

## Do relato em primeira pessoa ao diagnóstico por meio da psicopatologia fenomenológica: análise de um caso de mania psicótica

## From a first-person self-report to the diagnosis of through phenomenological psychopathology: analysis of a case of psychotic mania

**Catarina Gouveia Ferreira Maia, Ana Laura Alcântara Alves, Flávio Guimarães-Fernandes**

### Resumo

O presente artigo busca discutir a diferenciação entre uma psicose maníaco-depressiva e uma psicose esquizofrênica a partir de um relato de caso de uma crise sofrida por uma paciente por nós atendida. A abordagem do relato de caso apresentado aqui é realizada a partir de três análises distintas e complementares: os relatos em primeira, segunda e terceira pessoa. Com isso, discute-se a importância do relato para a psiquiatria atual, além de se descrever fenomenologicamente uma diferenciação psicopatológica de um surto psicótico maníaco-depressivo e um surto psicótico esquizofrênico, tendo em conta as expressões vivenciais da afetividade e da integridade do “eu”. A partir dessas considerações, debate-se sobre os conceitos de endogeneidade de H. Tellenbach e de compreensibilidade e incompreensibilidade de K. Jaspers, visando iluminar a importância desses conceitos para a atualidade em sua relação com o de psicose.

Palavras-chave: Psicoses endógenas; Psicopatologia fenomenológica; Estudos de caso; Diagnóstico diferencial; Narrativa.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

### RELATO DE CASO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.  
2023, v. 12 n. 2: Edição especial

Publicado Online

31 de agosto de 2023

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v12i2.1144>

Catarina Gouveia Ferreira Maia  
Médica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Residente em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.  
Contato: catarina.maia@hc.fm.usp.br

Ana Laura Alcântara Alves  
Terapeuta Ocupacional Diretora do Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-Graduada em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Pós-Graduada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo CETO (Centro de Especialização de Terapia Ocupacional). Graduada em Terapia Ocupacional pela USP de Ribeirão Preto.  
Contato: ana.laura@hc.fm.usp.br

Flávio Guimarães-Fernandes  
Médico Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-Graduado em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.  
Contato: flavio.fernandes@hc.fm.usp.br

## **Do relato em primeira pessoa ao diagnóstico por meio da psicopatologia fenomenológica: análise de um caso de mania psicótica**

### **From a first-person self-report to the diagnosis of through phenomenological psychopathology: analysis of a case of psychotic mania**

**Catarina Gouveia Ferreira Maia, Ana Laura Alcântara Alves, Flávio Guimarães-Fernandes**

#### **Abstract**

This article aims to examine the differences between a manic-depressive psychosis and a schizophrenic psychosis based on a crisis report experienced by a patient. The case report approach presented is based on three distinct and complementary analyses, the report in the first, second and third person. Through this, the importance of the report for contemporary psychiatry is discussed. Furthermore, we phenomenologically describe a psychopathological differentiation between a manic-depressive psychotic crisis and a schizophrenic psychotic break, considering the experiential expressions of affectivity and integrity of the self. Based on these considerations, the concepts of endogeneity by H. Tellenbach and comprehensibility and incomprehensibility by K. Jaspers are debated illuminating the importance of these concepts for the current psychiatry in their relationship with the one of psychosis.

**Keywords:** Endogenous psychoses; Phenomenological psychopathology; Case studies; Differential diagnosis; Narrative.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença CC BY nc 4.0.

#### RELATO DE CASO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.  
2023, v. 12 n. 2: Edição especial

Publicado Online  
31 de agosto de 2023  
<https://doi.org/10.37067/rpfc.v12i2.1144>

Catarina Gouveia Ferreira Maia  
Médica pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Residente em Psiquiatria pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo.  
Contato: catarina.maia@hc.fm.usp.br

Ana Laura Alcântara Alves  
Terapeuta Ocupacional Diretora do Serviço de Terapia Ocupacional do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-Graduada em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Pós-Graduada no Método Terapia Ocupacional Dinâmica pelo CETO (Centro de Especialização de Terapia Ocupacional). Graduada em Terapia Ocupacional pela USP de Ribeirão Preto.  
Contato: ana.laura@hc.fm.usp.br

Flávio Guimarães-Fernandes  
Médico Psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-Graduado em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo.  
Contato: flavio.fernandes@hc.fm.usp.br

## Introdução

Em 2022 comemoramos 100 anos da psicopatologia fenomenológica e quase 125 anos da obra *Psicopatologia Geral* de Karl Jaspers. A psicopatologia, como uma ciência própria do campo da saúde mental, nasce em 1913, na Alemanha, com a publicação desta referida obra de Jaspers. Como comenta a professora Virgínia Moreira, “psicopatologia” vem do grego: Psic(o) – psyché – que significa alento, sopro de vida, alma e Patologia – pathos – cujo significado remete tanto a afecção, dor e doença quanto a paixão e sentimento (Moreira, 2011). Quase dez anos depois, em 1922, é que a psicopatologia fenomenológica se apresenta ao mundo científico pela ocasião da 63ª sessão da Sociedade Suíça de Psiquiatria de Zurique, na qual Minkowski apresenta um trabalho sobre esquizofrenia melancólica e Binswanger sobre fenomenologia (Moreira, 2013).

É interessante notar que, enquanto uma nova ciência, a psicopatologia se insere “no coração” da psiquiatria, sendo um domínio do conhecimento básico na prática médica, na qual se opera uma intersecção entre humanidade e biologia. Ela possui um método investigativo próprio que é orientado segundo uma perspectiva “da pessoa”, e, portanto, leva em consideração o significado de um determinado sofrimento do sujeito, ao invés de uma perspectiva que remete apenas às causas de uma determinada patologia em suas alterações bioquímicas corporais. Não que a psicopatologia exclua esse modo de se observar clinicamente um determinado sintoma – ao contrário, é uma ciência suficientemente rígida em sua metodologia para que a nosologia também se aproveite de seu conhecimento para o seu agrupamento de categorias patológicas (Stanghellini, 2019).

Assim, desde o nascimento desse campo científico, o relato de caso tem um importante papel no desenvolvimento dessa escola. Os próprios autores acima mencionados fizeram diversos relatos de casos em que discutiram importantes especificidades psicopatológicas para uma melhor classificação dos transtornos psiquiátricos (Angel, Ellenberger, Binswanger, & May, 1977; Binswanger, 2012; Minkowski, 2019). Este artigo nasce, pois, do desejo de trazer para a ciência psicopatológica a experiência vivida de uma paciente dando voz ao seu sofrimento e fazendo considerações acadêmicas a partir do seu relato. Elvira, nome fictício, pode contar sobre sua vida do mesmo modo que os profissionais que participaram ativamente de seu tratamento podem descrever cientificamente seu quadro. Com

isso, temos um duplo propósito: sermos fiéis à máxima jasperiana de que se deve realizar uma psicopatologia fenomenológica dando voz ao paciente exatamente como esse descreve os seus sintomas (Fukuda & Tamelini, 2016) e possibilitar, tanto à comunidade científica quanto aos cidadãos, uma visão clara sobre uma vivência psicótica, tentando evitar assim preconceitos e mal-entendidos sobre o tema.

Hoje é possível pensar em um artigo que dá voz ao indivíduo com um transtorno mental graças aos movimentos sociais que propiciaram essa mudança após a reforma psiquiátrica brasileira, trazendo assim a possibilidade de produzir um novo lugar social para esses pacientes, vistos agora como pessoas e não como doenças (Amarante & Diaz, 2012). Esse movimento tem sido realizado também internacionalmente, revistas científicas de grande importância acadêmica têm publicado editoriais em que convocam os cientistas a realizarem cada vez mais pesquisas considerando o relato em primeira pessoa das experiências vividas de seus pacientes diretamente envolvidos nessas pesquisas (Lancet Psychiatry, 2022). Esse é o caso do presente estudo.

Com o cuidado de sermos sucintos para manter a ética e não expor outras pessoas, iniciamos com o relato da equipe médica de como os fatos sucederam:

Em meados de julho de 2019, Elvira foi internada em nossa enfermaria por estar psicótica e ser acusada de uma tentativa de homicídio de sua filha. Assim, devido a um mandado judicial, a polícia militar ficava do lado de fora da enfermaria para fazer escolta sempre que a paciente saía do local. Tal fato foi publicado à época, em diversos jornais e na televisão, em abordagens que envolviam Elvira de forma bastante estigmatizante e acusatória. Então, antes mesmo do primeiro contato, nós já havíamos escutado sobre o que ocorrera com ela e estávamos prontos para recebê-la em nossa enfermaria. Quando conhecemos Elvira, ela chorava muito, dizia se sentir muito culpada, arrependida do que fez, e em muitos momentos dizia que sempre quis proteger a filha e a embrulhou na coberta para protegê-la. Ao contato, era possível notar que ela estava em hipervigília o tempo todo. Dizia, chorosa, que o que aconteceu vinha a todo momento em sua cabeça. Era evidente também um ar de estranhamento com o mundo, uma certa perplexidade, além de uma sensação persecutória, em que sentia que seria, de algum modo, prejudicada por aqueles à sua volta, inclusive por membros da equipe.

Elvira ficou internada por meses na enfermaria de nosso hospital terciário para pacientes que estavam em quadros agudos psicóticos e que apresentavam

risco de auto e heteroagressividade. A despeito disso, ela era uma paciente doce, amável e preocupada com os outros pacientes, mas, como dissemos, chorava bastante pela culpa que sentia com o que aconteceu. Apresentava muita vontade de melhorar e de recuperar o contato da filha e de poder vê-la. Elvira se envolveu bastante com o tratamento, participava ativamente das atividades propostas, mas também, sendo dona de uma personalidade forte, era bastante questionadora a respeito de seu diagnóstico e de suas medicações.

Elvira, quando participava dos grupos de terapia ocupacional voltados para se expressar artisticamente, costumava fazer telas com desenhos de mulheres e autorretratos, cujos conteúdos retratavam mulheres fortes, mulheres com adereços de flores na cabeça coloridas, mulheres que choravam, mulheres... Ao final de agosto, discutimos o caso dela com a equipe do Centro de Reabilitação e Hospital-dia (CRHD) e começamos a fazer uma conexão em que passava o dia no CRHD e ao final da tarde retornava para a enfermaria.

Depois de quatro meses fazendo acompanhamento e tratamento no Hospital-dia, saiu a convocação para comparecer no Fórum Criminal da Barra Funda em relação ao julgamento do seu processo. No dia 17 de dezembro de 2018, sua terapeuta ocupacional e o seu médico psiquiatra, ambos autores desse artigo, foram acompanhar o processo e o julgamento. A juíza quis nos ouvir e então respondemos perguntas em relação ao seu diagnóstico e sobre qual seria a perspectiva de tratamento que estávamos propondo; neste dia Elvira foi considerada inimputável. Ela deveria ter alta da enfermaria, mas continuar em tratamento psiquiátrico. Após 1 ano de tratamento nesse novo regime de Hospital-dia, a paciente foi encaminhada para tratamento ambulatorial com consultas médicas e psicoterapêuticas, modalidades em que segue atualmente.

O relato que se seguirá, portanto, é de um quadro agudo psicótico e é mister realizarmos alguma definição sobre o tema: Psicose foi uma categoria diagnóstica que, durante quase dois séculos, se confundia com o próprio campo investigativo da psiquiatria. Em 1841, o termo “psicose” foi adotado pela primeira vez na literatura psiquiátrica como sinônimo de “neurose psíquica” (psychic neurosis). Esse termo era utilizado para designar as manifestações psíquicas de doenças mentais provocadas por alterações do sistema nervoso (Canstatt, 1841), já que o termo “neurose” se referia a qualquer doença do sistema nervoso central nesse momento da história psiquiátrica. Foi a partir da metade do século 19, através de Flemming (1861), que

o termo “psicose” passou a referir-se às desordens mentais com causas orgânicas estabelecidas ou presumidas. Ainda assim, a expressão continuou a ser amplamente utilizada como sinônimo de doença mental ou insanidade (Bürgy, 2008).

A distinção entre psicoses endógenas e exógenas ocorreu em 1892, a partir de Mobius, para separar as psicoses de causas “internas” à mente (endógenas) daquelas com causas “externas” (exógenas). Ambas se distinguiam pela diferença da natureza das patologias, com tipicidades de formas e cursos distintos, de modo que no grupo das exógenas, o prognóstico seria melhor, uma vez que o quadro clínico seria desencadeado por condições perturbadoras do ambiente, de tal forma que, caso essas condições fossem eliminadas, desapareceria também o quadro clínico. Já as endógenas seriam interpretadas como mais graves, porque dependem de supostas alterações neurológicas e, nesse sentido, estruturais da consciência de um determinado indivíduo; essas patologias seriam a esquizofrenia, as psicoses maníaco-depressivas e as epilepsias (Messas, 2013).

Com o intuito de obter a origem e o sentido de um determinado transtorno mental, é necessário determinar os fundamentos da estrutura do sujeito que ordene os achados de sua personalidade, revelando, a partir daí, os desdobramentos para uma existência, tanto em seu aspecto de funcionalidade, quanto em seus aspectos significativos em relação consigo mesmo e com o seu mundo. Assim, historicamente fez-se uma divisão entre psicoses endógenas, exógenas e reativas que, em certa medida, aproxima-se dos conceitos de compreensibilidade e incompreensibilidade a partir das contribuições de K. Jaspers e K. Schneider, de modo que o campo daquilo que é endógeno é definido através da articulação do “eu” com o “mundo” na interioridade da estrutura da experiência (Messas, 2013).

Assim, a psicose endógena surge a partir da desestruturação dessa articulação primordial, em que as relações de conexão de sentido anteriores à eclosão do transtorno não são mais compreensíveis, visto que essa desarticulação promove uma autonomização de zonas de estruturas de consciência em que os significados passam a ser dados ao paciente de modo solipsista, ou seja, que não depende mais de uma significação compartilhada de mundo. Nas psicoses exógenas, por outro lado, o fenômeno psicótico se dá fora da região de articulação primordial da estrutura da consciência com o mundo e sem transformação do sentido global de uma consciência histórica e intersubjetivamente ancorada e, portanto, manteriam sua compreensibilidade (Messas, 2013).

Há uma grande problemática, de quase 125 anos, sobre esses conceitos de compreensibilidade e incompreensibilidade jasperianos na psicopatologia, mas esse problema pode ser mais bem compreendido a partir de uma visão fenomenológica. No nível ôntico da experiência, ou seja, em uma aproximação em relação ao paciente a partir de uma empatia que poderíamos considerar cotidiana ou ingênua (no sentido de ser mais natural e corriqueira), incompreensíveis seriam os fenômenos psíquicos que estariam para além dos limites daquilo que poderia ser captável e fazer sentido para um sujeito que se relaciona com eles, ou seja, para alguém que se relaciona com um paciente em um surto psicótico. Porém, podemos realizar uma empatia “de segunda-ordem”, uma empatia que leve em consideração o fato de que a experiência existencial do paciente é diferente da minha. Isso significa dizer que o mundo vivido da pessoa durante sua crise é diferente do meu. É necessário realizar uma suspensão da atitude pré-reflexiva (também dita natural) para aí sim ultrapassar os limites da nossa experiência e se colocar na experiência do outro, explorá-la como um outro mundo de possibilidades. Para isso, é preciso realizar uma aproximação que leve em conta a ontologia da existência, suas condições de possibilidade e suas significações de mundo (Stanghellini, 2013).

Dessa forma, como veremos a seguir, o artigo seguirá sua argumentação a partir de três possíveis pontos de vista sobre uma crise psicótica. O primeiro deles é o relato em primeira pessoa, ou seja, Elvira irá nos contar sobre sua crise do seu ponto de vista. Aqui há a experiência da paciente em sua subjetividade, sem reconhecimento e reflexão científica. Há a totalidade da experiência que remete ao corpo vivido: “Experiência de crise da Elvira”. Na sequência, observamos principalmente os sintomas relatados a partir da experiência em terceira pessoa – faremos uma psicopatologia descritiva para observar quais sintomas são captáveis pela observação do profissional de saúde. Nesse contexto, não há espaço e lugar para o vivido, para a experiência subjetiva, os fatos aqui são atemporais e abdicados de qualquer certeza fenomênica: “Descrição dos sintomas psicopatológicos, a partir do que a Elvira nos narra”. E, por fim, faremos uma descrição fenomenológica em segunda pessoa, na qual mergulharemos nas condições de possibilidade daquela experiência vivida por Elvira e suas significações com o mundo. Nesse momento, a narrativa é reflexiva e intersubjetiva; aqui há o reconhecimento da experiência: “Fazer uma análise fenomenológica do caso e da experiência vivida” (Sarpa Jr, 2006).

Com isso o artigo busca alguns objetivos:

- 1) dar voz a uma paciente que sofreu um surto psicótico;
- 2) descrever psicopatologicamente esse surto a partir dos seus sintomas relatados;
- 3) adentrar fenomenologicamente na vivência da paciente, em especial a partir dos afetos e da integridade do “eu”;
- 4) realizar um refinamento psicopatológico apontando semelhanças e diferenças entre a psicose esquizofrênica e do transtorno bipolar, defendendo que Elvira se enquadra nesse segundo diagnóstico;
- 5) retomar a discussão entre compreensibilidade e incompreensibilidade, de modo que é possível haver compreensão em fenômenos a princípio incompreensíveis;
- 6) retomar a discussão entre psicose endógena e exógena e perceber que essa visão histórica apresenta certas limitações quando levamos em conta uma análise fenomenológica;

## **Argumentação**

### **A experiência de crise da Elvira – a perspectiva em primeira pessoa**

Dar-se-á agora, o relato da Elvira sobre sua própria vivência em um período que vai da sua pré-crise à vivência psicótica propriamente dita. Não houve qualquer alteração no texto em termos de linguagem por parte da equipe, apenas algumas sugestões para diminuição da extensão para que se adequasse ao tamanho do presente artigo e a supressão de uma passagem em que expunha em demasia personagens desse enredo. A seguir, o relato original escrito pela paciente:

*Sou filha de uma mulher nordestina, esteticista, negra de pele mais clara/parda e homem paranaense, jardineiro, branco avermelhado ou moreno claro. Ambas pessoas simples e pobres, que vieram para São Paulo em busca de emprego e trabalharam em indústrias metalúrgicas na década de 1980, onde se conheceram. Tenho uma única irmã, 1 ano e 6 meses mais nova.*

*Sempre convivemos juntos em família. Eu e minha irmã recebemos a mesma criação e educação, porém, ela desde pequena sempre se mostrou menos afetada por*

*algumas violências e problemas familiares ou sabia lidar melhor com situações adversas.*

*Tivemos uma infância conturbada, permeada por violência doméstica e assassinatos na família, que inclusive permearam os jornais e os programas da época, década de 1990, crimes que hoje em dia são denominados feminicídios.*

*Os homens de minha família, quase todos, sempre foram agressivos com suas companheiras e seus filhos. Muitos faziam consumo de substâncias tóxicas, álcool em excesso, além de apresentarem ciúmes excessivo, racismo e xenofobia nas falas durante discussões. Minha mãe, por exemplo, foi impedida pelo meu pai de trabalhar e estudar por muitos anos após meu nascimento e de minha irmã. Isso nos levou muitas vezes a não ter sequer nossas necessidades mais básicas supridas, pois meu pai era muito desorganizado com as contas e mudava constantemente de emprego e minha mãe não podia trabalhar.*

*Durante muitos anos, meu pai teve uma arma de fogo em casa. Quando eu e minha irmã éramos pequenas, enquanto ele estava nos ameaçando, chegou a fazer um disparo dentro de casa na nossa frente.*

*Eu também sofria agressões físicas dele por rebater suas falas agressivas e a violência psicológica que praticava com minha mãe em nossa frente.*

*Aos 16 anos, conheci, por intermédio de uma amiga, aquele que seria meu companheiro por 13 anos. Fomos namorados, noivos e mantivemos uma união estável após a minha gravidez. Nesse momento, por sermos muito jovens, esse meu relacionamento foi um pouco conturbado, com cenas de ciúmes de ambos, drogas, rock'n'roll e também de muitas viagens, amor, festas e diversão.*

*Ao meu companheiro, eu desabafava sobre toda a violência que sofria do meu pai dentro de casa. Era meu namorado e “terapeuta”, junto com o álcool. Parecia me entender e se compadecer de toda a minha dor. De certa forma, o que padece na adolescência era um pouco mais brando quando comparado à infância, porque eu, quando jovem, já respondia mais às provocações de meu pai, saía de casa quando as coisas estavam muito pesadas, enfrentava-o com mais igualdade em força, minha mãe já havia conseguido retornar para o mercado de trabalho e a arma que marcou a minha infância não existia mais. Entrei na universidade e finalmente saí*

*daquela casa e da convivência diária com o meu pai, que tinha também alguns momentos de bondade e zelo pela família, principalmente na arte de cozinhar.*

*Em 2014, perdi meu pai, que lutou contra um câncer no seio maxilar/face por dois anos. Nesse período em que ele enfrentava a doença, eu me ausentei de diversas atividades como natação, cursos de idiomas e também inicialmente aos poucos do trabalho para acompanhá-lo no tratamento e resolver a burocracia de um convênio que não prestou a assistência necessária na liberação das medicações. Até que minha mãe desistisse do trabalho para ir junto com e cuidar dele entre cirurgias e internações de rádio e quimioterapia. Em janeiro de 2014, ele veio a falecer e senti muita culpa pelas brigas e desafetos. Tive algumas crises de choro e tristeza profunda, que não sei dizer ao certo se era luto ou alguma fase de depressão.*

*Em fevereiro de 2015, confirmei minha gravidez, que não foi planejada, mas muito bem-vinda e me preenche de amor, um amor muito forte, e também de preocupações com a vida que eu daria à Vida que eu carregava dentro de mim. Quando contei a notícia da gravidez alegremente para amigos e familiares, recebi diversas sugestões sem os ter perguntado, pois estava apenas informando. Mas da minha família, sempre recebi o apoio e cuidados com a gestação.*

*Passei a ser responsável pela mudança de casa da república estudantil para um “puxadinho” no quintal de minha mãe e toda a organização de que um novo lar necessita, além da busca por hospitais para acompanhamento de consultas pré-natais praticamente sozinha. Minha mãe e irmã me ajudaram na finalização e arrumação da casa, ou seja, em tudo. Mas naquele momento já comecei a me sentir abandonada na nova caminhada e sentia que precisava reforçar com frequência a importância das decisões que eu havia tomado com relação ao meu corpo e ao nascimento da minha filha, como a escolha por um parto humanizado, bem como os pedidos para que meu companheiro me acompanhasse nas consultas de pré-natal.*

*Tranquei a faculdade e abandonei o emprego apenas no nono mês de gestação, pois como a minha gravidez foi muito tranquila e saudável, consegui exercer a minha função sem problemas, que era a de trabalhar orientando trilhas educativas em meio à Mata Atlântica para crianças, famílias, escolas e pesquisadores em um parque da universidade.*

*Abandonei vícios de cigarro, comida industrializada e fast-food, e até mesmo qualquer bebida em comemorações sociais ou finais de semana. Com o meu companheiro/marido fiz um acordo: nos primeiros anos de vida da nossa filha, eu me dedicaria exclusivamente à maternidade, amamentação e alimentação saudável, brincar e desenvolvimento (primeira infância).*

*Com o passar dos anos e minha filha crescendo, percebi que não havia uma valorização das atividades que eu fazia no lar e dos cuidados com a nossa filha. Mesmo com uma divisão de tarefas satisfatória, eu não estava satisfeita, pois meu companheiro passou a chegar frequentemente alcoolizado em casa e isso me irritava muito e causou diversas discussões. Eu fazia dança nessa fase (minha filha quase sempre me acompanhava na atividade e o pai a buscava depois), mas acabei saindo das aulas por motivos políticos – as mulheres de classe média que se diziam ciganas e flamencas, declararam votos em Bolsonaro e na minha opinião, desconhecendo a real história de dança e música flamenca de origem pobre dos povos negros, mouros, judeus e ciganos que foram perseguidos pela inquisição espanhola, e essa arte simbolizava e representava resistência. Eu achava tudo muito contraditório e fiquei muito irritada com a situação. Estava nesse período com muita energia, irritada, com a libido mais alta e me sentindo muito bonita e confiante. Na única vez em que me ausentei durante uma noite toda (algo que meu marido fazia diversas vezes) para uma atividade de militância política, ele aproveitou a ocasião para jogar na minha cara que eu não era uma boa mãe, segundo os critérios dele e, numa discussão, quebrou meu celular.*

*Então... resolvi pedir a separação!*

*Pensava: não serei como a minha mãe ou outras mulheres da família! Admiro e me inspiro na força da minha mãe, mas não queria viver as violências que ela sofreu.*

*Mas aí que fui ameaçada de morte e que minha filha seria retirada de mim. No mesmo mês, uma vizinha, cujas discussões com o marido eu acompanhava há algum tempo, apareceu na rua gritando “Socorro!”, pois o marido a estava espancando. Percebi que ela estava com o olho roxo e corria com um único chinelo no pé em torno de um carro estacionado. Eu interfeirei na briga, chamei a Polícia que estava por sorte ou azar na esquina de casa, mas que nada fez e ainda debochou da situação questionando se eu era advogada dela e tentou justificar o ocorrido com*

*cenas anteriores à minha chegada. Liguei também para o 180, número para fazer denúncias de violência contra a mulher. Tudo isso ocorreu em outubro de 2018, desde o pedido de separação até a briga da vizinha em que eu intervi.*

*Outubro de 2018 também foi mês e ano de eleições presidenciais no Brasil, cujo clima político estava cada vez mais violento, com discursos de ódio e ataques ao partido do qual eu era integrante. O então candidato à eleição, Jair Bolsonaro, disse em campanha no Acre: “Vamos fuzilar a petralhada” e depois, já eleito, disse aos opositores do governo: “Vão para a Ponta da Praia”, em referência a uma base da Marinha que teria sido usada como local de tortura durante a ditadura militar.*

*Além disso, eram frases recorrentes usadas pelo meu marido desde o meu namoro e agora em casa: “Aqui é pedagogia Pinochet e não Piaget”, “Vai rir assim no Deic”, “Cuidado para não ir parar no Dops”, sempre em tom de deboche ou brincadeira em cima de algum comentário político meu do jornal da TV, de alguma notícia em redes sociais ou de amigos na universidade.*

*Jair Bolsonaro deu a entender, também, que a concepção de mulheres era uma questão de “fraquejada” do homem e outra afirmação que me chocou e marcou foi a de “nenhum centímetro a mais de terra para povos indígenas”.*

*Aquelas frases começaram a fazer ecos na minha cabeça. Além disso, comecei a ter pesadelos com meu pai e armas e me vi diversas vezes assustada com barulhos aleatórios de algo caindo, de alguma coisa batendo na rua, fogos de artifício em jogos etc. Comecei a me sentir, de fato, perseguida, vigiada e com medo do meu marido, que ainda relutava para assinar a separação. Comecei a temer encontrar o vizinho que espancara a esposa e a liberação de armas prometida por Bolsonaro e seu partido, pois, como contei no início, meu pai também tivera uma arma e todo aquele cenário me fazia lembrar a infância.*

*Em crises de choro e ansiedade, desabafei com amigas minhas diversas preocupações com a minha vida pessoal e dúvidas da separação e sempre afirmava pra elas o quanto eu cuidava bem da minha filha, que eu era uma boa mãe e o medo do meu ex-marido estar me vigiando/filmando para tirar a guarda da minha filha. E apesar de ela estar sempre bem cuidada e alimentada, eu sentia receio de algo não*

*estar bem e ser usado contra mim. Eu me coloquei em vigilância dentro de casa (horário de almoço exatos, arrumação de camas e rega de plantas).*

*Ele não havia tirado seus pertences de casa e hora ou outra aparecia por lá, para ver a filha ou pegar alguma coisa, o que resultava em discussões, nas quais ele, irado, socava a parede. E isso me angustiava muito, além dos palavrões que ouvia. Passamos a ter desentendimentos em quase todas as visitas, quando eu também me exaltava.*

*Não raro essas preocupações se misturavam com o momento político do país.*

*Em conversa com o meu marido, que não aceitava a separação, propus uma viagem para o Uruguai para me sentir mais aliviada das notícias no Brasil e encontrar uma amiga. Algo me sufocava muito e eu não sabia por onde começar. Achei que seria uma boa ideia sair do país por alguns dias. Ele aceitou e comprou as passagens.*

*Lá, ele tentou reatar laços comigo, prometendo mudanças. Mas eu estava certa de que não haveria possibilidade de um retorno e ainda sentia medo dele, mas estava tão perdida e confusa com os sentimentos que fiz a viagem achando que a situação política era a maior causa do meu desespero, crises de choro e do medo que sentia no corpo estremecido, falta de ar e arrepios.*

*Naquele momento, eu já não conseguia mais organizar as minhas ideias. Minha vida pessoal se misturava aos acontecimentos políticos e ao cenário machista, misógino e agressivo a que eu assistia. Eu fazia diversas confusões mentais e temia a morte de mulheres, a minha própria e principalmente a da minha filha. Muitas vezes pensava que o medo que sentia e esses pensamentos negativos para com a minha própria pessoa e com a minha filha era algo espiritual. Então, colocava plantas de arruda e pimenta espalhadas pela casa – nas portas e janelas.*

*Retornando ao Brasil, fui por diversas vezes ao pronto-socorro psiquiátrico (CAISM - Vila Mariana) acompanhada de amigos, da minha mãe e filha e saí com remédios que me paralisavam os movimentos. Voltei outras tantas para informar os efeitos colaterais e mudar a medicação, até que fui encaminhada a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS - Cidade Ademar - Alvarenga), mantido pela Prefeitura de São Paulo. Lá, me disseram que eu precisava de terapias e não de medicações. Elas eram acessíveis, mas demoravam meses para começar. Em uma crise, fui internada*

em uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA - Santo Amaro) por 48 horas e saí com o diagnóstico de bipolaridade e encaminhamento para acompanhamento e retirada de medicação em um posto de saúde.

### **A primeira crise**

*Divorciada, com a guarda compartilhada acertada e com um novo lar a caminho da universidade com a minha filha nos braços (ela assistiu a algumas aulas comigo na FFLCH), cheguei a me perder em Moema, me guiando pelos nomes de ruas indígenas e sentindo uma dor profunda ao me recordar da fala “nenhum centímetro a mais de terra para os povos indígenas” proferida também por Jair Bolsonaro.*

*Entrei em uma loja de aluguel de trajes para casamento para pedir dinheiro e emprego, isso me ocorreu do nada quando achei que deveria fazê-lo, mas ao visualizar as cores, os formatos e os enfeites de roupas, comecei a associar a enterro/cemitério e morte e a questão indígena, colonização, casamentos cristãos e a morte da cultura e da vida indígena. (As crises de ansiedade e medo me trazem sempre uma sincronicidade de fatos e histórias que li com algo relacionado à minha vida e ao momento presente). A dona da loja, que já havia me prometido o emprego, só aí percebeu que eu não estava bem. Ela me trancou na loja junto com a minha filha e ligou para uma amiga minha (único telefone que eu lembrava e de alguém em quem eu confiava e que poderia ajudar a me encontrar naqueles sinais, pois ela havia feito uma matéria de Toponímia e trocávamos algumas figurinhas sobre matérias diferentes. Então, achei que ela pudesse me localizar), a qual acabou por informar à minha irmã a localização e o estado de pânico em que eu me encontrava.*

*Quando fui resgatada pela minha família, eu dizia repetidamente que iriam acabar com a natureza, que haveria mortes e que eu era a mãe natureza (risos), que deveríamos proteger mulheres e crianças. Corri na rua com minha filha e tentei tirar a roupa. Minha família, sem informações e sem saber lidar comigo, me solicitava controle e me alertava que se eu continuasse assim perderia a guarda da minha filha. Isso me exaltava ainda mais. Eu ficava com mais medo e sentia mais vontade de gritar “Mulheres”, “Mãe”, “Mãe Natureza”, “Crianças”, “Não matem”, falava que minha mãe agia como um homem tentando me conter e coisas mais das quais sequer lembro (brigas com ela). Não me recordo do que ocorreu no final deste dia.*

*Tudo se apagou da minha mente. Apenas lembro de ter sido levada para a casa da minha mãe e no caminho eu falava muito sobre o GPS do carro.*

*No dia seguinte, acordei assustada com o barulho de cavalos andando na rua. Realmente passam cavalos na rua da casa de minha mãe e eles estavam lá. A pisada deles me fazia pensar na cavalaria da Polícia Militar, a ditadura militar e a guerra. Eu ia fazendo conexões. Eu me levantei escondida e corri na rua para pedir ajuda. O barulho das pisadas dos cavalos que estavam rasgando os sacos de lixo era muito alto. Tanto é que acordei. Nas minhas crises, os sentidos parecem ficar muito aguçados: olfato, tato, visão e audição. Eu escuto de longe, enjoio da comida e principalmente de carne e se tenho medo começo sentindo muito frio. Conversar com alguém é ver tudo em câmera lenta e de repente acelerar. Consigo ver a piscada da pessoa lentamente, consigo ouvir barulhos de longe... E os cavalos pareciam estar entrando em casa. Pareciam estar no quarto de casa para me buscar. Fui para a rua para falar coisas sem nexos, associações que estavam em minha cabeça e gritava: "socorro!", pois ninguém que estava próximo me entendia ou parecia me ouvir. Apenas vociferavam para eu voltar, parar ou tentavam me segurar. E, segundo a minha família, eu quase fui atropelada, mas eu não tenho memória de ter visto o carro.*

*Eu queria ser ouvida, compreendida, procurava alguém que me desse um pouco de razão naquilo que eu tentava falar, alguém que me olhasse e me escutasse de verdade (péssima forma de conseguir isso, mas na hora eu não pensava assim e apenas gritava)! As pessoas que passavam na rua, e principalmente a minha família, pareciam não me ver e não me entender. Era muito desespero dentro da minha cabeça e eu tinha ódio deles.*

*Haveria mortes! Crianças! A natureza! A guerra! Como assim as pessoas não escutavam meus argumentos? Como era possível que elas não entendessem o plano assassino do atual governo? Estava claro! Eu estava berrando! Todos me olhavam com dó, fazendo negativas com a cabeça e eu ficava triste e mais desesperada.*

*Minha filha já havia sido arrancada dos meus braços, o que era sempre muito complicado, pois eu estava preocupada com ela e não confiava nem mesmo na*

*minha família, sempre com o pensamento de que algo grave aconteceria comigo e com ela.*

*A sociedade era hipócrita, as pessoas eram uma mentira e não se importavam com nada do que eu dizia. Tudo era uma farsa! E o meu sentimento era de desespero, tristeza, ódio e revolta.*

*Minha mãe me contou recentemente que eu já havia tentado ir à padaria sem a parte de cima da roupa. Segundo ela, eu estava muito irritada com os homens naquele período e dizia que se eles estavam sem camisa na padaria, eu poderia ir assim também. Mas ela conseguiu me convencer e eu fui apenas sem sutiã (o que é normal e eu o faço em algumas ocasiões). Mas eu também não tenho recordação desse diálogo com ela.*

*De fato, eu tive períodos de muita irritação, e naquele tempo eu já tinha discutido com alguns vizinhos, todos homens, além, é claro, das desavenças com o meu ex-marido. Nada estava fácil para mim.*

*Assim, fui internada por 48 horas em uma UPA (Santo Amaro) de uma forma bem violenta e assustadora para quem já estava confusa e assustada. Talvez necessária. Mas lembro das amarras, das injeções para me conter e o quanto isso só aumentava meu ódio e revolta, principalmente porque havia homens me dominando. O meu sentimento era de desespero e ódio. Quando acordei, eu estava numa ala mista (homens e mulheres) e isso me assustava bastante, pois eu era a única mulher amarrada. Apesar de estarmos sendo supervisionados por enfermeiros, eu não me sentia segura e sim muito vulnerável, eu não confiava em ninguém! Ver homens berrando e se debatendo soltos fez com que eu me sentisse nervosa, com medo e temerosa.*

*Na UPA, eu pedia muito para ver meu ex-marido, pois, na minha cabeça, ele era o único que poderia me tirar de lá. Então, o médico perguntava se eu era casada, pois, em minutos anteriores, eu havia falado que era divorciada. Aí eu dizia que eu era casada sim, que tinha marido e que eu precisava vê-lo. Dizia isso porque, na minha cabeça, as mulheres eram no passado internadas pelos maridos e somente eles poderiam autorizar sua alta. (Isso são histórias reais que eu já tinha lido em algum momento da vida e que todo mundo conhece.)*

*E em alguns momentos eu era remetida ao passado, como se eu tivesse voltado no tempo. A clínica parecia antiga, os móveis, os médicos, o tempo. Tudo estava velho! Eu não conseguia me ver no presente e era tudo muito assustador. (Isso eu não relatava aos médicos, apenas gritava que queria ver meu marido).*

*Então, eu tinha marido sim! E meu marido era o único que poderia me tirar de lá, pois ele havia me internado. (Isso se passava dentro da minha cabeça). Eu precisava vê-lo urgentemente!*

*E, assim, avisaram-no e ele foi até lá me visitar, quando eu pedi para ele me desinternar.*

*Depois de 48 horas tomando medicações que não me diziam quais eram, tive alta e recebi o diagnóstico de bipolar e um encaminhamento para procurar um posto de saúde para seguir um tratamento com medicações.*

*A verdade é que eu fazia pouco caso do diagnóstico porque, pra mim, meus medos estavam justificados e claros: meu ex-marido havia de fato me ameaçado, dito que eu não era uma boa mãe quando me ausentei uma noite de casa, relatado que tiraria minha filha de mim, Bolsonaro tinha feito diversas ameaças durante sua campanha e continuava a fazê-las já eleito, o vizinho espancado a esposa, meu pai era uma memória constante, armas, ditadura, torturas. Enfim, pra mim, não era uma doença, mas um medo real e preferi, a princípio, ficar com a opinião que eu tinha escutado no CAPS. Nas semanas seguintes, comecei uma terapia por minha conta enquanto estava na fila de espera das acessíveis, mas como estava com outras prioridades financeiras, incluindo uma mudança de casa recente, luta por vaga em creche, sem tempo e dinheiro, passei a faltar.*

*Além de tudo, o espaço da terapia era tomado para falar do quanto o meu ex-marido me infernizava em mensagens, áudios quando ia visitar a filha e o quanto isso me deixava angustiada, ansiosa, desesperada ou resultava em discussões e não resolvia nada e eu estava cada vez mais sem paciência e irritada.*

*Em fevereiro de 2019, em uma visita do meu ex-marido à minha filha em casa, fui ofendida com palavrões, dessa vez na frente dela, e ameaçada mais uma vez de morte. Naquela vez, senti a gravidade das ameaças (uma gravidade a mais no tom*

de voz? Não sei). Ele disse que mandaria vizinhos dele me bater e matar, eu e meu novo namorado (nem havia ninguém).

Por medo de que ele perdesse o emprego e para não o prejudicar e, conseqüentemente, a minha filha, que dependia financeiramente dele, fiz um Boletim de Ocorrência apenas relatando as agressões verbais, não as ameaças.

Comecei a organizar planos para uma mudança de vida, já que minha filha estava mais perto da possibilidade de vaga numa creche que eu tanto esperava. Assim, poderia conciliar os estudos e a maternidade.

### **Em maio de 2019**

Eu já estava terminando o processo de mudança e organização do apartamento, a vaga de creche da minha filha acabara de sair, eu tinha a pensão, uma bolsa da faculdade, bandeirão para almoço e ajuda da família (contas fechadas) e eu sentia que agora talvez tudo pudesse melhorar em minha cabeça. Mudança, nova vizinhança, separação, creche. Parecia tudo perfeito e organizado! Finalmente!!!

Permaneci bem nesse meio-tempo para realizar essas atividades como mudança de casa, tarefas domésticas, cuidados e passeio com a minha filha, entrevista com a psicóloga de creche e pagamentos de contas, mas tinha pensamentos de medo e perseguição que me invadiam e desapareciam, principalmente quando falava com meu ex-marido ao telefone ou quando via notícias do governo.

Durante o processo de impeachment da então presidente Dilma Rousseff em 2016, Bolsonaro, que naquele momento era deputado federal pelo PSC do Rio de Janeiro, homenageou o coronel Carlos Alberto Brilhante Ustra, o homem que a torturou na prisão. Depois de sua eleição para Presidente da República, eu temia também a ditadura e a ideia de homens colocando ratos em vaginas, como eu havia lido em algum lugar da internet sobre relatos de torturas e também o desaparecimento de pessoas.

Com ele eleito, a minha tensão só aumentava e hora ou outra eu desconfiava de todos os homens. Temia todos eles. Sentia raiva de todos. Mas tentava seguir a vida.

*Todas as falas passaram a ser muito pesadas para mim. Muito mesmo! Do meu ex-marido, que mesmo assinando a separação em dezembro de 2018, continuava me atormentando por mensagens e do futuro presidente em tons de ameaça e deboche contra o partido do qual eu era membro e militante.*

*Muito angustiada, perguntei para amigos se estavam sentindo receio do atual governo e do que poderia acontecer, e todos afirmavam que sim. Então achei que o meu medo era “normal” e igual ao deles.*

*Eu havia me mudado recentemente para um apartamento próximo à faculdade, minha filha estava matriculada regularmente em uma excelente creche depois de muita luta para conquistar a vaga. Porém, meus medos continuavam indo e vindo. Alguns dias eram mais ansiosos e angustiados, outros mais tranquilos e felizes, nos quais eu me sentia plena e radiante, ágil, poderosa com músicas felizes e outros dias perturbadores e de muita aflição e pânico, cansaço e desânimo, medo e desesperança. Nos momentos desconcertantes, eu cheguei a ter algumas alucinações visuais, que eram pra mim muito reais: quando eu olhava para as árvores, eu imaginava pessoas mortas enforcadas e novamente associava aquilo ao governo eleito, uma forma de punição aos opositores – tamanha era a minha aflição com o atual presidente. Mas isso era esporádico e, depois, essas “assombrações/visões/imaginações” desapareciam. Olhava para a piscina do CEPEUSP e imaginava que minha filha pudesse se afogar. Via um cadarço e o imaginava ao redor do meu pescoço. Avistava um saco de lixo e o imaginava em meu rosto. Entretanto, isso me invadia e desaparecia. Eu tinha muitos pensamentos negativos e de morte comigo e com a minha filha. Contudo, eu ia seguindo. Eu aguardava mais alguns dias para organizar a vida, entre o processo de adaptação na creche e mudanças, para procurar o posto de saúde da região e iniciar o tratamento recomendado na UPA com medicações. Tendo em vista que tudo que eu queria eu havia conseguido, mas ainda sentia apreensão, então achei que deveria tentar procurar ajuda na medicação.*

*Assim, em poucos dias dessa decisão em maio de 2019, eu tive um surto. Eu me senti perseguida, pois via sempre muitos policiais. Eu havia me mudado para perto da faculdade que, além de ter um batalhão da Polícia em sua entrada, também me lembrava momentos de tensão nos meus primeiros anos de estudante universitária*

quando a USP começou a autorizar a presença da Polícia Militar no campus e ocorreram alguns confrontos. Isso trazia uma conexão e sentido para tudo que estava ocorrendo ao meu entorno (Obs.: apenas deixar claro que, da minha parte, foram apenas participação em manifestações e que hoje tenho algumas reflexões e ponderações sobre esse assunto).

Numa manhã daquele mês, acordei alimentada por medo, desconfianças e dúvidas sobre o rumo que eu havia tomado. As músicas que eu costumava colocar pra ouvir pela manhã enquanto preparava o café na cozinha vibravam em mim em forma de alertas. Fui levar minha filha à creche e passei o dia em prantos, sem conseguir organizar meu pensamento e estudar. Dei voltas na creche preocupada com a minha filha, sentia que algo ruim aconteceria. Mesmo assim, tentei ter uma reunião com a minha orientadora na faculdade, no meio da qual falei sobre alguns medos e saí da sala aos prantos.

À tarde, busquei minha filha na creche, alimentei-a e dei banho. Fui com ela à padaria para comprar sorvete e a angústia permanecia. (Nos dias anteriores, eu já havia sido invadida novamente por pensamentos de morte comigo e com a minha filha, mas de forma rápida. E eu havia, inclusive, entrado na creche fora do horário permitido para experimentar a comida da minha filha, pois em minha cabeça ela poderia ser envenenada longe de mim. A psicóloga/coordenadora da creche me alertou que eu já havia experimentado a comida no período de adaptação e que tinham regras e horários para entrar, brincar com filhos nas dependências e horário de saída das crianças. No entanto, eu consegui passar e experimentar a comida e ficou por isso mesmo. Não sei o que ela pensou, pois eu não falei o que estava imaginando. A sensação de que algo ruim aconteceria passou e ficou tudo “bem”. E de fato eu não tinha nenhuma crítica às minhas atitudes. Depois que passava o medo, o desespero e o susto, eu seguia como se aquilo fosse algo espiritual, ocasionado pelo nervoso, ansiedade e estresse que tinha passado nos últimos meses. Eu esquecia tudo mesmo – algo que se resolveria logo, pois em outros dias eu estava muito bem e principalmente me sentindo ótima.) Na volta da padaria e tomando sorvete com a minha filha, as cores das folhas das árvores e o tempo pareciam diferentes. Procurei ajuda com uma vizinha que eu conhecia apenas de vista e sabia que tinha dois filhos. Pensei: “Vou falar com a vizinha, levar minha filha para brincar com as crianças dela e desabafar essa angústia.”. Eu tinha medo de

falar qualquer coisa com a minha família e ser novamente internada. Inclusive, naquele tempo já havia lido sobre internações e me apareceu online uma matéria sobre a possibilidade de compras de eletrochoques pelo sistema público (o que me pareceu e ainda me parece estranho, mas havia uma disputa e alguns políticos de esquerda se posicionavam contra). Tudo se misturava e meus pensamentos se aceleravam.

Falei com a vizinha sobre alguns medos e a separação, pois não a conhecia para abrir toda a minha história e aflição. Ela contou os problemas matrimoniais que enfrentava com o marido e eu percebi o quanto ela também sofria violência e de dependência financeira do marido. Eu saí do apartamento dela ainda mais aflita e angustiada. Naquele momento, me senti julgada por falas dela, como “Todo casamento tem seu lado ruim, mas é melhor se manter nele depois dos filhos”, “Você tem uma filha pequena e se separar não foi uma boa opção”, “Eu também sofro com muita coisa, mas me mantenho casada” e “Pelo menos ele nunca me bateu, e o seu também não”.

As frases não eram de julgamento, mas sim sobre as opções que ela havia escolhido. Porém, eu estava confusa, com medo, preocupada, e tudo passou a se conectar em minha mente: Bolsonaro, meu pai, meus tios, os assassinatos, homens em geral, vizinha espancada na casa antiga, a Polícia que não ajudou, violência, morte, ditadura, governos autoritários, pai autoritário, homens autoritários, casamento, prisão, perseguição e nova vizinha com mais violência.

Não consigo retratar aqui as conexões que fazia e todas as paranoias que se ligavam na minha cabeça. Mas tudo fazia sentido e estava conectado, inclusive no jornal, na minha mesa e na notícia da televisão. Era como se a televisão e o programa que estava passando na TV respondessem meus pensamentos no instante. Meus olhos só conectavam e encontravam coisas negativas e me solicitavam uma resposta de urgência, uma saída:

Homens, morte e assassinatos, ditadura, guerras e destruição. Mulheres, vida, filhos, natureza e reprodução.

E, assim, entrei em uma crise profunda de paranoia e ansiedade. Enviei mensagens sem nexos para a advogada que acompanhou minha separação para que

*podéssemos rever os valores da pensão que o pai da criança tanto me enchia a paciência para fazer (estava neste momento me achando injusta e me sentindo muito mal sobre isso) e tentei desabafar sobre um menino que tinha batido na minha filha na creche. Isso já me fazia imaginar que eu não havia escolhido um bom lugar para ela.*

*Isso aumentava a minha ansiedade e as paranoias se conectavam. Eu ficava ansiosa e em pânico e tentava organizar o pensamento.*

*Mas prontamente outro medo, culpa ou suspeita me invadia. Quando eu me livrava de uma, logo aparecia outra perturbação e eu andava de um lado para outro no apartamento, pensando em como proteger a minha filha, imaginando que invadiriam meu apartamento e que minha filha sumiria, pois vários relatos de crianças desaparecidas e torturadas na ditadura estavam em minha mente.*

*O mundo era um lugar horrível para se viver!*

*Todas as minhas senhas de internet eram uma junção das sílabas iniciais do meu nome e da minha filha, uma espécie de mantra para nada me separar da minha filha. Pois eu sentia profundamente que algo poderia fazer isso acontecer, mas sem entender exatamente o quê.*

*Falei com amigas sobre o medo que eu sentia, e com a minha irmã sobre receios aleatórios de que poderiam pegar a minha filha e que a havia colocado para dormir.*

*Escutei a música de Nossa Senhora (alucinações auditivas) e embrulhei minha filha em uma manta e cobertor. A manta era para protegê-la, principalmente porque era de Nossa Senhora. Por fim, eu a soltei do 5º andar embrulhada e peguei em facas na ideia de salvá-la de ameaças que estariam sempre perto de mim e que invadiriam o meu apartamento e também na tentativa de tirá-la de qualquer tristeza, tortura e perseguição, mesmo que a morte fosse caminho, mas também era salvação.*

*Eu via uma luz muito forte. E perdi a noção de tempo, espaço, distância e perigo. Momentos antes, achei até que seria possível escalar o prédio junto com a minha filha. Os pensamentos eram vários e o medo e a agonia, intensos...*

*Depois que soltei a minha filha pela janela, era como se não tivesse mais sentimentos, havia apenas muita raiva do que estavam fazendo a gente passar e desesperança. Sentia que as pessoas eram robôs num pesadelo.*

*Soltar a minha filha embrulhada numa manta não foi nada muito pensado, mas sim bem impulsivo. Tenho flashes de andar pelo apartamento, vigiar a porta, fotografar a janela e a movimentação no estacionamento do prédio antes e depois da soltá-la.*

*Falei com uma amiga sobre e acabei discutindo com ela achando que ela fazia parte de um grupo de espionagem e que as falas eram códigos secretos, como a palavra “garota”. E que ela havia me seguido para que eu matasse pessoas. Neste momento, o medo já havia desaparecido, e tinha sido substituído por muita raiva.*

*Eu gritava que enfrentaria todos que entrassem no apartamento e que mataria todos. Sentia que tinha muita coisa perto de mim, muitas pessoas (espíritos). A lua estava grande no céu e falava comigo. Abri as “bocas” do fogão, acendi um cigarro (fumava muito raramente e estava no processo de desmame da minha filha com 3 anos e 6 meses), ateei fogo na cortina e me joguei da janela do 5º andar quando o bombeiro entrou e tentou me agarrar.*

*No surto, as vozes ficam estranhas e nada confiáveis, pois se destacam palavras soltas nas frases. Tempo e espaço parecem lentos e, outra hora, acelerados, assim como os pensamentos. Um sonho. No meu caso, sempre um pesadelo. A marca do achocolatado na geladeira também me remetia a uma mensagem direcionada e ameaçadora na embalagem: “Comigo ninguém Toddy”. Cheguei a falar sobre a quantidade de açúcar com minha irmã, pois demorei 3 anos para introduzir qualquer açúcar artificial na alimentação da minha filha e toda a alimentação dela em casa era orgânica, comprada de pequenos agricultores. Tudo se misturava em minha mente. Sentia que eu estava matando minha filha dando, vez ou outra, um achocolatado, mas acho que nesse momento eu já a tinha soltado pela janela.*

*Muita coisa vi apenas por vídeo na internet e tento reunir os cacos do surto, mas a memória fica prejudicada.*

*Algumas memórias renascem após o segundo surto, esse recente e mais leve, mas que resultou numa internação voluntária. E, apesar de a minha filha estar bem, a culpa será eterna.*

*Eu quase matei a minha filha!*

*Palavras duras e difíceis de escrever e também de lembrar.*

*Eu quase matei a pessoa que mais amo e sempre amarei na minha vida. Eu quase matei a minha filha que tanto admiro e de que me orgulho.*

*Recordar o surto é difícil, mexer no passado é muito mais.*

*Um ato de violência que, para mim, será sempre injustificável e de eterna culpa. Por mais que a intenção tenha sido fugir ou proteger, foi uma violência. Minha filha sobreviveu à queda sem sequelas físicas e até o momento, psicológicas, segundo o acompanhamento terapêutico.*

*O surto é algo terrível. Não me reconheço nas desconfianças, no medo e na agressividade que me relatam ter. A agressividade está ligada à minha agitação, à necessidade de ser atendida imediatamente pois algo terrível irá acontecer. São flashes que me fazem remontar a história do que ouvi falar, vi pela internet ou mensagens que ficaram no meu celular.*

*Mas essa é uma parte da minha história.*

*Lembro que, antes de tudo, aconteceu de eu me sentir vigiada/observada na rua, em lojas e shoppings. Cheguei a comentar uma vez com a minha irmã fazendo compras e ela disse que era coisa da minha cabeça, e logo a sensação passou.*

*Hoje, entendo que meu pai talvez fosse doente e tivesse algum transtorno, talvez o mesmo que eu, por isso a sua pressa, agitação e violência, além do machismo e alcoolismo. Não sabia lidar com a doença, como eu ainda estou aprendendo.*

*Em abril de 2021, tive esse, que espero ser o último surto, que também lembro apenas em flashes, e sei que fiz acusações e tive desconfianças indevidas. É tudo muito assustador! Minha mente se transforma numa guerra na qual sinto que estou ameaçada e vulnerável e as pessoas que amo também. E a morte é um caminho. Depois, eu me transmuto em alguém com poderes mágicos ou faço parte de alguma trama. Lembro de falar muito de estupro e de achar que estava grávida.*

*O segundo surto mostra que, além das questões biológicas e químicas do cérebro e de um histórico de violência na família, ele vai além e é difícil de explicar.*

*Não quero me colocar no papel de vítima, pois a única foi a minha filha, uma criança inocente (redundante, mas apenas para enfatizar). É impossível racionalizar um surto na minha opinião – as mudanças de humor são rápidas, os sentimentos e os pensamentos são acelerados e você se transforma em muitas pessoas em segundos ou minutos. É uma explosão de sentimentos ruins e bons. No meu caso, quando chega ao extremo, sempre são cenas e pensamentos terríveis que me invadem.*

*Eu tomo muito pra mim o que leio, escuto e vejo. E fico muito sensível também a qualquer palavra, olhar, desenho, foto, gesto, som ou quadro.*

*Hoje estou trabalhando e tenho uma ótima relação com a minha filha, que nunca mudou a forma de me tratar, pois ela não se lembra do episódio, já que estava dormindo, e segue acompanhada por uma psicóloga também. Ela ressignificou sua queda, a minha e o susto também. Ela apenas sabe que caímos do apartamento e que a mamãe precisou se ausentar para tratar o pé e a cabeça, mas de qualquer forma não amenizam a minha culpa.*

*Eu gostaria apenas de deixar claro que fora do surto eu sou uma pessoa com clareza de toda a situação e do que é real. E que alguns fatos e acontecimentos pontuais podem ter me deixado desconfiada, essa desconfiança se expande numa proporção maior no surto. Eu também já enfrentei questões de assédio e atualmente venho enfrentando novamente isso no trabalho, fatos esses que são acontecimentos reais. Devido a todos os acontecimentos aqui relatados, estou sendo cautelosa e colhendo provas para que nunca ninguém possa justificar nada a partir da minha doença ou me desacreditar por ter um transtorno mental. Isso é uma preocupação minha! A mulher é muito desacreditada, talvez mais as pobres e vulneráveis e a condição de ter um transtorno mental e o pós-surto me deixam numa situação de fragilidade e descrédito. É o que penso. E não quero nunca que isso seja utilizado contra mim, especialmente com frases do tipo: "Ela está louca", "Ela é louca", "Ela está mentindo ou delirando".*

*E meu ex-marido tem se demonstrado um ótimo pai, talvez ele sempre o tenha sido do jeito dele, mas não como parceiro, principalmente quando solicitei o divórcio, e*

*também não normalizo a exaltação de ditadores e torturadores, nem mesmo em "brincadeiras".*

*Acho importante pontuar que depois do nascimento de nossa filha, meu ex-marido e eu nunca mais fizemos o consumo de nenhuma substância ilegal. O que acabou com meu casamento foi a irritação profunda em que eu me encontrava, vê-lo chegar alcoolizado e principalmente quebrar o meu celular e dizer que eu não era uma boa mãe.*

*Sempre tive muita paciência e amor nos cuidados com a minha filha. Invariavelmente fiz tudo com bastante dedicação, amor, prazer e carinho, e nunca a agredi, até porque sou contra qualquer tipo de violência, especialmente direcionado a crianças e por isso sinto tanta angústia com tudo que aconteceu.*

*Mas o bom é pensar que, apesar da forte culpa que carregou, ficou tudo bem. Estou com a minha filha – uma criança saudável, alegre, amorosa, questionadora, inteligente e esperta, que nunca mudou a forma de me tratar e que não teve nenhuma sequela física ou psicológica, apenas o susto e a dor da momentânea separação entre mãe e filha e, na época, teve marcas leves nas costinhas, mas que, de qualquer forma, não amenizam o minha culpa.*

*E, por último, mas não menos importante, continuo achando as declarações de Bolsonaro assustadoras e horríveis. E também o seu governo péssimo! Mas consigo não me deixar afetar tão diretamente com suas falas e políticas e separar melhor as coisas na minha cabeça. Resistir!*

### **Descrição dos sintomas psicopatológicos – perspectiva em terceira pessoa**

Como fica claro na exposição acima, o texto de Elvira é riquíssimo e o que realizaremos agora é só um dentre os muitos possíveis recortes desse relato. Por ser um artigo psiquiátrico sobre psicopatologia, nos concentramos na descrição e na discussão acerca das vivências psíquicas relatadas pela paciente. O texto chama atenção, porém, para os aspectos socioculturais relacionados ao transtorno psiquiátrico, bem como para diversos pontos em que é possível observar aspectos epidemiológicos que favorecem o aparecimento dos transtornos psiquiátricos, em especial, dificuldade financeira, violência, questões de gênero, machismo, políticas públicas, uso de álcool, entre outras. (World Health, 2022). As questões

epidemiológicas envolvidas no caso da Elvira foram abordadas no seu trabalho de conclusão de curso, que não será divulgado a fim de manter sua privacidade.

Começamos com a primeira parte do relato. É interessante observar que há um pródromo pré-crise, com caracterizações um pouco frouxas ainda acerca do que estava acontecendo com a paciente do ponto de vista psiquiátrico. Primeiramente o relato conta com descrições muito ricas acerca de toda uma interrelação de suas vivências com a situação em que vivia. Algumas indicações levam a crer que a paciente já poderia estar vivendo alguns episódios de alteração de humor, em especial hipomania, com aumento de energia, libido e bem-estar subjetivo e episódios opostos com sintomas ansiosos/depressivos. Outra designação sintomatológica a chamar a atenção é uma vivência algo paranoide, em que diversos eventos e significações de mundo já começam a se misturar e a se apresentar intensos demais para uma consciência que talvez não estivesse apresentando nenhuma perturbação psíquica. Porém, ainda nesse momento, as caracterizações são frouxas e há muitos aspectos psicodinâmicos que se poderia pensar tratar-se de reações comportamentais normais frente às diversas preocupações e aos perigos experimentados por ela, não representando um quadro psicopatológico “exógeno” ou “endógeno”. Não nos surpreende, pois, os dois encaminhamentos realizados pelos CAPS nesse período: psicoterapia, especialmente, e medicações estabilizadoras de humor, eventualmente, tendo em vista que a apresentação, a depender de como era colocada, possivelmente ainda não era muito evidente para o psiquiatra indicar necessariamente uma medicação.

No entanto, a partir do relato intitulado “Da primeira crise”, começa-se a apresentar alterações psicopatológicas mais evidentes. De imediato, o primeiro achado psicopatológico é uma clara desorganização espacial, cuja relação, em parte significativa e em parte compensatória para se reorientar, passou a se dar com nome de placas de rua e a situação política do país. Portanto, há também uma associação de ideias não tão convencionais que habitualmente chamamos de frouxidão associativa. É interessante notar que, ao mesmo tempo em que há um afrouxamento das associações, é isso que permite um aumento de relação de significados. Essas relações se apresentam mais em quantidade e intensidade, fazendo-nos até mesmo questionar se o conceito de frouxidão é de fato preciso para descrever a experiência. Toda essa experiência é permeada por um sentimento afetivo de dor e sofrimento. Nesse sentido, há uma desproporção dialética entre ganho de significado e dor, que

Elvira pontua logo a seguir. Nesses estados afetivos negativos, ela apresenta aumento de reminiscências e significações e se apoia nessas vivências para tentar compensar sua desorientação, a ponto de pensar em uma amiga que teria a mesma capacidade de fazer associações (visto que trabalhava com Toponímia) como ela estava fazendo, para que essa amiga pudesse buscá-la, emprestando assim suas referências subjetivas dessa vivência para o mundo. Ou seja, fica claro na descrição da Elvira que essa nova vivência afetiva, com suas respectivas (des)proporções dialéticas, apresenta uma nova forma de estar no mundo, é um outro mundo que se abre para uma consciência alterada pela patologia.

Porém, não eram apenas o espaço e os afetos que apresentavam esse desbalanço. Também a sua sensopercepção estava distorcida e, do mesmo modo, se apresentava inundada de associações e significações. As associações apresentam significações cujos conteúdos são ainda compartilháveis e estão relacionados aos afetos. Na verdade, os afetos fazem um pano de fundo de onde emergem as significações e as interrelações, como veremos. Assim, a “dor profunda” intermedia a relação entre cores, necessidade de emprego e dinheiro, morte, cemitério, questões indígenas, questões morais, governo, seu passado... É nesse contexto que o delírio se apresenta e, entre medo e revolta, a paciente cria um delírio que a capacita combater tudo o que está sentindo, ela se transforma em “mãe natureza” para proteger as mulheres e dar vida, em oposição a homens e morte. É evidente que o carácter delirante é o fato de a paciente se sentir, de maneira um tanto grandiosa, um ente que ela nunca poderia ser. Há aqui uma realidade não compartilhada, pois sabemos da impossibilidade de Elvira ser a própria natureza. Porém as relações de significações de mundo permanecem, como dissemos, ao mesmo tempo afrouxadas, visto serem inusuais e pouco diretivas, e intensificadas, já que se apresentavam com muita força para a consciência da paciente. O delírio de Elvira, de certa forma, resolve um impasse; agora ela teria força suficiente para combater aquilo que a aflige.

Dessa forma, podemos entender uma função importante do delírio nessa experiência como relatado no trecho: “Fui resgatada pela minha família e eu dizia repetidamente que iriam acabar com a natureza, que haveria mortes e que eu era a mãe natureza (risos)”. Esse delírio de grandeza tem o papel de reordenar os significados da experiência. É mais tolerável ao indivíduo uma ideia que dê conta de maneira total da experiência, do que a vivência cercada de preocupação, medo e

percepção de uma catástrofe iminente. Essa atribuição de um novo significado à percepção ocorre na forma de uma súbita revelação, inquestionável, semelhante a uma descompressão da angustiante expectativa de mau presságio. O comentário do relato com “risos” também é importante pois revela ao mesmo tempo uma crítica sobre a impossibilidade do fato e uma capacidade refinada de brincar sobre sua situação, de ser irônica.

Observa-se aqui aquilo que fenomenologicamente se delimita como inversão do arco intencional: se, na experiência cotidiana, temos a impressão de que nos direcionamos ao mundo, de irmos ao seu encontro, por assim dizer, na experiência psicótica ocorre o oposto, é o mundo que nos invade (Hirjak, et. al, 2013). No nosso exemplo, observamos isso tanto no fato de a paciente se guiar por referências “externas” a si, quanto no fato de relatar que as percepções como “as cores, os formatos e os enfeites de roupas” se relacionam significativamente consigo e com seu delírio. Na experiência cotidiana, sentimo-nos ativamente como formuladores de nossos pensamentos e ações; na experiência psicótica, a paciente passivamente apresenta um pensamento e ação a partir de um mundo que “a invade”, se comportando de maneira reativa.

Elvira segue o relato rico em alterações psicopatológicas. Quando acorda no dia seguinte em sua casa, apresenta hiperestesia, reportando aumento da intensidade das sensações, ouvindo de maneira muito forte as pisadas dos cavalos. Estava hiperalerta, prestando atenção de maneira mais intensa, porém menos focada, a estímulos que normalmente não nos importariamos. Manifestava pensamento acelerado, chegando a uma fuga de ideias, com associações frouxas e com aumento de conexões e significações. Apresenta também sinestesia, relacionando frio e medo. Relata também alterações espaciais, com alterações entre proximidade e distância, onde ora aquilo que está próximo é percebido como distante, ora aquilo que está distante se aproxima muito. Também a percepção temporal está alterada, instantes se passam de maneira extremamente vagarosa, como um piscar de olhos que é percebido de maneira minuciosa, ao mesmo tempo em que rapidamente aceleram, indicando novamente desbalanços temporo-espaciais. O prejuízo atencional e a confusão temporo-espacial comprometem a memória da paciente, que traz no seu relato alguns trechos que são informados por seus familiares, dos quais não se recorda.

Quando Elvira fala de sua família, fica clara a ideia de incompreensibilidade. Por não ser uma vivência compartilhável, numa aproximação mais leiga ou ingênua, não é possível que a família compreenda o que está se passando com Elvira e assim, eles se comportam como se a paciente pudesse deliberar voluntariamente sobre seus atos e a recriminam, como se a recriminação pudesse ser assimilada e a paciente pudesse retomar a consciência de si. Pelo delírio ser uma experiência inatingível num primeiro nível empático pelo outro, ela não é compreendida. Mas quando damos voz à paciente, a reação da Elvira passa a ser compreensível, tanto do ponto de vista da significação do delírio, quanto da coerência que esse estabelece com a sua vivência, em especial em relação ao seu estado afetivo, a sua vivência biográfica e ao contexto sociocultural em que está inserida. Como veremos adiante, aqui já se estabelece uma dialética em que mesmo os fenômenos ditos incompreensíveis podem conter em si uma compreensibilidade para um olhar mais atento.

Na continuidade de seu relato, Elvira mostra novamente esse paradoxo. Ancorada em uma vivência hiperalerta, apresenta um prejuízo na atenção voluntária, que salta rapidamente de um estímulo para o outro, sendo incapaz de fixar-se em um objeto e dispersa-se na multiplicidade de estímulos sensoriais, ao mesmo tempo em que forma diversas conexões mencionadas no relato. Apesar de uma certa relação entre os conceitos dessas associações, o conjunto carece de unidade significativa e de sentido para quem está vendo de fora, o que dificulta uma relação empática das pessoas com ela, acentuando seu sentimento de incompreensão. A própria autora percebe, no relato, que as coisas que proferia não faziam sentido para quem a estava ouvindo, a não ser subjetivamente, em sua vivência, e seu comportamento, no intuito de se fazer compreendida, só provocava o contrário, pois a forma com que imprimia seu comportamento e pensamento era entendida pelos outros como uma insanidade. De fato, a vivência da Elvira não estava acontecendo dentro do esperado, indicando uma patologia e necessitando de internação.

O paradoxo entre compreensibilidade e incompreensibilidade segue vivo na experiência da paciente, já que, para a família, a forma como a paciente se comporta é incompreensível. Não só para a família, é a partir da alteração formal do pensamento e do comportamento que podemos dizer que há algo patológico na sua experiência, e assim, de fato ela deveria ser internada e medicada. Mas em termos de significados e conteúdos, a ligação semântica entre eles segue compreensível,

pois o sentido do que é pensado segue uma linha em que suas significações permanecem compartilhadas e, portanto, compreensíveis intersubjetivamente. Na vivência em primeira pessoa, esse paradoxo entre compreensibilidade e incompreensibilidade se tornam muito angustiante pois, aquilo que quer ser comunicado, por ser óbvio para essa consciência que vive a situação, não o é; pelo contrário, o outro não acessa a experiência e a rechaça, fazendo com que Elvira sintasse num ciclo vicioso no qual quanto mais tenta demonstrar o que está sentido, tanto mais incompreendida pelo outro permanece. Nesse aspecto que se relaciona à compreensibilidade, a patologia da Elvira não se apresenta como um problema existencial e psicopatológico mais grave, como seria no caso de uma psicose esquizofrênica, como veremos adiante.

Na internação no pronto socorro, algumas alterações psicopatológicas seguem relatadas, mas, novamente, com as significações de sentido preservadas em alguma medida. Homens, médicos, medicações, amarras e patriarcado seguem em ligação semântica. A vivência temporal da paciente agora se remete ao passado e a um tempo pretérito cujos valores patriarcais eram ainda mais presentes do que hoje em dia. A experiência de paralisação temporal ligada a um certo arcaísmo, apresentava um mundo velho e carcomido. Nesse mundo, a paciente não tinha mais autonomia e dependia socialmente de seu marido, como ocorria com as mulheres no início do século passado. Ele, possuindo sobre ela sua liberdade cívica, seria dono de sua autodeterminação, motivos que explicam o porquê de ela, então, solicitar a presença dele para que pudesse sair do hospital. Mais uma vez, nota-se como a questão semântica permanece íntegra.

A paciente finalmente sai de fase, retorna a um estado de eutimia, começa novamente a se organizar e ter planos para o futuro, quando novamente entra em outro estado de alteração afetiva e psicótica, dessa vez mais grave, chegando ao ápice dessa vivência, com alguns sintomas novos e perturbadores descritos em “maio de 2019”. O relato se inicia com oscilações de humor e sintomas psicóticos que apareciam e desapareciam conforme a situação em que a paciente se encontrava, em especial em relação às suas preocupações com o governo da ocasião. Elvira tinha alguma desconfiança de que o que acontecia com ela não era normal, mas quando conversava sobre sua angústia com os amigos, esses a reasseguravam e ela encarava que essas vivências faziam parte do momento. Elvira descreve um mundo que se apresenta a ela de acordo com o seu humor: “Alguns

dias eram mais ansiosos e angustiantes, outros mais tranquilos e felizes, nos quais eu me sentia plena e radiante, ágil, poderosa com músicas felizes e outros dias perturbadores e de muita aflição e pânico, cansaço e desânimo, medo e desesperança. Nos momentos desconcertantes, eu cheguei a ter algumas alucinações visuais, que eram pra mim muito reais (...).”

Pela primeira vez no relato, a autora descreve “alucinações” visuais e o conteúdo dessas alucinações se liga semanticamente tanto aos afetos, visto que eles se apresentavam com maior frequência quando estava deprimida, quanto às suas preocupações que a essa altura já conhecemos bem. Na descrição parece que havia mais de uma vivência, a alucinação se daria quando de fato a paciente via alguma dessas imagens com uma tessitura real, na ausência de estímulos sensoriais. Além disso, ainda nessa descrição, parece que a paciente tinha alguma consciência de que aquelas imagens de fato não eram reais, o que caracterizaria uma alucinação. Também parece que apresenta ilusão, quando se depara com alguma imagem que ocorre a partir de um estímulo real, ainda que a percepção seja enganosa; ou mesmo uma imaginação, nesse caso a imagem é percebida geralmente como voluntária e o processo de produção de imagens usualmente ocorre na ausência de estímulos sensoriais (Dalgalarondo, 2019, p. 121).

Na sequência, a paciente relata ter procurado novamente apoio na medicação. Essa informação, nesse momento do relato, também é importante pois, apesar de uma crise psicótica anterior e das idas e vindas das alterações de humor e dos sintomas psicóticos, a paciente mantém crítica, característica de quem não perdeu totalmente o contato com a realidade. Infelizmente, essa tomada de consciência se apresentou um pouco tarde. O prenúncio da crise se deu novamente com uma hipersensibilidade de sua sensopercepção, a paciente estava a flor-da-pele com as músicas anunciando a catástrofe, e os prantos mostrando que algo não estava em seu devido lugar. Novamente a paranoia estava presente com a desconfiança de envenenamento da comida de sua filha. A crítica em relação ao quadro psiquiátrico também flutuava, já que a paciente estava vivendo momentos de tensão em que realidade e psicose se misturavam, tudo era novo nesse momento e Elvira não tinha consciência do que experimentou como tem hoje em dia. As alterações de humor também contribuem para essa dificuldade no reconhecimento desse estado, ainda que experimentasse dias muito ruins, outros dias eram normais

e outros ainda eram muito bons. É característica dos episódios maníacos a falta de crítica e essa inconstância afetiva não permitia que ela compreendesse muito bem que passava por um problema. Também dentro de uma experiência cultural, a interpretação desses eventos como algo espiritual, ou mesmo o senso comum de que situações de estresse podem levar a alterações perceptivas, fez com que ela ainda não ficasse totalmente convencida do seu problema como algo médico.

Aliás, esse foi um ponto importante durante o cuidado com ela; também por questões culturais, há um certo preconceito em relação às questões psiquiátricas, Elvira de fato já não havia tido uma boa experiência com sua internação no pronto socorro e possuía, à época, dúvidas perturbadoras quanto aos tratamentos da psiquiatria, o que favorecia sua desconfiança quanto a um diagnóstico. A comunicação também era um problema, Elvira tem ideias progressistas, enquanto algumas pessoas de sua família não. Assim, também a interlocução fica comprometida e reforça o medo em suas vivências. Novamente o medo propiciava, enquanto afeto, um pano de fundo para novas paranoias e psicoses.

Nesse momento novos sintomas se apresentam. Elvira passa a relatar o ápice de seu surto psicótico e alguns sintomas são de difícil diferenciação entre uma experiência bipolar e esquizofrênica, como discutiremos a seguir. Primeiramente a paciente relata uma experiência que schneiderianamente poderíamos descrever como divulgação do pensamento (Bozutti et al., 2023), ou seja, de que o pensamento de Elvira se torna acessível a outros pela televisão e essa responde a algumas de suas questões.

Apesar de Schneider apontar que os sintomas de primeira ordem não são patognomônicos da esquizofrenia (Bozutti et al., 2023), há nessa experiência da paciente um detalhe importante, o que se passa na TV responde aos seus pensamentos, indicando ainda alguma unidade do eu. No caso da esquizofrenia, há alterações da atividade do eu em que normalmente os próprios atos são acompanhados por um sentimento de imposição, perda de autonomia e invasão, indicando um poder “externo” ao paciente (Bozutti et al., 2023). No relato aqui descrito, isso não parece ocorrer, Elvira é o tempo todo a autora de suas ações. E mais, ainda há objetos com os quais esses pensamentos se relacionam, não sendo uma experiência de uma paranoia sem objeto, mas sim ligada novamente à temática principal: “Homens, morte e assassinatos, ditadura, guerras e destruição. Mulheres, vida, filhos, natureza e reprodução.”.

Outra vivência muito típica dos quadros psicóticos emerge nessa parte angustiante do relato, Elvira experimenta uma perplexidade, ou seja, há uma vivência caótica e sem sentido (Bozutti et al., 2023), em que ela tem uma experiência forte de que algo iria acontecer, mas sem saber “exatamente o quê”. Isso faz com que seu comportamento seja confuso, sem nexos, com medos aleatórios, imprecisos e sem um direcionamento claro de como deveria agir. No caso da esquizofrenia, porém, novamente é mais comum que essa situação se dê de modo em que nada objetivamente determinado é descrito para que essa sensação ocorra, o paciente nesse caso parece estar impressionado, indefeso e confuso, como que incapaz de digerir a situação, não entende o que está acontecendo e o que deveria planejar ou fazer para lidar com isso (Aratagy & Neto, 2023a). No caso da Elvira, ainda que habite nela uma importante zona de indeterminação nessa experiência, ela ainda se conecta ao seu medo primordial, mantendo uma conexão de sentido que perpassa toda a crise psicótica e que a faz agir como agiu.

A paciente passa a alucinar com a música de Nossa Senhora (mais uma vez o tema religioso), e reveste de sentido espiritual o manto que protege a sua filha para salvá-la de todo o mal, mostrando novamente uma solução apresentada na experiência psicótica em relação à angústia vivida, mas ao mesmo tempo um ato desesperado de proteção de sua filha. Nesse momento, seus sentimentos são descritos de uma forma que podemos depreender uma experiência em que Elvira não sente nada, os sentimentos estão ausentes, enquanto sente ao mesmo tempo raiva e desesperança. Apresenta, concomitante a isso, alucinação visual e uma importante desorganização temporo-espacial.

A paciente relata que jogar a filha foi um ato impulsivo. Impulso é “uma ação que salta da intenção para a execução, com prejuízo na deliberação e decisão voluntárias, como se houvesse um curto-circuito volitivo, sem a adequada ponderação intrapsíquica” e são egossintônicos, alinham-se aos desejos do paciente naquele momento. (Aratagy & Neto, 2023b; Henriksen & Parnas, 2018) Elvira estava sentindo uma experiência que congrega uma forte vivência de ambivalências afetivas, em um mundo inundado de significações paranoidas que atentam contra a sua existência, mas especialmente conta a de sua filha, e passa a delirar com a ideia de ter protegido sua filha com uma manta de Nossa Senhora. A partir disso, realiza um ato impulsivo de proteção, embebida de um sentimento de medo, mas sem saber

exatamente o que estava fazendo, sem de fato ter planejado isso e ponderado sobre as consequências de se jogar uma criança pela janela.

Elvira se aproxima do fim do relato apresentando ainda algumas alterações afetivas, alucinações e paranoias. Mais uma vez seus atos se realizam a partir de uma projeção de um mundo intermediado por essas alterações. Ela se comporta de tal maneira que passa a lutar contra tudo e contra todos e atea fogo na sua cortina, de maneira muito confusa, e acaba por se jogar da própria janela, não dando tempo de o bombeiro segurá-la. Elvira relata ainda mais alguns sintomas antes de fazer uma bonita conclusão acerca das memórias de suas vivências e a sua atual interpretação significativa dos fatos. Porém, podemos nos dar por satisfeitos em relação à descrição psicopatológica do evento entendendo que não há mais nenhum novo elemento relevante que se apresente para a nossa discussão além daqueles acima relatados. O final de sua história em relação ao primeiro surto, também foi o início da nossa, visto que nesse momento, após uma internação para fixar a sua fratura, ela finalmente chega em nossa enfermaria para os cuidados psiquiátricos.

### **Análise fenomenológica da experiência vivida – perspectiva em segunda pessoa**

Como comentamos na introdução, a psicopatologia descritiva é de suma importância para a averiguação sintomatológica e para as possibilidades de tratamento medicamentoso e psicoterapêutico, mas podemos ainda mais nos aprofundar na vivência da paciente para compreender o que se passou com ela do ponto de vista existencial. Isso é o que faremos nessa parte do artigo.

A realização de uma fenomenologia a partir do que foi relatado nos interessa para fins de argumentação, pois poderemos interpretar a experiência fenomenologicamente, dando-nos maior especificidade sobre qual transtorno psíquico fora apresentado por Elvira (G. Messas & Fukuda, 2018). Ao mesmo tempo, esse movimento predispõe uma aproximação empática de segunda ordem que tem como objetivo proporcionar uma compreensibilidade do surto psicótico.

Escolhemos para isso duas vivências que consideramos fundamentais: a da afetividade e a da integridade do “eu” (self). A afetividade pode ser melhor interpretada aqui a partir do conceito de disposição (Befindlichkeit) do filósofo alemão Martin Heidegger. Ele se refere ao fato de que o humor constitui “um pano de fundo irreduzível que determina o modo como o mundo se apresenta para nós” (Heidegger apud Henriksen & Parnas, 2018, p.745). Dessa forma a experiência se

apresenta de acordo com os afetos que nos ancoram no mundo e nos abrem a uma plêiade de significados. A partir dessas significações de mundo é que podemos realizar as nossas deliberações e suas conseqüentes ações (Henriksen & Parnas, 2018).

O humor e os afetos nos colocam em situação. Estar situado é uma proeminente peculiaridade de nossas vidas e mostra um tipo de relação em um determinado momento que temos conosco e com o mundo ao nosso redor sempre ancorado nos nossos afetos (Brencio, 2018). Por exemplo, quando estamos deprimidos, o mundo se apresenta decadente e desesperançoso, o oposto de quando estamos apaixonados, em que se apresenta luminoso e vibrante. No caso da Elvira, ela descreve seus afetos apresentando medo, paranoia, dor, sofrimento, angústia, tristeza, raiva, cansaço e apatia, intermediados por afetos exaltados, enérgicos e de grandiosidade. Em uma comparação psicopatológica, há uma diferença importante entre o afeto que normalmente se apresenta na esquizofrenia daquele que se apresenta no transtorno bipolar. No primeiro caso, o da esquizofrenia, é característico uma espécie de apatia, “uma perda de sintonia”, em que o paciente perde o contato com a realidade em volta de si. Já no caso da bipolaridade, há uma espécie de hipertrofia desse contato, seja para o polo maníaco, seja para o polo depressivo (Sass & Pienkos, 2013a). É importante notar no caso da paciente que, mesmo diante de uma ideia delirante, há ainda algum grau de conexão que liga o seu delírio grandioso aos conteúdos (objetos) presentes em seu pensamento.

Mesmo quando a autora se descreve psicótica, por exemplo, quando se apercebe como “mãe natureza”, há uma fácil ligação semântica entre o que significa ser essa entidade em oposição aos conteúdos hostis à sua vivência. Ainda que essa experiência ultrapasse os sintomas clássicos de mania como aumento de vigor, euforia e fuga de ideias, já que a paciente chega a tocar uma perda do contato vital com a realidade, a partir do seu delírio, o fio semântico que segue ligando o conteúdo desse delírio à ideia dos binômios homens/violência e mulheres/vida mantém em algum grau essa conexão. A compreensão do significado do delírio nos é particularmente fácil de fazer pois esses conceitos são culturalmente partilhados, portanto ancorados intersubjetivamente. Caso fosse uma experiência esquizofrênica, tende-se a observar uma ligação semântica ainda mais bizarra, estranha e incompreensível, provavelmente não compartilhada culturalmente, mais

difícil de empatizar pois aí sim apresenta-se como uma experiência de rompimento intersubjetivo (Jaspers, 1997, p. 577).

Nesse sentido, a experiência de self de Elvira é mantida. Podemos ver isso de diversas formas, uma delas é no modo como as qualidades sensoriais de um objeto se apresentam nessa experiência. No caso do transtorno bipolar, os aspectos de cores ou formas se apresentam de maneira muito mais intensa em um mundo extático. Já na esquizofrenia é comum observarmos uma alteração de estranheza mais evidente. Por exemplo, ainda que ambas as patologias compartilhem da experiência de paranoia, no caso da esquizofrenia essa experiência normalmente é acompanhada por uma vivência como se o paciente entrasse em um mundo novo e bizarro onde os objetos são despojados de todo o significado, dando lugar a uma racionalidade absoluta de novas significações, dos motivos pelos quais a paranoia se apresenta. No caso do transtorno bipolar, os objetos se mantêm os mesmos, as placas das ruas seguem sendo placas das ruas, mas agora inundadas de renitências com preservação original de sentido (Sass & Pienkos, 2013a).

Não há uma perda da ipseidade, Elvira faz um relato em que suas ações se apoiam em um “eu” que pertence a si (self). Ainda que seus atos por vezes soem estranhos a ela mesma, quando faz uma análise retrospectiva de suas vivências, em momento nenhum do relato ela conta experiências em que sente como se esses atos não fossem dela. Mesmo no ápice da psicose, em que ela apresenta alguns sintomas que lembram sintomas de primeira-ordem, como quando comenta que a televisão responde a seus pensamentos, esses seguem sendo seus. Esse tipo de experimentação é mais comum no transtorno bipolar, pois nesse são relatadas “experiências de influência” nas quais os pacientes sentem que seus pensamentos ou sentimentos são impostos a eles por alguma força externa. No caso da esquizofrenia, a experiência é uma alienação ainda mais profunda, na qual os pensamentos ou os sentimentos não são experimentados como próprios, mas sim pertencem a alguma coisa que está fora de si. Enquanto a difusão, ou divulgação, do pensamento (a sensação de que os pensamentos estão se espalhando da cabeça) é encontrada tanto na psicose afetiva quanto na esquizofrenia, a transmissão do pensamento (a sensação de que os outros estão participando de seus pensamentos) é exclusiva da esquizofrenia. Ainda que em formas extremas de melancolia e de mania podem de fato envolver várias formas de alienação de pensamentos e sentimentos, não há uma perda do “minimal-self”, de existir como um ponto de vista

subjetivo distinto do outro e do mundo. Em contraste, essa perturbação da dimensão central ou mínima da individualidade, ou ipseidade, parece ser um aspecto-chave de uma experiência perturbada para muitos pacientes com esquizofrenia (Sass & Pienkos, 2013b).

Ainda dentro da experiência psicótica da Elvira, podemos fazer uma última distinção (ainda que tenham muitas outras que poderiam ser discutidas) entre a experiência bipolar e a esquizofrênica no que se refere a modos de confusão mental. A paciente relata que durante o surto psicótico tudo se misturava em sua mente e seus pensamentos aceleravam, e que quando se livrava de uma culpa ou medo, logo outra perturbação aparecia. No caso da mania, aquilo que chamamos de fuga de ideias é uma forma de distração, ou seja, uma incapacidade de ignorar um estímulo do ambiente que acaba por despertar um interesse vívido, ainda que efêmero. No caso da esquizofrenia, normalmente ocorre o que se denomina por “perplexidade”, ou seja, uma espécie de desamparo, em que o paciente se sente perdido e não sabe o que fazer. Assim, a vivência esquizofrênica parece menos uma questão de se distrair com o mundo exterior do que uma falta de um centro orientador ou um núcleo vital. Para algum campo temático ter relevância, é preciso uma perspectiva motivacional organizadora. Enquanto para o indivíduo com mania, com sua reatividade emocional intensificada, há muitas coisas que importam e que se tornam importantes muito rápida e fugazmente, para o indivíduo com esquizofrenia, nada importa, ou importa de uma maneira bizarra. Isso pode estar relacionado a um certo achatamento afetivo, como comentamos, visto que a perda do minimal-self, irremediavelmente ligada às emoções, fundamenta e orienta um projeto em direção ao mundo (Sass & Pienkos, 2013b). Ainda que psicótica, Elvira não chega a perder sua fundamentação e nem seu projeto em direção ao mundo, que se mantém intacto do pródromo ao surto propriamente dito.

### **Discussão**

Existe muita controvérsia no campo científico e no campo médico em geral, sobre a importância dos relatos de caso para a compreensão de uma determinada doença ou de um determinado transtorno dentro do campo psiquiátrico. Os pesquisadores de origem neurobiológica tendem a considerar o relato de caso como uma investigação de menor importância visto não ser, segundo essa concepção, uma investigação estatisticamente significativa e, portanto, de difícil universalização

e previsibilidade (Guimarães-Fernandes, et al. 2021). Esse modo de investigação recebe o nome de nomotética e se fundamenta em comparações intragrupos, de forma padronizada e com amostras representativas de uma determinada patologia a ser analisada. Como uma outra forma de conhecimento, podemos conceber uma investigação ideográfica, na qual há uma comparação intrasujeitos, em que se busca menos uma padronização e uma amostra representativa, mas uma análise que se fundamenta em um exemplo que pode ser paradigmático em relação ao que se quer demonstrar cientificamente (Tavares, 2003).

Dessa forma, nessa outra abordagem científica, o relato de caso é considerado como uma fonte inestimável de conhecimento, pois, a partir de uma experiência de adoecimento humano, em especial existencial, é possível, pela descrição daquilo que é essencial à experiência, uma argumentação fundamentada e sólida em relação a uma determinada patologia. Neste tipo de pesquisa não há um desfecho pré-estabelecido para não comprometer a percepção da totalidade da experiência do campo investigado.

Assim, o exemplo de um único caso pode ser decisivo para provar a validade de um tipo que seja exemplar o suficiente da possibilidade humana. A fenomenologia busca, pois, no caso clínico singular, um exemplo de um tipo ou de uma possibilidade humana, a partir da visão das características essenciais dos fenômenos, de forma que um único caso pode ser suficiente para demonstrar a validade de um tipo ou de uma argumentação.

Para isso, a compreensão intuitiva e profunda de estudos de casos individuais já havia sido citada por Jaspers (apud Antúñez) em sua obra *Psicopatologia Geral*: “muitas vezes o aprofundamento penetrante num caso particular ensina fenomenologicamente o que é geral para inúmeros casos. O que se apreendeu de uma vez encontra-se na maioria das vezes logo a seguir. Na fenomenologia importa menos se acumularem casos sem fim do que a visão interna, a mais possível completa, de casos particulares”. E conclui: “o importante na fenomenologia é, portanto, exercer a visão pregnante do que é vivido diretamente pelo doente a fim de poder reconhecer o que há de idêntico dentro da multiplicidade. (...) Assim ele confere-nos critério e orientação em novos casos.”. Dessa forma, apesar de o diagnóstico psicopatológico não se identificar com uma necessidade nosográfica, fornece elementos para ela (Antúñez & Santoantonio, 2008).

A importância de uma abordagem como essa é de especial interesse para o campo da psiquiatria, mas pode facilmente contribuir para todo o campo da medicina e da saúde, em particular, e da sociedade, em geral, tendo em vista que a nossa profissão é essencialmente ancorada no diálogo com o outro, e não somente no tratamento de uma doença. Em relação à psiquiatria, como comentamos, atualmente dispomos cada vez mais de recursos para os estudos das alterações mentais, no entanto não temos um consenso acerca da natureza do objeto psicopatológico. Se em medicina os sintomas são suficientes para uma boa prática médica que leve em conta o tratamento de um paciente acerca do controle de uma determinada patologia (ainda que não confira o sucesso acerca de um cuidado integral com o doente), na psiquiatria uma prática que somente observa a sintomatologia do transtorno é insuficiente para observar o todo da existência de um indivíduo que é afetado por uma de nossas complicações médicas. O todo da existência é alterado na psiquiatria (Del Saint, 2023).

Com o intuito de aumentar a confiabilidade ou fidedignidade do diagnóstico, a psiquiatria clínica vale-se do operacionalismo, que conduz uma seleção das manifestações clínicas associadas à disfunção, sem levar em consideração algumas especificidades de uma determinada forma de ser e de relacionar com o mundo. Nesse sentido, a concepção fenomenológica da psicopatologia tem como objeto a exploração aprofundada das vivências no transtorno, que permite a delimitação do campo de atuação terapêutica de profissionais da saúde que lidam com pessoas com transtorno mental, como psicólogos clínicos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais. A investigação qualitativa, nela incluída a psicopatologia fenomenológica, por meio da compreensão das atividades humanas, busca reconhecer o campo dos significados para o indivíduo que vivenciou uma determinada ação, constituindo um campo de investigação que tem como exigência um método que simpatiza com o mundo da vida, que se identifica com a experiência real e pessoalmente vivenciada, a partir da qual as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

Esse modo de investigação não pode preterir do próprio investigador para conseguir realizar essa compreensão do psiquismo. Se por um lado, a perspectiva em terceira pessoa observa os sintomas a partir da descrição da experiência de um corpo objetivo (Körper), a perspectiva em segunda pessoa é ancorada na intersubjetividade (fenômeno-) e na reflexão e na linguagem (-logia) (Bicudo, 2011).

Todavia, ambas se apoiam na perspectiva em primeira pessoa, em que a experiência pré-reflexiva dos estados mentais e corporais e a totalidade da exploração do meio do indivíduo através do corpo vivido (Leib) são expressos pelo corpo e pelo logos do paciente.

Dessa forma, é inegável que os dados mais relevantes deste artigo aqui apresentado são referentes à biografia de Elvira e ao relato de sua vivência psicótica. Muito diferente do agrupamento nosológico realizado pelos manuais diagnósticos que não permitem, visto que só observam os sintomas, uma boa diferenciação entre experiências psicóticas, a descrição fenomenológica realizada pelos autores mostra de maneira clara como essa diferenciação pode ser realizada, ainda que possua inúmeras limitações (Sass & Pienkos, 2013a, 2013b).

Apesar da experiência psicopatológica de Elvira não ter culminado numa total ruptura das significações de mundo com a realidade circundante, isso não quer dizer que ela delibera suas ações de maneira consciente. É sobre um pano de fundo ora amedrontador, ora sobre-humano, gerado por suas alterações afetivas, que o mundo é percebido e o “eu” age em relação com ele. Ou seja, poderíamos dizer que no caso da experiência psicótica, como essa relatada ou como qualquer outra, o indivíduo passa a agir orientado por um mundo particular. É isso que a psicopatologia chama de catatimia, ou seja, a influência dos afetos sobre as demais funções psíquicas. Nesse caso, a influência afetiva é tamanha que as ideias passam a ser sustentadas com forte convicção, causando sofrimento e disfunção e levando o sujeito a agir de maneira egossintônica em relação às suas dores, mas incapaz de rever suas ações de acordo com os estímulos objetivos que o mundo lhe dá. Os sentimentos são vividos como intensos e variados, oscilando entre polos opostos em questão de instantes, sem permitir uma estabilidade de significações de mundo. No caso de Elvira, ainda que não tenha havido uma plena dissolução do eu, este se encontra muito comprometido. Essa alteração chega a de fato se caracterizar como delirante visto que há um juízo de realidade patologicamente falso, em que o conteúdo do pensamento é impossível e não pode ser modificado pela experiência objetiva, pois o próprio modo como é interpretada é completamente distorcido. É muito comum, durante esses episódios, que o paciente se apresente desorganizado e que as ideias delirantes então apresentem uma lógica própria, mas muito confusa ao observador externo. Muitas vezes, nessas situações, os indivíduos se sentem muito pressionados pelo delírio, levando-os a agir de maneira desviante, em que pratica

atos estranhos, perigosos ou inconvenientes (Dalgarrondo, 2018, pp. 208-212). Assim, um indivíduo nesse estado psicótico de alteração psicopatológica está comprometido em relação às suas deliberações e não tem crítica sobre suas ações.

O relato da Elvira resolve também impasses seculares entre compreensibilidade e incompreensibilidade, como comentamos. Karl Jaspers descreve a “mais profunda distinção na vida psíquica [como] aquela entre o que é significativo e permite a empatia”, e o que “em seu modo particular é incompreensível, 'louco' no sentido literal.” (Sass & Pienkos, 2013b) (Jaspers apud Sass). Isso distinguiria as doenças afetivas, que “podemos compreender vividamente como um exagero ou diminuição de fenômenos conhecidos”, como a emoção intensa, do transtorno supostamente mais incompreensível da esquizofrenia. Porém, como vimos, os transtornos afetivos nem sempre podem, de fato, ser totalmente compreensíveis como “exagero ou diminuição de fenômenos conhecidos” da vida emocional. A mania ou a melancolia podem trazer formas de desorganização cognitiva ou comportamental que podem estar em forte desacordo com simples exageros da vida normal e se apresentarem como psicoses (Sass & Pienkos, 2013b). O relato mostrou de maneira paradigmática o paradoxo entre o que é compreensível e incompreensível. Basta vermos a reação de seus familiares frente à loucura de Elvira para entendermos a impossibilidade de uma empatia em um contato de atitude natural. Mesmo o médico psiquiatra se baseia nessa vivência ao observar o paciente e considerá-lo doente com necessidade de ser internado. Porém, ao realizarmos uma empatia de segunda ordem, ou seja, após analisarmos as condições de possibilidade da experiência psicótica, podemos empatizar com essa vivência e inclusive compreender o que se passa em um portador de transtorno mental que experimenta esse estado, mesmo se for esquizofrênico.

Na nossa análise, por exemplo, um paciente esquizofrênico perde a integridade do “eu”, por não ter mais um centro orientador em direção ao mundo, ou o “minimal-self”, como dizíamos. Isso se relaciona ao fato de essas pessoas não terem mais, muitas das vezes, as amarras intersubjetivas que formam uma realidade compartilhada entre os seres humanos. Esse entendimento permite então uma compreensibilidade dessa vivência. Do mesmo modo, ainda que o conteúdo do delírio esquizofrênico possa parecer, em uma primeira visada, muito bizarro, isso não impede que seja feita uma interpretação sobre seus conteúdos que irão se relacionar, ainda que de maneira fragmentada, à sua biografia e à cultura

circundante. Portanto, como Jaspers mesmo já apontava, existe compreensibilidade no incompreensível e essa definição não é suficiente para a determinação de um quadro bipolar ou esquizofrênico (Fukuda & Tamelini, 2016).

Tendo em vista a intercambialidade do que é compreensivo e incompreensível, também não se pode mais falar de psicose endógena ou exógena nos sentido clássico dos termos, ou seja, na ideia de que as psicoses endógenas seriam “internas” à mente, e portanto, ligadas a uma falha, ainda não completamente compreendida, daquilo que se convencionou chamar de somático (Tellenbach, 1999), do mesmo modo que as exógenas seriam “externas” à mente, e por conseguinte, ligadas a uma reação também anormal do psíquico. A narrativa de Elvira é exemplar nesse sentido visto que aquilo que ocorre endogenamente a ela, como por exemplo a variação cíclica de seus sintomas, tem uma ligação íntima e insuperável com aquilo que ocorre “fora” dela, em sua relação com o ambiente. Do mesmo modo, ainda que o delírio represente uma desarticulação entre “eu” e o “mundo”, essa desarticulação nunca é total, de modo que quando se realiza uma investigação fenomenológica, mesmo nas psicoses esquizofrênicas, é possível se encontrar compreensibilidade nesse estado psicopatológico.

Ainda assim podemos entender a psicose maníaco-depressiva como um transtorno endógeno se recorrermos a autores da corrente fenomenológica, como H. Tellenbach (1914-1994). Para esse autor, as psicoses endógenas estariam relacionadas ao endon, ou seja, “a instância espontânea e original que se manifesta em certas formas fundamentais do ser-do-homem, e que essas formas fenomênicas – tanto em momentos de saúde como, e com maior razão, em momentos de psicose – são o que queremos designar como endógeno.” (Tellenbach, 1999). Assim, o endon se refere a uma dimensão fundamental e irreduzível, a um fenômeno, sobre o qual se constitui o ser-do-homem como tal. Pereira (Pereira, 1999) tece o seguinte comentário a esse respeito:

O endon precede tanto o impessoal do biológico quanto o campo propriamente singular da existência. Ele é, fenomenologicamente, a condição de possibilidade de ambos para que estes se dêem como tais. Para Tellenbach, as psicoses endógenas constituem “uma forma de exteriorização do endon”, transformado em sua natureza orgânica fundamental pelo contato com um mundo ameaçador. A ameaça mundana em questão se dá quando “ao ser-do-homem tipicamente estruturado” é imposto um modo de existir radicalmente contrário à sua

estrutura. Nesse sentido, o endon, enquanto forma fundamental do acontecer vital, é dimensão de toda existência, esteja esta marcada ou não pelo adoecer psíquico. Nas psicoses endógenas, é a relativa rigidez dessa disposição original face a certas configurações particularmente insuportáveis da existência, que conduziria ao ingresso na psicopatologia. Tal maneira de colocar o problema da disposição implica que uma psicopatologia nunca será a expressão direta de um fator biológico qualquer, nem será independente da existência concreta de um ser humano. A psicose endógena seria, antes de tudo, uma modificação global do Dasein, submetido a uma condição existencial intolerável em relação à sua estrutura fundamental.

Assim, para chegarmos ao final da nossa discussão, o relato de Elvira mostra de maneira exemplar o que Tellenbach fundamentou em sua análise fenomenológica, ou seja, de que nenhuma psicopatologia, aqui no caso exemplificada no transtorno bipolar, é uma fatalidade que decorre de forma inexorável diante de uma disposição herdada e independente da existência. Ao invés disso, os transtornos psiquiátricos endógenos são uma inter-relação dialética entre o endon e a existência, entre o herdado e o histórico-cultural, entre o somático e o ambiental, entre o “externo” e o “interno”. Assim, pode-se pensar o psicopatológico sem negar a priori o biológico, mas também sem reduzi-lo a este. (Pereira, 1999)

### **Conclusão**

Este artigo elucubra a importância do relato em primeira pessoa para os estudos em psicopatologia fenomenológica, e desta forma busca ir além da simples descrição de sinais e sintomas, preconizando a dimensão subjetiva da paciente manifestada na forma experiencial do sujeito.

O relato em primeira pessoa revela uma poderosa fonte de compreensão de vivências psicóticas analisadas na perspectiva da segunda e terceira pessoa, que permitem explorar a forma de ser no mundo do paciente em seu contexto subjetivo. Trata-se de perspectivas diferentes, complementares e não excludentes. Neste artigo, foi a partir do relato em primeira pessoa que pudemos discutir temas que há muito são debatidos em psicopatologia fenomenológica como por exemplo: compreensibilidade e incompreensibilidade; endógeno e exógeno.

Na literatura fenomenológica há muitos relatos que foram importantes para que se descrevessem as especificidades de cada transtorno psiquiátrico. Este artigo

cumpra esse papel ao analisar um relato de grande esmero em relação a detalhes e complexidade do que foi vivido pela autora em questão. A paciente-autora do artigo cumpre, a nosso ver, um papel social de dar voz ao paciente psiquiátrico, a tal ponto de termos de reconhecer uma contribuição científica de extremo valor no relato. Todo e qualquer escrito fenomenológico a respeito de uma experiência vivida é uma interpretação, e como interpretação, sempre mais limitado do que o todo da experiência vivida.

A paciente, à época dos fatos, sofreu, por parte da mídia e de outros cidadãos, comentários sensacionalistas e estigmatizantes. Isso se deve em boa parte pela ignorância da sociedade em relação aos transtornos psiquiátricos. Bom seria se todo sujeito com transtorno mental tivesse a oportunidade de tentar reparar a incompreensão social que sofre. Elvira fez isso com maestria, não só pelo presente artigo, que aborda em detalhes seus sintomas, mas também em seu trabalho de conclusão de curso, em que aborda os predisponentes sociais em relação aos transtornos mentais. Diversos deles também foram apresentados no relato, mas devido à temática, não puderam ser discutidos no artigo.

Ler, ouvir, escutar, escrever e refletir sobre este artigo foi uma forma de os autores mostrarem que a psicopatologia é uma ciência fundamental para o cuidado global de que um paciente com transtorno mental necessita. O que foi feito em termos de acompanhamento deste caso, a forma singular e horizontal como Elvira foi cuidada e ouvida, como foi o seu processo, seu diagnóstico e a proposição de um tratamento psicoterapêutico e de reabilitação psicossocial, em parte ou integralmente, foram influenciados pela possibilidade de empatizar com a vivência da paciente e assim prestar a melhor assistência dentro de nossas limitações. Com isso, foi possível levar em conta a paciente como autora de sua história e de seu tratamento. Assim cumprimos com o nosso dever ético de respeitar a paciente em suas capacidades e reinseri-la na sociedade, respeitando suas questões e buscando novamente sua autonomia.

**Referências bibliográficas**

- Foucault, M. (2000). *As palavras e as coisas*. Uma arqueologia das ciências humanas. São Paulo, Martins Fontes.
- Heidegger, M. (2006). *Sein und Zeit*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 2006
- Jaspers, K. (1959). *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag.
- Jaspers, K. (1960). *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer Verlag.
- Messas G. (2021). *The existential structure of substance misuse*. A psychopathological study. Cham: Springer Nature.
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236-258. doi: <https://doi.org/10.1159/000088441>)
- Ricoeur, P. (2012). *Tempo e narrativa*. São Paulo: Martins Fontes.
- Sass L, Pienkos E, Skodlar B, Stanghellini G, Fuchs T, Parnas J, Jones N. EAWE: Examination of Anomalous World Experience. (2017). *Psychopathology*, 50(1),10-54. doi: 10.1159/000454928. Epub 2017 Mar 8. PMID: 28268224.