

Por uma ética, uma crítica e uma clínica do inútil na Psicopatologia Fenomenológica

Jérôme Englebert

Resumo

Este artigo propõe o desenvolvimento de uma ética, uma crítica e uma clínica do inútil no campo da Psicopatologia Fenomenológica, com ênfase na abordagem terapêutica da esquizofrenia. Parte-se da constatação paradoxal de que a principal estratégia terapêutica amplamente empregada, a verbalização narrativa da experiência, é estruturalmente sobreponível ao sintoma cardinal da esquizofrenia, a hiperreflexividade, compreendida como a tendência do sujeito de interrogar reflexivamente fenômenos que deveriam ser vividos de modo tácito e pré reflexivo. Examina-se, nesse contexto, as contribuições e limitações das escalas fenomenológicas EASE e EAWE, apontando que tais instrumentos pressupõem uma correlação entre experiência vivida e sua verbalização que nem sempre se verifica na clínica esquizofrênica. Introduce-se, em seguida, o conceito de self territorial como dimensão intermediária entre o self mínimo e o self narrativo, argumentando que é precisamente esse nível, o do vivido espontâneo, corporificado e relacional, que se encontra perturbado na esquizofrenia e permanece subrepresentado nas abordagens terapêuticas convencionais. A partir dessa análise, defende-se que uma clínica do inútil, constituída por práticas informais e aparentemente destituídas de finalidade terapêutica explícita, como mediações artísticas, interação com animais, o humor e o simples caminhar, pode configurar um engajamento ético mais profundo com o paciente esquizofrênico. Sustenta-se que experimentar o inútil é, paradoxalmente, o que há de mais difícil e de mais necessário na clínica contemporânea. Conclui-se com a proposição de uma walking cure como complemento à talking cure freudiana, afirmando o valor terapêutico da espontaneidade, do passeio e do direito de se perder como condições de possibilidade para o reencontro do sujeito esquizofrênico com a experiência pré-reflexiva da existência.

Palavras-chave: esquizofrenia; psicopatologia fenomenológica; ética do inútil; self territorial; hiperreflexividade.

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 (2):2744

Published Online

08 de agosto de 2026

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i2.1317>

Jérôme Englebert

Doutorador em Psicologia. É professor nas universidades de Bruxelas e Leuven, na Bélgica. Leciona diversas disciplinas nas áreas de psicopatologia, criminologia clínica e filosofia.

Contato: jerome.engagebert@ulb.be

Pour une éthique, une critique et une clinique de l'inutile en psychopathologie phénoménologie

Jérôme Englebert

Résumé

Cet article propose le développement d'une éthique, d'une critique et d'une clinique de l'inutile dans le champ de la psychopathologie phénoménologique, avec un accent particulier sur l'approche thérapeutique de la schizophrénie. Il part du constat paradoxal selon lequel la principale stratégie thérapeutique largement employée, la verbalisation narrative de l'expérience, est structurellement superposable au symptôme cardinal de la schizophrénie, l'hyperréflexivité, comprise comme la tendance du sujet à interroger de manière réflexive des phénomènes qui devraient être vécus de façon tacite et préréflexive. Dans ce contexte, les contributions et les limites des échelles phénoménologiques EASE et EAW sont examinées, en soulignant que ces instruments présupposent une corrélation entre l'expérience vécue et sa verbalisation, corrélation qui ne se vérifie pas toujours dans la clinique de la schizophrénie. Le concept de self territorial est ensuite introduit comme dimension intermédiaire entre le self minimal et le self narratif, en soutenant que c'est précisément ce niveau, celui du vécu spontané, incarné et relationnel, qui est perturbé dans la schizophrénie et demeure sous-représenté dans les approches thérapeutiques conventionnelles. À partir de cette analyse, il est défendu qu'une clinique de l'inutile, constituée de pratiques informelles et apparemment dépourvues de finalité thérapeutique explicite, telles que les médiations artistiques, l'interaction avec les animaux, l'humour et la simple marche, peut configurer un engagement éthique plus profond avec le patient schizophrène. Il est soutenu que faire l'expérience de l'inutile est, paradoxalement, ce qu'il y a de plus difficile et de plus nécessaire dans la clinique contemporaine. La conclusion propose une walking cure comme complément à la talking cure freudienne, en affirmant la valeur thérapeutique de la spontanéité, de la promenade et du droit de se perdre comme conditions de possibilité du rétablissement du sujet schizophrène dans l'expérience préréflexive de l'existence.

Mots-clés: Schizophrénie; psychopathologie phénoménologique; éthique de l'inutile; self territorial; hyperréflexivité.

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 (2):2744

Published Online

08 de agosto de 2026

<https://doi.org/10.37067/rpfc.v15i2.1317>

Jérôme Englebert

Doutorador em Psicologia. É professor nas universidades de Bruxelas e Leuven, na Bélgica. Leciona diversas disciplinas nas áreas de psicopatologia, criminologia clínica e filosofia.

Contato: jerome.englebert@ulb.be

« [...] l'humain est une passion inutile »

Jean-Paul Sartre, 1943,

L'être et le néant, p. 662

Introdução¹

A clínica da esquizofrenia interroga uma dimensão essencial das escolhas e decisões no processo clínico, especialmente no que concerne à verbalização narrativa a respeito do vivido. Classicamente, considera-se que um encontro intersubjetivo em torno da experiência profunda constitui um momento que pode ser decisivo para as pessoas (sejam elas portadoras de sofrimento mental ou não). Esse aspecto da terapia (certamente influenciado pela psicanálise freudiana) permite desvelar o mundo no qual o sujeito se exprime, sugerindo implicitamente que o mundo, uma vez desvelado, torna-se então mais viável. Esse ganho terapêutico é alcançado por um ato relacional, coletivo, por um discurso coconstruído entre o sujeito e o terapeuta.

Dito isso, as pessoas em sofrimento frequentemente recorrem excessivamente à parte narrativa do self, e está agora claramente estabelecido que isso ocorre particularmente na esquizofrenia, a partir do célebre fenômeno da hiperreflexividade (Sass, 2014; Sass & Feyaerts, 2024; Englebert et al., 2018). Nesse sentido, gostaria de discutir hoje a constatação de que a principal solução terapêutica – o discurso sobre a experiência – é superponível ao sintoma cardinal do transtorno da esquizofrenia – o discurso sobre a experiência (embora haja, evidentemente, nuances a serem feitas a essa constatação). Interrogarei as repercussões éticas e clínicas de tal constatação.

Gostaria de sugerir que uma via terapêutica coerente e pertinente, para os pacientes esquizofrênicos que se encontram em uma relação de interrogação com a existência (Englebert, 2022), consiste em ajudá-los a participar menos de uma reflexão técnica sobre os vividos. O objetivo é, então, propor sequências que permitam às pessoas esquizofrênicas reencontrar a despreocupação da vida, a ingenuidade e a espontaneidade de um vivido que, enfim, deixa de se questionar. Tratar-se-á de encontrar aquilo que chamarei de uma “ética do inútil”.

¹ Artigo traduzido e revisado do original francês para o português por Lucas Bloc (Universidade de Fortaleza) e Gabriel Huet (Universidade de Fortaleza).

Esse gesto clínico repousa sobre a particularidade de que, embora seja intrinsecamente terapêutico, ele se produz sem um objetivo terapêutico subjacente. Nesse contexto, evocarei diversas situações clínicas que evidenciam os numerosos momentos informais entre um terapeuta e seu paciente, nos quais o terapeuta poderia dar a entender que não está realizando seu trabalho, quando, na verdade, provavelmente se encontra no engajamento ético mais profundo da experiência clínica.

Contribuições contemporâneas da psicopatologia fenomenológica e seu recurso à narratividade e ao discurso

Uma forma produtiva e hoje reconhecida de abordar a clínica esquizofrênica sob uma perspectiva fenomenológica consiste em utilizar as escalas EASE (Exame das Anomalias Subjetivas da Experiência) (Parnas et al., 2005) e EAWE (Exame das Anomalias da Experiência do Mundo) (Sass et al., 2017). Centradas na perspectiva em primeira pessoa, essas duas escalas são instrumentos fundamentados no relato produzido pelo sujeito a propósito de sua experiência (não detalharei aqui esses dois instrumentos amplamente conhecidos). A pontuação e a interpretação dos diferentes itens baseiam-se nas descrições da experiência do sujeito. Se essa abordagem é preciosa, e se a dimensão narrativa ocupa um lugar fundamental na compreensão do funcionamento do sujeito, é evidente que não se trata da única fonte de informações acerca das maneiras concretas pelas quais uma pessoa entra em contato com seu interlocutor e com seu ambiente. A dimensão não verbal, as interações corporais e as formas de interação relacional são, todas elas, indícios decisivos da subjetividade e da experiência. A abordagem clínica é, de fato, geralmente enriquecida por uma análise minuciosa dessa dimensão essencial da experiência tácita e prática do sujeito, revelando informações que têm pelo menos tanto valor (mas, a priori, de grau diferente) quanto o discurso em primeira pessoa.

A contribuição incontestável das escalas EASE e EAWE encontra também uma importante dificuldade metodológica, em razão do fato de que ambas situam sua intervenção no nível da dimensão narrativa e do discurso do sujeito. Essas duas escalas repousam sobre a hipótese implícita de que há uma correlação suficientemente elevada entre aquilo que a pessoa vive e aquilo que pensa e exprime a propósito desse vivido — sendo essas duas dimensões não estritamente

sobreponíveis. É, com efeito, razoável pensar que uma pessoa jamais verbaliza de maneira perfeitamente fiel aquilo que resulta de sua atividade ideacional, assim como sua atividade reflexiva não é estritamente sobreponível à complexidade da experiência vivida. Além disso, e voltarei a abordar isso, essas escalas também se baseiam na hipótese convincente de que essa verbalização traz um efeito benéfico para o paciente ou, pelo menos, que a troca e a interação entre ele e o clínico são suscetíveis de favorecer seu tratamento (nem que seja apenas porque se inicia um diálogo comum sobre a experiência vivida com pacientes que muitas vezes se encontram em ruptura nesse aspecto).

Em outros trabalhos realizados, nomeadamente com Louis Sass (Englebert et al., 2019), destacamos e discutimos as contribuições das escalas EASE e EAWE, bem como as limitações inerentes à perspectiva em primeira pessoa. Sugerimos neste trabalho que a inclusão de uma dimensão de observação relativa aos itens dessas escalas permitiria melhorar a compreensão global da pessoa, fornecendo uma visão não apenas do relato experiencial do paciente, mas também da experiência vivida do espaço e da interação social ou comportamental. Nesse contexto, parece razoável supor que um dos desafios da psicopatologia fenomenológica consiste em integrar a observação clínica aos estudos centrados na perspectiva em primeira pessoa (Baiausu & Messas, 2024; Pienkos & Messas, 2018; Pienkos et al., 2023). A experiência de “perda do senso comum” (que é um item central da escala EASE) se encaixa perfeitamente nessa reflexão. É comum (para não dizer sistemático) destacar o papel central que essa experiência ocupa na vida das pessoas com esquizofrenia (Stanghellini, 2004). Esta pode ser verbalizada e descrita pelo paciente (*“Tenho dificuldade em compreender os outros, em saber como me comportar em sua presença”; “As regras sociais são um problema para mim, pois, se não são claramente verbalizadas, eu não as percebo”; “Nunca sei como me posicionar adequadamente quando estou diante de alguém, tenho dificuldade com as distâncias esperadas”* [material clínico extraído de Englebert e Valentiny, 2017]), mas a perda do senso comum é frequentemente vivida de forma prioritária na relação que une o clínico ao paciente. Mesmo que não se manifeste no conteúdo do seu discurso, ela pode, no entanto, aparecer na forma deste. Aliás, não é raro que um sujeito, quando questionado sobre a presença desse item em sua experiência, responda negativamente, enquanto o clínico observa, por meio da forma e da coerência do discurso e nas dificuldades de ajustamento relacional que o sujeito

manifesta com seu interlocutor, a presença muito provável desse transtorno.

Esse desenvolvimento faz eco às dificuldades de utilização dessas escalas assinaladas na literatura (Nordgaard & Parnas, 2012; Nordgaard et al., 2012; Pienkos & Sass, 2018; Englebert & Cermolacce, 2024; Delcourt, 2024), fundadas no fato de que as experiências que elas visam são difíceis de articular, não tendo, na maior parte do tempo, sido anteriormente traduzidas em palavras. : “Uma razão importante para isso reside no fato de que muitas dessas experiências são de natureza pré-reflexiva. Elas não constituem objeto de uma atenção tematizada, mas configuram antes o pano de fundo geral da consciência.” (Parnas et al. 2005, p. 122). A expressão verbal dessas experiências próximas do “indizível” exige, portanto, uma certa capacidade de uso da linguagem e de articulação do discurso em torno do próprio vivido. Em uma pesquisa dedicada às anomalias da experiência do mundo na esquizofrenia, Elisabeth Pienkos observa uma “Gestalt” subjacente à esquizofrenia, a qual denomina “*Unmooring of the World*” (*Desenraizamento do Mundo*)(Pienkos, 2014) que significa a perda da “ancoragem” no senso comum. A autora precisa que seja possível que esse “desamarramento” esteja presente nos sujeitos de seu estudo, na forma de suas respostas e não no conteúdo delas. Ela explica esse fenômeno do seguinte modo: “Sem um conhecimento implícito, relativo ao senso comum, acerca do que corresponde a uma experiência ordinária e do que poderia ser incomum ou estranho, um sujeito pode encontrar-se na incapacidade de catalogar ou de discutir experiências particularmente incomuns” (Pienkos, p. 31).

Essa observação reforça a hipótese de uma dificuldade de identificação de experiências que são, por natureza, pré-reflexivas e, por conseguinte, pouco acessíveis a uma formulação em primeira pessoa. É interessante interrogar-se, para além das contribuições à pesquisa e do aporte ao conhecimento da subjetividade esquizofrênica, acerca do benefício para o paciente decorrente da administração da escala EASE (Englebert & Cermolacce, 2024). Desse ponto de vista, é frequente ouvir pessoas que sofrem de esquizofrenia relatarem, após uma entrevista EASE, que jamais haviam sido interrogadas sobre esses aspectos, os quais consideram, contudo, muito importantes, e evocarem um alívio ao saber que não estão sozinhas em viver tais experiências e que estas já foram descritas por outras pessoas :

Isso me fez bem, é bom falar assim; sabe, suas perguntas não são estranhas. Enfim, não para mim. Na verdade, nunca me perguntaram essas coisas. Isso me ajuda porque as perguntas que você se faz, eu também me faço.

Eu não sou esquizofrênico, sempre estive convencido disso... Mas aquilo de que você me fala

por meio de suas perguntas, essa perda da evidência e essa hiperatenção às coisas do mundo, a grande sensibilidade de que falamos, corresponde ao que vivo. Se é isso a esquizofrenia, estou disposto a voltar a discutir o assunto. [material clínico extraído de Englebert e Valenty, 2017].

Para o clínico, estar familiarizado com esses aspectos significativos da experiência do paciente fortalece a relação terapêutica e permite que os dois protagonistas, vinculados por essa entrevista, construam em conjunto um conhecimento sobre a vivência esquizofrênica. Contudo, é razoável sugerir que, para além de possibilitar a descoberta de diferentes sutilezas experienciais, a EASE permite, de modo mais fundamental, ao clínico mostrar ao sujeito que sofre de esquizofrenia que ele é capaz de compreendê-lo, que dispõe de instrumentos para encontrar o grau de complexidade de sua existência, que seu vivido pode ser apreendido por outrem e que isso já foi realizado com outros pacientes. Minha reflexão não tem, portanto, por objetivo colocar em causa a perspectiva em primeira pessoa nem a dimensão essencial de um auxílio à descrição das anomalias do vivido, centrais na esquizofrenia. O objetivo consiste em recordar a presença de uma dimensão indizível desse vivido e os hiatos entre linguagem, observação e experiências (a do sujeito esquizofrênico e a do clínico). Nesse contexto, uma abordagem fenomenológica completa deve integrar essa dimensão que eu qualificaria como etológica e pré-verbal que, embora importante, escapa, de fato, ao discurso e à autodescrição dos vividos.

O “self² territorial

As reflexões e debates contemporâneos sobre a noção de *self* encontram-se polarizados em torno de duas formas específicas: o self mínimo e o self narrativo, que se podem definir da seguinte maneira:

1. O self mínimo corresponde ao sentimento de si em sua dimensão implícita, não conceitual e primitiva. Atribui-se geralmente ao *minimal self* a competência de agência (*agency*), que permite ao sujeito sentir-se autor de suas ações, e a ipseidade de pertença (*ownership* ou *sense of mineness*), que indica a capacidade de o sujeito conceber suas experiências (sensações, ações, pensamentos) como suas (Gallagher,

² NT: optou-se por utilizar na versão em português o termo “self” como tradução da palavra “soi”. Ainda que o autor utilize, por vezes, as palavras “soi” e “self”, entende-se que o uso do termo self se alinha mais diretamente com as concepções utilizadas na tradição anglófona da Psicopatologia Fenomenológica e com as discussões acerca da esquizofrenia como transtorno do self.

2000; Gallagher & Zahavi, 2012; De Haan & De Bruin, 2010).

2. O self narrativo, por sua vez, consiste na capacidade atualizada de se referir a si mesmo e de dirigir sua atenção reflexiva a certos aspectos de sua própria vida mental e de sua subjetividade. Trata-se da parte da experiência subjetiva que implica o campo autobiográfico da pessoa e se apoia, na esteira dos trabalhos de Paul Ricœur, na ideia de que a consciência biográfica, ao mesmo tempo em que difunde sua identidade, simultaneamente a inventa e a cria (Ricœur, 1985).

É, contudo, evidente observar um hiato entre o self mínimo e o self narrativo, de modo que jamais há uma perfeita sintonia entre a experiência e o vivido, de um lado, e o discurso sobre eles, de outro. Um hiato, e sem dúvida uma espécie de atraso, faz com que a apropriação languageira e narrativa da experiência suponha um ato de mediação que implica uma distância temporal em relação ao vivido pré-reflexivo, do qual é razoável postular uma maior instantaneidade. As dimensões mínima e narrativa são facetas distintas de um mesmo self e apresentam um grau de complementaridade organizada. A presença de um nível mínimo de consciência de si deve ser considerada como uma condição de possibilidade para o surgimento de um self narrativo; este último é, em outros termos, fundado no primeiro, embora, na experiência ordinária, ambos estejam geralmente integrados entre si.

Minha hipótese (Englebert, 2022) é a de que a experiência de si, para ser descrita de modo completo, deve integrar uma dimensão intermediária que eu qualificaria como territorial, ética e ecológica. De fato, parece simplista pensar que a experiência subjetiva possa se resumir a dois pólos extremos: um pólo pré-reflexivo, que consiste na dimensão mínima da experiência consciente, e um pólo reflexivo de um sujeito que contemplaria e comentaria, por meio de suas capacidades discursivas e linguísticas, seu vivido e suas experiências. Parece-me pertinente conceber uma terceira polaridade do self: esta se forma através da experiência, no encontro com os lugares e com os outros (o que Deleuze e Guattari (1980) chamam de territorialização). Essa faceta do self também é pré-conceitual, mas não é tão primitiva quanto o self mínimo. É pré-narrativa, mas inscreve o sujeito na história social. O “self territorial” é aquele do vivido e da experiência de vida. Ele corresponde à maneira de ser do indivíduo, aos seus estilos de existência, ao seu caráter e aos seus hábitos: a minha maneira de interagir com os outros em um espaço comum, se

é uma experiência de si plena e completa, não se reduz às dimensões mínimas e narrativas desse self.

O self territorial trata do ser que se revela por meio da experiência que faz do mundo e da prática da vida, por meio de sua conduta e de suas ações em um determinado ambiente. Trata-se da maneira ética de ser você mesmo, através do estilo e das formas de se mover, de se expressar, de agir e reagir, de se emocionar e de sentir. Essa configuração experiencial, prática e relacional é sucessiva à experiência mínima do self e anterior à sua transformação em discurso da identidade narrativa. O sujeito territorial é menos aquele que enuncia ser do que aquele que se engaja na existência e nas trocas sociais e intercorporais; ele é aquele que age, vive e territorializa com entusiasmo, despreocupação e espontaneidade.

A experiência do self na esquizofrenia

Nos trabalhos contemporâneos, considera-se a esquizofrenia como um transtorno do self, e o modelo mais comumente aceito é o da *Ipseity-Disturbance Model* (IDM), de Louis Sass e Josef Parnas, sugerindo que a pessoa esquizofrênica apresenta um transtorno do self mínimo (Sass & Parnas, 2003; Sass, 2013; Sass & Feyaerts, 2024). Esse transtorno da ipseidade, articulando dados clínicos e argumentos teóricos sofisticados, baseia-se em anomalias da experiência de si e se enuncia em três facetas interdependentes:

1. A *hiperreflexividade*, que se refere a uma consciência de si exagerada e a uma tendência de dirigir a atenção para fenômenos ou processos que normalmente deveriam ser habitados ou vividos de maneira tácita.
2. O *sentimento de self diminuído*, que se refere a um declínio na experiência do sentimento de existir enquanto sujeito consciente ou agente de suas ações. Essa conexão íntima do sujeito consigo mesmo é vivida de forma reduzida, podendo inclusive ser considerada como tendo desaparecido.
3. A esses dois aspectos soma-se uma *perturbação da aderência e do enraizamento no mundo social*. Trata-se, sem dúvida, da faceta mais

difícil de objetivar e de verbalizar para o sujeito esquizofrênico.

Se retomarmos cada uma dessas três modalidades do transtorno do self na esquizofrenia e observarmos como elas se distribuem na experiência das três formas de self (a saber, self mínimo, self territorial e self narrativo), constata-se que (ver tabela 1):

1. A hiperreflexividade consiste provavelmente na interrogação reflexiva e narrativa de fenômenos pré-reflexivos oriundos do self mínimo, mas também do self territorial; essa primeira faceta convoca, portanto, as três facetas do self.
2. O sentimento de diminuição do self convoca prioritariamente o self mínimo, considerando-se, contudo, que tais transtornos são verbalizados e, portanto, implicam também uma mobilização secundária do self narrativo.
3. A perturbação da aderência e do enraizamento no mundo social inscreve-se, sobretudo, como um transtorno do self territorial, embora também seja verbalizada por meio do self narrativo.

Tabela 1. (publicado em Englebert, 2022)

Três facetas do <i>Ipseity-Disturbance Model</i>	1/ Hiperreflexividade		2/ Sentimento de self diminuído	3/ Perturbação da aderência e do enraizamento no mundo
	Self narrativo		Self mínimo	Self territorial
Convocação das três formas do self	interroga :		(verbalizado via o self narrativo)	(verbalizado via o self narrativo)
	- Self mínimo			
	- Self territorial			

É interessante constatar que o fenômeno mais facilmente verbalizável (e muito frequentemente expresso) é o da *hiperreflexividade* (ao interrogar fenômenos geralmente pré-reflexivos, esse fenômeno situa-se, contudo, claramente no registro reflexivo). O *sentimento de self diminuído* situa-se em um nível intermediário, pois convoca fenômenos pré-reflexivos, mas o sujeito esquizofrênico frequentemente

exprime essa experiência, no entanto, com maiores dificuldades para encontrar as palavras que signifiquem adequadamente seu sentir. Por fim, a *perturbação na aderência ao mundo*, dimensão pré-reflexiva da relação com o mundo, é sem dúvida a faceta mais difícil de expressar, marcando um limite das possibilidades oferecidas pela linguagem para exprimir uma anomalia da experiência que é, em grande medida, indizível. Pode-se sugerir que essa terceira faceta é a mais difícil de verbalizar porque é vivida pelo sujeito como a característica mais dependente do mundo exterior, ao passo que as duas primeiras facetas, embora lidem com o pré-reflexivo, dizem respeito a uma experiência a priori mais interna ao sujeito e, ainda que o sujeito se sinta dela privado, ele provavelmente conserva uma lembrança mais precisa dessas modalidades experienciais mais pessoais e internas.

Esses paradoxos colocam mais uma vez em evidência esse hiato entre o discurso sobre a experiência e a experiência enquanto tal. Eles evocam uma dupla polaridade ou, melhor ainda, a hipótese de dois mundos ou dois universos. Isso se aproxima do que Parnas e colaboradores chamaram de “*dupla contabilidade*” (*double bookkeeping*) (Parnas & Henriksen, 2016; Parnas et al., 2021; Sass, 2014). Não posso desenvolver aqui com nuance esse argumento, mas pode-se reter que a pessoa esquizofrênica se encontra fora da situação mundana, cujas características são a espontaneidade da experiência, um vivido prioritariamente pré-reflexivo e um ajustamento com o outro, nunca perturbado (o que talvez se pudesse chamar de “transtorno do self territorial”). A interrogação hiperreflexiva do mundo impede o sujeito de nele se expressar:

Sentimos em um mundo, pensamos, nomeamos em outro, podemos entre os dois estabelecer uma concordância, mas não preencher o intervalo (Proust, 1944, p. 50).

Consequências para uma ética e uma clínica do inútil

Essas contribuições teóricas têm consequências importantes para o encontro clínico e para a experiência psicoterapêutica. Elas permitem analisar o recurso ao discurso como dimensão do cuidado do paciente esquizofrênico. Insisto no fato de que preservar uma dimensão narrativa, que consiste em propor ao sujeito que verbalize seu vivido e integre esse sentimento à sua biografia, permanece, certamente, um dos pilares da ação terapêutica de inspiração fenomenológica. Um encontro intersubjetivo em torno de uma experiência profunda, cuidadosamente desenvolvida, é, evidentemente, um momento que pode ser decisivo para as

peessoas com esquizofrenia que, muitas vezes, se sentem incompreendidas. É, sem dúvida, a Freud e à psicanálise que se deve essa dimensão discursiva da psicoterapia, frequentemente chamada, na esteira desse autor, de “*talking cure*”. Observa-se que essas dimensões terapêuticas convocam o self narrativo e contribuem para a reconstrução do vivido e da experiência por meio da mediação da linguagem. Esse aspecto da terapia tem como objetivo compreender o sujeito e permitir desvelar, em sua companhia, o mundo no qual ele se expressa; o mundo, uma vez desvelado, torna-se então mais habitável. Pode-se razoavelmente pensar que, se o sujeito é melhor compreendido, e se essa compreensão é fruto de uma cumplicidade com o terapeuta, o sujeito esquizofrênico viverá de modo menos perturbado a anomalia de suas experiências: compreender a existência permite melhor existir, e o próprio do encontro clínico é que esse ganho é obtido por um ato relacional coconstruído e por um discurso enunciado em várias vozes.

Mas a reflexão sobre o self territorial que propus aqui permite introduzir uma dimensão suplementar, tornando mais sofisticada (e, sem dúvida, mais próxima do que é efetivamente praticado nas instituições terapêuticas) a experiência terapêutica com o paciente esquizofrênico. Se tomarmos a hipótese da hiperreflexividade como sintoma cardinal da esquizofrenia a sério, devemos então observar que é paradoxal constatar que a perspectiva narrativa em primeira pessoa consiste em suscitar uma introspecção que lhe é em parte sobreponível. Evidentemente, o fato dessa atividade ocorrer no contexto de uma relação com o terapeuta torna essa experiência de natureza claramente distinta do ato hiperreflexivo, que se caracteriza por sua dimensão solipsista. Todavia, é perturbador constatar que a principal solução terapêutica — isto é, o discurso a respeito de fenômenos pré-reflexivos — é sobreponível ao sintoma cardinal do transtorno esquizofrênico, que é precisamente a tendência a interrogar, de modo reflexivo, fenômenos implícitos e normalmente tácitos.

A própria natureza da experiência esquizofrênica parece sugerir que uma via terapêutica complementar, para pacientes que interrogam a vida em vez de vivê-la (pensemos em Proust), consiste em ajudá-los a participar *menos* de uma abordagem técnica do conhecimento da experiência e em encontrá-los no nível do pré-reflexivo. Tratar-se-ia de propor sequências que lhes permitissem reencontrar a despreocupação da vida, a ingenuidade de uma experiência em primeira pessoa que então consegue deixar de se questionar.

Convocar o self territorial na prática clínica da esquizofrenia é, de fato, para muitos — senão para a totalidade — dos terapeutas, uma evidência. Os terapeutas sabem que, antes de qualquer forma de diálogo, o essencial da terapia é construir uma interação, uma capacidade de partilhar um senso comum, de percorrer um território partilhado. Encontrar o pré-reflexivo, sem a mediação da linguagem, é, sem dúvida, um ato capital da terapia. Esse encontro passa naturalmente pelo corpo e convoca o self territorial. A particularidade desses atos é que, embora sejam intrinsecamente terapêuticos, eles são paradoxalmente produzidos sem um objetivo terapêutico. Trata-se da condição paradoxal de uma abordagem terapêutica dirigida ao self territorial e à dimensão relacional e despreocupada da experiência de si. Nesses casos, o clínico não sabe por que está fazendo o que faz. E, quando não sabe por que diz ou faz algo, quando não aplica uma técnica nem responde às normas de um protocolo, ele então consegue entrar em relação com esse ser misterioso à sua frente. Com seu paciente, ele pratica a vida, em vez de pensá-la.

Diante das propostas, por vezes bastante normativas, dos programas psicoterapêuticos para pessoas esquizofrênicas, baseadas na aplicação de protocolos e *guidelines* para orientar a tomada de decisão, é, sem dúvida, também essencial descentrar-se da atitude estritamente reflexiva para evidenciar práticas inúteis, isto é, anedóticas, originais, risíveis e, por vezes, folclóricas dos clínicos. Essa personalização dos cuidados, incalculável e imprevisível, considera cada clínico como um ser singular e assume que cada terapeuta encontrará um paciente à sua maneira, de modo que essa forma de encontro não será a mesma de uma pessoa para outra.

Enquadram-se nessa categoria de mediações pré-reflexivas: as práticas artísticas — a dança (Sheets-Johnstone, 2012; Xia & Grant, 2009), o teatro, a expressão corporal (Martin et al., 2016) —, o recurso ao humor, as terapias com o mundo animal como mediador (Servais, 2016), mas também os numerosos momentos informais entre um terapeuta e seu paciente — aqueles momentos em que o terapeuta poderia dar a entender que não está realizando seu trabalho, quando talvez esteja no mais profundo dele, em seu engajamento ético mais sutil. Detenho-me por alguns instantes nas terapias que convocam o mundo animal, pois elas me parecem particularmente pertinentes para este propósito. Com efeito, sabe-se que a introdução de animais nas sequências clínicas (sejam cavalos, animais de companhia, galinhas, golfinhos e até peixes dourados) produz efeitos terapêuticos

absolutamente surpreendentes (tanto para patologias graves como a esquizofrenia quanto para transtornos mais leves). Entretanto, é difícil dizer por que isso funciona. Sem ter uma resposta completa para essa questão, parece-me que é precisamente porque o animal não atua como terapeuta nem busca ocupar essa função. Seu gênio terapêutico consiste justamente em não tentar sê-lo, oferecendo, assim, o luxo de um verdadeiro encontro intersubjetivo, livre de técnicas e de padronizações protocolares. Um terapeuta sem saber (nos dois sentidos que essa proposição sugere: um terapeuta que consegue ir além do seu saber, mas também um terapeuta que não está ciente de que o é...).

É claro que não se trata de abandonar toda forma de narratividade nem de abandonar todas as técnicas terapêuticas, mas sim de ser capaz de se anular (como sugeriria uma atitude terapêutica influenciada por Sartre) e de experimentar e tolerar a própria inutilidade, que talvez seja, como sugere Heidegger, o que há de *mais difícil para o ser humano de hoje*. Cito-o nos Seminários de Zollikon (1963): “O que é mais útil é o inútil. Mas experimentar o inútil continua sendo, para o ser humano de hoje, o que há de mais difícil” (p. 70). Sugeriria que se trata aí de um dos objetivos essenciais da experiência terapêutica com pessoas esquizofrênicas (e certamente para além disso). A experiência terapêutica é, a meu ver, frequentemente complicada por técnicas ou protocolos que funcionam como mapas imaginários equivocados, dando ao terapeuta a impressão (errada) de saber onde se encontra no processo terapêutico. Como diz o filósofo alemão E.F. Schumacher em *Small is Beautiful* (1973):

Aquele que utiliza um mapa imaginário pensando tratar-se de um mapa real provavelmente se encontrará numa situação ainda menos favorável do que outro que não tivesse mapa algum, pois deixará de se informar sempre que possível, de observar cada detalhe do seu caminho e de procurar continuamente, com todos os seus sentidos e toda a sua inteligência, indícios que apontem na direção para onde deveria ir.

Talvez, em vez de se orientar por meio de técnicas protocolares, seja mais adequado confiar nas intuições e na condução espontânea do paciente e do terapeuta. Na verdade, trata-se desses numerosos momentos informais e inevitáveis entre esses protagonistas. Momentos nos quais o terapeuta poderia dar a entender que não está realizando seu trabalho e que são talvez aqueles em que ele se encontra no mais profundo dele, em seu engajamento ético mais sutil. Seria quase necessário “programar o acaso”, como propõe o psiquiatra francês Jean Oury (2014), no sentido de buscar a espontaneidade e a despreocupação da experiência.

Pequena anedota da minha clínica pessoal:

Jean-François entra em um local onde me encontro com vários membros da equipe com uma bela cesta de frutas que acabara de comprar. Ele diz: *“não quero mais essas frutas. Elas me querem mal... As frutas falam mal de mim”*. Um colega grita com ele: *“Jean-François, chega um pouco com esses delírios”*. Sem saber muito bem por quê, pego a cesta das mãos de Jean-François. Pego uma banana e digo: *“Escuta bem, agora acabou, vocês parem de incomodar o meu amigo Jean-François”*. Pego uma maçã: *“Você também acabou, e isso vale para todas as outras... só vou dizer uma vez: vocês deixam o Jean-François em paz”*. Em seguida me viro para Jean-François: *“Pronto, Jean-François, acho que agora vai ficar tudo bem”*. Jean-François me olha: *“Ah... nessas condições, vai dar certo... obrigado!”* e Jean-François se foi.

O clínico, aqui, busca prioritariamente interagir com seu paciente. Ele não aplica nenhum protocolo. Ele constrói condições favoráveis à possibilidade de reencontrar a experiência espontânea. Notemos o que Bari, paciente esquizofrênico, diz quando interrogado sobre a hiperreflexividade no contexto de uma entrevista EASE:

Eu me pergunto coisas como... uma palavra, por exemplo, a maneira como se compõe uma palavra, como é que fazemos palavras assim, por que são essas palavras e não outras. (...) Às vezes, fico como que preso nas perguntas, já não ouço mais os outros. (...) Depois eu ando na rua, eu ando, e fico nas perguntas. *Isso me faz falta. Simplesmente passear sem me preocupar com nada.*

E se Bari nos estivesse dando a chave do que pode ajudá-lo? Terminemos com uma proposição ainda mais precisa de Jean-François (o mesmo da cesta de frutas), que parece ter as mesmas expectativas que Bari. Jean-François está no meu consultório... Ele me propõe sair para caminhar com ele. Ele me diz esta frase incrível: *“Desde que estou aqui, perdi o direito de me perder”*. E, no fundo, ele tem razão; trata-se de uma condição inesperada do internamento psiquiátrico: com frequência excessiva, nele se perde toda espontaneidade, toda despreocupação, até mesmo a de se perder. Minha proposta final será seguir os conselhos de Jean-François e, além da “talking cure” de Freud, praticar a “walking cure” de Jean-François. Trata-se, portanto, de um convite ao passeio como ato terapêutico e à possibilidade de se perder (no sentido primário desses termos) ao percorrer os caminhos que são a rua, a trilha ou o corredor da instituição. Para dizê-lo com Deleuze e Guattari em *O Anti-Édipo*:

A caminhada [...]: é um modelo melhor do que o neurótico deitado no divã. Um pouco de ar livre, uma relação com o exterior. (*O Anti-Édipo*, 1972, p. 7).

Referências

Baiasu, R., & Messas, G. (2024). Contextualising mental health: Interdisciplinary contributions to a new model for tackling social differences and inequalities

- in mental healthcare. *Philosophical Psychology*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/09515089.2024.2384592>
- De Haan, S., & de Bruin, L. (2010). Reconstructing the minimal self, or how to make sense of agency and ownership. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 9(3), 373–396. <https://doi.org/10.1007/S11097-009-9148-0>
- Delcourt, F. (2024). Où vont les échelles phénoménologiques? Introduction théorique, réflexions épistémologiques et ouverture fictionaliste. *L'information Psychiatrique*, 100(8), 625–630. <https://doi.org/10.1684/ipe.2024.2780>
- Deleuze G, Guattari F. (1972). *L'Anti-Œdipe*. Les Éditions de Minuit.
- Deleuze G, Guattari F. (1980). *Mille plateaux*. Les Éditions de Minuit.
- Englebert, J. (2020). Psychopathologie de l'homme en désituation. *Bulletin d'analyse phénoménologique*, 16(2), 194–209. <https://doi.org/10.25518/1782-2041.1177>
- Englebert, J. (2022). The “territorial self:” Theoretical propositions for a phenomenological understanding of schizophrenia. *L'Évolution Psychiatrique*, 87(2), e1–e9. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2022.03.004>
- Englebert, J., & Cermolacce, M. (2024). Les paradoxes de l'indicible dans EASE. *Le Cercle Herméneutique*, 42–43, 109–125.
- Englebert, J., Monville, F., Valentiny, C., Mossay, F., Pienkos, E., & Sass, L. (2019). Anomalous experience of self and world: Administration of EASE and EAWE scales to four subjects with schizophrenia. *Psychopathology*, 52(5), 294–303. <https://doi.org/10.1159/000503117>
- Englebert, J., Stanghellini, G., Valentiny, C., Follet, V., Fuchs, T., & Sass, L. (2018). Hyper-réflexivité et perspective en première personne: Un apport décisif de la psychopathologie phénoménologique contemporaine à la compréhension de la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 83(1), 77–85. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2017.07.004>
- Englebert, J., & Valentiny, C. (2017). *Schizophrénie, conscience de soi, intersubjectivité*. De Boeck.
- Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: Implications for cognitive science. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(1), 14–21.
- Gallagher S, Zahavi D. (2012). *The Phenomenological Mind*. Routledge.
- Heidegger M. (1963). *Zollikoner Seminare*. Vittorio Klostermann.
- Martin, L. A., Koch, S. C., Hirjak, D., & Fuchs, T. (2016). Overcoming disembodiment: The effect of movement therapy on negative symptoms in schizophrenia – A multicenter randomized controlled trial. *Frontiers in Psychology*, 7, 483. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00483>

- Nordgaard, J., & Parnas, J. (2012). A semi structured, phenomenologically-oriented psychiatric interview: Descriptive congruence in assessing anomalous subjective experience and mental status. *Clinical Neuropsychiatry*, 9(3), 123–128.
- Nordgaard, J., Revsbech, R., Sæbye, D., & Parnas, J. (2012). Assessing the diagnostic validity of a structured psychiatric interview in a first-admission hospital sample. *World Psychiatry*, 11(3), 181–185. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00128.x>
- Oury, J. (2014). *Hiérarchie et sous-jacence: Séminaire Saint-Anne 1991–1992*. Collection Boîte à Outils.
- Parnas, J., & Henriksen, M. G. (2016). Mysticism and schizophrenia: A phenomenological exploration of the structure of consciousness in the schizophrenia spectrum disorders. *Consciousness and Cognition*, 43, 75–88. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.05.010>
- Parnas, J., Møller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P., & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of anomalous self-experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258. <https://doi.org/10.1159/000088441>
- Parnas, J., Urfer-Parnas, A., & Stephensen, H. (2021). Double bookkeeping and schizophrenia spectrum: Divided unified phenomenal consciousness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 271, 1513–1523. <https://doi.org/10.1007/s00406-020-01185-0>
- Pienkos, E. (2014). *The unmooring of the world: A qualitative investigation of anomalous world experiences in schizophrenia* [Doctoral dissertation, Rutgers University, The Graduate School of Applied and Professional Psychology].
- Pienkos, E., Englebert, J., Feyaerts, J., Ritunnano, R., & Sass, L. (2023). Situating phenomenological psychopathology: Subjective experience within the world. *Frontiers in Psychology*, 14, 1204174. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1204174>
- Pienkos, E., & Messas, G. (2018). Preface to the EAWE Portuguese version: A case for a new era of phenomenological psychopathology in psychiatry and clinical psychology. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 7(2), 1–9. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v7i2.969>
- Pienkos, E., & Sass, L. (2018). Schizophrenia, language, and the phenomenological interview. *Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea*, 7(2), 10–28. <https://doi.org/10.37067/rpfc.v7i2.968>
- Pienkos, E., Sass, L., & Silverstein, S. (2017). The phenomenology of anomalous world experience in schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Phenomenological Psychology*, 47(2), 188–213.
- Proust, M. (1944). *Le côté de Guermantes I*. In *À la recherche du temps perdu*. Gallimard.

- Ricœur, P. (1985). *Temps et récit: Le temps raconté* (Vol. 3). Seuil.
- Sartre, J.-P. (1943). *L'être et le néant*. Gallimard.
- Sass, L. (2014). Self-disturbance and schizophrenia: Structure, specificity, pathogenesis (current issues, new directions). *Schizophrenia Research*, 152(1), 5–11. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.05.017>
- Sass, L. (2014). Delusions and double bookkeeping. In G. Stanghellini & T. Fuchs (Eds.), *One century of Karl Jaspers' general psychopathology* (pp. 125–147). Oxford University Press.
- Sass, L., & Feyaerts, J. (2024). Schizophrenia, the very idea: On self-disorder, hyperreflexivity, and the diagnostic concept. *Schizophrenia Research*, 267, 473–486. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.03.022>
- Sass, L. A., Pienkos, E., Skodlar, B., Stanghellini, G., Fuchs, T., Parnas, J., & Jones, N. (2017). EAWE: Examination of anomalous world experience. *Psychopathology*, 50, 10–54. <https://doi.org/10.1159/000454928>
- Schumacher, E. F. (1973). *Small is beautiful*. Blond & Briggs.
- Servais, V. (2016). Mettre des animaux dans le bureau du clinicien. In J. Englebert & V. Follet (Eds.), *Adaptation: Essai collectif à partir des paradigmes éthologique et évolutionniste* (pp. 129–152). MJWFédition.
- Sheets-Johnstone, M. (2012). From movement to dance. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 11(1), 39–57. <https://doi.org/10.1007/s11097-011-9200-8>
- Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies: The psychopathology of common sense*. Oxford University Press.
- Xia, J., & Grant, T. J. (2009). Dance therapy for people with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 675. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp042>