PFC revista
Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea

Corpo, Espaço e Encontro: contribuições fenomenológicas para o Acompanhamento Terapêutico de pessoas com esquizofrenia

ARTIGO

Body, Space, and Encounter: phenomenological contributions to Therapeutic Accompaniment of people with schizophrenia

Mayra Wainstok
Gabriel Becher

Resumo

Este trabalho investiga o Acompanhamento Terapêutico (AT) como dispositivo clínico orientado pela Psicopatologia Fenomenológica, notadamente como ferramenta terapêutica no cuidado de pessoas com esquizofrenia. Por meio de um relato clínico em primeira e terceira pessoa, o artigo descreve a prática clínica do AT em sua dimensão clínico-relacional e analisa suas contribuições para a reconstrução da experiência de estar-no-mundo a partir da intercorporeidade e da espacialidade. Nesse horizonte, é proposto um debate sobre a ampliação das formas de cuidado que considerem a centralidade da experiência do sujeito sobre a doença.

Palavras-chave: Acompanhamento terapêutico; Psicopatologia fenomenológica; Intercorporeidade; Espacialidade; Esquizofrenia.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

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

Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2026; vol15 (1): 221233

Published Online
11 de outubro de 2026
https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1290

Mayra Wainstok

Possui graduação em Medicina pela Faculdade Souza Marques. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Psiquiatria.

Contato:mayrawainstok@gmail.com

Gabriel Becher

Psiquiatra e psicoterapeuta pelo IPq, Bacharel em filosofia pela FFLCHeMembro-fundador da SBPFE.

Contato: becher.gabriel@gmail.com

PFC revista
Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea

Corpo, Espaço e Encontro: contribuições fenomenológicas para o Acompanhamento Terapêutico de pessoas com esquizofrenia

ARTIGO

Body, Space, and Encounter: phenomenological contributions to Therapeutic Accompaniment of people with schizophrenia

Mayra Wainstok
Gabriel Becher

Abstract

This paper explores Therapeutic Accompaniment (TA) as a clinical device guided by Phenomenological Psychopathology, particularly as a therapeutic tool in the care of individuals with schizophrenia. Through a clinical case report written in both first- and third-person perspectives, the paper describes the clinical practice of TA in its clinical-relational dimension and analyzes its contributions to the reconstruction of the experience of being-in-the-world based on intercorporeality and spatiality. Within this framework, the paper proposes a discussion on the expansion of forms of care that consider the centrality of the subject's lived experience in relation to illness.

Keywords: Therapeutic accompaniment; Phenomenological psychopathology; Intercorporeality; Spatiality; Schizophrenia.

Publicado pela Sociedade Brasileira Psicopatologia Fenômeno-Estrutural (SBPFE)

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

Psicopatol. Fenomenol. Contemp. 2026; vol15 (1): 221233

Published Online
11 de outubro de 2026
https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1290

Mayra Wainstok

Possui graduação em Medicina pela Faculdade Souza Marques. Tem experiência na área de medicina, com ênfase em Psiquiatria.

Contato:mayrawainstok@gmail.com

Gabriel Becher

Psiquiatra e psicoterapeuta pelo IPq, Bacharel em filosofia pela FFLCHeMembro-fundador da SBPFE.

Contato: becher.gabriel@gmail.com

Introdução

Te fiz comida, velei teu sono
Fui teu amigo, te levei comigo

Legião Urbana

Quando chamada para uma visita domiciliar de um jovem rapaz de 17 anos de idade – a quem darei o nome fictício de Caio –, que se recusava a comparecer voluntariamente à consulta psiquiátrica, deparei-me com uma situação que me fez questionar o modo de exercer a clínica com os psicóticos, sobretudo esquizofrênicos. A partir desse encontro, o Acompanhamento Terapêutico (AT) se apresentou para mim como recurso terapêutico singular – mais que isso, como um modo de existir na clínica em saúde mental. Interessada em autores como Araújo[1] (2025), que se pergunta acerca da possibilidade de a rua ser clínica, Almeida[2] (2025), que considera o espaço como condição existencial, e Englebert[3] (2021), que propõe o conceito fenomenológico de *eu territorial*, desejei explorar a Rua como possibilidade – não como espaço alternativo, mas como alternativa de espaço para minha prática.

Um mergulho no mar, uma peça de teatro, um café – trajetos improváveis, mas, por vezes, mais possíveis para um encontro terapêutico. E foi Caio, justamente, quem me convocou para a investigar esse tipo de clínica quando, ao chegar para o atendimento domiciliar, me informou que estava saindo de casa – assim indicando sua recusa em ser atendido pelas modalidades convencionais –, o que me exigiu seguir seus passos para que o atendimento pudesse acontecer.

O AT não é, simplesmente, um atendimento fora do consultório, mas um dispositivo clínico-relacional que se realiza no cotidiano do sujeito. É, primordialmente, uma forma de acompanhar o indivíduo em sua vida: ajudando-o a se relacionar, a circular, sobretudo a viver. Mais do que uma ferramenta ou a mera aplicação de uma técnica, a prática do AT ocorre no encontro entre acompanhado e acompanhante, isto é, uma clínica de estar-com cujo eixo é a presença. Essa presença pode ser compreendida, em termos

[1] "Em que situações a rua pode ser entendida como clínica?". Araújo, F. (2007). *Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico*, p.17.
[2] "O humano, tal como o universo, é inacabado, sempre em processo de subjetivação, e o espaço é seu ponto de abertura e devir.". Almeida, P. (2025). *Clínica e cartografia*, p.33
[3] "A proposta do eu territorial permite insistir no fato de que a relação clínica se caracteriza tanto por uma análise da experiência e um discurso a respeito dela quanto por uma prática e uma vivência experiencial conjuntas que exigem o compartilhamento de um espaço comum". Englebert, J. (2021). Le << soi territorial >>: propositions théoriques a partir d'une compréhension phénoménologique de la schizophrénie, p.1, tradução nossa.

fenomenológicos, a partir da intercorporeidade – a condição mesma do encontro clínico é o entrelaçamento entre corpos em um mesmo campo de experiência.

Co-criar mundos possíveis configura, assim, uma etapa fundamental para sujeitos cuja experiência – marcada por fenômenos psicopatológicos – restringe a abertura ao mundo comum, fazendo prevalecer o primado do mundo interno.

Nesse sentido, pode-se pensar no movimento de retirada progressiva do mundo compartilhado a partir da experiência vivida do sujeito esquizofrênico; por outro lado, e ao mesmo tempo, o mundo social responde a essa condição por meio dos chamados "fenômenos de exclusão social" (Tosquelles 1975, citado em Miguel, 2024). Ou seja: se, por um lado, o próprio sujeito tende a se retirar do mundo, por outro, esse mesmo mundo o exclui. Assim, criar territórios existenciais e participar de práticas de reinvenção da experiência de se estar num mundo em que o sentido do compartilhamento parece ter sido gravemente afetado é a aposta de direção desse trabalho.

Método

Este artigo se organiza a partir do relato de um caso clínico, abordado na modalidade de AT, e descrito segundo as perspectivas da narrativa em primeira pessoa, por meio de citações diretas de diálogos entre profissional e paciente, e terceira pessoa, por meio de descrições narrativas do encontro clínico. Considerando que o AT se configura como uma prática construída no dia a dia das pessoas acompanhadas, afinal, a presente pesquisa deve se apoiar na descrição clínica como estratégia metodológica central. Nessa perspectiva, uma investigação fundamentada na prática de cuidado inserida no cotidiano do sujeito se nutre do relato clínico – não somente como exemplo de uma teoria, mas, principalmente, em termos fenomenológicos à maneira de Merleau-Ponty, como sua origem e evidência.

Embora este estudo dialogue com diferentes autores e se balize por referenciais teóricos distintos, a ênfase recai sobre as contribuições da Psicopatologia Fenomenológica para a investigação da prática do AT – permitindo o desvelar dos modos singulares de cuidado que se produzem no cotidiano do sujeito.

Relato de caso

Caio estava sozinho no momento da minha visita. Um crescente de agressividade

do rapaz motivou sua mãe a sair de casa – ela estava determinada a retornar somente quando o filho estivesse medicado, apesar de sua recusa. Como Caio passava os dias restrito ao quarto, havia garantia de que ele não sairia; assim, combinei com a mãe que iria vê-lo naquele dia. Sua mãe afirmou que minha entrada no apartamento não seria problema, já que a porta de entrada para o apartamento não possuía maçaneta nem tranca – visto que havia preocupação familiar de que Caio se trancasse intencionalmente ao ponto de ficar inacessível. Pedi à mãe que sinalizasse ao filho sobre minha ida, e cheguei na casa ao anoitecer. O funcionário do prédio interfonou, sem expectativas de que Caio atenderia – ele era figura importante para manter a mãe informada sobre os movimentos do filho. Subi. Entrei na casa e me anunciei; sem resposta, insisti. Após alguns minutos, a porta do quarto se abriu, e Caio disse: "achei que tivesse desistido".

Pegou sua jaqueta, colocou o tênis e foi saindo de casa. Perguntei se poderia acompanhá-lo, e ele mencionou que pegaria o metrô, que era público – sua saída de casa evidenciava a intenção de impedir o atendimento. Nesse momento, deixei-me atravessar pelo inesperado da situação, tanto pela conduta do paciente, quanto pelo meu próprio gesto, o que desestabilizava minhas próprias referências habituais de condução clínica. Diante do cenário em que a consulta não aconteceria nos moldes de um atendimento domiciliar, decidi descer no elevador junto dele e tentar uma aproximação ao longo do trajeto. E foi assim que um diálogo tímido se inaugurou.

Caio comentou que seu destino era Botafogo[4], local onde encontraria sua namorada, e perguntou se eu conhecia o endereço – eu conhecia. Ao longo do trajeto, conversamos sobre três temáticas dignas de nota: mais longamente sobre o filme *Akira*[5]; também sobre a dificuldade de se relacionar com sua mãe, a quem chama pelo nome próprio; e sobre o futuro incerto de seu namoro. Ao sair do metrô, o jovem passou a se comportar como se estivéssemos juntos: da casa ao metrô, era como se eu o estivesse seguindo; na saída do metrô, passamos a caminhar quase lado a lado. Acredito que o conhecimento compartilhado sobre o filme *Akira* tenha tido um papel fundamental nesta mudança de dinâmica, uma vez que, ao perceber meu interesse pelo filme e minha disposição em falar mais sobre esse tema do que sobre questões médicas, restritivas, o

[4] Bairro da cidade do Rio de Janeiro que sedia a clínica psiquiátrica onde Caio esteve recentemente internado.

[5] Caio se identificava com a personagem Takashi, uma criança provavelmente órfã, com poderes psíquicos. No longa-metragem de Katsuhiro Ôtomo (1988), Takashi vivia numa instituição de internamento, onde era obrigado a ingerir drogas que suprimiam seus poderes psíquicos e causavam envelhecimento precoce. Caio utilizava uma jaqueta em seu cotidiano, como Takashi, mesmo em dias de calor, como forma de identificação à experiência vivenciada pela personagem.

jovem passou a se engajar comigo a partir desse campo comum – deslocando, naquele momento, a centralidade do meu lugar como psiquiatra para uma conversa entre entusiastas do filme.

Chegamos no destino, e Caio constatou por razões próprias: “ela não quer falar comigo hoje”. Com isso, se entristeceu. Explicou-me que vinha se comunicando com a namorada por meio de sinais: a luz da janela do quarto acesa significava que ela queria conversar; a luz apagada, que ela desejava que ele fosse embora. O namoro começou, segundo seu relato, quando ele estava internado em uma clínica psiquiátrica vizinha do prédio da suposta namorada – nunca vista em figura. Conversamos sobre namoros, e me interessei por saber sobre como era se relacionar com uma garota que não se conhecia pessoalmente. Reforcei que uma desilusão amorosa é uma experiência dramática: “eu mesma sei, já passei por términos de relacionamento e sofri muito”.

Conversávamos em pé na rua, até que arrisquei convidar Caio para nos sentarmos em uma lanchonete – a imagem de uma tigela de açaí no letreiro capturou a atenção de ambos. Mais uma coincidência: ambos adorávamos açaí. O convite foi aceito, e o diálogo rendeu. Quando propus que pedíssemos a conta, já que estava tarde e eu sentia sono, Caio me disse que esse era um problema que ele não enfrentava, já que fazia semanas que dormia bem pouco. Intuindo as expectativas de um psiquiatra, me olhou e esbravejou que não precisava de remédio para dormir. Contou-me já ter passado por quase uma dezena de psiquiatras desde seus 13 anos, e disse não gostar de psiquiatras nem de remédios. Por outro lado, comentou que eu era “até legal para uma psiquiatra”. Disse também não ser capaz de compreender o motivo de sua mãe insistir tanto em médicos e remédios.

A partir de sua fala, consultei-o quanto à possibilidade fazer uso de uma medicação apenas quando quisesse dormir mais e melhor. Respondeu-me: “assim, sim”, e me fitou como que surpreso com a proposta. Fomos juntos à farmácia e compramos uma caixa de Olanzapina.[6]

Retornamos para a casa dele, e lá chegando tomou a medicação por iniciativa própria – para dormir e não pensar em demasia no possível término do namoro. Permaneci com Caio em seu quarto até ele adormecer, ancorando-me no vínculo previamente

[6] A Olanzapina é um psicofármaco que que conjuga os efeitos antipsicótico e sedativo. A compreensão farmacológica, em chave fenomenológica, será aprofundada em sessão posterior deste artigo.

estabelecido. Ao sair, me deparei com sua mãe sentada na sala[7], interessada em saber sobre o desenrolar do encontro. Reportei a ela que Caio estava dormindo, e que aceitou fazer uso da medicação. Ela sorriu e me indagou: "que milagre você fez?".

Discussão

A partir do relato clínico, proponho reflexões, em campo fenomenológico, sobre o AT como ferramenta terapêutica do psiquiatra. A finalidade é a promoção da abertura do canal interpessoal – notadamente em psicopatologias estruturais promotoras de isolamento social radical, como a esquizofrenia. Sobre as referidas patologias estruturais, Messas aponta:

> A fragmentação estrutural afeta a capacidade de *apreender o outro* (...). O outro é um agente de um mundo do qual o paciente não pode participar e, portanto, não pode sequer compreender (...). O outro é transformado numa presença estranha, alheia e, muitas vezes, hostil (Messas, 2021, p. 153, tradução nossa).

A fragmentação esquizofrênica, afinal, promove alterações radicais e definitivas na forma de se relacionar consigo mesmo, com o outro, com o tempo, com o espaço – isto é, com o mundo. Essa transformação induz a pessoa esquizofrênica a um certo pertencimento distinto: um pertencimento em que coexistem e se sobrepõem o mundo próprio e o mundo compartilhado. Pankow (1969/1974) argumenta que o esquizofrênico "perdeu a possibilidade de entrar na dimensão histórica, na medida em que a própria imagem do seu corpo se encontra desintegrada" (p. 9, tradução nossa). Parece claro que um corpo fragmentado, na mesma medida, enfrentará fragmentações no espaço vivido – ou seja, em nível territorial – e, como consequência, também na construção de sua biografia. Deleuze e Guattari (1972, 1980) abordam a dimensão territorial do sujeito: Guattari (1992) aprofunda o referido debate, à medida que retrata o modo como processos de desterritorialização radical, isto é, de perda de território existencial, estão relacionados a adoecimentos psíquicos. Nessa mesma direção, Englebert, em referência direta aos supracitados autores, propõe o conceito fenomenológico de *eu territorial*, que destaca a importância do espaço na organização da vida psíquica. Para tanto, afirma: "territorializamos como somos, mas também, ao territorializar é que somos" (Englebert, 2021, p. 9, tradução nossa). Sobretudo, é via corpo, no espaço e pelo espaço, que a vida acontece.

[7] A mãe de Caio sentiu segurança em voltar para casa após o funcionário da portaria informá-la sobre nosso retorno ao apartamento e dela saber sobre minha presença na casa.

Tais alterações patológicas, sobretudo as que têm relação com a alteridade e com a espacialidade, são instituídas de significativa relevância na compreensão do tipo peculiar de terapêutica proposta nesse trabalho – visto que uma pessoa que já não experimenta seus pensamentos, seu corpo e a si própria como antes, também acabará por recusar se relacionar de maneira próxima com o outro. Fenômenos como a perda da evidência natural (Blankenburg, 1971/2013), e a hiperreflexividade (Sass, 2001) estão associados às tentativas frustras de se administrar esse "eu" modificado – o que parece ser, por si só, consideravelmente assustador. Nesse contexto, o isolamento social acaba por ser convidativo – mas, nem por isso, ausente em sofrimento. Assim sendo, a mediação do espaço pode suavizar o impacto da intimidade, podendo fazer do contato interpessoal algo menos ameaçador. Nesse sentido, também afirma Sass (2019):

> A interação imediata, um a um, com um terapeuta (...), pode ser contraproducente para muitas dessas pessoas; e o que é mais útil é o tipo de compartilhamento (...) que ocorre quando duas pessoas tomam uma terceira coisa como objeto de atenção comum (p.6, tradução nossa).

Ainda, segundo o autor, "as formas mais úteis de intimidade podem, às vezes, ser oblíquas em vez de diretas" (p.7, tradução nossa).

A importância da proximidade terapêutica, isto é, aquela em que o psiquiatra é convidado a experienciar o mundo do paciente diretamente, também é descrita por Dörr (1995) nos seguintes termos:

> O esquizofrênico perdeu a liberdade de vivenciar o outro na proximidade da confiança, da amizade, do amor. Criando uma distância salvadora, que poderá adotar a forma do retraimento ou o mais elaborado delírio (...). Como momento essencial do tratamento, ocorrerá, consequentemente, levar a descobrir o carácter hospitaleiro da proximidade (p. 779-780, tradução nossa).

Parece interessante recordar que o primeiro nome atribuído ao AT foi o de Amigo Qualificado, quando de sua criação na década de 70, na Argentina[8]. Esse primeiro nome encontra ressonância com a escrita de Lancetti (2006): "a posição de amigo proporciona uma presença continuada que permite furar o cerco da separação fundamental de uma sociedade onde essas pessoas não têm lugar para existir ou de um grupo humano da qual vivem separadas" (p.114).

Em um encontro com um AT, além da rua e de todos os elementos que a compõem, a própria vida do terapeuta pode funcionar como um mediador com o mundo e promover uma aproximação não invasiva – indo ao encontro das já referidas posições de autores como Sass e Englebert. Ainda, habitar o espaço com seu corpo, junto ao paciente, pode

[8] Mauer, S.; Resnizky. (1987). *Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: manual introdutório a uma estratégia clínica,* p.39.

ser pensado como promotor de estabilidade – o terapeuta reinventando modos de habitar espaços com o paciente, alguém que verdadeiramente possa, por meio da intercorporeidade, promover a *coragem* desse corpo no mundo, um corpo que encontra em outro corpo e no compartilhamento de rituais cotidianos a possibilidade de contornos.

O indivíduo com esquizofrenia, à semelhança de um fio, e para além da fragmentação de si, sofre risco de ruptura da própria possibilidade de existir no mundo compartilhado: um fio sozinho se rompe com mais facilidade do que quando entrelaçado a outros. Em rede, essa fragilidade não é eliminada, mas pode sustentar aquilo que, sozinho, tenderia à ruptura. Parece ser a respeito de tal necessidade de sustentação compartilhada que Deligny afirma: "tramar uma rede acontece frequentemente como reflexo quando existir não é mais possível" (Deligny 1981, citado em Miguel, 2024, p.27).

Experimentar o mundo junto com o paciente requer que se possa emprestar a ele o nosso universo, visto que, em situações mais graves, não é incomum que a progressiva retirada do mundo compartilhado possa trazer um esvaziamento dos seus repertórios possíveis. Como no caso de Caio, a escolha de um alimento apreciado por ambos pôde ser mais do que mera nutrição – foi uma oportunidade ímpar de compartilhar um momento em sintonia.

No entanto, também é primordial que possamos nos interessar pelo universo próprio do paciente; não podemos esquecer, afinal, que não estamos lidando com a esquizofrenia, mas com uma pessoa para além de seu transtorno. Embora a ênfase aqui recaia sobre as alterações psicopatológicas, independentemente de sua gravidade, sempre existe uma pessoa, e, junto dela, histórias, emoções, desejos e sonhos. Wyrsch (1949/1952) enfatiza a importância clínica de não se reduzir o paciente ao seu quadro patológico – recolocando a pessoa no centro da experiência esquizofrênica. Não cabe discordar da tese jaspersiana do adoecimento esquizofrênico como evolução incompreensível; mas se deve, sim, acondicioná-lo a uma posição que advogue pela transformação do modo de ser-no-mundo do indivíduo – que, como tal, deve seguir sendo compreendido.

Expandindo a reflexão a partir das ideias de Wyrsch, parece importante considerar que a permanência de um paciente em um acompanhamento psiquiátrico não se dará sem muita escuta, criatividade, paciência e, sobretudo, ênfase na relação – relação que fatalmente acontece entre pessoas. É nessa centralidade que se constitui a prática do AT – em se poder clinicar no borramento das fronteiras. Em outros termos: o terapeuta não

poderá ser só aquele que ocupa um papel de interlocutor da subjetividade, mas alguém que se apresente como uma pessoa, o que implica dizer sobre si, quando conveniente, bem como partilhar gostos literários, musicais, gastronômicos etc. Não se trata somente de estar disponível para o paciente, mas sim de experimentar o mundo *com* ele; trata-se de poder se revelar, ou ainda, de habitar um mundo verdadeiramente compartilhado.

Nesse sentido, o gesto clínico do AT é a presença, o compartilhamento de um campo comum de experiência através de conversas situadas no cotidiano – não centradas na doença –, deslocando o lugar do saber sobre o paciente para o saber construído no encontro clínico. Em casos complexos, como o de Caio, marcados por baixa adesão ao tratamento convencional, uma abordagem exclusivamente em terceira pessoa[9] ou restrita à dimensão discursiva da experiência pode ser incompleta, sobretudo quando não se contemplam as necessidades urgentes do sujeito de tecer a própria existência.

A esse respeito, Serpa Jr. (2007) afirma que "a psicopatologia é a subjetividade em sua inteireza" (p.12), e que deve ter na subjetividade "seu interesse primeiro" (p.13). No mesmo trabalho, ressalta que o paciente não deve ser "um simples fornecedor de dados semiológicos" (p.16). O autor também destaca a importância de "se surpreender com o inusitado das experiências vivenciais da loucura" (p. 11), o que reforça a centralidade da experiência em primeira pessoa e sua irredutibilidade a descrições objetivantes.

Nesse contexto, torna-se fundamental articular as perspectivas em primeira, segunda e terceira pessoa para uma compreensão mais ampliada dos fenômenos psicopatológicos: consideram-se a experiência subjetiva (primeira pessoa), a dimensão intersubjetiva (segunda pessoa) e os dados observáveis e mensuráveis (terceira pessoa). Conjuntamente, esse modo de operar em Psicopatologia amplia a complexidade de compreensão do sofrimento psíquico do indivíduo em atendimento.

A partir dessa compreensão, e considerando que toda a experiência subjetiva é corporificada, o AT escuta e experimenta com a pessoa aquilo que ela diz de si e vivencia. Sendo assim, a relação clínica ocorre para além da transmissão de informações, e passa a modelar um campo intersubjetivo. Tanto o clínico quanto o paciente, ao se relacionarem no território, podem compreender-se melhor: o clínico pode enxergar uma pessoa em existência ativa – não somente um doente –, enquanto o paciente pode perceber no clínico

[9] Serpa Jr. (2007), ao discutir as contribuições de Northoff e Heinzel (2003), apresenta as perspectivas de primeira, segunda e terceira pessoa como referenciais epistemológicos para a compreensão da experiência subjetiva.

um sujeito, para além do papel exercido. Medicar um paciente que pode existir no mundo com seu psiquiatra pode ser uma tarefa bem menos desafiadora, já que deixa de ser um ato exclusivamente técnico; numa relação mais estreita e menos hierarquizada, o medicamento pode representar um elemento terapêutico entre outros, e não o elemento central dessa relação e do tratamento em si. No caso de Caio, isso parece ter sido decisivo para a aceitação da medicação prescrita.

O diálogo sobre os fenômenos psicóticos vivenciados e o compartilhamento dessas vivências – que acabam por ser exóticas mesmo para o próprio indivíduo que as experiencia – podem ser promotores de alívio. Além disso, a relação dialética entre experiências psicóticas individuais e experiências compartilhadas reais permite que o clínico "pratique a vida, em vez de apenas pensar sobre ela" (Englebert, 2021, p. 8, tradução nossa). Nesse sentido, o autor explicita, ainda, que parte da terapêutica com psicóticos consiste em simplesmente se poder estar junto, sem necessariamente ter que abordar algum tema específico – de modo que clínico e paciente possam compartilhar "momentos informais (...) em que o terapeuta poderia dar a entender que não está fazendo seu trabalho, quando na verdade ele pode estar no auge dele, em seu compromisso ético mais sutil" (Englebert, 2021, p.8, tradução nossa). De fato, nesses termos, pode-se conceber que o momento na lanchonete com Caio, compartilhando um açaí e dividindo histórias, foi uma consulta médica.

Um tratamento psiquiátrico, considerando-se o cuidado em sua dimensão global, costuma incluir uma prescrição farmacológica como forma de modificar a experiência vivida. Diante das alterações fundamentais da corporeidade observadas na esquizofrenia, essa prescrição passa a ser de suma importância. Tamelini e Messas (2019) discutem o efeito dos antipsicóticos por meio da ampliação da vivência da corporeidade; contudo, isoladamente, os tais fármacos não esgotam a necessidade dos sujeitos esquizofrênicos em tecer a própria existência.

O AT, apoiado sobre a experiência intercorporal, atua justamente nesse ponto sensível: enquanto o psicofármaco promove aumento da corporeidade por via biológica, o AT o faz por via dimensão psicossocial – em outros termos, são ferramentas que atuam sobre a existência em complementaridade. A medicação e o AT não têm como objetivo normatizar o paciente; na contramão disso, ambos buscam sustentar a possibilidade de o indivíduo estar no mundo. Nesse sentido, doses de experiências compartilhadas são tão imprescindíveis para o tratamento quanto seleção da medicação adequada.

Considerações finais

O AT, em perspectiva fenomenológica, configura-se como um dispositivo clínico capaz de intervir diretamente na experiência vivida do indivíduo com esquizofrenia, abrindo possibilidades de reconstrução de seu mundo fragmentado. Mais que uma técnica, o AT constitui um modo de presença em que a intercorporeidade e a espacialidade permitem a circulação entre mundo próprio e mundo compartilhado. A efetividade do cuidado resulta da articulação entre estratégias farmacológicas e experiências compartilhadas, reafirmando a centralidade da experiência do sujeito como ponto essencial para se cuidar de uma pessoa – para além de sua doença. A isso, finalmente, se soma um modo singular de relação clínica: embora assimétrica, ela não se estrutura como via unidirecional de intervenção, uma vez que também incide sobre os modos de condução clínica e exige do terapeuta uma flexibilização contínua de seus referenciais de intervenção. A presença nunca é neutra para quem a experimenta.

Referências bibliográficas

Araújo, F. (2025). Um passeio esquizo pelo acompanhamento terapêutico (3ª ed.) Curitiba: Appris.

Almeida, P. (2025). Clínica e cartografia (1ª ed.). Curitiba: Appris.

Blankenburg, W. (2013). La pérdida de la evidencia natural (1ª ed.). Santiago del Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1972). O anti-Édipo. (2ª ed.). São Paulo: Editora 34.

Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). Mil platôs (2ª ed.). São Paul: Editora 34.

Dörr, O. (1995). Psiquiatría antropológica. Santiago: Editorial Universitaria.

Englebert, J. (2021). Le «soi territorial»: propositions théoriques à partir d'une compréhension phénoménologique de la schizophrénie. In: Evolution Psychiatrique, vol. 86, no. 4.

Guattari, F. (1992). Caosmose. (1ª ed.) São Paulo: Editora 34.

Lancetti, A. (2006). Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec.

Mauer, S., & Resnizky, S. (1987). Acompanhantes terapêuticos e pacientes psicóticos: Manual introdutório a uma estratégia clínica. Campinas: Papirus.

Merleau-Ponty, M. (1999). Fenomenologia da percepção (2ª ed.). São Paulo: Martins Fontes.

Messas, G. (2021). The existential structure of substance misuse. Springer. Miguel, M. (2024). Fernand Deligny e as ecologias do humano. Rio de Janeiro: Ed. UFRJ.

Pankow, G. (1974). El hombre y su psicosis. Buenos Aires: Amorrortu.

Pina, B. (2024). E entre esbarrões: Experiências clínico-políticas e a Casa Jangada (1ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Editora 7letras.

Sass, L. (2001). Self and World in Schizophrenia: Three Classic Approaches. Philosophy, Psychiatry, & Psychology, Volume 8, Number 4.

Sass, L. (2019). Three Dangers: Phenomenological Reflections on the Psychotherapy of Psychosis. Psychopathology, v. 52.

Serpa Jr, O. D. (2007). Subjetividade, valor e corporeidade: os desafios da psicopatologia. In J. F. da Silva Filho (Org.), Psicopatologia hoje. Rio de Janeiro: IPUB/UFRJ.

Tamelini, M., & Messas, G. (2019). Pharmacological treatment of schizophrenia in light of phenomenology. In: Philosophy, Psychiatry, & Psychology, v. 26, n. 2.

Wyrsch, J. (1952) La persona del esquizofrénico. (1a. ed.) Madrid: Ediciones Morata.