

Notas epigramáticas sobre uma existência fóbico-digressiva: um relato de caso

Epigrammatic notes on a phobic-digressive existence: a case report

Hugo Sanches¹, Gabriel Engel Becher²

¹ Médico formado pela Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Residente de Psiquiatria no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E-mail: hsanches21@gmail.com.

² Psiquiatra e Psicoterapeuta pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Filósofo pela Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Membro da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Fenômeno-Estrutural. E-mail: becher.gabriel@gmail.com.

Resumo

Este estudo busca analisar, sob a perspectiva da psicopatologia fenômeno-estrutural, o caso clínico de um paciente cuja existência propomos chamar de fóbico-digressiva. A experiência vivida fóbica, associada ao uso de digressões, dificulta a exploração do seu mundo interno, restando-nos as impressões oriundas da relação clínica. Diante disso, a forma epigramática, atmosférica em sua essência, revelou-se um método epistêmico adequado para a análise estrutural do caso, ainda que apresente imprecisões hermenêuticas em relação ao método psicopatológico convencional. Sendo assim, estruturamos nossa análise segundo as condições de possibilidade da experiência vivida postuladas pela tradição do método fenomenológico, a saber, temporalidade, espacialidade, corporeidade e intersubjetividade, buscando entender como elas são vividas pelo paciente. Em particular, também buscamos compreender estrutural e existencialmente suas digressões, bem como seu desamparo e sua paralisação existencial. Finalmente, discutimos as peculiaridades que vêm sendo encontradas no manejo clínico do caso, enfocando as possibilidades terapêuticas e as dificuldades que se impõem.

Palavras-chave: Desproporção fóbica; Digressão; Psicopatologia fenomenológica; Terapia fenomenológica

Abstract

This study seeks to analyze, from the perspective of structural phenomenological psychopathology, the clinical case of a patient whose existence we propose to call phobic-digressive. The phobic lived experience, associated with the use of digressions, makes it difficult to explore his internal world, leaving us with the impressions arising from the clinical relationship. Therefore, the epigrammatic form, atmospheric in its essence, comes to be an appropriate epistemic method for the structural analysis of the case, even though it presents hermeneutical inaccuracies in relation to the conventional psychopathological method. Thus, we structured our analysis according to the conditions of possibility of the lived experience postulated by the tradition of the phenomenological method, namely, temporality, spatiality, corporeality, and intersubjectivity, seeking to understand how they are experienced by the patient. In particular, we also seek to comprehend structurally and existentially his digressions, as well as his helplessness and existential halt. Finally, we discuss peculiarities that have been found in the clinical management of the case, focusing on the therapeutic possibilities and the difficulties that arise.

Keywords: Phobic disproportion; Digression; Phenomenological psychopathology; Phenomenological therapy

Introdução

O epigrama é uma composição breve, em prosa ou versos, dedicada a lembranças memoráveis. Surgiu na Grécia Antiga, e era utilizado em monumentos, estátuas, moedas etc. Por ser breve, tem frequentemente caráter impressionista, buscando captar uma atmosfera. Segundo Messas (2010),

A etimologia grega da palavra – ‘escrever sobre’ algum objeto – procura recuperar a ligação bastante íntima, particular, situada e exclusiva entre a consciência em movimentação e a escrita do pesquisador que a retrata.

Ainda segundo este autor, o epigrama é uma forma epistêmica adequada quando um discurso expositivo, rico em informações, marcos, dados biográficos e formulações de sentidos, não está disponível, por qualquer motivo que seja.

Nesse contexto, tentaremos capturar através da forma epigramática a experiência vivida de William (nome fictício), cujo caso será abaixo relatado. A escolha desse método epistêmico para a análise da estrutura existencial se justifica porque esse paciente *expõe* muito pouco. Não é que seja lacônico. Pelo contrário, fala em demasia, fazendo digressões. Contudo, nos nossos breves contatos, é possível dizer que muito *fica exposto* sobre o mundo em que vive. Seu desnudamento não é verbal, mas aparece nas entrelinhas da nossa relação. E, a este tipo de informação, o método epigramático, desprezioso e enevado, serve muito bem.

Há uma diferença importante, contudo, quanto ao objeto analisado por Messas através da forma epigramática e o objeto que pretendemos analisar. O autor advoga pelo uso desse método na análise do que chama de regiões microscópicas do ser, isto é, as movimentações da estrutura. Aqui faremos uso da forma epigramática na análise das suas regiões macroscópicas, que corresponde à análise estrutural propriamente dita. Consideramos que esse método é adequado, neste caso, para tal, pelo fato de que nossa análise está fundamentada de forma significativa em inferências tomadas do contato clínico e apenas secundariamente da experiência relatada em primeira pessoa de William. Existe, portanto, uma imprecisão hermenêutica entre o método epigramático e a análise psicopatológica convencional (Messas, 2022).

Para a análise da estrutura existencial, utilizaremos a noção de condições de possibilidade da experiência vivida postuladas pela tradição do método fenomenológico: temporalidade, espacialidade, corporeidade e intersubjetividade. Essas categorias são as estruturas que, articuladas entre si, compõem a consciência e são, portanto, as unidades de análise da psicopatologia fenômeno-estrutural.

Utilizaremos como arcabouço teórico para a compreensão do caso a obra do autor Guilherme Messas (2021). No seu entendimento, cada estrutura da consciência é articulada segundo relações dialéticas entre componentes intrínsecos fundamentalmente opostos (p.e., na espacialidade, a dialética proximidade-distância). As estruturas da consciência, por sua vez, interagem reciprocamente, constituindo, de maneira sintética, a estrutura da existência. Essa estrutura representa o conjunto dessas dialéticas, que se articulam segundo um regime de proporção antropológica, o qual, em situações de interesse da psicopatologia, pode estar em desproporção.

Cabe, então, ao psicopatólogo que se orienta por tal linha analisar essas estruturas e suas dialéticas (Messas, 2022) com a finalidade de apreender a essência de uma experiência, isto é, um modo típico de desproporção das condições de possibilidade (e.g., desproporção esquizoide, desproporção melancólica, desproporção obsessiva etc.). Neste caso, buscaremos expor aquilo que na relação clínica com William se mostra como uma desproporção ou experiência vivida tipicamente fóbica, diferenciando-a de outras desproporções típicas. A título de exemplo, podemos dizer, de forma simplificada, que essa desproporção antropológica tem como uma de suas características típicas, na sua espacialidade, o predomínio desproporcional da proximidade sobre a distância, ou seja, mesmo o que está distante é vivenciado como próximo e ameaçador.

Nesse contexto, na exposição do caso, observaremos que uma peculiar característica do discurso do paciente é o uso de digressões. Assim, na análise de sua experiência vivida incluiremos também nossas percepções sobre as funções ou os usos que elas têm no contexto do seu modo de ser. De maneira similar, buscaremos compreender estruturalmente duas situações de desamparo por ele vividas, bem como o que chamamos aqui de paralisação existencial. Por fim, comentaremos as peculiaridades que vêm sendo encontradas no manejo clínico do caso, enfocando as possibilidades terapêuticas e as dificuldades que se impõem.

Cabe ressaltar ainda que aspas foram empregadas para falas e expressões de William.

Caso

William é um homem de 25 anos. Natural da região norte do Brasil, ainda na infância foi morar no interior de São Paulo. De uma família evangélica, sua infância e adolescência foram marcadas pela observância religiosa e muita timidez. Quando terminou o ensino médio, foi morar em uma cidade maior, com sua irmã mais velha, época em que começou dois cursos

superiores: engenharia civil, que cursou por 2 anos, e enfermagem, que cursou por 4 anos, mas não terminou.

Na sua primeira consulta, veio de boné por sobre cabelos longos e secos, mais encanecidos do que a idade sugeriria. Corpulento, alto e de estrutura física calistênica, mas encolhido. De cabeça baixa, fala olhando para baixo, raramente encontrando meus olhos. A impressão é de que tenta esconder seu corpo.

A primeira consulta foi como todas as subsequentes: um monólogo *digressivo* que se satura de detalhes irrelevantes. Faz constantes e cansativas ressalvas e parênteses, despejando todas as direções que seus pensamentos e suas ações poderiam ter tomado, bem como os daqueles que compõem a sua narrativa. Põe-se a falar e explicar, quase como se eu não estivesse ali. Quando tento interrompê-lo – dificilmente aparecem brechas –, logo me interrompe de volta, com algum dado adicional antes que eu possa continuar, uma vez que não concluiu satisfatoriamente o que tinha a dizer. Quando percebe que isso aconteceu, coisa que não consegue evitar, leva as mãos à cabeça, olha para baixo, tenso, e treme, algo que se repete toda vez que se decepciona consigo durante a consulta (por exemplo, ao me interromper ou ao falar sobre algum fracasso na sua vida). Apesar disso, William me pede desculpas a todo momento por “falar demais”. Quando lhe chamei a atenção para isso num dos atendimentos, nas consultas subsequentes passou a perguntar se “dessa vez falou menos e se expressou melhor.”

Ao se despedir, sempre encolhe os ombros, abaixa a cabeça, recolhe seu corpo e, baixinho, agradece. Quando estendo o punho para cumprimentá-lo, timidamente levanta o seu, agradece novamente arqueando a cabeça e o tronco em reverência, e sai.

Seu acompanhamento no ambulatório se deu após encaminhamento pelo serviço de urologia por sintomas ansiosos. Mas contextualiza na primeira consulta (com dados adicionais nas subsequentes, já que sempre poda as informações, omitindo aquelas que considera constrangedoras e que ao mesmo tempo são muito importantes): quando adolescente, enquanto se masturbava, um movimento brusco provocou uma lesão. Ali surgiu um cisto, que lhe passou a causar dor e disfunção erétil. Durante anos, não procurou ajuda médica, recorrendo a exercícios penianos “equivalentes ao pompoarismo na mulher”. Tinha muito medo de perder a capacidade de ereção, por isso insistia nos exercícios a despeito da dor. Eventualmente procurou urologistas até que foi diagnosticado e submetido à cirurgia de reconstrução uretral. No pós-operatório, tinha ereções plenas que não ardiavam, mas sentia muita dor na região. Ainda assim,

não solicitou por otimização da analgesia, pois não queria incomodar o médico ou questionar a prescrição do pós-operatório.

Numa semana de provas da faculdade, em que não estava conseguindo dormir por causa da dor, William masturbou-se até provocar uma nova lesão. Pensava: “se está ardendo tanto, que se rasgue tudo de uma vez e volte a ser o que era antes”. Teve uma fugaz esperança de que isso faria interromper a dor. Considera essa suposta lesão como a responsável pelo quadro atual de dor e pelo retorno da disfunção erétil.

Hoje, tem dor perineal, masturbar-se lhe causa dor e suas ereções são parciais. Já fez uso de medicações para disfunção erétil, com manutenção da dor e sem ereção plena. A equipe de urologia que o acompanha, contudo, descarta uma reabordagem cirúrgica, dada a integridade da uretra. Diante disso, conjectura uma solução para o impasse: lesionar a uretra com uma faca para que ele tenha que ser reabordado cirurgicamente.

Gradualmente, à medida que nosso vínculo foi se afirmando, os encontros deixaram de ter como tema único as queixas mais concretamente urológicas e passam a envolver temas outros, como queixas de uma rotina esvaziada e cerceada por angústia, inseguranças paralisadoras e desânimo.

William se vê num risco constante de decepcionar. Tudo o que faz resulta em falhas ou fracassos. A timidez impede que conserve relações íntimas amorosas ou de amizade. A autocrítica é maçante: seus feitos são irrelevantes perante os dos outros. Ainda assim, não traz estas questões aberta e espontaneamente: surgem das entrelinhas durante queixas mais concretas e contidas e comentários *en passant*. Sempre fala do outro como alguém superior, e não enxerga potência alguma em si, aparentemente nem mesmo para se queixar.

Afinal, decidimos que lhe faria bem uma medicação que pudesse aliviar a opressão que sente ao estar no mundo e possivelmente lhe dar mais energia. Até então resistente, desta vez topou. Além disso, concluímos que era necessário movimentar de alguma forma a sua vida, inercializada em paralisação. Tal movimento veio com a idealização de um canal no YouTube sobre curiosidades, com os preparativos para monetizá-lo. A ideia inicial era de vídeos desenhando, porém não queria que seu corpo ou sua voz aparecessem.

Desde então, apesar de tacanhos movimentos, nos nossos encontros ele repetidamente se desculpa por não ter “cumprido com os objetivos”. Em geral, a delonga se dá porque se prende a exigências, como no caso em que decidiu presentear a irmã com um desenho, mas

estacou e perdeu o prazo do seu aniversário, por considerar que ele não estava à altura. Entende que ela a veria como um fracasso se houvesse algum defeito, mínimo que seja.

Nossos encontros se encerram com a promessa de que vai “alcançar as metas” que se propôs. Justifica que “não é justo que eu dispenda meu tempo e ele não retorne à altura”. Contudo, as metas, em si, são pouco importantes. Parece mais profícua a promoção, através da relação terapêutica, de uma rearticulação dos termos interpessoais, conservando a grande importância do outro para essa estrutura (ao contrário de sua emancipação, talvez impossível para alguém como William), mas ao mesmo tempo buscando relativo alívio das tensões e exigências criadas no âmbito interpessoal, de forma que se tornem menos paralisantes.

Notas epigramáticas sobre a experiência vivida

O estudo da experiência vivida de William se dará através de notas epigramáticas. Como dissemos, essa escolha se deve, em parte, à dificuldade de exploração das vivências em primeira pessoa que permitissem uma construção ou um entendimento mais acurados da experiência vivida de William. Por outro lado, apesar de impreciso hermenêuticamente, esse método é profícuo ao evidenciar a riqueza de informações passíveis de serem coletadas a partir de uma genuína interação humana, mediada pela clínica e enquadrada nos papéis de médico e paciente, sem, entretanto, ter o objetivo de efetuar uma redução do complexo objeto que é o humano. Ou seja, buscamos uma forma de conhecer o sujeito ali presente, conservando o caráter parcial e perspectivista da análise, ao contrário de nos meter no afã procustiano de buscar um diagnóstico como uma redução ou explicação de um objeto que é mais complexo do que um diagnóstico médico ou mesmo fenomenológico poderia indicar. Apesar disso, tentar compreender, ainda que parcialmente, o mundo vivido de uma pessoa é um meio necessário para o nosso objetivo de aliviar o sofrimento psíquico.

Espacialidade

A espacialidade é a condição de possibilidade que estrutura a experiência em relação aos polos do eu, do outro e do mundo (Messas, 2021). A análise do espaço vivido através da relação dialética entre proximidade e distância nos é particularmente importante neste caso.

William vive o espaço de uma savana: amplo, exposto e desguarnecido. Se os arredores são visíveis, bem poderia experienciá-los como campo de possibilidades, algo que pode atingir, explorar e ocupar. Ao contrário, William não se apodera da distância escancarada como oportunidade. Não é campo que possa explorar senão como presa, e os predadores estão

perigosamente próximos. Noutros termos, mesmo o distante é vivenciado como proximidade ameaçadora, opressora e invasiva. Socialmente, o espaço é impositivo, vigilante e perigoso, com a promessa de repreensões e ridicularizações caso se aventure em exploração.

Corporeidade

A corporeidade é a materialização da existência (Messas, 2021). Ou seja, é a estrutura da consciência responsável pela experiência subjetiva de presença, posição, permanência e movimentação no mundo. O corpo, portanto, vai além de um conjunto biológico, pois é aquilo que nos traz estabilidade e nos torna imediatamente evidentes e apreensíveis ao outro. Além disso, é através dele que acessamos (via ação e percepção) o mundo. Sendo assim, a corporeidade está intimamente atrelada às noções de intersubjetividade e espacialidade.

Se o espaço de William é um espaço opressor, é natural que não estejamos tratando de algo diferente quando tratamos da vivência de seu corpo. Este é vivenciado como vulnerável e exposto. A exposição ao perscrutador olhar do outro fica evidente na sua linguagem corporal, a todo tempo procurando se esconder, a despeito de um robusto corpo desenvolvido pela calistenia. Não só seu corpo, mas também seus pensamentos (vivenciados como mais aparentes ao outro do que realmente são, como que materializados) são objetos de vergonha, sentimento primordialmente situado na dimensão da intersubjetividade. Não é surpreendente, assim, que indivíduos que assim vivenciam o mundo possam apresentar, por vezes, reações paranoides, chamadas por Kretschmer (1927) de delírio sensitivo de referência.

Temporalidade

A temporalidade é, talvez, a condição de possibilidade da consciência com a posição de maior centralidade na tradição da psicopatologia fenomenológica. Diversos autores a discutiram sob diferentes perspectivas. Aqui utilizaremos a noção da temporalidade como a estrutura na qual se dá a historicidade da existência (Messas, 2016), na perspectiva macroscópica (em oposição à perspectiva microscópica de Husserl), ou seja, de que nos constituímos dentro de um passado, um presente e um futuro e situamo-nos proporcionalmente nessas dimensões.

No caso, encontramos um futuro que governa e coage as outras dimensões temporais. William o vive como uma indeterminação ameaçadora, em que se situam as decepções, os fracassos e os constrangimentos. Analogamente ao espaço que lhe poderia ser possibilidade, mas não é, o seu futuro é muito menos uma dimensão de planos e possibilidades do que uma

dimensão em que se dão contingências incontroláveis. Assim, tende à conservação do conhecido, sempre mais seguro.

O risco aversivo que o futuro representa poderia se manifestar pela estagnação no passado, chamada por Messas (2021) de temporalidade retentiva, que é uma característica da experiência temporal melancólica. William, em contrapartida, manifesta a resistência ao futuro na sua vivência do presente. Por mais desconfortável que seja, esta é a dimensão na qual William se fixa e se põe a ocupar e esgotar. Aqui encontramos o primeiro uso ou função da sua digressão. Através dela, refugia-se totalmente no presente, almejando acomodar nele todos os significados e todas as informações possíveis de sua fala. Assim, torna o seu presente fechado e circular, dificultando ao máximo, até na sua narrativa, a progressão às incertezas do futuro. Daí a dificuldade supracitada da entrevista.

Intersubjetividade

A intersubjetividade é a condição de possibilidade caracterizada pela dialética entre polo do eu e polo do outro. Vivemos em um mundo compartilhado e nos constituímos pelo olhar do outro, ao mesmo tempo que sedimentamos nossa história e nossas perspectivas pelo polo do eu.

Em William, observamos a experiência de hierarquização hegemônica das relações interpessoais, na qual o polo do outro é desproporcionalmente mais potente do que o polo do eu. Tal hierarquização tem duas implicações importantes.

A primeira é a vivência fóbica de uma hipertransparência nas relações (Messas, 2021). Essa translucidez faz com que seus pensamentos sejam vivenciados como particularmente acessíveis e expostos ao outro, tornando-o muito vulnerável e fazendo com que seja constante a sensação de ser invadido. De fato, a vivência de uma dialética desconfortável e exaustiva entre revelação e encobrimento aparece muito claramente para o clínico, que talvez seja o protótipo de um outro investigativo e inquisitório.

Ainda segundo Messas (2021), a experiência de hipertransparência pode ser contrabalanceada por um distanciamento interpessoal compensatório. É nesse contexto que devemos entender o foco insistente, sobretudo no início do acompanhamento, na questão urológica, evitando falar de aspectos afetivos da sua vida. Contudo, esse artificial distanciamento denuncia sua vivência. O supracitado sentimento do clínico de que, enquanto William fala, “é como se eu não estivesse ali” é indício justamente do contrário, isto é, de, na verdade, *estar demais ali*. William parece tentar esquecer que há um interlocutor, para que a

experiência de troca seja, ao menos, tolerável. Assim, temos o segundo uso da digressão, o de dificultar o acesso às suas questões internas, pessoais e afetivas.

Em segundo lugar, essa impotência de si e potência do outro faz com que suas relações assumam o caráter da dialética opressor-oprimido. Sabemos que, nessas relações, é vedado ao oprimido se expressar abertamente, porque corre o risco, entre outros desfechos, de decepcionar, enfurecer ou ser desagradável. Em particular, na relação médico-paciente, algo dessa mesma ordem já está configurado de antemão, dado o status social da profissão e a configuração em que cabe a um perguntar e ao outro responder. Não é incompreensível, portanto, que muitas pessoas se sintam tensas no cenário do consultório. As perguntas do médico são como uma provação, um teste: William nunca sabe exatamente como responder.

Para ele, essa sensação chega ao extremo. Se o clínico não entendeu ou quer explorar melhor o que ele quis dizer, William falhou, errou, decepcionou. Aqui encontramos a última função de suas digressões, qual seja a de aliviar a decepção que antecipa que o clínico poderia ter por ele não ter sido claro o suficiente. O tiro, contudo, sai pela culatra: essa prática é extremamente disruptiva na anamnese, dificultando a obtenção de uma história coesa, e provoca impaciência no clínico, o que deixa William ainda mais desconfortável. Mais adiante veremos como isto acaba desgastando a sua relação com profissionais de saúde, o que lhe traz consequências negativas.

Cabe, por fim, diferenciarmos sua experiência intersubjetiva de outros modos típicos descritos pela psicopatologia fenômeno-estrutural.

As digressões em monólogo e o relativo isolamento social de William poderiam indicar, antes de um olhar mais detalhado, uma intersubjetividade caracterizada pelo domínio do polo do eu sobre o polo do outro, típica da experiência esquizoide (Messas, 2021). Contudo, ele não demonstra dificuldade na apreensão do outro. De fato, a impaciência do clínico com as digressões não é por ele ignorada nem lhe é inócua, mas lhe causa cada vez mais desconforto e ansiedade. O isolamento não é uma simples reclusão por não entender ou não compartilhar o mundo comum, mas uma proteção à exposição.

Alternativamente, a leitura das digressões como uma tentativa de capturar toda a complexidade do mundo de uma vez só, sem aceitar parcialidades, e a exigência de perfeição nos seus desenhos, nos remete à experiência obsessiva. Assumindo que podemos diferenciá-las enquanto duas essências diferentes, o que de forma alguma é consenso entre os autores da psicopatologia fenomenológica, podemos dizer que William se manifesta de maneira obsessiva,

sem, contudo, apresentar a essência obsessiva, marcada pela busca da perfeição pela perfeição (Messas, 2021). Na experiência fóbica de William, essa busca é motivada pela possibilidade do fracasso aos olhos do outro, o portador, para ele, da verdadeira perfeição.

Por fim, a hierarquização vivenciada nas relações interpessoais não pode ser confundida com a hipossuficiência da experiência histórica. Se por um lado a vivência fóbica também é uma vivência de hipossuficiência do eu, por outro, ao contrário da hipossuficiência histórica, ela não se estabiliza na presença de um outro todo-poderoso, mas se vulnerabiliza ainda mais.

Desamparo

A dificuldade acima exposta de se permitir aproximação interpessoal genuína que não seja vivenciada como invasiva impede que William compartilhe o seu sofrimento, de forma que deve suportá-lo sozinho.

Nesse contexto, cabe discutir as duas situações descritas em que se viu desamparado e que, em particular, entendemos como intimamente relacionadas à sua forma de se dar no mundo. A questão aqui é entender as condições de possibilidade para o desamparo neste caso em particular, encontradas na sua experiência vivida, bem como entender em qual cenário surgem seus comportamentos autodestrutivos.

Na primeira situação, frustrado pela dor, masturba-se até a lesão do enxerto. Enquanto é provável que a maioria das pessoas teria simplesmente procurado um médico e solicitado otimização da analgesia, William nunca chegou a fazer esse pedido, como compatível com sua praxe de se abrir apenas o mínimo necessário para os médicos. A consequência foi a ação que provavelmente lesionou seu enxerto.

Depois, em situação análoga à anterior, dessa vez sem dor física, mas sentindo-se sem saída e sem suporte, conjectura a mutilação da uretra com uma faca, o que “obrigaria” uma reabordagem cirúrgica na região. Nessa situação, não concretizada, mas concebida, observamos mais uma vez como William opta por ações inadequadas, disfuncionais e destituídas de sentido no mundo prático, levadas a cabo solitariamente (e sem envolver ou endereçar outrem, como esperaríamos na experiência histórica), quando qualquer saída exige a exposição numa relação.

Fica claro, com isso, que os muros fóbicos que ergue ao seu redor para se proteger da proximidade invasiva do mundo têm suas consequências. Quando se fecha em casulo, nada entra, mas também nada sai. É notável, porém, que seu desamparo não se dá em consequência

da invasão interpessoal, mas da impossibilidade de se vivenciar a relação como algo diferente de invasão, de forma que o sofrimento não é compartilhado e não lhe resta outra escolha senão a desesperada tentativa de acabar com ele. Essa compreensão nos leva, naturalmente, ao entendimento sobre o papel do clínico nesse caso, discutido mais adiante.

Paralisação existencial

Podemos dizer que a existência drasticamente fóbica de William, em si, já impede sua realização plena, o que justifica a atribuição do termo patológico para seu quadro. Contudo, além disso, sua estrutura foi tracionada diante dos recentes eventos biográficos, provocando ainda maior esgotamento. Especificamente, William enfrenta a questão urológica potencializada pelas dificuldades estruturais características da desproporção fóbica, o que lhe gera uma paralisação existencial, situação da qual não consegue sair. Para além dessas dificuldades, que já foram discutidas nas seções anteriores, a situação biográfica concreta reforça constrangimentos que dificultam ainda mais qualquer movimento em direção à retomada do devir biográfico. Por exemplo, vêm carregados de adicional insegurança planos que envolvam uma relação amorosa, relações sexuais, abertura a intimidades e uma subsequente constituição de família – o já ameaçador futuro fica ainda mais aterrorizante.

É possível conceber, finalmente, essa imobilidade existencial como uma digressão vivida. Da mesma forma que suas digressões, na fala, o ancoram a um instante que não se desdobra, no limite, esse ancoramento torna-se existencial. Noutras palavras, vemos a expressão da digressão no todo da sua existência, que fica aprisionada e limitada, sem vetores que o impulsionem para o futuro. Estamos diante, dessa maneira, de uma existência fóbico-digressiva.

Peculiaridades do manejo

As possibilidades

Impõe-se como ferramenta primordial do manejo a construção de uma relação terapêutica. Segundo Messas (2021), é possível atuar na proporção das condições de possibilidade de um paciente através da intersubjetividade, o que, em última análise, é o que viabiliza a atuação do clínico.

A construção da relação, nesse caso, é morosa, tendo em vista a violência e a invasão nela vivenciadas. Portanto, é necessário buscar um equilíbrio, sob o ponto de vista da espacialidade, entre distanciamento e proximidade e, sob o ponto de vista da intersubjetividade, entre os polos do eu e do outro. Dada a importância que o indivíduo fóbico atribui ao outro, é, inclusive, ético e, aliás, imprescindível, que o clínico dela se aproprie para suportar e aliviar a inevitável tensão de compartilhar as decisões com o paciente, evitando tanto uma relação despótica na qual se apropria deste poder e passa a governar e deliberar sobre as decisões quanto uma isenção desta responsabilidade, o que deixaria intocado o desconforto mundano do sujeito fóbico. Dessa maneira, o objetivo do tratamento passa a ser o estabelecimento, através da relação terapêutica, de uma rearticulação interpessoal, segundo a qual o outro é conservado em sua volumosa importância, mas não se deixam de promover aberturas e alianças com ele. Isto, por sua vez, lhe concede e autoriza a possibilidade do fracasso ou mesmo de redefinir o que aos seus próprios olhos é um fracasso. Contudo, é de máxima importância que essa reconfiguração permita, frente à invasão, uma “retirada pacífica”, ou mesmo uma trégua, da relação com o outro, preservando a possibilidade do distanciamento. Uma relação mais tolerável, que admite tal trégua, torna-se um suporte possível em situações de desamparo, as quais, de outra maneira, dariam, como deram no passado, condições a ações autodestrutivas.

Na mesma linha, é através dessa relação que é possível promover gradualmente uma movimentação existencial. A proposição de mudanças e movimentos, contudo, deve ser parcimoniosa e em ritmo lento, sobretudo no início do acompanhamento, durante o estabelecimento do vínculo. Além disso, as propostas, quando e se ocorrerem de forma mais direta, devem ocorrer dentro das suas possibilidades existenciais. Deve-se respeitar a distância, pelo menos num primeiro momento (que pode ser bem longo), antes de fomentar aberturas. Não se deve, entretanto, equivocadamente preservar a distância com falta de vínculo, pois este aqui melhor se estabelece respeitando-a. Desse modo, é possível, paulatinamente, fomentar maior conexão e alianças com o mundo, que aos poucos vai se tornando campo de possibilidades ao invés de local de ameaças em potencial.

Outra frente da terapêutica diz respeito às digressões. É de se questionar o que há de diferente entre o uso deste recurso de maneira fecunda e aprazível por autores como Guimarães Rosa e o uso feito por William. As digressões do genial autor possuem valor de enriquecimento e robustecimento do porvir da narrativa, enquanto as do nosso paciente são mero lastro, peso-morto, sem conteúdo e sem valor de abertura para o futuro, tanto da sua fala quanto do seu devir biográfico. Quando Guimarães Rosa (1956/2019) reflete, na voz do protagonista Riobaldo, em

seu *Grande Sertão: Veredas*, que “o real não está na saída nem na chegada, ele se dispõe para a gente é no meio da travessia”, o autor enaltece a “travessia” como a morada fluida das possibilidades do devir. Cabe, então, contemplar a possibilidade de transformação desse método discursivo e existencial natural de William, através da relação terapêutica enquanto compartilhamento do devir, ou melhor, da travessia, em um vetor que conduza a um futuro de possibilidades, sendo catalisador de ponderações e reflexões que ampliem os horizontes do desdobramento de sua existência, enriquecendo a “travessia” de que fala Guimarães Rosa.

Por fim, também é possível a utilização de psicofármacos, em particular os inibidores seletivos da recaptção de serotonina. Tais medicamentos, ao “produzirem estoicismo” através de atenuação ou distanciamento emocional (Moncrieff, 2008), atenuam a vivência ameaçadora, permitindo o alívio da proximidade intersubjetiva. Dessa maneira, propiciam uma oportunidade de abertura existencial, possibilitando retomada da biografia, isto é, sair da paralisação.

As dificuldades

No manejo de pacientes tipicamente fóbicos, deve-se ter cuidado especial com tentativas intempestivas de “cura” e medidas demasiado audaciosas. Segundo Messas (2010),

A consciência fóbica tende a uma espacialidade interpessoal mínima, matriz das características peculiares do seu eventual pessimismo. Seria, pois, um pessimismo das possibilidades mentais coartadas, de uma futuração esquálida, na qual a consciência traz para si poucos projetos com o timbre do futuro. Uma movimentação exagerada dessa estrutura favorece, inclusive, as manifestações fóbicas de ordem psicossomática e mesmo de despersonalização. O alargamento do espaço não é acompanhado por um alargamento do eu: entra-se numa zona nebulosa que deflagra a patologia.

Além disso, quando essa rápida abertura é subsidiada por uma medicação, deve-se ter em mente que a abertura das possibilidades, o relaxamento da invasão onipotente do outro e o distanciamento por ela promovidos podem não ser imediatamente acompanhados pelo alargamento do eu (i.e., não acontecem ao mesmo tempo). Noutras palavras, ocorre uma inquietação diante da miríade de novas opções que surgem quando há uma rápida abertura (Messas, 2021). Outra possibilidade é o surgimento, no lugar de uma libertadora calma, de um possível estranhamento pela perda da ansiedade como força-motriz de alguns dos hábitos de outrora (e.g., um outro paciente, médico, também de natureza fóbica, despendia longo tempo com o preenchimento minucioso dos prontuários, pensando na vergonha e nos riscos que correria caso ocorresse algum problema; após a introdução de antidepressivo, acreditava estar tendo sintomas depressivos por não ver mais motivo em tamanho zelo).

Por fim, no caso particular de William, há dificuldades adicionais. Uma vez que não permite a aproximação que inspira o desejo de cuidado de profissionais da saúde, são encontradas dificuldades em qualquer serviço em que procure tratamento. No mesmo sentido, suas digressões despertam enfado ao invés de empatia naqueles que lidam com ele.

Conclusão

A perspectiva fenômeno-estrutural auxilia na compreensão deste caso clínico para além de meros rótulos diagnósticos operacionalizados, buscando apreender como é a experiência vivida deste paciente. Em particular, o uso da forma epigramática na análise estrutural nos mostra que, mesmo em um cenário de grande dificuldade de exploração da história clínica, o estudo da relação é extremamente profícuo, sendo, em última instância, o objeto fundamental da psicopatologia. Por fim, a compreensão estrutural tem implicações no manejo clínico, permitindo maior aprofundamento no estudo das possibilidades e nos percalços da condução terapêutica.

Referências bibliográficas

- Kretschmer, E. (1927). The sensitive delusion of reference. Translated (1974). In S. R. Hirsch & M. Shepherd (Eds.), *Themes and Variations in European Psychiatry* (pp. 153– 195). Bristol: Wright.
- Messas, G. (2010). *Ensaio sobre a estrutura vivida: Psicopatologia Fenomenológica Comparada*. São Paulo: Roca.
- Messas, G. (2016). *The association between substance use/abuse and psychosis: a phenomenological viewpoint*. *Comprendre*, 25-26.
- Messas, G. (2021). *The Existential Structure of Substance Misuse*. Switzerland: Springer.
- Messas, G., Fukuda, L., & Fulford, K. W. M. (2022). The Dialectics of Altered Experience: How to Validly Construct a Phenomenologically Based Diagnosis in Psychiatry. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.867706>
- Moncrieff, J. (2008). *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Palgrave Macmillan.
- Rosa, J. G. (1956/2019). *Grande Sertão: Veredas*. Companhia das Letras.