



2021

VOL 10

NUM 2

**PSICOPATOLOGIA
FENOMENOLÓGICA
CONTEMPORÂNEA**

REVISTA

Jean Naudin¹ — A contribuição da análise fenomenológica nos estudos de relato de caso²

Jean Naudin — La part de l’analyse phénoménologique dans l’étude de cas singulier

Tradução de Alice Fromer³, revisão técnica de Flávio Guimarães-Fernandes⁴

¹ Psiquiatra, doutor em Filosofia, Chef de Service à l’Assistance-Publique / Hôpitaux de Marseille.

² N.T.: A expressão original em francês é *cas singulier*, que, traduzida literalmente, corresponderia a *caso singular*. No entanto, optamos por traduzir como *relato de caso* devido ao uso consagrado dessa expressão no âmbito clínico científico brasileiro.

³ Licenciada em Filosofia pela Universidade de Lisboa, Portugal. Graduanda em Pedagogia pelo Instituto Singularidades, São Paulo. E-mail: alice.fromer@gmail.com

⁴ Psiquiatra, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Pós-graduado em Psicopatologia Fenomenológica pela Faculdade de Medicina da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Editor Chefe da Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea. E-mail: fernandesfg95@gmail.com

A tradução deste artigo para a língua portuguesa foi autorizada à *Revista Psicopatologia Fenomenológica Contemporânea* pela *PSN - Psychiatrie Sciences Humaines Neurosciences*, em novembro/2019. Naudin, J. La part de l’analyse phénoménologique dans l’étude de cas singulier. *Psychiatr Sci Hum Neurosci* (2007), 5, S47–S51, Springer, 2007. DOI 10.1007/s11836-007-0016-0

Resumo

A psiquiatria clínica oscila, segundo nossa argumentação, entre dois polos epistemológicos: inferência e percepção. A abordagem inferencial categoriza o transtorno como que de baixo para cima, isto é, partindo dos sintomas visíveis para a categoria patológica que supostamente os causa. Ao fazê-lo, distanciamos-nos de uma percepção mais instantânea que se possa ter acerca do paciente, assim como da consideração do transtorno enquanto fenômeno mutável, passível de evolução. De um ponto de vista fenomenológico, o modelo perceptivo permite que o terapeuta, em meio ao encontro, possa experienciar o emergir de uma impressão global acerca do paciente. Graças à *epochè*, faz-se possível emergir um senso de totalidade, uma *Gestalt*. Ora, o caso clínico, ainda assim, é sempre uma construção, uma narrativa intersubjetiva sobre o transtorno, narrativa essa recontada pelo paciente. Reunir casos clínicos pode levar-nos ao desenvolvimento de casos “tipo”, em que cada um deles se torna uma referência com a qual poderão ser realizadas comparações e categorizações, já que pertencem a uma “familiaridade” clínica; tal como os particulares, se quisermos referir-nos à teoria platônica das essências (*Eidos*). A abordagem fenomenológica contribui para a experiência clínica na medida em que possibilita a relação entre percepção e inferência, entre experiência subjetiva e narrativa intersubjetiva e entre pessoa e tipo.

Palavras-chave: Psiquiatria Clínica; Relatos de Caso; Fenomenologia; Epistemologia

Abstract

We argue that clinical psychiatry oscillates between two epistemological poles: inference and perception. The inferential approach categorizes illnesses bottom up, from visible symptoms to the pathological category supposedly causing them. In doing so, psychiatry moves away from a possible instantaneous perception of a patient, as well as from illness as a changing, evolving, phenomenon. From a phenomenological point of view, the perceptive approach enables the therapist, within an encounter, to experience the emergence of an impression of a patient's overall bearing, or attitude. Thanks to *epochè*, a sense of form, *Gestalt* will emerge. The clinical case, nevertheless, is always a construction, an intersubjective narrative about illness, recounted by the patient. Creating a library of clinical cases leads to the development of case types, each becoming a reference to which future clinical cases can be compared and categorized as belonging to a clinical family; it is the *participant* with respect to Plato's *eidos*. Phenomenology contributes to clinical experience in that it enables the link between perception and inference, between subjective experience and intersubjective narrative, and between person and case type.

Keywords: Clinical Psychiatry; Case Studies; Phenomenology; Epistemology.

Uma questão antiga, porém discutida atualmente no meio científico (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Lacour; Passeron, Revel, 2005) é a que diz respeito ao lugar que ocupa o relato de caso nas ciências humanas. No presente trabalho serão brevemente expostas as considerações metodológicas do uso e da abordagem antropológica que podemos adotar. Destacaremos a questão que remete, no âmbito das ciências humanas e nos dispositivos experimentais aos quais tais ciências se remetem, à clínica e, mais especificamente, à análise fenomenológica nos estudos de relato de caso.

O que é a clínica?

O que é a clínica? A questão outrora colocada por Tatossian (1989) no preâmbulo de uma obra dedicada à "pesquisa clínica" merece ser recolocada. Mesmo que o ceticismo que esse nosso mestre aponta em sua introdução, e que é, ainda hoje, o de alguns psiquiatras europeus diante da pesquisa médica, tenha desaparecido quase por completo, dá lugar a um entusiasmo tão ou mais perigoso. Tatossian adjetiva o psiquiatra, dentre os médicos, como "fóssil vivo" e a clínica, por sua vez, como "atividade vestigial", já que a atividade dos clínicos apresenta uma tendência ao empobrecimento face à expansão das técnicas investigativas. Hoje, mais do que nunca, a questão continua aberta e nós, psiquiatras, ainda sentimos um prazer um tanto problemático ao observar o quanto a fossilização médica, nunca totalmente consumada, parece orientar-se infinitamente para a sua consumação. O que é a clínica? Sem dúvida nada além de uma forma de generalização; generalização através da qual o procedimento, que oscila entre dois modelos (inferencial e perceptivo) (1989) depende tanto da aplicação direta ou indireta de provas experimentais (*medicina baseada em evidências*) quanto da colocação de valores em perspectiva (*medicina baseada em valores*) (Fulford, 2005; Sadler, 2004).

Modelo inferencial

O modelo inferencial passa por duas fases sucessivas: a observação e a inferência propriamente dita. A observação: começamos por observar e realizar um levantamento completo do conjunto de sintomas. Em outras palavras, recolhemos os sinais visíveis de desvio em relação ao que esperamos encontrar em um indivíduo são. O sintoma é o que se determina como irregular em relação à norma. A inferência: num segundo momento, deduzimos da observação, na medida do possível, a existência, a localização e a natureza do transtorno que se esconde nas profundezas e na opacidade do corpo. Seguindo esse modelo, contamos com a evolução e a aparição de novos sinais, mais ou menos previsíveis, a fim de determinarmos, com

mais precisão, o diagnóstico. Passar de uma fase a outra, ou seja, do visível à doença ainda invisível, pressupõe certas regras. Passamos da irregularidade do sintoma em relação às normas que definem o sujeito saudável à regularidade das normas da inferência, que obedecem, elas mesmas, a princípios objetivos. Na psiquiatria contemporânea, atividades como entrevistas estruturadas ou a pontuação nas escalas de avaliação são as aplicações mais frequentes desse modelo na pesquisa clínica. A eficácia do procedimento, explicitamente buscada, depende da capacidade de redução dos sinais a uma categoria. O ideal é podermos, assim, confirmar uma relação, uma determinação linear simples entre uma causa e sua manifestação. Tatossian (1989, 2002) – e ele não é o único (Allilaire, 1999; Kraus, 1987, 2002; Schwartz, Wiggins, 1994) – ressalta que, na psiquiatria, esse modelo é muito limitado. Uma dessas limitações diz respeito ao fato de que a doença, ela mesma, não resiste às classificações e, ademais, trata-se de um fenômeno plástico que avança tomando forma e alimentando-se do paciente. Considerar o transtorno a partir de uma perspectiva puramente categorial é ignorar, na atividade diagnóstica, uma fase não mais inferencial, mas puramente perceptiva; uma fase que frequentemente precede as outras e as acompanha de maneira implícita durante toda a entrevista.

Modelo perceptivo

A consulta clínica em psiquiatria avança em meio a tentativas e erros, no presente mesmo do encontro. O verdadeiro psiquiatra sabe que seu ponto de vista pode mudar, que a pessoa que ele encontra, enquanto outro autêntico, conserva irrevogavelmente sua parte de mistério. Ele avança tateando, sem fio diretivo único, seu passo é manco; mais próximo, em termos de estilo, das investigações de Colombo do que das de Holmes. Esse modelo é dito *perceptivo* porque confere uma importância primordial à intuição do psiquiatra. O profissional, ainda que não deixe para trás a ideia de um diagnóstico a ser feito (este é o seu trabalho: o encontro psiquiátrico se enquadra totalmente na realidade do trabalho, qualquer esforço de redução que apareça nesse contexto terá como obstáculo essa certeza introdutória, voltará e se encontrará pendurado, como diz Schütz (1956), por um fio elástico), permite a seu pensamento divagar livremente enquanto observa (tal é a condição de qualquer psicoterapia, uma forma de *epochè da atitude natural* (Tatossian, 2002)) – ou seja, deixando ser não somente o corpo do doente, mas também o mundo circundante, com seus detalhes e suas singularidades. Esse esforço de relaxamento visa a globalidade do mundo que os reúne. O psiquiatra toma o tempo de divagar e retorna ao paciente, concentrando-se sobre o *seu* mundo. A “abordagem diagnóstica espontânea do psiquiatra” (Tatossian, 1989, 1993) visa não somente um sintoma,

mas, de maneira mais geral, uma forma, uma *Gestalt* unitária, um “sentimento”, uma “impressão” (Minkowski, 1927). Não se trata aqui de acumular provas, mas de enxergar a unidade de uma forma clínica em cada uma de suas manifestações possíveis. A abordagem clínica na psiquiatria é a percepção de um estilo. Em psiquiatria não lidamos com um corpo “anônimo”, o corpo que o psiquiatra observa não é o corpo que o médico examina, corpo que o ato médico “neutraliza”; mas um corpo em que os aspectos expressivos, estéticos ou eróticos (numa palavra: a atitude) não podem ser neutralizados sem que haja perda de sentido, já que implicam a própria pessoa no contexto prévio da relação interpessoal. É precisamente o que o ato médico busca neutralizar que constitui o essencial das indicações sobre as quais o psiquiatra se baseia para tratar o paciente: sua biografia, sua história interior, a maneira através da qual entra em contato com o outro e como ele mesmo é tocado pela presença deste outro. O que o psiquiatra observa no encontro, o que tipicamente se lê no olhar e que Lévinas chama de rosto (Contini, 2005), o que se ouve também no discurso é o curso invisível e, entretanto, tão presente de uma biografia interior. Da mesma forma que o diagnóstico em psiquiatria é, em todos os momentos, indissociável de um ato perceptivo, o próprio curso da história interior é indissociável do viver. Tratar, em psiquiatria, implica decisões que repousam na – e a afetam – maneira com que o paciente entende e vive o mundo. Tratar diz respeito essencialmente ao mundo-da-vida: assim, o diagnóstico por sentimento não é uma etapa anterior ao tratamento, mas uma etapa concomitante, indissociável do tratamento no próprio ato perceptivo que a funda. Considerar, assim, o caso clínico do ponto de vista do mundo-da-vida é considerá-lo também em relação ao seu contexto: o caso aparece, destarte, tão construído quanto observado.

Construção da clínica

Um dos grandes méritos da fenomenologia foi ter participado, através da visão crítica com a qual contribuiu, da edificação do saber científico e da elaboração do pensamento construtivista. Numa perspectiva construtivista, não olhamos unicamente os fenômenos clínicos, vemos também, a partir deles, o que já pensávamos acerca do mundo, antes mesmo de os ver. De um ponto de vista antropológico, o relato de caso é um fenômeno narrativo, algo que se conta; é, assim, antes de mais nada, o produto de uma situação médica. Em medicina não faltam oportunidades para se relatar casos: fazer avançar um diagnóstico ainda incerto compartilhando seu conhecimento sobre o assunto com outros, definir um tratamento, informar as equipes profissionais acerca da situação de um dado sujeito, dos perigos eventualmente ali implicados, das precauções a serem tomadas, dos tratamentos já existentes. Porém, o que esses

relatos têm em comum é o fato de excederem sempre os seus objetivos mais bem definidos ao misturarem, ao saber médico propriamente dito, um saber *expert* e um saber *profano* sobre a pessoa; saber este que se configura como mais prosaico e espontâneo, um saber vivo, feito de crenças e representações. Os relatos de caso contribuem, no meio institucional, para relacionar o estilo de vida das pessoas às desordens ou às vantagens causadas pelo transtorno; relacionar ou não o transtorno às suas diversas representações, abrir ou não o fazer e o desfazer desses lugares como espaço de liberdade: para melhor compreender a autonomia que o sujeito reivindica, ele mesmo, preso nessas representações, e ajudá-lo a utilizá-las de forma a constituírem sentido. A própria maneira em que, no hospital, utilizamo-nos de dois tipos de linguagem – profana e científica – é característica da função que ali ocupamos (Barrett, 1999). O paciente não é visto da mesma forma por um enfermeiro ou um auxiliar de enfermagem, que passa inúmeras horas com ele, ou por um médico que o encontra rapidamente durante uma visita ou que lhe concede consultas esporadicamente. O que nós vemos a partir de um ângulo médico – perspectiva que será defendida através de frequentes recursos de retomada à linguagem científica – outro profissional verá a partir de uma perspectiva mais próxima da vida cotidiana, certamente mais apta a ressituar o sujeito no palco do mundo-da-vida, que é seu ponto de ancoragem originário.

O que resta na clínica da pessoa mesma?

Tudo acontece como se as histórias objetivas sobre as quais repousa o modelo inferencial estivessem, sem cessar, entrelaçadas à trama mais frouxa das histórias subjetivas sobre as quais repousa o modelo perceptivo. É falso, e certamente bastante grosseiro, alegar que, em psiquiatria, as histórias subjetivas, justamente por serem subjetivas, devem ser eliminadas dos relatos de caso, estudos em que apenas os fatos deveriam aparecer. É muito mais justo considerar, como Howard (Howard, 1991), que esse é o critério pelo qual se pode prejudicar a legitimidade das histórias no que diz respeito às suas diferenças. Se os critérios de legitimidade que prevalecem quando nos remetemos aos fatos científicos são de tipo matemático: fiabilidade estatística, validade, fidelidade preditiva, os que prevalecem nas histórias subjetivas são principalmente de ordem hermenêutica e fundados sobre a compreensão: ressonância empática, evocação, plausibilidade introspectiva e coerência. Segundo a situação que o motiva (pesquisa experimental, ensino, prática de tratamento, reunião de equipe), o estudo de caso clínico será mais ou menos validado sobre um ou outro desses tipos de critérios. Porém, na ausência de um sistema de referência único, os laços que unem

espontaneamente essas histórias entre elas, por exemplo, nas reuniões de equipe ou *staff*, fazem-se menos a partir das profundezas da experiência do que da contiguidade ou pelo intermédio da metáfora. Para apreendermos a pessoa enquanto tal, o único fio condutor fiável que resta é a história interior e suas relações com a biografia do paciente. Concebemos facilmente o grande valor fenomenológico dos autorrelatos em primeira pessoa: são a coisa mesma. Mas, fora dessa situação favorável, o caso, antes de ser registrado num prontuário sob forma de relato escrito, de “história de caso/história clínica”, constrói-se ingenuamente, assim como num jogo do ganso⁵, mesclando o próprio relato do paciente, interpretado por um outro, e o relato dos outros. Assim, o caso é construído essencialmente a partir de conhecimentos de segunda mão e de seus relatos. Uma vez construído, o caso é um relato *sobre* o transtorno, extraído *a partir da* biografia do doente (Lacour; Passeron, Revel, 2005). Quando abordamos, sem preconceitos, a construção da clínica, vemos que a solidão do médico que reúne os dados, protegido em seu consultório, nada mais é do que uma experiência particular vivida na construção de um relato de caso. O relato de caso, em si mesmo, é um tijolo trazido, em meio à vida do paciente, que contribui para a construção geral do edifício clínico. Esse edifício se revela imediatamente como uma construção intersubjetiva e é a partir dessa comunhão que se faz emergir, quando possível, numa compreensão mútua⁶, o sujeito. Se o caso clínico fala, então, habitualmente de “transtorno”, ele tem a biografia do sujeito como centro de gravidade e a compreensão do sujeito como mote. O lugar do relato de caso no edifício clínico coloca, assim, uma série de questões de fundo, tanto metodológicas quanto epistemológicas; questões essas que implicam as próprias estruturas do mundo vivido e da consciência: como generalizar a partir da descrição de configurações singulares? Como passar do *ser-a-propósito-de* ao *ser-a-partir-de* (Lacour),

⁵ O *Jeu de L'oie* (Jogo do Ganso) é um jogo de tabuleiro bastante conhecido na França e muito jogado em toda Europa. É devido à sua carga simbólica que a menção ao jogo encontra sentido no texto. Sua estrutura lógica faz analogia à lógica da vida humana no que concerne às suas contingências e sinuosidades. O próprio nome do jogo já traz consigo um simbolismo, pois no âmbito da literatura clássica dos contos de fada a *mãe gansa* é uma figura de destaque: representa as mulheres contadoras de histórias, enfatizando o peso da tradição oral, dos relatos contados/falados. Ora, a raiz da palavra *oie* (ganso) tem a mesma raiz etimológica da palavra *ouïr* (ouvir), o que nos permite pensar a transmissão oral como prática que incita um movimento que vai da boca ao ouvido, da fala à escuta. A imagem do ganso liga-se, portanto, tanto à ideia de ouvir/escutar como à ideia de falar. Movimento similar se observa na relação médico e paciente – relação que não dispensa a construção intersubjetiva permeada tanto pela fala como pela escuta.

⁶ N.T.: A expressão original em francês é *clignotant*, que, literalmente, significa “uma luz que pisca” ou, então, pode referir-se às próprias luzes do pisca-alerta de um automóvel. Optamos por traduzir essa expressão como *compreensão mútua*, uma vez que entendemos tratar-se de uma troca intersubjetiva entre médico e paciente. Como luzes que piscam em uma mesma frequência, compreendem, sintonicamente, algo de essencial: o emergir do sujeito.

do *quê* da clínica ao *quem* do sujeito e reciprocamente? Podemos colocar essas mesmas questões de maneira ainda mais simples: o que é um relato de caso?

O que é um relato de caso?

Como ressalta Widlöcher (1990; Bourguignon, Bydlowski, 1996) “o clínico constrói seu saber sobre um caso individual por meio de acumulação de informações e de referências aos tipos”. Pacientemente, através de sedimentações sucessivas, no instante mesmo ou retrospectivamente, por rompantes, sobressaltos, choques, corpos e culturas – todas essas palavras que a noção de paradigma nunca consegue esgotar completamente – a clínica se faz na intersubjetividade a partir do número e da diversidade dos casos e dos encontros que representam as inúmeras variações dentro das possibilidades humanas. A clínica repousa sobre o estudo dessas variações e das regularidades que delas surgem. O homem comum tem, ele mesmo, sua clínica ingênua: ele julga louco ou doente mental aquele que se faz obstáculo à progressão, afastando-se em relação à norma. O diagnóstico do profissional é baseado no mesmo modelo, porém é mais discriminativo, uma vez enriquecido de mais experiência (um conhecimento a partir de) e de saber (um conhecimento sobre). Ambos, profissional e homem comum, tipificam. A atividade de tipificação da consciência nos permite organizar a vivência presente com base nas experiências passadas, em direção ao conhecimento de um mundo futuro (Schwartz, Wiggins, 1987, 1994; Schwartz, Wiggins, Norko, 1995). Toda classificação resulta de uma atividade de tipificação que a torna possível, mas que não se limita a ela. No fundo, os tipos clínicos se parecem um pouco com as essências (*eidōs*) que a redução eidética de Husserl tenta tornar manifestas: eles são o invariável que aparece de maneira flagrante dentre as infinitas variações que nos dão os encontros singulares. Se, dentro de seus contextos, as categorias diagnósticas herméticas das grandes classificações médicas convêm à diversidade de diagnósticos somáticos, o psiquiatra deve ter mais liberdade ao considerar as diversas configurações clínicas que ele encontra, como as de simples tipos; sem buscar solidificá-las no âmbito de categorias definitivas (Schwartz, Wiggins, 1994; Tatossian, 1993, 2002). Esses tipos identificam-se como algo “familiar”: notamos numa pessoa que sua atitude global tem a ver com a esquizofrenia ou a depressão, como quando notamos “um ar familiar num estranho, que lembra o irmão ou a mãe que já conhecemos” (Tatossian, 1989). Ao seguir, então, seu curso natural, a clínica se constitui progressivamente em corpus teórico a partir dessa familiaridade ou de tipos ideais (Schwartz, Wiggins, Norko, 1995), que se destacam da experiência vivida. Tal progressão implica momentos férteis, seja porque a experiência vem a enriquecer-se com

um novo dado, seja porque ela vem esclarecer, retrospectivamente, o sentido dos dados já recolhidos. O mais significativo desses momentos férteis é o relato de caso, já que ele mostra simultaneamente o que é o transtorno e o estilo com o qual ele se manifesta no sujeito. O relato de caso é significativo pela sua própria singularidade (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Passeron, Revel, 2005; Widlöcher, 1990); escolhemo-lo justamente por ele ser único. Ser único significa que ele só tem valor dada a sua *exaustividade* e não pela força estatística. Ele *mostra* muito mais do que prova. Um único caso publicado, por mostrar algo novo, pode mudar o curso da clínica (o sonho do clínico). Basta que ele seja exemplar de um tipo e de uma possibilidade humana para ter sentido. O caso clínico é ainda mais exemplar na medida em que é *singular*, ou seja, “não ordinário”. Etimologicamente, ele é o que caiu (*casus*, de *cadere*, cair), o que acontece fortuitamente, o que é inesperado. O caso é, no fundo, o sentido particular que um fato toma quando nos é revelado por acidente. O caso detém seu valor heurístico por meio do espanto que produz. Ele não é um simples fato, mas um *evento*. Ele *faz evento* (Ricoeur, 1986) ao irromper num dado contexto. Situação e contexto são duas palavras para dizer uma única e mesma coisa: o caso clínico é *situado*. Seu surgimento enquanto caso não é independente de seu ambiente e das regularidades que ele implica. É a regularidade que melhor caracteriza os fenômenos clínicos (Widlöcher, 1990): a clínica evolui quando um caso novo manifesta qualquer coisa de inesperado que revela uma contradição nos fenômenos que pareciam, até então, regulados em função de princípios conhecidos e definidos.

O lugar da fenomenologia nos relatos de caso

O que nós chamamos, do ponto de vista metodológico, um *estudo de caso*, serve para enunciar um problema mais geral; trata-se de extrair da observação uma argumentação na qual as conclusões serão reutilizáveis. Os casos mais interessantes não são os que aplicam uma generalidade conhecida a uma situação particular, mas aqueles que buscam conhecer uma particularidade através de uma outra singularidade: dizemos, de bom grado, que esses casos são *acurados*⁷, já que permitem extrair uma nova argumentação a partir de um problema persistente (Bourguignon, Bydlowski, 1996; Passeron, Revel, 2005; Widlöcher, 1990). Até agora falamos indiferentemente de caso clínico ou relato de caso, sem referenciar um ou outro à situação particular à qual eles se referem. Porém, o termo *relato de caso*, tal como *estudo de caso*, parece

⁷ N.T.: A expressão original em francês é *pointu* que, literalmente, significa *afiado*, podendo também encontrar sentido em termos como *aguçado*, *pontiagudo* ou *acurado*. Em nossa tradução, optamos por *acurados*, uma vez que o que se pretende destacar é o caráter *refinado* desses casos em relação aos demais.

mais ligado à situação de pesquisa. No contexto da pesquisa clínica, é comum notarmos duas fases sucessivas: a primeira, dita *naturalista*, é puramente descritiva; trata-se de recolher dados da maneira mais fiel e mais completa possível; a segunda fase, dita *experimental*, consiste em elaborar um modelo teórico, extraindo uma hipótese para, em seguida, testá-la de acordo com um certo protocolo. Passamos, assim, do estudo de caso à randomização (Schwartz, Wiggins, 1994). No âmbito da pesquisa clínica o estudo de caso é uma etapa preambular, que permite antecipar e definir o campo experimental. Ela instaura um novo quadro de raciocínio e, quando o caso é acurado, redefine as relações entre norma e exceção (Lacour). Entretanto, no contexto da pesquisa em psicopatologia, o caso clínico é visto como algo em si mesmo. Na literatura psicanalítica ou *daseinsanalítica*, o caso vale somente pela sua exaustividade; um único caso pode ser suficiente para demonstrar a validade de um tipo, o que, em si, invalida qualquer procedimento de refutação pelo número. Se levarmos em conta, em todas essas etapas, a construção do edifício clínico, seria mais justo juntar esses pontos de vista, reconhecendo em toda pesquisa no campo da psiquiatria três tempos irreduzíveis uns aos outros, já que oriundos de três abordagens complementares. Entre a abordagem naturalista e a abordagem experimental, há, de fato, um momento chave para a pesquisa: o do espanto que um caso produz ao manifestar tanto uma possibilidade humana quanto um obstáculo à regra. Esse espanto é, nele mesmo, bastante próximo da atitude da *epochè* husserliana, fase esta que podemos chamar, sem medo, de “fenomenológica”. Os estudos de caso em psicopatologia, quer sejam psicanalíticos quer *daseinsanalíticos*, dão um lugar de destaque a essa fase já que constituem a base sobre a qual uma interpretação pode apoiar-se. Entretanto, na pesquisa clínica, essa fase encontra-se reduzida a uma breve fase de transição. Ela parece desempenhar apenas um pequeno papel, o de uma etapa intermediária, já que se funda sobre a intuição e o instante, a ser ignorada. A abordagem fenomenológica, assim erigida em método, permite demonstrar essa etapa com mais rigor, facultando-nos encontrar as palavras. Ela torna mais explícitos os fundamentos de uma hipótese na experiência clínica e sobre o mundo vivido. Aos descrever os fenômenos durante seu *nascimento*, ela oferece, nesses felizes momentos, uma passagem estreita, porém praticável; uma *ponte* entre as histórias subjetivas e as histórias objetivas, entre a percepção e a inferência, entre a pessoa e o tipo. Quando o sujeito parece perdido, a parte que remete à abordagem fenomenológica no estudo do caso singular é como a de um barqueiro⁸.

⁸ N.T.: A expressão original em francês é *paquebot*, que, literalmente, significa *aquele que transporta*. Optamos por traduzir essa expressão como *barqueiro*, uma vez que o temos como figura literária do transportador.

Referências

- Allilaire J.F. (1999). Empathie, communication intersubjective et clinique psychiatrique : phénoménologie et psychiatrie : en hommage à A. Tatossian. *Annales Médicopsychologiques*, 157 : 595-654
- Barrett R. (1999). *La traite des fous*. Paris : Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond
- Bourguignon O., Bydlowski M. (1996). *La Recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF
- Contini A. (2005). Le visage caché de la cure. *Évolution Psychiatrique*, 70, 745-754.
- Fulford K.V.M. (2005). Values in psychiatric diagnosis: developments in policy, training and research. *Psychopathology*, 38, 171-6.
- Howard G.S. (1991). Culture tales: a narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy. *American psychologist*, 46, 187-197.
- Kraus A. (1987). The significance of phenomenology for diagnosis in psychiatry. In *Psychiatry and phenomenology*. v. IV. Pittsburgh: Duquesne University, 25-46.
- Kraus A. (2002). The significance of intuition for the diagnosis of schizophrenia. In Maj M., Sartorius N. (eds). *Schizophrenia*, v. II. Chichester: Wiley, 47-49.
- Lacour P. Penser par cas ou comment remettre les sciences sociales à l'endroit. *EspacesTemps.net*. Mensuelles, <http://espacestems.net/document1337.html>
- Minkowski E. (1927). *La schizophrénie*. Paris: Payot.
- Passeron J.C., Revel J. (2005). *Penser par cas*. Paris: EHESS.
- Ricœur P. (1986). *Temps et Récit*. Paris: Seuil.
- Sadler J. (2004). *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press.
- Schütz A. (1956). *Collected papers*. The Hague: Martinus-Nijhoff.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P. (1987). Typifications: The First Step for Clinical Diagnosis in Psychiatry. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 65-77.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P. (1994). The Limits of Psychiatric Knowledge and the Problem of Classification. In Sadler J., Wiggins O.P., Schwartz M.A. (eds). *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. Baltimore: Johns Hopkins, 89-103.
- Schwartz M.A., Wiggins O.P., Norko M. (1995). Prototypes, «Ideal Types, and Personality Disorders: The Return to Classical Phenomenology». In Livesley W.J. (ed). *The DSM-IV Personality Disorders*. NY: Guilford, 417-32.

Tatossian A. (1989). Les modèles expérimentaux et la clinique psychiatrique. *Confrontations psychiatriques*, 22, 30.

Tatossian A. (1993). Le problème du diagnostic dans la clinique psychiatrique. In Pichot P., Rein W. (eds). *L'approche clinique en psychiatrie*. Vol II. Paris: Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond.

Tatossian A. (2002). *Phénoménologie des psychoses*. Paris: L'art du Comprendre.

Widlöcher D. (1990). Le cas au singulier. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 42, 285-302.

En torno a la vida y obra del psiquiatra y humanista Hubertus Tellenbach (1914-1994)

About the life and work of the psychiatrist and humanist Hubertus Tellenbach (1914-1994)

Otto Doerr-Zegers¹

¹ Departamento de Psiquiatría Oriente, Universidad de Chile
Centro de Estudios de Fenomenología y Psiquiatría, Universidad Diego Portales

Resumen

Hubertus Tellenbach ha sido considerado como un de las grandes figuras de la psiquiatría europea de la segunda mitad del siglo XX. Estudió paralelamente medicina y filosofía, doctorándose en ambas disciplinas en 1938. Durante sus años de estudiante, perteneció al círculo de discípulos del poeta Stefan George, fallecido en 1933. Su profundo conocimiento de la poesía de George – centrada en el tema del lenguaje – así como de la filosofía de Martin Heidegger, donde también el lenguaje juega un papel fundamental: investigaciones etimológicas de altísimo nivel, creación de palabras y de conceptos nuevos, la belleza poética que alcanzan algunos de sus ensayos, etc., podrían explicar en parte una de las características centrales de su obra: el empleo de un lenguaje altamente refinado, la capacidad de hacer análisis y descripciones memorables de casos clínicos, pero también patografías tanto de algunos genios, así como de los personajes que ellos mismos crearon. Volviendo de la guerra se incorporó al movimiento fenomenológico-antropológico en la psiquiatría, fundado por figuras tan notables como Ludwig Binswanger, Viktor von Gebsattel, Eugene Minkowski y Jürg Zutt, llegando a ser con los años su representante más señero. La obra que lo ha hecho conocido en todo el mundo es su libro sobre la melancolía de 1961 (cuarta edición ampliada, 1983), traducida al francés, inglés, español, italiano y japonés. En ella desarrolla una revolucionaria teoría de la depresión, la descripción de un tipo humano proclive a ella (el *typus melancholicus*) y las situaciones de vida específicas que, como la llave en la cerradura, ponen en movimiento la endogenidad dormida, desencadenando la enfermedad melancolía. Su concepción positiva de la endogenidad, desarrollada también en ese libro, es otro de sus aportes fundamentales. Gran parte de sus muchas contribuciones a la clínica de las enfermedades psíquicas aparecieron después como libro, con el título “La psiquiatría como medicina del espíritu” (1987) y sus estudios sobre personajes literarios configuraron el libro “Melancolía, delirio y epilepsia en la literatura occidental” (1992). Tellenbach fue no solo un gran investigador, sino también un gran profesor, un gran maestro. Sentía una gran comunidad de espíritu con el mundo hispanoamericano. Así es como viajó innumerables veces a España y a casi todos los países de Hispanoamérica. A Chile vino en seis oportunidades, permaneciendo en una oportunidad un mes completo. Durante esos períodos daba conferencias, se reunía en grupos, daba entrevistas para los medios de comunicación, etc. Siempre tuvo la deferencia de dar sus conferencias en castellano, idioma que aprendió con esfuerzo, porque durante su juventud en Alemania no se

enseñaban idiomas extranjeros, fuera del latín y del griego. Su pensamiento original y profundo causó mucha impresión en los círculos intelectuales latinoamericanos. Decenas de jóvenes médicos de nuestro continente viajaron hasta Heidelberg para hacer estadas de postgrado de distinta extensión junto al maestro. Su obra continúa siendo fuente de inspiración para psiquiatras, filósofos y humanistas de Alemania, España, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, Suiza y Latinoamérica, particularmente de Brasil y de Chile. Su influencia en el mundo anglosajón es, en cambio, visiblemente menor.

Palabras clave: Hubertus Tellenbach; Psicopatología Fenomenológica; Melancolía; *typus melancholicus*.

El 4 de septiembre de 1994 dejó de existir en München, a los 80 años, el gran psiquiatra, humanista y pensador alemán Hubertus Tellenbach, quien fuera, desde mediados de la década del, 50 Profesor de Psiquiatría de la Universidad de Heidelberg, cuna de la psiquiatría científica y en cuyas aulas enseñaron en el pasado otras figuras ya consagradas por la historia, como Emil Kraepelin, Franz Nissl, Karl Jaspers, Kurt Schneider y Walter von Baeyer.

Antes de intentar hacer un bosquejo de lo que fue la vida y obra de Tellenbach, quisiéramos decir que estuvo muy vinculado a Chile por varias razones. Viajó en seis oportunidades a nuestro país a dar cursos y conferencias, permaneciendo en cada oportunidad entre 10 días y un mes. Formó en Heidelberg a una serie de psiquiatras chilenos, todos los cuales han alcanzado los más altos niveles académicos y un merecido prestigio. En tres oportunidades fue entrevistado por el Suplemento Cultural “Artes y Letras” de *El Mercurio*, de Santiago, entrevistas que causaron en su momento un gran impacto en el ambiente intelectual chileno. Además, publicó en el mismo medio periodístico algunos artículos traducidos por el suscrito y entre los cuales recuerdo aquel hermoso opúsculo titulado “Tres concepciones occidentales de la noche”.

Su interés por Chile se extendió naturalmente a los demás países de Latinoamérica y de la Península Ibérica, y así es como también formó discípulos de Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, España, México, Perú, Portugal y Venezuela, y estuvo invitado en estos mismos países en sendas oportunidades. Aunque nunca dominó el castellano hablado, como tampoco el inglés, el italiano ni el francés (perteneció a una generación donde en Alemania no se enseñaba idiomas extranjeros, sino sólo latín y griego), siempre leyó sus conferencias en el idioma del lugar, cuando se trataba por cierto de un país occidental. Su fino oído, su manejo de las lenguas clásicas y su buen conocimiento de los idiomas europeos escritos le permitían una pronunciación más que aceptable y el agradecimiento del público por su deferencia. Pero quizás si el signo más evidente de su estrecha vinculación con el mundo hispanoamericano es el hecho que sus dos hijos casados formaran su familia con una mujer de nuestras tierras: Reinhardt, el médico, con una ecuatoriana, y Michael, el arqueólogo, con una mexicana. Y ambos hablan un castellano perfecto y sin acento.

Pero su preferencia por nuestra cultura no le impidió a Tellenbach, a través de su obra y de sus viajes, extender su influencia por todos los confines de la tierra. Así es como

después de su primer viaje al extranjero, que fue a Hispanoamérica en 1966, estuvo invitado a dar cursos y conferencias en varias universidades de Japón, Tailandia e India en el año 1967; a Estados Unidos, España y Portugal en 1968; a Persia, Afganistán, Líbano, Egipto y Turquía en 1971; ese mismo año, a México y otra vez a Estados Unidos; en 1972 estuvo en Canadá; en 1974, otra vez en Chile y en Brasil; en 1975, en España, Grecia e Israel; en 1976, en Inglaterra; y a partir de 1979, y fuera de otros compromisos aislados en los más diversos países, fue invitado anualmente a París y cada tres o cuatro años a Chile, España, Italia y Portugal. En suma, Tellenbach estuvo invitado en 27 países distintos y dio un total de 210 conferencias en 88 universidades diferentes. Con razón ha sido considerado como la figura más influyente de la psiquiatría alemana de la segunda mitad del siglo.

¿Pero quién fue este hombre que a partir de los años 50 volvió a transformar a la Universidad de Heidelberg en un centro mundial del pensamiento psiquiátrico y psicopatológico? Hubertus Tellenbach nació en Colonia el 15 de marzo de 1914. Dos personas fueron modelos determinantes en su desarrollo intelectual: su tío materno, el doctor Engelbert Sons, médico destacado y de gran vocación de servicio, y el teólogo Theodor Willemsen, su profesor de religión en el colegio. El primero le transmitió el interés por las ciencias naturales, en particular por las biológicas, y el amor por los enfermos. El segundo, su profunda religiosidad y el interés por la filosofía, los autores clásicos y los grandes poetas alemanes de este siglo, en particular Rainer Maria Rilke y Stefan George. Hasta el final de su vida y en la línea de una de las más nobles tradiciones griegas, como era el respetar y honrar siempre a los maestros, siguió Tellenbach nombrándolos ya fuera en los prólogos de sus libros, en sus publicaciones en revistas científicas o en los discursos de agradecimiento a los múltiples homenajes que se le hicieron en vida.

Al egresar del liceo entró a estudiar paralelamente Filosofía y Medicina, obteniendo ambos doctorados en 1938. Su tesis para el título en Filosofía versó sobre el pensamiento del Nietzsche joven, mientras la tesis para el doctorado en Medicina fue un tema de medicina interna. Durante sus años de estudiante fue aceptado en el seno del hermético círculo de discípulos de Stefan George, círculo que siguiera existiendo después de la muerte del poeta (diciembre de 1933) y al cual perteneció, entre otros personajes de la época, el Conde Claus von Stauffenberg, el mismo que fuera elegido por buena parte

del alto mando del ejército alemán para realizar el fracasado intento de eliminar a Hitler el 20 de julio de 1944. La duda y la desesperanza que embargaban a este grupo de jóvenes idealistas con respecto al futuro de Alemania bajo el imperio del nacionalsocialismo hicieron que ellos, una vez muerto el maestro, gran crítico de las nuevas ideas, buscaran consejo y consuelo en otras figuras de la intelectualidad alemana de ese tiempo. Entre los nuevos inspiradores se encontraba nada menos que Max Planck – uno de los padres de la física moderna, junto a Einstein, Bohr y Heisenberg – y cuyo hijo también fue ejecutado después del fallido atentado. Desgraciadamente, el paquete de cartas que representaba el intercambio epistolar de años entre el joven Tellenbach y el ya maduro Max Planck (que habría sido un documento de incalculable valor para comprender el período anterior a la Segunda Guerra Mundial), fue destruido por anónimos soldados norteamericanos que tomaron prisionero a Tellenbach en el frente occidental poco después del desembarco de Normandía (Tellenbach, 1980, comunicación personal).

Después de obtener su título de Médico entró a trabajar en la famosa Clínica de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de München, dirigida a la sazón por una figura también histórica, el Profesor Oswald Bumke. En forma paralela contrajo matrimonio con la doctora Ingeborg Goose, perteneciente a una familia de oficiales prusianos y gran colaboradora suya. De ese matrimonio nacieron tres hijos varones, a los cuales ya hicimos mención. La felicidad de haber logrado un cargo en una clínica del nivel de la de Bumke y de haberse casado con la mujer de su vida duró por desgracia muy poco tiempo, pues ya en mayo de 1940 fue llamado a las filas del ejército y enviado al frente ruso, donde permaneció hasta 1943. Muy pocos soldados regresaron de Rusia con vida. Tellenbach nunca estuvo de acuerdo ni con el nazismo ni con la guerra, y a pesar de haber llegado con su unidad hasta las puertas de Moscú, estuvo siempre convencido del carácter inevitable de la derrota. Muy pronto se les hizo consciente a los oficiales que la única forma de salir vivos de Rusia era a través de una herida grave que hiciera necesario su traslado hacia un hospital de la retaguardia. Tellenbach, que ya tenía dos niños a quienes apenas conocía, rezaba noche a noche a la Virgen María que le otorgara la gracia de recibir un disparo casi mortal. Y el milagro ocurrió en medio de ese terrible invierno 42-43, en el que las tropas germanas fueron diezmadas: una grave herida en la columna que casi lo dejó parálítico obligó a su superior a ordenar su traslado en trineo hasta el próximo lazareto. Y esa fue su salvación.

Su fortaleza natural, tanto física como espiritual, le permitió una rápida recuperación, la que sin embargo tuvo el serio inconveniente de significar un nuevo envío al frente de batalla, afortunadamente, esta vez, a Francia. Poco después fue tomado prisionero y trasladado en las bodegas de un barco junto a un gran número de oficiales y soldados alemanes a un campo de prisioneros en Alabama, Estados Unidos. Allí, sin tener noticias de su familia ni de su país y muy mal alimentado, a pesar de que el trato no era indigno, Tellenbach juntó a todos los prisioneros que eran académicos y que no habían pertenecido al partido nazi y organizó una universidad. Los guardias norteamericanos, sorprendidos en un comienzo, accedieron finalmente a facilitarles pizarrones, tiza y artículos de escritorio, y así es como en horarios estrictos y con un orden perfecto se impartieron conocimientos en las más diversas materias, de acuerdo con la disponibilidad de profesores. Como no tenían acceso a libros ni a otro tipo de material escrito, la enseñanza se basaba sólo en la memoria de cada docente. De esta época, nacieron los estudios de Tellenbach sobre la poesía de Stefan George, muchos de cuyos versos él conocía de memoria. La idea de universidad que tenía Tellenbach, sobre todo para esas circunstancias, era lo contrario de la hoy imperante, a saber, un lugar para formar profesionales. El fundamento del aprendizaje era la relación maestro-discípulo en torno a un objeto. Pero, al mismo tiempo, se trataba de mantener vivo todo lo bueno que también había tenido el espíritu alemán a lo largo de la historia, de pensar con esperanzas en la posibilidad de reconstruir esa Alemania hecha pedazos, primero por el totalitarismo y más tarde por la guerra y, por último, de aprovechar los conocimientos de cada cual para transmitírselos a otros en esa situación extrema que significa la vida en un campo de concentración. Su condición de médico y las secuelas de la herida en la columna provocaron la compasión de las autoridades del campo y lo dejaron en libertad antes de completar dos años de prisión. Volvió a Alemania a reunirse con su esposa y sus hijos y a trabajar en la misma clínica de München, ahora a cargo del Profesor Stertz. Sus primeros años los dedicó a la Neurología, especialidad en la cual alcanzó el grado de Profesor ya en 1952. Su primer trabajo psiquiátrico fue publicado recién en 1956 (Tellenbach, 1956 I y II), y versaba sobre la espacialidad de las melancolías: no sólo la forma peculiar como los depresivos viven el espacio, sino también cómo se constituye para ellos el mundo en cuanto espacio. Este trabajo estaba claramente en la línea de la psiquiatría antropológica ligada a los nombres de Ludwig Binswanger, Viktor von Gebsattel y Jürg Zutt.

Psiquiatría antropológica significa, ni más ni menos, aproximarse a las enfermedades mentales tomando como marco de referencia al hombre en su totalidad. Se trata, en suma, de evitar el reduccionismo que implica el ver al hombre como pura naturaleza (sin espíritu), sea esta de tipo biológico (sustrato anatómico y fisiológico de la actividad mental) o psicológico (un "aparato psíquico" al estilo freudiano más o menos determinado por fuerzas instintivas). Significa, también, el incorporar al estudio y comprensión de las enfermedades mentales ciertos radicales antropológicos que quedan fuera de una conceptualización del hombre como computador de alta complejidad o como un Yo acosado entre las pulsiones venidas del inconsciente y las normas impuestas por la sociedad a través del Super-Yo. Es el caso de las dimensiones corporalidad, espacialidad, temporalidad y, sobre todo, libertad. El saber cómo se comportan estas dimensiones fundamentales de lo humano en las distintas enfermedades mentales no es sólo importante para un correcto diagnóstico y una adecuada comprensión del cuadro, sino también para la intervención terapéutica. Pero no podemos extendernos al respecto, aunque sí quisiéramos destacar que es tan grande la importancia de la dimensión libertad, que la psiquiatría antropológica ha logrado demostrar que todos los cuadros psicopatológicos de la práctica clínica pueden ser conceptualizados y clasificados como distintas formas y grados de limitación o pérdida de la libertad. Y así podría entenderse, recién, el caso de las "normopatías", aquellos cuadros clínicos cuyo origen está ligado a un "exceso" de normalidad. Porque para una psicopatología de la libertad será tan patológico el no-poder-sino-comportarse en forma anormal (el caso de una demencia o de una psicosis) como el no-poder-sino-comportarse en forma normal, como ocurre en las personas que hacen depresiones, por ejemplo (Blankenburg, 1981, 1983). Y con esto conectamos con la obra capital de Tellenbach, aparecida en 1961: *La Melancolía* (Cuarta Edición, 1983).

La tradición había distinguido múltiples formas de depresión, según la presunta causa. Y así se hablaba de depresión "endógena" en oposición a una depresión "reactiva" (a una situación traumática, por ejemplo). Pero, al mismo tiempo, la práctica clínica demostraba la existencia de cuadros depresivos que escapaban a esta dicotomía endogenidad/reactividad, en el sentido de que no tenían las características de las formas endógenas y tampoco se podían comprender como reactivas a un trauma, ya que muchas de las situaciones a las que aparecían vinculadas eran vividas por el paciente como acontecimientos positivos. Es el caso de las depresiones postparto (después de un embarazo deseado), de las depresiones por mudanza (a una casa mejor y largamente

aspirada) o de las que se presentan típicamente a raíz de ser promovido en el trabajo. Por otra parte, también aparece sintomatología depresiva en sujetos con conflictos de la infancia no superados (las llamadas “depresiones neuróticas”), o en personas que de algún modo han malogrado su existencia sin haber estado expuestos a acontecimientos traumáticos (las llamadas “depresiones existenciales”), o en relación con un climaterio normal y en cierto modo deseado; lo mismo vale para el caso de una jubilación largamente esperada. A todo lo anterior habría que agregar los cuadros depresivos vinculados a otras patologías, como la epilepsia, la esquizofrenia o el deterioro orgánico-cerebral. El sistema de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación Mundial de Psiquiatría llegó así a distinguir 20 tipos de depresiones diferentes, pero como no se disponía de exámenes que demostraran la existencia de una u otra forma de depresión, el caos semántico resultante de estos intentos de establecer entidades nosológicas diferentes dentro del campo de las depresiones llegó a ser enorme.

Fue uno de los grandes méritos de Tellenbach el haber traído claridad a este asunto. El empleo del método fenomenológico y no de la mera constatación de manifestaciones externas (síntomas) le permitió postular, en 1961, la existencia de una sola depresión, que él llamó melancolía, rescatando con ello el nombre de la enfermedad descrita por Hipócrates hace 2.500 años y luego demostrar que el “apellido” que se le agregaba a los distintos tipos de depresión no permitía otorgarle una categoría nosológica distinta a cada una, puesto que no constituía la causa, sino sólo la situación desde la cual – y dada esa inextricable imbricación entre persona y mundo – surgía ese cambio global que llamamos depresión. No existiría, entonces, una depresión “endógena” diferente de una “reactiva”, pues todas serían “endo-reactivas”. En cada depresión verdadera, en cada melancolía, concurrirían una tendencia (endógena) y una situación (reactiva) que rompe el equilibrio y desencadena la transformación depresiva. Pero – y aquí aparece el segundo gran descubrimiento de Tellenbach en este campo – estos cuadros no se presentarían en cualquier persona, sino sólo en aquellas poseedoras de ciertas características de personalidad cuyo conjunto él llamó “*typus melancholicus*”.

¿Y cuáles son estos rasgos? A diferencia de lo que en una visión superficial había sostenido la tradición en el sentido de que las personas que hacían depresión tenían en sus períodos normales una personalidad con rasgos que el vulgo identifica como “depresivos” (pesimismo, pasividad, falta de vitalidad), Tellenbach demostró que se trataba, por el

contrario, de personas no sólo normales, sino en cierto modo “hipernormales”, por cuanto concentraban en ellas una serie de valores estimados como altamente positivos por la sociedad moderna de corte tecnológico-industrial, al menos en su versión occidental: estilo de vida ordenado y adaptado a las normas, alta capacidad de trabajo y rendimiento, hipersensibilidad a la culpa y a las deudas y una gran capacidad de entrega hacia los demás. En suma, sólo virtudes. ¿Cómo se explica entonces que justamente las personas que más rinden, cuya conducta es más normada y que menos conflictos provocan en la sociedad sean las más proclives a sufrir de esta terrible enfermedad que es la depresión? Habría dos razones: una es la relación esencial existente entre el “*typus melancholicus*”, la situación desencadenante y la enfermedad depresiva misma. Así, por ejemplo, la forma tan rígida y ordenada de habitar una casa encierra ya la posibilidad de que la situación de mudanza constituya una amenaza existencial para el “*typus melancholicus*” y al mismo tiempo prelude las experiencias de vacío y de caos que va a tener el paciente durante la enfermedad. Otro ejemplo: la forma simbiótica de vivir las relaciones interpersonales, que transforma necesariamente a las pérdidas en un motivo desencadenante de la enfermedad, etc. Esta misma correspondencia entre personalidad previa, enfermedad y situación desencadenante – otro genial descubrimiento de Tellenbach –, es válida para cada uno de los rasgos de la personalidad en cuestión y para cada una de las situaciones desencadenantes típicas. La segunda razón de esta paradoja reside en el tema arriba mencionado de la libertad. Incluso algo tan positivo como la virtud tiene que ser vivido en el ámbito de la libertad y no como un mero tener-que. El no poder dejar de ser ordenados, perfectos en el trabajo, amantes de sus seres queridos, etc., se va a transformar en una trampa mortal, porque la vida, con su infinita variabilidad e impredecibilidad, termina rompiendo cualquier modo de vivenciar o de conducirse rígidamente preestablecido.

Años más tarde, investigaciones empíricas, impecables desde el punto de vista metodológico, llevadas a cabo en München, Alemania, por von Zerssen y colaboradores a través de casi dos décadas (1969, 1982, 1988, 1992), así como una rigurosa investigación realizada en Chile por las psicólogas Anneliese Dörr y Sandra Viani (1991), han demostrado definitivamente la existencia de esta personalidad descrita por Tellenbach y su relación esencial con la enfermedad depresiva. Además, el hecho de que el sistema de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM III, IV, IV TR y DSM V) postule la existencia de

una sola depresión propiamente tal (la “depresión mayor”, con sus subformas “melancolía” y “distimia”) representa también un reconocimiento tácito del temprano descubrimiento de Tellenbach al que hicimos referencia más arriba.

Pero la obra de Tellenbach va mucho más allá de sus contribuciones al tema de la depresión y sería vano e imposible intentar un comentario sobre sus múltiples aportes al resto de la psicopatología, a la filosofía y a la literatura. Sin embargo, estimamos imprescindible mencionar, por lo menos, algunos de los temas en los cuales incursionó, siempre con la misma seriedad, profundidad y originalidad con que lo hizo en el campo de la melancolía. En el ámbito de lo psicopatológico, valga recordar sus estudios sobre el delirio (Tellenbach, 1966), la obsesividad (Tellenbach, 1983) y las psicosis epilépticas (1965). Por un trabajo, considerado hoy clásico, sobre este último tema, recibió en 1966 el premio anual de la Fundación Michael de la ex Alemania Federal. También incursionó en el campo de la terapéutica farmacológica, aunque siempre partiendo de los conocimientos adquiridos a través de su aproximación intuitivo-fenomenológica a los pacientes. Así es como describió el positivo efecto de la Imipramina (Tofranil) sobre ciertas neurosis obsesivas que mostraban una relación esencial con la depresión en 1963, vale decir, 25 años antes que un derivado directo del Tofranil, el Anafranil, fuera reconocido universalmente como el mejor tratamiento para la obsesividad (Tellenbach 1963 y 1966).

Sus aportes a algo así como una teoría de la medicina son también fundamentales. En este campo cabe destacar, en primer lugar, sus análisis sobre salud y enfermedad, brillantemente expuestos en una entrevista concedida al Suplemento Literario “Artes y Letras” del Diario *El Mercurio* en diciembre de 1990 y antes habían sido publicadas en la *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* (Tellenbach, 1979). Ahí lo vemos remontarse hasta el sentido de la salud en la Grecia de Apolo, el dios que cura, el iatromantis, y en Jesucristo. No podemos dejar de citar, en este contexto, el párrafo en que define el sentido cristiano de la salud, porque de algún modo permite asomarse a las alturas teológico-filosóficas y también a la belleza poética alcanzadas por Tellenbach en sus reflexiones:

Podríamos decir que Cristo fue la salud misma. Etimológicamente la palabra “sano” significa lo sensato, lo fuerte, lo arrebatador, lo poderoso. Y lo que emanaba del Salvador era justamente una fuerza que todo lo podía curar, un fluido que se desprendía de sus ropas y cuyo fluir mismo se sentía, aunque su atuendo no hubiese sido percibido por el roce. La fuerza que se desprendía de él era algo arrebatador, que en el momento de la resurrección de Lázaro se intensificó hasta

el punto de adoptar la forma de una extraña agitación, que Lutero traduce como: “Él se encolerizó en su espíritu y se turbó”. Al curar al ciego, el propio dios sanador manifiesta que el sentido más profundo de la superación de la enfermedad y de la muerte es el poner en evidencia la gloria de Dios. ¡El poder y la gloria! Esa es en realidad la fórmula para la salud divina. (Tellenbach, 1981).

En sus estudios sobre ética médica y sobre la enseñanza de la medicina (Tellenbach, 1974) él advirtió tempranamente sobre los peligros de la manipulación genética, la deshumanización de la medicina y sobre el peligro siempre presente de ser ésta, y en particular su enseñanza, víctima de una ideología totalitaria, como ocurrió en forma extrema bajo el régimen nacionalsocialista en la Alemania nazi, pero también en los estados donde imperara hasta hace pocas décadas el marxismo-leninismo. Para evitar estas desviaciones es fundamental enseñar al estudiante de Medicina a protegerse en contra de adoctrinamientos ciegos a los valores eternos.

Nunca me dejó satisfecho el que se haya tratado a los médicos nazis en el juicio de Nüremberg sólo como asesinos. El asunto era mucho más grave y pernicioso, por cuanto en la medida que ellos se colocaron en una relación experimental con el ser humano, semejante a la que se puede tener con un animal, estaban abandonando una concepción fundamental del cristianismo, cual es la del hombre como imagen de Dios [...] Con ello se niega de hecho la base más profunda sobre la que descansa la esencia de la “formación” (Bildung) – en oposición a la “instrucción” (Ausbildung) – porque el concepto de “formación” tiene su origen en la mística medieval: el alma aloja en su interior a Dios mismo, a cuya imagen el hombre fue creado, y el sentido de cada vida humana en particular va a consistir justamente en “con-formarse” en dirección a esa imagen. (Tellenbach, 1981)

Muy importantes han sido también sus aportes a lo que él mismo llamó “El sentido oral y lo atmosférico”, homónimo del título de un libro suyo aparecido en 1968. En un mundo dominado básicamente por los sentidos llamados superiores (vista y oído) era fundamental que alguien rescatara del olvido los sentidos del gusto y del olfato en todo lo que tienen de esencial para la formación del hombre. A nuestro modo de ver, hay dos signos menores que están confirmando la preocupación de Tellenbach por ese olvido: el aumento progresivo a lo largo del siglo XX del hábito de fumar (tendencia que afortunadamente se está revirtiendo en las últimas décadas) y que, como todo el mundo sabe, disminuye el sentido del olfato hasta casi su anulación, y los “fast food”, formas de comer “a la carrera”, prescindiendo de toda calidad en la preparación de las comidas, así como también de la compañía del otro, esencial al comer humano, a diferencia del comer animal, que es siempre solitario. Pero estos sentidos no sólo tienen que ver con la

posibilidad de captar los olores de la naturaleza y de degustar las buenas comidas, sino también con dos elementos sustantivos de la relación del hombre con su entorno y con los otros, a saber, el buen gusto y la confianza.

El primero, si está bien educado, puede llegar a tener una precisión tan grande como un axioma matemático y va a ser determinante en la moda, en la decoración, en el enjuiciamiento de la obra de arte y en la buena educación (Tellenbach, 1979). La confianza, por su parte, fundamento de la vida social, surge desde una dimensión mucho más primaria, cual es la atmósfera que emana de cada cual. Y sólo cuando las atmósferas respectivas están en consonancia, son empáticas y generan simpatía, es que puede surgir la relación de confianza entre las personas. Desde la fenomenología del sentido oral pudo Tellenbach iluminar en forma insuperable los cambios en el vivenciar y el comportarse de los sujetos que hacen una psicosis: el humor delirante y las ideas de auto-referencia (típicas transformaciones negativas de lo atmosférico) y las alucinaciones del olfato y del gusto, son fenómenos característicos del comienzo de muchos cuadros psicóticos.

No podríamos dejar de mencionar, por último, sus estudios sobre la psicopatología de algunos personajes literarios que han sido determinantes en la historia de Occidente. Es el caso del rey Edipo, Electra y Ajax, entre los griegos; de Job y Ezequiel, entre los personajes bíblicos; de Hamlet, Ofelia y el rey Lear, entre los personajes de Shakespeare; de Myshkin, Kirilov, Iván y Smerdiakov entre los de Dostoievski; etc. Con mucha razón sostuvo Tellenbach, a lo largo de su vida, que ningún psicólogo ni psiquiatra llegaría jamás en sus descripciones a coger la complejidad del fenómeno humano con la profundidad con que lo han hecho los grandes genios de la literatura universal. Y es así cómo desde el análisis del rey Edipo pudo Tellenbach descubrir momentos esenciales de ese misterioso paso que va desde la cordura a la locura; cómo del estudio de la figura de Job pudo establecer cuáles eran los pasos indispensables para impedir la caída en la melancolía (Job nunca estuvo deprimido a pesar de todas las pérdidas y desgracias que le ocurrieron), vale decir, la moderna resiliencia; cómo nos pudo mostrar que el destino trágico de Hamlet tuvo que ver con su incapacidad de resolver las antinomias propias del hombre occidental; o de qué manera se puede comprender la vida del príncipe Myshkin desde su incapacidad de tomar distancia y su tendencia permanente a fundirse con la naturaleza y con los otros, rasgo que ha resultado ser tan característico de algunos epilépticos. No podemos extendernos más en tal sentido, pero sí quisiéramos decir que

este aspecto de la obra de Tellenbach es quizás el más original, el más profundo y el que con toda seguridad permanecerá vigente por muchos años y quizás por siglos (Tellenbach, 1960, 1974).

Referencias

- Blankenburg W. (1981). "Wie weit reicht die dialektische Betrachtungsweise in der Psychiatrie?" *Z. f. Psychol. Psychother.* 29(1), 45-66.
- Blankenburg W. (1983). "La psicopatología como ciencia básica de la psiquiatría. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat.* 21, 177-88.
- Dörr-Álamos A & Viani S. (1991). *Personalidad premórbida en los distintos cuadros afectivos*. Tesis para optar al título de Psicóloga. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales, 1991.
- Doerr-Zegers, O. (2000). Existential and phenomenological approach to psychiatry. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Ed. By MG Gelder, JJ López-Ibor Jr, N C Andreasen. Oxford University Press, pp. 357-372.
- Tellenbach H. (1956). "Die Räumlichkeit der Melancholischen I". *Der Nervenarzt*, 27: 12-18.
- Tellenbach H. (1956). "Die Räumlichkeit der Melancholischen II". *Der Nervenarzt*, 27: 289- 298.
- Tellenbach H. (1960). "Gestalten der Melancholie". *Jahrb. F. Psychol. Psychotherapie u. med. Anthropologie* 7: 9.
- Tellenbach H. (1961). *Melancholie: Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathogenese, Klinik*. Berlin-Heidelberg-New York: Springer Verlag, 4. Auflage, 1983.
- Tellenbach H. (1963). "Über die Behandlung phobischer und anankastische Zustände mit Imipramin". *Der Nervenarzt* 34, p. 133-138.
- Tellenbach H. (1965). "Epilepsie als Anfallsleiden und als Psychose (über alternative Psychosen paranoider Prägung bei, forzierter Normalisierung des Elektroencephalogramms Epileptiker)". *Der Nervenarzt* 36, p. 190-202.
- Tellenbach H. (1966). Gezielte Behandlung von Schädigungsangst (Blaphophobia) mit Imipramin. *Deutsche Med. Wschr.* 91, 20-32.
- Tellenbach H. (1966) Die Dekomposition religiöser Grundakte im Wahn und in der Melancholie. *Jahrb. f. Psychol. Psychotherapie u. med. Anthropol.* 14, p. 278-287.
- Tellenbach H. (1967). Zur Phanomenologie der Eifersucht. *Der Nervenarzt* 28, 133.
- Tellenbach H. (1968). *Geschmack und Atmosphäre*. Salzburg: Otto Müller Verlag.
- Tellenbach H. (1974). Die Bildung zum Arzt: Kernstück der Ausbildung des Medizinstudenten. *Der Nervenarzt*, 45, 312-317.
- Tellenbach H. (1979). Fenomenología del estado de salud y sus consecuencias para el médico. *Rev. Chil. Neuropsiquiat.*, 17, 3-10.
- Tellenbach H. (1979). Gebildete Sinne: Bedingung glückenden Daseins". *Neues Jahrbuch* 5, 293-312.
- Tollenbach H. (1980). Zur Anthropologie des Gesundseins und deren Konsequenzen für den Arzt". *Zeitschr. f. klin. Psychol. u. Psychotherap.* 28, 57-66.

- Tellenbach, H. (1981). "Bildung und Zeitgeist". Deutsches Arzteblatt - Ärztliche Mitteilungen 78. Jahrgang/Heft 40, S. 1-5.
- Tellenbach H. (1983). L'espace et l'obsession. In: *Espace et psychopathologie*. Ed. par Ives Pelicier. Paris: Economica, pp. 89-99.
- Tellenbach H. (1992). *Schwermut, Wahn und Fallsucht in der abendlandischen Dichtung*. Hürtgenwald: Pressler.
- Zerssen D von, Koeller DM, Rey ER (1969). Objektivierende Untersuchungen zur prämorbidem Persönlichkeitstruktur affektpsychotischer Patienten. In Hippus, Selbach (Eds.) *Das depressive Syndrom*. München-Berlin-Wien: Urban & Schwarzenberg, p.183-205.
- Zerssen D von. (1982). "Personality and Affective Disorders". In: Paykel, ES. *Handbook of Affective Disorders*. New York: Churchill Livingstone, pp. 213-228.
- Zerssen D von. (1988). Der Typus manicus als Gegenstück zum Typus melancholicus in der prämorbidem Persönlichkeit und Psychose. Ed. by Janzarik W. Stuttgart: Enke.
- Zerssen D von (1992). "The Manic Type of Personality - A Variant of Cyclothimia?" Lecture given in Symposium "Personality and Affective Disorders". Annual Meeting Nr. 145 of APA. Washington DC.

Mimicry as a tool for early screening of Autism Spectrum Disorder

Mimetismo como ferramenta para o rastreamento precoce do Transtorno do Espectro Autista

Daniela Ceron-Litvoc¹, Márcia Maciel Santiago²

¹ Psiquiatra. Presidente da Sociedade Brasileira de Psicopatologia Fenômeno- Estrutural. Docente do Curso de Especialização em Psicopatologia Fenomenológica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Pesquisadora em Estudos Qualitativos pela Universidade de São Paulo. E-mail: daniela@ceronlitvoc.com.

² Médica psiquiatra. Fellow of the Royal College of Physicians of Canada (FRCPC). E-mail: marciahmaci@gmail.com

Abstract

This is a theoretical paper in which we address the question of mimicry, one type of imitation behavior, in the first year of life through a phenomenological perspective. We conceptualize imitation in the first year of life with an emphasis on intentionality and argue that there are two types of imitation phenomena in infants: non-intentional and intentional imitation. As a conclusion, we generate the hypothesis as to whether mimicry could be used to the screening of Autism Spectrum Disorders so that it does not rely solely on questionnaires or expensive structured interviews.

Keywords: Mimicry; Screening; Early detection; Autism Spectrum Disorders; Phenomenology.

Resumo

Abordamos, neste artigo teórico, a questão do mimetismo, um tipo de comportamento de imitação, por meio de uma perspectiva fenomenológica. Analisamos a imitação no primeiro ano de vida com ênfase na intencionalidade e argumentamos que existem dois tipos de fenômenos de imitação em bebês: imitação não intencional e imitação intencional. Como conclusão, levantamos a hipótese de que o mimetismo poderia ser usado para a triagem de Transtornos do Espectro Autista de forma que não dependa apenas de questionários ou entrevistas estruturadas de difícil acesso.

Palavras-chaves: Mimetismo; Rastreamento; Detecção precoce; Transtorno do Espectro Autista; Fenomenologia.

Introduction

Although Autism Spectrum Disorders (ASD) prevalence seems to be the same around the world (Elsabbagh et al., 2012), the vast majority of research on ASD has been carried out in high-income countries (Durkin et al., 2015). Advancements in early diagnosis of ASD have been put forward by biomarkers such as eye-tracking measures of social attention (Bradshaw et al., 2019). Nonetheless, the costs associated with it tend to perpetuate inequality in the screening of children for early interventions in low-income countries. In order to develop an autism surveillance program in low-income countries, a low-cost and feasible tool that could be used by front line health care workers would be the ideal instrument. Such a tool is important for primary care services to detect ASD earlier and plan for early intervention. The design and implementation of a screening program for ASD is beyond the scope of this paper. Our aim is to conceptualize mimicry as an early marker for altered social development in infants.

Interpersonal synchrony, imitation and mimicry are considered prosocial behaviors (Lakin et al., 2003). Imitation is a behavioral match in interpersonal coordination (Hove and Risen, 2009), an essential pro-social behavior to social-communicative function and it is expected to be present since the first steps of development (Bandura, 1969; Rochat, 2012; Meltzoff and Moore, 1977; 1983; 1989; Meltzoff 1988; Dijksterhuis and Bargh, 2001). Imitation parameters could be useful to assess infants who diverge in early stages of interpersonal response (Paukner et al., 2014). Imitation can be pre reflexive, unconscious; its neurobiological underpinnings may lie on the mirror neurons (Gallese et al., 1996; Gallese et al., 2004; Dimberg et al., 2000; Carr et al., 2003; Preston and De Waal, 2002). Imitation can be also conscious, intentional (an element to fulfill the needs of whoever performs the action), and self-initiated, encompassing self-awareness that the self is the one who is the author of the action (Haggard and Clark 2003). The conscious and intentional imitation is contingent on the ability to recognize the boundaries between the self and the other (Piaget 1999, 2000).

Intentional and non-intentional imitation

If we take in consideration the descriptions of Jean Piaget (1999, 2000) as well as of other important developmental theorists such as Bowlby (1951), Stern (1985), Mahler (1968), we can consider the end of the first semester of life as a benchmark to delimitate when infants will perceive themselves as separate from others. After this realization, an interpersonal relationship is truly possible as there is *I* and *you* (Gallese, 2014). This form of interpersonal

relationship *I-you* brings intentionality to the equation. Therefore, after the 6th month of life, in addition to the ability to imitate unintentionally (mimicry), comes the ability to imitate others intentionally (Piaget 1999, 2000) and both phenomena will continue throughout life.

Based on the ability to recognize the self and the other as separate entities, we propose the definition of two types of imitation phenomena. The “Intentional Imitation” (*II*) occurs when infants can consider their own selves as separated from others in an interpersonal relationship *I-you*. This allows for an infant at this stage of development to appreciate that there is some intentionality in the relationship. Once a boundary is drawn between the self and another, it becomes possible for one to imitate another with an intention such as the intention to draw a response from another (Hamlin, 2007). Thereafter, infants will reproduce actions knowing that this imitation in itself has an impact in the social world (Tomasello and Carpenter, 2005). Imitation from now on implies an understanding of intentions and is not limited to an unconscious, unintentional reproduction of another person’s muscle movement (Call and Carpenter, 2002). Therefore, *II* can only appear when infants can perceive themselves as separate from others what occurs after the first semester of life as cited above.

The other type of imitation, defined in this article as “Non-Intentional Imitation” (*NII*) refers to the imitation phenomenon that occurs without a conscious intention to imitate, without intentionality in the act, being limited to an unintentional copying behavior (Call and Carpenter, 2002). Consequently, there is no need to perceive the other as separated to the self in order to *NII* to happen. The *NII* can occur in any moment of life and examples of it encompass the tongue protrusion observed since birth (Meltzoff and Moore, 1977; Field et al., 1982; Massen, 2017). If, by definition, mimicry is an unintentional reproduction of another person’s muscle movement, mimicry can be considered a paradigm of a *NII*.

As we postulated above, the first semester of life is characterized by a period when the infant cannot experience a boundary between the self and another, which makes intentional behavior impossible. So, in this period of time, the imitation phenomenon is restricted to its unintentional form (*NII*). After the second semester of life, the imitation phenomenon acquires the ability to also perform its intentional form (*II*) in parallel with *NII*.

Mimicry

Mimicry is a specific imitation phenomenon restricted to unintentional reproduction of another person’s muscle movements at any age (Want and Harris, 2002), for example when

adults match postures, gestures, prosody and syntactic constructions (Chartrand and Bargh, 1999). According to Hess and Fischer (2013), mimicry can be considered a social behavior and is related to the roots of empathy (Chartrand and Bargh, 1999; Sonnby–Borgström, 2002; Lakin et al., 2003; Hove and Risen, 2009). Empathy occurs when the other person is experienced as another but, at the same time, as similar. An important component of similarity is the common experience of actions, grounded in our lived bodily pre reflexive experience, establishing an embodied interindividual link. “Whenever we look at someone performing an action, beside the activation of various visual areas, there is a concurrent activation of the motor circuits that are recruited when we ourselves perform that action. Although we do not overtly reproduce the observed action, our motor system becomes nevertheless active *as if* we were executing that very same action that we are observing.” (Gallese, 2003, 174).

Such behavior can be observed since the first days of life as follow. Isomura and Nakano (2016) demonstrated that infants in the first semester of life respond to emotional expression on others by activating facial mimicry. Paukner et al. (2014) demonstrated neonatal imitation in one-week-old infant monkeys. Nagy et al. (2014) used an easy and feasible imitation test in order to show that neonates learn and imitate some gestures.

ASD is associated to altered brainstem function, limiting expressive movements of the eyes, face, and vocal muscles, which affects early development of preverbal social skills (Rodier and Arndt, 2005; Teitelbaum et al., 1998). We found few studies with preliminary data indicating that mimicry can be impaired in autistic subjects. Impaired imitation abilities have been observed in children over 24 months of age diagnosed with autism in a case-control study of 32 subjects (Carpenter et al., 2005). According to another case-control study, mimicry seems to be impaired in autistic teenagers and adults (McIntosh et al., 2006). Autism is associated with a deficit on spontaneous mimicry in children such as while passively observing certain movements on others (Oberman et al., 2009; Cattaneo, 2007). For instance, typically developed children activated mylohyoid muscles (which promote the movements that lower the jaw and raise the tongue for reaching-to-grasp-to-eat) when they watch another person eating, but in autistic individuals there was no anticipatory activation (Cattaneo et al., 2007).

In this paper we will argue that the assessment of mimicry can be used as a tool for screening of children with a high risk to develop autism. However, in order to use mimicry for this purpose, we still have one open question: what is the best moment during the first year of life to assess mimicry? Is there a golden period to use mimicry as a screening tool? The question

of timing is pertinent because mimicry is present throughout life and, most importantly, because autistic individuals with impaired mimicry can show normal responses when explicitly instructed to copy the expression, a behavior called emulation (McIntosh et al., 2006; Hamilton, 2008; Edwards, 2014). Autistic children can copy a behavior, but they fail to spontaneously initiate it (McIntosh et al., 2006).

Mimicry as a screening tool for ASD

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by impairments in social interactions and communication and by the presence of restricted and repetitive behaviors (American Psychiatry Association, DSM-5, 2013). Although the diagnosis should be made with caution in children less than 18-month-old, early interventions make the greatest impact in those with ASD (Dawson et al., 2012; Dawson, 2009).

Early signs of autism can be included in the large group of imitative behaviors encompassing mimicry, imitation, and emulation (Want and Harris, 2002) as follows. Individuals diagnosed with ASD show since early age reduced ability to initiate joint attention to share interests or emotions (Osterling and Dawson, 1994; Bruinsma et al., 2004), excessive mouthing of objects and aversion to social touch (Matson et al., 2008), and weaker interpersonal synchrony in a dyadic interaction (Yun et al., 2012; Hari et al., 2013; Yirmiya et al., 2006). Longitudinal studies have showed that infants later diagnosed with autism begin to statistically diverge from typical development around the 12th month in regard to social reciprocity (Landa et al., 2012; Ozonoff et al., 2010). While typical developing infants show a preference for looking at faces in the first semester of life (Maestro, 2005), infants later diagnosed with ASD show less attention to a person or to a person's face at the age of 6-month-old (Chawarska et al., 2012).

The ability to look at another face seems to be intact at birth in infants who are later diagnosed with ASD, but it starts to diverge from typically developing infants between the second and sixth month of life (Jones and Klin, 2013). Feldman (2007a, 2007b) had indicated that from an evolutionary perspective, the transition from touch to vision around 2 to 3 months is a shift from maternal behaviors shared by all mammals to relational behaviors that are exclusively human and suggested that parents could accentuate mutual gaze in order to stimulate the emerging social brain. The importance of eye gazing in infant development cannot be overstated given that it is during face-to-face interactions in shared contexts that the

groundwork for social understanding is laid (Jaegher and Di Paolo, 2007; Fuchs and Jaegher, 2009; Gallagher, 2011).

Given that early interventions have been shown to affect the course of autism (Dawson et al., 2012; Dawson, 2009), the American Academy of Pediatrics has recommended that 18- and 24-month-old children be screened for ASD (Johnson and Myers, 2007). However, it is plausible that interventions before 12 months could have a role in mitigating or preventing the developmental delays and autistic behavior patterns even earlier (Rogers et al., 2014; Bradshaw et al., 2014; Estes et al., 2015; Zwaigenbaum et al., 2015) and it could also be more cost-effective than those interventions designed for toddlers (Cidav et al., 2017). Therefore, there is a large interest in the field to identify feasible tools for screening early signs of ASD.

After this brief discussion, we can return to our question: what is the best moment during the first year of life to assess mimicry as a screening tool for ASD? If we consider that *II* is less affected than *III* in ASD, we should look for a period when imitation behavior is restricted to its *III* form. Thereafter, we propose that the first semester of life is a golden period to evaluate mimicry as a screening tool for ASD, a period where the mimicry is restricted to *III*. A potential bias caused by imitation behaviors with intention is naturally excluded in this period of life. Consequently, the only possible imitation phenomenon in the first semester of life is the *III*. Considering mimicry a type of *III* phenomenon, it follows that it could be a feasible screening tool for early social behavior.

Particularly in the first semester of life, when imitation is predominantly unintentional and represented by mimicry, the presence or absence of mimicry components (unintentional) can indicate early disruptions in *III*. The first semester of life is a golden period to screen for the presence or absence of mimicry. In addition to these theoretical analyses, we have to emphasize that mimicry of facial muscle movements is considered a feasible measure (low-risk, low-cost), and has a long timeline research of reliable scoring options described (Bavelas et al., 1986; Lakin et al., 2008). Also, mimicry can be easily assessed, even at the neonate period (Nagy et al., 2014). The parameters more frequently cited as promising strategies to identify incipient ASD are MRI, EEG and eye metrics (Zwaigenbaum and Penner, 2018). Mimicry could be considered an interesting option to early identification of individuals with high risk of developing ASD, however, to our knowledge, there is no data about mimicry as a screening tool for ASD in first semester of life.

Conclusion

To the best of our knowledge, this is the first attempt to address the different types of imitation phenomena in early development with a compelling argument for the experiential use of it as a marker for ASD. Our article explores the use of facial mimicry as an empirical representation of the imitation phenomenon.

ASD is a disorder characterized by a deviation in interpersonal relationships and earlier in this article, *II* seems to be less altered than *NII* in ASD adolescents and adults subjects. Although *NII* seems to be altered in ASD patients, its assessment in the second semester of life can lead to confusion because it is a period of infant development when the imitation phenomenon encompasses both intentional and unintentional features. In other words, the existence of intentionality towards another in the second semester of life associated with intentional imitation may conceal a deficit in *NII*. Given that the first semester of life is a period of the development in which a child conceives his/her self as blended to caregiver, that precludes the presence of intentionality in any imitation behavior in contrast to when imitation occurs in the second semester of life. Therefore, a pristine assessment of *NII* is only possible in the first semester of life which is when the *II* phenomenon has not emerged yet. Moreover, the assessment of facial mimicry, a type of *NII*, in the first semester of life could potentially become a feasible and inexpensive tool to be used for the screening of infants with high risk of ASD. This hypothesis should be trialed in community studies to determine its accuracy in detecting infants that deserve preventative interventions for autism.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American psychiatric Publishing.
- Bavelas, J. B., Black, A., Lemery, C. R., Macinnis, S., & Mullett, J. (1986). Experimental methods for studying elementary motor mimicry. *Journal of Nonverbal Behavior*, *10*(2), 102-119. doi:10.1007/bf01000007
- Bowlby, J. (1951). Maternal care and mental health. *World Health Organization*. Geneva.
- Bradshaw, J., Shic, F., Holden, A.N., Horowitz, E.J., Barret, A.C., German, T.C. et al (2019). The use of eye tracking as a biomarker of treatment outcome in a pilot randomized clinical trial for young children with autism. *Autism Research*, *12*, 779-93.
- Bradshaw, J., Steiner, A. M., Gengoux, G., & Koegel, L. K. (2014). Feasibility and effectiveness of very early intervention for infants at-risk for autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *45*(3), 778-794. doi:10.1007/s10803-014-2235-2
- Bruinsma, Y., Koegel, R. L., & Koegel, L. K. (2004). Joint attention and children with autism: A review of the literature. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, *10*(3), 169-175. doi:10.1002/mrdd.20036
- Call, J., & Carpenter, M. (2002). Three sources of information in social learning. In K. Dautenhahn, & C. Nehaniv (Eds.), *Imitation in animals and artifacts* (pp. 21 1-228). Cambridge, MA: MIT Press.
- Carpenter, M., Tomasello, M., & Striano, T. (2005). Role reversal imitation and language in typically developing infants and children with autism. *Infancy*, *8*(3), 253-278. doi:10.1207/s15327078in0803_4
- Carr, L., Iacoboni, M., Dubeau, M. C., Mazziotta, J. C., & Lenzi, G. L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the national Academy of Sciences*, *100*(9), 5497-5502.
- Cattaneo, L., Fabbri-Destro, M., Boria, S., Pieraccini, C., Monti, A., Cossu, G., & Rizzolatti, G. (2007). Impairment of actions chains in autism and its possible role in intention understanding. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *104*(45), 17825-17830. doi:10.1073/pnas.0706273104
- Chawarska, K., Macari, S., & Shic, F. (2012). Context modulates attention to social scenes in toddlers with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *53*(8), 903-913. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02538.x
- Chartrand, T. L., & Bargh, J. A. (1999). The chameleon effect: The perception-behavior link and social interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, *76*(6), 893-910. doi:10.1037//0022-3514.76.6.893
- Cidav, Z., Munson, J., Estes, A., Dawson, G., Rogers, S., Mandell, D. (2017). Cost offset associated with Early Start Denver model for children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(9), 777-783. doi:10.1016/j.jaac.2017.06.007.pmid:19403506.
- Cirelli, L. K. (2018). How interpersonal synchrony facilitates early prosocial behavior. *Current Opinion in Psychology*, *20*, 35-39. doi:10.1016/j.copsyc.2017.08.009

- Cirelli, L. K., Einarson, K. M., & Trainor, L. J. (2014). Interpersonal synchrony increases prosocial behavior in infants. *Developmental Science*, 17(6), 1003-1011. doi:10.1111/desc.12193
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J. et al. (2009). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: The Early Start Denver model. *Pediatrics*, 125(1). doi:10.1542/peds.2009-0958
- Dawson, G., Jones, E. J., Merkle, K., Venema, K., Lowy, R., Faja, S et al. (2012). Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(11), 1150-1159. doi: 10.1016/j.jaac.2012.08.018
- Dijksterhuis, A., & Bargh, J. A. (2001). The perception-behavior expressway: Automatic effects of social perception on social behavior. *Advances in Experimental Social Psychology Volume 33 Advances in Experimental Social Psychology*, 1-40. doi:10.1016/s0065-2601(01)80003-4
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological science*, 11(1), 86-89.
- Durkin, M.S., Elsabbagh, M., Barbaro, J., Gladstone, M., Happe, F., Hoekstra, R.A. (2015) Autism screening and diagnosis in low resource settings: Challenges and opportunities to enhance research and services worldwide. *Autism Research*, 8, 473-6.
- Edwards, L. A. (2014). A meta-analysis of imitation abilities in individuals with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 7(3), 363-380. doi: 10.1002/aur.1379
- Elsabbagh, M., Divan, G., Koh, Y-J., Kim, Y.S., Kauchali, S., Marcin, C., et al. (2012). Global prevalence of autism and other pervasive developmental disorders. *Autism Research*, 5, 160-79.
- Estes, A., Munson, J., Rogers, S. J., Greenson, J., Winter, J., & Dawson, G. (2015). Long-term outcomes of early intervention in 6-year-old children with autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(7), 580-587. doi: 10.1016/j.jaac.2015.04.005
- Feldman, R. (2007)a. On the origins of background emotions: From affect synchrony to symbolic expression. *Emotion*, 7(3), 601-611. doi:10.1037/1528-3542.7.3.601
- Feldman, R. (2007)b. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 329-354. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x
- Field, T., Woodson, R., Greenberg, R., & Cohen, D. (1982). Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*, 218(4568), 179-181. doi:10.1126/science.7123230
- Fuchs, T., & Jaegher, H. D. (2009). Enactive intersubjectivity: Participatory sense-making and mutual incorporation. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 8(4), 465-486. doi:10.1007/s11097-009-9136-4
- Gallagher, S. (2011). In defense of phenomenological approaches to social cognition: interacting with the critics. *Review of Philosophy and Psychology*, 3(2), 187-212. doi:10.1007/s13164-011-0080-1

- Gallese, V. (2014). Bodily selves in relation: Embodied simulation as second-person perspective on intersubjectivity. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 369(1644), 20130177-20130177. doi:10.1098/rstb.2013.0177.
- Gallese, V., Fadiga, L., Fogassi, L., & Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the premotor cortex. *Brain*, 119(2), 593-609. doi:10.1093/brain/119.2.593
- Gallese, V., Keysers, C., & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 8(9), 396-403. doi:10.1016/j.tics.2004.07.002
- Haggard, P., & Clark, S. (2003). Intentional action: Conscious experience and neural prediction. *Consciousness and Cognition*, 12(4), 695-707. doi:10.1016/s1053-8100(03)00052-7
- Hamilton, A. F. (2008). Emulation and mimicry for social interaction: A theoretical approach to imitation in autism. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 61(1), 101-115. doi:10.1080/17470210701508798
- Hamlin, J. K., Wynn, K., & Bloom, P. (2007). Social evaluation by preverbal infants. *Nature*, 450(7169), 557-559. doi:10.1038/nature06288
- Hari, R., Himberg, T., Nummenmaa, L., Hämäläinen, M., & Parkkonen, L. (2013). Synchrony of brains and bodies during implicit interpersonal interaction. *Trends in Cognitive Sciences*, 17(3), 105-106. doi:10.1016/j.tics.2013.01.003
- Hess, U., & Fischer, A. H. (2013). Conclusion: Toward a better understanding of emotional mimicry. *Emotional Mimicry in Social Context*, 222-229. doi:10.1017/cbo9781107587595.011
- Hove, M. J., & Risen, J. L. (2009). It's all in the timing: Interpersonal synchrony increases affiliation. *Social Cognition*, 27(6), 949-960. doi:10.1521/soco.2009.27.6.949
- Isomura, T., & Nakano, T. (2016). Automatic facial mimicry in response to dynamic emotional stimuli in five-month-old infants. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 283(1844), 20161948. doi:10.1098/rspb.2016.1948
- Jaegher, H. D., & Paolo, E. D. (2007). Participatory sense-making. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 6(4), 485-507. doi:10.1007/s11097-007-9076-9
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. doi:10.1542/peds.2007-2361
- Jones, W., & Klin, A. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2–6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 504(7480), 427-431. doi:10.1038/nature12715
- Lakin, J. L., Jefferis, V. E., Cheng, C. M., & Chartrand, T. L. (2003). The chameleon effect as social glue: evidence for the evolutionary significance of nonconscious mimicry. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(3), 145-162. doi:10.1023/a:1025389814290
- Lakin, J. L., Chartrand, T. L., & Arkin, R. M. (2008). I am too just like you. *Psychological Science*, 19(8), 816-822. doi:10.1111/j.1467-9280.2008.02162.x
- Landa, R. J., Gross, A. L., Stuart, E. A., & Bauman, M. (2012). Latent class analysis of early developmental trajectory in baby siblings of children with autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 986-996. doi:10.1111/j.1469-7610.2012.02558.x
- Maestro, S., Muratori, F., Cavallaro, M. C., Pecini, C., Cesari, A., Paziente, A. et al. (2005). How young children treat objects and people: An empirical study of the first year of life in

- autism. *Child Psychiatry and Human Development*, 35(4), 383-396. doi:10.1007/s10578-005-2695-x
- Mahler, M. S. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. *Infantile Psychosis*, Volume 1.
- Massen, J. J., & Gallup, A. C. (2017). Why contagious yawning does not (yet) equate to empathy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 80, 573-585. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.07.006
- Matson, J. L., Wilkins, J., & González, M. (2008). Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: How early is too early? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2(1), 75-84. doi:10.1016/j.rasd.2007.03.002
- McIntosh, D. N., Reichmann-Decker, A., Winkielman, P., & Wilbarger, J. L. (2006). When the social mirror breaks: Deficits in automatic, but not voluntary, mimicry of emotional facial expressions in autism. *Developmental Science*, 9(3), 295-302. doi:10.1111/j.1467-7687.2006.00492.x
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1977). Imitation of facial and manual gestures by human neonates. *Science*, 198(4312), 75-78. doi:10.1126/science.198.4312.75
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1989). Imitation in newborn infants: Exploring the range of gestures imitated and the underlying mechanisms. *Developmental Psychology*, 25(6), 954-962. doi:10.1037//0012-1649.25.6.954
- Meltzoff, A. N. (1988). Infant imitation after a 1-week delay: Long-term memory for novel acts and multiple stimuli. *Developmental Psychology*, 24(4), 470-476. doi:10.1037//0012-1649.24.4.470
- Meltzoff, A. N., & Moore, M. K. (1983). Newborn infants imitate adult facial gestures. *Child Development*, 54(3), 702. doi:10.2307/1130058
- Nagy, E., Pal, A., & Orvos, H. (2014). Learning to imitate individual finger movements by the human neonate. *Developmental Science*, 17(6), 841-857. doi:10.1111/desc.12163
- Oberman, L. M., Winkielman, P., & Ramachandran, V. S. (2009). Slow echo: Facial EMG evidence for the delay of spontaneous, but not voluntary, emotional mimicry in children with autism spectrum disorders. *Developmental Science*, 12(4), 510-520. doi:10.1111/j.1467-7687.2008.00796.x
- Osterling, J., & Dawson, G. (1994). Early recognition of children with autism: A study of first birthday home videotapes. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(3), 247-257. doi:10.1007/bf02172225
- Ozonoff, S., Iosif, A., Baguio, F., Cook, I. C., Hill, M. M., et al. (2010). A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3). doi:10.1097/00004583-201003000-00009
- Paukner, A., Simpson, E. A., Ferrari, P. F., Mrozek, T., & Suomi, S. J. (2014). Neonatal imitation predicts how infants engage with faces. *Developmental Science*, 17(6), 833-840. doi:10.1111/desc.12207
- Piaget, J. (1999). *The Construction of Reality in the Child*. England: Psychology Press.
- Piaget, J. (2000). *Play, Dreams And Imitation In Childhood*. International Library of Psychology.

- Preston, S. D., & De Waal, F. B. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and brain sciences*, 25(1), 1-20.
- Rochat, P. (2012). Sense of "sameness" as foundation of infants' embodied subjectivity and intersubjectivity. In A. Fotopoulou, S. Pfaff, & M. A. Conway, *From the Couch to the Lab: Psychoanalysis, Neuroscience and Cognitive Psychology in Dialogue* (p. 427-438). Oxford: University Press.
- Rodier, P. M., and Arndt, T. L. (2005). "The brainstem in autism," in *The Neurobiology of Autism*, 2 Edn., eds M. L. Bauman and T. L. Kemper (Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press), 136-149.
- Rogers, S. J., Vismara, L., Wagner, A. L., McCormick, C., Young, G., & Ozonoff, S. (2014). Autism treatment in the first year of life: A pilot study of infant start, a parent-implemented intervention for symptomatic infants. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(12), 2981-2995. doi:10.1007/s10803-014-2202-y
- Sonnby-Borgstrom, M. (2002). Automatic mimicry reactions as related to differences in emotional empathy. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43(5), 433-443. doi:10.1111/1467-9450.00312
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Karnac Books.
- Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Nye, J., Fryman, J., & Maurer, R. G. (1998). Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(23), 13982-13987. doi:10.1073/pnas.95.23.13982
- Tomasello, M., & Carpenter, M. (2005). Intention reading and imitative learning. In S. Hurley & N. Chater (Eds.), *Perspectives on imitation: From neuroscience to social science* (Vol. 2, p. 133-148). Cambridge, MA: MIT Press.
- Want, S. C., & Harris, P. L. (2002). Social learning: Compounding some problems and dissolving others. *Developmental Science*, 5(1), 39-41. doi:10.1111/1467-7687.00206
- Yirmiya, N., Gamliel, I., Pilowsky, T., Feldman, R., Baron-Cohen, S., & Sigman, M. (2006). The development of siblings of children with autism at 4 and 14 months: Social engagement, communication, and cognition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 511-523. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01528.x
- Yun, K., Watanabe, K., & Shimojo, S. (2012). Interpersonal body and neural synchronization as a marker of implicit social interaction. *Scientific Reports*, 2(1). doi:10.1038/srep00959
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Fein, D., Pierce, K., Buie, T., Davis, P. A., et al. (2015). Early screening of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136 (Supplement). doi:10.1542/peds.2014-3667d
- Zwaigenbaum, L., Penner, M.(2018). Autism spectrum disorder: advances in diagnosis and evaluation. *British Medical Journal*. doi:10.1136/bmj.k1674

Os paradoxos da existência e a psicoterapia: Rollo May and Kierkegaard

The paradoxes of existence and psychotherapy: Rollo May and Kierkegaard

Las paradojas de la existencia y la psicoterapia: Rollo May y Kierkegaard

Carlos Campelo da Silva¹

¹ Mestre em Ciências da Religião pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas). Graduação em Psicologia – Universidade Paulista (UNIP). Docente do curso de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Coordenador do curso de Psicologia – Universidade Metodista de Piracicaba. (UNIMEP)

E-mail: carloscampelo.psi@gmail.com

Trabalho apresentado no IV Congresso Luso-Brasileiro de Práticas Clínicas Fenomenológico existenciais.

Resumo

O objetivo deste trabalho é apresentar o conceito do paradoxo na clínica existencial-humanista, a partir de Rollo May e Kierkegaard. Ao utilizar a palavra dilema no título de seu livro *A psicologia e o dilema humano* (1979), Rollo May (1909-1994), explica que não a utiliza em um sentido técnico, mas seu uso consiste em referir-se às polaridades e aos paradoxos que são inescapavelmente humanos. Entretanto, ainda que o paradoxo seja parte fundamental da existência humana, muitas vezes tentamos fugir dele desenvolvendo excessivamente uma das polaridades para escapar da outra. Daí surgirem muitos distúrbios que conduzem as pessoas às clínicas e aos consultórios psicoterapêuticos. Porém, o psicólogo norte-americano salienta que as polaridades são também a fonte de energia e de criatividade humana, pois é do confronto construtivo das tensões, que o paradoxo produz, que nos tornamos criativos. O conceito de paradoxo é fundamental no pensamento do filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard (1813-1855), de quem Rollo May recebe influência e, desse modo, o presente artigo pretende afirmar a importância do paradoxo na existência humana e na clínica existencial-humanista.

Palavras-chave: Psicoterapia; Dilema humano; Paradoxo; May; Kierkegaard.

Abstract

The objective of this work is to present the concept of the paradox in the existential-humanist clinic, from Rollo May and Kierkegaard. When using the word dilemma in the title of his book *Psychology and the human dilemma* (1979), Rollo May (1909-1994) explains that he does not use it in a technical sense, but its use consists in referring to polarities and paradoxes who are inescapably human. However, even though the paradox is a fundamental part of human existence, we often try to escape from it by excessively developing one of the polarities to escape the other. Hence, many disorders arise that lead people to psychotherapeutic clinics and offices. However, the North American psychologist points out that polarities are also the source of human energy and creativity, as it is from the constructive confrontation of the tensions that the paradox produces that we become creative. The concept of paradox is fundamental in the thinking of the Danish philosopher Søren Kierkegaard (1813-1855), from whom Rollo May is influenced, in this way, this article intends to affirm the importance of the paradox in human existence and in the existential-humanist clinic.

Keywords: Psychotherapy; Human dilemma; Paradox; May; Kierkegaard.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar el concepto de paradoja en la clínica existencial-humanista, de Rollo May y Kierkegaard. Al usar la palabra dilema en el título de su libro *Psicología y el dilema humano* (1979), Rollo May (1909-1994), explica que no la usa en un sentido técnico, sino que su uso consiste en referirse a polaridades y paradojas que son ineludiblemente humanas. Sin embargo, aunque la paradoja es una parte fundamental de la existencia humana, a menudo intentamos escapar de ella desarrollando excesivamente una de las polaridades para escapar de la otra. De ahí que surjan muchos trastornos que llevan a las personas a clínicas y consultorios psicoterapéuticos. Sin embargo, lo psicólogo norteamericano señala que las polaridades son también fuente de energía y creatividad humana, ya que es a partir del enfrentamiento constructivo de las tensiones, que produce la paradoja, que nos volvemos creativos. El concepto de paradoja es fundamental en el pensamiento del filósofo danés Søren Kierkegaard (1813-1855), de quien se influye Rollo May, de esta forma, este artículo pretende afirmar la importancia de la paradoja en la existencia humana y en la clínica existencial-humanista.

Palabras clave: Psicoterapia; Dilema humano; Paradoja; May; Kierkegaard.

“*Todas as pessoas trazem em si o espírito de contradição e o prazer pelo paradoxo*”

(Goethe, *Poesia e Verdade*, p. 421)

Introdução

Em 1969, no prefácio da segunda edição da obra *Psicologia Existencial*, Rollo May (1909-1994) cunha o termo “psicologia existencial-humanista”. Essa perspectiva de psicologia permanece viva, contando com nomes como Irvin Yalom (1931) e Kirk Schneider (1956). A psicologia existencial, tal como foi concebida por May, distingue-se de outros modelos de terapia existencial, haja vista as várias influências que o psicólogo norte-americano recebeu – e não abriu mão de utilizá-las na compreensão do ser humano.

May foi influenciado pelo pai da psicanálise Sigmund Freud, mas principalmente pelos neo-freudianos Erick Fromm, Harry Stack Sullivan e Otto Rank. Além disso, também recebeu influência da Psicologia Analítica de Carl Jung e da Psicologia Individual de Alfred Adler. E não para por aí, já que May inspirou-se ainda no trabalho de Willian James. Nesse contexto, de todas essas referências, uma das mais importantes para o desenvolvimento de sua psicologia existencial foi o contato que teve com o filósofo e teólogo Paul Tillich. Ele conheceu Tillich ainda em 1933 enquanto estudava teologia no Union Theological Seminary. Tillich foi o responsável por apresentar o filósofo Søren Kierkegaard a May, e é principalmente essa referência que queremos analisar daqui em diante, em especial, o uso do conceito do paradoxo por May, sendo esse conceito uma categoria fundamental do pensamento de Kierkegaard.

Muito antes de publicar o livro *Existence: a new dimension em Psychiatry e and Psychology*, em 1959, que tornaria May conhecido como um psicólogo existencialista (May, 2012, p. 13), o pensador dinamarquês já era uma referência importante em seu pensamento. Dez anos antes, ele defenderia a sua tese sobre *O significado da ansiedade*, que seria publicada como livro no ano seguinte. Nessa obra, Kierkegaard surge como uma referência fundamental para a compreensão do tema da ansiedade que May estudava naquele momento, porém, mais do que uma referência para sua tese, a experiência de May com Kierkegaard foi a nível existencial. É o próprio May quem nos conta:

Há alguns anos atrás, enquanto trabalhava em meu livro *O significado da ansiedade*, contraí tuberculose e passei um ano e meio no leito, em um sanatório. Naquele tempo, não havia remédios para a doença; e, enquanto esperava, hora após hora, e dia após dia, até o final de cada mês, para ver se o raio-X mostraria minha cavidade pulmonar tornando-se menor ou maior, tive tempo bastante para ponderar o significado da ansiedade – e suficientes dados de primeira mão em mim próprio e em meus

companheiros enfermos. No decurso da doença, estudei os dois únicos livros escritos até aquele momento sobre a ansiedade: *O problema da ansiedade*, de Freud, e *O conceito de angústia* de Kierkegaard. [...] O que me impressionou fortemente foi que Kierkegaard escrevia precisamente sobre o que meus companheiros doentes e eu próprio estávamos sofrendo. (May, 1961/1986, p. 3)

Desde então, May, não deixou de amparar-se em Kierkegaard e em sua Psicologia Existencial, e essa característica experiencial, tal como descrita no fragmento acima, é o que une tantos autores diversos no pensamento de May: “O que importa no pensamento existencialista de May é o ser da experiência imediata, ou seja, o que é vivido como sentido. May procura compreender todos os autores que explora nesta direção interpretativa”. (Barrocas citado por Ponte & Sousa, 2011, p. 52).

O dilema humano: a importância do paradoxo na psicoterapia

Em 1990, Rollo May fez uma nota introdutória ao livro do seu discípulo Kirk Schneider, que estampava em sua capa o título de *Self Paradoxical*. Nessa nota, May afirma: “trata-se do paradoxo da vida sobre o qual falam Paul Tillich, Kierkegaard, Nietzsche e outros, mas que foi esquecido na nossa época de pseudoprosperidade” (1993, p. 9). Desse modo, May conclui que Schneider está bem acompanhado em suas reflexões. E por que não acrescentar a essa companhia o nome do próprio Rollo May?

Ao falar da importância do conceito de paradoxo para a psicologia em 1990, May apenas reafirma o que havia afirmado expressamente em 1967 em sua obra *A psicologia e o dilema humano*. Embora seja a palavra “dilema”, e não “paradoxo”, que está na capa do livro, May explica que esse termo não é utilizado em seu sentido técnico, e sim usado em referência às polaridades e aos paradoxos da existência humana. Desse modo, ao esclarecer o tema da obra, Rollo May, salienta que:

Ele origina-se da grande variedade e riqueza da natureza humana, de um lado, e da banalidade e mesquinaria, de outro. Esse tema origina-se também do contraste entre a generosidade do ser humano e a suprema crueldade de que somos igualmente capazes. Apresentamos uma capacidade admirável para a razão, mas ela está em perpétuo conflito com o nosso comportamento espantosamente irracional. Nós temos a experiência da alegria e da criatividade num dia e, no dia seguinte, observamos que não diminuimos em nada a nossa propensão para o desespero e a frustração (May, 1967/2009, p. 9).

Desse modo, fica claro que é sobre o paradoxo que May quer tratar. Para o autor, são esses paradoxos que levam as pessoas aos consultórios psicológicos, pois ao tentar escapar do

paradoxo, muitos acabam desenvolvendo excessivamente um lado da polaridade e, assim, surgem muitos distúrbios (May, 1967/2009, p. 10). Alguns tentam escapar do paradoxo, tentando enfatizar apenas o lado objetivo da vida, enquanto outros, tentam enfatizar o lado subjetivo. Para May, isso é uma super simplificação².

Nesse sentido, May observa que a psicoterapia de sua época estava efetuando uma super simplificação do ser humano ao não considerar o paradoxo. Para ilustrar tal cenário, o psicólogo recorre à controvérsia Rogers-Skinner³. De acordo com May (1967/2009, p. 34), Skinner, a partir do seu trabalho sobre condicionamento operante, acredita que o paradoxo pode ser evitado por meio da aplicação “universal dos seus pressupostos e métodos comportamentais”. Skinner (citado por May, 1967/2009, p. 34) argumenta que “o organismo individual simplesmente reage de preferência ao seu ambiente, do que a alguma experiência interna daquele ambiente, a bifurcação da natureza em propriedade físicas e psíquicas pode ser evitada”.

Do outro lado da questão, temos Carl Rogers (1902-1987), o qual argumentava firmemente que é o controle interior que é significativo, pois “é centrado no cliente” e não no ambiente:

Rogers sempre acreditou que se você dá ao paciente o relacionamento humano certo – ou seja, aquele marcado pela “congruência”, respeito, aceitação de todos os sentimentos – então o paciente crescerá de modo totalmente natural na direção da maturidade, da responsabilidade e de outros objetivos terapêuticos comumente aceitos. Rogers foi descrito como rousseauiano e prontamente aceitou a classificação. De maneiras diferentes, ele afirma e reafirma a sua crença de que o ser humano é “requintadamente racional”, e escolherá o que é racionalmente melhor para ele, se lhe for dada a oportunidade correta. Tudo isso resulta numa afirmação enfática do outro lado do dilema. (May, 1967/2009, p. 37)

Para May, escolher apenas um polo, o objetivo ou o subjetivo, o ambiente ou a capacidade interior, a fim de evitar o paradoxo, é efetuar uma super simplificação do ser humano. De acordo com o autor, ambos são necessários. “Necessários para a ciência psicológica, para uma terapia efetiva, e para uma vida cheia de sentido”, uma vez que é no

² May utiliza o vocabulário latino *nimis simplicandum*. A edição em português, em nota de rodapé, explica que: *Nimis* significa “excessivo”, e *simplicandum*, “simplificante”. Poderíamos, assim, traduzir para o vernáculo moderno como “supersimplificante” (Cf. May, 2009, p. 19).

³ A controvérsia Rogers-Skinner, ocorreu no ano de 1956, e à época foi uma das publicações mais reimpressas no mundo da psicologia (Cf. Rogers, 1974/1977, p. 35).

processo dialético entre esses dois polos que “reside o desenvolvimento, o aprofundamento e a ampliação da consciência humana”. (May, 1967/2009, p. 41).

Kierkegaard: o pensador do paradoxo

Enquanto May percebe na psicologia de sua época um conflito entre objetividade e subjetividade, que acabava por perder o ser humano em sua completude, observa também que o filósofo dinamarquês Søren Kierkegaard (1813-1855), muitas vezes acusado injustamente de subjetivista, “abre os portões do mundo subjetivo sem perder a objetividade” (May, 1983/1993, p. 77). Desse modo, May, inicia o primeiro capítulo de sua obra com uma citação de Kierkegaard acerca do paradoxo: “Porém, não há que pensar mal do paradoxo; porque o paradoxo é a paixão do pensamento, e o pensador sem paradoxo é como o amante sem paixão: um tipo medíocre” (Kierkegaard, 1844/2012, p. 84).

O tema do paradoxo e o tema correlato do absurdo são constantes na obra de Kierkegaard⁴. O paradoxal é sua arma para enfrentar o racionalismo de sua época, no qual tudo se dissolvia em sistemas absolutos e mediações lógicas. Kierkegaard quer mostrar a esses racionalistas que eles estavam presos em um raciocínio circular, uma vez que: “qualquer compreensão coerente baseia-se e deve basear-se sobre algo que não pode por si só ser expressado nos termos desse sistema” (McKinnon citado por Gouvêa, 2006, p. 191). É por isso que Climacus/Kierkegaard (1844/2012, p. 84) irá afirmar que

[...] a superior potência de qualquer paixão é querer sempre a sua própria ruína, e assim também a superior paixão do entendimento é querer a colisão, se bem que a colisão tenha de ser, de um modo ou de outro, a sua ruína. Este é, pois, o paradoxo do pensamento: querer descobrir algo que ele próprio não é capaz de pensar.

Somente, quando o pensamento entra em colisão, isto é, encontra o seu limite, é possível avançar, uma vez que uma proposição paradoxal irá forçar-nos a uma redefinição do conceito e “quanto mais redefinições conceituais ela pede, mais paradoxal é a afirmação”. Desse modo, Gouvêa conclui “que o paradoxo é o verdadeiro motor do pensamento” (2006, p. 174). Entretanto, o autor também alerta que há um perigo aqui, “o perigo é que se chegue a acreditar que todo e qualquer paradoxo pode e deve ser resolvido ou “guardado” numa conceituação mais elevada e não paradoxal” (2006, p. 174):

⁴ O termo “paradoxo” aparece 131 vezes no *Samlede Vaerker* (obras reunidas de Kierkegaard (Cf. Gouvêa, 2006, p. 181).

Contudo, o paradoxo não pode ser anulado. Eventualmente chega-se ao ponto onde, humanamente falando, o paradoxo não pode ser mais explicado. A menos que acreditemos que, em algum sentido somos divinos, temos de admitir que o paradoxo vencerá por fim, pois ele é aquilo que a compreensão não pode compreender; e a compreensão humana tem que ter um limite, pelo menos se continua a ser meramente humana. (Gouvêa, 2006, p. 174)

Por isso, Climacus, no *Pós-escrito* (1846) irá defender que para um ser humano existente é impossível um sistema completo, um sistema assim só serviria para Deus⁵. Quanto aos homens, esses têm que viver com a angústia do paradoxo. “Se um humano fosse um animal ou um anjo, não poderia angustiar-se. Dado que ele é uma síntese, pode angustiar-se, e quanto mais profundamente se angustia, tanto maior é o ser humano” (Haufinienses/Kierkegaard, 1844/2010, p. 163).

Desse modo, fica claro que o paradoxo, mas do que somente uma categoria do pensamento, ele é inerente à existência humana. A concepção do ser humano constituído como polaridades em tensão é apresentada tanto em *O conceito de angústia* (1844), quanto na obra *A doença mortal* (1849). Na primeira, Kierkegaard apresenta as polaridades do psíquico e do corpóreo (Kierkegaard, 1844/2010, p. 47), enquanto na segunda apresenta as polaridades do finito e do infinito (Kierkegaard, 1849/2010, p. 25).

Essa compreensão ampla do ser humano aponta para o fato de que não é possível compreender um ser humano apenas observando aspectos objetivos e tampouco somente subjetivos, como tem sido feito por muitas teorias psicológicas, uma vez que o ser humano é uma síntese.

Considerações finais

Søren Kierkegaard (1813-1855) e Rollo May (1909-1994) compreenderam a importância do paradoxo para a existência humana. Kierkegaard fez uso do paradoxo contra a filosofia e a teologia racionalista de seu tempo, a fim de mostrar os limites do pensamento sistemático, que pretendia dissolver a existência humana em conceitos. Enquanto May combateu o racionalismo na psicologia de sua época que se dividia em objetivismo e

⁵ Um sistema da existência não pode haver. Então não existe um tal sistema? De modo algum! Isso está implicado no que foi dito. A existência mesma é um sistema – para Deus, mas não pode sê-lo para algum espírito existente. Sistema e completude se correspondem mutuamente, mas existência é justamente o contrário. (Kierkegaard, 1846/2013, p. 124).

subjetivismo e, de acordo com o autor, o erro de ambos os lados é acreditar que se pode evitar o paradoxo, adotando um de seus polos.

Tanto para Kierkegaard, quanto para May, a evitação do paradoxo, seja pelo caminho da objetividade seja pela via da subjetividade, faz com que o ser humano viva uma vida aquém das suas capacidades. Porém, muitas vezes nos angustiamos frente ao paradoxo e, de acordo com Gouvêa (2006, p. 172), ele pode também ser irritante. Entretanto, conforme aprendemos com Kierkegaard (1844/2012, p. 84) “o paradoxo é a paixão do pensamento”. O paradoxo nos desafia e nos faz crescer, desse modo, podemos afirmar, juntamente com May, que o paradoxo pode contribuir muito para “a ciência da psicologia, para a terapia e para uma vida gratificante” (May, 1967/2009, p. 23).

Referências

- Goethe, Johann W. (2017). *De minha vida: poesia e verdade*. São Paulo: Unesp.
- Gouvêa, Ricardo Quadros. (2006) *Paixão pelo paradoxo*. São Paulo: Fonte Editorial.
- Kierkegaard, Søren. (2013). *Pós-escrito às Migalhas filosóficas* v. 1. Petrópolis, RJ, Vozes.
- Kierkegaard, Søren. *Migalhas filosóficas*. (2012). Lisboa: Relógio D'Água.
- Kierkegaard, Søren. *O conceito de angústia*. (2010) Petrópolis, RJ: Vozes; São Paulo, SP: São Francisco.
- Kierkegaard, Søren. (2010). *O desespero humano*. São Paulo: Unesp.
- May, Rollo. *A psicologia e o dilema humano*. (2009) Petrópolis, RJ, Vozes.
- May, Rollo. *A descoberta do ser*. (1988). Rio de Janeiro: Rocco.
- May, Rollo. *Psicologia existencial*. (1986). Rio de Janeiro: Globo.
- Ponte, Carlos Roger Sales da, & Sousa, Hudsson Lima de. (2011). Reflexões críticas acerca da psicologia existencial de Rollo May. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 17(1), 47-58. Recuperado em 20 de julho de 2021, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672011000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Rogers, Carl. *A pessoa como centro*. (1977) São Paulo: EPU.
- Schneider, Kirk. *O eu paradoxal*. (1993). Petrópolis, RJ: Vozes.