre pré-reflexivamente. Numa dinâmica similar, o trauma psicológico é gerador de zonas de evasão, fazendo com que o espaço vivido seja curvado negativamente ao redor dessas áreas que se tornam “pontos cegos”, inibindo o desenvolvimento livre das próprias potencialidades da

pessoa e fazendo com que a dinâmica intencional seja a seguinte: “Evita-se a todo custo um contato com a zona de perigo”.

Eugene Gendlin (1996) diz que as experiências vividas não assimiladas, principalmente aquelas traumáticas, realizam uma paralização do fluxo vital em que o organismo se prende numa resposta de imobilidade do corpo e que energias como “luta e fuga”, que deveriam ser vividas e liberadas, ficam sem expressão, sem serem descarregadas, guardadas e se manifestam internamente como desorganização, sintomas corporais, pensamentos intrusivos e lutas emocionais.

A compreensão dos sofrimentos psíquicos mais severos diz de uma ruptura na resposta ao ciclo de atividades de uma pessoa no ambiente por perdas de atividades profissionais, separações e vivências que inibem a capacidade de absorção da pessoa reduzindo sua capacidade de resposta ao ambiente e aumentando seu egocentrismo.

Assim, o tipo melancólico apresenta ter um ambiente bastante restrito, o que faz com que se agarrem a seus papéis sociais, suas relações privadas (*vanitas essentialis*), e uma quebra desses frágeis vínculos pode gerar uma doença depressiva (Tellenbach, 1980); um adoecer que já estava anunciado mesmo antes da própria quebra de vínculo, uma vez que o vínculo ali era uma *vanitas essentialis*, sustentado por uma aparência autoafirmativa, um papel social, algo que permitia que houvesse uma experiência de estabilidade interpessoal, isto é, que tinha como fenômeno primário a despersonalização-desrealização.

5.3.3 Reflexões sobre a culpa e outras vivências não assimiladas

Neste momento, importa de fazer uma digressão em relação a algumas vivências muito presentes na bipolaridade e expressar minha interpretação em relação a elas, iniciando por uma reflexão em relação à experiência de culpa. Fuchs (2013, 2018) considera

que a culpa é uma estrutura que retarda a vivência da temporalidade intersubjetiva, uma vez que trata de um não cumprimento dos compromissos e das expectativas, e o processo contido nelas é apego às omissões do passado. Acreditamos que a complexidade da culpa se encontra num nível diferente da exposta por Fuchs.

Não queremos, aqui, desconsiderar as observações dele, uma vez que acreditamos que revelam aspectos do fenômeno da culpa, porém queremos elucidar outros fenômenos constituintes da culpa. A partir do contato com os participantes, principalmente em relação às experiências de Manuela, observei uma dinâmica semelhante a explicitada em Tostes (2017), em que a culpa aparecia como resultado de uma certa “justiça interior”. Neste momento, é oportuno buscar as contribuições antropológicas de Luigi Giussani, que têm como base a fenomenologia transcendental para ampliarem o entendimento em relação aos fenômenos aqui estudados.

Para Giussani (2009), as exigências fundamentais assumem um caráter soberano diante da pessoa, demonstrando que as pessoas amam mais as exigências fundamentais do que a si mesmas.

Mas, para compreender a fome de justiça, é necessário compreender uma outra coisa. E para compreender a sede de amor, é necessário compreender uma outra coisa. Se não se compreende a misteriosidade do desígnio total, a fome de justiça e a sede de amor se transformam em lúgubres, terríveis mentiras que podem dar lugar a uma só coisa: à violência (Giussani, 2001, p. 40).

Podemos compreendermos que a manifestação dessa exigência de justiça, praticada de forma violenta, se dá diante de uma compreensão reduzida ou distorcida das experiências presentes. Mahfoud (2016, p. 396) diz que um “critério externo” na compreensão das experiências “levaria o sujeito inevitavelmente à alienação, enquanto só um critério

originalmente pessoal (experiência elementar) permitiria juízos e então experiências próprias”.

Acreditamos que está contida na experiência da culpa a dessincronização do tempo e uma dificuldade de assimilação das vivências, principalmente naquilo que compreende a memória biográfica. Então, o que faz com que a memória biográfica negativa se reverta em autopunição? Isso só é possível diante de uma estrutura humana que busca justiça. Nessa perspectiva, quando a pessoa puder elaborar experiencialmente sua memória biográfica à luz do senso de justiça provavelmente conseguirá libertar-se da masmorra de sua autocondenação.

Nesse caso visto, ela sozinha não conseguiria fazê-lo, uma vez que praticamente não tem voz interior, ela precisaria de uma presença que lhe facilitasse nesse sentido e que lhe ajudasse a sair desse ciclo de autopunição, um processo que pode ser instalado na infância, por exemplo, em que a criança não consiga colocar cada coisa no seu lugar e, por elaborar mal certas experiências, começa a ter uma impressão ruim de si mesma, algo que a presença de um adulto atento poderia ajudar a traduzir.

Além da culpa, importa chamar a atenção para o fenômeno das reações. Para isso, gostaria de abordar a presença da raiva na vivência dos participantes, que, ao não ser integrada pelo eu empírico, no caso de Manuela em relação à violência vivida de cunho sexual, parece acumular-se internamente, contribuindo para a dessincronização, que inicialmente se manifestou como tristeza e abatimento, pois, após o episódio de violência, ao invés de reagir com raiva, se abateu, ficando mal em casa. Nos dias seguintes, uma reação psicofísica expressa, numa virada maníaca psicótica (reativa), a estrutura da vivência que não havia sido integrada pelo eu empírico.

Manuela, num delírio maníaco, ganha forças para expressar aquilo que efetivamente vivia. Expressa sua raiva de ter sido violentada ao tentar cortar o pênis do recepcionista do hotel onde estava hospedada no Chile. Essa descrição da vivência de Manuela nos permite inferir um sentido compensatório na experiência psicótica em que seu conteúdo se apresenta bizarro e estranho, mas sua estrutura vivencial revela uma experiência não assimilada pelo eu empírico, contribuindo, assim, para afirmar a posição daqueles que defendem que não existem limites para a compreensibilidade dos fenômenos humanos (Aiello-Vaisberg, 1999; Binswanger, 1960/2015; Gendlin, 1996; Rogers & Stevens, 1967/2011).

O distanciamento que têm da própria experiência faz com que os participantes não consigam compreender a estrutura da vivência psicótica. Seu conteúdo, muitas vezes com manifestações bizarras, acaba sendo tomado como elementos “extraterrestres”, não humanos, dos quais sentem vergonha e medo. A caracterização da psiquiatria biologicista atual acaba contribuindo para que as pessoas que sofrem com bipolaridade não consigam se aproximar de suas experiências, e, nesse sentido, acabam sendo iatrogênicas, tema que discutiremos na conclusão.

5.3.4 Ampliando a discussão

Neste capítulo, sustentamos interpretativamente a experiência da despersonalização – desrealização como fenômeno primário na vivência da bipolaridade. Em outras palavras, apesar de as pessoas com esse transtorno terem um “eu” que testemunha a própria vida (preservação do “eu puro”, no sentido de Binswanger, 1960/2015), vivem internamente experiências radicais de sofrimento que podem ser resumidas na experiência de não se sentirem reais, vivas; de se sentirem incapazes de agir espontaneamente e de se sentirem

protagonistas na própria vida e no mundo. Vivem uma espécie de solidão radical interna que as impede de viverem o fluxo experiencial natural da vida, o que é descrito por Fuchs (2001) como sincronização.

Conforme já visto, a vida interior sincronizada permitirá que o sujeito sinta uma sensação de estar conectado com o ritmo da vida (na maior parte do tempo), uma vez que o tempo do mundo e o próprio tempo estão conectados. É claro que as variações de humor são algo da vida humana, porém, na experiência bipolar, pelo eu empírico estar fragilizado (Binswanger, 1960/2015), a pessoa se vê invadida tanto pelos outros “internos” (fortes oscilações de humor, ideias recorrentes, memórias dolorosas) quanto pelos “outros” externos (parceiros sociais). Vimos que o surgimento da doença bipolar é secundário à vivência primária da dessincronização, como uma espécie de cristalização ou retroalimentação do processo (Fuchs, 2001, 2013, 2018).

Na bipolaridade, existe uma preservação do eu puro, aquele que testemunha toda a vivência de sofrimento e é capaz de perceber seu próprio prognóstico ruim. Percebe-se desprovido de recursos para ter uma vida digna. Talvez nesse ponto esteja um elemento significativamente motivador do suicídio. Pessoas com esse transtorno testemunham o vazio de suas vidas com extrema lucidez, a ponto de, em alguns momentos, o próprio corpo lhes invadir, promovendo expressões de vivências que o eu empírico é incapaz de assimilar, conforme visto nas compulsões, reações e vivências alucinatórias e delirantes dos participantes.

Ao se comparar com os outros, percebe-se “ficando para trás” e se sente impotente, pesado. A dessincronização contribui para uma perda de contemporaneidade. Pessoas com o diagnóstico de bipolaridade não se sentem instituídas internamente e se percebem claramente à deriva nas ondas do mar da vida interior e exterior, sem porto seguro:

Estas experiências são sentidas na totalidade do eu, o que inclui o corpo. Num estado de alienação e desconexão, o sentimento corporal pode mudar de modo a que ocorram alterações nos seus ritmos, na sua “suavidade”, na sua densidade e na sua forma. O indivíduo pode sentir-se tão insubstancial que pode ser levado pelo vento (Meares, 2000, p. 57).²²

Esse desamparo é também relatado no âmbito da assistência social em relação ao suporte de saúde mental. Os participantes se queixam de muitas dificuldades diante da equipe de saúde, o que acaba não facilitando no processo de aceitação do diagnóstico. A forma como o transtorno é apresentado pela equipe de saúde mental – como “doença incurável” que nada tem a ver com suas vivências – parece gerar neles maior dificuldade em aceitarem o diagnóstico, uma vez que, nessa perspectiva, suas vivências são novamente desconsideradas. Dessa forma, o reconhecimento da necessidade de ajuda faz com que se sintam ainda menos donos deles mesmos.

Seguindo nessa linha, torna-se compreensível quando eles nada têm a fazer além de buscarem identificar pródromos de episódios psicóticos e fazerem uso da medicação, o que Rana buscava desesperadamente cumprir, porém isso ainda era insuficiente para efetivamente ajudá-la. A aceitação do diagnóstico também permitia que aderissem ao tratamento e, por sua vez, restassem um maior controle sobre os próprios atos. Essa é uma vivência clara de todos os participantes. Na metassíntese, encontramos também vivências que apontam nessa direção.

²² *These experiences are felt in the totality of self, which includes the body. In a state of alienation and disconnectedness, body feeling may change so that alterations occur in its rhythms, its 'smoothness', its density and shape. The individual may feel so insubstantial that he or she could be blown away by the wind.*

A aceitação da experiência do transtorno do humor ajudou os participantes a resgatarem o autocontrole e um senso de empoderamento (Durgu & Dulgerler, 2021; Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Perich *et al.*, 2021; Warwick *et al.*, 2019). A aceitação do diagnóstico também foi experienciada como uma dinâmica gradativa com duas facetas antagônicas: pode tanto apresentar-se como algo legitimador ou estigmatizante (Pallesen *et al.*, 2020). Legitimador quando corresponde às experiências vividas subjetivamente, favorecendo uma compreensão acerca das dificuldades (Warwick *et al.*, 2019); estigmatizante quando reforça a experiência de se sentir diminuído, subjugado a uma doença, ou favorece práticas de exclusão, subjugação ou outros tipos de violência, principalmente advindas do contato com terceiros (Hormazábal-Salgado & Poblete-Troncoso, 2020; Pallesen *et al.*, 2020; Richard-Lepouriel *et al.*, 2020; Smyth *et al.*, 2021; Warwick *et al.*, 2019).

Muitos participantes da metassíntese optaram por manter o diagnóstico em sigilo (Smyth *et al.*, 2021), com medo de serem julgados ou discriminados no trabalho, podendo optar por descreverem como “depressão” ou “esgotamento” para evitarem o termo TB (Pallesen *et al.*, 2020; Richard-Lepouriel *et al.*, 2020). Em relação a esta pesquisa, Rana mantém sigilo, porém Manuela e Mauro não sentem necessidade do sigilo.

O bipolar precisa suportar toda essa realidade, a realidade de, progressivamente, ir perdendo as frágeis relações que possui e suas dificuldades em relação ao suporte dos profissionais; precisa lidar com os sintomas de uma vida interior muito sofrida, atravessada pelo vazio, inclusive por déficits cognitivos, com perdas e afastamentos, conforme relatado por Rana e Mauro. Em resumo, eles acabam se transformando em verdadeiros guerreiros para conseguirem suportar todo esse peso social sobreposto a uma vida interior extremamente desafiadora.

Diante do exposto, torna-se muito compreensível o alto índice de suicídio principalmente num ambiente que não ofereça um suporte adequado. Como partimos de uma perspectiva em que a experiência de despersonalização-desrealização se apresenta como fenômeno primário, vamos encontrá-la de uma forma ainda mais acentuada na experiência esquizofrênica, uma vez que, de acordo com abordagens fenomenológicas mais recentes (Sass, 2000; Sass & Parnas, 2003), a esquizofrenia tem como cerne uma diminuição da autoconsciência básica que permeia todas as dimensões da experiência.

Mas, então, como explicar que na esquizofrenia o índice de suicídio é menor? Talvez a resposta menor decorra do fato de o esquizofrênico conseguir encontrar um “lugar no vazio”. Ser incapaz de traduzir o que vive, pois tem uma fragmentação do eu puro (Binswanger, 1960/2015), pode contribuir para que ele suporte melhor, como um pássaro já acostumado a viver numa gaiola.

A pessoa portadora de TB, tendo mais clareza de seu aprisionamento, percebendo sua ruína, percebendo-se profundamente sozinho, acaba encontrando uma alternativa no suicídio, como forma de encerrar a morte em vida. O delicado dessa escolha é que o suicida acaba buscando aquilo do qual quer tanto se libertar, que é a morte, pois já está “morto” em vida. Seu anseio não é pela morte; seu anseio é pelo viver. Mas como ter uma experiência de viver? Será que isso é possível?

Conforme vimos, os participantes buscam alternativas naquilo que chamamos de *vanitas essentialis*, isto é, elementos que proporcionam uma experiência fugaz de bem-estar sustentado por aparências frágeis, porém para eles “essenciais”, uma vez que são tomados como os únicos suportes que eles “alcançam” para tentarem sair, mesmo que momentaneamente, do abismo da desvalia.

Da mesma forma, podemos compreender o próprio surto psicótico como uma *vanitas essentialis*, uma ilusão, aparência vazia que permite a pessoa expressar a essência de sua vivência (psicose reativa, delírios de ruína) ou compensá-la (delírios de grandeza, erotomaníacos). Nesse caso, não cabe a alguém que pretende ajudá-la denunciar sua inautenticidade, pois no fundo a alma dela sente, sabe que é um “faz de conta” e não consegue se sentir efetivamente alegre ou feliz com ela, mesmo numa situação de euforia.

É importante que o terapeuta reconheça a dignidade e importância desses momentos de vazias ilusões, pois neles a pessoa acaba encontrando pequenos “oásis no deserto” por ter uma sensação, mesmo que efêmera, e frágil de encontrar sentido no mundo e na vida de alguém. Conforme vimos no caso de Rana, quando ela encontrou uma presença que realmente lhe fez companhia, não precisou recorrer às *vanitas essentialis*, nem teve mais compulsão por compras ou vivências de alteração de humor grave com crises psicóticas.

Algumas culturas familiares parecem não ter como valor uma atenção aos elementos constituintes essenciais da vida humana, conforme revelado por Stein (1932-33/2000) na formação da pessoa e por Rogers (1977/1994) por meio das condições facilitadoras para o desenvolvimento da personalidade. A família de Mauro parecia valorizar, segundo suas impressões, os papéis sociais, porém na relação cotidiana ficavam se comparando, buscando encontrar defeitos nos outros como forma de poderem se sentir melhor.

Dos participantes, a relação humana que pareceu ser mais saudável foi relativa a Rana, quando descreve sua relação com Dionísio. O que foi tão saudável para ela? Neste momento, importa fazer algumas considerações interpretativas em relação a isso. Aparentemente, o relacionamento deles poderia ser entendido como algo que estava fazendo mal a Rana, pois Dionísio era um rapaz que não conseguia traduzir bem sua experiência vivida e expressava-se agressivamente em muitas ocasiões.

Apesar disso, ele era presente para Rana, fazia questão dela em sua vida e via nela uma pessoa provida de recursos que concretamente o ajudavam a se tornar uma pessoa melhor. Rana sentia concretamente que tinha sentido na vida de Dionísio, que poderia oferecer-lhe algo dela. Rana, mesmo fazendo terapia, não foi capaz de perceber (e talvez sua terapeuta também não) a dimensão de Dionísio em sua vida.

Aqui vemos a diferença entre uma estrutura relacional pautada numa experiência de laço amoroso entre humanos com suas limitações. Tomar as reações das pessoas como horizonte último de suas dignidades é, certamente, fazer da vida humana uma vida ascética de fragilidades, algo muito diferente de sua real condição. Retomando, a atitude de consideração positiva incondicional, proposta por Rogers (1977/1994), está muito mais relacionada ao que Dionísio oferecia para Rana.

Muitas vezes, as queixas e reivindicações de Rana, e dos participantes em geral, não eram bem traduzidas e, por sua vez, não conseguiam ser bem respondidas. Numa leitura superficial tanto de Rogers (1977/1994) quanto da vivência de Rana, que tomam as falas de Dionísio como machistas e grosseiras, poderiam nos levar a uma interpretação de que ele a “desconsiderava”. Penso que é essa dimensão de consideração a que Rogers (1977/1994) se referia como sendo fundamental para a vida humana, que está para além de um discurso politicamente correto (que também certamente tem seu valor).

Nesse caso, podemos entender a consideração como algo que integra tanto a dimensão de atitude como, também, a de uma presença, um tipo de amor que está para além das oscilações afetivas da frágil vida humana, que é capaz de suportá-las, pois está pautada e sustentada não apenas pela atividade superficial da mente, mas também pelos valores repousados no coração humano, no núcleo da pessoa; valores que, quando

acessados, ajudam a pessoa a resgatar seu próprio ritmo, integrando-se com a natureza, com o mundo, pois estão vinculados à mesma substância que os compõem: a substância da vida.

Ao refletirmos sobre a atitude de consideração positiva incondicional proposta por Rogers (1961/2017), concluímos que ele se referia ao amor, essa palavra tão banida dos meios acadêmicos e tão necessária em todos os ambientes humanos que pretendem favorecer o desenvolvimento da pessoa. O psicólogo norte-americano Larry Davidson (2011) sugere que, para reconhecer e restaurar a personalidade de uma pessoa, principalmente numa vivência psicótica, é necessário um “ato de amor”. Amor no processo terapêutico, amor no processo educacional, aquele amor capaz de conseguir esperar o melhor que uma pessoa pode oferecer, pautando seu relacionamento na dignidade, e não a condenando por aquilo que já não pode ser mudado. Amor que faz com que a pessoa se sinta desejante de se abrir para a realidade e não queira acabar com a própria vida por entender que na vida nada tem de realmente sólido e que os laços humanos não passam de ventos conduzidos pelo oportunismo.

Nessa perspectiva, amar uma pessoa que está em sofrimento severo é oferecer a ela uma nova possibilidade de relação, ajudá-la a sair das correntes condenatórias das experiências relacionais do passado e oferecer a ela outro tipo de nutrição, auxiliando-a a não assimilar mais aqueles comunicados aniquiladores que chegam, aparentemente com intenção de ajuda, mas que no fundo comunicam aniquilação humana. Comunicados que retraem a pessoa dessincronizando-a da vida. Nesse sentido, é importante aprendermos a perceber o que os outros comunicam para além das palavras, aquele comunicado que é percebido pelo coração (felt-sense) e que, apesar de estar num embrulho bonito de palavras, pode ter uma intenção destrutiva que nem o outro (comunicante) pode se dar conta.

Um bom psicoterapeuta certamente precisa atentar-se a perceber essa dimensão da vida humana para ser hábil para auxiliar a pessoa em sofrimento severo a ser capaz de recusar aquilo que pretende aniquilá-la existencialmente e ajudá-la a reconhecer e acolher aquilo que efetivamente lhe nutre a alma.

A fenomenologia no campo da psicoterapia é erroneamente associada a uma abordagem apenas sobre os estados interiores e a introspecção. Neste sentido, as experiências subjetivas tendem a ser associadas ao mundo interior, omitindo-se o fato de serem elementos de ligação das pessoas em suas relações com outras pessoas, com seu espaço, com o mundo exterior e com seu próprio corpo. Dessa forma, psicoterapias que se pretendem inspiradas pela fenomenologia devem deixar de lado o objetivo de alterar estados internos da pessoa em sofrimento para poderem caminhar em direção a uma preocupação com o espaço vivido, isto é, com a forma implícita ou pré-reflexiva da pessoa relacionar-se com as outras pessoas. Nessa perspectiva, a relação terapêutica assume um caráter crucial como um meio favorecedor de mudança de padrões implícitos relacionais, capaz de contribuir para a ampliação do espaço de vida da pessoa em sofrimento (Fuchs, 2007).

A partir do pensamento de Giussani (2009), podemos compreender que, quando conseguimos observar o que o outro busca no fundo de suas atitudes, conseguimos suportar melhor até mesmo os gestos mais agressivos, não o definindo por eles. Certamente, não estamos fazendo uma apologia ao martírio nem à ausência de limites diante de atitudes agressivas. Estamos fazendo uma confirmação acerca da possibilidade de organizarmos uma sociedade capaz de suportar a complexidade da vida afetiva em suas oscilações, valorizando, assim, o laço entre as pessoas para além das formas muitas vezes grotescas de

suas apresentações; um laço que encontra um sustento sólido quando sai da atividade superficial da mente (eidética) e atinge o mundo das estruturas e dos valores.

A complexidade da vida afetiva demanda a oferta de terreno fértil em que ela possa ser elaborada e desenvolvida, isto é, na relação de consideração positiva incondicional. Em resumo, no campo do amor; o amor que liberta, o amor que oferece sossego e paz para poder elaborar o tumulto afetivo e olhar para o erro sem condenação. Para os casos mais graves, a relação interpessoal, pautada na atitude genuína de cuidado e responsabilização/comprometimento com aquele que sofre, já é, por si só, terapêutica e integradora. Pode, aos poucos, ir favorecendo a integração da personalidade até ao ponto em que a personalidade esteja mais integrada e consiga voltar-se para seu mundo interior.

A focalização pode auxiliar nesse momento favorecendo que a pessoa desenvolva uma espécie de relacionamento com sua própria vida afetiva interior, o que contribui para o desenvolvimento do senso de si a partir da experiência concreta vivida no corpo. O que queremos dizer é que a experiência de consideração positiva incondicional, muitas vezes mal compreendida, é uma experiência essencial da vida humana, terreno no qual ela floresce e se realiza. Wojtila (2003) explicita isso:

O amor une as pessoas, e sua convivência harmoniosa significa que elas podem se alegrar juntas no bem que cada pessoa representa e também no bem que sua união traz. É um bem de harmonia espiritual e paz. Neste clima, uma autodoação mútua se torna possível, o que leva a um aprofundamento mútuo. É por isso que toda a convivência humana deve ser baseada no amor (p. 316).²³

²³ *El amor lleva consigo la unión de las personas, y su convivencia armoniosa hace que puedan alegrarse juntas del bien que cada persona representa y también del bien que comporta su unión. Es un bien de armonía espiritual y de paz. En este clima se hace posible una recíproca entrega de sí mismos que lleva a la profundización recíproca. Por esto, toda convivencia humana debería basarse en el amor.*

Com essa passagem de Wojtila, é possível captar melhor o leito pelo qual a vida humana pode se sincronizar, integrando-se ao tempo do mundo/natureza. Conforme vimos no Capítulo 2, a importância da presença do amor no estabelecimento das relações na clínica da saúde mental era uma percepção que Binswanger (1960/2015) já possuía. Aqueles que beberam da nutrição da alma a partir dos valores do coração certamente são capazes de reconhecer que essas palavras, trazidas aqui, não são meros romantismos. Elas dizem sobre a constituição misteriosa da vida humana. Convidamos aqueles que ainda não observaram esse elemento estrutural das vivências humanas a não dizerem precipitadamente que ele não existe nem que é romantismo, mas sim a manterem uma postura fenomenológica de abertura para o novo revelado pelo encontro com a alteridade/o mundo. Gostaríamos também de explicitar que não pretendemos com esses elementos apresentados, sobre a estrutura da alma humana, incentivarmos o abandono de uma posição de abertura fenomenológica e cairmos num ideal de pessoa a ser perseguido, o que caminhará em direção a uma atitude disciplinadora (Vieira & Freire, 2012).

Conforme vimos, as experiências traumáticas fazem com que o eu assimile um tipo de nutrição que “intoxica” a pessoa, uma nutrição que pode ser assimilada como “desapareça!”, gerando dessincronização, o que fará não apenas que esse eu fique “sem alma” (como veremos adiante), mas também que se culpabilize num ciclo autopunitivo. Numa situação de erro, a não diferenciação do comportamento errado da dignidade da pessoa é algo comum de ocorrer e gera nela a experiência de “ser errada”. Não podendo deixar de ser ela mesma, a autopunição se torna uma alternativa.

Gostaríamos de deixar claro que consideração positiva incondicional não se trata de ausência de limites, pois o limite educativo está repousado no cuidado ao outro, daí a importância de a pessoa conseguir transmitir o cuidado presente na experiência de limite,

o que fará com que ela sinta que: “Apesar de você errar, você é bem-vindo no meu mundo”. A criança, ao ser traumatizada, violentada, não consegue distinguir aquilo que o adulto comunica no ato punitivo “Você não é bem-vindo no meu mundo” de “Você não é bem-vindo no mundo”. Sente-se muitas vezes aniquilada na existência. O educador precisa ter muita atenção em como a criança capta aquilo que foi comunicado.

Conforme vimos, a relação educativa, de formação da pessoa, assim como a relação dialógica, implica cumplicidade, responsabilidade. Aqui vemos que um tratamento, para ser centrado na pessoa, precisa necessariamente captar as estruturas de suas vivências, e não apenas as aparências de suas emoções. Ao captar dialogicamente a estrutura da vivência, implicará também responsabilidade. Nesse ponto, encontraremos a dimensão de presença, a ser discutida no próximo tópico. Diante do exposto, fica mais nítida a compreensão do elemento **“Luto herculeamente para lidar com minhas reações, meu próprio corpo, sobreviver no mundo e tenho muito medo do futuro”**.

5.4 Reflexões Propositivas: da Despersonalização/Desrealização a Quando a Vida se Torna “Cheia De Alma”

Pretendemos, neste momento, realizar algumas reflexões propositivas buscando ampliar o fenômeno da despersonalização-desrealização desenvolvido no Subtópico 5.1. Por percebermos o fenômeno da despersonalização-desrealização como elemento central da vivência bipolar, consideramos importante iniciarmos essa discussão, fazendo uma distinção entre o fenômeno vivido de despersonalização/desrealização de sua apresentação como transtorno de despersonalização/ desrealização no DSM-5 (APA, 2014). Nesse manual, o fenômeno da despersonalização/desrealização é tomado como um diagnóstico à parte, que pode ser incluído como comorbidade ao transtorno bipolar. A fenomenologia

ressalta a importância do processo de significação do mundo, pois este possibilita às pessoas vincularem-se de alguma forma a ele.

Considerando, então, que quando a significação do mundo se dá de forma dissociada, distorcida, irá impedir que a pessoa consiga efetivamente saber o que se passa com ela e, por sua vez, não terá como encontrar o caminho, método, para solucionar aquilo a ser efetivamente remediado. O fenômeno aponta para o método, motivo pelo qual as pesquisas fenomenológicas se tornam tão importantes no campo das ciências da saúde, contribuindo para uma visão do ser humano enquanto totalidade, e não fragmentado, como os atuais manuais diagnósticos acabam considerando, tema já debatido no Capítulo 2.

O fenômeno do sofrimento radical, apontado nesta pesquisa a partir das vivências de pessoas com transtorno bipolar como experiência de despersonalização/desrealização, permite uma compreensão do fenômeno psicótico ao longo de um espectro no qual cada tipo e intensidade de sofrimento se apresenta a sua própria maneira, quer seja bipolar ou esquizofrênico.

Essa perspectiva encontra ressonância em propostas psicológicas que caracterizam e descrevem um espectro da autenticidade, isto é, um *continuum* entre um alheamento em relação a si mesmo e o processo de tornar-se si mesmo. Essa **psicopatologia da autenticidade** está presente nas proposições teóricas de Edith Stein (1932-33/2000), Carl Rogers (1961/2017) e Eugene Gendlin (1996), embora nenhum desses autores tenha desenvolvido uma proposta psicopatológica específica. Ainda assim, todas as concepções psicológicas de natureza clínica sobre o ser humano incluem uma compreensão sobre elementos significativos que constituem modos de sofrimento aos quais aponta-se a necessidade de intervenções psicológicas. Dessa forma, toda concepção de psicológica de natureza clínica possui uma psicopatologia, mesmo que implícita no processo teórico.

Podemos observar, por exemplo, contribuições steinianas para a psicopatologia a partir da dimensão autenticidade/inautenticidade e do processo de formação ou não formação da pessoa humana. A psicopatologia discutida à luz da clínica humanista rogeriana e gendleriana, por mais que intencionalmente evitem – assim como a própria fenomenologia –, a sobreposição de rotulações diagnósticas ao fenômeno vivido para não se distanciarem do acontecer humano, podem ser compreendidas a partir do espectro inautenticidade/autenticidade. O fenômeno da inautenticidade é um elemento central nas conhecidas psicologias do ego com influência na própria clínica humanista rogeriana.

Rogers (1965/1975b), acreditava que as pessoas possuem em si uma tendência inata, própria do humano, que ao ser “nutrida”, isto é, ao receber condições propícias do ambiente (necessariamente um ambiente constituído por outros), resulta em que essa tendência promoverá desenvolvimento em direção à maturidade e a autorrealização.

A crença nessa tendência atualizante e em seus desdobramentos nos elementos nutritivos, denominados por Rogers como condições necessárias e suficientes para o desenvolvimento da personalidade, é um dos pilares da Abordagem Centrada na Pessoa. Rogers (1965/1975b) defende que o funcionamento ótimo da personalidade está diretamente relacionado ao nível de autenticidade da pessoa, isto é, a congruência em relação a sua experiência organísmica.

Gendlin, aluno e colaborador de Rogers, contribuiu para o desenvolvimento do conceito de autenticidade ao apontar o fluxo experiencial, doador de sentido revelado no próprio processo experiencial corporal. Stein, ao desenvolver uma descrição sobre a estruturação da Psicologia a partir da fenomenologia, reconheceu, um princípio de individuação no ser humano que o conduz a tornar-se ele mesmo. Importa, neste momento,

recorrermos ao pensamento de Edith Stein (1932-33/2000), pois acreditamos que ele possa contribuir de forma mais ampla para o que buscamos explicitar como vida autêntica.

Compreender a vida autêntica torna-se importante, pois acreditamos que, ao abordarmos a dimensão de tratamento, necessariamente o psicoterapeuta precisa viver essa experiência para que consiga captar aquilo que se passa com aquele que está diante dele como cliente. Nesse sentido, a autenticidade não é um estado de quem deseja comunicar o que sente, é uma condição processual daquele que busca se conhecer, que debruça-se sobre sua própria vida, compreendendo processos implícitos importantes.

Nesse sentido, a atitude de autenticidade não se define como um estado que possibilita a comunicação de sentimentos, mas sim como uma condição processual daquele que busca se conhecer, que se debruça sobre a própria experiência, a fim de compreender processos implícitos importantes.

5.4.1 Terapia Orientada pela Focalização como Prática Favorecedora da Ressincronização

O primeiro ponto ao qual gostaríamos de chamar atenção é que a experiência de autenticidade implica uma sincronização com o fluxo da vida, conforme descrito por Fuchs (2001, 201, 2014, 2018). Conforme já visto, a vida interior sincronizada permitirá que o sujeito tenha uma sensação de estar conectado com o ritmo da vida. Também vimos que Gendlin (1996) desenvolveu uma psicoterapia do fluxo experiencial, denominada por ele como Terapia Orientada pela Focalização. Essa terapia se baseia em princípios, já explicitados no Capítulo 2, que visam auxiliar a pessoa a perceber seu próprio fluxo experiencial implícito revelado pelo corpo, assim como os significados contidos nele em relação às suas próprias vivências.

Nesse processo, o método de Gendlin proporciona à pessoa um desenvolvimento de um **senso de si** interior a partir da observação desse fluxo, do *felt sense*, tomando a experiência sentida no corpo como elemento terapêutico de ressincronização entre o tempo do mundo e o próprio tempo. Certamente, para casos graves a introspecção e sua consequente observação sobre a experiência sentida no corpo acaba sendo menos indicada em prol de uma experiência interpessoal que leve a pessoa para o viver da vida exterior de forma presente e comprometida. A contraindicação da introspecção em casos graves está relacionada à condição de que ela pode contribuir ainda mais para a perda de autonomia da pessoa em relação às suas fortes vivências emocionais. A pessoa em sofrimento severo precisa muito mais de uma experiência de companhia exterior, para, num segundo momento, conseguir voltar-se à elaboração do contingente de vivências não assimiladas que geram o “peso”, isto é, toda a dessincronização.

Gendlin (1996/1999) argumentou que as práticas de meditação e relaxamento, tais como Mindfulness, tendem a lidar com as tensões e os pesos do estresse como um todo (de forma indiferenciada), o que pode favorecer que resíduos físicos de tensão sempre permaneçam no corpo, pois apesar das pessoas estarem profundamente relaxadas, elas sentem uma tensão, ou se sentem numa atmosfera desagradável, algo que nem sempre pode ser percebido. Ele identificou que os estresses que as pessoas sentem em seus corpos se desdobram em várias questões da vida e que todas as tensões se apresentam emaranhadas no acontecer do corpo, resultando num “peso”, numa espécie de tensão generalizada. O método da focalização permite a identificação de grandes estresses de longo prazo, juntamente com estresses menores advindos dos eventos do cotidiano, e a consequente integração dessas experiências, nem sempre percebidas por meio da reflexão, mas sempre sentidas no corpo.

A intervenção psicológica não se limita ao conhecimento teórico do que psicólogo, pois ele precisa ser, também, uma presença que não apenas diagnostique, mas que seja capaz de vivenciar um Tu diante de um Eu fragilizado, um tu que seja capaz de reconhecer as dimensões profundas do eu e ser experiencialmente responsivo a elas. Isso supõe uma compreensão empática da estrutura vivencial do cliente.

Muitas vezes, a ACP é mal compreendida, pois a compreensão empática, que é uma das três atitudes básicas que o psicoterapeuta deve exercer ao estar com o cliente acaba sendo associada a um mero reflexo de sentimentos, o que não é minimamente suficiente inclusive quando se trata de atenção aos sofrimentos mais severos. Outra ideia equivocada, que comumente é direcionada à ACP, é a compreensão sobre a tendência à atualização como uma “entidade interna,” milagrosamente solucionadora de problemas, em que basta o profissional refletir aquilo que percebe sobre o que se passa com o cliente, para poder ajudá-lo; novamente, como se a dinâmica de desenvolvimento das pessoas acontecesse internamente apenas, sem uma vinculação ao mundo vivido com outras pessoas em termos existenciais.

Assim a “confiança na tendência a atualização” pode tornar-se uma justificativa para que não se coloque como fundamental a disponibilidade do psicólogo para envolver-se e estimular o acontecer de um encontro dialógico. Dessa maneira, o psicoterapeuta não se torna capaz de efetivamente realizar uma compreensão empática e intencionalmente centrar-se no cliente. Nesse caso, ele corre o risco de deixar o cliente numa profunda experiência de vazio sem se apresentar enquanto alteridade nas dimensões demandadas pelo sofrimento da pessoa que vem em busca de ajuda psicológica. Realmente, algumas críticas à abordagem centrada na pessoa teriam fundamento nessa visão distorcida da “tendência à atualização” como uma entidade mágica resolvedora de problemas *per se*. Uma abordagem

centrada na pessoa refere-se, acima de tudo, à importância de se captar a experiência vivida do cliente a partir da tensão gerada pelo encontro no qual o terapeuta vive uma constante preocupação em oferecer-se como alguém que cria condições favoráveis ao desenvolvimento do cliente, apostando em sua possibilidade de retomar a própria autonomia pessoal. Nesse sentido, ele permanece em constante estado de disponibilidade emocional para prover o necessário suporte e a necessária falta (Tostes & Cury, 2021).

Nas palavras de Gendlin, conseguimos compreender bem o sentido de tendência à atualização:

toda sensação ruim é uma energia potencial no sentido de um modo mais correto de viver, se você lhe der espaço para buscar o que é certo. A própria existência de sensações desconfortáveis, demonstra que o seu corpo sabe o que é errado e o que é certo. Ele deve saber o que é perfeito, ou não transmitiria uma sensação de errado. Seu corpo, que tem um senso do que é certo, sabe qual é a sensação. As sensações de ‘ruim’ ou ‘errado’ dentro de você são, na realidade, à medida que seu corpo tem da distância entre ‘perfeito’ e o modo como se encontra no momento. Ele sabe a direção correta. Sabe isso com tanta certeza quanto você sabe para que lado inclinar um quadro torto na parede. Se o disparate for tão pronunciado que você o note, não há como inclinar a moldura na direção errada e fazer o quadro ficar ainda mais torto achando que está certo. A noção de errado se faz acompanhar inseparavelmente da noção de qual direção tomar (Gendlin, 1978/2006, p. 93).

Vemos a influência de Husserl no pensamento de Gendlin partindo de uma concepção essencial estrutural.

5.4.2 A Presença Implicada como Suporte Fundamental para a Constituição do Valor Pessoal

Neste momento, vamos buscar entender o que Stein (1932-33/2000) propôs como vida autêntica.

O fenômeno da autenticidade pode ser considerado como um espectro da formação da pessoa nas suas mais diferentes dimensões. Para Stein (1932-33/2000), a formação da pessoa (autêntica) está diretamente ligada: a) ao ambiente natural, que vai nutrir e oferecer condições para sua dimensão corpórea; b) às relações interpessoais, seja em âmbito comunitário, social, seja de massa; e c) ao mundo espiritual, representado pelas instituições educativas, jurídicas, etc. A pessoa sendo nutrida em todos esses âmbitos, somado ao princípio de individuação, favorecerá a expressão de sua dimensão mais originária tanto da alma singular quanto da própria alma humana; por outro lado, o ambiente pode contribuir para a alienação dessas características constituintes da alma (Coelho, 2018).

Stein (1932-33/2000), por meio de uma análise metafísico-antropológica, identificou o princípio de individuação na estrutura humana que impele o sujeito a constituir-se em conformidade com o seu próprio núcleo pessoal, tornando-se cada vez mais ele mesmo (Alfieri, 2014). Nesse sentido, também respondendo ao próprio princípio de individuação, a pessoa se torna cada vez mais autêntica. Stein (1932-33/2000) fala da formação da alma que, para realizar-se precisa de material correspondente, pois se o ambiente não puder nutrir a pessoa com alimentos para seus órgãos espirituais (sentidos, memória, vontade, intelecto, sentimento), ela não conseguirá se constituir e, assim, permanecerá alienada de si e do próprio mundo. Sobre a formação da pessoa, Stein (1930/1999b) afirma:

A formação não é uma posse externa de conhecimentos e, sim, a forma que a personalidade humana assume sob a influência de múltiplas forças vindas de fora, ou então o processo dessa moldagem. O material a ser moldado é constituído de um lado pelas aptidões físicas e psíquicas com que o ser humano nasce, pelo material que lhe é constantemente acrescentado de fora e que deve ser assimilado pelo organismo. O corpo retira esse material do mundo físico, a alma do ambiente espiritual, do mundo das pessoas e dos bens de que deve alimentar-se (p. 137).

Conforme já vimos, Stein (1930/2003) entende que a alienação da alma ocorre quando ela não assimila a matéria que recebe do mundo a partir de seus órgãos espirituais e, em vez de amadurecer formando-se, esse conteúdo passa a pesar-lhe por não ser assimilado. Coelho (2018) afirma que o principal elemento que distingue a vida autêntica da inautêntica é o elemento mobilizador que a guia, quer seja proveniente do exterior, vindo da periferia da alma, quer provenha do interior, do seu centro pessoal.

Se o comportamento da pessoa for provocado por forças externas, será um comportamento “sem alma”. Acolher aqueles elementos que vêm do interior de sua alma seria o ponto de referência para a possa se tornar “cheia de alma”. Nomear aquilo que vem do núcleo pessoal não é algo fácil, mas Stein (1922/1999a) denomina de valores e explica que quando a alma é guiada pelos seus valores mais profundos e sua mobilização vem da força mais profunda dela mesma, então a pessoa e seu comportamento ficarão “cheios de alma”:

É impossível dizer do que a alma pode precisar para seu despertar. Tudo e qualquer coisa pode entrar de repente em uma profundidade na qual nada foi capaz de ir antes. Se isso acontece, não é esta ou aquela capacidade que se forma, mas é toda a riqueza da alma que é derramada na vida atual e aparece nela, e só então a vida se torna

“cheia de alma”. Se tentarmos observar, em contraste, o comportamento sem vida do qual falamos anteriormente, vemos uma série de possibilidades. Como as profundezas da alma ainda não foram despertadas, a pessoa é absorvida por experiências periféricas. Mesmo os afetos, que “verdadeiramente” reivindicam o direito de serem experimentados em profundidade, só se esgotam em uma dimensão periférica; o indivíduo, no entanto, não experimenta isso como uma falta, uma vez que ele não conhece sua profundidade pessoal. Há, então, um fluxo das profundezas para a periferia quando, no indivíduo, a vida da alma é formada em tormento, quando a alma é preenchida pelo desespero. Nesse ponto, a alma foi reavivada, embora sua vida tenha sido empurrada para um segundo plano, em benefício da experiência periférica. Se, pelo contrário, a “fuga” for bem-sucedida, o desespero permanece no fundo da alma, enquanto o ego se abre completamente para a vida periférica atual (Stein, 1922/1999a, p. 251 – tradução nossa).²⁴

Talvez os profissionais de saúde, ao lerem esta passagem, pensem: “Mas uma pessoa tomada pelo vazio está vivendo sofrimentos radicais tão severos, que essa pessoa não estará interessada em valores! É como se alguém convidasse uma pessoa esfomeada para ir ao

²⁴ È impossibile dire che cosa possa servire all'anima per il suo risveglio. Tutto e qualsiasi cosa può improvvisamente entrare in una profondità in cui niente fino ad allora era capace di inoltrarsi. Se ciò accade, non si viene a formare questa o quella capacità, /211 ma è tutta la ricchezza dell'anima che si riversa nella vita attuale ed appare in essa, e solo allora la vita si fa «piena di calore» Se proviamo ad osservare, per contrasto, il comportamento privo di vita di cui abbiamo parlato precedentemente, vediamo ancora una serie di possibilità. Dal momento che le profondità dell'anima non sono state ancora risvegliate, si viene assorbiti nei vissuti periferici. Anche gli affetti, che rivendicano «veramente» il diritto ad essere vissuti in profondità, si esauriscono soltanto in una dimensione periferica; l'individuo, tuttavia, non vive ciò come una mancanza, in quanto egli non conosce le sue profondità personali. Esiste, poi, un flusso dalla profondità verso la periferia, quando nell'individuo la vita dell'anima si tra forma in tormento, quando l'anima si riempie di disperazione. A questo punto l'anima è stata ridestata, benché la sua vita sia stata sospinta sullo sfondo, a tutto vantaggio del vissuto periferico. È possibile che la messa fuori circuito desiderata invece non riesca e la vita del profondo penetri nei vissuti periferici conferendo ad essi la propria colorazione. Se, al contrario, la «fuga» ottiene il successo tanto sospirato, la disperazione rimane ferma sul fondo dell'anima, mentre l'io si apre completamente alla vita attuale periferica.

cinema. Isso não faria sentido, pois ela precisa ser nutrida para desejar cuidar de outras questões menos fundamentais!”. Então qual é o sentido de trazer a reflexão sobre a autenticidade até esse nível? Só uma presença é capaz de evocar uma presença. Só uma presença é capaz de evocar um eu descrente, habitante de uma vida vazia. Descrente porque profundamente solitário e abandonado pelos próprios sentidos e por não ter sentido na vida de alguém.

Como considerado no Capítulo 3, ao falarmos da relação dialógica entre pesquisador e participante, buscamos no fundo falar sobre uma relação humana de qualidade; para isso é importante o reconhecimento de que cada experiência de alteridade é um sinal que remete o “eu” para algo além do que ela mostra. Então é importante que o terapeuta, o familiar, o cuidador de uma pessoa em sofrimento severo tomem como ponto de partida para essa relação o seu próprio compromisso com sua realização, com a realização de seus valores, para que, nutrido, consiga se abrir-se para uma pessoa em extremo sofrimento, sendo capaz de acolhê-la do jeito que ela é. O que queremos dizer com isso? Que é fundamental que um facilitador do desenvolvimento seja Presença, no sentido último que essa palavra afirma. E, para que isso aconteça, ele precisa de muito mais do que conhecimento técnico. Nas palavras de Mahfoud (2017):

[...] que a pessoa ame o seu percurso a realizar, que se faz presente como convite na própria experiência, provocado pela presença de alguém. Que o ame. Ame a possibilidade que se vislumbra na experiência real. Essa afirmação, tão misteriosa, se dá no que há de simplesmente muito humano (p. 106).

Para se tornar Presença, ele precisa ser capaz de amar seu próprio percurso existencial, nutrindo sua alma de bens espirituais (abordados no Capítulo 2) , isto é, ele precisa ter atenção ao seu coração, ao seu núcleo pessoal, ao que lhe nutre a alma, para que

consiga encontrar vida no seu encontro com o mundo e no seu encontro com as pessoas portadoras de sofrimentos severos, pois, encontrando-as “cheias de alma”, elas olham para si com um olhar semelhante ao de um pai que acabou de ver seu filho nascer. Eles a veem como um *acontecimento* da vida. É um olhar de encantamento pelo milagre do existir. É o olhar que ama o outro enquanto alteridade anunciada pela vida. É o olhar terapêutico por excelência.

Esse olhar terapêutico pautado no reconhecimento da alteridade implica o reconhecimento de todas as dimensões da constituição do eu, como “corpo, alma e espírito” (Stein, 1932-33/2000) e da necessidade da vida em comunidade, conforme já vimos no Capítulo 2. Além disso, existe uma ética, pois captar o outro como acontecimento da vida implica que o sujeito precisa “afirmar esse mistério no vivo da uma relação pessoal” (Mahfoud, 2017, p. 98), e para isso suportar a dor que essa relação também possa implicar, uma dor que também permitirá que o “olho se torne olho que se vê; só pelas lágrimas que choram as lágrimas do mundo é-nos possível entrever e apreender os limitados horizontes da existência” (Borgna, 2011a, p. 58). Para Mahfoud (2017), Borgna (2011b) e Giussani (2009), a possibilidade de sustentar essa dor repousa no reconhecimento daqueles valores mais preciosos que o coração humano anuncia.

Certamente, captar o movimento do outro em sofrimento severo é também perceber aquilo de que ele precisa. Está implicada uma solicitação nesse movimento. Ao captar a pessoa no movimento dela, o terapeuta, certamente, verificará que o tipo de suporte que ela precisa ultrapassar não se limita a uma relação “neutra” em um consultório; implica comprometimento e responsabilidade com o afeto anunciado.

Davidson (2011) defende a necessidade de uma postura mais compassiva e comprometida do terapeuta no cuidado com sofrimentos mais severos, uma postura que se

enquadra numa “ampla rubrica de amor”, uma vez que várias formas de amor são requeridas no trato com pessoas com esse acometimento. A maior afirmação dessas pessoas é o terapeuta dar a sua própria pessoa comprometida para elas, tanto oferecendo amor quanto se permitindo receber o amor delas.

A relação dialógica enquanto base para o desenvolvimento da vida humana, isto é, uma relação pautada num vínculo sólido precisa oferecer um contexto seguro para as pessoas explorarem a relação e a dimensão do afeto (comprometimento) envolvido. Experiências como raiva, rejeição e confronto devem aparecer à medida que o vínculo for se formando, pois possivelmente a relação será testada. Contudo, diante da constatação de um amor verdadeiro, a alma volta a resgatar a esperança que, ao suportá-la auxiliará fazendo com que volte a conseguir nutrir-se daquilo que a alimenta.

A relação terapêutica precisa oferecer um contexto seguro que ajude as pessoas a reaprenderem elementos importantíssimos da experiência de serem amadas. Uma relação deste tipo implica em uma busca por ajudar as pessoas a reconstruírem um sentido delas mesmas diante de uma vida autodeterminada e significativa numa comunidade.

A atenção do terapeuta com as próprias exigências de seu coração e com seu percurso pode auxiliar as pessoas com transtorno bipolar a encontrarem um novo lugar para suas experiências de dor, permitindo, assim, que o sofrer do estéril esvaziamento de alma se torne um sofrer fecundo, “cheio de alma”. Dessa forma, ele permitirá que a pessoa encontre sua própria alma em meio a todo o sofrimento.

Uma pessoa com TB, ao se perceber vista como um *acontecimento*, é convidada a perceber-se amada pela vida, um convite potente o suficiente para ajudá-la a vislumbrar sua verdadeira dignidade diante do infinito.

À Guisa de Conclusão

Nosso objetivo, ao planejarmos a pesquisa que deu origem a esta tese, foi investigar a experiência subjetiva, em relação ao sofrimento vivido por pessoas que se reconhecem como correspondendo ao diagnóstico de Transtorno Bipolar, com base numa compreensão e interpretação de significados à luz da Psicopatologia Fenomenológica, em interlocução com a Psicologia Humanista e com a fenomenologia de Husserl e Edith Stein.

Como discutido nos capítulos precedentes, a psiquiatria atual passa por uma crise em relação ao processo de classificação dos transtornos mentais e esta pesquisa vem demonstrar como o papel da fenomenologia no campo da saúde mental pode oferecer uma contribuição substancial, principalmente no que diz respeito a uma evidenciação do entrelaçamento entre o processo patológico e o processo vivido, como elementos indissociáveis. Essa perspectiva epistemológica enfatiza que vida humana e mundo são substancialmente inseparáveis num processo de interconexão mutuamente transformador. Dessa forma, os horizontes quanto ao tratamento dos sofrimentos mentais severos como bipolaridade e esquizofrenia não podem partir de outro ponto que não a qualidade das relações humanas na constituição do espaço e tempo vividos.

Os resultados desse estudo corroboram a proposta clínica da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida por Carl Rogers, que privilegia intervenções baseadas numa relação psicólogo-cliente pautada por atitudes de compreensão empática, autenticidade e consideração positiva incondicional por parte do psicoterapeuta. Da mesma forma, confirmam a proposta fenomenológica de Husserl e Edith Stein sobre a importância das relações intersubjetivas para a constituição da pessoa nas suas três dimensões: corpo, psique e espírito.

A compreensão e interpretação dos elementos estruturais das vivências dos participantes em relação a um sofrimento mental radical tornou-se particularmente possível graças a nossa opção por uma investigação metodologicamente orientada por uma perspectiva fenomenológica e dialógica que se propôs a desencadear o processo da pesquisa a partir de um acontecer humano intersubjetivo.

A posterior articulação dessas vivências singulares com os processos psicopatológicos, não apenas contribuíram para ampliar o campo do conhecimento teórico e metodológico da psicopatologia fenomenológica, como, também, originaram férteis reflexões propositivas no campo das práticas psicológicas, seja em relação à prevenção quanto a inovações nas propostas de intervenção e atenção psicológica.

Como vimos, a proposta psicopatológica fenomenológica caminha em direção a uma compreensão dimensional (corporalidade, temporalidade, espacialidade, intersubjetividade) dos transtornos mentais, por afirmar e demonstrar sua proximidade com o próprio acontecer humano, buscando evitar a todo custo hipostasias e afastamentos que corroboram práticas iatrogênicas. Vale a pena ressaltar que o entendimento categorial dos atuais processos diagnósticos tende a impedir as articulações entre os processos e, por sua vez, não favorecem uma compreensão sobre o desenvolvimento da doença e sobre o próprio tratamento de forma efetiva. Classificações de processos humanos que impedem uma compreensibilidade acerca da experiência vivida, acabam por impedir que as pessoas em sofrimento possam lidar com as decorrências dos sintomas em suas vidas e exercer com dignidade sua autonomia individual.

Os resultados e discussões que dessa pesquisa emergiram intentam contribuir para uma aproximação entre perspectivas que compreendem os transtornos mentais como disfunções existenciais mais do que como disfunções orgânicas cerebrais. Cabe-nos, então,

lançar uma pergunta: Será que as disfunções cerebrais não são um epifenômeno de processos existenciais adoecedores?

A proposta da fenomenologia evidenciada nesse trabalho, visa favorecer que a vida humana possa, efetivamente, acontecer com dignidade, sem tantas distorções nos processos de compreensão e comunicação do que se vive, permitindo assim, com que as pessoas, possam legitimamente exercerem suas potencialidades na construção de um mundo compartilhado. Nessa perspectiva, o entendimento dos elementos estruturantes das vivências humanas objetiva contribuir para o entendimento e favorecimento do posicionamento livre das pessoas em relação aos seus valores mais fundamentais, evitando generalizações que culminam com a eliminação das singularidades.

Como vimos, o profissional da saúde que assume o compromisso primeiro de conhecer a si mesmo, descobrindo as exigências do seu ser constituído, certamente assumirá a relação dialógica não apenas a partir do desejo por compreensão, mas também com comprometimento, doando a si mesmo e estimulando no outro o despertar da própria dignidade ao ser receptor de uma presença na dimensão de abertura que o compromisso com os valores éticos é capaz de proporcionar. Dessa forma verificamos que o processo de compromisso com a comunidade está diretamente relacionado com o compromisso mais íntimo com as próprias exigências éticas elementares.

Não é possível finalizar esse trabalho sem abordar um último ponto. E para tanto, gostaríamos de recorrer a história de Ermano²⁵, filho de Eltrude, esposa de Gobbedo, conde de Hald Ausen de Svevia cuja biografia, encontrada em Oxford, foi escrita por um historiador da idade média. Ermano nasce em 1013 com tamanha deformação corporal, que

²⁵ Contada por Giussani (1971).

era apelidado de “o encolhido.” Tanto era torto e contraído, que não conseguia ficar reto, muito menos caminhar, pois tinha dificuldade até para se sentir confortável numa cadeira feita especialmente para ele. Assim, nem por um só instante, durante toda a vida, sentiu-se confortável ou, pelo menos, livre de dor. Seus dedos eram muito fracos e retraídos para escrever e o palato da sua boca era de tal forma deformado que as palavras custavam a sair e eram difíceis de se entender. Ermano foi mandado para um mosteiro pela família, onde pode ser acolhido e cuidado. E lá o “monstrengo deficiente” conseguiu fazer instrumentos musicais, relógios, compôs hinos, aprendeu matemática, grego, latim, árabe, astronomia e música. Segundo seu biógrafo, nunca vencido, nunca ocioso, apesar de extremamente lento. Mas o que de especial permitiu com que ele conseguisse ir tão longe a ponto de ter composto o hino religioso “Salve rainha”? O que possibilitou que de toda sua família, composta por pessoas de bem e nobres, de ninguém se conservou duradoura memória, salvo do pequeno ser que veio ao mundo horrivelmente disforme? O que foi isso que permitiu que um monstrengo deficiente pudesse ir tão longe? A paciência, aquela que não teme cuidar na lentidão do dia-a-dia e auxiliar na superação dos condicionamentos que acabam-se opondo ao desenvolvimento do sujeito livre, por mais que sejam fatigantes, pois consegue superar a hostilidade aparente das coisas por estar repousada num valor ético mais fundamental. A paciência – aquela força “materna” fundamental exercida tanto pelos monges em relação a Ermano, quanto dele em relação a si mesmo – aquela que permite a constituição saudável da personalidade, que é uma história constituída por uma série de eventos em que o eu, se percebe como verdadeiro protagonista.

Retomando nossas conclusões, o profissional de saúde implicado, ao afirmar sua dimensão mais singular, estará também afirmando a própria vida humana. Assim, cria-se a possibilidade da constituição de um ambiente “amoroso”, e quem sabe “paciente”,

permeado de consideração positiva incondicional (e não livre de conflitos e discórdias, mas que suporta conflitos e discórdias) que não ameaça a integridade e a vida daqueles que nele se encontram. Esse ambiente seguramente proporcionará às pessoas a possibilidade de estarem mais abertas àquilo que significa “convivência” no sentido último do termo. O que estamos explicitando é que o amor, colhido na atenção ao compromisso com as próprias exigências éticas do coração, favorece a abertura, para acolher a alteridade na dimensão que ela necessita, mesmo que isso implique muito trabalho. O que efetivamente constitui o espírito da convivência, é a capacidade de acolher pacientemente o outro na sua alteridade e poder se encantar com a singularidade dele na dignidade que ela se apresenta. Um tipo de força que é capaz de suportar dores mais fortes, pois coloca seu foco, naquilo que é vida. Um tipo de afirmação que, certamente, é capaz de levar a chama da vida humana pela eternidade e contribuir para que “buracos negros” se transformem em estrelas que iluminem novos mundos.

Referências

- Agostinho, S. (2017). *Confissões*. Rio de Janeiro: Schwarcz-Companhia das Letras.
- Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). Encontro com a loucura: Transicionalidade e ensino de psicopatologia. (Tese de Livre Docência, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-24022006-090139/publico//Tania.pdf>.
- Akiskal, H.S. (1994). The temperamental borders of affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(suppl. 379), 32-37.
- Akiskal, H.S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(suppl 1), 4S-14S.
- Akiskal, H.S., Mallya, G. (1987). Criteria for the soft bipolar spectrum: Treatment implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 23(1), 68- 73.
- Ales Bello, A. (2004). *Fenomenologia e ciências humanas: psicologia, história e religião*. (M. Mahfoud & M. Massimi, orgs e trads.). Bauru: Edusc.
- Ales Bello, A. (2006). *Introdução à Fenomenologia* (J. T. Garcia & M. Mahfoud, trads.). Bauru, SP: Edusc.
- Ales Bello, A. (2012). Coscienza io mondo. In Ales Bello, A., & Manganaro, P. (Orgs.), ... *E la coscienza? Fenomenologia psicopatologia neuroscienze* (pp. 101-240). Bari: Giuseppe Laterza.
- Ales Bello, A. (2014). Introduzione. In Ales Bello, A., & Pellegrino, M. P. (eds.), *Incontri possibili: Empatia, telepatia, comunità, mística* (pp.11-30). Roma: Castelvecchi.

- Ales Bello, A. (2015). *Pessoa e comunidade: comentários: Psicologia e Ciências do Espírito de Edith Stein* (M. Mahfoud, pref., ed.; M. Mahfoud & J. T. Garcia, trads.). Belo Horizonte: Artesã.
- Alfieri, F. (2014). *Pessoa Humana e singularidade em Edith Stein*. (C. F. Tricarico, org. e trad.). São Paulo: Perspectiva.
- Alloy, L. B., Bender, R. E., Whitehouse, W. G., Wagner, C. A., Liu, R. T., Grant, D. A., ... & Abramson, L. Y. (2012). High Behavioral Approach System (BAS) sensitivity, reward responsiveness, and goal-striving predict first onset of bipolar spectrum disorders: a prospective behavioral high-risk design. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 339.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: Uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia (Campinas), 26*(1), 93-100.
- Amatuzzi, M. M., & Carpes, M. (2010). Aspectos fenomenológicos do pensamento de Rogers. *Memorandum: Memória e História em Psicologia, 19*, 11-25.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Andrade, E. D. S. (2019). *A experiência de usuários em um centro de convivência: Um estudo fenomenológico*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/handle/tede/1216>.
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophrenia Bulletin, 33*(1), 108-112.
- Angst, J. (1986). The course of affective disorders. *Psychopathology, 19*(Suppl 2), 47-52.

- Arango, C., Fraguas, D., & Parellada, M. (2014). Differential neurodevelopmental trajectories in patients with early-onset bipolar and schizophrenia disorders. *Schizophrenia bulletin*, 40(Suppl 2), S138-S146.
- Banzato, C. E. M. (2000). Sobre a distinção entre “critério” e “sintoma” na nosologia psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3(3), 9-17.
- Barahona Fernandes, J. (1979). O sentido actual da obra de K. Kleist e as repercussões nos países Ibero-americanos. *Actas Luso-Espanholas de Neurologia, Psiquiatria y Ciencias Afines* 7(6), 341-352.
- Barker, R.G. (1968). *Ecological psychology: Concepts and methods for studying the environment of human behavior*. Stanford University Press.
- Barreira, C. R. A. (2017). Análise fenomenológica aplicada à Psicologia: Recursos operacionais para a pesquisa empírica. In Mahfoud, M., & Savian Filho, J. (eds.), *Diálogos com Edith Stein. Filosofia, Psicologia, Educação* (pp. 317-368). São Paulo: Paulus.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido: Sobre a fragilidade dos laços humanos*. Rio de Janeiro: Schwarcz-Companhia das Letras.
- Benjamin, W. N. (1994). O Narrador: Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In *Obras Escolhidas. Magia e técnica, arte e política: Ensaio sobre literatura e história da cultura* (pp. 197-221). São Paulo: Brasiliense.
- Bezerra, M. C. D. S. (2021). *A experiência intersubjetiva na ludoterapia humanista: Uma perspectiva fenomenológica*. (Dissertação de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/1449/2/MHARIANNI%20CIARLINI%20DE%20SOUSA%20BEZERRA.pdf>

- Binswanger, L. (2015). *Melancolia e mania: Studi fenomenologici*. (Marzotto, M., trad.). Torino: Bollati Boringhieri. (Trabalho original publicado em 1960).
- Borgna, E. (2015). Prefácio. In *Melanconia e mania: Studi fenomenologici*. (Marzotto, M. Trad.). Torino: Bollati Boringhieri.
- Borgna, E. (1999). *Noi siamo um colloquio: Gli orizzonti dela conoscenza e dela cura in psichiatria*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2003). *Le intermitenze del cuore*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2005). *Come se finisse il mondo: Il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2008). *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2009). *I confliti del conoscere: Strutture del sapere ed esperienza della folia*. Milano: Feltrinelli.
- Borgna, E. (2011a). Prefácio. In Ferla, M. T. (2011). *O homem da morte impossível e outras histórias: Psicopatologia fenomenológica* (G. W. Tostes, trad., pp. 9-14). Belo Horizonte: Artesã.
- Borgna, E. (2011b). E a existência torna-se uma imensa certeza. *Memorandum*, 21, 56-61.
- Bosaipo, N. B., Borges, V. F., & Juruena, M. F. (2017). Transtorno bipolar: Uma revisão dos aspectos conceituais e clínicos. *Medicina (Ribeirão Preto, On line.)*, 50(1), 72-84.
- Brandão, J. D. S. (2009). *Mitologia Grega* (21ª ed., vol.3). Petrópolis: Vozes.
- Brisola, E. B. V., & Cury, V. E. (2018). Investigando experiência de mães que cantam para seus bebês: Em busca de significados. *Psicologia em estudo*, 23, 1-14.
- Brisola, E. B. V., Cury, V. E., & Davidson, L. (2017). Construindo narrativas compreensivas a partir de encontros dialógicos: Um caminho em busca de significados. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 34(4), 467-475.

- Buber, M. (1982). *Do diálogo e do dialógico* (3ª ed). São Paulo: Perspectiva.
- Buber, M. (2001). *Eu e Tu*. (Von Zuben, N. A., trad.). São Paulo: Centauro.
- Campbell, J. (1995). *O Herói de Mil Faces* (3rd ed.). Cultrix.
- Campbell, R., Pound, P., Morgan, M., Daker-White, G., Britten, N., Pill, R., Yardley, L., Pope, C., & Donovan, J. (2011). Evaluating meta-ethnography: Systematic analysis and synthesis of qualitative research. *Health Technology Assessment*, 15(43), 1–164.
- Campos, R. N., Campos, J. A. O., & Sanches, M. (2010). A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: Problemas no diagnóstico diferencial. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 37(4), 162-166.
- Carretero, T. C. (1993). *Exclusion sociale et construction de l'identité*. Paris: L'Harmattan.
- Carretero, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14(3), 57-72.
- Carretero, T. C. (2004). La violence faite à un indien: Symptôme de la société brésilienne. In *Revue du Laboratoire de Changement Social* (pp. 101-108). Paris: L'Harmattan.
- Castel, R. (1987). *La métamorphose de la question sociale*. Paris: Fayard.
- Castro, T. G. D., & Gomes, W. B. (2015). Fenomenologia e psicologia experimental no início do século XX. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 403-410.
- Chatterton, M. L., Stockings, E., Berk, M., Barendregt, J. J., Carter, R., & Mihalopoulos, C. (2017). Psychosocial therapies for the adjunctive treatment of bipolar disorder in adults: network meta-analysis. *The British journal of psychiatry*, 210(5), 333-341. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.195321>.
- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, E. (2015). Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37(2), 155-161.

- Clemente, A. S., Diniz, B. S., Nicolato, R., Kapczinski, F. P., Soares, J. C., Firmo, J. O., & Castro-Costa, É. (2015). Bipolar disorder prevalence: A systematic review and meta-analysis of the literature. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 37, 155-161.
- Coelho Júnior, A. G. & Mahfoud, M. (2006). A relação pessoa-comunidade na obra de Edith Stein. *Memorandum: Memória e história em psicologia*, 11, 8-27.
- Coelho Júnior, A. G. (2018). *Autenticidade e corporeidade na obra de Edith Stein* (Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo). Recuperado de https://teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59142/tde-21122018-192254/publico/Tese_Achilles_Coelho_2018.pdf
- Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2011). The clinical management of bipolar disorder: A review of evidence-based guidelines. *The primary care companion for CNS disorders*, 13(4).
- Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996: Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética*, 4(s2).
- Crowe, M., & Inder, M. (2018). Staying well with bipolar disorder: A qualitative analysis of five-year follow-up interviews with young people. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(4), 236-244.
- Crowe, M., Porter, R., Douglas, K., Inder, M., Lacey, C., Jordan, J., & Wells, H. (2020). Patients' experiences of cognitive functioning in recurrent depression: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 321-329
- Cury, V. E. (2015). Narrativas compreensivas sobre sofrimento e cuidado em contextos institucionais. Anais do II Congresso Brasileiro de Psicologia e Fenomenologia e IV

- Congresso Sul-Brasileiro de Fenomenologia: Pensar e fazer Fenomenologia no Brasil (p.56). Curitiba: UFPR.
- Cury, V. E. (2021). Intervenções psicológicas e processos intersubjetivos: pesquisas em psicologia clínica sob uma perspectiva Humanista e Fenomenológica. In Dutra, E. & Cury, V. (org) *Pesquisas Fenomenológicas em Psicologia*. Curitiba: CRV, 196p.
- Dalgalarrodo, P. (2018). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Davidson, A. S. (2013). Phenomenological approaches in psychology and health sciences. *Qualitative research in psychology*, 10(3), 318-339.
- Davidson, L. (2004). Phenomenology and contemporary clinical practice: Introduction to special issue. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35(2), 149-162.
- Davidson, L. (2011). Recovery from psychosis: What's love got to do with it? *Psychosis*, 3(2), 105-114.
- de Monticelli, R. (2002). *El futuro de la fenomenología: meditaciones sobre el conocimiento personal* (Vol. 31). Universitat de València.
- de Monticelli, R. (2019). Edmund Husserl. In Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (Eds.). *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology* (pp. 1-11). Oxford University Press, USA.
- Del-Porto, J. A., & Del-Porto, K. O. (2005). História da caracterização nosológica do transtorno bipolar. *Archives Of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 7-14.
- Del-Porto, J. A., Del-Porto, K. O., & Grinberg, L. P. (2010). Transtorno bipolar: Fenomenologia, clínica e terapêutica. In *Transtorno bipolar: Fenomenologia, clínica e terapêutica* (pp. 1-40). Rio de Janeiro: Atheneu.

- Demissie, M., Hanlon, C., Ng, L., Fekadu, A., & Mayston, R. (2021). Why doesn't God say “enough”? Experiences of living with bipolar disorder in rural Ethiopia. *Social Science & Medicine*, 270(C). <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113625>.
- Dempsey, R. C., Gooding, P. A., & Jones, S. H. (2017). A prospective study of bipolar disorder vulnerability in relation to behavioural activation, behavioural inhibition and dysregulation of the behavioural activation system. *European Psychiatry*, 44, 24-29. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.03.005>.
- Depue, R. A., & Iacono, W. G. (1989). Neurobehavioral aspects of affective disorders. *Annual review of psychology*, 40(1), 457-492. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.40.020189.002325>
- Dorr Zegers, O. (2011). Fenomenología de la intersubjetividad en la enfermedad bipolar y en la esquizofrenia. *Salud Mental*, 34(6), 507-515.
- Dorr Zegers, O. (2019). Delusion and mood disorders. In Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 752-768). Oxford University Press.
- Drakopoulos, J., Sparding, T., Clements, C., Pålsson, E., & Landén, M. (2020). Executive functioning but not IQ or illness severity predicts occupational status in bipolar disorder. *International journal of bipolar disorders*, 8(1), 1-9.
- Dunner, D. L., Fleiss, J. L., & Fieve, R. R. (1976). The course of development of mania in patients with recurrent depression. *The American Journal of Psychiatry*, 133(8), 905-908.
- Dunner, D. L., Gershon, E. S., & Goodwin, F. K. (1976). Heritable factors in the severity of affective illness. *Biological Psychiatry*, 11(1), 31-42.

- Durgu, N., & Dulgerler, S. (2021). The meaning of recovery: The lived experience of patients with bipolar disorder in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing, 42*(6), 573-580.
- Fadda, G. M. (2020). A experiência vivida por pessoas diagnosticadas como autistas, a partir de encontros dialógicos. (Dissertação de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/1340/2/GISELLA%20MOUTA%20FADD A.pdf>
- Fadda, G. M., & Cury, V. E. (2019). A experiência de mães e pais no relacionamento com o filho diagnosticado com autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 35*(spe). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35nspe2>
- Feijoo, A. M. L. C. D., & Goto, T. A. (2016). É possível a fenomenologia de Husserl como método de pesquisa em psicologia? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 32*(4), 1-9.
- Fernandez, A. V. (2014). Depression as existential feeling or de-situatedness? Distinguishing structure from mode in psychopathology. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 13*(4), 595-612.
- Fernandez, A. V. (2014). Reconsidering the affective dimension of depression and mania: Towards a phenomenological dissolution of the paradox of mixed states. *Journal of Psychopathology, Special Issue—Phenomenological Psychopathology and Clinical Practice: Resources for Early Career Psychiatrists, 20*(4), 414–422.
- Fernandez, A. V. (2016). Phenomenology and the crisis of contemporary psychiatry: Contingency, naturalism, and classification. University of South Florida.
- Forghieri, Y. C. (2019). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisas*. São Paulo: Cengage Learning.

- France, E. F., Cunningham, M., Ring, N., Uny, I., Duncan, E. A. S., Jepson, R. G., Maxwell, M., Roberts, R. J., Turley, R. L., Booth, A., Britten, N., Flemming, K., Gallagher, I., Garside, R., Hannes, K., Lewin, S., Noblit, G. W., Pope, C., Thomas, J., ... & Noyes, J. (2019). Improving reporting of meta-ethnography: The eMERGe reporting guidance. *Psycho-Oncology*, 28(3), 447-458.
- Froese, T., & Fuchs, T. (2012). The extended body: A case study in the neurophenomenology of social interaction. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 11(2), 205-235.
- Fuchs, T. (2001). Melancholia as a desynchronization: Towards a psychopathology of interpersonal time. *Psychopathology*, 34(4), 179–186.
- Fuchs, T. (2005). Corporealized and disembodied minds: A phenomenological view of the body in melancholia and schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 12(2), 95–107.
- Fuchs, T. (2007). Psychotherapy of the lived space: A phenomenological and ecological concept. *American Journal of Psychotherapy*, 61(4), 423-439.
- Fuchs, T. (2010). Subjectivity and intersubjectivity in psychiatric diagnosis. *Psychopathology*, 43(4), 268–274.
- Fuchs, T. (2013). Temporality and psychopathology. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 12(1), 75-104.
- Fuchs, T. (2014). Psychopathology of depression and mania: Symptoms, phenomena and syndromes. *Journal of Psychopathology*, 20, 404-413.
- Fuchs, T. (2015). From self-disorders to ego disorders. *Psychopathology*, 48(5), 324-331.
- Fuchs, T. (2018). Ecology of the brain: The phenomenology and biology of the embodied mind. Oxford University Press.

- Fuchs, T. (2019). The life-world of persons with mood disorders. In Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (pp. 617-633). Oxford University Press.
- Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Oxford University Press.
- Gaulejac, V., & Taboada, I. (1993). *La lutte des places*. Paris: Hommes et Perspectives.
- Gazalle, F. K., Hallal, P. C., Tramontina, J., Rosa, A. R., Andreazza, A. C., Zanatto, V., Santin, A., Kapczinski, F., & Ceresér, K. M. (2007). Polypharmacy and suicide attempts in bipolar disorder. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29(1), 35-38.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (eds.), *Personality Change* (pp. 102-148). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.
- Gendlin, E. (1999). *El focusing en psicoterapia: Manual del método experiencial* (J. R. Ortega, Trad.). Barcelona: Paidós. (Trabalho original publicado em 1996).
- Gendlin, E. T. (2006). *Focalização: Uma via de acesso à sabedoria corporal*. São Paulo: Gaia. (Trabalho original publicado em 1978).
- Gendlin, E. T. (2018). *A Process Model*. (1ª ed.). Evanston: Northwestern University Press. (Trabalho original publicado em 1997).
- Giorgi, A. (2009). *The descriptive phenomenological method in psychology: A modified husserlian approach*. Duquesne University Press.
- Giovanetti, J. P. (2017). *Psicoterapia fenomenológico existencial: Fundamentos filosófico-antropológicos*. Rio de Janeiro: Via Verita.

- Giussani, L. (1971). Curso para profissionais de enfermagem (Anotações). Texto não revisto pelo autor. Milão.
- Giussani, L. (2001). *Eu, o poder, as obras: Contribuição de uma experiência*. (N. Oliveira, trad.). São Paulo: Cidade Nova.
- Giussani, L. (2009). *O senso religioso*. Brasília: Universa.
- Giussani, L. (2014). *Scuola di Religione*. Torino: Luogo di Edizione.
- Gomes, W. B., Holanda, A. F., & Gauer, G. (2004). *Psicologia humanista no Brasil. Museu Virtual da Psicologia no Brasil*. Porto Alegre: MuseuPSI.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). Biochemical and pharmacological studies. In Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (Eds.), *Manic-depressive illness* (pp. 416-502). Oxford University Press.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression* (vol. 2). Oxford University Press.
- Goodwin, G. (2016). Bipolar disorder. *Medicine*, 40(11), 661-663.
- Granato, T. M. M., Corbett, E., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Narrativa interativa e psicanálise. *Psicologia em estudo*, 16(1), 149-155.
- Han, B. (2017). *Sociedade da transparência*. (E. P. Giachini, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Han, B. C. (2015). *Sociedade do cansaço*. (E. P. Giachini, trad.). Petrópolis: Vozes.
- Hansson, C., Joas, E., Pålsson, E., Hawton, K., Runeson, B., & Landen, M. (2018). Risk factors for suicide in bipolar disorder: A cohort study of 12 850 patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 138(5), 456-463.
- Hendricks, M. N. (2002). Focusing-Oriented/Experiential psychotherapy: Research and practice. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 221-251). American Psychological Association.

- Henry, M. (1965). *Philosophie et phénoménologia du corps*. Paris: PUF.
- Hoffmann, K. & Knorr, R. (2019). Ludwig Binswanger. In Stanghellini, G., Broome, M., Raballo, A., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., & Rosfort, R. (Eds.), *The Oxford handbook of phenomenological psychopathology* (pp.111-117). Oxford University Press, USA.
- Hormazábal-Salgado, R., & Poblete-Troncoso, M. (2020). Living with bipolar disorder in Chile: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(3), 488-497.
- Husserl, E. (1979). *Conferenze di Amsterdam: Psicologia fenomenologica*. (P. Polizzi, A. M. Riedl & L. Samonà, trads.). Palermo: Pietro Vittorietti Editore. (Trabalho original publicado em 1928).
- Husserl, E. (1990). *A Ideia da Fenomenologia* (A. Morão, trad.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1907).
- Husserl, E. (2006). *Ideias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica. Introdução geral à fenomenologia pura*. (M. Suzuki, trad.). São Paulo: Ideias & Letras. (Trabalho original publicado em 1913).
- Husserl, E. (2012a). *A crise das ciências europeias e a fenomenologia transcendental: Uma introdução à filosofia fenomenológica*. (D. Falcão, trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1954).
- Husserl, E. (2012b). *Investigações Lógicas*. (Vol. 2, P. M. S. Alves & C. A. Morujão, trad., M. A. Casanova, rev. téc.). Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Trabalho original publicado em 1990).
- Husserl, E. (2013). *Meditações cartesianas e conferências de Paris* (1ª ed., P. M. S. Alves, trad.). Rio de Janeiro: Forense. (Trabalho original publicado em 1931).

- Jagfeld, G., Lobban, F., Marshall, P., & Jones, S. H. (2021). Personal recovery in bipolar disorder: Systematic review and “best fit” framework synthesis of qualitative evidence—a POETIC adaptation of CHIME. *Journal of Affective Disorders*, 292, 375-385.
- Jaspers, K. (1987). *Psicopatologia geral: Psicologia compreensiva, explicativa e fenomenologia*. São Paulo: Atheneu.
- Justo, L., de Oliveira Soares, B. G., & Calil, H. (2007). Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005167.pub2>.
- Kendler, K. S., & Parnas, J. (2012). *Philosophical issues in psychiatry II: Nosology*. Oxford University Press.
- Kendler, K. S., Appelbaum, P. S., Bell, C. C., Fulford, K. W. M., Ghaemi, S. N., Schaffner, K. F., Waterman, G. S., First, M. B., & Sadler, J. Z. (2008). Issues for DSM-V: DSM-V should include a conceptual issues work group. *The American Journal of Psychiatry*, 165(2), 174-175.
- Keshavan, M. S., Morris, D. W., Sweeney, J. A., Pearlson, G., Thaker, G., Seidman, L. J., Eack, S. M., & Tamminga, C. (2011). A dimensional approach to the psychosis spectrum between bipolar disorder and schizophrenia: The Schizo-Bipolar Scale. *Schizophrenia research*, 133(1-3), 250-254.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V., Hvenegaard, A., Christensen, E. M., Dam, H., Gluud, C., Wetterslev, J., & Early Intervention Affective Disorders (EIA) Trial Group. (2013). Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: Randomised clinical trial. *The British journal of psychiatry*, 202(3), 212-219.

- Kinn, L. G., Holgersen, H., Ekeland, T. J., & Davidson, L. (2013). Metasynthesis and bricolage: an artistic exercise of creating a collage of meaning. *Qualitative Health Research, 23*(9), 1285-1292.
- Kinn, L. G., Tanaka, K., Bellamy, C., & Davidson, L. (2018). “Pushing the boat out”: A meta-synthesis of how members, staff and family experience the Clubhouse model. *Community Mental Health Journal, 54*(8), 1199-1211.
- Koukopoulos, A., & Koukopoulos, A. (1999). Agitated depression as a mixed state and the problem of melancholia. *Psychiatric Clinics of North America, 22*(3), 547-564.
- Kraus, A. (1994). Phenomenological and criteriological diagnosis: Different or complementary? In J. Z. S. O. P. W. M. A. Schwartz (ed.), *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification* (pp. 148-160). London: Johns Hopkins University Press.
- Kunz, M., Gomes, F. A., Gazalle, F. K., Dias, V. V., & Del Porto, J. A. (2009). Fenomenologia do transtorno bipolar: Nomenclatura e curso da doença. In Kapsczinski, F., & Quevedo, J. (Orgs.), *Transtorno bipolar – Teoria e Clínica* (pp. 74-84). Porto Alegre: Artmed.
- Laursen, T. M. (2011). Life expectancy among persons with schizophrenia or bipolar affective disorder. *Schizophrenia research, 131*(1-3), 101-104.
- Leonhard, K. (1979). *The classification of endogenous psychoses* (R. Berman, trad.). John Wiley & Sons: Chichester.
- Lichtenstein, P., Yip, B. H., Björk, C., Pawitan, Y., Cannon, T. D., Sullivan, P. F., & Hultman, C. M. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: A population-based study. *The Lancet, 373*(9659), 234-239.

- Lima, M. S. D., Tassi, J., Novo, I. P., & Mari, J. D. J. (2005). Epidemiologia do transtorno bipolar. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 32, 15-20.
- Maassen, E. F., Regeer, B. J., Regeer, E. J., Bunders, J. F., & Kupka, R. W. (2018). The challenges of living with bipolar disorder: A qualitative study of the implications for health care and research. *International Journal of Bipolar Disorders*, 6(1), 1-10.
- Mahfoud, M. (2012). *Experiência elementar em psicologia: Aprendendo a reconhecer*. Brasília: Universa.
- Mahfoud, M. (2016). A estruturação da experiência segundo Luigi Giussani. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33 (3), 395-401.
- Mahfoud, M. (org.). (2017). *“Quem sou eu?”: Um tema para a psicologia*. Belo Horizonte: Artesã.
- Mahrer, A. R. (1989). *How to do experiential psychotherapy: A manual for practitioners*. University of Ottawa Press.
- Maldiney, H. (1976). Psychose et présence. *Revue de Métaphysique et de Morale*, 81(4), 513-565.
- Mansfield, A. K., Dealy, J. A., & Keitner, G. I. (2012). Family interventions for bipolar disorder: a review of the literature. *Neuropsychiatry*, 2(3), 231. <https://doi.org/10.2217/npv.12.27>
- Marneros, A. (2001). Origin and development of concepts of bipolar mixed states. *Journal of Affective Disorders* 67, 229-240.
- McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G., Hudson, J. I., Faedda, G. L., & Swann, A. C. (1992). Clinical and research implications of the diagnosis of dysphoric or mixed mania or hypomania. *American Journal of Psychiatry*, 149(12), 1633-1644.

- Meares, R. (2000). *Intimacy and alienation: Memory, trauma and personal being*. London: Routledge.
- Merleau-Ponty, M. (1996). *Fenomenologia da percepção* (C. A. R. Moura, trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Messas, G. (2021). *The existential structure of substance misuse: A psychopathological study*. Switzerland: Springer.
- Minkowski E. (1973). *El tiempo vivido: Estudios fenomenológicos y psicológicos*. México: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em 1933).
- Minkowski E. (2000). *La esquizofrenia: Psicopatología de los esquizóides y los esquizofrênicos*. México: Fondo de Cultura Económica. (Trabalho original publicado em 1927).
- Moreno, D. H., & Andrade, L. H. (2005). The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. *Journal of affective disorders*, 87(2-3), 231-241.
- Moreno, D. H., & Andrade, L. H. (2005). The lifetime prevalence, health services utilization and risk of suicide of bipolar spectrum subjects, including subthreshold categories in the Sao Paulo ECA study. *Journal of Affective Disorders*, 87(2-3), 231-241.
- Morton, E., Michalak, E., Hole, R., Buzwell, S., & Murray, G. (2018). The ‘new normal’: Relativity of quality of life judgments in individuals with bipolar disorder — A qualitative study. *Quality of Life Research*, 27(6), 1493-1500.
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.

- Mozena, H., & Cury, V. E. (2010). Plantão psicológico em um serviço de assistência judiciária. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 19, 65-78.
- Nery-Fernandes, F., & Miranda-Scippa, Â. (2013). Comportamento suicida no transtorno afetivo bipolar e características sociodemográficas, clínicas e neuroanatômicas associadas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 40(6), 220-224.
- Noblit, G. W., & Hare, D. R. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. SAGE Publications, Newbury Park.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry*, 68(10), 1058-1064.
- Nunes, I. de P. & Barreira, C. R. A. (2010). Algumas facetas da corporeidade em Edith Stein: Contribuições para um novo horizonte do estudo da corporeidade. In: IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos - SIPEQ, Rio Claro. Anais do IV Seminário Internacional de Pesquisa e Estudos Qualitativos - SIPEQ, 2010.
- Oliveira, A. E. G. D., & Cury, V. E. (2020). A experiência de pacientes assistidos por um Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicolestud.v25i0.44108>.
- Oliveira, A. E. G., & Cury, V. E. (2016). Cuidar em oncologia: Uma experiência para além do sofrimento. *Memorandum*, 31, 237-258.
- Oliveira, F. (2009). A narrativa e a experiência em Walter Benjamin. In VIII Congresso da Federação Lusófona de Ciências da Comunicação - LUSOCOM, Lisboa. Anais do VIII Congresso da Federação Lusófona de Ciências da Comunicação - LUSOCOM, 2009.

- Organização Mundial da Saúde. (OMS). (2000). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª rev. Porto Alegre: Artmed.
- Pallesen, K., Brown, J., Rose, D., & Lawrence, V. (2020). An interpretative phenomenological analysis of the experience of receiving a diagnosis of bipolar disorder. *Journal of Mental Health, 29*(3), 358-363.
- Perich, T., Fraser, I., & Ussher, J. (2021). “Extreme emotions”- The impact of reproductive life events for women living with bipolar disorder. *Health Care for Women International, 1*-14.
- Perris, C. (1966) A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 42*(Suppl 194), 9-14.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Micheli, C., Toni, C., & Madaro, D. (2001). Clinical characterization of depressive mixed state in bipolar-I patients: Pisa-San Diego collaboration. *Journal of affective disorders, 67*(1-3), 105-114.
- Pita, J., & Moreira, V. (2013). As fases do pensamento fenomenológico de Ludwig Binswanger. *Psicologia em Estudo, 18*, 679-687.
- Pockett, S. (2003). How long is “now”? Phenomenology and the specious present. *Phenomenology and the Cognitive Sciences, 2*(1), 55-68.
- Pompili, M., Gonda, X., Serafini, G., Innamorati, M., Sher, L., Amore, M., Rihmer, Z., & Girardi, P. (2013). Epidemiology of suicide in bipolar disorders: A systematic review of the literature. *Bipolar disorders, 15*(5), 457-490.
- Ratcliffe M. (2008). *Feelings of being: Phenomenology, psychiatry and the sense of reality*. Oxford University Press.
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic

review. *Clinical psychology review*, 43, 47-57.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>.

Richard-Lepouriel, H., Favre, S., Jermann, F., & Aubry, J. M. (2020). Self-stigmatization process? Experiences of persons living with bipolar disorder: A qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1160-1169.

Ricoeur, P. (1953). Sur la phénoménologie: Phénoménologie et phenomenologies. *Revue Esprit*. Recuperado de: <https://esprit.presse.fr/article/paul-ricoeur/sur-la-phenomenologie-34245>

Ricoeur, P. (1987). *Fallible Man*. (C. A. Kelbley, trad.). New York: Fordham University Press.

Rocha Neto, H. G., & Messas, G. P. (2016). O diagnóstico psiquiátrico pelo modelo operacional e pela psicopatologia fenomenológica: Um paralelo entre os modelos, através de um estudo de caso. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 5(1), 22-40.

Rogers, C. R., & Stevens, B. (2011). *De pessoa para pessoa: o Problema de ser humano*. São Paulo: Pioneira. (Trabalho original publicado em 1967)

Rogers, C. R. (1975a). *The counseling psychologist*, 5(2), 2-10.

Rogers, C. R. (1975b). O funcionamento ótimo da personalidade. In Rogers, C. R., & Kinget, G. M. *Psicoterapia e relações humanas: Teoria e prática da terapia não diretiva* (Vols. 1-2, M. L. Bizzotto, trad.). Belo Horizonte: Interlivros. (Trabalho original publicado em 1965).

Rogers, C. R. (1994). As condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica da personalidade. In Wood, J. K. et al. (Orgs.). *Abordagem centrada na pessoa*

- (pp.155-177). Vitória: Editora Fundação Ceciliano Abel de Almeida. (Trabalho original publicado em 1977).
- Rogers, C. R. (2017). *Tornar-se pessoa*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1961).
- Rogers, C.R. (1977). Uma maneira negligenciada de ser: A maneira empática. In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg. *A Pessoa como Centro* (pp. 69-89). São Paulo: EPU.
- Rovaletti, M. L. (2014). Melancolia y temporalidad. El planteamiento fenomenológico de L. Binswanger. *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 3(2), 38-56.
- Salum, C. C., & Mahfoud, M. (2012). A vivência do outro em Edmund Husserl a partir das Meditações Cartesianas. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 22, 92-116.
- Sass, L. A. (2000). Schizophrenia, self-experience, and the so-called negative symptoms. In Zahavi, D. (Ed.), *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (pp. 149-184) Amsterdam: John Benjamins.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia bulletin*, 29(3), 427-444.
- Schmitz, H. (1965). *System der Philosophie*, Band II/1: Der Leib. Bonn: Bouvier.
- Schmitz, H. (1992). Zeit als leibliche Dynamik und ihre Entfaltung in der Gegenwart. In Forum für Philosophie Bad Homburg (ed.), *Zeiterfahrung und Personalität* (pp. 231–246). Frankfurt/M:
- Serretti, A., & Mandelli, L. (2008). The genetics of bipolar disorder: Genome ‘hot regions,’ genes, new potential candidates and future directions. *Molecular psychiatry*, 13(8), 742-771.

- Sheets-Johnstone, M. (1999). Emotion and movement. A beginning empirical-phenomenological analysis of their relationship. *Journal of Consciousness Studies*, 6(11-12), 259-277.
- Smith, Q. (1986). *The felt meanings of the world: A metaphysics of feeling*. Purdue University Press.
- Smyth, K., Salloum, A., & Herring, J. (2021). Interpersonal functioning, support, and change in early-onset bipolar disorder: A transcendental phenomenological study of emerging adults. *Journal of Mental Health*, 30(1), 121-128. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1713997>
- Stanghellini, G. (2000). The phenomenology of the social self: The schizotypic and the melancholic type IN Zahavi, D. (Ed.). *Exploring the self: Philosophical and psychopathological perspectives on self-experience* (Vol. 23). John Benjamins Publishing.
- Stanghellini, G. (2016). *Lost in dialogue: Anthropology, psychopathology, and care*. Oxford University Press.
- Stanghellini, G., & Rosfort, R. (2013). *Emotions and personhood: Exploring fragility – Making sense of vulnerability*. Oxford University Press.
- Stein, E. (1998). *Il problema dell'empatia* (2a ed., E. Costantini & E. Schulze-Costantini, trads.). Roma: Studium. (Trabalho original publicado em 1917).
- Stein, E. (1999a). *Psicologia e scienze dello spirito: Contributti per una fondazione filosofica*. (A. M. Pezzella, trad.). Roma: Città Nuova. (Trabalho original publicado em 1922).

- Stein, E. (1999b). As bases da formação feminina. In E. Stein, *A mulher: Sua missão segundo a natureza e a graça* (A. J. Keller, trad., pp. 135-154). Bauru: Edusc. (Trabalho original publicado em 1930).
- Stein, E. (2000). *La struttura della persona umana*. (M. D'Ambra, trad.). Roma: Città Nuova. (Original de 1932-33, Publicação póstuma de 1994).
- Stein, E. (2003). Sobre el concepto de formación. In: *Obras completas. Vol. IV: Escritos antropológicos y pedagógicos* (F J. Sancho, trad., pp. 177-194). Vitoria: El Carmen. (Trabalho original publicado em 1930).
- Tambara, N., & Freire, E. (1999). *Terapia centrada no cliente: Teoria e prática: um caminho sem volta*. Porto Alegre: Delphos.
- Tatossian, A. (2006). *A fenomenologia das psicoses* (C. Freire, trad., V. Moreira, rev. téc.). São Paulo: Escuta.
- Tellenbach H. (1980). *Melancholy: History of the problem, endogeneity, typology, pathogenesis, clinical considerations*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Tostes, G. W. (2017). *Dor cortante: Sofrimento emocional de pessoas que se autolesionam*. (Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas). Recuperado de <http://tede.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br:8080/jspui/bitstream/tede/947/2/GUILHERME%20WYKROTA%20TOSTES.pdf>
- Tostes, G. W., & Cury, V. E. (2021). Psychological intervention in psychotic crisis: A person-centered approach. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e200106>

- Tse, S., Yuen, W. W., Murray, G., Davidson, L., Lai, Q., & Kan, A. (2019). Combining technical and expert-by-experience knowledge in the quest for personal recovery from bipolar disorder: a qualitative study. *BMC psychiatry*, 19(1), 368.
- Tyler, E., Lobban, F., Long, R., & Jones, S. H. (2021). Developing a recovery-focused therapy for older people with bipolar disorder: A qualitative focus group study. *BMJ Open*, 11(8). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049829>.
- Vieira, E. M., & Freire, J. C. (2012). Psicopatologia e terapia centrada no cliente: por uma clínica das paixões. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 23, 57-69.
- Villegas i Besora, M. (1981). Ludwig Binswanger: En el centenario de su nacimiento. *Anuario de Psicología*, 24(1), 3-26.
- von Gebattel, V. E. (1969). *Imago Hominis. Contribuciones a una antropología de la personalidad*. Madrid: Editorial Gredos.
- Wah, A., Hodge, S., Jones, S. H., & Algorta, G. P. (2021). A qualitative exploration of how people with bipolar disorder consider risk-taking in everyday decisions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(3), 314-327. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000946>.
- Warwick, H., Mansell, W., Porter, C., & Tai, S. (2019). 'What people diagnosed with bipolar disorder experience as distressing': a meta-synthesis of qualitative research. *Journal of affective disorders*, 248, 108-130. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.024>
- Warwick, H., Tai, S., & Mansell, W. (2019). Living the life you want following a diagnosis of bipolar disorder: A grounded theory approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(3), 362-377. <https://doi.org/10.1002/cpp.2358>

- Willi, J. (1999) *Ecological psychotherapy: Developing by shaping the personal niche*.
Seattle: Hogrefe and Huber.
- Winokur, G. (1979). Unipolar depression: Is it divisible into autonomous subtypes?
Archives of General Psychiatry 36(1), 47- 52.
- Wojtyla, K. (2003). *Mi visión del hombre*. (4ª. ed, P. Ferrer, trad.). Madrid: Palabra.
- Zachar, P., & Kendler, K. S. (2007). Psychiatric disorders: A conceptual taxonomy.
American Journal of Psychiatry, 164(4), 557-565.
- Zini, R. L. & Cury, V. E. (2014). Acolhimento como prática psicológica no contexto de um Centro de Atenção Psicossocial em álcool e drogas. *Memorandum*, 27, 39-60.

Anexo 1



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A EXPERIÊNCIA VIVIDA DE PESSOAS COM TRANSTORNO AFETIVO BIPOLAR: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO

Pesquisador: Guilherme Wykrota Tostes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 39073220.2.0000.5481

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC/ CAMPINAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.431.240

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa objetiva compreender, fenomenologicamente, a experiência vivida de pessoas que se reconhecem como portadoras de transtorno afetivo bipolar. Justifica-se na medida em que diz respeito a um tipo de transtorno que implica oscilações emocionais graves que afetam os relacionamentos interpessoais e podem incluir tentativas de suicídio. Trata-se de um sofrimento que enseja preocupação aos profissionais da área de saúde mental por apresentar o maior índice de morte por suicídio em relação a todos os outros quadros psiquiátricos. Este estudo será desenvolvido como pesquisa qualitativa, orientada metodologicamente pelos pressupostos da fenomenologia de Edmund Husserl e Edith Stein, assim como pela teoria da Abordagem Centrada na Pessoa, desenvolvida pelo psicólogo Carl Rogers e colaboradores. Serão selecionados como participantes entre três e seis pessoas adultas com diagnóstico de transtorno bipolar e que estejam sendo acompanhadas por médico psiquiatra. O pesquisador pretende compreender a experiência subjetiva dos participantes a partir de encontros dialógicos a serem realizados individualmente. Os encontros com cada participante serão iniciados com uma apresentação da proposta e um convite para o participante relatar sua experiência de "como é viver com a bipolaridade". Após cada encontro, será redigida uma narrativa compreensiva contendo os elementos significativos das vivências do participante a partir das impressões do pesquisador. O processo de análise prosseguirá por meio de uma narrativa síntese que incluirá os elementos estruturais da experiência dos participantes como um todo. Os resultados serão objeto de uma

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br



Continuação do Parecer: 4.431.240

interlocução com outros pesquisadores cujas publicações versem sobre o tema em foco, possibilitando uma reflexão teórica. Espera-se com este estudo contribuir com novos conhecimentos para uma melhor compreensão psicológica acerca da experiência vivida por pessoas com transtornos afetivos de forma a possibilitar o desenvolvimento de novas propostas de intervenções psicológicas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar a experiência subjetiva em relação ao sofrimento vivido por pessoas que se reconhecem com o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, compreendendo e interpretando seus significados à luz da psicologia humanista.

Objetivo Secundário:

Descrever os elementos da experiência de sofrimento dos participantes utilizando narrativas compreensivas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos para essa pesquisa são mínimos, tendo em vista que os participantes serão pessoas que já estão sob acompanhamento psiquiátrico, como também de outros profissionais que atuam na área de saúde mental. Atenta-se para o fato de que os participantes podem, eventualmente, entrar em contato com vivências que mobilizem neles sentimentos de angústia em decorrência do encontro com o pesquisador. No entanto, os encontros serão individuais e planejados de modo a garantir privacidade e acolhimento aos envolvidos; além disto, considerando que o pesquisador e psicólogo inscrito no Conselho Regional de Psicologia com vasta experiência clínica, no caso de conteúdos emocionais serem intensamente vividos pelo participante, o pesquisador está apto para avaliar os riscos e, se julgar necessário, interromper o encontro a fim de preservar o equilíbrio emocional do participante. Poderá, também, encaminhá-lo a um outro profissional para apoio psicológico. Além disso será realizada a total observância dos aspectos éticos de pesquisa com seres humanos, conforme orienta a Resolução CNS nº 466/2012 e a Resolução CNS nº 510/2016.

Benefícios:

Esta pesquisa apresenta a possibilidade de oferecer enquanto benefícios imediatos aos participantes a experiência de entrar em contato com suas vivências subjetivas mediadas por uma relação interpessoal favorecedora do processo integrativo da personalidade e mediada também

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 02 de 04



Continuação do Parecer: 4.431.240

por uma atitude empática e acolhedora, estabelecida pelo pesquisador. Isto pode possibilitar um espaço seguro para a emergência de sentimentos e significados semelhante àquele vivido em contexto clínico. Poderá, assim, propiciar um retorno dos benefícios para os participantes, ao ampliar sua compreensão sobre o fenômeno vivido por eles e auxiliá-los a elaborar novos sentidos a partir das reflexões engendradas durante a conversa. Espera-se beneficiar os participantes ao contribuir para a compreensão da sua experiência na clínica psicológica, facilitando a elaboração de significados sobre suas vivências.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra pertinente e promissor em termos do seu valor científico. A metodologia é plenamente adequada aos objetivos. Os participantes sofrem de um transtorno psicológico que inspira preocupação, porém o pesquisador afirma possuir experiência profissional em relação a tais casos. Além disso, também serão selecionados participantes que contam com acompanhamento psiquiátrico. Em caso de desconforto, o próprio pesquisador se prontifica a fazer o acolhimento psicológico e encaminhamentos, se necessários. Os compromissos éticos foram adequadamente indicados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados adequadamente, preenchidos e assinados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após atendimento das pendências geradas anteriormente pelo CEP, consideramos o projeto aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Dessa forma, e considerando a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e, ainda que a documentação apresentada atende ao solicitado, emitiu-se o parecer para o presente projeto: Aprovado.

Conforme a Resolução CNS nº. 466/12, Resolução CNS nº 510/16, Norma Operacional 001/13 e outras Resoluções vigentes, e atribuição do CEP "acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente a pesquisa". Por isso o/a pesquisador/a responsável devesse

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Página 03 de 04

Continuação do Parecer: 4.431.240

encaminhar para o CEP PUC-Campinas os Relatórios Parciais a cada seis meses e o Relatório Final de seu projeto, até 30 dias após o seu término.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1501672.pdf	22/11/2020 19:07:23		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_GuilhermeTostes.pdf	22/11/2020 19:06:23	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_CEP_Plataforma_Brasil_GuilhermeTostes.pdf	22/11/2020 19:05:24	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto_Guilherme_Tostes.pdf	11/09/2020 01:57:24	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito
Orçamento	Declaracao_custos_recursos_Guilherme.pdf	18/08/2020 16:39:43	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_GuilhermeTostes2.pdf	18/08/2020 16:39:11	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infraestrutura_Guilherme.pdf	18/08/2020 16:38:36	Guilherme Wykrota Tostes	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 01 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Mário Edvin GreTERS
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516
Bairro: Parque Rural Fazenda Santa Cândida **CEP:** 13.087-571
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3343-6777 **Fax:** (19)3343-6777 **E-mail:** comitedeetica@puc-campinas.edu.br

Apêndice 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulada *A Experiência Vivida De Pessoas Com Transtorno Afetivo Bipolar: Um Estudo Fenomenológico*, de responsabilidade do pesquisador Guilherme Wykrota Tostes, do Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com o objetivo de investigar a experiência subjetiva em relação ao sofrimento vivido por pessoas que se reconhecem com o diagnóstico de transtorno afetivo bipolar, compreendendo e interpretando seus significados à luz da psicologia humanista.

O seu envolvimento nesse estudo é voluntário, e se dará a partir de entrevistas individuais (até 3 encontros) com a duração de até 2 horas, sendo-lhe garantido que os seus dados pessoais serão mantidos em sigilo e os resultados obtidos na pesquisa serão utilizados apenas para alcançar o objetivo do trabalho, exposto acima, incluída sua publicação na literatura científica especializada.

A participação nessa pesquisa não lhe trará qualquer prejuízo ou benefício financeiro ou profissional e, se desejar, a sua exclusão poderá ser solicitada, em qualquer momento, sem prejuízo à sua pessoa.

Os riscos em participar da pesquisa são poucos, mas há uma possibilidade de que os participantes, eventualmente, possam entrar em contato com vivências que mobilizem neles sentimentos de angústia em decorrência do encontro com o pesquisador. No entanto, os encontros serão planejados de modo a garantir sua privacidade e, considerando que o pesquisador é psicólogo inscrito no Conselho Regional de Psicologia com vasta experiência clínica, no caso de conteúdos emocionais serem intensamente vividos, o pesquisador está apto a acolhê-lo ou poderá, também, encaminhá-lo a um outro profissional para apoio psicológico. Esta pesquisa poderá oferecer benefícios imediatos aos participantes ao entrar numa relação interpessoal favorecedora do processo integrativo da personalidade, possibilitando um espaço seguro para a emergência de sentimentos e significados e ampliar sua compreensão sobre o fenômeno vivido por eles.

Caberá ao pesquisador manter em arquivo, sob sua guarda, por cinco anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos.

Este projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade da PUC-Campinas, telefone de contato (19) 3343-6777, e-mail: comitedeetica@puc-campinas.edu.br, endereço Rua Professor Doutor Euryclides de Jesus Zerbini, 1516 – Parque Rural Fazenda Santa Cândida – CEP 13087-571 - Campinas – SP, horário de funcionamento de segunda a sexta-feira das 08h00 as 17h00, que poderá ser contatado para quaisquer esclarecimentos quanto à avaliação de caráter ético do projeto. Dúvidas com relação ao projeto/pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador responsável Guilherme Wykrota Tostes, telefone de contato (31) 99997-5035, e-mail: gwtostes@gmail.com.

Caso concorde em dar o seu consentimento livre e esclarecido para participar do projeto de pesquisa supra-citado, assine o seu nome abaixo.

Atenciosamente,
Guilherme Wykrota Tostes

Estou esclarecido(a) e dou consentimento para que as informações por mim prestadas sejam usadas nesta pesquisa. Também, estou ciente de que receberei uma cópia integral deste Termo.

Nome/assinatura do(a) participante da pesquisa:
Data: