

De “Coisas” a Estruturas: Uma Perspectiva Fenomenológica Dialética para a Saúde Mental

From “Things” to Structures: A Dialectical Phenomenological Perspective to Mental Health

Guilherme Messas
Francesca Brencio

Resumo

O objetivo geral desta contribuição é discutir um dilema presente na concepção e no exercício da psiquiatria. Esse dilema consiste no reconhecimento de que, por um lado, o modelo reificado de descrição e compreensão da saúde mental não é suficiente para superar um paradigma kraepeliniano ainda influente na psiquiatria; por outro lado, apesar desse reconhecimento, continuamos presos a esse modelo teórico. Para superar essa aporia, propomos uma hipótese teórica que pode contribuir para o abandono do paradigma reificado em favor de uma abordagem diferente, na qual o que está em jogo nas condições patológicas de saúde mental não são “coisas” que acontecem no cérebro, mas sim variações das estruturas subjetivas e intersubjetivas. Em outras palavras, as “doenças mentais” não devem ser vistas como transtornos cerebrais, como propõe o reducionismo naturalista, e, conseqüentemente, não devem ser localizadas apenas no cérebro. A partir dos recursos da literatura fenomenológica clássica e de seu diálogo recente com o enativismo, propomos um modelo dialético de fenomenologia, cujo uso pode contribuir para a compreensão dessas variações e abrir caminho para uma consideração diferente das condições patológicas de saúde mental. Para explicar nossa proposta, este artigo divide-se em três seções: na primeira, avaliamos criticamente o modelo epistemológico da psiquiatria, partindo do legado da herança kraepeliniana ainda influente nessa especialidade, avançando em direção a um modelo mais refinado de descrição e compreensão das condições patológicas de saúde mental. Na segunda seção, apresentamos uma hipótese teórica – o modelo dialético de fenomenologia – capaz de elucidar as variações das estruturas subjetivas e intersubjetivas que estão no cerne das condições patológicas de saúde mental. Ao fazê-lo, examinamos quatro elementos cardinais: ambigüidade, reciprocidade, negatividade e o estar-entre (betweenness), que dialeticamente moldam as estruturas fundamentais da subjetividade e da intersubjetividade. Na última seção, apresentamos algumas das características que a psicopatologia fenomenológica assume, a partir de uma perspectiva dialética, no caso paradigmático da esquizofrenia.

Palavras-chave: Epistemologia psiquiátrica; Fenomenologia; Psicopatologia fenomenológica; Ecologia; Esquizofrenia.

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.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2026; vol15 (1): 65-92

Published Online

04 de abril de 2026

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1297>

Guilherme Messas

Psiquiatra formado pela Faculdade de Medicina da USP, com mestrado e doutorado na mesma instituição. Professor Livre-Docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e membro da equipe diretora do Values Based Centre, St Catherine's College, da Universidade de Oxford, do qual é líder para o Brasil.

Contato:

guilherme.messas@fcmsantacasp.edu.br

Francesca Brencio

Professora Associada em Saúde Mental no Instituto de Saúde Mental da Faculdade de Psicologia da Universidade de Birmingham (Reino Unido), onde ocupa cargo de professora em tempo integral. Também é Diretora do PhenoLab - um laboratório teórico em fenomenologia e saúde mental, oficialmente reconhecido como parceiro organizacional do Centro Colaborador para Práticas Baseadas em Valores em Saúde e Assistência Social do St Catherine's College da Universidade de Oxford (Reino Unido).

Contato:

f.brencio@bham.ac.uk

De “Coisas” a Estruturas: Uma Perspectiva Fenomenológica Dialética para a Saúde Mental

From “Things” to Structures: A Dialectical Phenomenological Perspective to Mental Health

Guilherme Messas
Francesca Brencio

Abstract

The general aim of this contribution is to discuss a dilemma which lies in the conception and exercise of psychiatry. This dilemma lies in the recognition that, on one hand the reified model for describing and understanding mental health is not sufficient for overcoming a Kraepelinian paradigm still influent in psychiatry; on the other hand, that despite this recognition we are still stuck with this theoretical model. To overcome this aporia, we propose a theoretical hypothesis which may contribute to abandon the reified paradigm in favor of a different approach for which what is at the stake in mental health conditions are not “things” happening in the brain, rather variations of subjective and intersubjective structures. Put it differently, “mental diseases” may not be seen as brain disorders, as the naturalist reductionism proposes, and as consequence, localized in the brain. Drawing on resources from classical phenomenological literature and its recent dialogue with enactivism, we propose a dialectic model of phenomenology, the use of which may contribute to the understanding of these variations and pave the route to a different consideration of mental health conditions. To explain our proposal, this paper is divided into three sections: in the first section, we appraise critically the epistemological model in psychiatry starting from the legacy of the Kraepelinian heritage still influent in this specialty and moving toward a more fine-grained model for describing and understanding mental health conditions. In the second section, we provide a theoretical hypothesis, namely the dialectic model of phenomenology, able to elicit the variations of the subjective and intersubjective structures that are at the core of mental health condition. In doing so, we examine four cardinal elements: ambiguity, reciprocity, negativity and betweenness, which dialectically shape the fundamental structures of subjectivity and intersubjectivity. In the last section, we present some of the characteristics that phenomenological psychopathology assumes from a dialectical perspective in the paradigmatic case of schizophrenia.

Keywords: Psychiatric epistemology; Phenomenology; Phenomenological psychopathology; Ecology; Schizophrenia.

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.

ARTIGO



Psicopatol. Fenomenol. Contemp.
2026; vol15 (1): 65-92

Published Online

03 de abril de 2026

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i1.1297>

Guilherme Messas

Psiquiatra formado pela Faculdade de Medicina da USP, com mestrado e doutorado na mesma instituição. Professor Livre-Docente pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (FCMSCSP) e membro da equipe diretora do Values Based Centre, St Catherine's College, da Universidade de Oxford, do qual é líder para o Brasil.

É autor de diversos livros e artigos científicos, dentre os quais “The existential structure of substance misuse: a psychopathological study” Springer, 2021 e “Three dialectics of disorder: refocusing phenomenology for the 21st century” (Messas & Fulford, 2021), The Lancet Psychiatry.

Contato:

guilherme.messas@fcmsantacasp.edu.br

“As categorias psicopatológicas grosseiras que utilizamos para classificar e apreender nosso objeto de estudo não penetram os fundamentos do humano. O indivíduo possui uma fonte originária a partir da qual toma seu início e que lhe permite desprender-se de tudo aquilo que lhe acontece, que o acomete ou o domina, ou que, na medida em que dele se desprende, não é ele.”

Karl Jaspers, *Psicopatologia Geral*, p. 426¹

“Mas explicar aquilo que passei a chamar de ‘desorganização’ é um desafio totalmente diferente. A consciência gradualmente perde sua coerência. O centro de alguém cede. O centro não se sustenta. O ‘eu’ torna-se uma névoa, e o centro sólido a partir do qual se experiencia a realidade se desfaz como um sinal ruim de rádio.”

Elyn R. Saks, *The Center Cannot Hold: My Journey Through Madness*

INTRODUÇÃO

Os tempos recentes têm testemunhado uma renovação no uso da fenomenologia na psiquiatria e uma abordagem crítica da saúde mental concebida em seu conjunto. Editoriais em periódicos de primeira linha, diferentes números temáticos sobre o assunto publicados tanto em revistas acadêmicas quanto em livros, e até mesmo projetos financiados de alcance global constituem a face mais visível desse renascimento. Nascida no início do século XX e acolhida na psiquiatria desde seus primórdios, a fenomenologia é uma corrente clássica da filosofia. Parece oportuno examinar brevemente as características dessa onda de renascimento da fenomenologia na saúde mental, tanto em termos das razões de sua ocorrência quanto das características que a definem. No que diz respeito ao primeiro aspecto, poderíamos dizer que, em geral, o apelo por mais fenomenologia na saúde mental decorre do fracasso amplamente reconhecido do modelo epistemológico ainda dominante, com suas características neurocientíficas, que tem dominado os modelos de tratamento e as práticas de cuidado desde o início da modernidade. Trata-se de um fracasso não apenas em termos de resultados, mas também de fundamentação epistemológica, assentada principalmente sobre um dualismo abstrato típico da herança cartesiana. Nas palavras do relatório da Organização Mundial da Saúde de 2022, “Seguir fazendo o de sempre em saúde mental simplesmente não basta” (p. xiii). A psiquiatria fenomenológica, apoiada em outros fundamentos epistemológicos já testados ao longo de mais de cem anos, estaria assim legitimada a oferecer as melhores perspectivas para um modelo epistemológico mais afinado com as necessidades globais de saúde mental da população, tal como compreendidas pela OMS. Esse modelo,

¹ A tradução desse artigo para o português foi realizada utilizando o ChatGPT versão 5.2, sendo a sua versão revisada pelos editores da revista e pelo autor do artigo. Explicita-se a limitação da tradução utilizada no que se refere as indicações de número de página que devem ser consideradas na obra original utilizada e não as correspondentes em língua portuguesa, quando essas estiverem disponíveis.

orientado por noções centrais como a personalização do cuidado e a tomada de decisão compartilhada, pertence ao núcleo da agenda fenomenológica.

O objetivo geral desta contribuição é discutir um dilema presente na concepção e no exercício da psiquiatria. Esse dilema consiste no reconhecimento de que, por um lado, o modelo reificado para descrever e compreender a saúde mental não é suficiente para superar um paradigma kraepeliniano ainda influente na psiquiatria; por outro lado, apesar desse reconhecimento, continuamos presos a esse modelo teórico. Para superar esse dilema, propomos uma hipótese teórica que pode contribuir para o abandono do paradigma reificado em favor de uma abordagem diferente, segundo a qual o que está em jogo nas condições de saúde mental não são “coisas” que acontecem no cérebro, mas variações de estruturas subjetivas e intersubjetivas. Em outras palavras, as “doenças mentais” não devem ser vistas como transtornos cerebrais, tal como propõe o reducionismo naturalista, e, como consequência, localizadas no cérebro. Mobilizando recursos da literatura fenomenológica clássica e de seu diálogo recente com o enativismo, propomos um modelo dialético de fenomenologia, cujo uso pode contribuir para a compreensão dessas variações e abrir caminho para uma consideração diferente das condições de saúde mental. Para explicar nossa proposta, este artigo está dividido em três seções: na primeira, avaliamos criticamente o modelo epistemológico da psiquiatria, partindo do legado da herança kraepeliniana ainda influente nessa especialidade e avançando em direção a um modelo mais refinado de descrição e compreensão das condições de saúde mental. Na segunda seção, apresentamos uma hipótese teórica, a saber, o modelo dialético de fenomenologia, capaz de elucidar as variações das estruturas subjetivas e intersubjetivas que estão no cerne de uma condição patológica de saúde mental. Ao fazê-lo, examinamos as proporções e desproporções ontológicas de quatro elementos cardinais — ambiguidade, reciprocidade, negatividade e o estar-entre — que moldam dialeticamente as estruturas fundamentais da subjetividade e da intersubjetividade. Na última seção, apresentamos algumas das características que a psicopatologia fenomenológica assume, a partir de uma perspectiva dialética, no caso paradigmático da esquizofrenia.

Ao percorrer um caminho tão árduo, uma ajuda valiosa vem da filosofia, da ciência cognitiva, das ciências sociais e dos estudos culturais, cujas categorias especulativas e etnográficas nos auxiliarão na definição conceitual de muitas passagens e conferirão sistematicidade às reflexões que se seguem. No cerne dessas ideias está a convicção de que, em toda experiência psicopatológica, o que está em jogo não é meramente uma

definição semiológica ou uma entidade nosológica baseada em um conjunto de elementos fundados na perspectiva de terceira pessoa, mas uma modificação fundamental daquelas estruturas fundamentais que caracterizam a pessoa como tal e conferem significação às suas experiências, colocando-a em relação com seus ambientes e com o espaço intersubjetivo.

Outro elemento cardinal para nossa reflexão é que toda experiência — não apenas a psicopatológica — é culturalmente determinada, historicamente enraizada em um determinado contexto e baseada em valores. Seria um erro grosseiro ignorar todos esses elementos em favor de uma abordagem sobre saúde mental que não considere todas aquelas características que constituem uma categoria como categoria. Toda linguagem é permeada por diversas teorias (Putnam, 1987) e enraizada em fatores socioculturais (Englander, 2018). Acreditamos que a questão da descrição em psiquiatria permanece um tema incontornável no campo das experiências psicopatológicas; o que as descrições compartilham com o diagnóstico é a tentativa de retratar e compreender o conteúdo de tais experiências, mas, ao fazê-lo, a lacuna entre os instrumentos diagnósticos e os pressupostos teóricos permanece sem solução. Se esclarecer os métodos de descrição é o primeiro passo, mover-se em direção à interpretação dessas descrições é o segundo.

Portanto, para uma compreensão mínima da lógica interna da nosologia psiquiátrica atual, é necessário ao menos investigar brevemente as condições epistemológicas de possibilidade que a informaram — desde o legado de Kraepelin até o operacionalismo descritivo — e que continuam a constituir sua inspiração filosófica dominante. Não se pode naturalmente supor que a assunção irrefletida das categorias nosológicas (e de sua dinâmica) na empreitada da fenomenologia em direção à psiquiatria não tenha produzido efeitos prejudiciais sobre a magnitude da influência da fenomenologia na psiquiatria. Parece razoável supor que, ao operar sua visão de mundo a partir dos conceitos centrais de outra visão de mundo, ao menos alguns entraves à plena expressão da epistemologia fenomenológica possam ter ocorrido. Tomou-se como dado que não havia incompatibilidade radical entre os modelos kraepeliniano-operacionalista e fenomenológico; isto é, que as categorias diagnósticas criadas pelo modelo kraepeliniano poderiam ser examinadas em pé de igualdade por um modelo epistemológico que dele diferia em seus contornos gerais. Essa suposição não pode ser considerada incontroversa (Morley, 2002).

Os autores desta contribuição estão conscientes das dificuldades dessa navegação: ela desafiará a paciência dos leitores e provavelmente os fará sentir-se

desconfortáveis na paisagem filosófica; no entanto, também estão conscientes de que a curiosidade genuína e o compromisso apaixonado com o aprimoramento da prática clínica podem servir como bússola na travessia do caminho que gostaríamos de explorar.

Aquela “coisa” chamada saúde mental. Recolocando em questão o modelo kraepeliniano

A posição fundamental da epistemologia kraepeliniana, que sustenta a nosologia psiquiátrica até os dias de hoje, reproduz a compreensão geral do chamado modelo médico. Estabelece-se um diagnóstico que reproduz uma realidade patológica; fixam-se suas características distintivas, acrescentando-se um nome que permite comunicá-la facilmente à comunidade de interesse. Validade (existência na realidade) e confiabilidade (a possibilidade de que essa realidade seja compartilhada por todos como possuindo o mesmo significado) são as principais vigas a partir das quais pode operar o interesse central de todo o modelo médico: a identificação das causas materiais da produção desse evento patológico, a identificação e o estudo da evolução natural dessa patologia e, sobretudo, com base nesse conhecimento, a intervenção para excluir esse evento patológico. A cura é o objeto primário do modelo médico e, seguramente, a raiz de seu inegável sucesso nas sociedades contemporâneas.

Há várias razões pelas quais a psiquiatria de Kraepelin se tornou tão influente, especialmente no que diz respeito às questões nosológicas. Duas delas devem ser mencionadas: primeiro, sua abordagem ganhou credibilidade por estar fundamentada em observações clínicas, e mostrou-se aplicável ao trabalho psiquiátrico prático, uma vez que a questão do prognóstico sempre foi um tema central na descrição e na compreensão da doença mental. Segundo, ela foi desenvolvida por um autor autoconfiante, que se concentrou em métodos de pesquisa quantitativos e naturalistas diretos. Ele afirmava abandonar, tanto quanto possível, os aspectos especulativos da psiquiatria. Contudo, ainda que não intencionalmente, ele ‘importou’ aspectos teóricos implícitos e, em parte, especulativos para o interior de seu conceito (Hoff, 2015, p. 37).

A ideia kraepeliniana de que a existência e a acessibilidade científica de “entidades naturais de doença” podem ser alcançadas por meio de critérios diagnósticos ainda é amplamente utilizada hoje:

Há um forte vínculo entre o ‘neokraepelinianismo’ e os manuais diagnósticos operacionalizados (...). A questão de saber se existem ou não ‘tipos naturais’ na nosologia psiquiátrica é, nesse contexto, de importância secundária. A intenção principal é melhorar a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos por meio do estabelecimento e do desenvolvimento contínuo de critérios diagnósticos claros e de algoritmos. Descrever aquilo que é observável no nível comportamental torna-se o método mais importante (...). Tal posição está muito próxima da concepção de Emil Kraepelin sobre o processo diagnóstico em psiquiatria (Hoff, 2015, p. 38).

O lema “descrições, não interpretações” parece orientar a prática da psiquiatria, silenciando toda voz que siga na direção oposta como “não científica e não baseada em evidências”. A reificação, isto é, o fato de que a chamada doença mental é uma coisa,

constitui o paradigma predominante e, como consequência, conduz a uma forma de reducionismo somático, segundo a qual deveríamos esperar encontrar, na estrutura do cérebro, a estrutura de nossa vida psíquica:

Parece que, quanto mais a neurologia avança, mais a psique recua; a psicopatologia (...) explora a psique até os limites da consciência, mas não encontra nesses limites nenhum processo somático diretamente associado a fenômenos como ideias delirantes, afetos espontâneos e alucinações (Jaspers, 1997, p. 4).

É principalmente assim que a educação e a formação dos psiquiatras ainda se desenvolvem nas escolas médicas e moldam a prática dos médicos. No entanto, a ideia de uma entidade-doença atuante nas redes cerebrais deveria ser considerada “uma ideia no sentido kantiano do mundo” (Jaspers, 1997, p. 569), e não como algo existente:

Não se realizou a esperança de que a observação clínica dos fenômenos psíquicos, da história de vida e do desfecho pudesse fornecer agrupamentos característicos que viessem posteriormente a ser confirmados pelos achados cerebrais, abrindo assim caminho para os anatomistas do cérebro (...) A questão original — existem apenas estágios e variantes de uma psicose unitária ou há uma série de entidades-doença que podemos delinear? — encontra agora sua resposta: não há nem uma coisa nem outra. A segunda posição está correta na medida em que a ideia de entidades-doença se tornou uma orientação fecunda para as investigações da psiquiatria especial. A primeira posição está correta na medida em que não existem entidades-doença efetivas na psiquiatria científica (Jaspers, 1997, pp. 568–570).

Uma via para superar esses limites tem sido oferecida pela perspectiva ecológica na psicologia. *Steps to an Ecology of Mind* (1972), de Gregory Bateson, sugere que a ecologia transcende a compreensão convencional da ciência ambiental. Para ele, a ecologia diz respeito fundamentalmente à compreensão dos padrões de relações e interconexões que constituem tanto a mente quanto a natureza, aquilo que ele chama de “o padrão que conecta”. Ele concebe a ecologia como um conceito epistemológico, e não meramente biológico. Quando Bateson fala de uma “ecologia da mente”, está descrevendo um sistema no qual as características mentais (ideias, propósito, emoção, experiência) não estão confinadas à consciência humana individual, mas são imanentes aos circuitos mais amplos do mundo natural. Essa compreensão de ecologia enfatiza que as ideias nunca são meramente conceitos abstratos, mas estão sempre incorporadas em contextos materiais e em relações. Em sua perspectiva, o pensamento ocidental incorre em uma falácia epistemológica ao não reconhecer que a mente não está contida no indivíduo, mas existe nos circuitos e nas relações que conectam os organismos a seus ambientes. Portanto, a ecologia de Bateson é simultaneamente uma teoria do conhecimento, uma teoria da vida e uma teoria da mente, enfatizando a unidade fundamental e a interdependência desses domínios. Essa visão ecológica sugere que a verdadeira compreensão exige atenção ao contexto, à relação e ao padrão, e não a fatos

isolados ou à causalidade linear.

Mais recentemente, em *Ecology of the Brain* (2018), Thomas Fuchs faz uma referência explícita à obra de Bateson e ao problema da “mente”. Fuchs desenvolve uma concepção “ecológico-enativa” do cérebro que desafia tanto a neurociência reducionista quanto as abordagens cognitivistas. Seu argumento central é que o cérebro deve ser compreendido não como o criador ou a sede da consciência, mas como um órgão de mediação entre organismo e ambiente. Como tal, o cérebro atua como um “órgão de ressonância”, e não como criador da experiência. A consciência emerge da relação do organismo vivo com seu ambiente, e sua principal característica é ser fundamentalmente corporificada, e não apenas baseada no cérebro. Isso significa reconhecer o papel do corpo vivido (*Leib*) como sujeito primário da experiência. Nesse quadro, as implicações para a psiquiatria consistem em considerar os transtornos mentais como perturbações das relações pessoa-ambiente, diante das quais as abordagens puramente neurobiológicas da doença mental são consideradas redutivas.

O risco de considerar as condições patológicas de saúde mental a partir de um reducionismo naturalista, segundo o qual a experiência subjetiva e suas estruturas são esvaziadas e reduzidas apenas a processos neurais, consiste em estabelecer uma equivalência entre o mental e o neuronal, de modo que as chamadas “doenças mentais” passam a ser vistas como transtornos cerebrais. Como foi recentemente destacado,

desde a primeira ‘década do cérebro’, inaugurada em 1990, grandes esperanças foram depositadas nessa virada biológica da psiquiatria. Como disciplina das ciências naturais, a psiquiatria logo seria capaz de explicar os transtornos mentais como circuitos cerebrais em mau funcionamento e de realizar diagnósticos objetivos por meio de neuroimagem e de outros biomarcadores. Com base nisso, poderiam então ser desenvolvidos fármacos altamente específicos, e até mesmo pessoas em risco de transtornos mentais poderiam ser identificadas por rastreamentos genéticos para tratamento preventivo (Fuchs, 2018, p. 252).

Essa tendência conduz a um interesse crescente e a uma prática da psiquiatria redesenhada como neuropsiquiatria, e as condições de saúde mental passam a ser vistas como caracterizadas por reducionismo, reificação e isolamento. Entretanto, no que se refere ao primeiro elemento, o reducionismo, o risco é considerar e reduzir “a subjetividade como um produto ou epifenômeno da atividade cerebral. Todos os processos mentais ocorrem no tecido cerebral; portanto, os transtornos mentais devem ser transtornos cerebrais” (Fuchs, 2018, p. 253). Isso conduz à reificação:

os estados mentais parecem ser localizáveis no cérebro; conseqüentemente, um transtorno mental deve ser mais ou menos equivalente a uma ativação excessiva de circuitos, a uma atividade metabólica reduzida ou a alguma outra disfunção em certas áreas do cérebro (Fuchs, 2018, p. 253).

Por fim, o isolamento parece ser a consequência plausível dessa visão, a qual

[...] tende a isolar o paciente individual e a considerar seu transtorno separadamente das interconexões atuais com seu ambiente — ainda que se admita que o cérebro seja influenciado epigeneticamente por certas condições, como traumas precoces ou relações de apego perturbadas (Fuchs, 2018, p. 253).

No entanto, os processos psíquicos não podem ser reduzidos ao cérebro ou a atividades neurais localizadas: “eles são corporificados, inerentemente intencionais e relacionados ao contexto; e são inseparáveis do mundo intersubjetivo de significados e interações compartilhados” (Fuchs, 2018, p. 253).

Seria benéfico, tanto na fase diagnóstica quanto durante o tratamento, reconhecer o papel predominante que a experiência, as interações conjuntas e os comportamentos sociais desempenham no desenvolvimento da pessoa e de sua vida psíquica. A interação circular entre o cérebro e o ambiente no qual a pessoa está inserida é central para a compreensão do conteúdo da experiência, especialmente quando lidamos com experiências psicopatológicas:

Essas interações devem ser consideradas como processos circulares, incluindo tanto causalidade horizontal quanto vertical. A circularidade horizontal caracteriza os macro e mesoníveis das interações sociais e das interações organismo-ambiente, ao passo que a causalidade vertical atua entre níveis superiores e inferiores no interior do organismo. Ainda assim, também existem relações circulares (top-down e bottom-up) entre os macro e microníveis. Assim, um tratamento psicoterapêutico, enquanto processo interativo e intencional no macronível, envolve processos neuronais no micronível, os quais resultam em uma modificação das estruturas cerebrais do paciente — top-down. A estrutura neuronal modificada, por sua vez, torna possível ao paciente transformar suas interações com o ambiente — bottom-up — e assim por diante. Ao longo do tempo, isso conduz a uma influência mútua entre interações psicossociais supraordenadas e substrato neuronal, ou entre processo e estrutura (Fuchs, 2018, pp. 255-256).

Como afirmou Jaspers:

A vida psíquica, como tal, não é um objeto. Ela se torna um objeto para nós por meio daquilo que a torna perceptível no mundo: os fenômenos somáticos que a acompanham, os gestos significativos, o comportamento e as ações (...). Podemos tentar objetivar a vida psíquica por meio do símbolo e da analogia, mas ela permanece simplesmente como o abarcativo (Umgreifende) da existência, uma compreensão que, em si mesma, jamais pode ser compreendida como objeto (Jaspers, 1997, p. 9).

Como já foi argumentado (Ghaemi, 2009), Jaspers foi o primeiro a dirigir uma crítica ao paradigma kraepeliniano:

Kraepelin foi responsável por uma das linhas de pesquisa mais fecundas, a investigação da história de vida completa do paciente (...). Mas o mundo conceitual básico de Kraepelin permaneceu um mundo somático, que ele, junto com a maioria dos médicos, sustentava como o único realmente importante para a medicina, não apenas por preferência, mas em sentido absoluto. As discussões psicológicas em seu *Tratado* são brilhantes em alguns momentos, e ele obteve êxito com elas, por assim dizer, sem querer. Ele próprio as considera expedientes provisórios, até que o experimento, o microscópio e o tubo de ensaio permitam uma investigação objetiva (Jaspers, 1997, pp. 853-855).

Como já foi dito, conceituar a doença mental é um “obstáculo” para a psiquiatria, sobretudo porque ela está voltada à prevenção, ao reconhecimento e ao tratamento de uma doença (Hoff, 2024).

Descrever uma experiência não é o mesmo que descrever um transtorno: enquanto, no primeiro caso, o componente subjetivo é primário, no segundo, generalização, confiabilidade e predição devem ser os elementos fundamentais para se alcançar um diagnóstico. Por essas razões, durante a década de 1980, a introdução do operacionalismo nos procedimentos diagnósticos, anunciada particularmente pela terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico* da Associação Psiquiátrica Americana (1980), pareceu ser a única solução possível para encontrar um acordo diagnóstico geral entre os clínicos, com o menor nível possível de inferência. O operacionalismo e as generalizações estão no cerne das classificações e, embora as generalizações possam ser úteis para agrupar condições, o operacionalismo conduz a um aumento do nível de imprecisão, cuja simplicidade não oferece qualquer ajuda à psicopatologia (Kendler & Parnas, 2012).

As críticas ao operacionalismo não incidem apenas sobre a pobreza da linguagem utilizada no processo diagnóstico, mas colocam em questão a própria noção de validade exigida por um diagnóstico.

Enraizada no domínio da lógica e fundamentada no princípio de coerência entre validade formal e material, a transposição dessa área do conhecimento para a psiquiatria e a psicologia clínica é muito complicada. Confiabilidade e validade (...) foram introduzidas para medir atributos psicológicos inferidos. Somente mais tarde passaram a ser utilizadas para distinguir entre medir um atributo psicológico de forma consistente (confiabilidade) e medi-lo com precisão (validade). O problema era, e em certa medida ainda é, como utilizar uma categoria pensada para medir construtos teóricos quando, na psiquiatria, o que se exige é confirmar ou não a existência de um transtorno (Brencio, 2023, p. 326).

Para além do uso de critérios diagnósticos, encontram-se questões filosóficas frequentemente ignoradas tanto pelos profissionais da saúde mental quanto pelos usuários dos serviços de saúde mental. Entre essas questões filosóficas está a inevitável impossibilidade de excluir princípios teóricos de qualquer sistema de classificação diagnóstica. Em outras palavras, aquilo que se pretendia expulsar pela porta reentrou pela janela e afetou a prática da psiquiatria desde o seu ponto de partida: o diagnóstico.

Como exploraremos a seguir, uma das consequências mais hediondas dessa exclusão dos princípios teóricos é a unificação ontológica dos transtornos psiquiátricos. Seguindo a epistemologia do modelo médico estrito, todas as experiências alteradas são presumidas como semelhantes em termos do que representam enquanto modificação da pessoa como um todo, distinguindo-se entre si apenas por seus sintomas. Por exemplo, um transtorno esquizofrênico é ontologicamente equivalente a um transtorno de ansiedade generalizada, distinguindo-se deste apenas por ser mais grave, na medida em que apresenta experiências psicóticas e frequentemente assume uma evolução

devastadora e crônica. Além disso, supõe-se que um transtorno esquizofrênico seja semelhante no interior de sua própria definição: todas as pessoas com esquizofrenia compartilhariam o mesmo transtorno, devendo-se as diferenças entre elas a sintomas distintos e à gravidade da evolução. Ao final deste artigo, esboçaremos uma ontologia distinta para as experiências esquizofrênicas, baseada em um ponto de vista dialético, propondo algumas consequências dessa abordagem.

Outro elemento que precisa ser considerado nesse cenário complexo é o peso social e político que um diagnóstico possui. Devemos reconhecer que a própria ideia de “conformidade”, isto é, a tendência a alinhar atitudes, crenças e comportamentos aos das pessoas ao redor, é histórica e socialmente determinada. Em outras palavras, a construção de um diagnóstico envolve não apenas fisiologia, química e anatomia, mas também

[...] classe, raça, gênero, linguagem, tecnologia, cultura, economia política, bem como estruturas e normas institucionais e profissionais na conformação da base de conhecimento que produz nossas suposições sobre a prevalência, a incidência, o tratamento e o significado da doença (Brown, 1995, p. 34).

Aquilo que chamamos de “doença” e “saúde” é sempre socialmente determinado, cultural e racialmente ancorado em um conjunto predominante de valores e, muitas vezes, resulta de rupturas epistemológicas (Foucault, 1988): isso contribui para ampliar a inclusividade ou, ao contrário, para reduzi-la em favor da discriminação e da segregação, reforçando, em última instância, o estigma social (Bizzari & Brencio, 2024).

Os elementos acima mencionados contribuem para delinear um cenário muito complexo, que não considera o conteúdo da experiência frequentemente vivida por pessoas que recebem um diagnóstico em saúde mental. Por um lado, encontramos o uso de uma perspectiva de terceira pessoa como quadro de referência para classificar e explicar sintomas e sinais, o que aumenta a confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos; por outro lado, isso empobrece tanto a prática da psiquiatria, reduzindo-a a uma espécie de frenologia, quanto o papel da pessoa, considerada como veículo passivo de uma doença que precisa ser rapidamente corrigida por meio do uso de fármacos ou de qualquer tipo de intervenção de base somática². Podemos observar uma aporia em dois níveis distintos, embora entrelaçados: por um lado, continuamos a utilizar instrumentos diagnósticos cujos limites são bastante evidentes e reconhecidos pela comunidade

² Essa afirmação não implica rejeitar o uso desses recursos; antes, deve ser entendida como um chamado à renovação das diretrizes e finalidades de seu uso (ver Lopes & Messas, 2023) e como um convite à exploração do diálogo com a fenomenologia (Brencio, 2024).

científica; por outro, a verticalidade e o modo hierárquico de conformar as práticas de cuidado subestimam a contribuição concreta e cardinal que as pessoas com questões de saúde mental podem oferecer. A voz daqueles que vivenciam condições psicopatológicas é frequentemente silenciada em nome de uma ciência descorporificada, que tende a ignorar a carne e o sangue daqueles que sofrem uma condição patológica de saúde mental.

Nesse cenário, a abordagem fenomenológica tem um papel próprio a desempenhar: não apenas como recurso para uma mudança de paradigma, mas também ao mostrar sua fragilidade na proposição de caminhos diferentes. Pode-se objetar que a fenomenologia não nasceu como um recurso diagnóstico, mas antes como psicologia descritiva e, como tal, seu objetivo principal não é averiguar uma condição. Acreditamos que um modelo mais refinado para o estabelecimento do diagnóstico em psiquiatria é possível precisamente por meio da contribuição da fenomenologia, da qual se exige não simplesmente que seja crítica, mas também dialética (Messas & Fulford, 2021).

O caminho dialético da psicopatologia fenomenológica: ambiguidade, reciprocidade, negatividade e estar-entre

Em nossa perspectiva, a vida psíquica é um todo infinito, uma totalidade que resiste a qualquer tentativa consistente de sistematizá-la; muito semelhante ao mar, podemos costear ao longo da margem, avançar para as profundezas, mas ainda assim apenas percorrer as águas superficiais. Se tentamos reduzir a vida psíquica a alguns poucos princípios universais e buscar leis abrangentes, colocamos uma questão que não pode ser respondida. Onde nossas teorias podem parecer ter alguma afinidade com as ciências naturais é na formulação de hipóteses provisórias, que elaboramos apenas para fins limitados de pesquisa e que não têm aplicação à psique como um todo (Jaspers, 1997, p. 17).

Se levarmos em conta as ponderações de Jaspers sobre o risco de fracassar ao sistematizar a psique, já que sua própria natureza está longe de ser uma constituição maniqueísta de preto e branco, a fenomenologia tem duas alternativas em sua relação com os modelos neokraepelinianos de diagnóstico: ou aprimorá-los, fornecendo-lhes instrumentos adjuntos (Larsen et al., 2022), ou fornecer elementos para transformá-los por meio de uma absorção transformadora, baseada no modelo dialético. No primeiro caso, a fenomenologia aparece como uma camada suplementar ao paradigma dominante, um instrumento capaz de resolver certas aporias do sistema médico-neurocientífico, sem alterá-lo. Uma rápida investigação das publicações mais recentes ligadas à fenomenologia em saúde mental parece indicar que a fenomenologia tem seguido majoritariamente esse caminho, particularmente no que diz respeito ao diagnóstico psiquiátrico (Stanghellini et

al., 2019). Vista sob essa perspectiva, a nova fenomenologia reproduziria sua função do início do século XX, quando se propôs a aperfeiçoar os diagnósticos da época, com resultados bastante limitados em termos de influência sobre o modelo sociológico dominante (Messas et al., 2023).

No que segue, desejamos esboçar o caminho dialético. Ao fazê-lo, gostaríamos de demonstrar como o caminho dialético já foi proposto na tradição psicopatológica (Messas, 2023), embora não tenha alcançado suas consequências últimas. Poderíamos até dizer que propor uma leitura dialética da psicopatologia fenomenológica pode ser entendido como a retomada de um projeto psicopatológico interrompido, cujas razões sociológicas não podemos desenvolver aqui. Estamos cientes de que o uso da expressão “fenomenologia dialética” pode soar como uma contradição, uma vez que, por um lado, encontramos a busca do essencialismo típica do empreendimento fenomenológico e, por outro, um movimento de oposições e reconciliações no qual já não resta lugar para “as coisas mesmas”, mas antes para o seu devir. Ainda assim, uma leitura histórica da psicopatologia fenomenológica mostra que “é possível (...) uma ação mutuamente fecunda entre o interesse da fenomenologia pela essência e o interesse da dialética pela transformação, consolidada naquilo que se conhece como essencialismo dialético” (Messas & Tamelini, 2018, p. 96).

A fenomenologia dialética combina as diretrizes do método fenomenológico com o pensamento dialético para compreender a experiência e a existência. Ela emerge principalmente da obra de Binswanger, Minkowski e Maurice Merleau-Ponty com o objetivo não apenas de enfatizar o reconhecimento da interconexão entre termos opostos, mas, além disso, de salientar o papel produtivo da contradição, evitando tanto o dualismo quanto o monismo redutivo. Partindo da análise da experiência vivida e do exame dos fenômenos tal como aparecem, a ênfase na perspectiva corporificada é cardinal para descrever e compreender as estruturas da subjetividade e da intersubjetividade. Partindo da descrição dos fenômenos, a fenomenologia dialética busca examinar a dinâmica da oposição entre diferentes condições de possibilidade da experiência/qualidades, organizadas em termos de proporções antropológicas (Nielsen, 2022), e encontrar uma mediação no processo de desenvolvimento. Nessa perspectiva, o corpo é considerado como lugar da experiência e como meio de engajamento no mundo e de realidade compartilhada. Além disso, a introdução da investigação da dinâmica das proporções/desproporções antropológicas permite ao psicopatologista compreender melhor a natureza mutável do desenvolvimento pessoal (Messas et al., 2017).

Um dos primeiros autores da abordagem fenomenológica da psicopatologia a utilizar a dialética como instrumento refinado para a compreensão dos conteúdos das experiências anômalas foi Wolfgang Blankenburg. Ele emprega a abordagem dialética na psicopatologia fenomenológica (1982) como uma categoria de compreensão antropológica. Ao concentrar-se na dinâmica da transformação por meio da análise da positividade da negatividade e da negatividade da positividade, Blankenburg aplicou esse modelo aos grandes transtornos existenciais; somente mais tarde ele foi estendido aos transtornos de personalidade em geral (Dörr-Zegers, 1990), à adição (Messas, 2021) e às experiências depressivas (Messas & Brencio, 2024). Fundamental nessas tentativas é a ênfase atribuída ao papel das ambiguidades da realidade psicológica, que trazem uma contribuição importante para as estratégias de tratamento nos encontros clínicos.

A noção de “ambiguidade” tem sido frequentemente considerada problemática na filosofia, e não apenas de uma perspectiva estritamente especulativa. Ela diz respeito, de certo modo, à própria origem da disciplina, enraizada na passagem do *mythos* ao *logos*, isto é, na necessidade de delinear um quadro racional para compreender o mundo, os seres humanos e seus afetos e ações, as regras da sociedade e as garantias de uma boa vida. O elemento apolíneo típico da *ratio philosophiae* guiou e ainda guia a meditação filosófica, como um poderoso recurso para delinear, descrever e interpretar quem somos e nossa relação com o mundo. Contudo, nessa narração filosófica racional e sistemática, não resta lugar para aquilo que foi e ainda é considerado dissonante, ambíguo, perturbador: todo elemento de oposição ao paradigma racional dominante foi absorvido em uma tentativa especulativa mais ampla de racionalizá-lo. Em outras palavras, trazer o *kósmos* (ordem) para dentro da *akósmia* (des-ordem) permanece como prioridade do discurso filosófico, uma manobra que tem consequências metafísicas e pragmáticas não apenas no modo como concebemos o conhecimento, mas também no modo como vivemos. Podemos dizer que esse é precisamente o calcanhar de Aquiles da meditação ocidental: a dificuldade de lidar com a ambiguidade, a negatividade, os espaços sobrepostos, os elementos perturbadores, como se a alma humana — ou aquilo que originalmente se chamava *psyché* — não pudesse sustentar-se diante da dialética. Mas, por trás da fascinação que esses elementos podem exercer em nosso tempo, encontra-se uma questão incontornável: como incluir, traduzir e trazer para o interior de meros modelos fisiológicos aquilo que tem uma natureza diferente? Retornando ao próprio tema desta contribuição, como podemos conceber diferenças ontológicas entre experiências psicopatológicas se o paradigma dominante não considera a noção de ambiguidade em

relação à dialética psicológica em operação na vida da mente? Poder-se-ia responder: os psiquiatras são médicos e, como tais, seus serviços visam a curar, e não a filosofar – uma consideração ingênua, já que aquilo que deveria estar no cerne do empreendimento clínico é também o pensamento, e não apenas a averiguação de diagnósticos e a prescrição de fármacos. O risco de desconsiderar a peculiaridade da ambiguidade na vida psíquica é o de constituir uma “ciência da psique” sem a psique (Jaspers, 1968), em nome de um modelo de cuidado descorporificado e distante daquilo que as pessoas sentem, experienciam e vivem. O reconhecimento do papel desempenhado pelo conceito de ambiguidade não é sinônimo de confusão, mas uma característica ontológica na qual múltiplos significados aparecem como constitutivos da complexidade do sujeito e de sua relação com o ambiente. Isso pode ser exemplificado pela noção de reversibilidade quiasmática, tal como ela é oferecida na reflexão de Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1968, p. 155). A lógica subjacente à estrutura quiasmática espelha uma ontologia relacional bem captada por Gallagher e Zahavi quando se referem à “noção de uma mente corporificada ou de um corpo dotado de mente” (Gallagher & Zahavi, 2012, p. 153).

Isso nos abre para a importância do movimento dialético na compreensão das condições de saúde mental e das experiências psicopatológicas. Utilizamos a noção de dialética considerando tanto seus significados e implicações especulativos quanto psicológicos: “A dialética é a forma pela qual um aspecto básico das conexões significativas se torna acessível para nós, a saber, o fato de que essas conexões não constituem uma simples sequência de acontecimentos, mas mostram uma reciprocidade constante” (Jaspers, 1997, p. 345). Não há dialética sem um processo de oposições que, no melhor dos cenários, permita uma síntese capaz de reconciliar posições anteriores. Em termos psicológicos, isso significa que

[...] o desenvolvimento humano, no indivíduo e na história, não é apenas uma transformação passiva, como ocorre com todos os outros acontecimentos biológicos, mas um esforço interior da mente e do espírito que trabalha sobre si mesmo, impulsionando-se na dialética universal da oposição e da transformação (Jaspers, 1997, p. 131).

A vida, e especialmente a vida psíquica, procede por meio de movimentos e oposições que alimentam o fluxo vívido e as mudanças, aquilo que poderíamos chamar de devir: “A mera sequência de acontecimentos, o mero querer e persistir em uma única direção, trazem limitação, rigidez e culminam de modo destrutivo” (Jaspers, 1997, p. 345), e isso se torna particularmente claro na autorreflexão. Com a reciprocidade, Jaspers parece apontar para uma relação estreita entre a forma e a concretude das experiências dos pacientes:

As experiências dos pacientes individuais são infinitamente múltiplas (...) e a fenomenologia extrai delas apenas algum traço geral que pode ser encontrado igualmente em outro caso e, portanto, pode ser chamado de o mesmo traço, enquanto a infinidade da experiência individual continua a mudar. Temos, portanto, a posição de que, por um lado, a fenomenologia abstrai de uma infinidade de constituintes em constante mudança e, por outro, está decididamente orientada para o perceptível e o concreto, não para o abstrato³ (Jaspers, 1968, p. 1320).

As experiências, perceptíveis e vividas, são os temas de atenção do empreendimento fenomenológico, bem como a maneira pela qual essas experiências configuram a relação entre a pessoa e o mundo. O modo como esses fenômenos se apresentam à consciência deve ser examinado considerando a tensão interna, a oposição e a reciprocidade que compartilham entre si.

Por meio das oposições, a vida expande seus significados. Quando falamos de oposições, especialmente no campo do pensamento especulativo e da lógica, não estamos falando em termos de valores; antes, utilizamos a lógica da negação como o único instrumento possível que permite ao movimento dialético prosseguir: “Do ponto de vista da lógica clássica, a negatividade é um conectivo lógico, cujo uso só pode ser um ‘caminho de mão única’: o sentido da negação é inverter o valor de verdade de uma proposição à qual ela (a negação) está relacionada” (Brencio, 2021, p. 121). As oposições mostram que *contradictio est regula veri* e atribuem um papel cardinal à negatividade, como “a energia” do pensamento incondicionado. Se quisermos simplificar a complexidade do pensamento especulativo e perceber sua relevância (oculta) para a vida psíquica, poderíamos dizer que

os acontecimentos biológicos apenas fornecem uma analogia para aquilo que é significativo. No campo do significativo, descobrimos o risco, o medo de dar o salto inescapável (sempre em direção à reciprocidade do todo), a escolha e a criação (...) Esses movimentos recíprocos significativos são de dois tipos opostos: aqueles que impulsionam a vida para cima ou aqueles que a conduzem à destruição (Jaspers, 1997, p. 346).

É nesse espaço que o conceito de estar-entre enriquece a dinâmica interna entre a natureza e o espaço interpessoal e intersubjetivo da subjetividade. A noção de estar-entre permite superar a abordagem dualista típica da meditação cartesiana sobre a subjetividade em geral e sobre a saúde mental em particular.

Dito isso, apresentaremos agora algumas das características que a psicopatologia fenomenológica assume a partir de uma perspectiva dialética. Sustentamos que a introdução da dialética permite à psicopatologia compreender melhor o desenvolvimento da pessoa, perspectiva essa tão relevante para as necessidades contemporâneas da saúde mental, ao enriquecer a compreensão estrutural estática ainda dominante na

³ Para uma crítica contemporânea de algumas perspectivas de Jaspers, ver Ferrarello & Brencio (2025); Fuchs, Breyer e Mundt (2014); e Stanghellini & Fuchs (2013).

psicopatologia fenomenológica. Exploraremos essa ideia a partir do caso paradigmático da esquizofrenia⁴, esboçando algumas ideias para a compreensão dessa condição sob uma perspectiva dialética. Antes de avançarmos ao próximo passo, algumas palavras se fazem necessárias. Superar um sistema diagnóstico kraepeliniano não significa abandoná-lo por completo; ao contrário, compreendemos esse conceito a partir de uma perspectiva hegeliana, segundo a qual “superar” significa incorporar algum conhecimento/evento/categoria em uma Gestalt superior, isto é, mais complexa. Ao fazê-lo, as características desse conhecimento são ao mesmo tempo mantidas e transformadas, sendo esta última modificação decorrente de sua pertença a uma nova Gestalt. É a nova Gestalt que definirá o significado e a importância do conhecimento adquirido antes da superação. Nesse caso, isso significa que a Gestalt nuclear que define o significado dos sintomas esquizofrênicos é a pessoa em sua totalidade, isto é, não apenas como portadora de uma série de sintomas, mas como a unidade viva que experiencia e confere sentido a esses sintomas. Essa perspectiva desloca o foco dos sintomas para a integridade da pessoa, sem reduzir o valor de suas experiências anômalas, como veremos. Além disso, isso está em consonância com apelos recentes para aprimorar as denominações das condições de saúde mental (Cohen et al., 2022)⁵.

Da filosofia à prática clínica: em direção a um modelo dialético na esquizofrenia

Devemos o estudo da esquizofrenia ao próprio nascimento da psicopatologia. A complexidade das experiências psicóticas primárias (as chamadas funcionais ou endógenas) e a impossibilidade de compreendê-las por meio das categorias positivistas do início do século XX deram origem a tentativas de abordá-las com o auxílio de modelos epistemológicos mais abrangentes. Pode-se dizer que o momento em que foi criado o conceito contemporâneo de esquizofrenia, cunhado por Eugen Bleuler em 1911 (1950), foi guiado pela aceitação de uma complexidade existencial que o modelo kraepeliniano anterior não tinha como fator central. Embora Bleuler tenha permanecido, de modo geral, dentro da perspectiva epistemológica da nosologia tradicional, sua distinção entre sintomas fundamentais e acessórios inaugurou uma tradição de compreensão

⁴ No entanto, acreditamos que esse procedimento pode e deve ser estendido a todas as categorias diagnósticas da saúde mental. Uma apresentação mais detalhada da extensão e da vitalidade do uso da dialética como oposição de elementos pode ser encontrada em Messas (2021).

⁵ Poderíamos nos perguntar se o conceito de esquizofrenia ainda faz sentido após essa compreensão dialética; no entanto, em nome da simplicidade, deixaremos essa discussão de lado neste artigo.

psicopatológica que seria herdada pela psicopatologia fenomenológica estrutural. Ao utilizar essa distinção, Bleuler já intuía a insuficiência de investigar a esquizofrenia como uma simples unidade nosológica, como outras na neurologia ou na medicina. Bleuler, mantendo sua convicção de uma causa cerebral para a doença, inaugurou a busca científica pelos elementos essenciais que a caracterizariam como tal. Em paralelo a essa tradição de busca pela essência da ruptura esquizofrênica, desenvolveu-se historicamente outra corrente, que procura examinar as experiências esquizofrênicas a partir de uma perspectiva dialética (Messas et al., 2017).

Esta busca examinar o entrelaçamento longitudinal entre a experiência patológica e o todo existencial. Essa perspectiva foi inaugurada por Karl Jaspers em 1910, ao introduzir a distinção entre processo e desenvolvimento (1910). Cunhada para dar visibilidade à distinção entre esquizofrenia e psicoses não esquizofrênicas, a noção de processo é o sinônimo longitudinal da esquizofrenia. Um processo é, como Jaspers demonstra exaustivamente por meio de longas análises de casos clínicos, o resultado biográfico da transformação da existência a partir de uma alteração primária, irreduzível a qualquer compreensão psicológica (também de possível origem biológica, segundo o autor), que passa então a orientar os resultados psicologicamente compreensíveis. Como observa o historiador da psiquiatria francês Lantéri-Laura, a noção de processo psíquico é “essencialmente dialética” (1962, p. 471), pois define o transtorno mais importante da psiquiatria com base no princípio da negatividade. É a impossibilidade de uma compreensão psicológica, isto é, de uma experiência positiva coerente com o desenvolvimento da pessoa, que traz à luz o sentido de um transtorno. O processo esquizofrênico é a incorporação paradoxal, na vida de uma pessoa, de uma ruptura negativa da continuidade dessa própria pessoa, suscitando necessariamente uma relação dialética entre a experiência e sua organização secundária na totalidade da pessoa.

Isso busca examinar o entrelaçamento longitudinal entre a experiência patológica e o todo existencial. Essa perspectiva foi inaugurada por Karl Jaspers em 1910, ao introduzir a distinção entre processo e desenvolvimento (1910). Cunhada para dar visibilidade à distinção entre esquizofrenia e psicoses não esquizofrênicas, a noção de processo é o sinônimo longitudinal da esquizofrenia. Um processo é, como Jaspers demonstra exaustivamente por meio de longas análises de casos clínicos, o resultado biográfico da transformação da existência a partir de uma alteração primária, irreduzível a qualquer compreensão psicológica (também de possível origem biológica, segundo o autor), que passa então a orientar os resultados psicologicamente compreensíveis. Como

afirma o historiador francês da psiquiatria Lantéri-Laura, a noção de processo psíquico é “essencialmente dialética” (1962, p. 471), pois define o transtorno mais importante da psiquiatria com base no princípio da negatividade. É a impossibilidade de uma compreensão psicológica, isto é, de uma experiência positiva, coerente com o desenvolvimento da pessoa, que traz à luz o significado de um transtorno. O processo esquizofrênico é a incorporação paradoxal, na vida de uma pessoa, de uma ruptura negativa da continuidade dessa própria pessoa, suscitando necessariamente uma relação dialética entre a experiência e sua organização secundária na pessoa em sua totalidade.

No entanto, a noção de processo também pode ser compreendida sob uma dialética da reciprocidade. O modo dialético pelo qual essas experiências negativas são elaboradas na vida de uma pessoa passará, doravante, a aparecer como objeto científico, conformando a condição clínica global chamada esquizofrenia. Nas palavras de Jaspers: “[as doenças] acometem o indivíduo como outras doenças, mas neste caso o indivíduo *torna-se uno com a doença*” (p. 608, itálico nosso). É a forma desse “tornar-se uno com” que ainda merece atenção na psicopatologia fenomenológica. Permanece um desafio para os historiadores da psiquiatria encontrar uma resposta para a razão pela qual o conceito de processo declinou nas últimas décadas da psiquiatria (juntamente com o declínio do valor científico das investigações detalhadas de casos clínicos), embora sua vitalidade ainda fosse amplamente reconhecida muito tempo depois de sua formulação original por Jaspers (Alonso-Fernández, 1976).

Em todo caso, é impossível utilizar a noção de processo esquizofrênico sem incorporar a dimensão dialética à experiência da pessoa que vive com esquizofrenia, em seu dinamismo biográfico evolutivo. Nos parágrafos seguintes, gostaríamos de esboçar uma proposta de situações distintas nas quais uma formulação dialética possa lançar luz sobre a compreensão do processo esquizofrênico, determinando correspondentemente ontologias específicas dos transtornos, isto é, significados globais do transtorno para a pessoa afetada, o que possibilita uma compreensão mais ampla de significados distintos para a pessoa com esquizofrenia e, portanto, para a esquizofrenia como transtorno.

A descontinuidade negativa das experiências que caracteriza o processo esquizofrênico não ocorre de modo neutro em relação à totalidade existencial. Exceto nas condições psicóticas extremamente graves, nas quais há uma dissolução da personalidade, na maioria dos casos ela estabelece uma relação dialética com o conjunto da existência. Essa dialética, por sua vez, se dá em dois níveis: o pré-reflexivo e o reflexivo. O primeiro nível refere-se à dialética pré-reflexiva entre as condições básicas de

possibilidade da existência e a totalidade da personalidade. O segundo nível aborda o valor que uma pessoa esquizofrênica atribui ao seu novo estado alterado. Por razões de limitação de espaço, examinaremos aqui apenas o nível pré-reflexivo, ressaltando que, na vida real, não há uma distinção tão nítida entre ambos⁶.

A dimensão pré-reflexiva (também chamada de condições de possibilidade) da experiência é aquela que fornece o quadro geral no qual ocorrem a consciência e a experiência de si. Quando estamos conscientes, temos pré-reflexivamente, por exemplo, uma noção tácita da continuidade de nossa própria identidade e do mundo em que estamos. Somos aquilo que nossa dimensão pré-reflexiva nos permitiu ser. Ao perturbar essa dimensão, a experiência esquizofrênica faz com que a própria personalidade histórica sofra uma distorção, de modo que também se transforma o fundamento de si e do mundo sobre o qual o transtorno ocorre e ao qual a pessoa deve reagir. Essa situação foi brilhantemente resumida por Binswanger:

[...] não é 'o esquizofrênico' quem 'compreende' a si mesmo e sua transformação existencial e procura 'guiar-se' dessa maneira — algum esquizofrênico alguma vez relatou algo desse tipo? — Mas é o Dasein em sua condição esquizofrênica que se compreende e se orienta a si mesmo e ao mundo dessa maneira. No primeiro caso, compreensão significa uma compreensão psicológica; no segundo, uma compreensão transcendental [pré-reflexiva] (Binswanger, 1957, p. 455, nossa tradução).

Não se trata, contudo, de excluir a pessoa de sua unidade biográfica para compreender a experiência processual esquizofrênica, mas de incluir uma camada ontológica prévia que investigue a doação de mundo que o transtorno impõe a essa pessoa. Embora a pessoa afetada mantenha simultaneamente sua unidade biográfica, com seus valores e aspirações pessoais, ela passa agora a ter de lidar com uma nova unidade paralela de sentido, com a qual necessariamente estabelece uma relação dialética (o fenômeno da dupla contabilidade, descrito por Bleuler). Deve-se observar que, nesse nível, não se trata de atribuir valor ao fenômeno psicótico, mas de uma experiência primária de coexistência entre dois mundos em sua configuração pré-reflexiva.

Sugerimos que aqui podem ser observadas três formas dialéticas, em graus decrescentes de preservação da unidade histórica prévia da personalidade. Não queremos sugerir que existam apenas três modos de organização, mas entendemos que eles são suficientes para sustentar nosso argumento. Tampouco queremos sugerir que essas dialéticas devam espelhar as distinções nosológicas clássicas da esquizofrenia (por exemplo, negativo versus positivo; ou as formas simples, hebefrênica, paranoide e

⁶Quanto à atribuição de valor da pessoa esquizofrênica, remetemos o leitor a Wirsch (1949), nos tempos clássicos, e, mais recentemente, a Stanghellini & Ballerini (2007).

catatônica); nosso objetivo é lançar luz sobre como novas formas de existir emergem após uma transformação esquizofrênica.

A. A dialética da resignação

Essa dialética apreende as chamadas experiências esquizofrênicas negativas, como o caso clássico de Anne estudado por Blankenburg, a propósito do qual o autor cunhou a expressão perda da evidência natural (1971/2012). Nessa condição, a pessoa histórica se vê diante do fato de que algo central de si desapareceu ou foi anulado (“Doutor, roubaram minha alma”, como disse um de nossos pacientes). Ora, a ocorrência dessa experiência afetiva pressupõe que haja continuidade histórica suficiente na personalidade para que se possa estabelecer uma comparação entre um estado habitual e um estado patológico. Assim, ocorre uma trajetória paralela de desenvolvimento da personalidade, na qual o diálogo pré-reflexivo central da existência passa a ser a redução da capacidade de experimentar sentido na vida, mantendo-se, contudo, a noção de que a vida é dotada de sentido. A experiência central de perda de si significa que o modo como o outro aparece na consciência da pessoa esquizofrênica assume a figura de um aliado. O outro é aquele que pode tanto ajudar a pessoa a superar sua anulação (em uma dimensão mais clínica) quanto compartilhar com ela a consciência de seu sofrimento.

B. A dialética da resistência

As chamadas esquizofrenias positivas caracterizam-se pela formação de um delírio. Vista de um ponto de vista existencial, a experiência delirante é uma organização pré-reflexiva da consciência voltada ao estabelecimento de uma unidade secundária diante da ruptura primária da experiência compartilhada do mundo (Ritunnano et al., 2022). Assim, as formações delirantes têm, acima de tudo, uma função restauradora e estabilizadora da integridade da existência (Tamelini & Messas, 2016). Embora a experiência delirante emerja como algo externo ao desenvolvimento biográfico habitual da pessoa, a própria integridade dessa pessoa como pessoa histórica passa a depender da formação delirante. Essa condição confere ao delírio uma influência gigantesca sobre a pessoa que o experiencia. Psicologicamente, a pessoa o vive como um poder incontrolável agindo sobre ela. Sua reação primária é de defesa diante do risco de aniquilação frente a esse poder incontrolável. Essa experiência é chamada paranoia. Mais do que um sentimento de perseguição, o delírio paranoide retrata a impotência de um si diante de algo que lhe pertence, mas que parece externo a ele próprio. Sua atitude básica será a da

suspeita e, sobretudo, da defesa diante de um risco continuamente iminente. Do ponto de vista do desenvolvimento biográfico, o tema defensivo domina, fazendo com que a vida da pessoa passe a gravitar em torno de estratégias de proteção, restringindo a amplitude das possibilidades existenciais. Na esfera intersubjetiva, a apreensão do outro oscila entre a de um auxiliar no interior do estado de sítio vivido pela pessoa e a de um representante do assédio delirante contínuo.

C. A dialética da absorção

Rigorosamente falando, poderíamos dizer que essa condição aponta para uma quase exclusão da dinâmica dialética entre a experiência pré-reflexiva e a pessoa. Sob essa condição, a pessoa vivencia os novos significados fornecidos pela experiência patológica nuclear como uma razão completamente nova e transformadora para sua existência. O exemplo clínico típico disso é o chamado delírio religioso. A pessoa afetada é tomada por uma experiência de ser um santo, um deus, ou de ter sido escolhida por um deus para agir segundo suas determinações. Há uma mudança completa em sua existência, pois esse novo significado passa a orientar seu comportamento, levando-a, por exemplo, a abençoar pessoas desconhecidas na rua. Diferentemente das duas condições anteriores, a pessoa não vivencia esse novo surgimento como um problema ou como uma ameaça, mas como uma bem-aventurança para sua existência. Ela não reivindica qualquer transformação, muito menos uma restauração, em seu novo estado psicológico, e, assim, não compreende a presença do clínico como um recurso para ajudá-la. O único acesso do clínico ao paciente sob essa dialética consiste em assumir um papel de mediador entre a pessoa e a comunidade, procurando expor a esta que seu comportamento pode ser mal compreendido por seu contexto. O cuidado deve ser compreendido como um processo de mediação entre a pessoa e o contexto social, assim como um diplomata em um país estrangeiro procura fazer com que sua cultura seja mais bem compreendida por outra. A principal nova interpretação do outro por parte do paciente – como alguém a ser salvo por ele –, contudo, não pode ser modificada e não pode constituir o alvo do cuidado.

Como podemos ver pelas breves análises acima, a experiência da esquizofrenia, do ponto de vista da totalidade da pessoa, não pode ser compreendida como homogênea. Em vez de entender essas diferenças em termos de formas semiológicas da esquizofrenia (sempre controversas) – determinadas seja por seus sintomas distintivos, seja por sua evolução –, ou mesmo em termos de reações distintas da pessoa, baseadas em valores, a uma experiência psicótica, é defensável sustentar que essas diferenças alcançam o nível

ontológico. Essas experiências constituem, de fato, mundos transformados distintos, que não deveriam ser indevidamente unificados sob o conceito de esquizofrenia *tout court*. Mais uma vez, podemos encontrar em Ludwig Binswanger o primeiro ensaio de renovação da linguagem dos transtornos mentais, ao criar novos nomes para experiências esquizoides, nomes mais relacionados ao modo como essas pessoas experienciam seu mundo do que às suas experiências sintomáticas, tomadas como patológicas (1956/1992). Em tempos como os nossos, marcados pela busca de uma linguagem mais apropriada para reduzir o estigma em saúde mental (Volkow et al., 2021), e de fazê-lo pela descrição da experiência real de pessoas reais, retomar esse projeto interrompido da psicopatologia fenomenológica clássica parece altamente disruptivo e de vanguarda⁷. Como essas experiências são ontologicamente diversas, o significado correspondente do cuidado deve ajustar-se a cada uma delas. No primeiro caso, cuidar significa ajudar a pessoa a lidar com as sequelas de experiências alteradas que atingem seu campo de experiência. No segundo caso, cuidar significa adotar a experiência de assédio vivida pela pessoa como o objetivo do processo de tomada de decisão clínica, buscando permitir que a pessoa afetada viva em um mundo continuamente assediado. Por fim, no terceiro caso, cuidar significa guiar a pessoa por um novo mundo, inacessível a seus semelhantes. Em tempos como os nossos, em que há fortes reivindicações para colocar a pessoa no centro da saúde mental, parece necessário dispor de uma perspectiva epistemológica capaz de iluminar as distintas experiências da pessoa.

CONCLUSÕES

Este artigo procurou abordar um dilema fundamental da psiquiatria: embora se reconheça que o paradigma biológico e a reificação dele decorrente são inadequados para compreender as condições de saúde mental, ainda não conseguimos nos mover para além desse quadro. Nossa hipótese teórica, uma abordagem dialética da psicopatologia fenomenológica, examina como diferentes aspectos da experiência interagem e influenciam uns aos outros.

Do ponto de vista filosófico, ainda nos encontramos na encruzilhada de uma escolha epistemológica entre, de um lado, a necessidade de um paradigma naturalista para as condições patológicas de saúde mental, mais frequentemente inclinado a uma

⁷ Nesse ponto, é importante destacar que Bleuler, ao cunhar o conceito atual, o fez em sua forma plural: **as esquizofrenias** (*die Schizophrenien*), apontando para essa diferença ontológica, embora sua epistemologia não pudesse desenvolver essa interpretação.

forma de reducionismo cujo risco é o de produzir uma psiquiatria sem psique, e, de outro, a necessidade de um cuidado centrado na pessoa que reconheça a fragilidade constitutiva da personalidade em sua determinação ontológica, “um ‘Cogito ferido’ – um Cogito que se põe, mas não se possui; um Cogito que vê sua verdade originária apenas em e através da confissão da inadequação, da ilusão e da mentira da consciência atual” (Ricouer, 1970, p. 439). O cogito ferido (*cogito blessé*) revela a necessidade de uma hermenêutica da existência capaz de reconhecer, compreender e interpretar as proporções e desproporções ontológicas que moldam dialeticamente as estruturas fundamentais da subjetividade e da intersubjetividade.

A psiquiatria contemporânea está baseada em um paradigma centrado na doença: isso significa que a questão do diagnóstico e de seu tratamento ocupa o centro do empreendimento terapêutico. O tratamento e a compreensão das condições de saúde mental estão estritamente ligados à necessidade de reavaliar modelos e papéis nas práticas clínicas, tais como a prescrição de medicamentos, uma atenção mais cuidadosa a uma abordagem centrada na pessoa e um foco em tratamentos centrados nas experiências vividas dos pacientes e em intervenções baseadas na comunidade.

Uma experiência psicopatológica esquizofrênica representa um tsunami que pode avassalar e devastar a vida do paciente; pode representar o momento de uma fratura profunda e irremediável na atribuição de sentido e de valor que a pessoa confere ao mundo ao seu redor e representa uma ocasião de perigo para si mesma. A dor de uma pessoa esquizofrênica, por exemplo, permanece uma experiência comparável a uma ferida que atravessa a alma, que não está meramente em sua cabeça, mas arde dentro de seu peito. Nesse sentido, seria importante que as práticas de cuidado não se limitassem a “consertar” aquilo que resta após a tempestade, mas também considerassem a ausência daquilo que a tempestade destruiu e levou consigo. As noções dialéticas de ambiguidade, reciprocidade, negatividade e estar-entre, tal como as exploramos nesta contribuição, podem servir para redesenhar a bússola de uma navegação ao longo das fronteiras do sofrimento humano, desmantelando a herança kraepeliniana e impulsionando um modelo de psiquiatria informado pela fenomenologia um passo adiante na consideração de sua novidade.

REFERÊNCIAS

- Alonso-Fernández, F. (1976). Fundamentos de la psiquiatría actual. *Tomo I Psiquiatría General*. Madrid: Editorial Paz Montalvo, 191-216.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3. ed.
- Binswanger, L. (1957). *Schizophrenie*. Pfullinger: Günther Neske Verlag
- Binswanger, L. (1992). Drei formen missglückten Daseins: Verstiegenheit, Verschrobenheit, Manieriertheit. In: Herzog, M. (Ed.). *Ausgewählte werke. Band 1*. Heidelberg, Germany: Roland Asanger
- Bizzari, V., & Brencio, F. (2024). Psychiatric Diagnosis as a Political and Social Device: Epistemological and Historical Insights on the Role of Collective Emotions. *The Humanistic Psychologist*, 52(1), 70–82. <https://doi.org/10.1037/hum0000307>
- Blankenburg, W. (1982). A dialectical conception of anthropological proportions. In de Koning, A.J.J., Jenner, F.A. (Eds.), *Phenomenology and Psychiatry*. Grune & Stratton. pp. 35–50.
- Blankenburg, W. (2012). Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. *Ein Beitrag zur psychopathologie symptomarmen Schizophrenen*. Berlin: Parodos Verlag
- Bleuler, E. (1950). *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. New York: International Universities Press
- Brencia, F. (2021). The algebra of negativity. Hegel, Heidegger and their legacy in the contemporary scenario. In Lucci, A., Knobloch, J. (Eds.), *Gegen das Leben, gegen die Welt, gegen mich selbst: Figuren der Negativität*. 117-132. Universitätsverlag Winter Heidelberg.
- Brencia, F. (2023). From words to worlds. How metaphors and language shape mental health, In Wuppuluri, S., Grayling, A.C. (eds.), *Metaphors and Analogies in Sciences and Humanities: Words and Worlds*. Springer, 233-250. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-90688-7>
- Brencia, F. (2024). (Dis)Embodied Encounters: Deciphering Intersubjectivity in the Context of the Prescription of Drugs. In Gargiulo, P.Á., Mesones-Arroyo, H.L. (eds) *Psychiatry and Neuroscience Update – Vol. V*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-72219-6_1
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior* 35, 34–52 <https://doi.org/10.2307/2626956>
- Cohen, B. M., Öngür, D., & Harris, P. Q. (2022). Past due: improving the naming of psychiatric disorders. *Lancet Psychiatry*. v.9(1):264-266. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00478-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00478-8)
- Dörr-Zegers, O. (1990). Hacia una concepción dialéctica en psiquiatría [Toward a dialectic

- concept in psychiatry]. *Actas luso-espanolas de neurología, psiquiatria y ciencias afines*, 18 (4):244–57.
- Englander, M. (2018). Phenomenology and the Social Context of Psychiatry. *Social Relations, Psychopathology, and Husserl's Philosophy*. London: Bloomsbury.
- Ferrarello, S., & Brencio, F. (2025). Husserl, Heidegger, and Jaspers. Emergent Perspectives and Advancements. In Hoffmann, L., Hocoy, D., De Robertis, E. (eds.). *APA Handbook of Humanistic and Existential Psychology, vol. 1*, American Philosophical Association Press (in press)
- Foucault, M. (1988). *Politics, philosophy, culture: Interview and other writings 1977–1984*. London: Routledge.
- Fuchs, T. (2018). *Ecology of the brain*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T., Breyer, T., & Mundt, C. (2014). *Karl Jaspers' Philosophy and Psychopathology* (eds.), Springer: London
- Gallagher, S., & Zahavi, D. (2012). *The Phenomenological Mind* (2nd. ed.). Routledge.
- Ghaemi, S. N. (2009). Nosologomania: DSM & Karl Jaspers' Critique of Kraepelin. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine* v. 4, 10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-4-10>
- Hoff, P. (2015). The Kraepelinian tradition. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 17(1):31-41. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.1/phoff>
- Hoff, P. (2024). What kind of «thing» is mental illness? Listening to Kraepelin, Jaspers and Kronfeld. *International Review of Psychiatry*, 36(6):557–567. <https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2356690>
- Jaspers, K. (1910). Eifersuchtswahn: Ein Beitrag zur Frage: “Entwicklung einer Persönlichkeit oder” Prozeß,? *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1, pp.567–637 <https://doi.org/10.1007/BF02895947>
- Jaspers, K. (1968). The Phenomenological Approach in Psychopathology. *The British Journal of Psychiatry*, 114(516):1313-1323 <https://doi.org/10.1192/bjp.114.516.1313>
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kendler, K., & Parnas, J. (2012). Philosophical Issues in Psychiatry II. *Nosology*. Oxford: Oxford University Press.
- Lantéri-Laura, G. (1962). La notion de processus dans la pensée psychopathologique de K. Jaspers. *L'Evolution psychiatrique*, xxvii, 459-499.
- Larsen, R. R., Maschião, L. F., Piedade, V. L., Messas, G., & Hastings, J. (2022). More phenomenology in psychiatry? Applied ontology as a method towards integration. *Lancet Psychiatry* 9 (9):751-758. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00156-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00156-0)
- Lopes, M.V., & Messas, G. (2023). Towards a phenomenological approach to

- psychopharmacology: drug-centered model and epistemic empowerment. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 24, 1061–1078. <https://doi.org/10.1007/s11097-023-09921-2>
- Merleau-Ponty, M. (1968). *The Visible and the Invisible*. Evanston: Northwestern University Press.
- Messas, G. (2021). The existential structure of substance disorders. *A psychopathological study*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-62724-9>
- Messas, G. (2023). How and why psychiatry still needs Karl Jaspers: a dialectical account. *Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental*, 26, e230312. <https://doi.org/10.1590/1415-4714.e230312>
- Messas, G., & Brencio, F. (2024). Topography of depressive experiences. A dialectic approach. *Journal of affective disorders*, 369, 986-994 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.10.064>
- Messas, G., & Fulford, B. K. W. M. (2021). Three dialectics of disorder: refocusing phenomenology for 21st century psychiatry. *Lancet Psychiatry*. 8(10):855-857. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00357-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00357-6)
- Messas, G., Stanghellini, G., & Fulford, B. K. W. M. (2023). Phenomenology yesterday, today, and tomorrow: a proposed phenomenological response to the double challenges of contemporary recovery-oriented person-centered mental health care. *Frontiers in Psychology* 14:1240095. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1240095>
- Messas, G., & Tamelini, M. (2018). The pragmatic value of notions of dialectics and essence in phenomenological psychiatry and psychopathology. *Thaumazein. Rivista di filosofia*. v. 6. 93-115. <https://doi.org/10.13136/thau.v6i0.94>
- Messas, G., Tamelini, M., & Cutting, J. (2017). A meta-analysis of the core essence of psychopathological entities: an historical exercise in phenomenological psychiatry. *History of psychiatry*, 28(4), 473–481. <https://doi.org/10.1177/0957154X17715414>
- Morley, J. (2002). Phenomenological and biological psychiatry: Complementary or mutual? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 9 (1):87–90 <https://doi.org/10.1353/ppp.2003.0012>
- Nielsen, K. M. (2022). Own-world and Common World in Schizophrenia: Towards a Theory of Anthropological Proportions. *Phenomenology and the Cognitive Sciences* 23, 903–923. <https://doi.org/10.1007/s11097-022-09852-4>
- Putnam, H. (1987). *The Many Faces of Realism*. LaSalle, IL: Open Court.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and Philosophy: An Essay on Interpretation*. New Haven: Yale University Press.
- Ritunnano, R. et al. (2022). Subjective experience and meaning of delusions in psychosis: a systematic review and qualitative evidence synthesis. *Lancet Psychiatry* 9(6):458-476. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00104-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00104-3)

- Stanghellini, G., & Ballerini, M. (2007). Values in persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 33 (1): 131–41. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl036>
- Stanghellini, G., & Fuchs, T. (2013). *One century of Karl Jaspers' general psychopathology*. Oxford University Press.
- Stanghellini, G., Broome, M., Fernandez, A. V., Fusar-Poli, P., Raballo, A., & Rosfort, R. (2019). *Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford, Oxford University Press
- Tamelini, M., & Messas, G. (2016). On the phenomenology of delusion: the revelation of its aprioristic structures and the consequences for clinical practice. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* 5(1):1-21 <https://doi.org/10.37067/rpfc.v5i1.985>
- Volkow, N. D., Gordon, J. A., & Koob, G. F. (2021). Choosing appropriate language to reduce the stigma around mental illness and substance use disorders. *Neuropsychopharmacology* 46, 2230–2232. <https://doi.org/10.1038/s41386-021-01069-4>
- World Health Organization. (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Geneva: World Health Organization
- Wyrsh, J. (1949). *Die Person des Schizophrenen: Studien zur Klinik, Psychologie, Daseinsweise*. Berna: Paul Haupt.